



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
PARA PACIENTES CON CÁNCER TESTICULAR,
SOMETIDOS A ORQUIECTOMÍA”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

ROMÁN RAMOS GEORGINA EUGENIA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG

SINODAL REVISOR:

LIC. EVA MARÍA ESPARZA MEZA



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, D.F. 2004



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Gracias Dios
Por concederme la vida.
Por darme la fortaleza para alcanzar este objetivo.

A mi amado Eric:
El logro de esta anhelada meta es de los dos.
Por tu apoyo de siempre, por tu gran paciencia y constante aliento de cada día;
Por tu tiempo, por tus valiosas opiniones y sugerencias a este proyecto.
GRACIAS, TE AMO...

A ti mamá por haberme dado la vida.
Por impulsarme a continuar.
Este logro también es tuyo...
Dios te conserve por mucho tiempo más a mi lado...
para compartir contigo mis alegrías
y mis tristezas.

A mi adorada "Abejita"
Por ser una segunda madre para mí.
Por tus enseñanzas, por tus consejos,
por compartir tu experiencia de vida que me ha permitido
en muchos aspectos ser lo que ahora soy
GRACIAS.

A ti papá, por que continúas a mi lado.
Por que sé muy bien que compartes conmigo la alegría de este sueño,
que al fin, se ha convertido en realidad.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo receptonal.

NOMBRE: Georgina Eugenia

Román Ramos

FECHA: 29 - Nov. 2004

FIRMA: 

AGRADEZCO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO,
A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y A TODOS LOS MAESTROS QUE
HAN SIDO PARTE FUNDAMENTAL EN MI FORMACIÓN PROFESIONAL.

A LA DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG
¡MIL GRACIAS!
POR SU VALIOSO TIEMPO, MOTIVACION Y EMPEÑO
EN LA DIRECCIÓN DE ESTE TRABAJO.
SU APOYO PARA MI FUE INVALUABLE
TANTO COMO SU CÁLIDA SONRISA.

AL DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
A LA MTRA. LILIA JOYA LAUREANO
AL MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

UN RECONOCIMIENTO POR SU PARTICIPACIÓN COMO SINODALES DE ESTA
TESIS,
POR SU TIEMPO, ASESORIA Y APOYO
PARA LA REALIZACION DE ESTA META.

UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO
A LA LIC. EVA MARIA ESPARZA MEZA,
POR SU ASESORIA Y POR SU TIEMPO DEDICADO A ESTA TESIS, COMO SINODAL
REVISOR.

RECIBAN TODOS MI GRATITUD.

A todos aquellos seres que han formado parte de mi vida y de mi historia.

A mis queridos amigo(a)s: Oscar Herrera (Chimi) y Ana María González, los llevo siempre en el corazón.

A Jacobo Moreno, a Saúl Ortiz y tantos más que me han alentado a seguir adelante para alcanzar esta meta.

A mis primas Yaret y Mónica, así como a mis amigos Verónica y Benny, como una muestra de que cuando uno se propone objetivos, si realmente uno lo quiere, es posible alcanzarlos... nunca es tarde.

A mis compañeras (os) de trabajo, principalmente a la Lic. Elsa Rodríguez Campos, por tu invaluable apoyo que me permitió lograr este objetivo; así como a Rosy Salinas por tu confianza y constante motivación para el logro de esta meta.

A todos aquellos que colaboraron en este proyecto tan importante para mi desarrollo personal y profesional con un grano de arena, por pequeño que éste haya sido. Reciban mi sincero agradecimiento.

Al diminuto ser que aún siendo parte de mí, por motivos desconocidos renunció a la vida.
Dejándome una profunda herida en el corazón...
y al mismo tiempo, la fuerza para seguir adelante...

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Justificación	4
Planteamiento del Problema	8
Objetivos	9
CAPITULO 1: CANCER TESTICULAR	10
1.1 Definición y Características Generales	10
1.2 Etiología	11
1.3 Clasificación histológica	14
1.3.1 Seminoma	15
1.3.2 No Seminoma	15
1.4 Diagnóstico	16
1.4.1 Diagnóstico diferencial	17
1.5 Estadios del Cáncer testicular y sus tratamientos	17
1.5.1 Orquiectomía	18
1.5.1.1 Complicaciones de la Orquiectomía	19
1.5.2 Linfadenectomía Retroperitoneal	20
1.5.2.1 Posibles riesgos de la Linfadenectomía Retroperitoneal	20
1.5.3 Radioterapia	20
1.5.4 Quimioterapia	21
1.5.5 Vigilancia	21
1.5.6 Estudios realizados en México sobre Cáncer Testicular	21
CAPITULO 2: TRASTORNOS PSICOLÓGICOS DERIVADOS DEL CÁNCER TESTICULAR Y LA ORQUIECTOMÍA	26
2.1 Aspectos psicológicos sobre cáncer testicular de acuerdo con diversos estudios realizados en México	28
2.2 Estudios realizados en otros países sobre aspectos psicológicos del cáncer testicular	32
2.3 Trastornos psicológicos en pacientes con cáncer testicular sometidos a orquiectomía de acuerdo con análisis bibliográficos y hemerográficos	43
2.4 La influencia cultural de la sexualidad masculina en México y su origen	44
2.5 Significados implícitos del cáncer testicular	45

CAPITULO 3: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES ORQUIECTOMIZADOS POR CÁNCER TESTICULAR	47
3.1 Antecedentes	48
3.2 Principios generales de la Terapia Cognitiva	51
3.3 Lineamientos de la Terapia Cognitiva	52
3.4 Modelo de Trabajo de la Intervención Psicológica Grupal Breve con Enfoque Cognitivo	53
3.4.1 Objetivos	53
3.4.2 Sujetos	54
3.4.3 Procedimiento	54
3.4.4 Recursos Materiales	55
3.4.5 Cronograma de Actividades del Programa Terapéutico en 12 Sesiones	55
3.4.6 Guiones de temas teóricos (Sesiones 1-12)	65
3.4.6.1 "Introducción General al Programa Terapéutico" y "Explicación de la Triada Pensamiento Emoción Conducta"	65
3.4.6.2 "Orquiectomía, Conceptos y Características"	67
3.4.6.3 "Linfadenectomía Retroperitoneal"	70
3.4.6.4 "Manejo de la Desesperanza y Depresión"	71
3.4.6.5 "Técnicas de Comunicación Efectiva (Asertividad)" y "Relaciones Interpersonales"	75
3.4.6.6 "Manejo de la Ansiedad y Técnicas de Relajación"	77
3.4.6.7 "Manejo de la Ira"	82
3.4.6.8 "Autoestima y Autoconcepto"	84
3.4.6.9 "Resolución de Problemas"	87
3.4.6.10 "Estilo de Vida"	90
3.4.6.11 "Fijación de Metas"	91
3.4.6.12 Revisión del Programa Terapéutico	93
CAPITULO 4: DISCUSIÓN Y SUGERENCIAS	95
4.1 Conclusiones	95
4.2 Sugerencias	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
A N E X O S.-	110
ANEXO 1.- Cédula de Registro e Identificación	111
ANEXO 2.- Formato de Monitoreo de Pensamientos y Sentimientos	112
ANEXO 3.- Ejemplificación de la "Técnica de la Triple Columna"	113
ANEXO 4.- Creencias Irracionales de Ellis	114
ANEXO 5.- Recomendaciones de cómo realizar correctamente la Autoexploración Testicular	115
ANEXO 6.- Panfleto informativo sobre autoexploración Testicular. Academia Americana de Médicos de Familia (2001)	116

RESUMEN

Todo padecimiento oncológico además de la caracterización médica, tiene una fuerte connotación psicológica y social, al existir una marcada asociación entre el término cáncer y las palabras dolor intenso y muerte, lo que propicia una crisis emocional severa en el paciente y su familia.

En nuestro país, la cultura de la prevención del cáncer está dirigida principalmente a la población femenina, casos concretos son el cáncer de mama y el cérvico-uterino; padecimientos cuya prevención y atención psicológica se les ha dado considerable importancia, quizás por su alta incidencia a nivel nacional.

De acuerdo con los estudios que se han realizado tanto en México como en otros países, se ha comprobado que cuando un padecimiento oncológico afecta partes del cuerpo relacionadas con la sexualidad y la reproducción, la crisis por la que atraviesa el paciente se intensifica y representa un descontrol tanto en su vida cotidiana como en su personalidad, al afectar no sólo su forma de actuar, sino la percepción que tiene de sí mismo, y se incrementa aún más, cuando es necesario extirpar el órgano afectado.

De manera incomprensible se observa que en nuestro país se ha restado importancia a la cultura preventiva y en consecuencia a los trastornos psicológicos que puede causar un padecimiento oncológico que afecte exclusivamente a población masculina. Tal es el caso del cáncer testicular cuya incidencia en México ha ido en aumento considerable en los últimos años. Se presenta generalmente en hombres jóvenes (de entre 17 y 35 años) y su tratamiento inicial consiste, en un alto porcentaje de los casos, en extirpar el testículo afectado, procedimiento conocido como *orquiectomía*.

El presente trabajo tiene la finalidad de investigar, a través de un análisis bibliográfico y hemerográfico, si los pacientes con cáncer testicular a quienes se les extirpó un testículo, presentan trastornos psicológicos y en su caso, se propone un modelo de intervención psicológica grupal breve con enfoque cognitivo, que contribuya a una mejor adherencia a los tratamientos oncológicos y a una mejor rehabilitación en términos físico, psicológico y social.

INTRODUCCIÓN

El cáncer testicular ha sido considerado en la literatura médica un padecimiento de baja frecuencia entre las neoplasias que se presentan exclusivamente en población masculina, sin embargo las estadísticas actuales reportan que su incidencia aumenta día con día a nivel mundial (Huyghe, E., Matsuda, T. & Thonneau, P., 2003).

Se ha comprobado, de acuerdo a los estudios realizados sobre cáncer, que las neoplasias relacionadas con los órganos involucrados directamente con la sexualidad, ocasionan una carga emocional mayor a la que se aprecia en aquellos casos en los que el órgano afectado no tiene implicaciones sexuales (Asato, 1990; Schain & Howards 1967 en Calderón 1992; Bellack, 1993; Pimentel, 1998).

Tal es el caso del cáncer testicular, en el cual el paciente sufre una grave afectación psicológica ya que reafirma el valor que socialmente se da a los testículos como "generadores de la libido" y los relaciona con la virilidad.

Un padecimiento oncológico, cualquiera que sea el sitio afectado, propicia trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión, alteraciones en la autoestima, en los sujetos que lo padecen, con mayor razón en el caso del cáncer testicular, cuya incidencia ocurre en hombres jóvenes de entre 15 y 34 años de edad; en una etapa en pleno auge de la sexualidad, del desarrollo personal y profesional del paciente, hecho que lo vuelve particularmente vulnerable al efecto de las cargas ideológicas relacionadas con su virilidad y finalmente propicia alteraciones en el ámbito laboral, social, familiar y reproductivo.

El tratamiento promedio inicial, cuando las probabilidades de cáncer testicular son altas, es la "orquiectomía", la cual consiste en extirpar (amputar) el testículo afectado con la finalidad de someter el producto quirúrgico a análisis histopatológico y confirmar en un cien por ciento la existencia de cáncer testicular.

Resulta sorprendente (y no), que un procedimiento quirúrgico considerado médicamente como una cirugía ambulatoria (el mismo día que le fue extirpado el testículo, se da de alta a su domicilio), es decir, quirúrgicamente elemental, pueda originar un impacto psicológico tan severo en un hombre, al saber que ha perdido un testículo y con él, uno de los símbolos (o el símbolo) de su masculinidad. En casos extremos, el paciente puede llegar a caer en estados de ansiedad ó depresión extremas, con intentos de suicidio, por lo que resulta necesaria una intervención psicológica adecuada y oportuna (desde el momento en que le es comunicado al paciente probable cáncer testicular y que será necesario extirpar el testículo), que le permita

elaborar estrategias de afrontamiento para lograr una mejor adaptación a su nuevo estado físico, y coadyuve a una mejor adherencia a los tratamientos oncológicos.

Para desarrollar los alcances de esta problemática, en el Capítulo 1 de este trabajo, se brinda un panorama general del cáncer testicular, se consideran sus características, los factores que influyen en su desarrollo, así como una descripción de los tratamientos otorgados de acuerdo a su clasificación histológica y su estadificación y también se detallan algunos de los estudios realizados en México.

En el Capítulo 2 se realiza una exploración bibliográfica y hemerográfica que permite conocer los trastornos psicológicos más frecuentes en los pacientes con cáncer testicular.

La parte medular del presente trabajo se deriva del capítulo anterior. Consiste en realizar una propuesta de intervención psicológica para los pacientes con cáncer testicular, principalmente para aquellos que fueron sometidos al procedimiento quirúrgico "Orquiectomía", incluyendo a los familiares que deseen integrarse al grupo terapéutico. Esta propuesta tiene un enfoque cognitivo (cognoscitivo) por considerarse el más adecuado, en el sentido de que en el padecimiento de cáncer testicular, las cargas ideológicas son muy fuertes y se asocian a pensamientos negativos, conceptos erróneos, que derivan en estados psicológicos alterados. La Terapia Cognitiva se enfoca a la identificación de "creencias disfuncionales" y "pensamientos automáticos" que originan trastornos psicológicos que se caracterizan por un "perfil cognoscitivo" específico. Esta propuesta se detalla en el Capítulo 3.

En el Capítulo 4 se vierten sugerencias respecto a los aspectos que debieran tomarse en cuenta para iniciar en nuestro país una metodología de prevención primaria del cáncer testicular a nivel de las diversas instancias de salud, ya que se considera a la prevención primaria, una acción valiosa que permite reducir los factores que contribuyen al desarrollo del cáncer y reduce los gastos onerosos que se generan en los tratamientos del cáncer testicular. También se mencionan aspectos en los cuales resulta pertinente la intervención del psicólogo, considerando que existen diversos factores psicosociales que pueden facilitar el desarrollo del cáncer, y que los efectos de los tratamientos se ven mermados cuando el paciente se encuentra en estados psicológicos alterados.

Finalmente, se realizan recomendaciones sobre la manera correcta en que debe realizarse la exploración testicular para prevenir el cáncer de testículo.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia el ser humano ha luchado contra las enfermedades y contra la muerte. Sin embargo, existen enfermedades contra las que, en muchas ocasiones, esta lucha resulta infructuosa por las características que presentan. Tal es el caso del cáncer, al cual se le percibe socialmente como sinónimo de muerte y dolor intenso.

El cáncer es un padecimiento que no distingue raza, sexo, edad, ni geografía corporal. Es un proceso patológico que comienza con la transformación de células normales en anormales (neoplásicas), como resultado de algún mecanismo no identificado. Cuando el trastorno evoluciona, proliferan las células cancerosas pero todavía en un área circunscrita; no obstante, llega el momento en que éstas adquieren características invasoras que infiltran y penetran en vasos linfáticos y sanguíneos mediante los cuales llegan a otros sitios del cuerpo diseminándose completamente, proceso al que se conoce como *metástasis*.

El padecimiento oncológico es una enfermedad que tiene además de la caracterización médica, una fuerte connotación psicológica y social y origina en quien lo padece una serie de cambios psicológicos tales como ansiedad, depresión, agresividad, modificaciones en la autoimagen y el autoconcepto, y por tanto en la autoestima.

El paciente con cáncer al igual que su familia, atraviesan por una crisis profunda que es muy difícil de superar.

La crisis por la que pasa el paciente oncológico, aumenta por lo general, cuando el órgano atacado está relacionado con su sexualidad y/o su reproducción. Se acrecienta más aún, cuando por motivos del padecimiento oncológico este órgano tiene que ser mutilado, lo que propicia sentimientos de inadecuación, debido a que la lesión afecta no sólo su forma de actuar sino también la percepción del *self*.

Para la autora, resulta del mayor interés proponer una intervención para disminuir estos efectos psicológicos en los pacientes a quienes se les practica la orquiectomía (extirpación de un testículo).

La relevancia de este trabajo radica en primer término en que un alto porcentaje de las investigaciones existentes relacionadas con cáncer y psicología, se realizan con población femenina ó con población infantil. Principalmente aquella población que padece cáncer de mama, cáncer cérvico uterino ó leucemias.

En ambos casos se resaltan los trastornos psicológicos y las reacciones emocionales que afectan la vida de la mujer o de los menores y su núcleo familiar en sus diferentes ámbitos.

Casi es posible afirmar que en nuestro país se dejan a un lado las implicaciones psicológicas que un padecimiento similar (que afecte algún órgano connotativamente sexual) puede provocar en un varón. En realidad se debiera resaltar su importancia, ya que en México, culturalmente se enseña desde la infancia a sobrevalorar los genitales masculinos y la virilidad, a través de la remarcada idea de que la masculinidad radica en el tamaño de éstos y en la capacidad procreativa.

La carencia de investigaciones específicas sobre psicología y cáncer en el varón, quizás se deba a que el personal de salud en nuestro país, (médicos, enfermeras, radioterapeutas, psiquiatras, psicólogos etc.), no ha desarrollado una conciencia clara, respecto al gran impacto psicológico al que se enfrentan los pacientes del sexo masculino cuando repentinamente se ven afectados por padecimientos oncológicos en los cuales se ve involucrada su sexualidad y su autoconcepto, como en el caso del cáncer testicular.

En opinión de la autora, la indiferencia se debe muy probablemente, a la frecuencia reducida (del 1 o 2%) que representa este tipo de cáncer entre todos los padecimientos oncológicos, lo que pudiera hacer pensar que el estudio y atención del impacto psicológico en quienes lo padecen es irrelevante. En consecuencia, analizar y atender las alteraciones psicológicas en pacientes que han sufrido una orquiectomía a causa del cáncer testicular resulta de gran utilidad, ya que permitiría empezar a cubrir un hueco importante al aportar datos referentes a trastornos psicológicos derivados de padecimientos oncológicos que afectan exclusivamente a población masculina y disminuir los efectos psicopatológicos sobre la misma.

En segundo lugar, la propia relevancia de las características clínicas y psicológicas del padecimiento define la importancia de esta investigación. A continuación se relacionan:

- ❖ Su incidencia ocurre en varones jóvenes con un promedio de edad entre 17 a 35 años, etapa considerada como plenamente productiva en su desarrollo sexual, personal y laboral en el sentido de que comienzan a asumir las primeras responsabilidades en su trabajo y a formar una familia. Clínicamente el porcentaje de curación del cáncer testicular es muy alto, si es atendido a tiempo con los tratamientos terapéuticos de los que dispone la Oncología.
- ❖ El tratamiento inicial para la mayoría de las etapas de cáncer testicular consiste en practicar la Orquiectomía Radical, que implica el extirpar uno o ambos testículos para erradicar el cáncer, hecho desconocido para un alto porcentaje de la sociedad mexicana, (lo que tal vez reste importancia psicológica al padecimiento) con las posibles consecuencias psicológicas que seguramente sufren los pacientes cuando, junto con la mutilación perciben, por

influencias culturales, "coartada su virilidad", efectos que a su vez, pueden influir negativamente en su curación.

- ❖ La autora considera que la orquiectomía radical tiene un impacto psicológico semejante al de la mastectomía radical (extirpar un seno) o la histerectomía (extirpar la matriz), que puede desencadenar severos grados de ansiedad, depresión, trastornos en el autoconcepto y en la autoimagen, aunado a los tratamientos mutilantes en el total sentido de la palabra, que no sólo mutilan el cuerpo sino la psique de quienes los afrontan.

En tercer término, realizar un análisis sobre este tópico es importante, debido al aumento del cáncer testicular en nuestro país en los últimos años, según lo reportan los escasos estudios realizados al respecto, y a la nula prevención primaria. La atención se otorga exclusivamente de manera secundaria y terciaria, esto es, cuando ya el padecimiento está presente y las consecuencias no se pueden evitar.

Esta carencia de información relativa al padecimiento mismo, y de difusión de técnicas preventivas por parte de las diversas instituciones de salud y de los medios masivos de comunicación a la sociedad mexicana en general, propicia un desconocimiento total en el varón sobre la conveniencia e importancia de aprender a realizar una exploración testicular periódica, que le permita detectar a tiempo "anomalías" que indiquen probable cáncer testicular y permita otorgar una atención médica temprana.

Esta situación, como se puede ver, difiere completamente con relación a la importancia que se otorga al cáncer mamario ó cérvico uterino, ya que actualmente los servicios de salud y los medios masivos de comunicación, instan a la población femenina al aprendizaje de la autoexploración y a realizar la prueba de Detección Oportuna de Cáncer periódicamente.

Un motivo más por el que surge el interés en la autora de realizar este trabajo, es que en el período de 1999 a 2001, laboró en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI y detectó que casi diariamente se presentaban uno o dos casos de pacientes jóvenes que acudían por primera vez a ese hospital con diagnóstico de cáncer testicular. La frecuencia que observó en ese hospital seguramente rebasa el 1 ó 2% del que se reporta en la literatura, lo que podría corroborar el aumento del padecimiento en nuestro país.

En conclusión, la autora considera que el cáncer testicular tiene implicaciones psicológicas muy importantes, que repercuten gravemente en el restablecimiento de éstos pacientes en la eficacia de los tratamientos médicos del cáncer como son la radioterapia y la quimioterapia, los cuales tienen costos muy elevados para las instituciones de salud.

Por todo lo anterior, conocer los trastornos psicológicos que presentan los pacientes con cáncer testicular sometidos a orquiectomía, resulta útil para:

- ✓ Proponer un tipo de intervención psicológica que les permita una readaptación y un adecuado restablecimiento de su "yo" físico, psicológico y social, que coadyuve a un mejor aprovechamiento de los tratamientos oncológicos, y que influya en el aumento de sobrevida y en la calidad de vida de este tipo de pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Los pacientes que padecen cáncer testicular y sufren una orquiectomía, tienen trastornos psicológicos?
- ¿Qué se puede hacer para disminuir la intensidad de estos trastornos?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Proponer un tipo de intervención psicológica, que permita a los pacientes con cáncer testicular, sometidos a orquiectomía, una mejor rehabilitación en términos físico, psicológico y social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Detectar los trastornos psicológicos que presentan los pacientes con cáncer testicular sometidos a orquiectomía a través de análisis bibliográfico y hemerográfico, para ofrecer una intervención adecuada.
- Diseñar el modelo de intervención.

CAPITULO 1: CÁNCER TESTICULAR

1.1 DEFINICIÓN Y CARACTERISTICAS GENERALES:

El cáncer testicular ocupa en la actualidad, el sexto lugar entre los cánceres que se presentan en el hombre (Canal Once..., 2004); es la neoplasia más frecuente en varones de entre 15 y 34 años de edad, y es considerado un grupo de tumores raros cuya frecuencia representa del 1 al 2% de la totalidad de las neoplasias en el sexo masculino. (Martínez, 1987). Se caracteriza por el crecimiento indoloro de un testículo, la detección de un bulto o nódulo o la sensación de dolor o pesadez en la parte afectada (Bonadonna, 1983).

En la CIE-10 (1992) en el capítulo II en el apartado de Órganos Genitales Masculinos, la OMS clasifica al cáncer de testículo con la clave C62: Tumor Maligno de Testículo la cual se divide a su vez en C62.0 (Tumor maligno de testículo no descendido); C62.1 (Tumor maligno de testículo descendido) y C62.9 (Tumor maligno del testículo no especificado).

Este tipo de tumores es considerado por algunos autores como un modelo de tratamiento multidisciplinario en cuanto al manejo del cáncer, ya que representa la educación pública, diagnóstico y cura (Torres, G. 1997; Huinink & Keizer, 1998)

Es más frecuente en la población de raza blanca respecto a la negra y se atribuye esta diferencia a factores hormonales presentes desde la vida fetal, ya que las concentraciones séricas de andrógenos son mayores en la población negra. (Zinser, 2003).

Según Torres, Alvarado y Lira, (1997) observan que su frecuencia es más elevada en las clases socioeconómicas altas y menor en las bajas.

Estos tipos de cánceres (de células germinales de testículo) tienen características únicas: son diversos histológicamente, producen marcadores tumorales que se utilizan en el diagnóstico y estadificación y se diseminan a través de rutas vasculares o linfáticas. En este grupo de neoplasias las opciones terapéuticas son muy variables ya que abarcan, cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea y vigilancia.

Clínica y patológicamente se dividen en "*seminomas*" (que comprenden aproximadamente 50% de los casos y ocurren en un promedio de edad de 37 años) y "*no seminomas*", que comprenden el 50% restante, y se manifiestan en un promedio de edad de 27 años (Lawton & Mead, 1999).

Entre un 70 y 91% de los pacientes hacen este descubrimiento incidentalmente, durante el aseo, la actividad sexual o después de un traumatismo. En 27% de los pacientes existe dolor

testicular derivado de áreas de infarto o hemorragia intraparenquimatosa. (Torres, Alvarado y Lira 1997).

Su evidencia anual es de un dos por 100,000 de la población masculina con una mortalidad anual de 0.64% de la población adulta. (Cortés, 1987).

Su incidencia ha ido en aumento a nivel mundial (León, 2000; Huyghe, Tomohiro & Thonneau 2003), incluyendo a México (Aumenta la incidencia..., 2000). En 1996, se realizó un estudio en el Hospital General de México, y entonces el cáncer testicular ocupaba el 1.8% de los casos oncológicos registrados de 1993 a 1996, durante ese año ocupó el segundo lugar entre las neoplasias detectadas en varones, registrándose 2,027 casos, cifra que correspondía en ese entonces al 6.5% de todas las neoplasias en hombres.

Por otra parte Torres y col. (1997), de acuerdo a estudios realizados refieren que los tumores de testículo ocupan el 3.9% de las neoplasias en el varón, lo que corrobora el incremento en la incidencia.

Las incidencias más bajas se localizan en Asia, África, Puerto Rico y norteamericanos de raza negra. La incidencia más alta se encuentra en Dinamarca con 6.7 casos por 100,000 hombres y la más baja en Puerto Rico con una incidencia de 0.5 casos por 100,000 hombres.

Su importancia clínica radica en que es el tumor más frecuente en el período comprendido entre los 20 y 34 años (Hossfeld 1992, en Guillén 2000), edades en las que el joven adulto inicia su etapa de producción económica, de crecimiento intelectual, comienza a asumir las primeras responsabilidades laborales y forma una familia. A pesar de ello, es importante hacer mención de que este tipo de neoplasias es sumamente tratable y curable a pesar de su agresividad, en un elevado porcentaje de los casos, siempre y cuando sea tratado correcta y oportunamente con las modalidades terapéuticas de las que hoy se dispone de acuerdo a sus características histológicas, (Candelario, 1994; León, 2000; Solá 1992, en Guillén 2000), razón por la cual merecen una especial atención.

1.2 ETIOLOGIA:

Hasta la fecha, la causa del cáncer testicular permanece desconocida, sin embargo diversos autores coinciden, en que existen ciertos factores que aumentan el riesgo de que un hombre lo desarrolle:

- La disminución de la espermatogénesis, posiblemente está vinculada con el desarrollo de cáncer testicular (Zinser, 2003).

- Los factores hormonales presentes en la vida fetal contribuyen a su desarrollo, en cuanto a que a menores concentraciones séricas de andrógenos mayor riesgo de padecer cáncer testicular, de ahí el hecho de que la población negra, la cual presenta mayores concentraciones séricas, sea menos propensa que la población blanca a contraerlo. (Zinser, 2003)

- El aumento de los estrógenos en la dieta. (Zinser, 2003). Se ha investigado que existe contaminación de los alimentos con químicos semejantes a los estrógenos, por ejemplo, la dieta rica en carne animal que en vida se alimentó con hormonas de crecimiento.

- La Criptorquidia, consiste en la falta de descenso testicular durante el desarrollo del feto, y desde su nacimiento, es un antecedente presente entre el 10 y el 12% de los pacientes que presentan cáncer testicular. Se considera incluso que los hombres que presentan criptorquidia, tienen el riesgo relativo de 3 a 14 veces más de padecer cáncer testicular, mismo que no disminuye al ser descendidos quirúrgicamente, procedimiento que se conoce como *Orquidopexia*. (León, 2000; Swerdlow, De Stavola, Swanwick, Mangtani & Maconochie, 1999; Torres, Alvarado y Lira, 1997; Peckham, 1988).

