



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*“CARACTERÍSTICAS DE AUTOCONCEPTO Y PERSONALIDAD
EN ADOLESCENTES CON OSTEOSARCOMA”*

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P r e s e n t a :

GERARDO DOMÍNGUEZ GARCÍA

DIRECTOR: JOSE MÉNDEZ VENEGAS

REVISOR: TERESA GUTIERREZ ALANIS



MÉXICO, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

He aprendido que...

- ψ *Lo que cuenta en la vida, no son las cosas que tengo alrededor sino las personas que tengo alrededor.*
- ψ *No debo compararme con lo mejor de lo que hacen los demás, sino con lo mejor que puedo hacer.*
- ψ *Porque alguien no me ama de la manera en que yo quisiera, no significa que no me ama a su manera.*
- ψ *Nunca debo decirle a un niño que sus sueños son tontos; sería humillante y una tragedia si él lo creyera.*
- ψ *No siempre es suficiente ser perdonado por los otros; a veces tengo que perdonarme a mí mismo.*
- ψ *A veces las personas que creo me van a patear cuando estoy caído, son quienes me ayudan a levantar.*
- ψ *Cuesta determinar donde fijar el límite entre no herir los sentimientos de los demás y defender lo que creo.*
- ψ *Es importante practicar para convertirme en la persona que yo quiero ser.*
- ψ *Soy responsable de lo que hago, cualquiera que sea el sentimiento que tenga.*
- ψ *En muchos momentos tengo el derecho de estar enojado, más no, el derecho de ser cruel.*
- ψ *Lo más importante no es lo que me sucede sino lo que hago al respecto.*
- ψ *No tengo que cambiar de amigos si comprendo que los amigos cambian.*
- ψ *Sin importar las consecuencias, cuando soy honesto conmigo mismo llego más lejos en la vida.*
- ψ *Aprender a perdonar requiere mucha práctica.*
- ψ *El dinero es un pésimo indicador de valor de algo o alguien.*
- ψ *Tanto escribir como hablar puede aliviar los dolores emocionales.*
- ψ *El paradigma en el que vivo, no es la única opción que tengo.*
- ψ *Debo controlar mis actitudes o ellas me controlan a mí.*
- ψ *Dos personas pueden mirar a la misma cosa y ver algo totalmente diferente.*
- ψ *Puedo llegar mucho más lejos de lo que pensé posible.*

Pero sobre todo, he aprendido que, aunque mis antecedentes y circunstancias pueden haber influenciado en lo que soy, debo ser responsable de lo que llego a ser; pues nadie puede saber por mí, nadie puede crecer por mí, nadie puede buscar por mí, nadie puede hacer por mí lo que yo debo hacer y nadie va aceptarme del todo como debo hacerlo yo.

A MIS PADRES, POR EL APOYO DURANTE EL CAMINO; GRACIAS MIL, PUES LO VIVIDO ME AYUDO A ENTENDER LO QUE QUIERO.

A MIS SOBRINAS Y AHIJADOS POR LA CONFIANZA, LA MOTIVACIÓN Y EL AMOR PARA CONTINUAR. POR PONER EL EJEMPLO DE SUPERACIÓN.

*A MIS HERMANAS, POR LA AYUDA EN TODO MOMENTO Y EL CONSEJO A CADA PASO A PESAR DE SUS PROPIAS VICISITUDES.
Mis RESPETOS*

*A RUBÍ, LAURA, LULÚ, PAULINA, JULIETA, ANA BERE, CHÍO, JESÚS, POR LA AMISTAD, EL APOYO, EL CONSEJO Y POR COMPARTIR EL ANHELO DE CRECER EN TODOS ASPECTOS.
ARRIBA LA PATRULLA!!*

A CHELITA, ADE, FABIS, ARA, MOY, CON LAS CUALES HE COMPARTIDO MÁS QUE EN FAMILIA, POR ESTAR AHÍ CON LA BROMA PARA SOSTENERME Y ANIMARME, POR AGUANTAR Y COMPARTIR. GRACIAS

A TERE Y ELVIA, POR TENER LA CONFIANZA EN MI Y EL APOYO DESINTERESADO, POR ESTAR CONMIGO EN LOS MOMENTOS QUE LAS NECESITÉ.

A ALEJANDRO, POR SER PARTE IMPORTANTE EN MUCHOS ASPECTOS DE MI CRECIMIENTO Y DE MI VIDA, GRACIAS POR TANTO APOYO, TE QUIERO Y QUEDO ETERNAMENTE AGRADECIDO.

A LA BANDA OBSESIVA, BERE, JAVIER, ANITA, FELIPA, PUES CON SU APOYO, EXPERIENCIA, ESCUCHA, PERO SOBRE TODO AMISTAD, HAN SIDO LOS MOTORES PARA CONTINUAR. LOS QUIERO.

A MIS MAESTROS, EN ESPECIAL, JOSÉ MÉNDEZ Y JESÚS MORALES, POR APORTAR LA SEMILLA DEL INTERÉS Y SUPERACIÓN.

DONDE QUIERA QUE ESTÉN, MI ADMIRACIÓN Y GRATITUD PARA OLIVIA, RUTH, TOMASA, FAVIO, JOSÉ ANTONIO, JOSÉ LUIS, FRANCISCO, DIEGO, MARCOS, SANTIAGO, ALEJANDRO, QUIENES ACEPTARON LA REALIDAD Y TUVIERON APLOMO DE VIVIRLA A PESAR DE SU ENFERMEDAD, ACEPTANDO SU DESTINO CON VOLUNTAD DE TRABAJAR ASIMILANDO LO QUE DEJABAN ATRÁS Y ENFRENTANDO EL PORVENIR.

MI AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO A LOS PROFESORES JOSÉ MÉNDEZ, TERESA GUTIÉRREZ, GABRIELA ROMERO, REBECA PAZ, JORGE ÁLVAREZ Y JAVIER CORONA, POR SU DISPOSICIÓN Y APOYO PARA HACER POSIBLE LA REALIZACIÓN DE UN SUEÑO MÁS EN MI VIDA PROFESIONAL.


A TODOS AQUELLOS PROFESORES, AMIGOS Y COMPAÑEROS QUE CONTRIBUYERON CON SU AMISTAD, CONSEJO, APOYO Y ALIENTO DURANTE MI PREPARACIÓN, AL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA Y A TODOS AQUELLOS ADOLESCENTES QUE MOSTRARON DISPOSICIÓN PARA PARTICIPAR EN ESTE TRABAJO...

MIL GRACIAS.

Índice



Resumen	1
Introducción	2
1.- Osteosarcoma	6
2.- Personalidad y Autoconcepto	14
3.- Adolescencia	33
4.-Aspectos Psicológicos del Paciente con Cáncer	45
5.-Método	59
6.-Resultados	69
7. Conclusiones	80
8. Limitaciones y Sugerencias	83
9.- Referencias	85
10.- Anexos	89



RESUMEN

El osteosarcoma es el tipo más frecuente de cáncer de hueso en los niños. Se observa con mayor frecuencia en los huesos largos de extremidades inferiores y superiores. En México, la quimioterapia, tratamiento quirúrgico del tumor y del tejido circundante siguen siendo tratamientos comunes; en la mayoría de los pacientes con este padecimiento, se puede llevar a cabo la extracción del tumor como procedimiento más común para la preservación de la extremidad afectada, pero cuando el equipo médico lo considera necesario, se realiza la amputación del miembro afectado en los tumores grandes que no se pueden tratar con cirugía y preservar la extremidad (Castellanos, 2006).

Dado que el osteosarcoma es un padecimiento que se presenta generalmente en la etapa del crecimiento y teniendo presente que la adolescencia se considera como un período crítico de desarrollo en el que la percepción de sí mismo empieza a cobrar importancia, es probable que se presenten diferencias entre un paciente con osteosarcoma y un adolescente sano, tanto en la organización dinámica, en el interior del adolescente y de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos (Rivera, 2006).

Derivado de lo anterior y con el fin de hacer una aportación al campo de la Psico Oncología, la cual es una disciplina que se centra en la investigación de los diversos modos de afrontamiento de la enfermedad oncológica, los factores que influyen sobre ella y las estrategias terapéuticas útiles para el afrontamiento, se realizó la evaluación de 11 adolescentes con osteosarcoma y 32 adolescentes sanos coincidentes en edad con los pacientes, con el objetivo de determinar si existen diferencias significativas entre ambos grupos con respecto al autoconcepto y personalidad. Se utilizaron las siguientes pruebas: Autoconcepto Forma "A" (AFA) en su 2ª edición (1994), diseñado por Musitu, García y Gutiérrez en 1991, el cual mide el autoconcepto en población adolescente; y el Cuestionario de Personalidad para Adolescentes HSPQ, en su 6ª edición (1995), diseñado por Catell y Catell en 1968, sirve para conocer a profundidad los rasgos de la personalidad de los adolescentes.

Se pudo observar que el grupo de adolescentes con osteosarcoma presentó un Autoconcepto inferior en comparación con los controles sanos. Asimismo, se evidenció que existen diferencias con respecto a la Personalidad entre ambos grupos.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad provocada por células del organismo que pierden su mecanismo normal de control y presentan un crecimiento desordenado. Esta enfermedad en la edad pediátrica ocupa la segunda causa de mortalidad en los países industrializados. En 1997 en la República Mexicana, ocupaba el cuarto lugar de muerte entre los 5 y los 14 años. En la actualidad, en México es la sexta causa de muerte en niños de entre uno y cuatro años de edad. En el lactante es la causa No. 18 de muerte y la muerte por cáncer representa el 5% en adolescentes de entre 15 y 19 años (Rivera, 2007).

En los últimos años, la PsicoOncología ha jugado un papel importante en la intervención e investigación del paciente con cáncer ya que este diagnóstico, para cualquier grupo de edad, representa un evento devastador debido a que comúnmente se asocia con la muerte, incapacidad, desfiguro físico, dependencia y aislamiento social. Almanza (2001), menciona que un paciente con cáncer experimenta negación y resistencia a creer la noticia, que es acompañado por lo que él llama “anestesia emocional” seguida de un período de confusión agitación emocional y disforia. Posteriormente experimenta síntomas como ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito.

Die Trill (2003), en su estudio psicooncológico reporta que estos pacientes tienen la necesidad de sentirse queridos, desarrollar sistemas de pertenencia, sentir auto respeto, obtener una sensación de logro, seguridad, autoconocimiento, comprensión y empatía, y así poder dominar los sentimientos de culpa e inutilidad que experimentan.

Partiendo de lo anterior y considerando que la adolescencia constituye un período caótico del desarrollo, durante el cual el individuo lucha por su propia identidad y autoimagen, por ser independiente, adaptarse a su sexualidad cambiante y a las modificaciones que sufre su cuerpo, establecer relaciones sociales y planificar su futuro, es de sumo interés enfocarse en el adolescente que padece cáncer, el cual se ve forzado a equilibrar sus necesidades de independencia con las exigencias de la enfermedad, que muy frecuentemente lo obliga a depender de otros adultos en su entorno; por lo tanto, la PsicoOncología puede ser útil para brindarle herramientas que le permita enfrentar la

aceptación y manejo de situaciones derivadas del tratamiento que conlleva contar con un diagnóstico de osteosarcoma.

Es posible que el autoconcepto de estos pacientes se vea afectado y su personalidad tienda a ser más reservada que en el resto de los adolescentes; pero, ¿qué son estas dos dimensiones?

Se parte del entendido de que todo individuo tiene rasgos de personalidad que lo hace único, que lo caracteriza y que causa cierta impresión en los demás; sin embargo, no todos percibimos lo mismo de los demás, así como no causamos la misma impresión a los demás en general; por lo que podría considerarse que, la personalidad es la singularidad individual, tal y como la ven los demás.

Para Kant, la personalidad es lo que todo hombre posee y vuelve valioso, independientemente de todos los usos a que pueda ser destinado por su prójimo; Hetherington y Murirhead mencionan que la personalidad es aquella forma de individualidad posibilitada por la posesión de mente y voluntad. Ser una persona es ser uno e indivisible, pero esa unidad no se alcanza por la supresión de los instintos, de temperamento y de las capacidades naturales, sino que es algo que se logra en tanto estos datos naturales son penetrados por un espíritu común – el poder de liberarse no de ellos, sino en ellos (Allport, 1966).

Papalia (1988) menciona que la personalidad es un conjunto de formas relativamente consistentes de relacionarse con la gente y las situaciones que ponen un sello de individualidad en cada uno de nosotros; en tanto que nuestros valores, nuestras opiniones y nuestras emociones son las piedras angulares de nuestra individualidad, el modo como actuamos en estos estados mentales determina lo que otros verán como nuestra personalidad.

Dana (1966) refiere que en la personalidad existen rasgos, los cuales están determinados por dos o más hábitos generalizados, organizados e interdependientes, se repiten de un modo coherente y reconocible; estos rasgos nos pueden indicar el *cómo* o el *porqué* de ciertas conductas. Los rasgos son instrumentos que dan continuidad a la experiencia y sentido al mundo externo en función de las características e intenciones particulares del individuo.

Si bien la personalidad es algo que nos hace diferentes de los demás, es también importante el tema del autoconcepto, el cual es fundamental, ya que la primera vendría a ser la expresión de lo que cada uno es, y el segundo es el elemento integrador de la primera.

El autoconcepto es la imagen de la personalidad total, la imagen que cada uno tiene de sí mismo como entidad física y psíquica. La forma en que cada uno se percibe, se siente, se vive y determina en gran medida la forma en que actúa, sus necesidades y deseos, así como sus motivaciones y expectativas hacia sí mismo y hacia los demás.

Algunos autores aseveran que el autoconcepto puede surgir como producto de la interacción personal del individuo, lo cual sucede ya desde edad temprana, por las relaciones entre el recién nacido y la madre.

Erikson sugiere que el self se desarrolla a través de las sucesivas etapas de la infancia, como una interacción del sujeto con los modelos sociales del medio ambiente. Minuchin menciona que es la familia la que otorga, contribuye y moldea la identidad del individuo. (Cit. Álvarez, 1995).

Teser y De Palus, hablan de autodefinition –autoconcepto– considerando que viene determinada por el medio social en el que el sujeto está inmerso y sirve para potenciar o proteger la autoevaluación –autoestima–. Se considera que esta autoevaluación es un constructo hipotético que representa el valor relativo que los individuos atribuyen o creen que los otros les atribuyen. El sujeto se autovalora según las cualidades que provienen de su experiencia y son vistas como positivas o negativas (Oñate, 1989).

González y Tourón (1992) afirman que existe un componente cognoscitivo del autoconcepto que es la autoimagen, puesto que el autoconcepto es en gran medida una estructura cognoscitiva que contiene imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos y deseamos manifestar a los demás.

Como se puede observar, tanto el autoconcepto como la personalidad son dos factores sumamente importantes para la imagen corporal, ya que se vincula íntimamente con la

emoción; y en el caso de los pacientes con diagnóstico de osteosarcoma, es posible que la autoimagen sea muy diferente a la de un adolescente en apariencia sano.

Clerici, Ferrari, Lusch, Casanova, Massimino, Cefalo, et. al. (1990), llevaron a cabo una investigación enfocada a pacientes pediátricos amputados por presentar tumor en alguna extremidad, reportando las diferentes reacciones emocionales negativas derivadas del dolor, aunado a la incapacidad resultante de la cirugía, predominando la depresión y el aislamiento e intolerancia social.

En 1997, the American Cancer Society publicó un estudio realizado con 60 pacientes entre los 15 y los 30 años de edad con tumor en las extremidades que habían sido sometidos una año antes a tratamiento multimodal por cáncer de hueso, en el cual se sugiere que los sobrevivientes no necesariamente desarrollaban problemas emocionales o sociales de importancia, permitiéndoles llevar una vida activa e independiente (Felder, Formann, Mildner, Brestschneider, Bucher, Windhager, et. al.).

Schnider, Cannon, Biggs y Blunn (1997), realizaron un estudio con 12 sobrevivientes de cáncer en las extremidades y que fueron intervenidos quirúrgicamente, reemplazando el hueso dañado con prótesis distales y femorales, encontrando que el 77% de ellos lograron una función normal a pesar de estar predominantemente limitados por la aparición de sepsis y las limitaciones de durabilidad de la prótesis.

Se podrían citar aún más investigaciones que aborden el tema del paciente pediátrico con cáncer y algunas repercusiones que esta enfermedad les ocasiona; pero hasta el momento no existen reportes que se hayan investigado de manera específica las consecuencias que el diagnóstico y tratamiento del osteosarcoma puede ocasionar en el aspecto psicológico y emocional.

El presente trabajo se enfoca directamente a determinar las diferencias con respecto al Autoconcepto y Personalidad entre adolescentes con osteosarcoma y adolescentes sanos. Los resultados pueden ser útiles para desarrollar un plan de atención específico para que estos pacientes y sus familias puedan enfrentar adecuadamente los cambios que esta enfermedad les ocasiona.

1.- OSTEOSARCOMA

El Osteosarcoma o Sarcoma Osteogénico es un tumor maligno caracterizado por la formación de hueso inmaduro o tejido osteoide por parte de células malignas, por su localización se ha relacionado con el crecimiento rápido de los huesos pues se manifiesta con mayor frecuencia en los huesos largos como son tibia proximal, fémur distal, húmero, y muy rara vez en alguna otra parte del cuerpo como pelvis y cráneo. Según el registro Nacional de Neoplasias Malignas, predomina en varones y es más común en los estados del norte que en el sur (Rivera, 2007).

Es muy importante señalar que al igual que en otros tipos de cáncer, el diagnóstico y el tratamiento temprano es vital, y en el caso del osteosarcoma lo es aún mas; las dudas o los procedimientos inadecuados en las fases iniciales del tratamiento de estos casos, pueden suponer la pérdida de las opciones de cura o de realizar un tratamiento conservador de la extremidad (Rivera, 1994).

1.1.- Etiología

La causa de esta neoplasia hasta el momento es desconocida, pero se cree que es debido a mutaciones del ADN o a factores hereditarios, incluyendo algunas otras teorías. Existen algunos padecimientos neoplásicos que están íntimamente relacionados a una mayor predisposición para presentar osteosarcoma como segunda neoplasia, como el retinoblastoma. Asimismo, la enfermedad de Paget es un padecimiento asociado a la predisposición para padecer este tipo de neoplasia (Rivera, 1994).

1.2.- Epidemiología

El osteosarcoma es el tumor maligno óseo más frecuente; aun cuando la literatura internacional constituye la sexta causa de neoplasias malignas en pediatría, en México corresponde a la quinta causa. En Estados Unidos, los tumores de hueso ocurren en aprox. 5.6 casos por millón de niños de raza blanca menores de 15 años de edad por año. La prevalencia de tumores óseos en la República Mexicana corresponde al quinto lugar de todos los padecimientos malignos en la edad de 0 a 15 años. Alrededor del 35% de esta cifra corresponde al osteosarcoma. (Castellanos, 2006).

El pico de incidencia ocurre en el segundo decenio de vida, durante el repentino crecimiento del adolescente. En nuestra población se presenta en un 69% entre los 10 y los 15 años de edad, 24% en menores de 10 años y 7% en mayores de 15 años, con una media de presentación de 12 años, registrándose un caso excepcional en un menor de 1.5 años; además, estos pacientes son 20% más altos que la talla normal para su edad (Castellanos, 2006).

1.3.- Manifestaciones Clínicas

El 100% de los pacientes presentan dolor en el área involucrada, en la mayoría de los casos se presenta afectación de los tejidos blandos y del conducto medular al momento del diagnóstico. La duración promedio de los síntomas desde el dato aislado del dolor hasta la alteración de los tejidos blandos manifestada como tumor en el área afectada es de tres meses aproximadamente (Castellanos, 2006).

Los síntomas más frecuentes del osteosarcoma pueden variar en cada paciente, pero en la mayoría de los casos se ha relacionado con un traumatismo en la zona afectada, por lo que se pueden incluir los siguientes (Taylor, 2001):

- Dolor en el hueso o zona afectada.
- Edema en la zona afectada.
- Aumento de dolor con la actividad y al levantar peso.
- Dificultad para el movimiento o reducción de la extremidad afectada.

1.4.- Diagnóstico

Sumado al examen físico y a la historia médica completa, los procedimientos para diagnosticar el osteosarcoma pueden incluir diversos estudios, de laboratorio o de gabinete, de la zona afectada y de los lugares con posibles metástasis, estos estudios pueden ser (Taylor, 2001):

- Rayos X, que proporciona imágenes de los tejidos internos, los huesos y los órganos en una placa.

- Escáner con Radionúclidos de los Huesos, el cual evalúa cualquier cambio artrítico y/o degenerativo de las articulaciones, para detectar enfermedades y tumores en los huesos, descartando cualquier infección o fractura.
- Imágenes por Resonancia Magnética, el cual proporciona imágenes detalladas del cuerpo, descartando cualquier anomalía relacionada con la medula espinal y los nervios.
- Tomografía Axial Computarizada, la cual ofrece imágenes detalladas de cortes transversales del cuerpo, tanto horizontales como verticales, mostrando con ésto más detalles que los Rayos X convencionales.
- Gammagrafía Ósea, este estudio ofrece una imagen funcional del esqueleto y la distribución de los fosfatos refleja simultáneamente el flujo sanguíneo y el grado de actividad osteoblástica.
- Biometría Hemática, el cual realiza una medición del tamaño, número y madurez de las diferentes células sanguíneas en un volumen de sangre específico.
- Biopsia del tejido tumoral, el cual a través de la extracción de una muestra de tejido, se puede examinar al microscopio, determinando o descartando la existencia de células cancerosas o anormales.

Cuando el diagnóstico de osteosarcoma es confirmado, se procede a descartar que las células cancerosas se hayan implantado en otras partes del cuerpo. Este proceso es conocido como “Clasificación de etapas” (Taylor, 2001):

- *Osteosarcoma Localizado*: Es conocido de esta forma cuando se corrobora que las células cancerosas no se han diseminado más allá de la parte inicial afectada.
- *Osteosarcoma Metastásico*: Se le da este nombre cuando las células cancerosas invaden otras zonas del cuerpo, es decir, se encuentra más allá de la zona inicial afectada. Principalmente, estas metástasis afectan los pulmones, y en ocasiones se disemina a otros huesos.

- *Osteosarcoma Recurrente*: Se le denomina así cuando la neoplasia fue tratada y regresa a los tejidos donde comenzó inicialmente o invade alguna otra parte del cuerpo.

1.5.- Factores de Riesgo

Los posibles factores de riesgo del Osteosarcoma incluyen (Taylor, 2001):

- La etapa de crecimiento repentino en la adolescencia.
- Ser demasiado alto para la edad.
- Haber estado en tratamiento por algún otro tipo de cáncer, en especial una exposición de radiación a edad temprana.
- Padecer alguna enfermedad ósea benigna que no sea cancerosa.
- Existencia de algún otro tipo de cáncer como:
 - Síndrome de Li-Fraumeni.
 - Sarcomas de Tejido Blando.
 - Retinoblastoma.

1.6.- Pronóstico

Como en todo tipo de cáncer, el pronóstico favorable o desfavorable y la supervivencia del paciente con osteosarcoma puede variar mucho entre una persona y otra, algunos de los factores que ayudan a determinar esto son (Rivera, 1994):

- a. La presencia de metástasis pulmonar es un factor desfavorable.
- b. La histología del osteosarcoma paraostal e intraóseo es favorable, el periosteal es de pronóstico intermedio, las demás variedades histopatológicas no tienen correlación de supervivencia.
- c. El antecedente de enfermedad de Paget ósea es desfavorable.
- d. La hiperdiploidia (mas de 50 cromosomas) en el tejido tumoral es de pobre pronóstico.
- e. La localización es importante, pues es desfavorable el pronóstico cuando es central, más no así en lesiones distales.

- f. La respuesta del tumor al tratamiento pesa mucho, pues cuando existe necrosis de más del 90% del tejido con la quimioterapia neoadyuvante es de buen pronóstico.

Cada persona es única y, por lo tanto, el tratamiento y el pronóstico se deben estructurar según sus necesidades. La atención médica inmediata y un adecuado tratamiento contribuyen a un mejor pronóstico, por lo que se requiere de un estricto control y seguimiento del tratamiento por parte del paciente con osteosarcoma.

En los últimos años, se ha incrementado la supervivencia de los pacientes a 5 años en más del 70%, y el salvamento de extremidades afectadas llega a casi un 50% de los casos (Martínez, 1994).

1.7.- Tratamiento

Para poder determinar un tratamiento específico del osteosarcoma, es necesario que el oncólogo tratante tome en cuenta las siguientes características (Martínez, 1994):

- Edad del paciente.
- Estado general de salud.
- Historia médica.
- Estadío de la enfermedad.
- Tolerancia a los medicamentos, procedimientos o terapias.
- Expectativas para la trayectoria de la enfermedad.

El oncólogo, al tomar en cuenta la historia clínica y características físicas del paciente, determinará el tratamiento de la enfermedad y generalmente al ser diagnosticado, el paciente recibe su primer quimioterapia neoadyuvante. Esta quimioterapia es un tratamiento sistémico administrado lo más pronto posible y antes de que se realice la terapia local definitiva. La meta principal de la neoadyuvancia puede ser (Martínez, 1994):

- Un tratamiento precoz de la enfermedad cuando teóricamente tiene un menor volumen y sería más sensible a la quimioterapia.

- Reducir el volumen del tumor primario, facilitando un tratamiento conservador de la extremidad.
- Dar tiempo a la planificación de la cirugía y a la obtención de la prótesis más conveniente.
- Permitir evaluar la sensibilidad a la Quimioterapia del tumor primario (grado de necrosis alcanzado) para modificar el esquema de tratamiento en los casos desfavorables.

Una vez que se finaliza la administración de los ciclos de quimioterapia neoadyuvante, se determina si el paciente es candidato a cirugía de conservación a través de una endoprótesis o es sometido a una cirugía radical (amputación).

Posterior a este procedimiento se determina si hay existencia de metástasis, se realiza la resección y se continúa con quimioterapia. De hecho, la quimioterapia que se administra después que se ha extraído el tumor en la cirugía se llama quimioterapia adyuvante. El 80% de estos pacientes tratados sólo con intervención quirúrgica genera enfermedad metastásica en comparación con los pacientes que son atendidos con quimioterapia (Castellanos, 2006).

Una vez eliminado cualquier indicio de cáncer y que se haya finalizado el tratamiento, pasa a vigilancia y se canaliza al paciente al área de rehabilitación que incluye fisioterapia y adaptación psicológica, colocación de prótesis y entrenamiento para su uso.

1.8.- Efectos secundarios

La quimioterapia y la terapia de radiación son dos formas muy poderosas de atacar al cáncer, y pueden producir efectos secundarios que en algunas ocasiones suelen ser agresivos. Estos efectos pueden variar mucho de un paciente a otro, y la posibilidad de desarrollarlos o no desarrollarlos no afecta el resultado del tratamiento, a continuación se enumeran algunos (Acor, 2004):

Físicos:

- Caída de cabello, cejas y pestañas.
- Cansancio.
- Náusea y vómito.
- Neutropenia (disminución de neutrófilos y susceptibilidad a infecciones bacterianas, fúngicas o virales).
- Mucositis (lesiones de las mucosas).
- Falta de apetito.
- Disminución del número de glóbulos rojos en la sangre.
- Hipoacusia por ototoxicidad .
- Pérdida de la extremidad afectada.
- Infecciones por defensas bajas.

Psicológicos:

- Trastornos de la adaptación.
- Trastorno del pánico.
- Fobias.
- Trastornos obsesivo-compulsivos.
- Trastorno de Estrés Postraumático.
- Ansiedad generalizada.
- Trastornos de ansiedad causados por otras condiciones médicas generales.
- Depresión.

La mayoría de los efectos secundarios desaparecen cuando termina el tratamiento y las células sanas tienen la oportunidad de reproducirse para alcanzar su nivel normal. Mientras tanto, hay varios métodos que los pacientes pueden usar para ayudar a controlar ciertos problemas menores. En los casos de efectos secundarios severos, el médico puede sugerir varias maneras de aliviar las sensaciones desagradables. Por lo general, los pacientes tienden a sentirse mejor durante el tratamiento del cáncer si descansan bastante, siguen un régimen alimenticio equilibrado y llevan a cabo algunas de estas recomendaciones (Acor, 2004):

- Evitar el contacto con personas resfriadas.
- Cuidar la higiene personal.
- Ingerir frutas y verduras cocidas.
- Evitar caídas o golpes.
- Evitar el contacto con grupos numerosos de personas.
- Evitar el contacto con mascotas.