- La exposición a estrógenos durante el embarazo es otro factor de riesgo. Se ha encontrado que los hijos de madres que utilizaron dietilestilbestrol, estrógenos y progesterona durante los primeros dos meses de gestación, tienen entre 2.8 y 5.3 veces mayor riesgo de desarrollar tumores testiculares. (Bajorin, Bosl, Motzer & Sheinfeld, 1997).

- Según Torres y col. (1997), otro factor de riesgo es la hiperemesis gravídica durante el embarazo de la madre ("vómitos continuados y abundantes con gran afectación del estado general"), de acuerdo a la definición que proporciona la Guía de la Medicina Familiar, (1986) que aunque su etiopatogénesis no es muy clara, parece estar relacionada a un exceso de estrógenos en sangre. Lo anterior, permitiría corroborar que en sí, un aumento en el nivel de estrógenos durante el embarazo, sería el factor que aumenta la probabilidad del desarrollo de cáncer testicular en el producto masculino.

- Existe evidencia que indica que la disgenesia gonadal (malformación de testículos) es riesgo significativo para el desarrollo de malignidad en células germinales. (León, 2000)

- La Hipofunción testicular y Atrofia testicular contribuyen también al desarrollo de malignidad testicular. Una de las fuentes que apoyan esta hipótesis se encuentra en el hecho de que el carcinoma in situ se presenta en algunos hombres infértiles. (Torres y col., 1997; Peckham, 1988)

- El antecedente de hernia inguinal, se observa en los pacientes con este padecimiento. (Torres y col., 1997).

- La Oligospermia (Torres y col., 1997) - "disminución de la densidad y cantidad de espermatozoides en el semen" (Guía de la Medicina Familiar 1986), la cual estaría relacionada con la hipofunción testicular.

- El Síndrome de Klinefelter es un factor adicional de riesgo del cáncer testicular. Consiste en una alteración cromosómica que se presenta en el sexo masculino, caracterizada por hipogonadismo (testículos pequeños) y azoospermia (ausencia de espermatozoides en el semen). Su incidencia afecta a 1 de 500 hombres. Específicamente esta anomalía consiste en un cromosoma X adicional, se le conoce también como Síndrome 47 XXY. Se considera un factor que aumenta la probabilidad de padecer cáncer testicular debido a que las características sexuales no se desarrollan y ocurren cambios en los testículos que están relacionados con la hipofunción testicular y en la mayoría de los afectados se produce esterilidad. (Enciclopedia Médica, Medline Plus, 2001; Bajorin et al, 1997).

- Alimentación.- En diferentes países (del Reino Unido y E.U.) se considera un factor de riesgo el consumo excesivo de lácteos, grasas y calorías durante la adolescencia, hecho que ha sido comprobado a través de diversos estudios realizados al respecto, lo que permite corroborar la hipótesis de que "los hombres que desarrollaron cáncer testicular han consumido más lácteos durante la adolescencia" (Davies, Palmer, Ruja & Lipscomb, 1996; University of Ottawa 2003). Armstrong & Doll 1975 citado por Davies 1996, refieren que internacionalmente la incidencia de cáncer testicular se correlaciona con el promedio de ingesta de grasas, y principalmente con la de proteínas animales, leche e ingesta de azúcar; sin embargo ellos hacen referencia al consumo nacional, más que al consumo cuando los sujetos eran jóvenes.

En conclusión, respecto a la etiología del cáncer testicular sus orígenes más probables se encuentran en la disgenesia gonadal, influencias genéticas, estilos de vida de los hombres afectados durante períodos críticos y posiblemente el ambiente en el que se desarrollaron estos pacientes antes de la pubertad. (Peckham, 1988).

Por último, es importante mencionar que la asociación de los tumores germinales con otros factores tales como trauma, torsión del testículo y la exposición a varias toxinas no ha sido bien documentado (León, 2000).

1.3. CLASIFICACION HISTOLÓGICA.

La clasificación histológica del cáncer testicular, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en Bonadonna (1983) es la siguiente:

NEOPLASIAS GERMINALES:

A) **Seminoma**

- Típico ó Clásico
- Espermatocítico
- Anaplásico

B) **No Seminomas**

- Carcinoma embrionario (tipo adulto)
- Tumor del seno endodérmico (carcinoma embrionario de tipo infantil)
- Teratoma que se divide a su vez en:
 - maduro completamente diferenciado,
 - maduro con áreas de transformación maligna,
 - maduro e inmaduro,
 - inmaduro.
- Coriocarcinoma

C) **Formas Mixtas.**- Pueden constituirse por Seminoma y no Seminoma y las más frecuentes están constituidas por diversos tipos de no Seminoma. Hay algunos autores como Lawton & Mead (1999), que consideran las formas mixtas como parte de la clasificación de los No Seminomas.

1.3.1 SEMINOMA.- Es la forma más común de Tumores de Células Germinales (TCG) ya que constituyen la fracción más numerosa, representan casi el 50% de todos los casos, su mayor incidencia ocurre entre los 35 y 40 años de edad. Más del 95% de estos tumores son típicos o clásicos.

Su nombre deriva de la implantación en las células de los túbulos seminíferos productores del líquido fecundante masculino (esperma); produce un aumento de tamaño del testículo que puede alcanzar las dimensiones de una naranja grande, se trata de una forma tumoral de crecimiento rápido. (Ruiz, 1984)

El aspecto macroscópico del Seminoma clásico es característico: una masa bien circunscrita con una superficie uniforme blanca y lobulada. El tejido neoplásico puede ser suave o firme, dependiendo de la cantidad de células tumorales y estroma fibroso.

En ocasiones pueden observarse grandes áreas de necrosis. La mayoría de los tumores están confinados al testículo pero la extensión al epidídimo o cordón espermático ocurre en 8% de los casos. (Torres y col. 1997).

El seminoma se considera un tumor relativamente indoloro y la dispersión metastásica es poco frecuente. (Lawton & Mead, 1999)

Una característica adicional es su radiosensibilidad, esto significa que los seminomas se tratan a través de radioterapia, la ausencia de manifestaciones endócrinas y la elevación de la hormona foliculo estimulante en la orina, procedente de la hipófisis o del propio tejido neoplásico, los distinguen. (Diccionario Médico Biológico, 1966).

Su diseminación se lleva a cabo por vía linfática en sentido ascendente: hacia los ganglios pélvicos, retroperitoneales, mediastínicos y cervicales. (Zinser, 2003)

1.3.2 NO SEMINOMA.- Comprenden 50% de los casos y se presentan en pacientes de un promedio de edad de 27 años, es mayormente sub-caracterizado por los elementos malignos presentes, dentro del estadio primario. Es un grupo de Tumores de Células Germinales (TCG) que ocurren en forma combinada e incluyen el carcinoma embrionario, tumor del seno endodérmico ó coriocarcinoma y mezclas de estos tipos de tumores. Los No Seminomas se consideran más agresivos que los Seminomas, ya que es más probable su diseminación vascular, lo que predice metástasis potenciales. (Lawton & Mead, 1999)

Este tipo de Tumores de Células Germinales, tienen un componente de propagación hematogena importante hacia hígado, pulmones y sistema nervioso central entre otros de menor frecuencia (Zinser, 2003).

1.4. DIAGNÓSTICO

El síntoma inicial es el incremento indoloro del tamaño del testículo. Este puede medir entre 1 y hasta 10 centímetros. Muchos pacientes no se dan cuenta, o no quieren darse cuenta de la hinchazón testicular y solamente buscan atención médica, debido a los síntomas producidos ya por la invasión de las metástasis, sin ellos saberlo.

Cuando existe la sospecha de tumor maligno en células germinales, su manejo inicial es obtener el valor de AFP (Alfa-fetoproteína) así como el de B-HGC (Fracción Beta-gonadotropina coriónica) y realizar una orquiectomía inguinal radical con ligadura alta del cordón espermático, [procedimiento quirúrgico, común para la mayoría de las etapas del cáncer testicular, que consiste en la extracción de uno o ambos testículos mediante una incisión (corte) en la ingle, con la finalidad de eliminar el cáncer]. El manejo posterior depende del diagnóstico histopatológico, la etapa y la extensión de la enfermedad. (Torres y col. 1997; León, 2000).

En la mayor parte de los pacientes el diagnóstico histológico se establece a partir del producto de la orquiectomía procedimiento inicial realizado una vez que se considera que el paciente reúne los elementos diagnósticos característicos establecidos por Bonadonna, (1983):

- Tumefacción testicular no transluminable y en general no dolorosa [solo el 20% de los casos es doloroso, cuando existe hemorragia, necrosis o infección dentro del tumor], (Cortés, Ayala y Suárez, 1987).
- Frecuente presencia de adenopatías retroperitoneales.
- Niveles séricos elevados de Alfa-fetoproteína (AFP) y de Fracción beta de la gonadotropina corionica (HCG-beta), estudios de laboratorio complementarios para el diagnóstico

De acuerdo a Zinser, (2003), adicional a las pruebas de laboratorio ya mencionadas también es útil la medición de la Deshidrogenasa Láctica, cuyo incremento no es diagnóstico pero tiene valor pronóstico.

En cuanto a la AFP y HCG, su aumento se correlaciona con las características histológicas del tumor:

En el caso del seminoma puro, la fetoproteína alfa es negativa y también la fracción beta de la gonadotropina coriónica o está levemente aumentada, casi nunca mayor de 100 a 200 mU/L.

En ausencia de confirmación histológica, los marcadores son diagnósticos sólo en los casos de tumores no seminomatosos, en estos, en 90% de los casos se identifica un marcado incremento de al menos uno de los marcadores.

Resumiendo, se diagnostica un tumor no seminomatoso cuando la fetoproteína alfa es positiva o fracción beta de la gonadotropina coriónica es muy alta, particularmente si superan 1000 mU/L. La negatividad de ambos o un incremento leve de la fracción beta de la gonadotropina coriónica son consistentes con el seminoma puro y el teratoma maduro.

Cualquier tumor, crecimiento testicular o presencia de enfermedad metastásica en el varón joven, deben considerarse como cáncer de testículo hasta no demostrar lo contrario. En los casos en los que el tumor primario testicular no es obvio, el diagnóstico puede establecerse mediante biopsia de algún otro sitio accesible, como adenopatías en el hueso supraclavicular izquierdo (Zinser, 2003).

1.4.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los tumores de testículo deben diferenciarse de la tuberculosis, del hematocele, de la orquitis. La tuberculosis afecta invariablemente al epidídimo que presenta un aspecto nodular y a veces con calcificaciones. Su diagnóstico se confirma mediante un examen radiográfico posterior.

1.5. ESTADIOS DEL CÁNCER TESTICULAR Y SUS TRATAMIENTOS.

El establecimiento del estadio preciso de los Tumores de Células Germinales (TCG) es de fundamental importancia, ya que sirve de guía para otorgar el tratamiento correspondiente y para predecir el pronóstico.

Se dispone de varios sistemas en cuanto a la clasificación de la estadificación además del TNM (de las siglas en inglés Tumor, Node, -se refiere a ganglios linfáticos- y Metastases) y con la finalidad de unificar criterios y la información bibliográfica, se ha creado una estadificación internacional que toma en cuenta el valor de los marcadores tumorales y los sitios de metástasis (expansión del cáncer). Se clasifica a los pacientes con cáncer testicular en riesgo bajo, moderado y alto.

Su clasificación se hace en función de etapas cronológicas (EC):

- I. Tumor confinado al testículo, sin evidencia de actividad tumoral posterior a orquiectomía, desde los puntos de vista clínico, bioquímico y de imagen. Esto es, se encuentra en el testículo únicamente.
- II. Metástasis a ganglios linfáticos retroperitoneales, con tumor no palpable y sin hidronefrosis. Esto es, se ha diseminado a los ganglios linfáticos en el abdomen.

- III. Enfermedad retroperitoneal palpable o metástasis ganglionares supradiaphragmáticas o viscerales o ambas. Esto es, se ha diseminado fuera de los ganglios linfáticos en el abdomen (por ejemplo a pulmones e hígado)

Los tratamientos para el cáncer testicular son variables, dependen de su clasificación histológica, de la etapa cronológica (EC) en la que se encuentran y del estado físico general del paciente. Sin embargo, por lo general el tratamiento inicial del cáncer testicular es el extirpar el testículo afectado, procedimiento que se conoce como orquiectomía. Aunque todos los tratamientos que puede recibir un paciente con cáncer testicular tienen efectos secundarios, se considera que este (la orquiectomía) tiene un gran impacto psicológico en la vida del paciente, sobre el particular se discutirá más adelante en forma extensa, en razón de que es la principal vertiente de este trabajo.

Los pacientes en estadios I, IIA y IIB, son adecuadamente tratados con la orquiectomía inicial, con Radioterapia de alta energía aplicada a los ganglios paraaórticos y pelvianos ipsilaterales. Los pacientes en estadio IIC, tienen un alto porcentaje de recaídas (40%) cuando se tratan solo con radioterapia; los pacientes en estadio III, se les recomienda por lo general, tratamiento de quimioterapia, similar a la utilizada en los tumores no seminomatosos. (Moro, 1993 en Guillén, 2000)

Mientras tanto se describe cada uno de los tratamientos otorgados en estos casos de Neoplasias Germinales.

1.5.1 ORQUIECTOMÍA.- Este procedimiento no es exclusivo de cáncer testicular, se utiliza también en casos de cáncer de próstata y en casos excepcionales de epididimitis severa.

En relación al cáncer testicular, la orquiectomía se realiza una vez que se ha tomado la muestra de sangre para la estimación de los niveles Alfa Feto proteína (AFP) y Gonadotropina Coriónica Humana (HCG).

Una cirugía apropiada de orquiectomía inicia con una incisión inguinal del lado a valorar. Si se encuentra un área firme en el cuerpo del testículo, asociada con demasiadas venas superficiales, el cordón espermático se divide y se remueve (elimina) el testículo afectado.

Una orquiectomía puede ser parcial (se extirpa únicamente la parte funcional del testículo dejando el resto de las estructuras) y se realiza a través de una incisión escrotal. Sin embargo, en caso de procesos tumorales, como el cáncer testicular, esta debe ser total, es la opción

terapéutica más aconsejable. No existen alternativas como en otros padecimientos en los que el tratamiento puede ser hormonal o de otro tipo.

En la orquiectomía total aparte de extirpar el testículo, se extirpa el epidídimo y parte del cordón testicular procedimiento mejor conocido como Orquiectomía Inguinal Radical.

Una vez realizada la orquiectomía se lleva a cabo el examen histológico del tumor, procedimiento que se detalló previamente.

El postoperatorio suele ser corto pudiendo seguir posteriormente un control ambulatorio, hecho que resulta asombrosamente contradictorio en el sentido de que un postoperatorio con esas características indica entonces que médicamente se considera una cirugía menor, en comparación con el gran impacto psicológico causado.

1.5.1.1 COMPLICACIONES DE LA ORQUIECTOMÍA (Clínica Moncloa, 2000)

Como en toda intervención quirúrgica, existen riesgos y efectos indeseables, tanto los comunes que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, obesidad etc.) y los específicos de la Orquiectomía:

- No conseguir la extirpación del testículo
- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente
- Hemorragia persistente tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio
- Hernia inguinal secundaria
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección, apertura de herida, fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad), dolor escrotal crónico.
- Si la orquiectomía es bilateral aparecen síntomas por falta de hormona masculina tales como sofocos, sudoración, cansancio, pérdida de masa muscular.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir de una reintervención generalmente de urgencia.

Esta información se debe hacer del conocimiento del paciente, generalmente a través de un documento llamado Consentimiento Informado, con el fin de que conozca los riesgos de la cirugía a la que fue sometido o a la que se someterá.

1.5.2 LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL.- El cáncer testicular usualmente tiene vías predecibles de diseminación, son rutas a través de los ganglios linfáticos hacia los pulmones y después en dirección al hígado, cerebro y hacia otras partes. Los ganglios linfáticos afectados se llaman "Ganglios Linfáticos Retroperitoneales" y se localizan detrás de los órganos principales en el estómago, básicamente entre los riñones y a lo largo de la vena cava y aorta.

La linfadenectomía retroperitoneal es un procedimiento quirúrgico muy serio y complicado que consiste en la remoción de todos los ganglios linfáticos, (disección de ganglios linfáticos), que están situados en lo profundo del abdomen, los cuales se hallaban conectados al testículo afectado. Este procedimiento quirúrgico se realiza por lo general en casos de tumores testiculares clasificados histológicamente como No Seminomas en estadios I y II, en casos de Seminoma este procedimiento no se realiza, salvo en muy particulares excepciones.

La duración de este procedimiento en promedio es de 4 a 6 horas, sin embargo existen casos en los que esta puede alcanzar hasta 20 horas.

1.5.2.1 POSIBLES RIESGOS DE LA LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL

- Infertilidad debido a eyaculación retrógrada, la cual consiste en que el esperma en lugar de ser expulsado hacia fuera a través del pene, se va hacia la vejiga.
- Prolongada inactividad intestinal (también llamada "ileo paralítico")
- Obstrucción intestinal
- Cicatriz de tamaño considerable y posibilidad de infección
- Daño interno de órganos aledaños
- Infección por transfusiones sanguíneas
- Linfocele: acumulación de fluidos linfáticos en el área de la remoción.

1.5.3. RADIOTERAPIA.- Es una terapia local (sólo las áreas tratadas), que utiliza haces fotónicos de alta energía para destruir las células cancerosas. La radioterapia para cáncer testicular proviene de una máquina fuera del cuerpo (radiación de haz externo) y generalmente se apunta hacia los ganglios linfáticos del abdomen.

Los seminomas tienen una alta sensibilidad a la radiación. Los tumores no seminomatosos son menos sensibles a la radiación, por lo que los hombres con este tipo de cáncer no reciben Radioterapia.

La Radioterapia afecta tanto a las células normales como a las cancerosas. Sus efectos dependen principalmente de la dosis del tratamiento. Los efectos secundarios comunes son la fatiga, los cambios de la piel en el sitio en donde se aplica el tratamiento, pérdida del apetito, náuseas y diarrea. La radioterapia interfiere con la medición del semen, pero la mayoría de los pacientes recuperan su fertilidad en algunos meses.

1.5.4. QUIMIOTERAPIA.- es una terapia sistémica, lo que significa que los fármacos se desplazan por el torrente sanguíneo y afectan las células normales así como las cancerosas en todo el cuerpo. Los efectos secundarios dependen en gran parte de los fármacos específicos y de las dosis.

Los efectos secundarios comunes son las náuseas, pérdida de pelo, fatiga, diarrea, vómitos, fiebre, escalofríos, tos, disnea, úlceras en la boca o erupciones en la piel. Otros efectos secundarios comunes son el mareo, entumecimiento, falta de reflejos o dificultad para oír. Algunos fármacos contra el cáncer interfieren con la producción de semen. Aunque la reducción de espermatozoides es permanente en algunos pacientes, muchos recuperan su fertilidad.

Así mismo, la quimioterapia se administra para destruir células cancerosas que pueden haber quedado en el cuerpo después de la cirugía. El uso de fármacos contra el cáncer después de la cirugía se conoce como Terapia Adyuvante. La quimioterapia también puede utilizarse como tratamiento inicial si el cáncer es avanzado, es decir si se ha diseminado fuera del testículo. La mayoría de los fármacos contra cáncer se administra vía intravenosa.

1.5.5 VIGILANCIA.- Se considera un cuarto tratamiento. En general 70% de los hombres diagnosticados con cáncer testicular tipo No seminoma en etapa cronológica I, y 80% de los hombres diagnosticados con seminoma en etapa cronológica I no reciben ningún tratamiento adyuvante.

1.5.6 ESTUDIOS REALIZADOS EN MÉXICO SOBRE CÁNCER TESTICULAR

Derivado de la preocupación de los especialistas por la falta de registros confiables sobre este tipo de cáncer en México, en el período de 1986 a 1996, la Dra. Dulce María Hernández, epidemióloga e investigadora de la Unidad de Investigación del Hospital de Oncología del C.M.N. S. XXI, realizó un estudio con el objeto de conocer la incidencia del cáncer testicular en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el fin de

promover entre los hombres la prevención a través de la detección temprana mediante el aprendizaje de la sencilla autoexploración. Por tal motivo, se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados de primera vez en ese hospital y en otros hospitales del IMSS del Distrito Federal.

En ese período se encontraron 1,483 nuevos casos de cáncer testicular y los hallazgos fueron los siguientes:

El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 40 años, sin embargo la mayor incidencia se presentó en el grupo de 20 a 35 años. Encontró que más del 50% de los pacientes eran fumadores, un 18% tenía antecedentes de cáncer, el 11% tenía antecedentes de un traumatismo y un 15% se caracterizaba por la falta de descenso testicular (*criptorquidia*) en el momento del nacimiento.

Por otra parte, los pacientes con mayor grado de escolaridad (43%) tuvieron un diagnóstico temprano de la enfermedad ya que ésta tenía menos de seis meses de evolución. El 57% acudió posteriormente, cuando el padecimiento presentaba de uno a tres años, de evolución y un 49% manifestó la invasión del cáncer a otras partes del cuerpo (*metástasis*).

Con este estudio se destaca la importancia de que los hombres entre los 10 y los 30 años deben explorar al tacto sus testículos para conocer su forma y tamaño y así lograr identificar posibles alteraciones. Señala que el paciente con cáncer testicular tratado con oportunidad generalmente no ve afectadas sus funciones reproductivas, por lo que afirma, puede llevar una vida sexual normal como cualquier individuo. (Aumenta la incidencia...,2000)

En el periodo de 1984 a 1998, Gerson, Serrano y Villalobos, (1999), realizaron un Seguimiento a 15 años del Cáncer Testicular en el Hospital General de México en 26 pacientes. Encontraron que el cáncer testicular representaba el 1.8% de los casos oncológicos registrados en el período de 1993 a 1996 en la población general de México. Con su estudio confirmaron que aún en estados avanzados, las expectativas de vida de los pacientes con tumores testiculares son alentadoras. Describieron las diversas alteraciones que estos pacientes afrontan en relación a la terapéutica recibida, tales como neuro, nefro y ototoxicidad, infertilidad y el desarrollo de segundas neoplasias. Su estudio tuvo como objetivo analizar el comportamiento de un grupo de sobrevivientes a neoplasia testicular con seguimiento largo.

Método: Estudio retrospectivo de 1984 a 1998, se registró edad, tipo de neoplasia, estado clínico, esquema de quimioterapia utilizado, número de ciclos, número y sitio de metástasis, tiempo de seguimiento y de recurrencia, así como el sitio y tiempo en que se documentó la

recurrencia, estado de salud, paternidad posterior a la quimioterapia, capacidad de audición, función renal y estado hematológico.

Resultados: Veintiséis hombres con promedio de edad de 27.7 +/- años, con un tiempo de seguimiento de 56.6 +/- 38.7 meses (rango 1 a 149 meses). La neoplasia germinal mixta tuvo predominio en 22 de los pacientes (84.6%). Los estadios clínicos fueron los siguientes: EC=I, en 12 pacientes (46.1%), EC=II, en 5 pacientes (19.2%) y EC=3 en 7 pacientes (26.9%) y 2 pacientes (7.7%) con EC no clasificado. Al diagnóstico 11 pacientes (42.3%) se detectaron sin metástasis, 8, con un sitio metastático, 5 tenían de 2 a 3 sitios metastáticos y en 2 casos 4 o más sitios metastáticos. El promedio de sitios metastáticos fue de 1.8 +/- 1.0. Veintiún pacientes (80.7%), recibieron tratamiento de quimioterapia (en promedio de 4.3 +/- 1.9 número de ciclos), un paciente recibió radioterapia adyuvante, y 4 casos se sometieron a vigilancia. No se reportaron muertes; hubo 4 recurrencias (15.4%), en una mediana de 13.5 meses, 3 de ellas en ganglios retroperitoneales y la otra en Sistema Nervioso Central. No se observaron trastornos neurológicos, auditivos, renales ni hematológicos en ningún caso. Nueve pacientes (34.6%) lograron la paternidad después del diagnóstico y de la terapia citotóxica, cuatro más (15.3%) ya habían considerado satisfecha su paternidad, dos (7.7%) se constataron como infértiles y 11 (42.3%), eran solteros y no habían considerado aún la paternidad. Gerson y colaboradores, concluyeron que con los avances en el tratamiento, el pronóstico de estos pacientes se considera alentador, aún en los estados más avanzados. De acuerdo a su opinión, los efectos adversos secundarios a la terapéutica son mínimos, reconocen primordialmente como uno de ellos la infertilidad, por lo que recomiendan criopreservación.

En su estudio, en ningún momento aluden a los probables efectos psicológicos colaterales que se pudieran originar de los tratamientos del cáncer testicular, sin embargo, constatan la necesidad de valorar al paciente con este tipo de neoplasia, antes, durante y después de los tratamientos, desde la esfera físico-funcional, psicológica y reproductiva, esto es, la necesidad de vigilancia y cuidados multidisciplinarios a largo plazo, con la finalidad de preservar una calidad de vida óptima.

Moore & Topping (1999), realizaron una investigación de tipo descriptivo en la Escuela de Humanidades y Ciencias de la Salud, perteneciente a la Universidad de Huddersfield, Queensgate (Reino Unido), cuyo objetivo fue conocer el grado de conocimiento sobre el cáncer testicular y de la práctica de autoexploración testicular que tenían hombres jóvenes, que se habían graduado o estaban por graduarse en esa Universidad.

La muestra se conformó por 203 varones (alumnos y exalumnos) a quienes se les aplicó un cuestionario de auto-reporte integrado por 16 reactivos.

Los resultados indicaron que la mayoría de los participantes del estudio estaban o "desinformados" o "mal informados" acerca de los riesgos y síntomas del cáncer testicular. El 78% mostró un interés en cuanto al acceso a la información. Solamente el 32% tenía un conocimiento previo referente a la Autoexploración Testicular; el 22% la practicaba y alarmantemente sólo uno de los encuestados equivalente al 0.49%, fue capaz de reconocer el procedimiento correcto de autoexploración ya que, refirió, la practicaba regularmente. El 68% indicó que la Autoexploración Testicular (TSE por sus siglas en inglés: Testicular Self Examination), debería ser una parte importante de la valoración médica general masculina. Moore & Topping concluyeron después de este estudio, que los hombres jóvenes estarían dispuestos a participar en un programa de vigilancia personal de la salud y si este es el caso, entonces debería considerarse el bajo costo de las estrategias para incrementar el impacto en la población masculina.

Por su parte, León (2000) realizó un Análisis retrospectivo en el servicio de Radioterapia del Hospital de Oncología del C.M.N. S. XXI del IMSS, en el período de enero de 1996 a Diciembre de 1997, cuyo objetivo fue conocer la eficacia, porcentaje de curación, zonas de recaída y toxicidad de la radioterapia postquirúrgica en pacientes con seminoma etapa I, IIA Y IIB, tratados con orquiectomía y enviados al servicio de Radio-Oncología, por lo que revisó los expedientes clínicos de 60 pacientes con ese diagnóstico, de los cuales solo 44 fueron incluidos en el estudio por reunir en un 100% las características requeridas.

El diagnóstico de seminoma testicular, fue corroborado histológicamente por patólogos de esa institución.

El tratamiento utilizado fue el siguiente:

La radioterapia se aplicó con acelerador lineal de 8 MVs a todos los pacientes; se utilizó la técnica "hemi Y" en 23 pacientes (50%) de los cuales 22 fueron clasificados en Etapa I y 1 en Etapa IIA. Se utilizó la técnica de Y invertida en 21 pacientes (48%), de los cuales 15 se encontraban en Etapa I, 5 en Etapa IIA y 1 paciente en etapa IIB). En ningún caso se utilizó quimioterapia como adyuvante excepto en un paciente que se utilizó como terapia de rescate por recaída de seminoma. El intervalo de tiempo desde la cirugía hasta el inicio de la radioterapia tuvo una media de tres meses. Todos los pacientes fueron seguidos en el H.O.C.M.N. S. XXI, con una media de 32 meses.

RESULTADOS:

Ningún caso se perdió en el seguimiento. Todos los pacientes permanecieron vivos. La probabilidad de supervivencia a 36 meses fue de 1.00 (100%). Exclusivamente 1 de los pacientes del grupo de 44 en estudio (2.3%), tuvo falla posterior a la radioterapia. A 36 meses la probabilidad de supervivencia libre de recurrencia fue de 97.7+/- 2%.

En cuanto toxicidad, en 36/44 pacientes (81.8%) se reportó buena tolerancia al tratamiento, mientras que 8/44 pacientes (18.9%) presentaron tolerancia regular a la radioterapia. No se encontró toxicidad hematológica o renal significativa.

Este estudio, corrobora el hecho de que el cáncer testicular tiene un alto porcentaje de cura si es detectado y tratado a tiempo.

CAPITULO 2: TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ORIGINADOS POR CÁNCER TESTICULAR Y ORQUIECTOMÍA.

Para el paciente oncológico, lo difícil no es sólo el hecho de "tener cáncer", sino los significados implícitos que el enfermo da al padecimiento. La presencia del cáncer es un evento catastrófico asociado a la idea de muerte, incapacidad, desfiguro físico, dependencia y disrupción de la relación con otros (Almanza, Holland, 2000). Cualquier diagnóstico de cáncer es acompañado por un elevado riesgo de depresión, ansiedad, anticipación del dolor, mutilación y muerte.

En la actualidad, este padecimiento, el cáncer, constituye un problema de salud pública que afecta a 35.3% de los hombres y 64.7% de las mujeres, (Almanza y col. 2000).

No obstante que la enfermedad sea la misma, es importante resaltar el hecho de cómo el cáncer adquiere diferentes significados de acuerdo al órgano que está siendo afectado y a sus consecuencias. Los tumores asociados a órganos sexuales presentan una carga emocional añadida pues se trata de la intimidad, de la masculinidad o feminidad del individuo (Pimentel, 1998; Asato, 1990). Tienen un significado particular "debido al especial papel libidinal, moral y social, que representa la sexualidad". (Bellack, 1993). Al respecto, Schain & Howards (1967) citado por Calderón (1992), encontraron que aquellas personas que tienen un cáncer relacionado con un órgano sexual, produce más angustia, estrés y culpa que si el tumor estuviera situado en otro órgano. Además, estos autores reconocieron la influencia cultural en el origen de los temores y falacias que rodean a un padecimiento oncológico con estas características, en la supuesta pérdida de la capacidad de seducción.

Estas neoplasias merecen una especial atención psicológica, debido a que son curables en un elevado porcentaje de los casos, siempre y cuando sean tratadas correcta y oportunamente con las modalidades terapéuticas de las que hoy se dispone de acuerdo a las características que presentan. En etapas tempranas se tiene un 100% de probabilidad de cura y en etapas avanzadas entre 60 y 90%. Otro motivo más por el que es indispensable brindarles especial atención, es que el cáncer testicular se presenta en una etapa importante de la vida: la adultez temprana.

Si de antemano cualquier padecimiento oncológico afecta de manera importante los diferentes aspectos (físico, psicológico y social) de la vida de quien lo padece, cuánto más se verán afectados los pacientes con este padecimiento oncológico, en quienes al confirmarse el diagnóstico de "cáncer testicular", surge una gran ansiedad, depresión, alteraciones en el autoconcepto y una afección en el ámbito de las relaciones interpersonales.

Pese a lo anterior, las investigaciones relacionadas con cáncer testicular en México son escasas. Mucho más escasos son aquellos estudios en los que se vincula al cáncer testicular con aspectos psicológicos. Se podría afirmar que son nulos los que hablan de orquiectomía y de las consecuencias psicológicas en los pacientes sometidos a este tipo de tratamiento. En nuestro país, por su cultura, esta situación resulta sorprendente. En los países en los cuales ha surgido el interés por realizar una valoración de las secuelas psicológicas de este tipo de padecimiento oncológico, se otorga mayor valor al impacto que originan el cáncer testicular, la orquiectomía y demás tratamientos, comparado con lo que debería esperarse en México, como país que fomenta el machismo.

La propia literatura considera escasamente explorado a nivel mundial este tópico, relacionado con los problemas psicológicos y sociales del cáncer testicular y su manejo. Generalmente, este importante asunto se deja a un lado: los médicos únicamente se enfocan a los aspectos físicos de la enfermedad del paciente. (Peckham, 1988).

Es importante mencionar que los pocos estudios psicológicos existentes reportan hallazgos contradictorios, en el sentido de que algunos investigadores tales como Auchincloss, (1987) Tross (1987), Moynihan en Peckham (1988); Ozen, Sahin, Toklu, Rastadoskouee, Kilic, Gogus & Kendi (1998); encontraron que después del tratamiento, algunos hombres experimentan serios problemas emocionales y maritales, mientras que otros investigadores por ejemplo Tamburini, Filiberti, Barbieri, Zanoni, Pizzocaro, Barletta & Ventafridda (1989); Joly, Héron, Kalusinski, Bottet, Brune, Allouache, Macé, Couéte, Pény, & Henry-Amar (2002); Fossa, Dahl & Loge (2003), concluyeron que la cura del cáncer testicular no estaba asociada a secuelas psicológicas incapacitantes.

Se olvidan de que el cáncer origina trastornos psicológicos "desde que el paciente siente que algo existe en su organismo que le llama la atención primero y luego le preocupa", y se crean en él "una serie de pensamientos, actitudes y sensaciones conscientes o no", (Schavelzon, J., Bleger, J., Bleger L., Lúchina, I., Larger, M. (S/F); trastornos que se intensifican al momento de su diagnóstico y no exclusivamente a partir del momento en que se otorga el tratamiento específico.

La crisis por la que atraviesa el paciente con cáncer testicular es de vital importancia. En primer término debido a que la cima de su incidencia se presenta en la adultez temprana (19 a 40 años de edad). El impacto se da en diferentes esferas: en la etapa laboral en el auge de su actividad; en el sistema reproductivo y sexual ya que se presenta en la etapa de mayor fertilidad (Auchincloss, 1987); así como también en la cúspide del área social. En segundo término, esta

crisis se acentúa considerablemente debido a que en un alto porcentaje de los casos, el tratamiento inicial implica la orquiectomía.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en la CIE-10 (1992), este procedimiento está clasificado como "S38.2: amputación traumática de los testículos", definición que en la opinión de la autora ya conlleva un impacto emocional severo.

Se define como *amputación*, la "acción de extirpar total o parcialmente un miembro o un segmento prominente del cuerpo" y origina en el paciente sentimientos de inadecuación, que no solamente afectan su forma de actuar sino también su autoimagen (Villaseñor, 2000).

Algunos autores como Tross (1987), consideran que el impacto psicológico es ocasionado por el ataque del cáncer testicular a la integridad psicosexual, a la imagen corporal, al sentido de masculinidad, al sentido de procreación y al deseo y desempeño sexuales en una etapa con gran funcionamiento laboral, sexual y social.

En este sentido, en la opinión de la autora, la influencia cultural mexicana, juega un papel muy importante en el inicio de los trastornos psicológicos de este padecimiento en sí y principalmente posterior a la orquiectomía.

2.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS SOBRE CÁNCER Y CÁNCER TESTICULAR DE ACUERDO CON DIVERSOS ESTUDIOS REALIZADOS EN MÉXICO.

Guillén (2000) realizó un estudio exploratorio, transversal, retrospectivo, en el C.M.N. 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E., en el cual se utilizó el método cuantitativo y cuyo objetivo general fue conocer qué tipo de *estrategias de afrontamiento* utilizaban y cual era el *apoyo social* percibido por pacientes con cáncer de mama, cérvico-uterino y testicular, definiendo las primeras como los recursos internos con los que cuenta el paciente, referentes a esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas internas o externas que son evaluadas como excedentes y/o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986 en Guillén, 2000); así mismo define el *apoyo social* como un recurso externo que le es brindado al paciente por las personas con las que este interactúa, es decir, la disponibilidad de personas de quien nosotros podemos depender, quienes nos permiten saber que nos cuidan valoran y aman. (Sarason 1983 en Guillén, 2000.)

Guillén utilizó una muestra conformada por 80 pacientes, de los cuales 30 padecían cáncer de mama, 30 cáncer cervico-uterino y 20 cáncer testicular, quienes recibían atención médica en el

servicio de Oncología Médica y Quirúrgica de ese Hospital, la etapa cronológica del padecimiento era indistinta, sin embargo en todos los casos, su diagnóstico médico había sido confirmado de un año a la fecha del estudio. Se excluyeron a aquellos pacientes que no cumplían con los requisitos necesarios o que se encontraban incapacitados físicamente para participar.

Se analizaron los grupos y los resultados fueron los siguientes:

Las estrategias de afrontamiento (la mayoría descritas en díadas) más utilizadas por los pacientes de cáncer testicular fueron Apoyo Social – Responsabilidad y Distanciamiento, la menos utilizada Autocontrol –Responsabilidad.

Este grupo mostró una mayor satisfacción del número de apoyos sociales con los que contaba, sin embargo las diferencias no fueron significativas.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes con cáncer cervico-uterino fueron: Planeación – Confrontación y Autocontrol – Responsabilidad y la menos utilizada Huida - Evitación.

La estrategia de afrontamiento más utilizada por las pacientes con cáncer de mama es Autocontrol – Responsabilidad y la menos utilizada es Distanciamiento.

Este fue el grupo con mayor número de apoyos sociales.

Guillén también encontró en este estudio que los pacientes con cáncer de mama, cervico-uterino y testicular tienen una actitud muy realista de su enfermedad, tanto en las consecuencias como en la forma de luchar contra ella.

Otro hallazgo interesante que hizo fue que observó que los pacientes de edades entre veinte y treinta años, quienes en su mayoría eran hombres solteros -características que coinciden con las de los pacientes con cáncer testicular-, tienen mayor tendencia a modificar su situación. Según Fiefel y col. 1987, (en Guillén, 2000) refiere que el uso de esta estrategia por pacientes con cáncer testicular se asocia a quienes son más extrovertidos, tal y como se encontró en el estudio realizado por la autora antes citada.

Guillén refiere de acuerdo a su estudio, que los pacientes con cáncer testicular aminoran la importancia de su enfermedad, contrariamente a lo que Fiefel afirma respecto a que este tipo de pacientes percibe su enfermedad como algo serio.

Esta contradicción entre percibir el cáncer testicular como algo serio y aminorar la importancia de su enfermedad, crea en la autora el interés de corroborar si efectivamente los pacientes con cáncer testicular presentan alteraciones psicológicas.

En esta investigación Guillén aceptó la hipótesis de que sí existe relación entre el afrontamiento y los factores de diagnóstico y edad.

Por otra parte, Gómez (1992), llevó a cabo una investigación por medio de la cual estudió el autoconcepto y la sexualidad en pacientes amputados y hemipléjicos, tema que se considera podría estar relacionado con el cáncer testicular, en el sentido que el procedimiento quirúrgico llamado *orquiectomía*, implica la amputación del testículo afectado.

En su investigación, Gómez hace referencia a un estudio realizado por Tehen, (1982) en el cual divide en 3 grupos etiológicos los causantes de una amputación: el accidente, la enfermedad –que este sería el caso específico que nos ocupa en este estudio- y la malformación congénita.

Según Gómez, los pacientes sometidos a una amputación pueden presentar trastornos de la personalidad cuando este procedimiento quirúrgico provoca un brote de angustia, debido a la distorsión del concepto que el paciente tiene de su cuerpo y por lo tanto de sí mismo y el descontrol en sus relaciones interpersonales, por lo que este estudio resalta la importancia de la necesidad de una readaptación del paciente en relación con los demás y con la sociedad. Así mismo refiere que en el paciente amputado pueden emerger sentimientos hostiles hacia otras personas con las que se identifica, de quienes depende o cuyo rechazo teme.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Juárez de la Secretaría de Salud y fue de tipo descriptivo, exploratorio, pre-experimental y ex-postfacto, cuyo planteamiento del problema consistió en conocer la relación existente entre la incapacidad física y el autoconcepto, así como también la relación existente entre la incapacidad física y el manejo de la sexualidad.

Su muestra estuvo conformada por dos grupos, el primero de ellos integrado por 10 pacientes de ambos sexos, amputados del miembro inferior derecho o izquierdo, cuyas edades oscilaban entre 20 y 55 años. El segundo grupo estaba conformado por 10 pacientes hemipléjicos de ambos sexos y cuyas edades también fluctuaban entre los 20 y 55 años. Los integrantes de ambos grupos asistían al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de ese Hospital, se les había diagnosticado el padecimiento hacía no más de 6 meses y mantenían una vida sexual activa antes de haber sufrido la amputación o la enfermedad hemipléjica.

El procedimiento fue el siguiente: los pacientes fueron canalizados por el médico tratante del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación al Servicio de Psicología, posteriormente les fue aplicado en forma individual en el consultorio de Psicología, la Prueba de Rorschach, en donde se les pidió que describieran lo que veían. Fueron exclusivamente 3 del total de láminas que conforman el instrumento, las que se interpretaron tanto en la descripción de su forma, como en su contenido simbólico por ser las que se enfocan a los constructos que se pretendían medir: la No. 3 que evalúa Relaciones Interpersonales, la No. 6 que evalúa sexualidad y la No. 8 que evalúa autoconcepto.

Los resultados que obtuvo Gómez (1992) en esta investigación en relación con el autoconcepto y la sexualidad fueron que el grupo de amputados tiene un autoconcepto deteriorado, confuso y devaluado, presentan preocupación por su salud y sienten malestares internos. Se muestran deprimidos y debilitados. En cuanto a su sexualidad aceptan el contacto íntimo pero sin involucrarse, hay negación de su sexualidad.

Mientras que los hemipléjicos tienen un pobre concepto de sí mismos, no se perciben en forma completa e integrada, sino más bien seccionados, se sienten huecos vacíos, limitados y deteriorados. No mostraron interés alguno en dar respuestas sexuales, lo que significa probablemente que la sexualidad les está negada o les causa un conflicto.

En otra investigación, Villaseñor, (2000), realizó un estudio en el Servicio de Oncología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, cuyo objetivo era conocer las diferencias entre el autoconcepto que tenían un grupo de pacientes oncológicos con lesiones visibles y un grupo de pacientes oncológicos sin lesiones visibles. Se trató de una investigación clínica de tipo transversal, evaluatoria, aplicada, prospectiva y abierta, en la que se realizó únicamente descripción del fenómeno, con diseño comparativo, ex post facto y preexperimental.

Los pacientes fueron elegidos por medio de la revisión previa de expedientes de las áreas de Oncología Médica y Oncología Quirúrgica de ese hospital.

Villaseñor trabajó con un total de 30 pacientes, 15 pertenecían al grupo control y los 15 restantes al grupo experimental.

El grupo control estuvo conformado por 6 hombres y 9 mujeres con padecimiento de cáncer que no presentaban lesiones visibles. El grupo experimental estuvo conformado por 9 hombres y 6 mujeres con padecimiento de cáncer que presentaban lesiones visibles.

Los resultados fueron que los pacientes del grupo control (sin lesiones visibles) presentaron una puntuación más elevada en su autoconcepto que la que obtuvo el grupo experimental en la Escala del Yo Social.

Los pacientes del grupo experimental (con lesiones visibles) presentan mayor capacidad en la Escala de Autocrítica con relación a la del grupo control.

En la Escala de Identidad, los pacientes del grupo control son más capaces de describir su identidad básica de forma más objetiva y se autoperiben de mejor manera que los pacientes con cáncer que presentan lesiones visibles.

Los pacientes con cáncer sin lesiones visibles tienen mejor autoimagen que los pacientes con cáncer y lesiones visibles.

2.2 ESTUDIOS REALIZADOS EN OTROS PAISES SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER TESTICULAR.

Tross, (1987) llevó a cabo una revisión de diferentes estudios sobre cáncer testicular respecto al ajuste psicológico de pacientes con ese tipo de cáncer.

Refiere que el impacto psicológico del cáncer testicular sobre los pacientes, se relaciona con la cima de la etapa sexual masculina en la que generalmente se presenta y afecta diferentes aspectos de la personalidad tales como:

- La integridad psicosexual
- La imagen corporal
- El sentido de masculinidad
- El sentido de procreación
- El deseo sexual y
- El desempeño sexual

Aún cuando la cura se haya logrado, los pacientes, están propensos a presentar temores persistentes de recurrencia, hipersensibilidad corporal y ansiedad transitoria respecto a la pérdida de protección del tratamiento y su seguimiento.

Tross analizó el impacto del cáncer testicular dividiendo este impacto en diferentes áreas:

- a) Impacto de Infertilidad
- b) Impacto de efectos físicos posteriores
- c) Impacto de la cura

En relación al primer punto, Tross refiere que la infertilidad puede ser un síntoma tan temprano como los que se presentan desde la fase inicial del cáncer testicular. O bien puede presentarse subfertilidad, que implica la baja concentración y movilidad de los espermatozoides, como una consecuencia temprana del proceso de la enfermedad. Sin embargo, la opción de los bancos de esperma, cuando existe una esperanza para una inseminación artificial exitosa, es considerada como un importante apoyo psicológico para el joven paciente que tiene que encarar su infertilidad.

En ocasiones se ha etiquetado a los pacientes con cáncer testicular como perturbados, con un bajo funcionamiento sexual e inmaduros psicosexualmente. Se les percibe como menos sumisos que otros pacientes del sexo masculino e igualmente jóvenes pero con un tipo de cáncer distinto.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el tratamiento primario para el cáncer testicular consiste en la realización de la orquiectomía unilateral, en el caso de que el tumor sólo abarque el testículo. Por el contrario si el tumor se ha extendido al abdomen o más allá, es necesaria la realización de la disección retroperitoneal de los ganglios linfáticos. (RPLND: retroperitoneal lymph node dissection) Este tratamiento posee una gran amenaza de infertilidad temporal o especialmente, permanente, en contraste con la orquiectomía la cual no compromete la fertilidad, de acuerdo a la revisión que realizó Tross.

La radioterapia sola o en combinación con la quimioterapia puede reducir la cantidad de esperma por varios años, si no es que permanentemente, especialmente cuando se administraron altas dosis al campo paraaórtico. Sin embargo, los investigadores a los que Tross hizo referencia, no incluyeron cuestiones acerca de la intensidad del orgasmo.

- En cuanto al Impacto de los Efectos Físicos Posteriores, Tross (1987), encontró de la revisión bibliográfica realizada, que los tratamientos tan agresivos, principalmente los de Quimioterapia, otorgados para el cáncer testicular, pueden causar también disfunciones en órganos no reproductivos.

Finalmente, en cuanto al Impacto de Cura, Tross, refiere que existen razones evidentes para predecir que los pacientes con remisión del cáncer testicular pueden estar en un riesgo elevado de padecer diversas aficciones de carácter psicológico entre las que se encuentran:

- El haber sido etiquetado como un "paciente con cáncer".
- Repercusión emocional de haber estado tan cerca de la muerte
- El paciente puede experimentar una sensación de sobrevivencia momentánea (desconoce lo que vendrá después)
- Ansiedad
- Estado de ánimo e ideas depresivos
- Imagen corporal dañada debido a la obvia ausencia de un testículo
- Temores de recurrencia
- Sus relaciones interpersonales pueden complicarse por una sensación de singularidad y distanciamiento del entorno social

Sin embargo, Tross, concluye que el consenso de la investigación existente respecto al cáncer testicular muestra que al mismo tiempo que la cura lograda puede reintensificar la confrontación del paciente con alguna vulnerabilidad (física o psicológica) asociada con su enfermedad, esta le ofrece al menos, un sentido de objetividad, eficacia y renovación.

En un estudio realizado en 1987 por Moynihan, citado por Peckham (1988), llamado "Problemas psicosociales del Cáncer Testicular", en el Hospital de Royal Marsden (el cual se considera el hospital oncológico más viejo del mundo y se ubica en Londres (Surrey, Reino Unido). Consistió en que se incluyeron 102 pacientes con Cáncer Testicular y 77 familiares o amigos cercanos. Moynihan, encontró altos niveles de morbilidad psicológica, tanto en los pacientes como en sus familiares aún después de 5 años del diagnóstico. A través de un cuestionario semiestructurado especialmente diseñado, se identificó una correlación significativa entre morbilidad psicológica y los pacientes con experiencia de desempleo, dificultades financieras y/o pacientes con temor de recaída y ansiedad desde el diagnóstico.

Así mismo, en un análisis multivariado realizado posteriormente, Moynihan confirmó, que la experiencia de desempleo se encuentra vinculada con morbilidad tanto psicológica como social, es decir, esa experiencia deriva en emociones negativas que se originan de un conjunto de ideas desfavorables respecto al desempleo.

Por otra parte, Brodsky (1995), realizó un estudio titulado "Sobrevivientes del cáncer testicular: Impresión del impacto de la enfermedad en sus vidas", cuyo objetivo fue estudiar el impacto psicosocial del cáncer testicular y sus tratamientos. Examinó diversos aspectos del self: identificación del self, self interpersonal, cuerpo y sentimientos de logro. Los datos obtenidos indicaron cambios en los cuatro aspectos del self referidos.

En otra investigación realizada por Ozen et al (1998), en el Departamento de Urología y Psiquiatría de la Universidad Hacettepe y la escuela de Medicina en Ankara, Turquía, se investigaron las consecuencias orgánicas y psicosociales relacionadas con el cáncer testicular por se y/o el tratamiento, especialmente en lo que se refiere a la vida sexual y profesional.

La metodología consistió en incluir 140 pacientes quienes habían sido tratados con diversas terapéuticas, catalogados como libres de la enfermedad por lo menos durante un año. La media de edad era de 32 años. Las características histopatológicas así como los estadios eran diversos. Se aplicó un cuestionario general de salud (General Health Questionnaire) de 28 preguntas, mejor conocido como GHQ28, a través del cual se investigaron aspectos de sintomatología somática, ansiedad, deterioro del comportamiento social y depresión. Este cuestionario, de acuerdo al análisis realizado al estudio que describe Ozen, fue diseñado en su oportunidad por otros investigadores para detectar problemas psicológicos en pacientes en la Atención Primaria que quizás pudieran considerarse factores para el padecimiento de enfermedades diversas (entre ellas el cáncer). Sin embargo, este cuestionario fue utilizado en este estudio, probablemente por que al momento de su realización, los pacientes de la muestra estaban catalogados como libres de cáncer testicular desde hacia por lo menos un año.

Un segundo cuestionario (Q2), fue diseñado por los propios investigadores y estaba conformado por dos secciones. La primera de ellas versaba sobre información sociodemográfica, la cual era completada por la enfermera. La segunda sección y el cuestionario GHQ28, eran completados en privado por el paciente. Las preguntas relacionadas con sexualidad se basaban en información que tenían que ver con la frecuencia y calidad de la vida sexual, antes, durante y después del tratamiento e incluía problemas con la erección, la eyaculación, libido, frecuencia de las relaciones sexuales y preocupaciones acerca de la sexualidad.

Los resultados fueron los siguientes:

De los 140 pacientes incluidos en este estudio, 112 eran casados y 28 eran solteros. Sólo una pareja se divorció después de que el cáncer testicular fue diagnosticado. Las ansiedades acerca de infertilidad en el futuro, separación de la pareja e insuficiencia en el desempeño

sexual antes del diagnóstico, durante el tratamiento y al momento de este estudio fueron las siguientes:

Ansiedad acerca de la infertilidad futura, separación de la pareja e insuficiencia en el desempeño sexual:

	No. de Pacientes (%)		
	Antes del Diagnóstico	Durante el Tratamiento	Al momento de este estudio
<i>Ansiedad acerca de infertilidad futura</i>			
Nunca	124 (88.6)	77 (55.0)	90 (69.8)
Rara Vez	5 (3.6)	32 (22.9)	12 (9.3)
Ocasionalmente	5 (3.6)	20 (14.3)	10 (7.8)
Frecuentemente	---	1 (0.7)	5 (3.6)
Siempre	6 (4.2)	10 (7.1)	12 (9.3)
<i>Ansiedad acerca de la separación de la Pareja</i>			
Nunca	132 (94.3)	117 (83.6)	118 (91.4)
Rara vez	6 (4.3)	12 (8.6)	5 (3.9)
Ocasionalmente	2 (1.4)	3 (2.1)	2 (1.6)
Frecuentemente	---	5 (3.6)	---
Siempre	---	3 (2.1)	4 (3.1)
<i>Ansiedad acerca de la insuficiencia en el desempeño sexual</i>			
Nunca	128 (91.4)	93 (66.4)	110 (85.2)
Rara vez	6 (4.3)	27 (19.3)	10 (7.8)
Ocasionalmente	4 (2.9)	15 (10.7)	7 (5.4)
Frecuentemente	2 (1.4)	3 (2.1)	2 (1.5)
Siempre	---	2 (1.4)	---

El grado de ansiedad acerca de la infertilidad futura y la insuficiencia en el desempeño sexual, fueron significativamente más altas durante el tratamiento, que el que se obtuvo antes del diagnóstico ($p = 0.001$). Sin embargo, la ansiedad por la posible separación de la pareja no significó una preocupación en ningún momento. Mientras que la ansiedad acerca del desempeño sexual regresó a la línea base después del tratamiento, el temor acerca de la infertilidad futura no desapareció, aunque se puede decir que este temor fue menor que el presentado durante el tratamiento.

En conclusión, Ozen et. al (1998), consideran que las secuelas psicológicas del tratamiento del cáncer testicular, tienen que ver con la afectación de la autoestima, el área sexual, (durante el tratamiento se redujo la frecuencia de la masturbación, así como de las relaciones sexuales), la masculinidad y el área profesional del paciente, por lo que resulta importante evaluar la función sexual y el estado psicológico en virtud de que afecta a hombres en la etapa de mayor funcionamiento físico, reproductivo y laboral.

En otra investigación realizada por Tamburini et al (1989) en Milán, Italia, en la División de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos, y Oncología Urológica, del Instituto Nacional para el Estudio y la Cura del Tumor, y el Instituto de Estadística Médica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Milán, se examinó el impacto del cáncer testicular y de sus tratamientos de acuerdo a la perspectiva de vida, actividad laboral, relación de pareja y funcionamiento sexual en 31 pacientes, con un promedio de edad de 29.3 años y una mediana de 28 años, quienes en su totalidad habían sido sometidos al procedimiento de Orquiectomía.

Del total, 13 pacientes fueron tratados subsecuentemente con quimioterapia (QT) sola, 6 tratados solamente con RPLND (Linfadenectomía Retroperitoneal) sola y 7 pacientes con quimioterapia y RPLND, mientras que 5 pacientes con Seminoma fueron tratados con radioterapia (RT).

Los pacientes fueron examinados a los 3, 6 y 18 meses posteriores a la realización de la Orquiectomía. A cada paciente se le pidió llenar un cuestionario para reunir información relacionada a sus actividades laborales, aspectos emocionales en la relación de pareja y vida sexual. Los pacientes completaron también una forma de evaluación respecto a la calidad de vida (Spitzer QL- Index) la cual evaluaba 5 reactivos: actividad, vida diaria, salud, apoyo y perspectiva. Se usó también una línea de 10 cms. de largo, en donde el extremo izquierdo

indicaba lo negativo y el extremo derecho lo positivo, para evaluar ansiedad, estado de ánimo, náusea, debilidad y estado general de salud.

Resultados:

La evaluación psicológica se realizó como ya se dijo, a los 3, 6 y 18 meses después de la Orquiectomía y los instrumentos psicosociales mostraron una mejoría en la calidad de vida a mayor tiempo transcurrido, con un decremento en las diferencias entre terapias. La calidad del estatus general era inferior en los tratamientos que involucraban quimioterapia y RPLND, comparado con aquellos que involucraban radioterapia.

Los resultados a los 18 meses de realizada la orquiectomía, acerca de los aspectos deteriorados relacionados con sexualidad (frecuencia de actividad sexual), fueron los siguientes:

Número de pacientes que reportaron deterioro en las relaciones sexuales, en la relación de pareja y en la actividad laboral a los 18 meses después de la Orquiectomía de acuerdo al (los) Tratamiento(s) adyuvante (s) recibido (s).

	QT	QT/RPLND	RPLND	RT
Actividad Laboral	1	1	0	0
Relación de pareja	0	1	0	1
Frecuencia de Sexo	1	3	0	0
Pérdida de Eyaculación	0	6	5	0
Pérdida de Erección	0	0	0	0

(NOTA: QT = QUIMIOTERAPIA; RPLND = LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL; RT = RADIOTERAPIA)

En conclusión:

La adaptación psicosocial de estos pacientes sin tener en cuenta el tratamiento al que fueron sometidos, llegó a ser menos problemático con el tiempo. En cuanto al cuestionario psicosocial, estos pacientes y sus parejas revelaron una considerable capacidad de adaptación al problema de esterilidad y pérdida de eyaculación. Sin embargo, en relación al aspecto emocional en pareja solo dos de los pacientes reportaron que la situación empeoró después del tratamiento.