Dadas las repercusiones físicas y psicológicas del tratamiento, la personalidad y el autoconcepto de los pacientes puede verse afectado. En el siguiente capítulo se tratará de definir ambos conceptos, además de señalar la importancia de los factores ambientales para su construcción.

2.- PERSONALIDAD Y AUTOCONCEPTO.

2.1.- Personalidad

Decía Fromm (2003) que los hombres son semejantes porque comparten la situación humana y las dicotomías existenciales que le son inherentes; y son únicos por el modo específico con que resuelven su problema humano. La infinita diversidad de las personalidades es en sí misma una característica de la existencia humana.

Las características de cada individuo son numerosas, muchas son determinadas genéticamente y en la mayoría de los casos, el ambiente juega un papel clave para finalizar lo que la naturaleza inició. La personalidad y sus cambios a lo largo de la vida son un buen ejemplo de éste fenómeno, ésta se podría definir como el conjunto de características que distinguen a una persona de otras cuando se encuentra en situaciones sociales (Connell, 1985). De hecho, el desarrollo de la personalidad es resultado de la interacción entre la combinación genética de un individuo y el ambiente en el que interactúa.

El concepto *personalidad* tiene su origen en la lengua griega, significando etimológicamente "mascara". Los actores del teatro se ponían mascarar (personajes) para representar los distintos papeles de la pieza teatral, y la raíz griega *Per Sona* significa *sonido a través de*; es decir, los caracteres hablaban a través de las mascarar que servían al actor para interpretar el rol asignado. El objetivo era intensificar las características de los personajes, exagerando sus rasgos para que así el público no dudara en reconocer su forma de ser. Al usar la mascara el actor se transformaba en personaje, en este sentido, la mascara no escondía nada sino que destacaba el carácter (Pueyo, 1996).

En el siglo III, los teólogos cambian el sentido del vocablo y entienden por persona algo interior, de matiz sustancial o esencial. En el siglo VI, Boecio añade a esta concepción el atributo de la racionalidad (Dorta, S/A).

En psicología conviene destacar la interpretación de Jung, discípulo de Freud, para quien el término persona significa cara (mascara) que el hombre presenta a la sociedad

en que se desenvuelve. Cara que puede ser distinta a sus sentimientos e intereses reales (Dorta, S/A).

Además, las diferentes formas de abordar el tema pueden variar de manera considerable. Por citar un ejemplo, una de las formas tradicionales de estudiar la personalidad ha sido a través de las tipologías, las cuales toman como referencia los distintos aspectos en que se diferencia la percepción de las personas. Buscan características o atributos similares y en base a ellas, se establecen categorías para la clasificación de los individuos. Sin embargo, el estudio globalista de la personalidad (características y sus estructuras restantes), no considera que la organización de la personalidad varía de un individuo a otro, por lo que en la práctica es imposible encuadrar con nitidez a un individuo dentro de un tipo (Dorta, S/A).

Allport refiere que Cicerón consideraba el término personalidad en cuatro sentidos diferentes (Pueyo, 1996):

- Como conjunto de cualidades personales (ej. altivo, altruista, generoso).
- Como la forma en que un individuo aparece frente a los demás (ej. Altivo, comunicativo, estirado).
- Como el papel que juega en su entorno inmediato (ej. líder, dominante, sumiso).
- Como conjunto de cualidades que denotan dignidad y distinción en un individuo (ej, Juan es una personalidad en el mundo de las finanzas).

Al parecer, la inquietud por describir la forma de ser de las personas data de mucho años atrás; ya que en el libro del Génesis de la Biblia se menciona la forma de ser de Esau y de Jacob: Teofrasto en su obra Los Caracteres, describe cómo las personas se diferencian entre sí en su comportamiento cotidiano, siendo botánico, construyó una tipología de los caracteres humanos partir de los sistemas de clasificación tipológica de las plantas (Pueyo, 1996).

Las diversas tipologías han elaborado sistemas de clasificación de las personas de acuerdo con los tipos. El tipo es la forma característica de constitución o estructura mental de un hombre que lo distingue particularmente de otros individuos (Pueyo, 1996).

De igual forma, en la astrología se ve esta tendencia de clasificar a las personas de acuerdo a tipologías, encontrando el término *Lunático*, el cual se aplica a personas con un carácter determinado por efecto de la influencia de la Luna; o los *Mercuriales* que lo están bajo los efectos de Mercurio (Pueyo, 1996).

Existen además en la historia iniciadores de tipologías bipolares, como por ejemplo Foucault (1976) hace referencia que en el siglo XVI por primera vez se habla de la manía y la melancolía, así mismo se empieza a hablar de personalidades con características de histeria e hipocondría.

De igual forma, Jonh Milton en el siglo XVII describe en forma de poemas el carácter de *L'Allegro*, a quien describía como la imagen de la alegría y por otro lado describe a *Il penseroso* como la quietud y melancolía (Pueyo, 1996).

Schopenhauer describe dos rasgos maestros que forman parte del temperamento (op. cit.):

- La energía vital y la muscularidad que representan las fuerzas de la vida que el sujeto experiencia como voluntad. *Fuerte – Torpe.*
- La sensibilidad o capacidad de sentir dolor. *Inteligente-Melancólico.*

En la antigua Grecia, Hipócrates enriqueció los conocimientos psicológicos con la descripción de los cuatro temperamentos basados en la "Teoría de los Humores", en la que afirmaba la existencia en el cuerpo humano de cuatro líquidos o humores. Los hombres podían ser distribuidos en cuatro grupos o tipos, según el tipo de humor que en ellos predominara (Pueyo, 1996):

Tipos de Humores, según Hipócrates.

<u>TEMPERAMENTO:</u>	<u>HUMOR:</u>	<u>ELEMENTO:</u>	<u>CARACTERISTICAS:</u>
Melancólico	Bilis negra	Tierra	Es dado a la tristeza, con ideas lentas y pesimista.
Colérico	Bilis amarilla	Fuego	Es dominante, violento y dado a accesos de ira.
Flemático	Flema	Agua	Es frío y parece incapaz de emociones intensas. Indiferente.
Sanguíneo	Sangre o linfa	Aire	Es activo, alegre y optimista.

Como se puede ver, la idea central de la Teoría de los Humores es que el temperamento de cada individuo está determinado por el tipo de reacciones químicas que se producen en su organismo.

Estas tipologías se han considerado como informales desde el punto de vista de la Psicología Moderna, ahora las tipologías formales están basadas en una teoría psicológica explícita; por ejemplo, la tipología del carácter de Freud cuya tabla se muestra a continuación (Pueyo, 1996):

Tipología del carácter según Freud.

<u>CARÁCTER</u>	<u>ESTILO DE CRIANZA</u>	<u>TIPO</u>	<u>RASGOS TÍPICOS</u>
Oral	Indulgente	Oral-Erótico / Oral-Pasivo	Optimista, dependiente
	Restrictivo	Oral-Sádico / Oral-Agresivo	Pesimista, suspicaz
Anal	Indulgente	Anal-Retentivo / Anal Compulsivo	Ordenado, puntual
	Restrictivo	Anal-Agresivo / Anal Repulsivo	Cruel, Destructivo
Fálico	Indulgente	Fálico-Dominante	Vanidoso, dominante, ambicioso
	Restrictivo	Fálico Sumiso	Sumiso tímido

Kretschmer también desarrolla su taxonomía tipológica en el que explica que existe una estrecha relación entre la estructura corporal de cada hombre y su psiquismo, agrupando por su aspecto físico a los seres humanos en las cuatro clases siguientes (Anastasi, 1973):

- Los PICNICOS (de una palabra griega que significa compacto). Tiene piernas cortas y tronco en forma de barril, cuello ancho, hombros redondos, pies pequeños y manos cortas. Esta descripción corresponde al tipo de hombre que en lenguaje familiar se llama rechoncho. Son expansivos y sociales, prácticos y realistas.
- Los ATLETICOS, que presentan un desarrollo bien proporcionado del tronco y las extremidades, con huesos y músculos bien desarrollados, manos y pies grandes.
- Los ASTENICOS (de una palabra griega que significa sin fuerzas). Son altos y delgados, de pecho estrecho, piernas, brazos, manos y pies largos, lo mismo que la cara. También se les llama leptosomáticos, que quiere decir de formas delgadas, estrechas. Son reservados y solitarios, con frecuencia idealistas y se les

suele aplicar el calificativo de raros o excéntricos. Se les considera a menudo como personalidades impenetrables.

- Los DISPLASTICOS. Este grupo comprende a los que no entran en ninguna de las categorías anteriores y presentan anomalías en su desarrollo físico.

Por otro lado, la teoría de Sheldon tiene como fundamento la existencia de tres componentes corporales, definiendo los tipos por el relativo predominio de estos componentes. La base para esta clasificación es el mayor desarrollo de uno de los folículos embrionales: endodermo (folículo embrional interno); mesodermo (folículo embrional medio); ectodermo (folículo embrional externo) (Tyler, 1978):

- ENDOMORFO: Caracterizado por el predominio del desarrollo visceral; gordura; su estructura ósea y muscular está poco desarrollada y es débil. Corresponde al tipo pícnico de Kretschmer.
- MESOMORFO: Caracterizado por el predominio de las estructuras corporales: huesos, músculos y tejido conjuntivo lo que proporciona un aspecto físico fuerte y resistente; el tronco es largo y musculoso; el volumen del tórax es superior al del abdomen; la piel es gruesa.
- ECTOMORFO: Caracterizado por un organismo demacrado, de músculos pobres y huesos delicados; pecho aplastado; extremidades largas y delgadas. Corresponde al leptosoma.

Una tipología que ha alcanzado gran renombre es la de Jung, quien desarrolla la Teoría de los Tipos Psicológicos a partir del análisis de las teorías anteriores. En ella considera que un tipo de personalidad está constituido por dos elementos (Pueyo, 1996.):

- ACTITUD (Extraversión / Introversión).

Extravertido.- (llamado así porque vierte su energía vital hacia fuera, hacia el mundo exterior) y el extravertido es el hombre de acción, se lleva bien con la gente, tiene confianza en sí mismo, capea admirablemente las situaciones difíciles

que se le presentan en sociedad, donde se encuentra tan feliz como el pez en el agua. Es un hombre práctico, que gusta de las realidades concretas.

Introverso.- (llamado así porque se centra hacia el interior de sí mismo). El introvertido, por el contrario, tiende a replegarse en sí mismo. Es un hombre de abstracciones, reflexivo, meditativo. Huye de la compañía de los demás y busca ansiosamente la soledad. Es muy sensible, detesta la publicidad y el exhibicionismo. Su gran reserva le hace muy difícil de comprender, y por eso goza fama de hermético.

- FUNCIÓN PSICOLÓGICA PREDOMINANTE (pensar, sentir, intuir y emocionarse).

Jung comprendió perfectamente que no hay extraversión ni introversión puras: Se expresó a este respecto con toda claridad, pues todo individuo posee ambos mecanismos, el de la extraversión y el de la introversión, y sólo el predominio relativo de uno de ellos constituye el tipo (Pueyo, 1996).

En este punto, cabría señalar que sin desconocer la utilidad de las tipologías, ofrecen grandes limitaciones:

- Dan la impresión de que la humanidad se divide en dos, tres o cuatro clases, etc., según el número de tipos que cada tipología admita.
- Otro defecto de las tipologías es que nunca nos dan más que un aspecto o varios aspectos parciales de la personalidad.

El concepto personalidad se implanta en la psicología moderna definitivamente en la década de los treinta tal y como se utiliza hoy; y en 1934 aparece por primera vez este término en el Psychological Abstracts (Buss, 1989).

Sin embargo, debido a que no existe una definición de personalidad que haya obtenido un total acuerdo, diversos autores han planteado su propia definición y sus rasgos. A continuación se muestran algunas de ellas:

Se dice que la personalidad “es una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente” (D’Angelo, 1998).

También se ha descrito como “el patrón de pensamiento, sentimiento y comportamiento profundamente incorporado y que persiste por largos períodos de tiempo”. En esta idea se fundamenta el concepto de rasgo de personalidad, que es una forma consistente de comportarse, por lo que se diferencia de un estado, es decir, una situación acotada en el tiempo, que posee un desencadenante, un inicio y un final (D’Angelo, 1998).

Los rasgos pueden concebirse como agrupaciones de conductas específicas que se presentan habitualmente; en donde la correlación que se presenta entre los diferentes rasgos, hace posible su agrupación en entidades superiores que llamamos tipos o dimensiones (D’Angelo, 1998).

Dana (1966), menciona la divergencia que existe con respecto a las definiciones de la personalidad y la posibilidad de que cada investigador tome en cuenta (de acuerdo a sus supuestos, medición y validez aparente) su propio resultado en lo que se refiere a personalidad. De aquí la diversidad de teorías de la personalidad, las cuales intentan organizar todo lo relacionado con ésta.

La interacción social es un factor importante para la formación y modificación de la personalidad, por lo que deben considerarse las reacciones y la conducta según la variedad de roles desempeñados frente a distintas figuras significativas, por ejemplo, los padres, los hermanos o los amigos; además, hay dos supuestos con respecto a la personalidad: por un lado, algunos la consideran como relativamente fija y estable, y por otro lado, ésta puede ser cambiante dependiendo de las circunstancias y los diferentes contextos. La parte más interesante de estos supuestos es la importancia relativa que se dé a cada uno de ellos, ya que puede ser un determinante de nuestras acciones (Dana, 1966).

No hay un acuerdo que determine si la personalidad tiene una etiología predominantemente genética o ambiental, aunque ambos orígenes juegan un papel

importante. Dana (1966) menciona dos premisas: al momento del nacimiento, se pueden encontrar los elementos necesarios para formar la personalidad, y la maduración conducirá simplemente a un desarrollo de sus características; pero también se piensa que el individuo aprende a ser como es por medio de hechos concretos, de la interacción humana y de la experiencia vital, y de su comportamiento según sus modalidades que fueron exitosas o gratificantes en el pasado, es decir, una persona en desarrollo que puede cambiar de acuerdo con nuevas experiencias. Refiere que en la personalidad existen rasgos, los cuales están determinados por dos o más hábitos generalizados, organizados e interdependientes, que se repiten de un modo coherente y reconocible; que permiten indicar el *cómo* o el *porqué* de ciertas conductas. Los rasgos son instrumentos que dan continuidad a la experiencia y sentido al mundo externo en función de las características e intenciones particulares del individuo.