Es importante mencionar que en este estudio, Tamburini et al (1989), no encontraron otros problemas serios respecto a la vida sexual además de la pérdida de la eyaculación.

Por lo anterior, ellos concluyeron, de acuerdo con esta investigación, que el desarrollo de problemas psicosociales es potencialmente bajo sin tomar en cuenta el tratamiento recibido; y refieren que la posibilidad del desarrollo de trastornos psicosociales, aunque bajos, parecen estar relacionados a la pérdida de la eyaculación más que a la pérdida del testículo (modificación de la imagen corporal). Sin embargo, agregan que en vista de que clínicamente es imposible evitar la orquiectomía, es imperativo para el cirujano evaluar el aspecto psicogénico de los efectos colaterales cuando se propone este procedimiento.

En otro estudio, Fossá, Dahl & Loge (2003), realizaron un estudio con pacientes con cáncer testicular, en un Hospital Noruego, con el propósito de investigar la prevalencia de fatiga crónica (FC), los niveles de ansiedad y depresión, y la correlación a largo plazo entre estas condiciones en pacientes de cáncer testicular. Estos autores refieren que la sobrevivencia actual de estos pacientes (mayor o igual a 5 años) y su porcentaje de cura es alrededor del 90%.

El procedimiento de selección consistió en que, entre 1998 y 2001, todos los pacientes Noruegos con cáncer testicular unilateral, entre 18 y 75 años, que habían sido atendidos en ese hospital, fueron invitados a participar en el estudio, el cual valoraba salud somática y psicosocial a través de un cuestionario de 219 reactivos que comprendía la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalarias (HADS-A y HADS-D) y el cuestionario de fatiga (FQ: por sus siglas en inglés)

La fatiga se define comúnmente como la experiencia subjetiva de cansancio y falta de energía. La fatiga crónica se caracteriza por fatiga de más de 6 meses de duración. El síndrome de Fatiga Crónica incluye otros síntomas tales como dolor músculo esquelético, disturbios del sueño y dolor de cabeza. La fatiga puede estar asociada a síntomas de ansiedad y depresión. Por consiguiente los estudios de fatiga debieran usar instrumentos que trataran de separar los aspectos físicos y psicológicos de la fatiga y cómo se relaciona con la ansiedad y la depresión.

Método: los grupos experimentales fueron pacientes con cáncer testicular, pacientes con enfermedad de Hodgkin y como controles se utilizaron dos grupos de población general.

Los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida que mostraron los pacientes con cáncer testicular fueron similares a los mostrados por la población general.

De acuerdo a la revisión realizada por Fossá, et al (2003), encontraron que la prevalencia de complicaciones físicas y psicológicas en pacientes con cáncer testicular, han sido examinadas en diversos estudios. A través de su análisis Fossá encontró que son principalmente los pacientes con problemas de eyaculación seca y con problemas de fertilidad, los que se

considera presentan mayores afecciones psicológicas y en consecuencia decremento en su calidad de vida (QOL: por sus siglas en inglés).

Stoter et al (1989) citados por Fossá (2003), observaron un incremento en la fatiga mental y apatía entre los enfermos de cáncer testicular.

El cuestionario de fatiga, (FQ), consiste en 11 preguntas que evalúan la presencia y severidad de la fatiga experimentada durante el último mes, comparado con la sensación del sujeto, cuando se sentía mejor. Siete (7) reactivos tienen que ver con fatiga física (PF: por sus siglas en inglés), y 4 reactivos evalúan fatiga mental (MF: por sus siglas en inglés). Cada reactivo tiene 4 posibles respuestas, en una escala tipo Likert (0, 1, 2, 3).

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), consistió en 14 reactivos: 7 para ansiedad (HADS-A) y 7 para depresión (HADS-D).

Los resultados fueron que de los 1,013 pacientes con cáncer testicular, solo 820 (81%) regresaron los cuestionarios completos. La mediana de edad de los sujetos que respondieron era de 44 años. Un total de 403 (49%) pacientes presentaban seminoma¹ y 417 (51%) presentaban no seminoma².

En 163 (20%) de los pacientes la cirugía representaba el único tratamiento, (RPLND³, 82; vigilancia, 81); la Radioterapia sola post-orquiectomía fue otorgada a 339 (41%); y la quimioterapia fue aplicada en 308 (39%).

Un total de 125 sobrevivientes de cáncer testicular, fueron identificados como pacientes con Fatiga Crónica (FC). En el análisis univariado, HADS-A y HADS-D, fueron asociados positivamente con la ocurrencia de Fatiga Crónica.

Fossá (2003), encontró que los pacientes de cáncer testicular entre 30 y 49 años presentaban un decremento en el riesgo de ocurrencia de la fatiga crónica, en comparación con los pacientes de entre 50 y 59 años de edad.

De acuerdo con este estudio, la fatiga crónica fue más común en los pacientes con remisión de cáncer testicular que en la población en general, pero de menor frecuencia que en los pacientes con remisión de Enfermedad de Hodgkin.

En los pacientes con remisión de cáncer testicular a largo plazo, este grupo de investigadores encontró que la Fatiga Crónica se incrementaba con la presencia de comorbilidad, con los niveles altos de ansiedad y depresión, excepto en los pacientes más jóvenes.

¹ Ver 1.3.1 Clasificación Histológica de Seminoma

² Ver 1.3.2 Clasificación Histológica de No Seminoma

³ Linfadenectomía Retroperitoneal

Los enfermos de cáncer testicular mostraron niveles de ansiedad más altos y niveles de depresión más bajos que la población en general, sin diferencias con los sobrevivientes de Enfermedad de Hodgkin.

La fatiga parece ser un problema menor en los sobrevivientes de cáncer testicular que en los hombres con problemas hematológicos, incluyendo la enfermedad de Hodgkin. Lo anterior indica que existen mecanismos diferentes en cuanto al desarrollo de la fatiga entre sobrevivientes de cáncer testicular y los sobrevivientes de Enfermedad de Hodgkin.

Según Fossá et al (2003), la mayoría de los estudios de pacientes de cáncer han enfatizado la fuerte correlación entre depresión y fatiga. Los resultados de Fossá y sus colaboradores apoyan esas observaciones y muestran una asociación significativa independiente entre ansiedad y fatiga crónica.

Refieren que los datos que reporta este estudio indican que la ansiedad en los pacientes con cáncer testicular, es un factor contribuyente a la fatiga sobre todo en los sujetos jóvenes, o de menos de 50 años.

En conclusión este estudio resalta y apoya los hallazgos realizados por Stone et al (1999) citado por Fossá (2003), en el sentido que la fatiga en los pacientes con cáncer es un síntoma multietiológico, que requiere de la consideración de la edad del paciente, tipo y estatus de malignidad y comorbilidad.

En los pacientes con cáncer testicular, particularmente entre los más jóvenes, la ansiedad es un problema más extenso que la depresión.

Los principales tipos de tratamiento en los pacientes de cáncer testicular, no fueron significativamente asociados con la Fatiga Crónica.

En cuanto a resultados de problemas psicosociales en los pacientes con remisión de cáncer testicular, se considera que estos están fuertemente influenciados por el tratamiento otorgado, que origina problemas en la vida sexual como de fertilidad, sin embargo, las muestras reportadas en este estudio son demasiado pequeñas para dar conclusiones definitivas al respecto.

Para ilustrar lo traumático que puede resultar la orquiectomía, se considera interesante incluir en esta revisión un estudio realizado en Corea por Hyeon, Eui, Kyu, & Ho (2003), en el cual se analizó la influencia de la *criptorquidia* (ausencia de volumen testicular) en la identidad masculina en hombres jóvenes que vivían en una comunidad. En opinión de la autora, la *criptorquidia* está relacionada en cierta forma con la orquiectomía, en el sentido de que hay un testículo faltante. La diferencia radica en que en la *criptorquidia* la ausencia del testículo es de

nacimiento y en la orquiectomía, la carencia testicular es provocada por necesidad. Quizás, ésta sea la razón determinante para que en el estudio realizado por Hyeon et al (2003), el cual se detalla más adelante, no se hayan encontrado diferencias en cuanto a la identidad masculina entre los pacientes con criptorquidia y el grupo control que conformaron la muestra, ya que, mientras que en los pacientes con criptorquidia existe una identidad formada con la ausencia de un testículo desde el nacimiento, en los pacientes con orquiectomía la carencia de uno o ambos testículos es resultado de un despojo fortuito, es decir, cuando ya existía una identidad masculina que consideraba la presencia de ambos testículos.

Procedimiento:

De 27,202 hombres de 20 años pertenecientes a la comunidad Coreana, se seleccionó de manera aleatoria un 10% de la muestra de la cual 2,080 hombres acordaron participar en el estudio.

A todos los participantes se les realizó historia médica detallada y un examen físico.

Para la evaluación de la influencia de la criptorquidia en la identidad masculina, se usó el Inventario de Roles Sexuales de Bem. De entre los participantes 38 (1.8%) tenían criptorquidia y una historia de cirugía por criptorquidia (derecha 15, izquierda 21, bilateral 2). Del total, 29 se habían sometido a cirugía (*orquiopexia*), para descender el testículo faltante quirúrgicamente. El volumen testicular del lado afectado fue significativamente menor que el volumen del lado contrario. De los 36 pacientes con criptorquidia unilateral, el volumen testicular contralateral de los hombres quienes habían sido sometidos a orquiopexia, no era diferente del volumen testicular de aquellos sujetos sometidos a orquiectomía o que no habían sido sometidos a cirugía.

Resultados:

Hyeon et al, compararon las puntuaciones para masculinidad y feminidad usando el Inventario de Roles Sexuales de Bem, entre los hombres con y sin testículo en el escroto y no se encontraron diferencias entre los dos grupos.

Estos resultados demuestran que la demora en la realización de la orquiopexia, no mejora el volumen testicular del lado afectado ó la identidad masculina en hombres con criptorquidia unilateral. Mientras que en el caso de la orquiectomía, la identidad masculina, sí se ve seriamente afectada.

Por otra parte, en la Universidad de Oxford se realizó un estudio cualitativo el cual posteriormente fue publicado en el "British Journal of General Practice", relacionado con la percepción de los hombres con cáncer testicular respecto al retraso para acudir al médico especialista, ante la sensación de algún bulto sospechoso en el testículo, o alguna otra molestia.

Se seleccionaron 45 pacientes a quienes ya se les había diagnosticado un cáncer testicular y se les pidió que relataran su experiencia desde el momento en que empezaron a sospechar que algo no andaba bien hasta que el oncólogo confirmó la presencia del padecimiento. En la mayoría de los casos, las primeras sospechas coincidían con la aparición de un bulto, dolor y molestias; sin embargo los varones no acudieron al médico sino hasta varias semanas después, en el peor de los casos hasta catorce (14) semanas después.

Las respuestas más frecuentes que encontraron los investigadores respecto a esta demora, fueron concretamente "vergüenza" y "temor a perder su masculinidad", hubo otras respuestas menos frecuentes en cuanto a "temor a parecer débiles" y "por no querer parecer hipocondríacos" ("Cáncer testicular, ¿Todavía un Tabú?", 2003; Chapple, Ziebland, & Mc Pherson, 2004).

2.3 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS IDENTIFICADOS EN PACIENTES CON CÁNCER TESTICULAR SOMETIDOS A ORQUIECTOMIA, DE ACUERDO CON ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICOS Y HEMEROGRÁFICOS REALIZADOS.

- Autoimagen distorsionada
- Autoestima y autoconcepto disminuidos.
- Integridad psicosexual afectada lo que puede originar posible negación de la propia sexualidad
- Sentido de la masculinidad afectado, (derivado del cáncer testicular per se y derivado de la carencia de un testículo)
- Sentido de la procreación reducido o nulo derivado de la subfertilidad o, en el peor de los casos, de la pérdida de la eyaculación
- Distanciamiento del paciente de su entorno social
- Altos niveles de morbilidad psicológica (distress)
- Ansiedad por la incertidumbre de fertilidad y paternidad en el futuro
- Ansiedad por recurrencia del padecimiento después del tratamiento

- Ansiedad por la posible pérdida de la protección de los tratamientos y su seguimiento
- Ideas y estado de ánimo depresivos
- Desempeño laboral y profesional afectados
- Incremento de fatiga mental

2.4 LA INFLUENCIA CULTURAL DE LA SEXUALIDAD MASCULINA EN MÉXICO Y SU ORIGEN.

Aún cuando el concepto de "sexualidad" no sólo nos identifica como género, sino que engloba aspectos sociales y diversas expresiones, entre ellas el erotismo (Sánchez, en Tello 2001), en nuestro país, la influencia cultural infunde miedos y mitos respecto a la pérdida de la masculinidad. Se enseña al varón que su valor radica en la capacidad procreativa y en su virilidad, ya que ésta se considera como la forma más directa de trascender (Guerrero, 1995).

Esta influencia cultural surge, quizá, desde los tiempos del pueblo de Israel. En el Antiguo Testamento ya se especificaba quiénes quedaban excluidos de la congregación, refiriéndose a los hombres que tenían defectos en sus órganos genitales; eran considerados inferiores y se les excluía de muchas prácticas comunes: *"No entrará en la congregación de Jehová el que tenga magullados los testículos o amputado su miembro viril"* (Deuteronomio 23:1). Es decir, eran hombres que no hallaban gracia delante de los ojos de Dios.

En la actualidad, cuando se habla del hombre castrado o mutilado, generalmente se piensa que ha perdido su símbolo de virilidad. Tal parece que muchos hombres toman conciencia de su identidad masculina y de su virilidad exclusivamente a través de un concepto netamente fálico – genital, donde el sexo y la actividad sexual juegan un papel primordial.

Se tiene la idea de que es el hombre quien debe conquistar a la mujer y seducirla. Es por esta razón que los hombres consideran más trágica la pérdida de sus habilidades sexuales que cualquier otra cosa, debido a que sus genitales ya no son considerados como órganos de placer sino como instrumentos para su realización personal. Además de que socialmente es de suponerse que el hombre debe dar de él una imagen sexual inmejorable.

De acuerdo con Pasini & Crepault, citados por Soulier (1995), la actividad sexual es para el hombre la culminación de sus esfuerzos de seducción y conquista. El número de sus conquistas lo revaloriza y refuerza su identidad masculina. Uno de los factores relacionados con su sexualidad es el hecho de que sus genitales son exteriores, visibles, palpables y medibles.

Es importante destacar que el concepto que los hombres mexicanos tienen de la "sexualidad" generalmente es erróneo, pues una gran mayoría circunscribe su sexualidad a los genitales considerando que a mayor tamaño, se es más hombre y se tiene una mayor potencia sexual.

Lo anterior ha sido confirmado por un estudio respecto a Sexualidad Masculina, realizado en el Departamento de Salud Pública, del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara por el investigador Sánchez (en Tello, 2001), en el cual se estudió el concepto de sexualidad en albañiles, estibadores del mercado de abastos, choferes y físico-culturistas, quienes "hacen de la sexualidad el entorno de su vida, a partir de la estructura sociocultural, el patriarcado y la dominación masculina". Sánchez encontró que tanto los albañiles, los choferes, así como los estibadores, consideran que su sexualidad se refiere únicamente a su aparato reproductivo. Por otra parte los físico-culturistas consideran que con genitales de gran tamaño pueden lograr mayor potencia sexual.

Así mismo, está comprobado que más hombres que mujeres se preocupan por el aspecto de los genitales. (Nuevo Informe Kinsey sobre Sexo, 1992, pp. 79-80)

2.5 SIGNIFICADOS IMPLÍCITOS DEL CÁNCER TESTICULAR

El impacto emocional severo del cáncer testicular, quizás sea más palpable al analizar la manera en la que varios hombres expresan su opinión respecto al significado del padecimiento y la orquiectomía en sus vidas:

"Fue muy difícil aceptar mi infertilidad – particularmente por la pérdida de oportunidad de tener el bebé que deseábamos, particularmente por cierta sensación de la pérdida de mi hombría, o lo que fuera, y particularmente por que me sentía tan abrumado con la pérdida que tuvo mi cuerpo (...), de mi sensación de seguridad fundamental, de la imagen de mí mismo. La pérdida de mi fertilidad, significaba demasiado. Lo discutí muchas veces con mi médico, pero siempre en términos clínicos. Enterré mis sentimientos al respecto. Me paralizó el hacerlo." (Rieker, 1990, p. 354)

"¿Hay alguna ayuda para los hombres que han perdido un testículo? Tuvieron que extraerme uno hace varios años y puedo decirle que esto es un verdadero golpe emocional, ya que el hombre pierde una parte importante de su sexualidad. Es probable que le ocurra lo que a la mujer que pierde un pecho. Hasta ahora no he oído hablar de ningún sistema de ayuda" (Nuevo Informe Kinsey sobre Sexo, 1992, p. 592)

"Mi principal preocupación era, obviamente, la virilidad. Tu sabes, tu piensas, ¡oh, Dios Mío!, ¿acaso vas a poder desempeñarte sexualmente otra vez?, ¿Qué es lo que va a pensar la esposa?, ¿va a pensar de mí que soy menos valioso por que me falta un testículo?" (Gascoigne, Mason, & Roberts, 1999, p. 149)

"De pronto estar ocupando un lugar donde tienes que reconocer que en una sociedad machista, cualquiera que sea, el club de golf, la oficina, no eres libre de rascarte, o de aceptar que tienes un problema, es algo de lo que muchos hombres estarían poco dispuestos a tratar en una conversación" (Gascoigne, Mason, & Roberts, 1999, p. 149)

"Mi principal temor era, ¡Dios mío!, no voy a tener testículos, ¿Cómo estaré de pie en la ducha, en la alberca?" (Gascoigne et al, 1999, p. 147)

Un paciente comenta respecto al cáncer testicular: "Debo haber oído de el (pausa), debo haber leído de el (pausa), pero fue en un pasado borroso, en los recesos, esa parte de la cual tú realmente no quieres saber. Debo haber oído que había condiciones relacionadas a los genitales, enfermedades venéreas etc. Titubeaba al usar la palabra cáncer debido a las connotaciones amenazantes que tiene de la vida. Simplemente quería que se fuera. No podía considerar la idea de la quimioterapia, radioterapia, cirugía, estaba más allá de mi habilidad para asumirlo" (Gascoigne et al 1999, p. 147)

"El testículo significaba para mí, ser todo un hombre, es lo que un hombre más aprecia...la parte más íntima. Por eso cuando me dijeron, pues sí, me sentí mal" (Palomares, Rojas; 2002)

Es posible afirmar, entonces, que la crisis por la que pasa el paciente con cáncer testicular tiene un impacto severo.

Por lo tanto, los médicos debieran estar conscientes de que el aspecto psicológico de los pacientes con un tumor de testículo es muy importante (Bonadonna, 1983 p. 594). Sin embargo, basan su interés en el conocimiento médico y se olvidan del aspecto psicológico de los pacientes, es decir, de lo que estos últimos piensan y sienten ante los procesos terapéuticos a los que son enfrentados de acuerdo a la práctica oncológica: Tratamientos mutilantes y agresivos no sólo con su físico sino principalmente con su "psique" lo que propicia entre otras cosas la pérdida de su "yo" (autoconcepto).

CAPITULO 3: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON CÁNCER TESTICULAR SOMETIDOS A ORQUIECTOMIA.

El objetivo general del presente trabajo es formular un Modelo de Intervención Psicológica de Prevención Secundaria (atender aquellas complicaciones psicológicas que se presentan a partir del diagnóstico) y Terciaria (las que se presentan durante la evolución y tratamientos del cáncer testicular como consecuencias de estos); a través de conocimientos, habilidades y técnicas psicológicas que sean capaces de solucionar esas complicaciones total o parcialmente, para su aplicación en un Hospital de Oncología.

Se dirigirá principalmente a los pacientes que fueron sometidos al procedimiento de Orquiectomía, y a los familiares de estos que deseen integrarse a la terapia, por el gran impacto que este conlleva.

Para determinar el tipo de intervención psicológica que se propone, se tomaron en cuenta las secuelas psicológicas originadas por el cáncer testicular y sus tratamientos, detectadas a lo largo de la revisión hemerográfica y bibliográfica realizada, mismas que se enlistaron al finalizar el capítulo anterior.

Cuando el psicólogo clínico proporciona al paciente con cáncer testicular las herramientas necesarias para la readaptación a su nueva condición y le da a conocer técnicas que le permitan entender el origen de sus ansiedades, le ayuda a elaborar las estrategias de afrontamiento que mejor le funcionen, y de esta manera contribuye al logro de las metas de los tratamientos médicos y a la recuperación del paciente.

El tratamiento psicológico de todo paciente oncológico tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación de éste, pues la presencia en sí del diagnóstico de cáncer constituye, como se mencionó en capítulos anteriores, una fuente de tensión que trae consigo una serie de procesos físicos y psicológicos (Lampic, 2000), que alteran al paciente y a su entorno familiar. Sobrevienen cambios bruscos que generan una crisis que produce cambios de hábitos, expectativas y proyectos tanto personales como familiares.

En consecuencia, resulta muy importante brindar una intervención psicológica adecuada, porque además, un estado psicológico alterado puede derivar en el deterioro físico del paciente (Flórez, Ardila citados por Bayés (1985), propiciando que el padecimiento (en este caso el cáncer testicular) empeore hacia estadios más avanzados.

3.1.- ANTECEDENTES

La estrategia de afrontamiento y el nivel de adaptación del paciente con cáncer testicular depende de:

- a) Las competencias del paciente para hacer frente al estrés
- b) El nivel y modo de información que reciba
- c) La clasificación histológica del tumor
- d) El estadio clínico
- e) Los efectos de los tratamientos (orquiectomía, linfadenectomía retroperitoneal, quimioterapia, radioterapia, y vigilancia)
- f) El apoyo social y los recursos ambientales
- g) La disponibilidad de una adecuada intervención psicológica

En el área oncológica las líneas de intervención psicológica son a grandes rasgos:

- 1) Intervenciones preventivas que permitan la eliminación de hábitos de consumo de sustancias de riesgo; dar a conocer técnicas de afrontamiento del estrés, fomentar hábitos saludables y de conductas que faciliten la detección temprana de neoplasias.
- 2) Información adecuada al paciente en cuanto a contenidos, tipos de información, estilo, vías por las cuales se le hará llegar la información al paciente y a sus familiares en un momento y secuencia oportunos.
- 3) Preparación para la hospitalización y los tratamientos con la finalidad de reducir la ansiedad y el estrés con objeto de controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía.
- 4) Tratamientos tras el diagnóstico del cáncer.
- 5) Tratamientos asociados a la patología del cáncer o tratamientos médicos del cáncer.

Una vez analizado el conjunto de secuelas psicológicas en los pacientes con cáncer testicular que formaron parte de las muestras de diversos estudios psicológicos, se propone una intervención psicológica Grupal Breve con enfoque Cognitivo (Cognoscitivo), debido a que se considera la terapéutica más adecuada para este tipo de pacientes, por varias razones (Fernández, en Abadi, Fernández y Rausch, 1999; Edelman, & Kidman, 1999):

- ✓ La *Terapia Cognitiva* es un tratamiento psicológico que tiene como objetivo "ayudar a las personas que ven afectada su calidad de vida debido al padecimiento provocado por las dificultades que se encuentran para resolver problemas específicos en su conducta, en sus emociones o en sus relaciones interpersonales o bien por las limitaciones que experimentan para poder concretar un proyecto personal".

- ✓ Fundamenta su trabajo en la *cognición* la cual se considera "la unidad mental que le sirve al ser humano para captar y organizar la realidad, tanto interna como externa" que implica llevar a cabo una operación *intelectual*, que está asociada con alguna emoción y permite simultáneamente, emitir un *juicio* sobre esa realidad (Fernández en Abadi y col., 1999).

- ✓ Se considera un enfoque dominante y altamente efectivo en el tratamiento de varios desórdenes psicológicos tales como: ansiedad, depresión y cualquier síntoma de estrés psicológico, los cuales interfieren con la habilidad de afrontar efectivamente el cáncer y sus tratamientos (Edelman & Kidman, 1999).

- ✓ Existe la evidencia de que las intervenciones estructuradas, enfocadas en la adquisición de herramientas específicas logran mejores resultados que las intervenciones "de apoyo" no estructuradas. (Jacobs et al., 1983, Telch & Telch, 1986, Cunningham & Tocco, 1989 en Edelman y Kidman, 1999.)

- ✓ Se ha corroborado que los grupos tienen la ventaja de ser más efectivos que la terapia individual y pueden otorgar beneficios adicionales en lo referente a diversos puntos: disminuyen la estigmatización y reducen el aislamiento social; facilitan el compartir la información y la capacitación a los participantes para aprender actitudes y estrategias de afrontamiento adaptativas para el mejor funcionamiento de los miembros del grupo. (Spiegel, 1994 en Edelman y Kidman, 1999). Además, el análisis de la conducta es más completo, en el sentido de que permite observar la conducta del paciente tanto en relación con el terapeuta, como con cada miembro del grupo. En la esfera de las intervenciones terapéuticas se dan factores que individualmente no existen, o se dan de manera muy vaga, tales como son: la retroalimentación del terapeuta y de los miembros del grupo, el modelamiento por parte del terapeuta y los participantes, el ensayo de

conductas (incluida la inversión de roles); una última ventaja de los grupos son la motivación grupal y el reforzamiento social. (Weiner, B., 1992)

- ✓ Es razonablemente breve. Al respecto, en 1994 Moorey y Greer dieron a conocer los primeros textos referentes a Terapia Cognoscitiva Grupal. A través de estudios han comprobado que una intervención psicológica breve, mejora el estado emocional de los pacientes, mejoría que de acuerdo a su opinión, persiste hasta 10 meses después de finalizada la terapia. (en Fundación para la..., 2002)
- ✓ Se dirige principalmente a los problemas actuales y tiene como metas, enseñar a los pacientes herramientas específicas de afrontamiento, tales como: espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa, fatalismo y evitación o negación.
- ✓ Es eficaz para tratar pensamientos disfuncionales automáticos y ayuda a producir el cambio cognitivo.
- ✓ Puede aplicarse a aquel grupo de pacientes con cáncer que presentan una morbilidad psicológica ocasionada no sólo por las consecuencias reales del cáncer sino también por dos factores cruciales:

a) El significado personal de la enfermedad y

b) las estrategias de afrontamiento del enfermo, esto es, lo que el paciente piensa y hace para reducir la amenaza que le supone el cáncer (Fundación para la..., 2002)

En cuanto a este "significado personal", Burns (1991), refiere que en la pérdida de un miembro, como en el caso de una amputación, el individuo afligido o los miembros de la familia, suponen automáticamente que dicha pérdida implica necesariamente una disminución en la posibilidad de ser feliz. Sus amigos y familiares muy seguramente ofrecerán al paciente su comprensión y compasión. Sin embargo, es posible que el sufrimiento emocional sea ocasionado por un concepto equivocado más que por un cuerpo incapacitado, o en el caso del cáncer testicular, un cuerpo mutilado. Por el contrario, cuando el individuo afligido o los familiares, aprenden a corregir las distorsiones de su pensamiento, se puede lograr una vida emocional más gratificante.

3.2 PRINCIPIOS GENERALES DE LA TERAPIA COGNITIVA (COGNOSCITIVA)

(Ackerman, 1992, citado por Bellack, 1993, pp. 152-155; Beck & Freeman, 1992)

- 1) *La terapia cognitiva se basa en el modelo cognoscitivo de los trastornos emocionales.*- Las personas estructuran sus experiencias al percibir, interpretar y asignar significados a los sucesos, lo que determina sus respuestas emocionales y conductuales a los mismos.
- 2) *La terapia cognitiva es breve y de tiempo limitado.*- La naturaleza breve de este enfoque desalienta la dependencia del paciente.
- 3) *Una relación terapéutica estable (de confianza) es condición necesaria para una terapia cognitiva efectiva.*- El terapeuta cognitivo debe ser cálido, genuino, abierto sincero y acertadamente empático.
- 4) *La terapia es un esfuerzo de colaboración entre el terapeuta y el paciente (de cooperación).*- El terapeuta y el paciente trabajan juntos como investigadores cuya meta común es identificar y modificar las distorsiones, creencias y suposiciones cognoscitivas que representan problemas para el paciente.
- 5) *La terapia cognitiva utiliza fundamentalmente el método socrático.*- En este tipo de terapia el terapeuta no trata de convencer con palabras al paciente de que sus creencias (esquemas) son disfuncionales, sino que utiliza una estrategia denominada "descubrimiento guiado", basado en una serie de preguntas que ayudan al paciente a identificar pensamientos que se asocian con sentimientos y le permite cuestionarlos y evaluarlos. Por ejemplo: "¿Cuál es la evidencia para creer esto?", "¿Cuál es la peor cosa que podría pasar en esta situación? A través de estas preguntas el terapeuta alienta al paciente a reevaluar sus percepciones erróneas y fomenta el desarrollo de nuevas habilidades y un estilo cognoscitivo más realista.
- 6) *La terapia cognitiva es estructurada y directiva.*- Al comienzo de cada sesión, paciente y terapeuta desarrollan una agenda específica para ésta. La agenda incluye una revisión de la sesión anterior, revisión de la tarea asignada y uno o dos temas de importancia para discutir. Las sesiones finalizan con una petición al paciente para que proporcione una retroalimentación acerca de las sugerencias y conducta del terapeuta durante la

sesión, un resumen de los puntos más importantes de la sesión y en conjunto, se determina la tarea para la siguiente sesión.