Los rasgos son los motivos, o necesidades, los motores básicos de la personalidad, que dirigen la conducta y son responsables de ella. Los diferentes tipos de rasgos ofrecen un método adecuado para realizar una clasificación de los motivos. No obstante, en realidad todos los rasgos tienden a formar un conglomerado.

Rappoport (1986) menciona a algunos autores que han proporcionado su definición de personalidad:

- Sarnoff define personalidad como los rasgos y disposiciones relativamente perdurables del individuo que, a lo largo del tiempo, se han consolidado hasta constituir un patrón que lo distingue de otros individuos.
- Baughman y Welsh llegan a la conclusión de que la personalidad es un concepto hipotético complejo; hipotético porque lo hemos construido a partir de las observaciones de la conducta; y es complejo, porque suponemos que está compuesto de unidades menores - rasgos o necesidades; o ello, yo y superyó -.
- Byrne menciona que la personalidad de un individuo es la combinación de todas las dimensiones relativamente perdurables de las diferencias individuales que sea posible medir en él.
- Para Gordon, la personalidad consiste en los contenidos y consecuencias específicos de la conducta y en los procesos que son responsables de estos contenidos y consecuencias.

- McClelland considera a la personalidad como una interpretación teórica que se deriva de toda la conducta de una persona.
- Y para Allport, la personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos.

En los niños, la personalidad tiene un potencial considerable para el crecimiento y el cambio, es decir, es muy flexible, pero en el adulto es rígido e inalterable (Connell, 1985).

La personalidad y su desarrollo están bajo la influencia de algunos determinantes, y el ambiente es considerado como el factor principal. Las condiciones culturales, raciales, socioeconómicas, educativas, sociales y de la salud podrían ser factores ambientales que desempeñen un papel crítico en el desarrollo de la personalidad (Richardson, 1990).

Los factores intrínsecos podrían ser instintos biológicos, tales como la homeostasis, el instinto sexual y de defensa, así como las diferencias temperamentales hereditarias (Richardson, 1990).

Hablando de la personalidad del adolescente, Rappoport (1986) menciona que éste se encuentra en constante lucha por independizarse del control de sus progenitores y lograr una imagen clara de sí mismo. Mucho de lo que el adolescente dice o hace y de lo que piensa de sí mismo involucra a las imágenes parentales.

La educación parental, la salud, los estados emocionales, la interacción social y otros factores, influyen el desarrollo de la personalidad. Existen diversas teorías que intentan abordar y explicar el desarrollo de la personalidad, las cuales exponen sus diversos puntos de vista. Por ejemplo, la teoría psicoanalítica que fue desarrollada por Freud, abordó del desarrollo de la personalidad desde un punto de vista sexual y se relacionó principalmente con el desarrollo emocional (Lidz, 1983).

Como se puede apreciar, en buena parte la personalidad está determinada por los genes, que nos proporcionan una gran variedad de predisposiciones. Pero el ambiente y las experiencias de la vida (padres, sociedad, amistades, cultura, etc.) se ocupan de moldear todas esas posibilidades en una dirección u otra. Por tanto, aunque podamos cambiar

nuestra forma de ser, lo hacemos en base a esas características de personalidad con las que hemos venido al mundo.

La teoría del aprendizaje es otra teoría del desarrollo de la personalidad que está relacionada principalmente con la infancia y sus antecedentes sociales y de la cual surgió la idea de que el comportamiento es modificado por la experiencia (Lidz, 1983).

La Teoría Psicoanalítica se enfatizó en la importancia de las transacciones interpersonales entre los padres y el niño y el desarrollo del niño en un sistema social (Lidz, 1983).

En este sentido, Erikson formuló ocho etapas de desarrollo psicosocial que se enfocaban a las tareas de desarrollo específicas de cada fase (Reyes, 2005):

1. *Confianza en oposición a Desconfianza (infancia).*
2. *Autonomía en oposición a Vergüenza y Duda (1 - 3 años).*
3. *Iniciativa en oposición a Sentido de Culpa (3 - 6 años).*
4. *Industriosidad en oposición a Sentido de Inferioridad (6 - 12 años).*
5. *Identidad en oposición a Confusión de Roles (adolescencia).*
6. *Intimidad en oposición a Aislamiento (adulthood temprana).*
7. *Generatividad en oposición a Estancamiento (adulthood media).*
8. *Plenitud en oposición a Desesperación (adulthood tardía).*

De lo anterior, se puede apreciar que la personalidad de cada individuo es única y diferente, y un aspecto muy importante de nuestra personalidad es la forma en que nos vemos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea. Dos personas pueden interpretar la realidad de forma distinta. Por esto, las personas reaccionan al mundo de acuerdo a su modo de percibirlo. La personalidad determina ese modo de ver el mundo y de vernos a nosotros mismos, pero, al mismo tiempo, la manera como nos percibimos en nuestra personalidad. Muchas veces recurrimos a los demás para definirnos, basándonos en la opinión que otros tienen de nosotros, es decir, nos describimos tomando a los demás como punto de referencia (Meneses, 1970).

La percepción de nosotros mismos y de los demás suele estar relacionada y a veces atribuimos a los demás rasgos de personalidad que nos pertenecen a nosotros, porque de ese modo nos resultan más fáciles de entender y porque en ocasiones los conocimientos que tenemos para explicar las causas de nuestra conducta son los únicos de los que disponemos. Cuando alguien cambia su autoconcepto cambia también el modo que tiene de ver a las demás personas (Dana, 1966).

2.2.- Autoconcepto

Desde hace mucho tiempo se ve manifiesta la inquietud de saber más con respecto a uno mismo, por ejemplo, Pitágoras señalaba que cada persona siente, actúa y experimenta el mundo de forma diferente y de acuerdo a sus propias cualidades, estructura mental e historia previa y estado de ánimo; asimismo, Sócrates incitaba a los demás a ocuparse del alma, la verdad y la razón, buscando con esto el conocerse a sí mismo, pues la inquietud del sí mismo representaba el momento del primer despertar, y a partir de esto, empezar a conocer (Foucault, 2002).

Mussen considera al autoconcepto como la forma en que cada persona se valora y evalúa a sí misma, menciona que es fundamental en la formación o estructuración de la personalidad. Influye en la percepción del mundo, la salud mental del individuo, las relaciones interpersonales y su adaptación al medio en general (Dana, 1966).

Bruno propone una definición más amplia, mencionando que es un conjunto de conceptos que se tienen acerca de uno mismo en términos de inteligencia, creatividad, intereses, aptitudes, rasgos conductuales y apariencia personal (Dana, 1966).

De acuerdo con Harter (1990), el autoconcepto se refiere a las percepciones que tiene el individuo sobre sí mismo; de forma similar, Kalish (1983) considera que el autoconcepto se puede definir como la imagen que cada sujeto tiene de su persona, reflejando sus experiencias y los modos en que estas experiencias se interpretan.

El autoconcepto se empieza a formar a muy temprana edad, tal vez en la etapa de los 18 meses a los tres años, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, esto ocurre cuando

empieza a emerger el “yo” consciente de la personalidad. Éste es un importante punto personal en la adolescencia y se asocia con la etapa psicosocial de identidad frente a la confusión de rol (Dana, 1966).

No cabe duda de que existe un componente cognoscitivo del autoconcepto que es la autoimagen, ya que el autoconcepto es en gran medida una estructura cognoscitiva que contiene imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos y deseamos manifestar a los demás, como afirman González y Tourón (1992).

El autoconcepto es típico de cada individuo y distinto a lo demás, refleja las experiencias y los modos en que éstas se interpretan, favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias experiencias influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y al equilibrio psíquico (González y Tourón, 1992).

Los niños comparan sus yo verdaderos con sus yo ideales y se juzgan a sí mismos en la medida en que son capaces de alcanzar los estándares y expectativas sociales que han tomado en cuenta para la formación del autoconcepto y que tan bien lo logran poner en práctica. Una imagen favorable de sí mismo puede ser la clave del éxito y de la felicidad durante la vida (Chamorro, 2002); basan la imagen que tienen de sí mismos en:

- *Significación*: el grado en que sienten que son amados y aceptados por aquellos que son importantes para ellos.
- *Competencia*: capacidad para desempeñar tareas que consideran importantes.
- *Virtud*: consecución de niveles morales y éticos.
- *Poder*: grado en que pueden influir en sus vidas y en la de los demás.

El desarrollo del autoconcepto se inicia desde los primeros meses de vida a través de la relación que tiene el bebé con su madre, por ende, es de vital importancia la aceptación total de los hijos, desde el punto de vista tanto físico como psicológico; la percepción que tenga el niño sobre alguna inconformidad o rechazo sean o no manifestados abiertamente, afectarán la autoestima y el autoconcepto, por lo que se devaluará y se sentirá inseguro y temeroso para enfrentarse al mundo (Chamorro, 2002).

La confianza estará establecida cuando el niño pueda enfrentar y resolver situaciones difíciles o nuevas, en las que utilizará sus recursos tanto internos como externos, sin la necesidad de que sus padres estén presentes, por lo que los padres son los encargados de fomentar sus cualidades y modificar sus defectos, pues esto también es parte de brindarle confianza a los hijos (Chamorro, 2002).

En el autoconcepto se reflejan variables personales, sociales, ambientales, intelectuales y afectivas. Algunas investigaciones señalan que los sujetos con alto autoconcepto se diferencian de aquellos con bajo autoconcepto en (Gispert,1982):

- Ajuste psicológico
- Autoestima
- Estabilidad emocional
- Seguridad
- Salud mental
- Pensamiento más flexible y con menos prejuicios
- Aceptación de sí mismo

2.2.1.- Formación del Autoconcepto

La imagen de sí mismo se va construyendo poco a poco, y los padres son los espejos en donde el niño se mira y se ve a sí mismo, es decir, los padres le devuelven al niño una imagen, y es esa imagen la que guiará al sujeto en el resto de su vida, formando el autoconcepto. Kolb (1983) menciona que el niño no solo desarrolla percepciones corporales que se modifican gradualmente y se extienden a lo largo del desarrollo, hasta llegar a coincidir con la estructura corporal real, sino también adopta hacia sí mismo las actitudes de otras personas hacia su cuerpo y sus partes. Tal vez desarrolle un concepto corporal satisfactorio o llegue a considerar su cuerpo y sus partes como desagradables, a través de lo cual refleja la interacción que ha establecido con las figuras paternas y, más tarde, con otras personas significativas.

Las percepciones corporales y sus conceptos se incluyen en el término *Imagen Corporal*, que es de uso común y designa la percepción que el yo tiene de ésta. El *yo corporal* incluye las percepciones, los conceptos y los afectos relacionados con éste. El concepto

que el niño se forma de su propio cuerpo constituirá una estructura nuclear en su personalidad posterior y, en gran parte, determinará su capacidad de adaptarse con éxito al estrés de enfermedades, traumatismos y cambios físicos (Kolb, 1983).

El autoconcepto comienza a desarrollarse en la infancia con la autoconciencia, que es la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y las propias acciones; alrededor de los 18 meses, los niños tienen su primer autorreconocimiento, el cual consiste en la habilidad para reconocerse frente al espejo. Ya en la primera infancia se da la autodefinición, en la cual el niño identifica las características que considera importantes para describirse a sí mismo; a los 3 años el niño se juzga en términos externos, es decir, por sus características físicas y ya a los 7 años se define basado en sus características psicológicas (Papalia y Wendkos, 1992).

Allport (1966), llama al sí mismo Proprium, indica que incluye todos los aspectos reunidos de la personalidad del individuo y que son exclusivamente suyos, Es así como se concibe al hombre como un ser autónomo; éste proprium cuenta con siete aspectos, los cuales incluyen sentimiento corporal, autoidentidad, exaltación del yo, extensión del yo, imagen del sí mismo, agente racional y esfuerzo orientado.

Según Markus, continuamente recibimos información sobre nosotros mismos. Sin embargo no prestamos la misma atención a todos los datos que tenemos a nuestra disposición. Las personas funcionan según los esquemas que filtran selectivamente la información referente a sí mismas. Estos esquemas son mecanismos selectivos de atención y procesamiento de la información. Son estructuras cognitivas internas que organizan la información relacionada con el self y tienen en consecuencia relación con la formación del autoconcepto (Aramburu y Guerra, 2001).

Miyamoto y Dornbusch citan que el autoconcepto se nutre de la percepción de personas significativas del entorno social, y en su investigación muestran correlaciones significativas entre las percepciones de los individuos y la forma en que los perciben los demás. La autopercepción de un individuo tiende a ser congruente con la forma en que le perciben los otros significativos (Aramburu y Guerra, 2001).

Según Woolfolk (1996) el autoconcepto se refiere a la percepción que tenemos de nosotros mismos y la autoestima es el valor que cada uno le damos a nuestras propias características, aptitudes y conductas. El desarrollo del autoconcepto en la primera infancia recibe la influencia de los padres y otros miembros de la familia, y conforme va creciendo, de los amigos, profesores y compañeros de escuela.

Entre los factores que intervienen en la formación del autoconcepto podemos encontrar la percepción que se tiene de uno mismo y de las respuestas de otros, lo cual guía nuestra conducta y nuestras características.

Los “aspectos del darse cuenta de sí mismo” se van desarrollando gradualmente durante la infancia a través de dos momentos (Allport,1966):

- a) Los *tres primeros años* de la vida en que se forma el sí mismo inicial y que abarca tres aspectos del darse cuenta de sí mismo:
 - Sentido del sí mismo corporal.
 - Sentido de una continua identidad de sí mismo.
 - Estimación del sí mismo.

- b) De *4 a 6 años* profundiza en las conquistas logradas y aparecen dos nuevos aspectos de sí mismo que se añaden a los anteriores:
 - Extensión del sí mismo.
 - Imagen del sí mismo.

Estos aspectos integrarán el *sí mismo* total durante los primeros 6 años de vida, formando progresivamente un esquema corporal diferenciado, por lo que en consecuencia, aparece entonces un autoconcepto concreto - adecuado o no - integrado e integrador de los diferentes aspectos y realidades infantiles y, sobre todo, teñido positiva o negativamente según las vivencias experimentadas; el sí mismo tiene menos posibilidades de modificarse en comparación con otras estructuras, además de que adquiere mayor fijación con el paso de los años y llega a representar los modelos sociales del medio

ambiente y también la imagen de la realidad adquirida a través de las sucesivas etapas de la infancia.

Cooley y Mead mencionan que el autoconcepto se produce en el curso de la interacción con el “prójimo significativo”, es decir, las personas que más significativamente han influido a lo largo de nuestra existencia (Oñate, 1989).