- 7) *La terapia cognitiva se orienta a los problemas.*- El paciente identifica los problemas actuales que se deben atender y con la ayuda del terapeuta, identifica y corrige los pensamientos y conductas desadaptativas que mantienen esos problemas. Debido a que el terapeuta sólo estará disponible un tiempo limitado, se espera que el paciente desarrolle habilidades independientes de autoayuda.
- 8) *La terapia cognitiva se basa en un modelo educativo.*- Se enseña al paciente a convertirse en su propio terapeuta.
- 9) *La teoría y técnicas de la terapia cognitiva se basan en el método inductivo.*- Enseña a los pacientes a tratar sus creencias como hipótesis que pueden evaluarse en cuanto a su veracidad y adaptatividad, a considerar toda la información disponible y a revisarla con base en los datos recolectados. Enseña como realizar experimentos para probar sus hipótesis.
- 10) *Llevar tarea a casa es un aspecto central de la terapia cognitiva:* Realizar tareas en casa sean escritas y/o conductuales, dan al paciente la oportunidad de descubrir novedades acerca de los asuntos que enfrenta actualmente. Es necesario que el terapeuta explique la meta y los objetivos de todas las tareas. En la mayoría de las tareas se le pide al paciente que identifique sus "pensamientos automáticos" y los analice, en cuanto a la forma en que están interviniendo en la emoción que están sintiendo.

3.3 LINEAMIENTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA:

De acuerdo con Ackerman 1992, los lineamientos de la Terapia Cognitiva se estructurarían de la siguiente manera (en Bellak, 1993):

FASE INICIAL

1. Familiarizar al paciente con el modelo cognoscitivo (cognitivo)
2. El terapeuta tiene un rol más activo que el paciente
3. Generar una lista de problemas

4. Desarrollar y someter a prueba la conceptualización del caso
5. Desarrollar un plan de tratamiento
6. Enseñar al paciente a identificar pensamientos automáticos
7. Producir reacciones en el paciente hacia las diversas técnicas y hacia el terapeuta.

FASE MEDIA

8. Utilizar pensamientos automáticos para ayudar a identificar las creencias básicas del paciente (suposiciones subyacentes)
9. Ayudar al paciente a dominar habilidades cognoscitivas para enfrentarse a situaciones
10. Explorar el desarrollo de las suposiciones subyacentes

FASE FINAL

11. Dar al paciente mayor responsabilidad del tratamiento
12. Examinar las creencias y sentimientos del paciente acerca de dejar el tratamiento
13. Revisar metas obtenidas
14. Preparar la terminación y enfocarse en cómo prevenir recaídas
15. Hacer arreglos para sesiones "de refuerzo" o llamadas telefónicas de seguimiento

3.4 MODELO DE TRABAJO DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL BREVE CON ENFOQUE COGNITIVO.

3.4.1.- Objetivos:

RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.-

- Los participantes comprenderán la inter-relación de la tríada: Pensamiento - Emoción - Conducta, es decir, entenderán que lo que la gente piensa, afecta como se siente y en consecuencia en cómo actúa.
- Identificarán sus patrones de pensamiento maladaptativos y sus creencias irracionales centrales.

- Corregirán el procesamiento defectuoso de la información y modificarán las suposiciones que mantienen las conductas y emociones desadaptadas.

ESTRATEGIAS DE CONDUCTA.-

- Los participantes aprenderán una variedad de estrategias de afrontamiento que incluyen:
 - Comunicación efectiva y Técnicas de Asertividad
 - Fijación de metas
 - Estrategias de afrontamiento
 - Utilización de contactos sociales
 - Relajación profunda/Meditación

EXPRESIÓN DEL SELF.-

- Los participantes expresarán sus motivos de preocupación y sentimientos asociados dentro del grupo y estarán más dispuestos a comunicarse abiertamente con sus familiares y amigos cercanos.

3.4.2.- Sujetos:

Pacientes (solos o acompañados de sus familiares) que deseen formar parte del grupo (que no exceda de 15 participantes)

Con diagnóstico confirmado de Cáncer Testicular.

Que médicamente requieran ser sometidos en poco tiempo al procedimiento de Orquiectomía, y concluirán la mayor parte de las sesiones ya orquiectomizados.

3.4.3.- Procedimiento:

El programa comprende 12 sesiones grupales, cada una de aproximadamente 2 horas de duración, que se realizarán en forma semanal. Cada sesión comprende una pequeña información teórica, seguida de una discusión grupal de los ejercicios realizados y de los temas discutidos.

Los participantes realizarán en casa en forma semanal, ejercicios escritos y/o conductuales para facilitar la adquisición de herramientas psicológicas específicas, así como para monitorear sus pensamientos.

Al inicio de cada sesión los miembros del grupo discutirán la tarea realizada en esa semana, con la finalidad de reflexionar al respecto y explorar sus preocupaciones.

La distribución del tiempo se hará de la siguiente manera:

- Retroalimentación de la sesión anterior: 15 a 20 minutos máximo
- Discusión grupal de tarea semanal (del grupo en general, o de pequeños grupos de 3 participantes): 45 min. a 1 hora dependiendo de los planteamientos de los participantes.
- Plática Teórica corta: de 15 a 30 min., incluyendo aclaración de dudas.
- Últimos 5 minutos de cada sesión para determinar la tarea de la semana.
- Tareas en la casa

3.4.4.- Recursos Materiales:

- Un salón amplio y suficientemente iluminado, con sillas acomodadas de tal forma que todos los participantes puedan verse frente a frente.
- Un pizarrón suficientemente grande
- Gises
- Un rotafolios
- Plumones de colores
- Una Cédula de Registro (Ver anexo 1)
- Lápices de grafito
- Hojas de papel tamaño carta
- Hojas de papel bond

3.4.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO:

PRIMERA A TERCERA SESION: Tienen como finalidad introducir los principios de la Terapia Cognitiva Breve a los participantes, así como establecer un ambiente grupal amigable y de apoyo.

PRIMERA SESION (Desarrollo):

- Se realiza una dinámica grupal de presentación para "Ruptura de Hielo".
- La presentación inicia cuando cada uno de los participantes proporciona su nombre e identifica ante los demás los pensamientos y sentimientos propios respecto al proceso terapéutico que iniciará, así mismo mencionará brevisísimamente los problemas principales que le orillaron a buscar ayuda psicológica. (El psicólogo, anotará en hojas de rotafolio los problemas referidos por pacientes y sus familiares)
- Temas teóricos: Introducción General al Programa Terapéutico y a la Explicación de la tríada *Pensamiento-Emoción Conducta*. (Ver 3.4.6.1)
- Para mejor comprensión se les pide que en grupos pequeños de mínimo 3 participantes (este número podrá modificarse según el número real de participantes) discutan alguna experiencia reciente en la que se sintieron tristes y que identifiquen los pensamientos que pasaban por su mente al momento del sentimiento y los anoten en una hoja en forma textual.
- Se les presenta un cuadro con las Creencias Irracionales Comunes de Ellis (1994) en Edelman, S. (1999) y se les pide que en forma silenciosa analicen con cuales se identifican cada uno de ellos (Ver Anexo 4).
- Antes de finalizar se les da la tarea semanal, relacionada con identificación de pensamientos y sentimientos.
- Tarea Semanal: Con la finalidad de que ustedes comprendan mejor la relación entre Pensamiento - Emoción - Conducta y afirmen los conceptos de "Pensamientos Automáticos" y "Creencias Básicas", les voy a pedir que en casa busquen un momento tranquilo para hacer el siguiente ejercicio, (se les reparte una tarjeta a cada participante con la siguiente instrucción): "Imagine que está en su casa una noche, y que acaba de acostarse en la cama ya listo para dormir, de pronto, escucha que la ventana se mueve estrepitosamente".

Analizar: ¿Cómo se sentiría y actuaría cada uno de ustedes si piensan que lo que causa el ruido es un ladrón? Después imagine la misma escena pero ahora piense que sólo es el viento. Ahora, ¿Cómo se sentiría y actuaría?

Anotar en una hoja de papel los pensamientos automáticos que se tuvieron en cada escena.

- Presentar sus anotaciones en la próxima sesión en el formato de Ejercicio de Monitoreo de Pensamientos y Sentimientos (Ver anexo 2).

SEGUNDA SESIÓN:

- Definición del plan de actividades
- Retroalimentación de la Sesión anterior: Principios del Programa Terapéutico Cognitivo Breve y a la tríada Pensamiento-Emoción- Conducta
- Discusión Grupal de la Tarea Semanal realizada en casa
- Tema Teórico: "Orquiectomía, Conceptos Y Características" (Ver 3.4.6.2)
- Puntos clave a desarrollar:
 - a) Definición de Orquiectomía
 - b) Clasificación histopatológica para determinar realización de Orquiectomía
 - c) Explicación de procedimiento quirúrgico (Anestesia, duración, sintomatología postquirúrgica)
- Retroalimentación: Se pide a alguno o algunos de los pacientes que voluntariamente resuman los puntos más importantes de la sesión. Se incluye planteamiento de dudas
- Tarea Semanal (Explicada Por El Terapeuta): Una vez que han escuchado las características de la orquiectomía y de la necesidad inminente de realizársela, analizarán el significado personal tanto de padecer cáncer testicular como el significado que le dan a la extirpación de su testículo, anotarán todas las ideas, pensamientos y sentimientos relacionados que les vengan a la mente, utilizarán mínimo una cuartilla, máximo dos y la presentarán en la próxima sesión.

TERCERA SESION:

- Definición del Plan de Actividades:
- Retroalimentación de la sesión anterior: Orquiectomía
- Discusión grupal de la tarea realizada en casa

- Tema Teórico: Linfadenectomía Retroperitoneal (RPLND) (Ver 3.4.6.3)
- Puntos clave a desarrollar:
 - a) Definición de RPLND
 - b) Clasificación histopatológica para determinar realización Linfadenectomía Retroperitoneal
 - c) Procedimiento Quirúrgico (Anestesia, duración, sintomatología postquirúrgica)
- Retroalimentación: Se pide a alguno de los participantes que resuma los puntos más importantes. Esta etapa incluye planteamiento de dudas.
- Tarea en casa: Ahora que han escuchado la explicación de la RPLND, y considerando que en la actualidad desconocen el tipo de cáncer testicular que padecen, imaginen que les han sido confirmadas las características para ser sometidos a la Linfadenectomía Retroperitoneal. Analicen cuales serían sus temores y compárenlos con los temores que se originaron por el procedimiento de orquiectomía. Anoten los pensamientos automáticos e ideas que se les vengán a la mente y traten de identificar si en sus temores se encuentran involucradas algunas "creencias disfuncionales", que originen esos temores o ansiedades.

Pueden utilizar el formato de Monitoreo de Pensamientos y Sentimientos (Anexo 2) para comparar ambas situaciones y preséntenlo en la próxima sesión.

CUARTA SESION:

- Definición del Plan de Actividades:
- Retroalimentación de la sesión anterior: RPLND
- Discusión grupal de la tarea realizada en casa
- Tema Teórico: Manejo de Desesperanza y Depresión (Ver 3.4.6.4)
- Puntos clave a desarrollar:
 - a) Definición de síntomas que identifican a la desesperanza y depresión
 - b) Diferenciar entre Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Depresivo Menor
 - c) Distorsiones Cognitivas más comunes en la Depresión
- Retroalimentación de los puntos más importantes
- Tarea en casa: Piensen en su diagnóstico de cáncer testicular, y registren cuáles son los pensamientos que acompañan al sentimiento de desesperanza y depresión (si es que lo tienen) y analicen que tan racionales son esos pensamientos. ¿Cuáles creencias

irracional identifican? Finalmente, registren cuál sería la respuesta racional a cada uno de sus pensamientos y creencias irracionales.

A lo largo de la semana que comenzará, registren todas las actividades que realicen, e identifiquen los obstáculos que se les presentaron para realizar sus actividades y cuáles eran sus pensamientos en esos momentos.

QUINTA SESION:

- Definición del Plan de Actividades:
- Retroalimentación de la sesión anterior: Desesperanza y Depresión
- Discusión grupal de la tarea realizada en casa
- Tema Teórico: Técnicas de Comunicación Efectiva (Asertividad) y Relaciones Interpersonales (Ver 3.4.6.5)
- Puntos clave a desarrollar:
 - a) Definición de Asertividad
 - b) Estilos de Afrontamiento
 - c) Explicación de patrones específicos de conducta
 - d) Características de la persona asertiva
- Retroalimentación de los puntos más importantes
- Tarea en casa: Hemos repasado puntos importantes y algunas técnicas para lograr una comunicación efectiva. Piensen en una situación de comunicación problemática que hayan tenido recientemente y elaboren por escrito un "Role Playing" (juego de roles) de la manera en que se hubiera llevado a cabo ese diálogo si se hubieran utilizado técnicas adecuadas de comunicación, con miras a representarlo ante el grupo en la próxima sesión.

(Se pedirá a los participantes traer un tapete, toalla o colchoneta para la próxima sesión).

SEXTA SESIÓN:

- Definición del Plan de Actividades:
- Retroalimentación de la sesión anterior: Técnicas de Comunicación Efectiva (Asertividad) y Relaciones Interpersonales
- Discusión grupal de la tarea realizada en casa: Representación de Role Playing y análisis.
- Tema Teórico: Manejo de la Ansiedad y Técnicas de Relajación (Ver 3.4.6.6)
- Puntos clave a desarrollar:
 - a) Síntomas que caracterizan a la ansiedad
 - b) Identificación de distorsiones comunes al trastorno de ansiedad.
 - c) Explicación de Técnica de Relajación Muscular Progresiva y ejemplificación
- Retroalimentación de los puntos más importantes
- Tarea en casa: Recuerden el momento en que les diagnosticaron cáncer testicular y que les dijeron que les tenían que extirpar el testículo o cualquier otra experiencia emocional reciente en la que se hayan sentido ansiosos, y relacionen por escrito cuáles fueron las cogniciones asociadas con esas sensaciones y después en forma analítica háganse las siguientes preguntas: ¿Cuál parte de la situación es un hecho y cuál es una creencia?, ¿De qué manera verían la situación si no estuvieran ansiosos?. Presenten sus conclusiones en la próxima sesión.

SEPTIMA SESIÓN:

Definición del Plan de Actividades:

- Retroalimentación de la sesión anterior: Manejo de la Ansiedad
- Discusión grupal de la tarea realizada en casa
- Tema Teórico: Manejo de la Ira (Ver 3.4.6.7)
- Puntos clave a desarrollar:
 - a) Definición de Ira
 - b) Explicación del proceso cognitivo de la Ira
 - c) Distorsiones cognitivas más comunes de la ira
- Retroalimentación de los puntos más importantes
- Tarea en casa: Recuerden un momento reciente en que se hayan sentido llenos de ira, y cómo resolvieron el suceso. Si antes de esa experiencia hubieran escuchado esta

plática ¿lo habrían resuelto de la misma manera? O ¿Qué habría cambiado? Preséntenlo por escrito en la siguiente sesión.

OCTAVA SESIÓN:

- Definición del Plan de Actividades:
- Retroalimentación de la sesión anterior: Manejo de Ira
- Discusión grupal de la tarea realizada en casa
- Tema Teórico: Autoestima y Autoconcepto (Ver 3.4.6.8)
- Puntos clave a desarrollar:
 - a) Definiciones de "autoconcepto", "autoestima" y "autoimagen"
 - b) El Sí mismo y los otros
 - c) El yo, según el rol
 - d) Pensamientos automáticos más frecuentes que propician autoestima baja
 - e) Técnica de "la Triple Columna"
- Retroalimentación de los puntos más importantes
- Tarea en casa:
 - a) Definan su imagen corporal, su sexualidad, su libido y anoten su concepto de sí mismos, considerando su autoconcepto y autoimagen antes y después del cáncer testicular y la orquiectomía, si es que ustedes consideran que estos han sufrido cambios.
 - b) Utilicen una hoja de 3 columnas: en la primera columna anoten los "pensamientos automáticos" (autocrítica), en la de en medio anoten el tipo de "distorsión cognitiva" que identifica esos pensamientos automáticos y en la de la derecha anoten la "respuesta racional" (autodefensa) que corrobore la invalidez de esos pensamientos automáticos.
 - c) Elaboren una lista de los pensamientos que ustedes consideran han surgido en las personas que les rodean (familia: pareja, padres, hermanos; compañeros de trabajo, etc.) respecto a su diagnóstico de cáncer testicular y a su reciente orquiectomía.

Preséntenla por escrito en la próxima sesión, con sus conclusiones que comparen el antes y el después para su discusión en el grupo.

NOVENA SESIÓN:

- Definición del Plan de Actividades:
- Retroalimentación de la sesión anterior: Autoestima y Autoconcepto
- Discusión grupal de la tarea realizada en casa
- Tema Teórico: Solución de Problemas (Ver 3.4.6.9)
- Puntos clave a desarrollar:
 - a) Definición del concepto "Problema"
 - b) Definición de "Resolución de Problemas"
 - c) Identificación de Pensamientos automáticos que impiden la Resolución de Problemas.
 - d) Diversas técnicas de resolución de problemas
- Retroalimentación de los puntos más importantes
- Tarea en casa: Piensen en una situación que hayan considerado problemática en sus vidas y que consideren que no pudieron resolver, anoten al lado de esa situación los pensamientos automáticos o creencias relacionadas que hizo que la consideraran "un problema" y las distorsiones cognitivas que hayan influido en el No logro de una alternativa de solución.

En segundo lugar, piensen qué situación en su vida actual podría acarrearles un problema de difícil solución y traten de encontrar en ambas, la mejor alternativa de resolverlo de acuerdo a las técnicas descritas el día de hoy.

Como tercer punto para la tarea en casa, cada uno de ustedes haga una lista por escrito de los nombres de todas las personas que cada uno de ustedes conozca y a las que consideren pueden pedirles ayuda en el momento que ustedes lo consideren necesario. Presenten sus anotaciones la próxima sesión para la discusión en el grupo.

DECIMA SESIÓN:

- Definición del Plan de Actividades:
- Retroalimentación de la sesión anterior: Solución de Problemas
- Discusión grupal de la tarea realizada en casa
- Tema Teórico: Estilo de Vida (Ver 3.4.6.10)
- Puntos clave a desarrollar:
 - a) Áreas que conforman el estilo de vida

- b) Establecimiento de prioridades
- c) Circunstancias que alteran el estilo de vida
- d) Identificación del balance personal del estilo de vida a través de la Gráfica de Pastel
- Discusión grupal.- Se dividirá el grupo en 5 o 6 subgrupos y a cada subgrupo le corresponderá analizar los cambios sufridos en un área en particular a partir del diagnóstico de cáncer testicular y orquiectomía. Posteriormente se integrarán las opiniones de cada subgrupo para dar una conclusión de los cambios en el estilo de vida que creen tener los participantes (pacientes y familiares).
- Tarea en casa: De acuerdo al ejercicio antes mencionado, los participantes deberán identificar las áreas, y los aspectos individuales específicos en los que les gustaría mejorar y los presentarán en forma de lista en la siguiente sesión.

ONCEAVA SESIÓN:

- Definición del Plan de Actividades:
- Retroalimentación de la sesión anterior: Estilo de Vida
- Discusión grupal de la tarea realizada en casa
- Tema Teórico: Fijación de Metas (Ver 3.4.6.11)
- Puntos clave a desarrollar:
 - a) Definición del concepto "Meta"
 - b) Propósito de las metas
 - c) Características de las Metas
 - d) Pautas y reglas a considerar para el adecuado establecimiento de metas.
- En equipos de mínimo 5 participantes y tomando en cuenta las pautas y reglas para el establecimiento de metas, elaborarán por equipo en hojas de rotafolio una lista con las metas que quieren lograr como grupo a través del enfoque terapéutico cognoscitivo breve. Finalmente un representante de cada equipo expondrá las principales metas a alcanzar de ese equipo, para finalmente elaborar una conclusión de las metas a alcanzar por todo el grupo, considerando los posibles obstáculos para alcanzarlas.
- Tarea en casa:
 - a) Considerando lo analizado en la sesión de Estilo de Vida y en su problemática personal, establezcan sus metas a nivel personal y decidan en qué plazo (corto, mediano ó largo) las quieren alcanzar.

- b) Respecto a las metas fijadas, piensen en los probables obstáculos (problemas) que se les pueden presentar para lograrlas, e identifiquen cada obstáculo como "pequeño", "mediano", "grande" ó "muy grande".
- c) Anoten los pensamientos automáticos para que esos obstáculos sean considerados de ese modo e identifiquen las distorsiones cognitivas (si es que están presentes) y en su caso elaboren su respuesta racional, utilizando la técnica "de las tres columnas".

DOCEAVA SESIÓN:

- Definición del Plan de Actividades:
- Retroalimentación de la sesión anterior: Fijación de Metas
- Discusión grupal de la tarea realizada en casa
- Tema Teórico: Revisión del Programa Terapéutico (Ver 3.4.6.12)
- Retroalimentación de los puntos más importantes
- Convivio final

3.4.6.- GUIONES DE TEMAS TEÓRICOS (SESIONES 1-12)

3.4.6.1.- "Introducción General al Programa Terapéutico" y "Explicación de la triada Pensamiento-Emoción-Conducta".

La terapia Cognitiva se caracteriza por técnicas simples y eficaces que ofrecen:

- 1) Una mejoría rápida de los síntomas tan sólo en doce semanas.
- 2) Comprensión clara de los motivos que originan sus estados de ánimo
- 3) Autocontrol: ustedes van a aprender a aplicar estrategias seguras y eficaces que les harán sentirse mejor anímicamente.
- 4) Prevención y maduración personal, a través de una reevaluación de algunos valores y actitudes básicos que se encuentran en el centro de su tendencia a los estados de ánimo inadecuados.

Estas técnicas que ustedes aprenderán abarcan todas las crisis, desde las irritaciones más leves, hasta los más importantes derrumbamientos emocionales. Entre las que se encuentran el cuestionamiento y reevaluación de algunos supuestos sobre la base de la valía humana.

El concepto de "Cognición" se refiere al modo en que vemos las cosas, las percepciones, las actitudes mentales y creencias, así como la manera en que se interpretan las cosas, esto es, lo que nos decimos a nosotros mismos sobre algo o alguien.

La Terapia Cognitiva utiliza diversos recursos como por ejemplo: división del aprendizaje en pasos graduales, práctica de las conductas mediante juego de roles (Role-Playing), proposición de ejemplos y modelos, entrenamiento para corregir errores, focalización puntual de los problemas y otros.

A medida que el paciente incrementa sus habilidades, disminuyen su malestar, sus miedos, su impotencia y su desesperanza.

Se pretende que este tipo de terapia les ayude a ustedes como pacientes a ser su propio terapeuta, a través de la orientación hacia el aprendizaje de nuevas habilidades como relajación, cuestionamiento de pensamientos negativos e identificación de esquemas interpersonales disfuncionales, que les permita generar los esquemas interpersonales correctivos.

Cuando el paciente soluciona los problemas por los cuales acudió a la terapia, se pretende generalizar los resultados, esto implica, que ustedes puedan aplicar las habilidades aprendidas

a otras áreas de su vida y prevenir recaídas por medio de la anticipación de situaciones problemáticas futuras y del trabajo de recursos para afrontarlas.

La terapia cognitiva nos enseña que es nuestro pensamiento lo que ocasiona que nos sintamos y actuemos de cierta manera. Por lo tanto es importante que si estamos experimentando sentimientos y conductas indeseables es importante que identifiquemos el "pensamiento automático" y/o las "creencias disfuncionales" que están causando esos sentimientos y conductas y aprender cómo sustituirlos con otros que conduzcan a emociones y reacciones más deseables.

Los "pensamientos automáticos" se definen como pensamientos e imágenes que suceden de manera espontánea, mismos que al paciente le parecen válidos y razonables. Pueden consistir en interpretaciones de experiencias actuales, predicciones acerca del futuro o recuerdos de sucesos pasados. Los pensamientos automáticos reflejan las creencias básicas del individuo y se asocian con la emoción (sentimiento) experimentada y con la conducta correspondiente.

Las "creencias disfuncionales" son actitudes y suposiciones acerca del sí mismo y del mundo, y guían la percepción, interpretación y memoria de la persona acerca de los sucesos que experimenta. Se derivan de las experiencias pasadas y pueden o no estar sujetas a una inspección consciente por parte del individuo. Algunas de estas creencias básicas, tienden a ser absolutas y rígidas, resistentes al cambio, se asocian con emociones extremas cuando se les viola y pueden interferir en la obtención de metas.

Dos ejemplos de creencias disfuncionales serían: "Debo tener éxito para ser feliz"; "A menos que haga todo a la perfección, soy un fracaso".

Este tipo de creencias se relacionan y se asocian dentro de la memoria y forman estructuras cognitivas mayores que se denominan esquemas. Los esquemas facilitan el procesamiento de información consistente con el contenido del esquema y obstaculizan el procesamiento de la información inconsistente con el contenido del esquema.

3.4.6.2.- "Orquiectomía, Conceptos y Características"

Hoy hablaremos de un tema de sumo interés para todos ustedes, en el sentido de que a todos se les ha confirmado el diagnóstico de cáncer testicular, y si eso no es tan malo, ahora resulta que es necesario extirparles un testículo, si no es que a algunos de ustedes ya les fue extirpado recientemente.

Afortunadamente, esta sesión aclarará las dudas de aquellos a los se les realizará este procedimiento conocido como "Orquiectomía" y a los que ya les fue realizado, las dudas respecto a los tratamientos "adyuvantes" que son los que se realizan después de la cirugía.

Primero que nada, es importante aclarar que, si ustedes tienen un tumor testicular tipo seminoma, necesitan invariablemente esta operación y seguramente se estarán preguntando:

¿No me pueden los médicos hacer más estudios en vez de extirparme el testículo?, ¿Cómo saben si realmente es cáncer?, ¿Por qué no me hacen una biopsia antes?, ¿Acaso no pueden remover el tumor y dejar el resto del testículo?

Analizaremos pregunta por pregunta:

La mayoría de los urólogos, sospecharán que su padecimiento es cáncer simplemente al sentir el testículo afectado; sin embargo existen otras pruebas a través de las cuales verificarán el diagnóstico, como por ejemplo el llamado transiluminación (luz muy brillante que se coloca en el testículo) con la finalidad de descartar un quiste benigno, pero lo más probable es que ordenen un ultrasonido, el cual es una técnica muy efectiva para detectar tumores. Al mismo tiempo, se requieren otras pruebas que serán necesarias, pero si el ultrasonido indica un tumor, entonces es muy probable que el testículo tenga que extirparse.

Ustedes se preguntarán, cómo es que saben que es cáncer lo que ustedes tienen, y por qué no mejor primero les realizan una biopsia. Bueno, pues los médicos no necesariamente saben que es cáncer, pero las estadísticas muestran que más del 95% de los tumores testiculares son malignos. La única manera de ver si el tumor es maligno, es analizarlo minuciosamente bajo un microscopio una vez que ha sido extraído. No se hace una biopsia, por que si se trata de cáncer, al realizar el procedimiento podría extenderse el cáncer mientras se encuentra aún en el cuerpo del testículo.

En cuanto a remover sólo el tumor y dejar el testículo, sería contraproducente por que el propósito de la operación es eliminar el cáncer. Dejar parte del testículo implicaría que puede quedar cáncer, y por mínimo que este sea, puede extenderse a otras partes del cuerpo.

El hecho de que les quiten un testículo puede tener implicaciones psicológicas y sociales, mientras que en cuanto a lo físico, las molestias son mínimas. Un testículo es suficiente para

seguir funcionando "adecuadamente". Es importante aclarar que un hombre con cáncer testicular puede tener problemas de fertilidad aún antes de que le extirpen un testículo.

Los puntos importantes que ustedes deben de saber antes de la operación son las siguientes:

Los médicos deben tomarles algunas muestras de sangre, para checar en su sangre la presencia de ciertos marcadores tumorales y sus niveles mientras el tumor aún se encuentra en sus cuerpos. Estos marcadores tumorales se utilizan posteriormente para determinar si el cáncer se ha extendido fuera del testículo, pero es importante que establezcan algunas líneas base antes de la cirugía.

En el procedimiento de Orquiectomía la anestesia utilizada es general; sólo se utiliza anestesia epidural (en la espalda baja), si el paciente no reacciona adecuadamente a los anestésicos, en casos por ejemplo en que el paciente no es lo suficientemente joven o particularmente si carece de buena salud. Es necesario aclarar que con la anestesia epidural el paciente muy seguramente permanecerá despierto y podrá hablar durante toda la cirugía.

En la actualidad la orquiectomía se realiza haciendo una incisión de 4 pulgadas (un poco menos de 10 cms.) a lo largo de la "línea del bikini" hacia el bajo abdomen del lado a extirpar, de ninguna manera el urólogo corta la bolsa escrotal. Una vez que la incisión ya se hizo, el cirujano empuja hacia arriba el testículo hacia la región pélvica y hacia afuera y el testículo sale. Luego un recorte aquí, una puntada allá y la orquiectomía está hecha antes de que lo imaginen.

El tiempo promedio en el quirófano es de 45 minutos a una hora. Después de la operación los despertarán y luego los alentarán para dar sus primeros pasos. Eso dolerá pero les ayudará a recuperarse más rápidamente y a dejar el hospital más pronto. La mayoría de los pacientes se van a casa el mismo día. No hay problema con esto, sólo les darán algunos analgésicos por si acaso...

El dolor de la incisión es razonable y seguramente ustedes considerarán la posibilidad de utilizar ropa interior en una o dos semanas. También es normal que sientan adormecimiento en la piel que rodea la incisión, mismo que irá pasando poco a poco.

La reacción a la orquiectomía es diferente en cada paciente, algunos estarán listos para levantarse al día siguiente, otros estarán recostados en cama por más tiempo. Su actitud hará una enorme diferencia en el tiempo de recuperación, lo mejor que esta sea, lo mejor que se sentirán.

Posterior a la operación viene la experiencia más difícil, esperar los resultados de laboratorio y de patología, que pueden tardar entre 3 y 10 días hábiles. Este reporte es una de las

informaciones más importantes que recibirán, ya que determina el tipo de cáncer que tienen y por lo tanto ayudará a determinar el tipo de tratamiento que requerirán. El reporte explica qué tipos de cánceres están involucrados en el tumor, si el tumor es mixto, el reporte debe estimar que porcentaje de cada tipo de cáncer presente. Así mismo el reporte debe indicar si se observó alguna invasión vascular o linfática. Con toda esta información podrá tomarse la mejor decisión respecto a los tratamientos adyuvantes: quimioterapia o radioterapia o en casos muy particulares solamente vigilancia. El médico urólogo será el indicado para comunicarles estos resultados.

En conclusión, la orquiectomía es una cirugía simple, justamente la necesaria en las etapas iniciales (I, II) del cáncer testicular. Regresarán pronto a la normalidad, sin embargo se dice por ahí, que cuando se ha tenido cáncer la vida no vuelve a ser la misma, pero la terapia cognitiva les ayudará mucho para lograrlo.

3.4.6.3.- "Linfadenectomía Retroperitoneal":

El día de hoy hablaremos sobre el procedimiento llamado Linfadenectomía Retroperitoneal, que es otro tratamiento para el cáncer testicular. Recuerden que el tipo histológico de su tumor lo sabrán posteriormente al análisis del producto de la orquiectomía. Razón por la cual resulta necesario que también se familiaricen con este procedimiento, por si acaso ustedes reúnen los requisitos para que les realicen la linfadenectomía retroperitoneal.

El cáncer testicular usualmente se extiende por vías muy predecibles, hacia los ganglios linfáticos, hacia los pulmones y posteriormente hacia el hígado, cerebro y a otras partes del cuerpo. Los ganglios linfáticos afectados se conocen como "ganglios linfáticos retroperitoneales" y están localizados atrás de los órganos mayores en el estómago, entre los riñones y la vena cava y aorta.

Este procedimiento se realiza en casos de que el tumor testicular sea de tipo no seminoma y se encuentre en los estadios I y II. Si ustedes no se encuentran dentro de esas categorías, este procedimiento no es para ustedes.

La linfadenectomía retroperitoneal (RPLND: por sus siglas en inglés) casi nunca se realiza en pacientes con tumor testicular tipo seminoma. Solo en el caso muy particular en que se necesite remover masas voluminosas que quedaron después de la radiación y que se encuentran rodeando los órganos internos.

Esta cirugía también puede ser necesaria en algunos pacientes después de la quimioterapia, si es que existe algún teratoma que quedó por ahí. Un teratoma es un tumor benigno con tendencias a crecer o convertirse en cáncer. Si el tamaño del teratoma aún después de la quimioterapia es lo suficientemente grande (más de 1 ó 2 cms.), es muy probable que los médicos consideren necesaria la RPLND.

Este procedimiento es muy complicado, dura aproximadamente de 4 a 6 horas, pero puede durar hasta 20 horas dependiendo del caso. Se lleva a cabo realizando una incisión justo por debajo del esternón hacia el ombligo. Los intestinos se sacan literalmente del estómago, se identifican los nervios y se separan y luego los cirujanos remueven todos los ganglios linfáticos que están conectados al testículo afectado.

En comparación con la Orquiectomía, este procedimiento es más comprometedor en el sentido que se pone en riesgo la fertilidad del paciente, si es que acaso se corta un nervio que propicie eyaculación retrógrada, es decir continuarán eyaculando pero su semen se irá hacia la vejiga. El dolor es muy intenso y las molestias pueden perdurar de 2 a 3 meses.

3.4.6.4.- "Manejo de Desesperanza y Depresión"

El tema de hoy tiene como objetivos principales, en primer término, definir el estado de desesperanza y depresión; en segundo término, el que ustedes logren identificar el proceso que se da para que se origine un estado depresivo, de acuerdo al enfoque cognitivo.

Debemos definir la desesperanza como un síntoma de la depresión.

Para saber si cada uno de nosotros tenemos un grado significativo de desesperanza debemos hacernos las siguientes preguntas:

- 1) ¿Creo que no tengo ninguna posibilidad de mejorar?;
- 2) ¿Creo que he agotado todas las posibilidades de tratamiento y que nada podrá ayudarme?
- 3) ¿Estoy convencido de que mi sufrimiento es insoportable y que nunca terminará?

Si contestamos afirmativamente a estas preguntas entonces el grado de desesperanza es elevado.

Cuando se está deprimido, se tiene la tendencia a confundir sentimientos con hechos. Los sentimientos de desesperanza y desesperación son solo síntomas de una enfermedad depresiva, no de hechos. La convicción de la desesperanza es uno de los aspectos principales de la enfermedad depresiva. (Burns, 1991)

Los individuos deprimidos tienen una triada cognitiva negativa, de sí mismos, del mundo, del futuro. (Bellack, 1992).

El paciente deprimido experimenta con frecuencia algún tipo de cambio como por ejemplo (DSM IV, 2002; Papalia. 1988):

- Insomnio o hipersomnia, esto es dormir menos o más de lo normal
- Comer mucho más o mucho menos de lo ordinario
- Pérdida de interés por las actividades que previamente eran de nuestro agrado
- Pérdida del deseo sexual (en ocasiones también puede aumentar)
- Agitación o enlentecimiento psicomotores
- Fatiga o falta de energía
- Ideas recurrentes de muerte o de suicidio

Dependiendo del número de síntomas presentes, se considera un trastorno depresivo menor (de dos a cuatro síntomas) o un trastorno depresivo mayor (5 síntomas o más).

A medida que se desarrolla la depresión, los pensamientos automáticos negativos se vuelven más frecuentes, lo que origina un círculo vicioso: Si estoy deprimido tengo pensamientos negativos que producen sentimientos negativos que me hacen sentir más deprimido y a mayor depresión, mis pensamientos negativos aumentan y permanecen, aún cuando exista una evidencia ambiental contradictoria, derivando en una "parálisis de la voluntad", esto es, que el paciente no tiene ganas de hacer absolutamente nada.

El enfoque cognitivo con el cual estamos trabajando, permite al paciente identificar las distorsiones sistemáticas en el proceso de información que mantienen sus creencias negativas y en consecuencia modificarlas, reduciendo, y finalmente anulando los sentimientos que le hacen sentir deprimido.

Las distorsiones cognitivas comunes de la depresión son (Burns, 1991):

- **Pensamiento dicotómico:** consiste en la tendencia a pensar en términos extremos o absolutos. O es blanco o es negro (los matices grises no existen). Pensemos en el caso de la orquiectomía por cáncer testicular, suceso que acarrea una distorsión con un pensamiento muy común: *"Sin un testículo, he dejado de ser hombre"*. Si ustedes tratan de situar sus experiencias en categorías absolutas a la fuerza, estarán constantemente deprimidos.
- **Generalización excesiva:** consiste en que un suceso desagradable que ha ocurrido a uno mismo en un momento determinado, se generaliza pensando que va a ocurrir siempre. Por ejemplo al decir: *"A partir de este momento (de la orquiectomía), mis relaciones con el sexo opuesto están arruinadas"*
- **Filtro mental:** consiste en que tendemos a fijarnos exclusivamente en lo negativo de un hecho, sin fijarse en lo demás: *"Sin un testículo mi valor como hombre se ha esfumado"*
- **Descalificación de lo positivo:** es la tendencia que tienen a algunas personas a transformar las experiencias neutras o positivas en negativas. Rápida e inteligentemente y aun que suene contradictorio sin darnos cuenta, convertimos esa

experiencia en la peor pesadilla. Un ejemplo cotidiano es la manera que la mayoría de los humanos tienden a responder al elogio y pensamos: *"No importa que me coloquen una prótesis, sin el testículo original ya no seré el mismo"*

- **Conclusiones apresuradas:** consiste en sacar una conclusión negativa que no está justificada por los hechos. Dentro de esta distorsión se engloban dos:
 - **A) Lectura del Pensamiento:** es por ejemplo suponer que otras personas me desprecian y estoy tan convencido de ello que ni siquiera me tomo la molestia de corroborarlo: *"Desde hoy pensarán que ya no soy un buen esposo"*
 - **B) El error del Adivino:** funciona como si tuviéramos una bola de cristal que solo predijera acontecimientos tristes, por ejemplo cuando decimos: *"Estoy absolutamente convencido de que este tratamiento o cualquier otro, están destinados al fracaso. Me doy cuenta que estaré deprimido toda la vida"*
- **Magnificación y minimización (truco binocular):** consiste en que se aumentan las cosas desproporcionadamente o se reducen demasiado. Cuando nos fijamos en nuestros propios errores, temores o imperfecciones se tiende a magnificarlos, mientras que si pensamos en nuestras cualidades las vemos pequeñas y sin importancia. Cuando ustedes magnifican sus imperfecciones y minimizan sus cualidades sin duda se sentirán inferiores y deprimidos: *"¡La noticia de que ya no tengo un testículo, va a correr como un reguero de pólvora! ¡Mi reputación en el trabajo, la familia y los amigos, está arruinada!"*
- **Razonamiento Emocional:** Tendemos a tomar nuestras emociones como prueba de verdad, hecho que interviene en todas las depresiones. Este tipo de razonamientos es equívoco porque nuestros sentimientos reflejan nuestros pensamientos y creencias. Recuerden que son nuestros pensamientos los que originan nuestros sentimientos y no las acciones de los demás, sino lo que pensamos de éstas. En consecuencia si nuestros pensamientos y creencias están distorsionados, nuestras emociones no tendrán validez.

Por ejemplo: *"Ahora sin un testículo me siento inservible, por lo tanto soy inservible", "Me siento culpable, por consiguiente, debo haber hecho algo mal"*

En conclusión cada uno de ustedes puede estar convencido de que el problema que tiene delante de sí, no tiene solución y pueden sentirse en un laberinto sin salida, que incluso pudiera llevarles a pensar en el suicidio. Es importante mencionar que son los pensamientos ilógicos distorsionados y erróneos (negativos) los que pueden despojarnos de una esperanza válida y de nuestra autoestima.

3.4.6.5.- "Técnicas de Comunicación Efectiva (Asertividad) y Relaciones Interpersonales"

El tema con el que trabajaremos hoy, se encuentra vinculado con temas que discutiremos más adelante como son Manejo de la Ansiedad, Autoestima, Relaciones Interpersonales, Estilo de Vida y Solución de Problemas. Me refiero al tema de la Asertividad, es importante que ustedes lo comprendan de manera correcta, ya que les va a ayudar mucho en las áreas que acabo de mencionar.

¿Alguno de ustedes había escuchado con anterioridad la palabra "Asertividad"?, ó ¿Qué significado consideran que pudiera tener esta palabra? ¿Qué idea se les viene a la mente?

En nuestra vida cotidiana nos relacionamos con otras personas, lo que suele generarnos en ocasiones conflictos y diferencias. Los seres humanos tenemos 3 maneras de responder (estilos de afrontamiento) a estos conflictos:

- 1) La lucha (actitud agresiva ya sea física ó verbal)
- 2) La huida (evitación ó actitud pasiva)
- 3) La capacidad verbal para resolver problemas (a lo que llamaremos Asertividad).

La esencia de la conducta asertiva se reduce a cuatro patrones específicos (Lazarus 1983, en Ruiz, S., Imbernón, 1996):

- 1) La capacidad de decir "no"
- 2) La capacidad de pedir favores y hacer requerimientos
- 3) La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos
- 4) La capacidad de continuar y terminar conversaciones

La conducta asertiva posibilita la disminución de la ansiedad al lograr que la persona de manera activa defina sus propios derechos sin presentar temores en su comportamiento.

Un individuo asertivo tiene las siguientes características que se consideran básicas (Fensteheim & Baer 1976, en Ruiz, S.; Imbernón, 1996.):

- 1) Libertad de expresión
- 2) Comunicación directa, adecuada, abierta y franca
- 3) Facilidad de comunicación con toda clase de personas
- 4) Su comportamiento es respetable y acepta sus limitaciones

En conclusión, se define la Asertividad como "el conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresan los sentimientos, actitudes, deseos opiniones y derechos de esa persona, de un modo directo, firme y honesto, respetando al mismo tiempo, los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de otras personas" (Alberti et al 1977, en Ruiz, S., Imbernón ,1996)

3.4.6.6.- "Manejo de la Ansiedad y Técnicas de Relajación"

El tema que abordaremos el día de hoy es el de la ansiedad, el cual se considera un trastorno. No olviden que continuamos trabajando con Terapia Cognitiva, que consiste en aprender a modificar nuestras cogniciones, es decir nuestros pensamientos, para a su vez modificar nuestras emociones.

El modelo cognitivo parte de la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos. Recordemos que un esquema es una estructura mayor formada con diversas creencias.

Las cogniciones de los pacientes con trastorno de ansiedad, se centran alrededor de temas de peligro anticipado y vulnerabilidad extrema, esto es, tienen pensamientos con contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses de sí mismos y su incapacidad para afrontarlos; amenazas a las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud.

Los pacientes ansiosos malinterpretan constantemente las sensaciones corporales o mentales como signos de catástrofe inminente. Por ejemplo, un paciente puede tener un dolor en el pecho por tensión de sus músculos intercostales, sin embargo la ansiedad le hace pensar que inminentemente se avecina un ataque cardíaco.

En la ansiedad se dan al menos tres de los siguientes síntomas (Ruiz, Cano, 1999):

- Inquietud
- Fatiga rápida
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Perturbaciones del sueño (dificultad para dormir ó un sueño poco reparador)

Las distorsiones cognitivas comunes al trastorno de ansiedad son (Beck, 1985 en Ruiz, Cano, 1999):

- **Inferencia arbitraria-Visión catastrófica:** consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.

- **Maximización:** El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.
- **Minimización:** El sujeto percibe muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

Con la práctica ustedes aprenderán a identificar cada una de estas distorsiones. Sin embargo, eso no es lo suficiente para un buen manejo de la ansiedad. Existen también diversas técnicas de relajación que ayudarán a reducir su ansiedad. Aprenderemos una técnica muy completa, ya que combina varias a la vez, y se llama Relajación Muscular Progresiva. Les voy a pedir saquen el tapete, toalla o cartón que les pedí la sesión pasada que trajeran hoy y lo coloquen en el suelo, quienes no trajeron nada pueden colocar un suéter o chamarra o tendrán que recostarse directamente en el suelo si así lo desean:

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA:

Antes de empezar este ejercicio, aflójense la ropa que les apriete de tal forma que se sientan cómodos. Si les hace sentir más cómodos, quítense los zapatos y tiéndanse a lo largo sobre su tapete, con las piernas extendidas y los brazos relajados a un lado de sus costados. *(Se utiliza una grabadora con una música relajante).*

Ahora, que ya te sientes en una posición cómoda, cierra tus ojos y comienza a respirar lenta y profundamente, imagina cómo tus pulmones se llenan de aire, imagínalos inflándose y desinflándose, mientras tú continúas respirando, lenta y profundamente, tus ojos permanecen cerrados. Sé conciente de tu respiración en el silencio de esta habitación, continúas inhalando y exhalando calmada y profundamente... y puedes ver en tu mente tus pulmones que crecen al inhalar y sostener el aire por unos segundos y disminuyen de tamaño al exhalarlo lentamente.

Te sientes tranquilo disfrutando del silencio de esta habitación. Tú continúas en la misma posición, y sigues respirando lenta y profundamente, ahora cierra tu puño derecho con fuerza, ve aumentando la tensión: fuerte, un poco más fuerte, todavía más fuerte y ahora relaja tus puño, experimenta la sensación agradable al liberar la tensión, ahora haces lo mismo con el puño izquierdo, primero lo tensas, fuerte, un poco más fuerte, todavía más fuerte. Deseas liberarte de toda la tensión, doblas ambos brazos fuertemente contra tus antebrazos siente la tensión por varios segundos y ahora relájalos y disfruta la sensación de relajamiento.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Continúa inhalando y exhalando lenta y profundamente. Intenta tocarte los hombros con los puños respectivos, tensando el antebrazo... ahora relaja y vuelve a tensar.... Ahora vuelve a relajar. ¡Qué grata sensación te brinda el relajar tus músculos!. Mantén los ojos cerrados y sigue respirando tranquilamente, no hay nada que te moleste. Flexiona tus hombros tratando de que toquen tus orejas, no metas la cabeza hacia dentro sino presiona los hombros hacia arriba. Ahora flexiona tus hombros hacia el centro de tu pecho, como si quisieras tocar un hombro contra otro, permanece así por varios segundos y ahora relájalos.

Nuevamente tus pulmones quieren llenarse de aire, por lo que inhalas en forma prolongada y exhalas el aire lenta, muy lentamente. Tus ojos continúan cerrados suavemente, ahora, levanta las cejas tanto como te sea posible en la dirección al nacimiento de tu cabello y permanece así por un momento, regresa tus cejas a su posición normal, sigues inhalando y exhalando profunda y lentamente. Gira tu cuello lentamente hacia la derecha tanto como puedas... regrésalo a su posición normal, haz lo mismo pero ahora del lado izquierdo. Tu respiración es tranquila, estás disfrutando de este descanso. Manteniendo los ojos cerrados sube nuevamente las cejas hacia el nacimiento de tu cabello y permanece así varios segundos, ahora, regresa a tu posición normal, tú sigues inhalando lenta y profundamente, llenando tus pulmones completamente de aire.

Cierra tu boca y en esta posición has presión con tu lengua, apretándola contra tus dientes inferiores, y ahora relaja. Has presión con tus dientes y muelas inferiores contra los superiores y ahora relaja tu mandíbula; con fuerza, saca los labios hacia fuera, como si quisieras besar a alguien que está lejos, mantén tus labios en tensión en esa posición por varios segundos y ahora relájalos. Abre tu boca totalmente, separando las mandíbulas al máximo, mantente así por un momento, ahora cierra tu boca suavemente, relajándola junto con tus mandíbulas.

Tú... continúas en una posición totalmente cómoda y vuelves a llenar al máximo tus pulmones de aire, sigues inhalando y exhalando lentamente, no hay ninguna preocupación que te abrume, hay una gran paz en este momento en tu corazón, un gran descanso...

Ahora, llena de aire tu estómago de tal forma que se infle, mantén esa tensión por varios segundos... ahora, relájalo liberando el aire. Ahora, aprieta tu estómago como si quisieras pegarlo con tu espalda, mantente así, y relájalo. Tensa ahora los muslos y los glúteos fuertemente, mantente así por algunos segundos, y relájalos. Estira con fuerza ambas piernas

con las puntas de los pies tensas y alejadas del cuerpo, tanto como te sea posible....relájalas. Tensa ahora las puntas de los pies opuestamente, es decir hacia tu propio cuerpo y relájalas.

En este momento, todos tus músculos están totalmente relajados, incluyendo tus genitales. Continúas con los ojos cerrados, disfruta de la relajación física y mental, mientras sigues respirando tranquilamente, eres libre, de trasladarte mentalmente a un lugar en el que disfrutes estar. Ahora sin abrir los ojos, miras alrededor de tu paisaje, y sin moverte físicamente, si así lo deseas, puedes recorrer el lugar al que has decidido ir: ¿Qué es lo que ves?, ¿ves a algún otro ser vivo aparte de tí?, ¿ves un río, el mar o el bosque? ¿Qué colores ves?

Sigue respirando lenta y profundamente y ahora date cuenta de los sonidos de tu alrededor, ¿Qué escuchas? ¿Acaso el sonido de un río, de las olas del mar, o de la maleza? ¿Escuchas el canto de pájaros o de algún otro animal?

Recuerda... tus manos, tus brazos, tus hombros, tu cuello, tu cara, tu boca, tus ojos, están completamente relajados. Tu eres parte de esa naturaleza, un ser vivo más adornando ese paisaje...

Llenas tus pulmones de aire nuevamente, y al hacerlo, percibes los aromas de ese maravilloso lugar, ¿Qué aromas percibes?, ¿cuál es el que te gusta más?, ¿acaso te hace recordar un momento placentero que antes viviste? ...

Mantén tu respiración tranquila, no importa el día ni la hora que es, ya que tú no tienes ninguna prisa, ni preocupación alguna. Te maravillas de ver todo lo que ves a tu alrededor y das gracias a tu ser supremo, de que te permita estar vivo, de que te permita disfrutar esa calma en lo más profundo de tu ser.

Sigues respirando lenta y profundamente, continúas recorriendo el lugar que elegiste, ¿qué sensación sienten tus pies? ¿Agua, pasto, sensación fría, caliente?.....

A lo lejos, descubres una estructura grande y metálica.... Es una máquina del tiempo que te llevará de regreso a tu lugar de origen y aunque abandonarás ese placentero lugar, a ti no te preocupa en lo absoluto, por que sabes que cuando tú lo quieras, cuando tú así lo decidas, esa máquina del tiempo (tu imaginación), estará nuevamente a tu lado para llevarte al mismo o a otro lugar para disfrutar la tranquilidad contigo mismo.

Te acercas lentamente a la máquina del tiempo y el espacio. Mientras continúas con los ojos cerrados y con una respiración tranquila, te despides de ese lugar y subes a la máquina del tiempo, tus pulmones continúan inhalando y exhalando aire, tu respiración es cada vez más profunda.

Sigues en la posición cómoda, pero en este momento ya estás en el aquí y ahora, sigue inhalando y exhalando y poco a poco muy lentamente ve abriendo los ojos. En el momento que tú lo creas conveniente incorpórate muy despacio. ¡Bienvenido a tu aquí y ahora!

Se les pedirá compartir voluntariamente la experiencia.

3.4.6.7.- "Manejo de la Ira"

El tema de hoy corresponde al Manejo de la Ira y al aprendizaje de técnicas para afrontarla de la manera más adecuada. Primeramente definiremos a la ira como *la emoción que corresponde exactamente con la creencia de que nos están tratando injustamente*. En realidad, la justicia es una interpretación perceptiva. Si analizamos, es precisamente la percepción de una injusticia la causa última de casi todos, si no es que de todos, los episodios de ira.

Con la anterior característica quizás sea más fácil comprender el por qué cuando en la vida nos ocurre un suceso que consideramos no merecer, es decir, que consideramos injusto, nos sentimos llenos de ira con la vida misma, y empezamos a formular preguntas tales como: "¿Por qué tuvo que ocurrirme a mí?" ó "¿Por qué tuvo que ser a nosotros a quienes nos pasara esto?", "¿Por qué no a alguien más?" y nos llenamos de ira.

La ira es experimentada a menudo por los miembros de la familia de un paciente con cáncer y por el paciente mismo y puede exacerbarse si el padecimiento llega a una fase terminal. El persistente rumiar de pensamientos de ira podrá provocar una ira excesiva (García, 1997).

Generalmente tenemos la creencia de que son los sucesos externos en sí los que nos hacen sentir enojados, pero en realidad no es así, la realidad es que somos nosotros mismos quienes generamos toda esa rabia.

De acuerdo con la Terapia Cognitiva con la cual estamos trabajando, la ira, así como todas las emociones, es la consecuencia directa de nuestras cogniciones personales, se refieren a la interpretación que hacemos de esos sucesos, es decir: antes de que nos sintamos irritados o enojados tomamos conciencia de lo que está ocurriendo e interpretamos el hecho a nuestra manera, y *los sentimientos son el resultado del significado que le atribuimos al hecho*, no del hecho en sí.

Por último, la conducta, generalmente es un estallido impulsivo, que acabará volviéndose en nuestra contra, ya que el dolor y el sufrimiento que nos propiciamos a nosotros mismos pueden ser mucho más fuertes que el impacto del insulto original.

Recordemos que la finalidad de la terapia cognitiva es que ustedes logren identificar estos pensamientos distorsionados y aprendan a reemplazarlos por otros más realistas y funcionales, y puedan sentirse menos irritables y con un mayor autocontrol.

Las distorsiones de pensamiento más comunes que originan ira o irritación son:

1. Etiquetación
2. Lectura del Pensamiento
3. Magnificación
4. Debería y No debería

(Nota: Se les pedirán ejemplos a los participantes, de ser necesario se retomará en qué consiste cada uno. Estos ejemplos se enfocarán primordialmente al entorno del cáncer testicular y la orquiectomía)

3.4.6.8.- "Autoestima y Autoconcepto"

La autoestima es uno de los recursos psicológicos más importantes que tenemos para afrontar los desafíos del futuro, ya que juega un importante rol en nuestra capacidad para asumir riesgos, adquirir nuevas aptitudes, ser creativos, relacionarnos adecuadamente con los demás, ser productivos y positivos, etc.

Sin embargo, en la vida cotidiana existen muchas circunstancias que pueden perturbar un buen grado de autoestima, que en consecuencia modifiquen el autoconcepto y la autoimagen. Tal es el caso de las consecuencias de algunas enfermedades o accidentes, como por ejemplo la pérdida de algún miembro.

Es muy normal que ante la pérdida de un miembro nos embargue una gran pena, ya que esta pérdida se equipara con la congoja que suele sentirse ante la pérdida de un ser querido. (Jacobsen & Holland, 1987), lo que ocasiona que nos sintamos en un estado depresivo muy marcado, propiciando alteraciones en el concepto del sí mismo.

Al concepto que tenemos de nosotros mismos se le llama autoconcepto y se aprende de nuestro alrededor mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento, y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás acerca del Sí Mismo.