Los principales determinantes del autoconcepto son generalmente asimilados de los modelos tempranos y perdurables en las relaciones padres – hijos y que vienen a apuntalar la seguridad emocional del niño (Oñate, 1989).

Durante la adolescencia, el *sí mismo* es probablemente lo más importante del mundo, ya que surge un gran interés por la apariencia física y los sentimientos respecto de sí mismo; es por esto que la autoimagen domina la vida subjetiva del individuo, determinando en gran medida sus pensamientos, sentimientos y conducta. Pero esto no es estrictamente subjetivo, ya que se ve también reflejada la información tomada de su experiencia social (Oñate, 1989).

Valdés (1991) refiere que el autoconcepto surge de la interacción e influencia del sujeto con los miembros de su grupo y de acuerdo a los roles que juega en la vida diaria; propone que está formado por tres áreas :

- *Conductual*: Comportamientos observables para el propio sujeto y para con sus semejantes.
- *Afectiva*: Aspectos emocionales, sentimientos y percepciones en sí mismo.
- *Física*: Aspectos corporales que el sujeto percibe en sí mismo.

Los grupos sociales participan enormemente en el estilo de vida del niño y en la imagen propia que se va creando, esto es debido a que la familia pertenece a este grupo y difícilmente se puede desligar de ésta. El estilo de vida se da a través del conjunto de valores, creencias e ideales que de manera indirecta proporcionan la base para su autoconcepto.

En la medida en que se desarrolle un autoconcepto fuerte, duradero y positivo, los adolescentes desarrollarán habilidades sociales, físicas e intelectuales que les permitirán verse como individuos valiosos para la sociedad.

2.2.3.- Influencias Sociales y Autoconcepto

La presencia corporal que cada individuo aporta a las relaciones sociales, es un factor determinante de las mismas, que puede colaborar para alcanzar el éxito personal. La familia juega un papel decisivo en la elaboración de la imagen corporal por medio de la información que el hijo recibe respecto a ese aspecto (Gimeno, 1976).

Cada persona posee una imagen de su físico, que puede contrastar por sí misma o bien a través de comparaciones con los demás. Estas pueden ser mitos elaborados por motivaciones estéticas y comerciales que, por medio de la publicidad, se convierten en el arquetipo de belleza. La presencia física tiene una repercusión social inevitable que se proyecta en poseer determinadas cualidades físicas que varían entre las culturas (Gimeno, 1976).

Cuando el niño adquiere nuevas habilidades y formas de funcionar socialmente, se muestra ansioso de hacer cosas y tiene la oportunidad de aprender hábitos de dedicación. No obstante, si no logra adquirir las pautas comunes, y por lo tanto, no se mantiene al nivel de sus semejantes en la escuela y en el juego, se infiltra en él un sentimiento de inferioridad (Kolb, 1983).

Los juegos permiten al niño sentir el placer de dominar una tarea y a veces, el del prestigio que acompaña al éxito. A través del juego social, se le presenta la oportunidad de aprender a dominar su júbilo ante el triunfo y su rabia y frustración ante el fracaso. El juego de grupo permite el desarrollo gradual y la satisfacción, en compañía de otros al compartir los problemas. Asimismo, se presenta en esta etapa el aprendizaje de otras pautas de comportamiento en grupo, dando pie al desdén y ostracismo, por lo que si el joven sufre a consecuencia de las acciones de su grupo, es posible que sus respuestas profundicen las reacciones de la personalidad ya existentes ante las frustraciones del hogar (Kolb, 1983).

Además, en esta etapa es importante que haya una asociación estrecha satisfactoria entre el adolescente y alguien del mismo sexo con quien pueda identificarse; adquiere adiestramiento en lo que respecta a actitudes y costumbres de la sociedad, y a la vez se forman los ideales. Es en esta etapa cuando más se preocupa por su apariencia ante los otros y ante sí mismo, buscando su identidad personal (Kolb, 1983).

Bolívar (1997) menciona que anteriormente se creía que el temperamento y el carácter, integrantes principales de la imagen corporal, estaban determinados biológicamente y venían predicados por la información general. Cita que la imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como de la mujer, o cuando en su entorno familiar o social se burlan de cualquiera de sus características físicas, estatura, contextura, color, etc.

Aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, el ambiente donde el adolescente se mueve es un factor de mucha importancia, asimismo, cuenta la familia y los valores que se mueven a su alrededor (Bolívar, 1997).

Actualmente existe una imposición de ideales culturales relacionadas con las características propias de hombres y mujeres lo cual fomenta la preocupación del adolescente por su cuerpo, lo cual lo orilla a desear estar a la altura de las normas específicas de proporciones y crecimiento del cuerpo y poseer características aceptables para fomentar la confianza en sí mismo (Bolívar, 1997).

La apariencia es un punto vital para la vida social de los adolescentes, asimismo se relaciona fuertemente con su autoestima. La preadolescencia es una etapa de la vida en la que la aceptación del propio cuerpo resulta complicada, si bien no es sólo el autoconcepto físico el que se pone a prueba a partir de los 10 años sino también la aceptación, en general, de uno mismo. La satisfacción personal, y la autoestima, tiene inevitablemente que ver con el atractivo físico, particularmente en una sociedad como la nuestra (Aramburu y Guerra, 2001).

La alta valoración social del físico no ayuda precisamente a aceptar el propio cuerpo; y esto se traduce en problemáticas como la anorexia, los complejos de inferioridad, la inseguridad e insatisfacción personal, bien conocidas en contextos tanto clínicos como

educativos. Este tipo de problemática se presenta con mayor frecuencia durante la adolescencia, ya que en este período se experimenta la búsqueda de identidad, aceptación y reconocimiento por parte del grupo social; por lo anterior, es necesario contar con un panorama de esta etapa del desarrollo y así aumentar nuestra comprensión.

3.- ADOLESCENCIA

La palabra adolescente se deriva del verbo castellano "adolescer" y a su vez del verbo latino *adolescere* que según los diccionarios significa: "padecer alguna dolencia habitual; caer enfermo; tener o estar sujeto a vicios, pasiones o afectos, o tener malas cualidades, causar enfermedad o dolencia". Sin explicar porqué, estas definiciones aparecen en los diccionarios confusamente entre el significado anteriormente señalado y el de "crecer" (Valentíni, 2004).

Es exacto que exista en latín el verbo "doleo", emparentado probablemente con el griego "deleo" = herir, dañar y cuyo significado sería el de "doler, sentir dolor" y el incoativo "dolesco" = afligirse, apesadumbrarse. En latín la palabra *adolescencia*, proviene del verbo *adolesco*, que no deriva de ad y doleo, sino de ad y oleo y su incoativo *olesco*. Este verbo expresa la idea de "el crepitar de los fuegos sagrados; los que llevan y transmiten el fuego; el crecer, desarrollarse, desenvolverse la razón, el ardor" Además de esta temática etimológica es importante notar la implicación ideológica y pedagógica que esta sustracción tiene. Se desliza de un plus como es el significado que le daban los romanos ("el que porta el fuego de la vida nueva") hacia un minus ("el que adolece, el que carece, el que le falta, tiene defectos o sufre") Esta deriva no es casual en sociedades donde se apunta a generar minusvalías (la mujer, las minorías raciales, étnicas, la marginación adolescente, etc.) (Valentíni, 2004).

Pedagógicamente hablando se generan dos concepciones antagónicas de la educación: una centrada en la supuesta "carencia del adolescente", con el consecuente despliegue de estrategias tendientes a "llenar, cubrir, suplantar, etc.", este vacío y otra centrada en el concepto (apoyado en la etimología) de "potencial, de crecimiento, de desarrollo hacia, de capacidad para ser desarrollada, etc." de la cual derivaría toda una estrategia pedagógica que pone énfasis en que el adolescente "alcance logros adultos" y no en "esperar que se le pase la enfermedad de la adolescencia para entrar al mundo del adulto" (Valentíni, 2004).

Françoise Dolto lo ha expresado así : "La adolescencia es además un movimiento pleno de fuerza, de promesas de vida, de expansión. Esta fuerza es muy importante, es la energía de la mencionada transformación. Como los brotes que salen de la tierra, uno tiene necesidad de "salir". Tal vez por eso la palabra salir es tan importante. Salir es

abandonar el viejo cascarón que se ha tornado un poco asfixiante, es a la vez tener una relación amorosa. Es la palabra clave que traduce bien el gran movimiento que nos sacude" ("Palabras para adolescentes") Este también es el sentido profundo que las culturas Coya, Quechua y Aymará le dan al joven cuando recién nace: se entierra la placenta y se guarda el cordón umbilical en el fogón de la vivienda para pedirle a la Pacha y a los Achachilas, los antepasados que esta sangre nueva portadora de la sangre vieja permanezca manteniendo este fuego, esta cultura viva (Valentini, 2004).

Palma (1999) explica que "Si se concibe la adolescencia como crecimiento, se le verá como una etapa de posibilidades, búsquedas, crisis y oportunidad; pero si se la entiende desde las otras acepciones, quedará asociada a carencia, sufrimiento, deficiencia y peligrosidad." En el proceso de crecimiento que va de la infancia a la adultez, mujeres y varones experimentan transformaciones físicas, maduran intelectual y sentimentalmente, sienten el poderoso llamado del despertar de la sexualidad. Pero el proceso no es lineal ni coordinado.

La madurez biológica irrumpe con relativa rapidez, mientras que la madurez psíquica y social se va construyendo de manera más lenta. De allí la intensa ansiedad con que se vive esta etapa, además de la necesidad imperiosa de autoafirmarse. Y si hay un terreno de lo humano donde se pone en juego la autovaloración es en éste. Por eso, es fundamental que los adolescentes lleguen a este momento sin presiones y seguros de lo que quieren. Es decir, respetar los tiempos propios y los del otro, de modo que la experiencia no sea traumática para ninguna de las partes (Palma, 1999).

Esta etapa de la vida se extiende desde la niñez hasta la edad adulta, comienza a producirse la madurez sexual hasta que se alcanza la condición social de adulto e independiente. Su comienzo coincide con la pubertad, caracterizada por los cambios biológicos marcados por la maduración sexual. (Gispert, 1982).

Rowland (1989) enumera las principales tareas del desarrollo de la adolescencia: conseguir una identidad estable (autoimagen), adaptarse a un rol sexual y adentrarse en relaciones maduras con sus pares de ambos sexos, independizarse de la unidad familiar nuclear y comenzar a prepararse para el futuro a menudo eligiendo una opción de carrera vocacional. Si las tareas del desarrollo son completadas exitosamente, el adolescente superará este período contando con una autoestima adecuada, una imagen corporal

aceptable, una identidad establecida, una identidad sexual, independencia emocional y en ocasiones inicia su búsqueda de independencia económica con una visión realista orientada a objetivos futuros.

Delval (1994) señala que la adolescencia constituye una de las etapas más importantes en el desarrollo de todo ser humano, desde el punto de vista físico se observa una gran aceleración del crecimiento y cambios en la forma del cuerpo; desde el punto de vista psicológico, surge una manera diferente de abordar los problemas y de entender la realidad y la vida, que va unida a capacidades intelectuales superiores y a un gusto por lo abstracto y por el pensamiento; y desde el punto de vista social, el establecimiento de unas relaciones distintas con el grupo de los coetáneos y con los adultos, y la búsqueda de un lugar propio en la sociedad.

Los cambios físicos que se producen en la pubertad son muy importantes, porque hacen posible la participación de las muchachas y muchachos en las actividades adultas, y porque al ser tan rápidos e inesperados para los que los experimentan les obligan a ajustes consérvaes que el medio social puede hacer más fáciles o difíciles. La adolescencia es un periodo más o menos largo que presenta variaciones en los diferentes medios sociales; es un fenómeno psicológico que se ve determinado por la pubertad, pero no se reduce a ella (Delval, 1994).

El estudio de esta etapa del desarrollo es relativamente reciente, pues a finales del siglo XIX se empieza a estudiar de forma sistémica, pero no es hasta el siglo XX que la investigación es impulsada por Bühler en 1922, utilizando como material los diarios de adolescentes. Un precursor de éstos estudios fue Hall, quien menciona que la adolescencia es una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que la juventud se encuentra dividida entre tendencias opuestas; además supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados (Delval, 1994).

Por el contrario, Mead en 1928 publicó un estudio sobre la adolescencia en Samoa, en el que intentó mostrar que esta etapa no tiene porque ser un período tormentoso y de tensiones, sino eso se debe a que los jóvenes se tienen que enfrentar con un medio social que se les presenta lleno de limitaciones y los adultos no les proporcionan los

instrumentos adecuados para ello; esto nos llevaría a pensar que los conflictos son un producto social y no una característica habitual del desarrollo humano (Delval, 1994).

Aparentemente, las concepciones de adolescencia se pueden ver como contradictorias o incompatibles, pero podemos encontrar algunos rasgos comunes en todas ellas, pues con el comienzo de la capacidad de reproducción y, junto con ello, se inicia la inserción en el grupo de los adultos en su mundo. El adolescente tiene que realizar algunos ajustes más o menos grandes según las características de la soledad o las facilidades o dificultades que proporciona para esa integración. De ello dependerá el que ese tránsito sea más o menos difícil y se realice de una forma traumática o son muchas dificultades.

Desde el punto de vista cognoscitivo, el adolescente adquiere nuevas dimensiones, como la posibilidad de tener pensamientos abstractos, comprensión y cuestionamiento del mundo que lo rodea, autoobservación y autoreflexión más profundas, cambios en el juicio de valores y búsqueda de las convicciones propias, cuestionamiento sobre aspectos filosóficos (Martínez, 2004).

Jean Piaget estudió y describió el desarrollo cognoscitivo, y postula que es hasta la adolescencia y sólo entonces cuando el niño es capaz de realizar lo que él llama *operaciones formales*, que corresponden a la plena función cognoscitiva del juicio, abstracción, comprensión, pensamiento inductivo y deductivo; pero sólo pudo describirlas, sin poder explicar cómo se da esta maduración y por qué es hasta esa edad cuando el ser humano empieza a pensar formalmente (Martínez, 2004).

Hasta ahora la evidencia de los procesos intelectuales se centraban y justificaban por los cambios hormonales, la producción de estrógenos y testosterona que determinan la maduración de los órganos genitales, desarrollo y diferenciación de las características propias de cada sexo, inestabilidad emocional, entre otros, y con esto se explicaban los cambios psicológicos, filosóficos y cognoscitivos, que se operan en el niño al llegar a la pubertad (Martínez, 2004).