El autoconcepto se compone básicamente de dos elementos (Rodríguez y Serafino 1988, en Rivera 1998):

- 1) La Autoimagen y
- 2) La Autoestima

La Autoimagen constituye la imagen mental que el sujeto tiene de su Yo y del Yo de la persona que le gustaría ser. Se manifiesta por las descripciones que hace de Sí misma. Existen cuatro clases de Autoimagen:

- a) Autoimagen Física: comprende las cualidades y la adecuación al sexo pertinente
- b) Autoimagen Psicológica: constituida por los rasgos de la personalidad (timidez, agresividad, etc.), basándose en pensamientos, sentimientos, emociones.
- c) Autoimagen Ideal: es lo que el individuo quisiera ser en lo físico y en lo psicológico, sus esperanzas y sus aspiraciones

- d) Autoimagen Real: es la imagen reflejo de lo que el individuo cree que las personas que le importan piensan a su respecto, tanto física como psicológicamente. Según el trato y evaluación de los demás, el sujeto determinará su estimación.

La autoestima es una evaluación personal de los méritos y cualidades que realizamos acerca de nuestro propio valor. De esa evaluación se deriva un sentimiento de aprobación, con base en la autoimagen y en la conciencia de valores que establece la sociedad; es la actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular: el Sí mismo.

Respecto a esto último, es importante resaltar la gran influencia que puede tener en la autoestima y el autoconcepto, la imagen que uno mismo considera que tiene ante los demás. Entiéndase por "los demás", el núcleo familiar (la pareja –si se tiene-, los hermanos, los padres, los hijos), los amigos, el sexo opuesto, los compañeros de trabajo, los vecinos etc. Esta influencia se debe entre otras cosas: a la retroalimentación que le brindan las relaciones interpersonales al individuo; un individuo se relacionará con otros a partir de su propio autoconcepto.

Otro aspecto influyente en el autoconcepto es la asunción de roles, esto es, que cada individuo aprende que para cada rol (padre, esposo, hermano, hijo), las demás personas tienen diversas expectativas del mismo, formándose una identidad determinada para el rol que juegan los demás. Cuando un individuo considera que no cumple los roles establecidos y piensa que es percibido de manera diferente (a lo esperado), es posible que surjan cambios significativos en el autoconcepto (Barruel, 1993).

"En realidad no puedo verme como los otros me ven, pero supongo (pienso) que ellos me ven de maneras particulares y constantemente (siento y) actúo a la luz de las actitudes, opiniones, necesidades etc., reales o supuestas que el otro tiene con respecto a mí", a esto se le conoce como - "*metaperspectiva*" - .

Por otra parte "el otro que supongo que yo mismo soy para el otro, como yo creo que tú me vez" se conoce como "*metaidentidad*" ((Laing, 1973).

Esas suposiciones o pensamientos pueden no tener fundamento, es decir pueden ser disfuncionales e irracionales, sin embargo crean en el "Sí Mismo" sentimientos de baja autoestima.

El "pensamiento automático" más común en una autoestima baja es la evaluación TODO O NADA, esto es, vemos la vida en categorías absolutas tales como blanco ó negro. Si no es blanco, entonces es negro ó si algo no es "magnífico" entonces es "terrible".

La mayoría de los pensamientos que nos crean la sensación de baja autoestima, son autocríticos, es decir, autodegradantes: "No tengo ninguna cualidad", "Soy inferior a los demás"

Para superar este sentimiento de baja estima, podemos poner en práctica los siguientes pasos:

- 1) Reconocer y anotar los pensamientos autocríticos cuando pasan por la mente. (No me refiero a describir reacciones emocionales, sino los pensamientos tal y como han creado la emoción).
- 2) Analizar por qué esos pensamientos no son reales y por último,
- 3) Practicar respuestas para esos sentimientos con la finalidad de desarrollar un sistema de autoevaluación más realista.

A este ejercicio se le conoce como la "Técnica de la Triple Columna" y debe realizarse durante 15 minutos diarios. (Ver Anexo 3)

3.4.6.9.- "Resolución de Problemas"

El tema a tratar el día de hoy se titula "resolución de problemas". Un "problema" se define como cualquier situación que requiere de una respuesta eficaz que no se encuentra. (D' Zurilla y Goldfried 1971, en Ruiz 1996).

Definiremos la Resolución de Problemas" como "una actividad cognitiva dirigida a una meta". Puede ser rutinaria (utilizando procedimientos que ya existen) o creativa (desarrollando nuevos procedimientos)" (Papalia & Wendkos, 1988).

Las técnicas de resolución de problemas ayudan a reducir o eliminar pensamientos negativos que llevan a las personas a creerse incapaces de manejar una situación.

Los pensamientos automáticos más frecuentes que impiden la resolución de un problema son:

- "No puedo hacer nada"
- "Esto no tiene solución"
- "No soporto esta situación"
- "No sé qué hacer" (indecisión)

Las técnicas que analizaremos hoy serán de gran ayuda para afrontar los problemas cotidianos y tomar decisiones en cuanto a la alternativa de solución más adecuada.

Como ya mencionamos en sesiones anteriores, en nuestra vida entablamos relaciones interpersonales continuamente, lo que en ocasiones suele generar conflictos y diferencias.

Puede darse el caso de que una misma situación para alguien puede ser muy problemática, mientras que para otra, la misma situación puede no significar ningún problema. ¿Y de qué depende esto?, pues mucho tiene que ver la percepción de cada uno de nosotros hacia la situación, el significado que le asignemos a la misma, las creencias y "pensamientos automáticos" (cogniciones) que se originen en cada uno de nosotros respecto a esa situación. Todo lo anterior tendrá una gran influencia en el hecho de considerar qué tan aptos nos sentimos para afrontar la situación y resolver lo que consideramos "un problema".

Así mismo, definiremos la resolución de problemas sociales como un proceso meta cognitivo mediante el cual las personas logramos comprender los problemas de la vida que permiten realizar esfuerzos en varios aspectos (Nezu et al 1987):

- a) Alterar la naturaleza problemática de la situación
- b) Las reacciones hacia estas
- c) Ambas cosas a la vez.

De acuerdo con este enfoque, una resolución eficaz de los problemas implica cinco (5) procesos interactivos, cada uno de los cuales contribuye en diferentes aspectos a una buena resolución del problema.

- 1) La orientación hacia el problema
- 2) La definición y la formulación del problema
- 3) La búsqueda de alternativas (tormenta de ideas)
- 4) La toma de decisiones, y por último
- 5) La ejecución y verificación de la solución

Una técnica más que a mi parecer es muy semejante a la anterior para la resolución de problemas, pero planteada de diferente forma, es la proporcionada por Goldfried y Davidson (1976, en García 1997):

- 1) Definir el problema
- 2) Enlistar las formas alternativas de afrontar el problema
- 3) Evaluar las alternativas. Es decir, pensar en las ventajas y desventajas de cada una de ellas
- 4) Seleccionar o Jerarquizar las alternativas de las más ventajosas a las más desventajosas
- 5) Implementar y evaluar la efectividad de las alternativas y si el resultado no es exitoso, se regresará al primer paso y se repetirá el proceso.

Un método adicional de resolución de problemas describe los siguientes pasos (Bourne, Dominowski & Loftus 1979, en Papalia, 1988):

- 1) Preparación: Entender el problema
- 2) Producción: Producir posibles soluciones
- 3) Evaluación: Tenemos que decidir si nuestra solución es buena.

Ustedes podrán elegir cualquiera de los tres métodos, de acuerdo al que consideren más comprensible, que se adapta mejor al tipo de problema y a cada uno de ustedes.

Es importante que sepan, que todos tenemos derecho a pedir ayuda cuando en ocasiones consideremos de acuerdo a nuestra percepción, que determinado problema es muy difícil para que lo resolvamos nosotros solos (como individuos).

Si se dan cuenta, esto que les estoy mencionando se encuentra relacionado con algunas de las características de la Asertividad, ya que dijimos que entre las características del comportamiento asertivo se encuentran precisamente "el aceptar nuestras limitaciones" y "la capacidad de pedir favores y hacer requerimientos". Respecto a esto, es necesario que seamos conscientes de las diferentes personas con las que contamos, es decir, que están dispuestas a brindarnos alguna ayuda por mínima que ésta sea para lograr la resolución de nuestros problemas.

3.4.6.10.- "Estilo de Vida"

Nuestra vida está conformada por varias áreas, entre las que se encuentran la familia, el trabajo, la diversión, la salud (física y mental), las relaciones sociales etc. El estilo de vida "ideal" es aquel que combina todas las áreas de una manera balanceada. Muchas veces el tiempo que dedicamos a alguna de esas áreas ocupa un tiempo muy importante de nuestra vida, lo que origina que descuidemos otras que son igualmente importantes.

Es necesario que establezcamos prioridades y tiempos para cada área de nuestra vida, de tal forma que podamos dedicar tiempos balanceados a nuestras actividades.

Nuestro estilo de vida puede cambiar abruptamente, derivado de diversas circunstancias, entre las que pueden encontrarse: un cambio de empleo, una enfermedad propia ó de un ser querido, un cambio de residencia, la muerte de un familiar cercano etc.

Dentro de este estilo de vida existen hábitos que influyen (positiva o negativamente) en nuestra calidad de vida, hábitos tales como hacer ejercicio, hábitos higiénicos, alimentarios, de sueño, comportamiento reproductivo y sexual o negativos como sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, drogas, etc., que pueden originar estados psicológicos negativos como estrés, ansiedad, baja autoestima etc.

Ahora, cada uno de ustedes piense un poco en las preguntas que les voy a plantear. (Escribir las en el pizarrón) "¿Consideras que tu estilo de vida ha sufrido cambios desde el diagnóstico de cáncer testicular y orquiectomía (propios ó de tu familiar)?" "¿Qué tan balanceado está tu estilo de vida en las diversas áreas en la actualidad?"

Continuar discusión en pequeños grupos.

3.4.6.11.- "Fijación de Metas"

En esta sesión hablaremos de la importancia de que en nuestra vida nos fijemos metas. Definimos el término meta como el *"fin a que se dirigen las acciones o deseos de una persona"* (Diccionario Español Edimusa, 1992). Las metas son el preludio de la acción, un camino a recorrer.

Cuando alguien se va de viaje, debe saber ante todo el punto al que se dirige y después el itinerario que seguirá. Igualmente la vida es un viaje que requiere itinerario; requiere que se fijen metas como una guía para saber hacia donde queremos llegar.

Una persona que no tenga metas claras en la vida, nunca llegará a tomar sus acciones con pasión y por tanto, no podrá convencer a otros de ellas.

Las metas nos ayudan a trazar el plan general de nuestra vida. Sin metas nos encontramos como un barco a la deriva. En cambio, si se tienen metas claras, nuestros pensamientos nos ayudarán a llegar a ellas. Lo único que limita el logro de nuestras metas es la idea de que no seamos capaces de lograrlas.

Existen metas a corto, mediano y largo plazo.

Es importante recordar que ninguna meta se alcanza sin antes haber librado diversos obstáculos.

Para el establecimiento de metas, así como para su logro efectivo, las metas deben tener las siguientes características:

- METAS PERSONALES Y CONCRETAS.- Se establecerán metas en las que realmente se crea y que sean concretas, deben ser aquellas realidades en las que uno cree. No se puede perseguir un objetivo etéreo. Cuanto más concretas las metas, más fáciles de analizar y conseguir.
- METAS POSITIVAS.- Emocionalmente ayuda más una idea positiva aunque exija esfuerzo o lucha, que una idea negativa.
- METAS REALISTAS.- Significa que debe tratarse de objetivos que una persona es capaz gustosamente de trabajar en ellas.

- METAS PROFUNDAS.-Se puede perder el tiempo en la vida en la lucha de metas cuyo significado es intrascendente. Una vez logradas, uno se da cuenta que en realidad no se ha logrado nada, por que el valor del objetivo alcanzado es nulo.
- METAS DESEADAS INTENSAMENTE: que lo que nos proponemos lograr, sea algo que verdaderamente deseemos en el fondo de nuestro ser, lo que propiciará el disfrute del camino aún antes de llegar a la meta.

Así mismo, para un adecuado establecimiento de metas que contribuyan a su logro, es necesario considerar las siguientes pautas y reglas (About..., 2004):

- Plantear nuestras metas por escrito, (de manera formal), reafirma el compromiso adquirido y permite que estas no se interrumpan.
- Determinar los plazos en los que se desea alcanzar la meta con la finalidad de que los esfuerzos se orienten lo más cercano posible al logro de la meta en el tiempo establecido.
- Ser resistente a los obstáculos, (ser tolerante a la frustración) y si es necesario, buscar ayuda para superarlos.
- Establecer plazos como sustento de la meta.
- Mirar hacia delante con la finalidad de no desviarse de la meta fijada.
- Para alcanzar una meta, se sugiere utilizar imágenes mentales del logro de la misma
- Una vez planteadas de manera correcta (definidas operacionalmente) la meta o metas a lograr, el 90% restante debe ser la persistencia.

3.4.6.12.- "Revisión del Programa Terapéutico"

Hoy concluimos nuestro programa terapéutico Grupal Breve con Enfoque Cognitivo, cuya finalidad primordial es enseñarles las técnicas que permita a cada uno de ustedes, convertirse en su propio terapeuta. Por la importancia y la responsabilidad que esa enseñanza conlleva, hoy realizaremos una revisión rápida de las características más importantes del enfoque cognitivo, ya que es importante que queden de ser posible sin ninguna duda.

La Terapia Cognitiva (Beck y cols., 1995, 1979, Clark y Beck, 1989, en Cano, 1997; Semerari, 2002) se remite a los principios de la teoría del "procesamiento de la información", en la que no solo es importante establecer cuales son los datos entrantes (input), sino también cómo se organizan o se procesan estos en la constitución de las cogniciones, es decir, nuestros pensamientos.

En este sentido, la Terapia Cognitiva es "procesual", es decir, se ocupa de las modalidades con las que se elaboran las informaciones, que en este caso se refieren a las "distorsiones cognitivas".

La organización de los contenidos y los procesos se constituye por las estructuras de base de la producción ideacional, es decir, los "esquemas".

Un esquema se considera disfuncional cuando conlleva una modalidad distorsionada de la percepción de la realidad. Nos referimos a esquemas y modelos cognitivos estables de uno mismo y de las relaciones con el ambiente que generan los contenidos (pensamientos automáticos) y los procesos (distorsiones cognitivas) de forma característica en cada individuo, que provocan un claro sufrimiento a través de sus reacciones emocionales y conductuales, debido a que son vistos en forma de convicciones y creencias.

El principal objetivo de la Terapia Cognitiva es someter estos pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas a un análisis lógico y a verificación empírica, a través de los siguientes aspectos característicos:

- 1) Formulación cognitiva del malestar psicológico
- 2) Identificación de problemas actuales asociados al malestar
- 3) Especificación de metas para la intervención terapéutica
- 4) Creación de una relación terapéutica basada en la colaboración y el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado.
- 5) Educación del paciente en el modelo cognitivo

- 6) Identificación y autoobservación de pensamientos disfuncionales y creencias, que están asociadas con estresores y contratiempos de la vida diaria
- 7) Distanciamiento en el que el paciente aprende a tratar los pensamientos y creencias como hipótesis que necesitan ser comprobadas
- 8) Disputa verbal de pensamientos y creencias disfuncionales
- 9) Ejercicios de comprobación empírica de hipótesis con pretensión de recoger evidencia relacionada con el pensamiento disfuncional
- 10) Desarrollo de creencias y explicaciones alternativas más adecuadas y adaptativas que serán confirmadas mediante ejercicios de comprobación empírica de hipótesis
- 11) Estrategias conductuales de afrontamiento que incrementan la efectividad y el dominio personal
- 12) Retroalimentación del paciente y evaluación de las sesiones terapéuticas
- 13) Asignación de tareas para casa entre sesión y sesión.

Antes de terminar, quisiera que voluntariamente algunos de ustedes tanto pacientes como familiares, expresen al grupo su experiencia personal durante este proceso terapéutico.

Por último quiero agradecer a cada uno de ustedes su colaboración y su participación activa en este grupo. Espero que las técnicas que aprendimos en esta breve intervención psicológica les sean de utilidad para ponerlas en práctica de manera general en las diversas situaciones que se les presenten en la vida.

Quiero dejar en claro, que aún cuando este grupo terapéutico el día de hoy ha finalizado su trabajo conjunto, siéntanse en la libertad de ponerse en contacto conmigo cuando así lo consideren conveniente, sea lo que sea.

Muchas gracias.

Si alguien quiere comentar algo, plantear alguna inquietud, compartir su experiencia en el grupo o decir algunas palabras, quiero que lo hagan en este momento con toda confianza.

Si no hay nada más que agregar, les invito al pequeño convivio que han organizado las autoridades de este hospital para todos ustedes.

CAPITULO 4: DISCUSIÓN Y SUGERENCIAS

4.1 Conclusiones

En México, el cáncer testicular es un padecimiento al que no se le ha dado la importancia que merece considerando las alteraciones psicológicas que, *per se*, acarrea en quien lo padece así como las alteraciones que se originan de sus tratamientos.

Probablemente, debido al aún relativamente "bajo" porcentaje de su incidencia a nivel mundial, al hecho de ser un padecimiento con altas posibilidades de cura, así como el que México tenga una sociedad machista, propician que se reste la importancia que realmente debiera tener el cáncer testicular.

A través de diversos estudios, casi ninguno de ellos realizado en México, se ha demostrado que la incidencia de este padecimiento, que afecta exclusivamente a la población masculina en un rango de edad de entre 19 y 40 años, cada día va en aumento a nivel mundial (Huyghe, Matsuda, & Thonneau, 2003; Aumenta la incidencia..., 2000).

En la presente revisión bibliográfica y hemerográfica se identificaron algunos trastornos psicológicos originados por el procedimiento de orquiectomía en los pacientes con cáncer testicular. Este padecimiento es un tópico escasamente explorado tanto médicamente, como en sus implicaciones psicológicas. En México particularmente, es notoria la carencia de trabajos de investigación al respecto. Sin embargo, diversos países (europeos, americanos e incluso asiáticos) consideran de gran relevancia estudiar los trastornos psicológicos que ocasionan el cáncer testicular y la orquiectomía. En algunos de estos países, el cáncer testicular es visto como un paradigma psicosocial, en el sentido de que, a pesar de ser un padecimiento con un elevado porcentaje de cura, la carencia de una atención médica y psicológica adecuada y oportuna, pueden interferir la curación.

De los pocos estudios psicológicos realizados referentes al tema, se concluye que actualmente existen puntos contradictorios. Algunos autores, (Ozen et al, 1998; Tamburini et al, 1989; Joly et al., 2002; Fossa et al, 2003) consideran que el cáncer testicular no está asociado a secuelas psicológicas incapacitantes o que si éstas existen, son mínimas. En cambio, otros investigadores, (Tross, 1987; Jacobsen & Holland, 1987; Peckham, 1989; Rieker, 1989; Rieker, 1990; Kaasa, 1991; Gascoigne, 1999) consideran que debido a la relación de la enfermedad con un órgano asociado a la autoestima, sexualidad, masculinidad y reproducción y a la importante etapa en la que este cáncer se presenta, los trastornos giran en torno a estos aspectos. Otros autores sugieren incluso, la alternativa de una prótesis testicular que ayudaría a

contrarrestar tales trastornos originados por la orquiectomía (Adshead, Khoubehi, Wood & Rustin, 2001; Maldonado, Gutierrez e Iraheta, 1994). Por otra parte existe la opinión de que las alteraciones psicológicas no se derivan en sí de la falta de un testículo, (identidad masculina o autoimagen o autoestima) sino se derivan generalmente de dificultades en el funcionamiento sexual, tales como falta de eyaculación e infertilidad, que podrían originarse en algunos casos de los tratamientos (Tamburini, 1989; Rieker, 1985; Joly et al., 2002).

Esta revisión permite inferir que la pérdida de un testículo ocasiona generalmente alteraciones psicológicas, aún más, que los trastornos pueden iniciar desde que el paciente recibe la prescripción de la orquiectomía, es decir, que cada fase de los procesos involucrados implica determinado tipo de reacciones psicológicas y alteraciones en la calidad de vida en las áreas laboral, profesional, sexual y de pareja. Es importante identificar la problemática y las causas de este padecimiento para poder otorgar una atención adecuada. De este análisis se concluye que la valoración psicológica del paciente con cáncer testicular es insoslayable.

En materia de políticas de prevención primaria del cáncer testicular, las autoridades mexicanas del sector salud, tienen una deuda social importante con nuestro país, referente a la carencia de difusión de información y medidas preventivas que permitan concientizar a la población masculina respecto a la importancia de estar enterados de las características de este padecimiento y cómo evitarlo. Esta deuda social se corrobora con el aumento cotidiano de la incidencia de este padecimiento en México.

Mientras en nuestro país no se tome en cuenta esta situación a nivel de salud pública, y se carezca del más mínimo interés en la realización de estudios referentes al cáncer testicular, difícilmente podrán evaluarse las tendencias en cuanto a su incidencia. Mucho menos podrán identificarse los factores de riesgo más frecuentes en México, situación que permitiría implementar un programa de acción y difusión de medidas preventivas adecuado al caso de México.

El cáncer testicular continuará aumentando y propiciando en el área de la salud, principalmente en hospitales de tercer nivel, altos costos en el otorgamiento de los tratamientos requeridos para erradicar el cáncer testicular a nivel de prevención secundaria y terciaria. ¿Acaso no sería más lógico y resultaría más económico prevenir que remediar?

Si en algunos países europeos interesados en realizar investigación sobre cáncer testicular y su incidencia, se ha demostrado a través de los resultados, que un porcentaje muy reducido de hombres conoce los riesgos de padecer la neoplasia y por tanto la importancia de la autoexploración testicular (Moore & Topping, 1999), es lógico pensar que si en nuestro país se realizaran encuestas al respecto entre los varones dentro del rango de edad en el que se

presenta el cáncer testicular, el porcentaje de conocimiento de los riesgos de padecerlo y del procedimiento correcto de realizar la autoexploración, sería aún menor que en los países donde se ha tenido el interés por investigarlo.

Una intervención primaria como la que se otorga para prevenir el cáncer de mama o el cérvico-uterino a nivel de todos los medios masivos de comunicación, sería de gran utilidad para dar a conocer que el cáncer testicular existe y que cualquier hombre puede desarrollarlo independientemente de si cuenta o no con algún factor de riesgo que eleve las probabilidades de padecerlo. Al respecto, Flórez, 2000, (en Romero, P., Grau, A., Gómez, S., Infante, P., Chacón, R., Asén, M., y col. 2003) opina que "si los programas preventivos no incorporan etapas en las que el individuo identifique amplia y objetivamente su propia susceptibilidad, la percepción de severidad del daño no garantiza el paso a las etapas de acción".

También es importante tomar en cuenta de acuerdo a Álvarez, 2002; Guibert y Grau, 1997, citados por Romero, P. y col. (2003), que una educación para la salud efectiva no puede lograrse exclusivamente a partir de la transmisión de información, obviando el papel de los aspectos psicológicos inherentes a la comunicación y a la asimilación de mensajes de salud y los que se refieren a la formación de nuevas conductas y estilos de vida (como en este caso sería, la adquisición de la práctica frecuente de la exploración testicular).

En el caso que nos ocupa, a nivel psicológico la intervención primaria debe constituirse con la difusión de la información psicosexual, dirigida a la población masculina con mayor riesgo de padecer cáncer testicular, enfocada a la modificación de actitudes (como el hecho de no hablar de sus problemas sexuales), pensamientos (mitos sociales) y estilos de vida, que interfieran con la autoexploración testicular de rutina, así como la asistencia oportuna al médico ante cualquier síntoma del padecimiento. Así mismo, el psicólogo debe dar a conocer técnicas de reforzamiento de la autoestima masculina, resaltando que esta no debe basarse únicamente en los genitales. Lo anterior, permite dejar a un lado la incomodidad que usualmente sienten los hombres y su resistencia, al hablar de sus temores sexuales, esto es, se desmitificaría socialmente el hecho de que sólo las mujeres tienen padecimientos de esta índole y se reducirían sus preocupaciones con respecto a su sexualidad en sí, y a su sexualidad relacionada con el cáncer testicular, temores que se han corroborado por medio de la revisión bibliográfica y hemerográfica realizada.

Es importante descubrir los motivos por los que no se han tomado en cuenta a los hombres para implementar programas preventivos, como en el caso de neoplasias germinales de testículo.

Hasta el momento, varios factores han restringido la participación masculina en programas de salud, principalmente en las áreas reproductiva y sexual. Primeramente, las campañas de información se dirigen principalmente a mujeres y niños, lo que propicia que los hombres no lo consideren como receptores de información, además de que no puedan dejar a un lado la vergüenza de manifestar sus inquietudes relacionadas con su genitalidad. En segundo término, debido en general, al escaso acceso a la información (sobre el cáncer testicular), se refuerzan los miedos y las concepciones erróneas de los hombres, motivo que les impide buscar ayuda médica a tiempo. En tercer término, y ligado con lo antes mencionado, se encuentra el machismo en nuestra sociedad, que asume que los hombres no están interesados en conocer este tipo de información preventiva, por que consideran que no la necesitan. Por último en sociedades como la nuestra en donde los temas sexuales no se discuten abiertamente, los hombres se sienten incómodos hablando acerca de sus necesidades e inquietudes sexuales con sus parejas. En el caso del cáncer testicular, los jóvenes pueden enfrentar fuertes presiones personales y sociales que les impiden buscar la información necesaria.

De acuerdo a la experiencia en varios países en donde se han puesto en marcha programas que involucran a los hombres, se ha demostrado que estos factores no son insuperables. (Khorram & Wells, 1997), por lo que resulta esencial involucrara la población masculina en este tipo de programas; desde su diseño mismo, y en su implementación con la finalidad de que estos se ajusten a las inquietudes y necesidades masculinas.

Seguramente con el simple hecho de dedicar un espacio para informar sobre la prevención del cáncer testicular en las unidades de salud, o específicamente en los servicios de Salud Reproductiva, y hacer que la población masculina se sienta tomada en cuenta, se lograría que un mayor número de hombres no sólo se interesara en participar, sino también en difundir las medidas preventivas respecto al cáncer testicular. Así mismo, esta implementación de campañas de auto examen testicular para un diagnóstico precoz, resultaría beneficiosa para modificar la idiosincrasia de la población masculina en general, con la cual los tumores testiculares no se comportarían en forma tan agresiva y se evitarían, o ya de menos, se reducirían las posibilidades de metástasis.

Es deseo de la autora que el presente trabajo contribuya a crear la conciencia suficiente, tanto en la población masculina como en el personal interdisciplinario del Sector Salud, acerca de la importancia de educar a los varones desde la infancia, sobre salud reproductiva y particularmente sobre el método correcto de realizar una exploración testicular. Se espera además, que se reconozcan las ventajas de esta propuesta de intervención psicológica sobre otros tipos de intervención, ya que es de tiempo limitado (breve), lo que permite que el paciente orquiectomizado no cree una dependencia con el terapeuta, sino por el contrario, aprenda las herramientas para ser su propio terapeuta. También es de reconocer que, como otras terapias de tipo cognitivo, ésta presenta un enfoque dominante y altamente efectivo en el tratamiento de varios desórdenes psicológicos, al enseñar al paciente a identificar pensamientos negativos (disfuncionales automáticos) propios, que le originan emociones igualmente negativas. También que se considere que la intervención psicológica propuesta, tiene características que van muy de acuerdo con un padecimiento como el cáncer testicular, en el cual, todos los mitos que giran alrededor de la pérdida de un testículo, (relacionados con masculinidad, sexualidad, y reproducción), originan pensamientos negativos (y no necesariamente reales) que hacen sentir fracasado física, social y emocionalmente a quien vive tal pérdida. Por último, el aspecto grupal de esta propuesta de intervención, reduce el aislamiento social y motiva a los participantes a seguir adelante, a través del aprendizaje de actitudes y estrategias de afrontamiento adaptativas adquiridas de los demás participantes quienes también sufrieron una orquiectomía.

4.2 SUGERENCIAS:

El hecho de que la atención del paciente con cáncer testicular, se considere un Modelo interdisciplinario, permite considerar muy diversas aportaciones que podrían realizarse por parte de las diferentes disciplinas involucradas hacia diversas vertientes, entre las que se consideran las siguientes:

- Incluir grupos de apoyo en los programas terapéuticos para enfermos con cáncer testicular sujetos o no a orquiectomía

- Con la ayuda del médico familiar, el personal de trabajo social, el psicólogo y el personal del área de medicina preventiva se podría elaborar un cuestionario o encuesta que permita conocer el grado de información con el que cuenta la población masculina

- Posteriormente llevar a cabo una prueba piloto del cuestionario ó encuesta, con la finalidad de corroborar que mida lo que pretende medir y que sea comprensible para todos los grupos sociales y en todos los estados de la República Mexicana.
- Con base en los resultados encontrados implementar un Programa Preventivo a Nivel Primario, como se hace en otros países que tome en cuenta los siguientes aspectos:
 - Identificar los puntos de información que cubran la carencia de conocimiento de la población masculina mexicana respecto al cáncer testicular con el fin de diseñar una sesión educativa de corta duración, que pueda otorgarse en forma concreta en salas de espera de las unidades de primer nivel de atención médica.
 - Elaborar un folleto informativo generalizado, previa autorización del sector salud, que complemente la información recibida.
 - Dar la importancia que merece el Cáncer Testicular desde el primer Nivel de Atención Médica. Esto puede lograrse incluyendo este tema en el apartado de "Identificación Oportuna de Enfermedades", de la "Guía para el cuidado de la Salud", que se otorga (en el caso del IMSS) a los varones de 20 a 59 años al registrarse en sus Unidades de Medicina Familiar, la cual solo incluye Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial, contrariamente a lo que ocurre con la Guía que se proporciona a las mujeres, que incluye el Cáncer de Mama y Cérvico-uterino.
 - Dar la confianza suficiente al público que atiende las pláticas preventivas para que plantee sus dudas, o en el mejor de los casos, invitarles a que acudan a los servicios de Medicina Preventiva o Reproductiva para brindarles una atención más personalizada.
 - Medir la respuesta y actitud de los usuarios a la promoción anti cáncer-testicular en los servicios de Medicina Preventiva y/o Reproductiva de las unidades de salud, mediante una mini encuesta de opinión posterior a las sesiones preventivas en salas de espera, en cuanto a la importancia que implica para cada uno de los asistentes, la información recibida y que tan necesaria resulta esa información para la sociedad.

Por otra parte en el área de Psicología se sugiere:

- Validar el contenido temático que proporcione el psicólogo en sus cursos de Psicosexualidad, como método de prevención primaria, en cuanto a que sea el adecuado para lograr una modificación de actitudes, pensamientos y conductas que originan los trastornos psicológicos en la identidad masculina, mediante una evaluación previa y posterior a la recepción de la información.
- Realizar un estudio que permita a los psicólogos clínicos identificar los trastornos psicológicos de los pacientes con cáncer testicular en nuestro país, atendidos en los diferentes Hospitales de Oncología y Cancerología, tanto públicos como privados.
- Identificar si en México existen diferencias entre los trastornos psicológicos que presentan los pacientes con cáncer testicular que fueron sometidos a la orquiectomía y los pacientes que no lo fueron.
- Identificar si en México existen diferencias entre los trastornos psicológicos que presentan los pacientes con cáncer testicular tipo Seminoma y tipo No seminoma, ya que generalmente los primeros ameritan orquiectomía y los segundos adicionalmente, el procedimiento de Linfadenectomía Retroperitoneal, con el fin de ajustar los procesos de intervención psicológica.
- Respecto a lo anterior, sería conveniente dar a conocer los resultados al personal interdisciplinario (médicos generales, médicos oncólogos, personal de enfermería y de Trabajo Social) con la finalidad de concientizarlo en primer término, sobre la importancia de otorgar medidas preventivas a nivel primario, así como sobre la necesidad de otorgar atención psicológica adecuada, que coadyuve en la buena respuesta a los tratamientos.
- Que el psicólogo clínico se involucre plenamente en los procesos de los tratamientos para el cáncer testicular y sus consecuencias.
- Que el psicólogo clínico se prepare a fondo en cuestiones oncológicas (psico-oncología) para brindar una atención psicológica especializada en el caso de padecimientos oncológicos.

- Que el psicólogo clínico trabaje conjuntamente con el servicio de Psiquiatría del Hospital, y sepa identificar el momento en que algún paciente amerite la intervención del psicólogo o psiquiatra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. About Goal Setting (2004). In: www.about-goal-setting.com/goal-setting-tutorial.html
2. Adshead, J.; Khoubehi, B.; Wood, J. & Rustin, G. (October, 2001). Testicular implants and patient satisfaction: a questionnaire-based study of men after orchidectomy for testicular cancer. BJU International. Vol. 88, No. 6 pp. 559-562.
3. Almanza, M; Holland, J. (2000). Psicooncología: Estado Actual y perspectivas futuras. Revista del Instituto Nacional de Cancerología, 46 (3), 196 – 206
4. American Academy of Family Physicians (2001). Cáncer Testicular. Qué hay que fijarse: Información de su Médico de Familia Leawood, KS. Pp. 1-3. En página de Internet: <http://www.consult.medicine.uiowa.edu/pated/Aafp.2001/e387.pdf>
5. Asato, B. (1990). La depresión y ansiedad en el paciente oncológico y su interrelación con el dolor. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
6. Auchincloss, S. (1987). Sexual Dysfunction in Cancer Patients: Issues in Evaluation and Treatment. In Holland, J. and Rowland (eds.) Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer. (pp. 383 – 415)
7. Aumenta la Incidencia de Cáncer Testicular. (2000, Enero). Periodismo de Ciencia y Tecnología. En página de internet: <http://conganas.galeon.com/cte1.htm>
8. Bajorin, D.; Bosl, G.; Motzer, R. & Sheinfeld, J. (1997). Cancer of the Testis. In De Vita, V.; Hellman, S. & Steven, A. (Comps.), Cancer Principles & Practice of Oncology. (pp. 1397-1424). Philadelphia, New York: Lippincott, Raver.
9. Barruel, O. (1993). Consecuencias emocionales ante la pérdida de la capacidad reproductiva en la mujer. Autoconcepto de tres formas de pérdida reproductiva: Natural, impuesta y decidida. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
10. Bayés, R. (1985). Psicología Oncológica. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
11. Beck, A., Freeman, A. (1992). Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad. Ed. Paidós Ibérica: Buenos Aires.
12. Bellak, L. (1993). Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. Ed. El Manual Moderno. México.
13. Benitez, B., Quiñones, S. (1991). El cáncer. ¿Un problema de salud en México? Revista Médica del IMSS. Vol. 29. Pp 195- 214
14. Bonadonna, G. (1983). Manual de Oncología Médica. Universidad de Rochester. Edit. Masson S.A.

15. Brodsky, M. (1995). Testicular cancer survivors: Impressions of the impact of the disease on their lives. Qualitative Health Research. Feb. Vol. 5 (1) 78-96. (THESAURUS: Solo resúmen No. 33792).
16. Burns, D. (1991). Sentirse Bien. Una nueva fórmula contra las depresiones. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona.
17. Calderón B. (1992). Estudio sobre la repercusión del Cáncer Cérvico Uterino y sus tratamientos en la expresión de la Sexualidad Femenina. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología U.N.A.M.
18. Canal Once. La Otra Mirada. (2004, Septiembre 5). "Cáncer de Próstata y Testículo". Foro de Trabajo conducido durante el Programa de Televisión: "Diálogos en Confianza". México, D.F. Instituto Politécnico Nacional.
19. "Cáncer testicular, ¿todavía tabú?" (2003, Diciembre 30). Suplemento. El mundosalud mesdscape el periódico internet en <http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2003/12/30/oncological/1072781732>
20. Candelario, S. (1994). Experiencia en el manejo del cáncer de testículo en la región de Orizaba. Boletín de la Subdirección Médica del Hospital Regional de Río Blanco. Mayo.
21. Cano, I. (1997). Manual de Psicoterapias Cognitivas. Edit. Paidós, 463 pp.
22. Chapple, A; Ziebland, S. & McPherson, A. (2004). Qualitative study of men's perception of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer. British Journal of General Practice. 1 January. Vol. 54 No. 498 pp. 25-32. En página de Internet: www.ingenta.com
23. CIE 10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. (1992) Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión. Vol. III en versión para Internet: www.dne.sld.cu/librocie10/capitulo19.htm
24. Clínica Moncloa (2000). Orquiectomía: Consentimiento Informado. Formato H0138042. Enero. En página de Internet: www.clinicamoncloa.es/consentimientos/UROLOGIA/Orquiectomia.pdf España.
25. Cortés, H.; Ayala, J. y Suárez. (1987) Seminoma Testicular. Oncología. 1(4): 9-18
26. Davies, T.; Palmer, C.; Ruja, E. And Lipscombe, J. (1996). Adolescent milk, dairy product and fruit consumption and testicular cancer. British Journal of Cancer. 74: 657-660
27. Diccionario Español Edimusa (1992). Editores Mexicanos Unidos
28. Diccionario Médico Biológico University (1966) Edit. Interamericana

29. DSM-IV-TR (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Primera edición. Editorial Masson, S.A.; Barcelona, España.
30. Duchesne, G.; Horwich, A.; Dearnaley, D.; Nicholl, A.; Jay, G.; Peckham, M. & Hendry, F. (1990). Orchidectomy Alone for Stage I Seminoma of the Testis. Cancer. 65: 1115-1118.
31. Edbril, S. and Rieker, P. (1989). The impact of testicular cancer on the work lives of survivor. Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 7 (3) 17-29.
32. Edelman, S. & Kidman, A. (1999). Description of a Group Cognitive Behavior Therapy Programme with Cancer Patients. Psycho-Oncology. 8: 306-314.
33. Enciclopedia Médica: Medline Plus (2001). Síndrome de Klinefelter. En página de internet: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000382.htm
34. Fernández, A. Terapia Cognitiva. En Abadi, Fernández, A. y Rausch, H. (1999). El Bienestar Que Buscamos. Tres Enfoques Terapéuticos. Adriana Hidalgo editora S.A., Buenos Aires.
35. Fossá, S.; Dahl, A. and Loge, J. (2003). Fatigue, Anxiety and Depression in Long-Term Survivors of Testicular Cancer. Journal of Clinical Oncology. Vol. 21, No. 7 (April 1), pp. 1249- 1254
36. Fundación para la Educación Pública y la Formación en Cáncer (2002). Psicooncología: Intervención Psicológica y Grupos de Apoyo. Barcelona, España: Autor. En Página de Internet: www.fefoc.org/educacion/rincon/psico_oncologia.jsp
37. García, C. (1997). Psicoterapéutica de Intervención para niños con cáncer terminal y su familia. Tesina de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M.
38. Gascoigne, P.; Mason, M. & Roberts, E. (1999). Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: Results of a Qualitative study. Psycho-Oncology. 8: 144-154
39. Gerson, R. (2000). Fertilidad y Cáncer. Revista Médica del Hospital General de México. Vol. 63. Num. 1 Ene- Mar, pp. 30-40.
40. Gerson, R.; Serrano, A. y Villalobos, A. (1999). Cáncer Testicular: Seguimiento a 15 años. Revista Médica del Hospital General de México. Vol. 62 (1) Ene- Mar: pp. 16-21.
41. Gómez, M. (1992). El autoconcepto y la sexualidad en pacientes amputados y hemipléjicos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
42. Guerrero, H. (1995). Estudio comparativo de autoconcepto y satisfacción marital en pacientes estériles por factores masculinos y femeninos. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M.

43. Guía de la Medicina Familiar (1986). Salvat Editores. Tomo 2 pp. 252 – 253
44. Guillén, M; Palomares R. (2000). Estrategias de Afrontamiento y el Apoyo Social en pacientes con cáncer de mama, cérvico-uterino y testicular. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
45. Huinink, D. and Keizer, H.J. (1998). Testicular Cancer: Screening, Diagnostic and Therapeutic Considerations. Disease Management and Health Outcomes. Aug. Vol. 4, Issue 2, p. 57, 16 p. (EBSCO: Artículo Publicado)
46. Huyghe, E., Matsuda, T. & Thonneau, P. (2003). Increasing incidence of Testicular Cancer worldwide: A Review. The Journal of Urology. Vol. 170, July; pp. 5 – 11.
47. Hyeon, J.; Eui, K.; Kyu, L. & Ho, P. (2003). Testicular volume and masculine identity in men with unilateral cryptorchidism: Results of a community based survey in Korea. Urological Research. October, Vol. 31, Issue 5, p. 312, 5p. (EBSCO: Artículo Publicado)
48. Jacobsen, P. and Holland, J. (1987) Psychological Reactions to Cancer Surgery. In Holland, J. and Rowland, J. (eds.) In Handbook of Psycho oncology: Psychological care of the patient with cancer. (pp. 117-133)
49. Joly, F.; Héron, J.; Kalusinski, L.; Bottet, P.; Brune, D.; Allouache, N.; Macé.Lesec'h, J.; Couëtte, J.; Pény, J. & Henry- Amar, M. (2002). Quality of Life in Long- Term Survivors of Testicular Cancer: A population-based case control study. Journal of Clinical Oncology. Vol. 20, No. 1 (January 1) pp 73-80
50. Kaasa, S.; Aass, N.; Mastekaasa, A.; Lund, E. & Fossa, D. (1991). Psychosocial Well-being in Testicular Cancer Patients. European Journal Cancer. Vol. 27, No. 9; pp. 1091-1095.
51. Khorram, S. & Wells, E. (1997). Involucrando a los Hombres en Salud Reproductiva. Outlook. Vol. 14, No. 3, Junio, en página de Internet: www.isis.cl/temas/salud/reflex2.htm
52. Laing, R., Phillipson, H. & Lee R. (1973) Percepción Interpersonal. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
53. Lampic, C. and Sjöden, P. (2000). Patient and Staff perceptions of Cancer Patients' Psychological Concerns and Needs. Acta Oncológica. Vol. 39, No. 1, pp. 9-22
54. Lawton, A. & Mead, G. (1999). Staging and Prognostic Factors in Testicular Cancer. In Murphy, G; Schraffordt, H. & Sleijfer (editors) Seminars in Surgical Oncology. 17 (4): 223-229
55. León A. (2000). Seminoma Testicular: Análisis Retrospectivo en el Servicio de Radioterapia. Tesis de Especialidad en Radio-Oncología. Facultad de Medicina. U.N.A.M.

56. Maldonado, D.; Gutiérrez, G. e Iraheta, M. (1994). Criptorquidia: Un enfoque epidemiológico. Revista Mexicana de Urología. 54 (4), 72- 76.
57. Martínez, C. (1987). Asociación de seminoma testicular e histoplasmosis. Informe de un caso. Oncología. 2 (2): pp. 19- 25
58. Moore, R. & Topping, A. (1999). Young men's knowledge of testicular cancer and testicular self examination: a lost opportunity? European Journal of Cancer Care. September, Vol. 8, No. 3, pp. 137-142.
59. Nezu, S.; Nezu, C.; Deanes, S. & D' Zurilla, T. (1987). Cap. II: El estado de la cuestión de los enfoques en resolución de problemas. En Caro, I. (Comp.) Manual de psicoterapias cognitivas. Edit. Paidós
60. Nuevo Informe Kinsey sobre Sexo (1992). Ed. Paidós, Buenos Aires.
61. Ozen, H.; Sahin, A.; Toklu, C.; Rastadoskouee, M.; Kilic, C.; Gogus, A. & Kendi S. (1998). Psychosocial Adjustment after Testicular Cancer treatment. The Journal of Urology. 159: 1947-1950.
62. Palomares, A.; Rojas, E. (2002). Reconstrucción de Nociones Cotidianas acerca del Cáncer. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
63. Papalia, D. & Wendkos, S. (1988). Psicología. Mc Graw Hill. México. 748 pp.
64. Peckham, M. (1988). Testicular Cancer. Acta Oncológica. Vol. 27, Fasc. 4. 439-453
65. Pimentel, N. (1998). Alteraciones de la sexualidad y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico en el Instituto Nacional de Perinatología. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
66. Rieker, P.; Edbril, S. and Garnick, M. (1985). Curative Testis Cancer Therapy: Psychosocial Sequelae. Journal of Clinical Oncology 3: 1117-1126.
67. Rieker, P.; Fitzgerald, E. and Kalish, A. (1990). Adaptative Behavioral Responses to Potential Infertility among Survivors of Testis Cancer. Journal of Clinical Oncology 8: 347-355.
68. Rieker, P.; Fitzgerald, E.; Kalish, L.; Richie, J.; Lederman, G.; Edbril, S. & Garnick, M. (1989) Psychosocial Factors, Curative Therapies, and Behavioral Outcomes: Comparison of Testis Cancer Survivors and a Control Group of Healthy Men. Cancer. June. 64: 2399-2407
69. Rivera, R. (1998). Características del autoconcepto de madres de niños autistas. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
70. Romero, P.; Grau, A. J., Gómez, S., Infante, P., Chacón, R., Asén, M., Llantá, A., De la C., M., Camacho, R. y Grau. A. R. (2003). Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer con metodologías por etapas: una evaluación de eficacia. Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana. Vol. 13, No. 1, Enero – Junio. Pp. 88 - 101

71. Ruiz, L. (1984) Nuevo Diccionario Médico. Editorial Teide
72. Ruiz, S.; Cano, S. (1999). Manual de Psicoterapia Cognitiva. I.S.B.N. 84.931075-3-0. Versión Electrónica en: www.psicologia-online.com/ESMubeda/Libros/Manual.htm Jaén, España.
73. Ruiz, S.; Imbernón, G. (1996). Sentirse Mejor. Cómo afrontar los problemas emocionales con la Terapia Cognitiva. I.S.B.N. 84931075-1-4. Versión Electrónica en: [www.psicologia-online.com/ESMubeda/Libros/Sentirse Mejor/sentirse.htm](http://www.psicologia-online.com/ESMubeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse.htm) Jaén, España.
74. Schavelzon, J., Bleger, J., Bleger, L. Lúchina, I., Langer, M. (S/F). Psicología y Cáncer. Ediciones Hormé, S.A., Buenos Aires.
75. Semerari, A. (2002). Psicoterapia Cognitiva del Paciente Grave: Metacognición y relación terapéutica. Nuevas Psicoterapias. Ed. Desclee de Brouwer, S.A. Bilbao, España.
76. Soulier, B. (1995). Los discapacitados y la sexualidad. Ed. Herder. Barcelona
77. Swerdlow, De Stavola, Swanwick, Mangtani & Maconochie (1999). Risk factors for testicular cancer: a case-control study in twins. Cancer Research Campaign. Article No. bjoc 1998.0470. Pp. 1098 - 1102
78. Tamburini, M.; Filiberti, A.; Barbieri, A.; Zanoni, F.; Pizzocaro, G.; Barletta, L. & Ventafridda, V. (1989). Psychological Aspects of Testis Cancer Therapy: A Prospective Study. The Journal of Urology. Vol. 142, December, 1487-1490
79. Tello, A. (2001, Marzo). Estudio Sexualidad Masculina. Gaceta Universitaria. Universidad de Guadalajara. p. 7. En página de Internet: www.comsuc.udg.mx/gaceta/paginas/197/7-197.pdf
80. Torres, G.; Alvarado C. y Lira, P. (1997). Programa de Actualización Continua para el Urólogo: Tumores Germinales de Testículo. 1ª. Ed. Intersistemas S.A. de C.V. Versión para Internet en: www.drscope.com/pac/urologia/a1/
81. Tross, S. (1987). Psychological Adjustment in Testicular Cancer. In Holland, J. and Rowland (eds.) Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer. (pp. 240-245).
82. University of Ottawa (November 5, 2003). Biotech Week editors via NewsRx.com. High intake of dairy products may elevate risk of testicular cancer. p. 581
83. Vidal y Benito, M. (2002). La Psicoterapia del Paciente Oncológico. Un Modelo de Psicoterapia Dinámica. Revista Psicología.com. Vol. 6, No. 2, Julio. En Página de Internet: www.psiquiatria.com/psicologia/revista/68/8328/part2?++interactivo

84. Villaseñor, M. (2000). El autoconcepto del paciente con cáncer y lesiones visibles. Una propuesta de Intervención. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología U.N.A.M.
85. Weiner, B. (1992). Métodos en Psicología Clínica. Limusa Grupo Noriega Editores. México.
86. Zinser, J. (2003) Cáncer de Testículo. En Manual de Oncología: Procedimientos Médico-Quirúrgicos. Pp. 601-609. 2ª. Edición. Instituto Nacional de Cancerología. (Comp.)

A N E X O S

ANEXO 1: CEDULA DE REGISTRO E IDENTIFICACION

(Para ser utilizada por el servicio de Psicología)

NOMBRE: _____

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ No. DE HIJOS: _____

OCUPACION: _____

1. ¿Conoce el motivo por el cual está siendo atendido en esta Unidad de Oncología? Si es así, diga cuál es: _____
2. ¿Sabe cuál es su diagnóstico en la actualidad? Si es así diga cuál es: _____
3. Hace cuánto le fue diagnosticado ese padecimiento? _____
4. ¿Considera que ha recibido la información adecuada respecto a su padecimiento? Si ó No. Por qué _____

5. ¿Cuáles considera que han sido los motivos (problemas) que le orillaron a buscar ayuda médica? _____

6. ¿Cuáles considera que fueron los motivos (problemas) por los que tomó la decisión de buscar ayuda psicológica al querer integrarse a este Grupo Terapeutico? _____

7. ¿De qué manera ha intentado usted, enfrentar su padecimiento? _____

8. ¿Qué tanto apoyo recibe usted de su familia? ¿Considera que éste ha cambiado a partir de su diagnóstico? Si es así ¿En qué aspectos? _____
9. ¿Alguna vez en su vida ha tenido tal sensación de desesperanza que ha intentado quitarse la vida? Si, No. Cuándo y Por qué _____
10. ¿Cuáles son las habilidades que cree tener para afrontar su padecimiento y sus consecuencias? _____

NOTA: SI LE ES INSUFICIENTE EL ESPACIO DE ESTA CÉDULA, UTILICE EL REVERSO DE LA HOJA.

ANEXO 2: FORMATO DE MONITOREO DE PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS

SITUACIÓN:	PENSAMIENTOS:	SENTIMIENTOS:

ANEXO 3.- TÉCNICA DE LA TRIPLE COLUMNA.

PENSAMIENTO AUTOMÁTICO (AUTOCRÍTICA)	DISTORSIÓN COGNITIVA	RESPUESTA RACIONAL (AUTODEFENSA)

ANEXO 4.- CREENCIAS IRRACIONALES DE ELLIS (Edelman & Kidman, 1999):

- Debo ser amado y aprobado por cada una de las personas significativas para mí.
- Debo ser competente, equilibrado y perseverante en todos los aspectos.
- Cuando la gente actúa en forma injusta o malvada, merece sufrir por sus pecados.
- Mi vida debería progresar muy bien y de manera sencilla. Las cosas no debieran ir mal en mi vida.
- Mis experiencias en la vida determinan como me siento. Es imposible para mí sentirme bien cuando las cosas no van como deberían.
- Si algo malo pudiera pasar, debo pensar obsesivamente en el suceso.
- Es mejor no arriesgarse, porque si uno lo hace, puede salir lastimado.
- Siempre debo controlar todos los eventos de mi vida.
- La gente debe ser sensible a mis necesidades y siempre debe hacer lo que yo creo que es correcto.
- El mundo debiera ser un lugar justo. Las cosas siempre deben ser justas, y yo debo ser tratado justamente.

ANEXO 5.- RECOMENDACIONES DE CÓMO REALIZAR CORRECTAMENTE LA AUTOEXPLORACIÓN TESTICULAR

Aunque seas joven, el cáncer testicular te puede afectar, cinco minutos al mes de autoexploración te pueden salvar...

Los testículos son dos órganos ovoides aplanados de color blanco lechoso situados debajo del pene y contenidos dentro de un saco o bolsa llamado "escroto". Su importancia radica en que son a la vez órganos productores de espermatozoides los cuales tienen la función de fecundar al óvulo femenino para crear un nuevo ser. Así mismo son productores de una hormona llamada testosterona responsable de los caracteres sexuales masculinos, tales como el vello facial, o el timbre de la voz, característicos del hombre.

De ahí la importancia de conocer el procedimiento correcto para realizar la autoexploración testicular. Este es un procedimiento rápido y sencillo el cual se sugiere realizarse una vez al mes con la finalidad de que todos los hombres en edad de riesgo, en un promedio de edad 19 a 40 años, se familiaricen con la apariencia, textura y tamaño de sus testículos cuando estos se encuentran sanos y puedan detectar en sus fases iniciales algún cambio en la textura, tamaño, e incluso en la sensibilidad, características que pudieran significar la presencia de un padecimiento oncológico.

La autoexploración testicular, permitirá recibir atención médica oportuna.

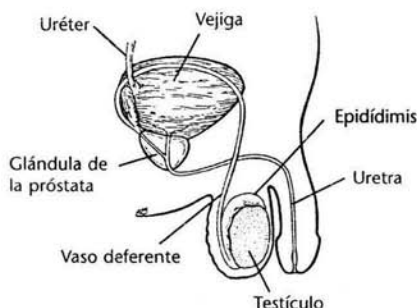
(Ver Anexo 6: Folleto informativo que emite la Academia Americana de Médicos Familiares – American Academy of Family Physicians-, 2001).

Cáncer Testicular

Qué hay que fijarse

El cáncer de los testículos es el cáncer más común en los hombres jóvenes (15 a 34 años de edad). El cáncer testicular o de los testículos tiene un buen promedio de cura, si se descubre temprano y es tratado. Su doctor puede examinar sus testículos durante un examen. Un auto examen es otra forma de descubrir cáncer testicular (vea debajo para las indicaciones de un auto examen). Si usted descubre algo malo durante un auto examen (como un bulto o una hinchazón), vea a su doctor inmediatamente.

Sistema Reproductivo Masculino



¿Quién tiene cáncer testicular?

Los hombres con más probabilidad de tener cáncer testicular son:

- Son blancos
- Tienen un padre o hermano que tuvo cáncer testicular
- Tienen un testículo que no baja al escroto (la "bolsita" de piel que sostiene el testículo), aunque se hizo cirugía para remover el testículo o bajarlo.
- Tiene testículos pequeños o testículos que no están bien formados (la mayoría de los testículos son redondos, lisos y firmes)
- Tiene síndrome de Klinefelter (una condición genética).

¿Cuáles son algunas señales de cáncer testicular?

- Un bulto duro, que no duele, en el testículo (ésta es la señal más común)
- Dolor o un sentimiento de malestar en el escroto
- Un escroto que se siente pesado o hinchado
- "Pechos" más grandes o sensibles.



American Academy of Family Physicians

(La Academia Americana de Médicos de Familia)

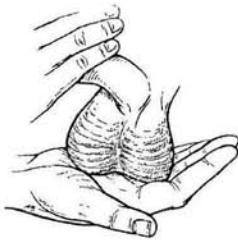
EL MÉDICO DE LA FAMILIA DE HOY EN DÍA - SE ESPECIALIZA EN TODOS USTEDES.

Cáncer Testicular: Qué fijarse—Página 1 de 3

¿Cómo me hago un auto examen testicular?

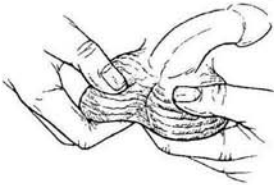
- Tóquese los testículos, uno a la vez. Use 1 o las 2 manos.
- Ponga el escroto en una mano como si fuera una taza, para ver si hay algún cambio (Figura #1).

Figura #1



- Ponga los dedos índice y del medio debajo del testículo con su dedo pulgar encima.
- Haga rodar gentilmente el testículo entre su dedo pulgar y los dedos.
- Trate de sentir algún bultito en o al lado del testículo (Figura #2). Repita con el otro testículo.

Figura #2



- Trate de sentir a lo largo de los epidídimos para ver si hay alguna hinchazón (figura #3).

Figura #3



Es normal que un testículo sea un poquito más grande que el otro. Los testículos deben ser lisos y firmes. Si usted siente algún bulto o bultos, visite a su doctor inmediatamente.

El mejor tiempo de **hacer** un examen es durante o inmediatamente después de una ducha o un baño. El agua tibia relaja la piel de su escroto y facilita el examen.

Unos cuantos comentarios adicionales de su médico de familia

Ilustraciones por Kathryn Born.

Este panfleto provee un resumen del tema y puede que lo explicado no les afecte a todos. Hable con su médico de familia para averiguar si esta información es útil para usted y para aprender más acerca del tema.

La Academia Americana de Médicos de Familia provee información sobre la salud en la Red Mundial de Informática en familydoctor.org

© 1998-2000

American Academy of Family Physicians
11400 Tomahawk Creek Parkway, Leawood, KS 66211

Se otorga permiso para imprimir y hacer fotocopias de este material, sólo si se hace con propósitos educativos no-lucrativos. Se necesita obtener un permiso por escrito para cualquier otro uso, incluyendo el uso electrónico.

c387