3.1.- Cambios físicos

Al llegar a la adolescencia se produce una importante aceleración del crecimiento en talla y peso, que se había ido realizando después del nacimiento. Estos cambios son producidos por las hormonas, algunas de las cuales aparecen por primera vez, mientras

que otras simplemente se producen en cantidades mucho mayores que anteriormente, de tal forma que repercuten en la estatura, peso, musculatura y silueta corporal.

Ponce (1990) menciona que el adolescente suele ser torpe y tímido, debido a que sus músculos y articulaciones, las cuales eran dóciles y manejables a voluntad, ahora se muestran indisciplinadas, presentan gestos bruscos, una disminución en el control y el cálculo de sus movimientos; esto se debe a las modificaciones en la longitud y volumen que los huesos van adquiriendo, a las transformaciones de las masas musculares, al ensanchamiento de la pelvis o el tórax y al crecimiento de las neuronas.

Al tomar conciencia de su propio cuerpo, el adolescente puede originar dos formas esenciales de reacción que a menudo coexistían o alternaban y son: una simpatía por la persona física o un turbador sentimiento de extrañeza. Agrado, desagrado y expectativa serían en esta etapa, las actividades afectivas más elementales con las cuales puede reaccionar a un excitante de afuera o a un estímulo del propio organismo (Ponce, 1990).

La revolución fisiológica que ocurre en la adolescencia, intensifica la preocupación ya observada en el período anterior con respecto al cuerpo. En contraste con la necesidad de compararse con el grupo de edad anterior, hay un cambio en el enfoque de como ajustarse a una afirmación de igualdad, la cual es de gran importancia en la adolescencia. La maduración muy rápida, el desarrollo acelerado o retrasado con relación a sus pares, puede orillarlos presentar problemas de comportamiento (Rowland, 1989).

Money y Clopper (1974) evaluaron los efectos de la pubertad en el ajuste psicológico y demostraron que los muchachos que maduran tempranamente tienden a mostrar menos problemas de comportamiento, suelen ser más seguros de sí mismos, destacan en los deportes, son mejor aceptados por sus pares, y a menudo son aun mejores estudiantes que los que maduran tardíamente. En contraste, las muchachas que maduran tarde parecen tener una adolescencia más fácil y acoplarse mejor con sus pares.

Los cambios físicos propios de la adolescencia siguen un orden secuencial que no es idéntico para cada sexo (Gispert, 1982):

Varones	Hembras
Comienzo del desarrollo genital	Comienzo del desarrollo mamario
Espermatogénesis y vello pubiano	Primer vello pubiano
Máximo crecimiento	Máximo crecimiento
Órganos Genitales Adultos	Menstruación
Vello Pubiano Adulto	Senos Adultos

Taner en 1970, describe que el primer signo de pubertad en el varón es generalmente una aceleración en el crecimiento de los testículos y el escroto, con enrojecimiento y arrugamiento de la piel. Inicia el crecimiento del vello púbico y posteriormente surge un estirón en la estatura y un crecimiento acelerado del pene (Delval, 1994).

En las chicas, los primeros signos son el crecimiento de los pechos y la aparición del vello púbico, desarrollándose al mismo tiempo el útero y la vagina. Aparece el primer período menstrual (menarquía), iniciándose la madurez uterina, sin alcanzar una función reproductiva completa, pues atraviesan por un período de esterilidad que dura entre un año y año y medio después de la menarquía; Asimismo Tañer señala que las chicas crecen alrededor de seis centímetros más después de la primera menstruación (Delval, 1994).

Aunque el orden de sucesión del desarrollo de los distintos aspectos se produce en todos los individuos de la misma manera, o de forma muy semejante, sin embargo existen entre sujetos en cuanto a la edad de comienzo y terminación.

Las diferencias de tamaño y formas del cuerpo están determinadas por factores genéticos y ambientales, aunque la forma está más controlada por factores hereditarios que el tamaño, el cual depende mucho de la alimentación, el ejercicio y otros factores externos (Gispert, 1982).

3.2.- Cambios emocionales y psicológicos del adolescente

El desarrollo mental, emocional y de comportamiento están influenciados por la sociedad, la cultura y el momento histórico que vive cada persona. Cuando se habla de cambios psicológicos en la adolescencia no se pueden establecer reglas generales puesto que es muy diferente la forma de pensar, de ver el mundo y las relaciones sociales de cada persona.

Las realidades del adolescente son muy diversas, sus características, necesidades, gustos y deseos no se pueden generalizar. No obstante, en la adolescencia hay situaciones que pueden ser comunes entre muchos jóvenes como la búsqueda de autonomía, mayor interés por la imagen corporal, el mejoramiento de habilidades para tomar decisiones con lo cual pueden surgir actitudes más críticas frente a las reglas y normas sociales y de familia.

Ponce (1990) menciona que el adolescente tiende a presentar angustia, pues de tener una vida serena y sin amenazas, teniendo para todo respuestas seguras y automáticas, posteriormente descubre que sus automatismos van resultando insuficientes orillándolo a sentir que su personalidad se desmorona. Aunado a esto se presenta la turbación y el asombro del sexo; el comienzo de la función reproductora lleva consigo una buena cantidad de enigmas y tentaciones que provocan en el adolescente el sentir que el alma se le empaña.

El adolescente tiende a tener un carácter tornadizo, propenso lo mismo a la alegría que a la pena, capaz de pasar rápidamente de la confianza más completa al pesimismo más negro. Se halla predispuesto a tristezas y alegrías inmotivadas por una verdadera fatalidad de su propio organismo (Ponce, 1990).

Con una personalidad aún no constituida del todo, al adolescente le preocupa de alguna u otra forma la soledad, pues es la etapa en que piensa que más que nadie él necesita el apoyo, buscando a quien contarle sus congojas. La incompreensión de su medio lo enseña a contemplarse como un ser aparte, extraño, inadaptable; para cada reproche, cada castigo, cada fracaso, aumentó la distancia que lo separaba de los otros, mostrando irritación y rencor contra la sociedad que lo destierra de su seno. Suele tener recelo de sí mismo, no tener fe en sus fuerzas, desconfiar de sus recursos, y en ocasiones es posible

que se sienta fracasado. Se le ha llegado a comparar en ocasiones con el ciclotímico debido a su característica inestabilidad de humor (Ponce, 1990).

Por otro lado, se preocupa por lograr elevarse sobre los demás, actuar sobre los otros, imponer a toda costa la admiración de su gloria con todos los ojos dirigiéndose a él y las bocas repitiendo su nombre. Con tal de sentirse superior o importante, la calidad moral o estética de lo que realiza para nada le preocupa; llega a rebasar las barreras de moral y afecto que en ocasiones paralizan a los adultos, pues el afán de poderío lo orilla a ser salvaje y fuerte, quiere vivir su vida sin saber en realidad en que consiste (Ponce, 1990).

Lo que el adolescente busca en la gloria y la ambición es calmar el tormento de su angustia, vencer de alguna manera la duda de sí mismo. Todas sus preocupaciones de timidez y ansiedad se compensan por momentos con el sueño de gloria; pero la inquietud no le da descanso y lo conduce de sueño a su tormento. Esta necesidad de autoafirmarse y el sentimiento obscuro de su insuficiencia y el conflicto entre la aspiración a superarse y el temor a no encontrar en sí mismo las fuerzas adecuadas para lograrlo, imprimen a la conducta del adolescente un carácter rebelde, desasegado y turbulento (Ponce, 1990).

El ambiente familiar de su mundo infantil ahora le parece estrecho, provocándole cambios que llegan a asombrar a los que le rodean; por un lado, siente vivir una vida cruel con rutinas, rencillas, rencores y decepciones, por otro lado, experimenta crecimiento, desea poder y anhela sueños. En lugar de continuar respetando las reglas impuestas por el adulto, ahora trata de dictar su propia moral, la cual esta sólo a su servicio, buscando sentirse soberano y no subordinado. En ocasiones sus reacciones no tienen otro origen que la necesidad de descargar su cólera o rencor con quien no le ocasionaron esto; aunado a que se siente incomprendido y no sabe que hacer con su cuerpo ni con su alma, sufriendo que no le respeten el duro trance por el que atraviesa (Ponce, 1990).

El adolescente necesita de los otros, pero en vez de buscar apoyo de los adultos que lo ayudaron en su infancia, por la incomprensión de éstos, la cual le hiere y ofende, se propone buscar otros apoyos, descubrirlos por sí mismo y transformarlos si es necesario a la medida de sus necesidades, deseos e ideales. Aspira reconstruir un ambiente social sobre la base de otros adolescentes como él, con necesidades idénticas a las suyas y que rechace al mismo tiempo la cooperación del adulto quien para él es un extraño (Ponce, 1990).

3.3.- Relación social del adolescente

Menciona Delval (1994) que durante la adolescencia los jóvenes son especialmente susceptibles y se sienten como centro de las miradas de los demás en una manifestación de egocentrismo de carácter social. Intentar conformarse al grupo y adaptarse a los estándares de los coetáneos es una de las tendencias más acusadas en los adolescentes y, por ello, un crecimiento demasiado rápido, o sobre todo un crecimiento que tarde mucho en empezar, pueden verse como divergentes respecto a la media o producir gran preocupación el adolescente. Un desarrollo retrasado en el chico puede suponer también menos fuerza y menos rapidez en relación a sus compañeros, y peor participación en actividades grupales, así como sentirse niño todavía mientras los compañeros se sienten adultos.

Aproximadamente a los 10 años, el preadolescente empieza a pertenecer a pequeñas pandillas con la finalidad de jugar o hacer travesuras; a medida que se desarrolla se enfrenta a otras inquietudes e ideales, suele, en ocasiones, visualizar a la sociedad como con crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga de los padres, llega a desconocer la autoridad o cualquier liderato y entra en el período donde no pertenece a una pandilla, pero tampoco forma parte de un grupo puberal (Bolívar, 1997).

El adolescente busca la comprensión fuera de casa, en los compañeros y amigos hasta encontrar a su confidente, pues la mayoría de las amistades en la adolescencia son pasajeras debido a que se relacionan a otros por ser semejantes, pero a medida que pasa el tiempo, sus intereses van cambiando. En esta etapa también pasa un transferencia imitativa de la personalidad, la cual surge por la búsqueda de amigos y encuentra un modelo que considere superior (Bolívar, 1997).

Ponce (1990) refiere que las primeras amistades entre los adolescentes de igual sexo, presentan caracteres bien extraños, pues comienzan súbitamente, hay un entusiasmo intenso y en ocasiones celos, lágrimas, reproches y quejas. Cada uno le atribuye al otro las gracias más completas o las virtudes más nobles; sueña desempeñar a lado suyo un papel heroico y es tanta la necesidad de idealizar la realidad que cuando la amistad termina cada uno mira al otro con asombro.

“Al llegar a la adolescencia, el joven se encuentra con una sociedad que no está preparada para recibirlo y con unas leyes preestablecidas que suponen la sumisión a una autoridad. Por ello muchos adolescentes viven las normas sociales como cercenadoras de su aspiración a la libertad y rechazan un estilo de vida elaborado en base a dichas normas” (Gispert, 1982).

Erikson (1968) ve la necesidad de que el adolescente tenga fuertes conexiones con sus amigos, surge el sentimiento de estar en grupo, el de pertenencia a éste. ¿Quién soy? y ¿Qué tan diferente soy?, son preguntas que constantemente el adolescente se hace. Contestarlas, depende mucho de la retroalimentación que le proporciona su grupo de amigos. Ya que puede surgir una intolerancia a las diferencias entre compañeros, ya sean físicas o de personalidad.

Partiendo de la respuesta a la pregunta ¿Quién soy?, ¿Qué tan diferente soy? y ¿Quién seré?, el adolescente debe además aceptar su sexualidad, establecer una orientación al futuro y desarrollar un compromiso para un sistema de valores. Así, es probable que su tarea principal sea la búsqueda de intereses profesionales y el cumplimiento de metas a lo largo de su vida (Erikson, 1968).

Desde el punto de vista del modelo psicoanalítico, la llegada de la pubertad da inicio al período genital y se ubica la etapa de la diferenciación psicosexual a través del noviazgo y el compañerismo. La aceptación de la sexualidad y la apropiada canalización de las experiencias de impulsos sexuales son una tarea principal de la adaptación. La experiencia sexual, el enamorarse y la búsqueda de intereses románticos marcan este período (Rowland, 1989).

Bolívar (1997) menciona que el interés social del adolescente es de carácter únicamente grupal; al no ser esencialmente alegre, busca placeres como bailar, pasear, ir al cine y realizar actividades que lo mantengan alegre, pero al volver a la soledad, la tónica dominante no es precisamente la alegría.

La cultura establece normas sociales dependiendo del sexo, rol, situación, clase social, etc.; estas normas llegan a interiorizarse formando parte de la personalidad individual. Tanto la sociedad como los padres de familia no están preparados para recibir a los

adolescentes, imponiéndoles normas y leyes que no se diferencian de las de los niños (Bolívar, 1997).

La aceptación de las normas establecidas difiere según el medio socio-cultural y económico de los adolescentes. No obstante, y en general, puede decirse que el adolescente vive un cierto clima de rechazo, al no concedérsele las oportunidades que busca en su aspiración de autonomía; en consecuencia, reacciona violentamente contra el espíritu público y las leyes, a los que ve como imagen directa de las actitudes paternas. Por ese motivo, el adolescente suele vivir las normas sociales no como enriquecedoras, sino como castradoras, ya que le obstruyen el camino para convertirse en adulto (Bolívar, 1997).

Papalia (1998) menciona que el adolescente busca su identidad a través del grupo de compañeros. Pero atraviesan por una tensión constante entre su necesidad de alejarse de sus padres y su dependencia de ellos. Los padres del adolescente también atraviesan por sentimientos encontrados, pues por un lado desean que su hijo sea independiente y por otro, desean conservarlos dependientes, pues encuentran difícil la partida, dando a su hijo mensajes dobles diciendo algo y actuando de forma contraria.

El adolescente encuentra apoyo para la completa transición mediante la creciente relación que establecen con sus compañeros. En cierto modo se siente tranquilo al ver que sus amigos experimentan una situación muy similar; y con ellos se pueden entender y simpatizar al estar en la misma posición; pueden expresar sus ideas sin temor a sentirse fuera de sitio. El grupo de compañeros es una fuente de afecto, simpatía e independencia de los padres, además dentro de éste se establecen relaciones cercanas con otras personas y que sirve como base para la intimidad en la edad adulta (Gecas y Seff, 1990; Coleman, 1980; Newman, 1982; cit. Papalia 1998).

Berndt y Perry (1990) mencionan que la intensidad de la amistad es mayor en la adolescencia que en cualquier otra época del ciclo de vida, son más críticos con respecto a la lealtad hacia una amistad, compiten menos y comparten más con los amigos que en la infancia. Estos cambios son originados por el desarrollo cognoscitivo, por lo que pueden expresar mejor sus pensamientos y sentimientos y compartirlos; consideran mejor el punto de vista de otra persona, permitiéndoles entender mejor los pensamientos y sentimientos de sus amigos (Papalia 1998).

Los adolescentes que tienen amigos cercanos poseen una autoestima elevada, se consideran competentes y suelen tener buenos resultados en sus estudios. En quienes las amistades son altamente conflictivas, los resultados son más bajos en todas estas medidas (Papalia 1998).

Kolb (1983) menciona que en la cultura occidental, entre los 6 y 12 años el niño establece contacto social con personas fuera de la familia que le permiten oportunidades para nuevas identificaciones y distinciones que aquietan, modifican o intensifican las pautas de reacción y de conducta que se establecieron en la familia, y también proporciona habilidades y nuevas formas de funcionar en la sociedad.

Aunque los jóvenes procuran ser más independientes y autónomos día tras día, son capaces sin embargo de someterse voluntariamente a los dictados del grupo de compañeros o amigos (Bolívar, 1997). Es importante mencionar que el ser humano puede ajustarse a su ambiente cambiante sólo si se conoce a sí mismo, si sabe cuáles son sus deseos, impulsos, motivos y necesidades. Tiene que volverse más prudente, juicioso y autónomo, es decir, más maduro.

Finalmente, el adolescente también debe establecer la independencia de sus padres y su familia. si esta separación se completara al final de éste período o se mudan para comenzar una vida propia, ya sea por continuación de estudios o por crecer laboralmente, se liberan de los límites fijados previamente y mejoraría su intimidad y su independencia (Rowland, 1989).

Muchas de las preocupaciones en la adolescencia se centran en los cambios físicos que se obtuvieron y en los que vendrán, suelen surgir fantasías sobre malformaciones, defectos o desproporciones y cualquier mínima diferencia, real o imaginaria, con las normas supuestamente normales los lleva a angustiarse.

Por lo anterior, es importante revisar brevemente como se afecta el adolescente al enfrentarse a una enfermedad como el cáncer.

4.- ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CON CÁNCER

La presencia de cáncer es un evento devastador debido a que comúnmente se asocia con muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y aislamiento social. Almanza (2001), menciona que un paciente con cáncer experimenta negación y resistencia a creer la noticia, que es acompañado por lo que él llama “anestesia emocional” seguida de un período de confusión, agitación emocional y disforia. Posteriormente experimenta síntomas como por ejemplo: ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito. La adaptación se logrará a largo plazo, pues son diferentes las maneras de afrontar el cáncer así como las reacciones de adaptabilidad.

Kaplan y Sadock (1999) citan que entre los trastornos mentales que un paciente neoplásico puede experimentar se encuentra el trastorno adaptativo, trastorno depresivo mayor y el delirium; se cree que la mayoría de los trastornos se producen como reacción al conocer el diagnóstico.

Marguerite, Lederberg y Holland (Woodruff, 1998) proponen evaluar las siguientes áreas en el paciente oncológico:

- Área psiquiátrica
 - Antecedentes
 - Estado mental actual
 - Comprensión de la enfermedad
 - Significado de la enfermedad
- Área Médica
 - Cáncer
 - Tratamiento para el cáncer
 - Patologías médicas y tratamientos asociados
- Ambiental
 - Relaciones con la familia
 - Relaciones con el equipo médico
 - Otros apoyos sociales
 - Aspectos económicos

Por otro lado, Buckman menciona que lo importante no es clasificar las reacciones del enfermo como normales o anormales, sino como de adaptación o inadaptación, es decir, si dichas reacciones le ayudarán al enfermo a resolver sus problemas o, por el contrario, agravarán la situación, y enumera las siguientes reacciones (Gómez ,1996):

Reacciones del enfermo ante el Dx. De Cáncer (Woodruff, 1998).

ADAPTACIÓN	INADAPTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Humor</i> ▪ <i>Negación</i> ▪ <i>Cólera difusa</i> ▪ <i>Cólera contra la enfermedad</i> ▪ <i>Llanto</i> ▪ <i>Miedo</i> ▪ <i>Realización de una ambición</i> ▪ <i>Esperanza realista</i> ▪ <i>Regateo</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Culpabilidad</i> ▪ <i>Negación patológica</i> ▪ <i>Rabia prolongada</i> ▪ <i>Cólera contra las personas</i> ▪ <i>Crisis de llanto violentas</i> ▪ <i>Angustia</i> ▪ <i>Peticiones imposibles</i> ▪ <i>Esperanza quimérica</i> ▪ <i>Desesperación</i> ▪ <i>Manipulación</i>

Otro de los síntomas más comunes en este tipo de pacientes y que se ha considerado el más temido, es el dolor, pues si no se trata de una manera adecuada, se orilla al paciente a experimentar un sufrimiento innecesario. El sufrimiento de un paciente puede deberse a uno o más factores (dolor, otros síntomas físicos, problemas psicológicos, dificultades sociales, factores culturales y preocupaciones espirituales). A la suma de estos factores puede llamarse sufrimiento total (Woodruff, 1998).

El dolor puede ocasionar o agravar problemas relacionados con otras causas de sufrimiento y es necesario primero controlarlo para tratar de manera satisfactoria los demás problemas. Su manejo exitoso requiere de una evaluación de todos los aspectos del sufrimiento del paciente y el tratamiento debe ser parte de un plan coordinado de cuidado total (Woodruff, 1998).

La International Association for the Study of Pain ha definido al dolor como: Una experiencia sensorial y emocional no placentera relacionada con daño potencial o real del tejido, o descrita en términos de tal daño. El dolor siempre es subjetivo y puede clasificarse en (Woodruff, 1998):

Clasificación del dolor experimentado por los pacientes con cáncer (Woodruff, 1998).

TEMPORAL	PATOFISIOLÓGICA	ETIOLÓGICA
Agudo	Nociceptivo	Debido al cáncer
Crónico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Somático ▪ Visceral 	Debido a la terapia
	Neuropático	Debido a una enfermedad general, pero no al cáncer
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Central ▪ Periférico ▪ Simpático 	
	Psicógeno	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidental 		

Otros síntomas aunados al dolor a los que se enfrenta el paciente pueden ser: fatiga, tos, vómito frecuente, hipo prolongado, diarrea, incontinencia o hemorragia. Existen otros factores modificadores relacionados con el dolor que sí se manejan de forma adecuada, podrían ayudar al tratamiento del dolor futuro, entre ellos tenemos (Woodruff, 1998):

Problemas que enfrenta el paciente con Dx de cáncer (Woodruff, 1998).

PROBLEMAS SOCIALES	
Problemas Sociales Personales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentimiento de abandono ▪ Hastío, aislamiento mental ▪ Falta o insuficiencia de disposición de los responsables del cuidado. ▪ Falta de apoyo social; aislamiento social ▪ Asuntos no resueltos ▪ Situaciones financieras y legales 	Problemas con Relaciones Interpersonales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Debido a la reacción del paciente ante la enfermedad (Ansiedad, depresión, enojo, temor, culpa, aflicción anticipada) ▪ Debido a la reacción de terceras personas ante la enfermedad (Ansiedad, depresión, enojo, temor, culpa, aflicción anticipada, agotamiento)
Problemas Familiares <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mala adaptación de la familia ▪ Disposición del cuidado futuro para los dependientes 	Problemas relacionados con el autocuidado <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidad de asistencia física ▪ Necesidad de ayuda para la vida diaria

Problemas que enfrenta el paciente con Dx de cáncer (Woodruff, 1998).

<u>PROBLEMAS CULTURALES</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitud ante la enfermedad ▪ Dolor ▪ Muerte ▪ Comprensión del lenguaje médico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceptación de la enfermedad ▪ Discusión abierta del diagnóstico y pronóstico ▪ Barreras del lenguaje ▪ Nivel académico
<u>PROBLEMAS ESPIRITUALES</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Significado y valor de la vida ▪ Remordimiento por asuntos pasados ▪ Culpa por asuntos pasados ▪ Sentimientos de enojo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentimientos de injusticia ▪ Dudas acerca del sufrimiento ▪ Misterios de la muerte ▪ Dudas espirituales no resueltas

Y los factores que en la mayoría de las veces son ignorados pero tan importantes como los anteriores, son los psicológicos, pues éstos son los que con mayor frecuencia agravan la percepción del dolor. Las posibles causas del sufrimiento psicológico en éstos pacientes se describe a menudo en términos de ansiedad y depresión; pero en la práctica se pueden manifestar una gran variedad de reacciones psicológicas y síntomas físicos que en conjunto, representan el fondo del sufrimiento psicológico. Este tipo de reacciones incluyen: enojo, temor, desesperación, negación, culpa, angustia, tristeza, apatía, desamparo, aflicción, miseria, remordimiento, abandono, pasividad, compensación inapropiada, falta de cooperación y retraimiento (Woodruff, 1998).

Otro estresor muy común al que se enfrenta un paciente con cáncer es la hospitalización, ya que tanto la familia como el paciente deben adaptarse a las reglas de la institución y afrontar el cambio de vida a que los obliga la enfermedad y el tratamiento:

Rodríguez –Marín, López-Roig y Pastor (1989)

LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS PUEDEN PROVOCAR:	
Estrés Cultural	Debido a que las cosas no siempre concuerdan con lo valores culturales del enfermo
Estrés Estructural	Ya que le atribuye al enfermo un rol con límites muy claros y rígidamente definidos
Estrés Social	Los interlocutores más habituales suele ser personas enfermas
Estrés Psicológico	Procede del conjunto de representaciones, creencias, actitudes, etc., con que cuente el sujeto
Estrés Físico	Puede deberse a diseño arquitectónico, entorno físico del hospital, ruidos, olores, etc.

Asimismo, la hospitalización puede llevar al paciente a sufrir una amplia gama de situaciones en ocasiones preocupantes, entre ellas encontramos (Woodruff, 1998):

- Extrañamiento al estar en un ambiente desconocido.
- Ignorancia respecto al medio, a los patrones de conducta por adoptar y su propia situación personal.
- Necesidad de un cambio de hábitos comportamentales para afrontar exitosamente ésta situación.
- Pérdida de Intimidad y privacidad.
- Pérdida de control con respecto a sus actividades cotidianas y de independencia.
- Devaluación de la persona al convertirse en paciente en un caso clínico concreto.
- Cambio en el rol habitual del enfermo.
- Separación brusca del marco social habitual.
- Pérdida parcial del apoyo social

No todo paciente reacciona desadaptativamente ante la hospitalización, ya que en ocasiones el paciente suele ser participativo durante su tratamiento; esto depende de las características de personalidad del paciente y de las herramientas con que cuente la institución para adaptarse a éste y proporcionarle la información para que sienta que tiene aún control sobre esta situación (Woodruff, 1998).

4.1.- El adolescente con cáncer

El pensamiento más complejo en la etapa de la adolescencia se refleja en nociones más sofisticadas con respecto a la salud. A diferencia de los niños más pequeños que tienden a ver solamente la enfermedad o la salud, es decir, sin puntos intermedios; los adolescentes sí pueden estar un poco enfermos y entienden que la mayor parte de la enfermedad y el tratamiento tienen un punto final. Sin embargo, la comprensión de curación puede ir y venir durante este período del desarrollo y, a menudo, ésta se relaciona con lo estresado que se encuentre el adolescente. En el modelo de Bibace y Walsh (1980), se piensa que los conceptos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad tienen que ver con el pensamiento operacional formal.

Rowland (1989) menciona que en la etapa psicofisiológica del desarrollo, el niño considera la enfermedad en términos de procesos fisiológicos internos. Sin embargo, se

reconoce adicionalmente que los pensamientos y sentimientos pueden afectar la manera en que funciona el cuerpo. En la adolescencia, hay mayor conciencia de la importancia de las propias acciones sobre la salud, pero no necesariamente la acción apropiada. Esto tiene implicaciones conforme a las recomendaciones médicas, así como el mantener prácticas saludables.

La egocentricidad del pensamiento típico del adolescente, puede conducirlo a un sentimiento de invulnerabilidad. Como consecuencia, el adolescente se puede impresionar o negarse a aceptar que padece una enfermedad grave cuando ésta ocurre, reaccionando como si tal circunstancia no pudiera pasarle a él. Además, se ha visto un patrón similar en la apreciación del adolescente con respecto a la muerte; mientras los adolescentes entienden su naturaleza universal e irrevocable, esta conciencia es acompañada por la incredulidad con respecto a la posibilidad de su propia muerte (Rowland, 1989).

Kellerman y Zeltzer mencionan que, aunque capaz de comprender las implicaciones de un diagnóstico de cáncer en la vida presente y futura, el sentido del adolescente de ser invencible puede conducir a la negación de la muerte como algo posible. Mientras que los adolescentes que se encuentran en su tratamiento oncológico no manifiestan invariablemente síntomas psicopatológicos, los desordenes relacionados con la enfermedad aparentemente hacen que se desarrollen cambios drásticos y distrés en al menos una o varias áreas de funcionamiento, durante el curso del tratamiento (Rowland,1989).

4.2.- Modificación de las Relaciones Interpersonales

Koocher y O'Malley (1981) opinan que la hospitalización, las limitaciones físicas, y la separación de los amigos, ya sea por períodos intensivos o prolongados debido a la enfermedad y al tratamiento, colocan al adolescente en riesgo de sentirse aislado. El fracasar en experiencias sociales importantes, como la oportunidad de desarrollar relaciones íntimas e involucrarse en actividades sexuales, puede ser incluso más amenazante que perder la vida.

El impacto negativo del aislamiento social a menudo corresponde a la necesidad del adolescente de incrementar la dependencia de sus padres, ya que se enfrentan a una situación que amenaza la libertad, y que puede en ocasiones ser un estresante tanto para los padres como para los adolescentes. Aunque se asocia más comúnmente con pacientes pequeños, la ansiedad de separación también ocurre en enfermos adolescentes (Rowland, 1989).

El control es una cuestión crítica que surge a través de los períodos del desarrollo y su importancia se intensifica en la adolescencia; es central para el establecimiento de la autoidentidad y mantenimiento de la integración de identidad (Erikson, 1968).

Zeltzer y colaboradores (1980) en su estudio de los efectos psicológicos de la enfermedad en la adolescencia, encontraron que la restricción de la libertad era el área de mayor preocupación, ya que los adolescentes con cáncer veían su tratamiento como muy perjudicial. La pérdida de independencia e intimidad secundaria a la enfermedad no sólo les engendra sentimientos de impotencia, sino también produce desconfianza, distanciamiento, cólera, y falta de cooperación. Tales respuestas pueden ser exacerbadas por sobreprotección paternal, así como paternalismo del personal médico.

Hoffman, Becker y Gabriel (1976) aseveran que los adolescentes que ya superaron este período toleraron las restricciones impuestas por la enfermedad mejor que aquellos que se encuentran en la adolescencia media, quienes tendieron a ser más confrontadores. Ésto probablemente refleja la naturaleza de transición de la adolescencia media; los pacientes más jóvenes han comenzado ya a redefinirse, pero aún no han consolidado una nueva o completa autoconcepción.

Los cambios en la capacidad física y mental derivados de la enfermedad, aun cuando sean pasajeros, pueden conducir a que el adolescente perciba una autoestima baja y se sienta con poco valor personal. Cuando estos cambios son permanentes o existe la pérdida de un miembro o de habilidad intelectual, es posible que surja una seria depresión. El adolescente puede expresar su preocupación con respecto a la capacidad de realizar ambiciones. Los deportes y la posición académica, a menudo signos exteriores de prestigio social importantes en la red social del adolescente y son puestos en peligro o perdidos. Muchos niños emprenden grandes esfuerzos dedicados para tener éxito en los

deportes y actividades a pesar de la pérdida, pero no lo reconocen. Con niños más pequeños, el miedo al fracaso puede ser expresado como fobia escolar un aumento de quejas somáticas (Rowland, 1989).

La principal preocupación en la adolescencia, es la relación con los coetáneos y el ajuste social. No es de sorprender que la mayor tensión derivada de la enfermedad en adolescentes con cáncer, sea la modificación de la imagen corporal. La crítica hecha por sus compañeros puede ser traumática en este aspecto; las mujeres reportan un mayor impacto ante la enfermedad en el aspecto físico a diferencia de los hombres (Zeltzer, 1980).

Schowaiter (1977) enfatizó el impacto negativo en el amor propio y formación del ego ideal. La alopecia, el retraso del crecimiento físico resultante del tratamiento de quimioterapia y radiación, y la alteración de la maduración sexual tienen un mayor impacto tanto en autoimagen como en la sexualidad emergente. El adolescente puede expresar miedos de sentirse de alguna manera "sucio". Suelen mostrar timidez y vergüenza al exponerse durante la examinación. A la vez, la enfermedad plantea una amenaza principal para el sentido del adolescente con respecto a la invulnerabilidad física, ya que en ocasiones pueden ser sometidos a una cirugía radical.

A causa de la posición central del cuerpo en el desarrollo del adolescente, la enfermedad esta íntimamente ligada a la identidad y viceversa. El estilo más filosófico del pensamiento adolescente, los hace ser agudamente conscientes de la seriedad de su enfermedad y su significado en el futuro. Se les puede observar con ansiedad, pánico, depresión, creencia de inmortalidad, y angustia de no vivir para "crecer" (Schowaiter, 1977).

El papel crítico de grupos coetáneos que juega el adolescente en la búsqueda de identidad, los hace ser una fuente poderosa de intervención durante la enfermedad. Muchos adolescentes enfermos suelen quejarse que sus amigos y compañeros de clase no los entienden o los evitan, por lo que los adolescentes con el mismo padecimiento sirven mejor como fuentes del apoyo a través del uso de grupos de apoyo de coetáneos para promover la seguridad en sí mismo; por lo que los pacientes que tienen mayor tiempo en tratamiento son medios poderosos de ayuda que para modelar estrategias de

adaptación y poder tratar al adolescente enfermo ante el impacto de la enfermedad y el tratamiento (Rowland, 1989).

Vernick y Karon (1965) sugieren que además de integrar al paciente a un grupo de apoyo nuevo y más apropiado, es esencial mostrar interés por el adolescente para minimizar el sentido de la pérdida del control que acompaña a la enfermedad física. La necesidad de independencia y la mejora de la capacidad intelectual del adolescente, nos ofrece la oportunidad de establecer una comunicación más abierta y detallada en todas las áreas de la enfermedad. Este acercamiento no sólo crea un mayor sentido del control, sino también promueve un mejor ajuste preventivo así como a largo plazo con respecto a la enfermedad.

El adolescente, por su lógica más parecida a un adulto, puede beneficiarse al comprender los efectos internos de la enfermedad y los tratamientos, al tener mayor conocimiento de los mecanismos biológicos y físicos, aunado a las explicaciones y la discusión franca de resultados, procedimientos, y medicaciones. Aunque es importante incluir a los padres, ya que tomarían la responsabilidad de la mayor parte de decisiones, son los menos importantes en el proceso de comunicación. Rowland (1989) indica que el equipo de salud necesita pasar el tiempo a solas con el adolescente para establecer la confianza y mejorar su cooperación. No se deben tener secretos con respecto al diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, algunos adolescentes pueden oponerse a la participación en el proceso de toma de decisiones, las cuales en ocasiones suelen ser tomadas como de vida o muerte, aunque sí es necesario que los padres y el personal estén preparados para este tipo de decisiones.

También tiene derecho a saber las implicaciones de someterse a su tratamiento oncológico, como por ejemplo: retraso en la maduración y posibles consecuencias en la futura función sexual y fertilidad. Es importante buscar técnicas en las que el equipo de salud pueda contenerlo y hacerlo sentir normal; asimismo, es indispensable ayudarlo a disipar sus miedos, ansiedades y sentimientos, evitando que sea tratado como si fuera diferente, ya que los cambios de su imagen corporal pueden causarle temor y frustración (Schowaiter, 1977).

4.3.- El Adolescente con Osteosarcoma

Los tumores de hueso representan menos del 1% de todas las neoplasias y aproximadamente el 5% en niños y adolescentes (Schweisguth, 1982). La edad de presentación con más frecuencia es en la segunda década de vida; el descubrimiento del tumor puede deberse a que se presente dolor, edema y, en algunas ocasiones, fractura espontánea. Los tumores primarios encontrados son del tipo de Sarcoma de Ewing y Osteosarcoma. Otros tipos menos comunes son Fibrosarcomas, Condrosarcomas, y Sarcomas de Célula Reticuladas.

El Osteosarcoma es el tipo más común de tumor de hueso con una incidencia máxima a partir de 10 a 25 años. Como se mencionó en el capítulo 1, los sitios en los que se presenta son por lo general el fémur, la tibia, y el húmero. La metástasis es encontrada en el 23 % de pacientes al momento del diagnóstico; el 85 % de éstas se encuentra en los pulmones. Las consideraciones del pronóstico se amplían dependiendo del avance de la enfermedad al momento del diagnóstico, el tipo histológico, la edad del paciente, el sitio del tumor primario, la duración de los síntomas y el nivel de suero de fosfato alcalino. El tratamiento consiste en la cirugía radical o el salvamento del miembro, con una combinación de quimioterapia neoadyuvante (preoperatoria) y adyuvante (postoperatoria) (Schweisguth, 1982)

En el ámbito psicológico, la edad de presentación de la enfermedad hace necesario contar con conocimientos del desarrollo físico y psicológico del adolescente. Al estar sano, afronta tareas del desarrollo que entran en conflicto directamente con las demandas de esta enfermedad. (Zeltzer, 1980). La aparición de las capacidades cognitivas adultas permite al adolescente lidiar con la realidad de padecer cáncer y con la incertidumbre abstracta de supervivencia. Los intereses relacionados con la edad, los cambios corporales, las relaciones con sus pares, y la conformidad social suelen ser exacerbadas por el diagnóstico. Durante este período caracterizado por presentarse impulsos hacia la independencia, el cáncer puede conducir a deseos exagerados de dependencia.

El diagnóstico de un tumor de hueso maligno es experimentado por el paciente como un período de duelo. Los adolescentes sienten que perderán la capacidad de disfrutar de sus

mejores años a consecuencia del cáncer y su tratamiento inminente. A menudo expresan que su vida se encuentra en una pausa y se perderán de todo (Zeltzer, 1980).

Generalmente se enfrentan a la pena de separarse de sus grupos de pares, sintiéndose diferentes a los demás. La tentativa de reducir al mínimo los conflictos experimentados en el área de autoimagen y la aceptación de sus pares lamentablemente provoca preocupaciones con respecto a la formación de su identidad e independencia. La adaptación adecuada puede lograrse con una serie de intervenciones que involucran al equipo multidisciplinario (Nir, 1981), en la que se puede incluir la preparación preoperatoria a través del cirujano, la evaluación psicosocial del adolescente y su familia, el desarrollo y la propuesta de la rehabilitación y los grupos de apoyo. Si se presenta la inadaptación ante el diagnóstico, la psicoterapia puede ser esencial para ayudarlos a fortalecerse y afrontar la realidad.

Los pacientes con cáncer están expuestos a sufrir desórdenes orgánicos mentales, principalmente el delirio (Silberfarb, 1983). Su reconocimiento es muy importante, ya que el delirio suele ser mal diagnosticado y en formas leves, puede ser mal interpretado y confundido con problemas de comportamiento. La quimioterapia, la fiebre, las infecciones, la desnutrición, y los desórdenes inducidos por medicamentos metabólicos o hematológicos suelen ser causas potenciales. El resultado generalmente depende de la etiología, y la recuperación puede ser lenta y variable en algunos casos.

El tratamiento quirúrgico para tumores de hueso puede implicar la amputación o procedimientos de salvamento de miembro; cada paciente presenta reacciones psicológicas únicas. La amputación ha sido fundamentalmente el tratamiento para el osteosarcoma por muchos años, aunque la recuperación psicológica posterior a una amputación se asemeje a la experimentada por la pérdida traumática de una parte de cuerpo o la pérdida de un ser amado. La preparación psicológica preoperatoria debe incluir el esclarecimiento del grado de la cirugía, el resultado funcional esperado, y la rehabilitación disponible. Ésto puede facilitar la anticipación de la pérdida, reducir los miedos, y asistir al adolescente en la adaptación a la realidad del tratamiento. La angustia postoperatoria es mayor cuando el salvamento de miembro había sido contemplado al realizar la resección del tumor, pero la decisión de amputar se toma durante la cirugía (Silberfarb, 1983).

Los adolescentes muestran resentimiento a la forzada dependencia resultante de la amputación; afligiéndose más por las actividades que se pierden, que por la pérdida el miembro en sí, ya que sienten que es como aprender a caminar otra vez. La amputación es un golpe al desarrollo de la identidad sexual ya que el desarrollo de la imagen corporal de los adolescentes es una reflexión de la impresión que ellos se hacen sobre los otros y de como se perciben. Las adolescentes suelen expresar miedos a no ser perfectas y los jóvenes llegan a presentar miedos de perjuicio a su masculinidad. El apoyo de grupo de otro pacientes amputados y la aceptación de sus pares puede ayudar al adolescente a recuperar la confianza para sentirse sexualmente atractivo (Silberfarb, 1983).

Lundberg y Guggenheim mencionan que el fenómeno de miembro fantasma es sumamente común posterior a la amputación; se reporta como una sensación casi indefinible que consiste en percibir la presencia de la parte amputada; las sensaciones fantasma en los pacientes, pueden presentarse continuamente, irregularmente, o no presentarse. Puede ocurrir un aumento de la percepción o de la intensidad del fenómeno durante los períodos de tensión. Las formulaciones psicológicas le atribuyen las sensaciones al concepto duradero del paciente de una imagen total del cuerpo y las teorías fisiológicas se enfocan al sobreestímulo en el área cortical del miembro amputado. La mayor parte de los síntomas desaparecen en unas semanas, aunque rara vez llega a experimentarse ésto por un lapso prolongado de tiempo (Rowland, 1989).

Boyle refiere que el dolor fantasma es verdadero y es experimentado por un pequeño porcentaje de pacientes amputados; este dolor por lo general es debido al daño del nervio periférico o el estímulo excesivo cortical de nervios en los muñones. Se deben considerar de origen psicógeno cuando no puede ser encontrada una etiología estructural o el tratamiento de rehabilitación no es eficaz. El ajuste a la amputación a largo plazo se relaciona con: la vida de cada individuo, sus intereses, el estilo de su personalidad, sus mecanismos adaptativos y las redes de apoyo. La mejora de técnicas quirúrgicas, dispositivos prostéticos y la rehabilitación han aumentado su calidad de vida. La mayor parte de adolescentes y adultos jóvenes presentan problemas con relación a la movilidad, pero se consideran independientes (Rowland, 1989).

Weddington menciona que la adaptación a largo plazo para la escuela, el empleo, el matrimonio, y la vida de familia parece ser positiva en la mayoría de los pacientes. La morbilidad psiquiátrica no aumenta con la amputación, ya que hay desórdenes específicos psicopatológicos que se presentan en escalas similares a los que la población general presenta. Los problemas, cuando ocurren, son similares a aquellos vistos en otros sobrevivientes de cáncer (Rowland, 1989).

Malawer indica que el salvamento de miembro es un desarrollo reciente en el tratamiento inicial de osteosarcoma. Este es un procedimiento alternativo quirúrgico que implica la resección total del hueso y el tumor adyacente, seguido del reemplazo con un implante. Esto mantiene un aspecto normal y potencial para el crecimiento en el miembro afectado. El riesgo de recaída local del tumor y la supervivencia parece ser similar a la amputación. Los resultados funcionales máximos se alcanzan en aproximadamente un año posterior a la cirugía cuando la rehabilitación es adecuada y la cirugía reconstructiva sea posible (Rowland, 1989).

Kagan sugiere que la infección puede conducir a una cirugía adicional con el retiro posible del implante y la amputación subsecuente del miembro afectado. La rehabilitación puede verse perjudicada si el implante no ha fijado adecuadamente, si existe fractura o hay rechazo en el sitio del injerto; esto puede provocar un difícil ajuste emocional debido al tiempo prolongado de hospitalización y la variación de los resultados que esto genera (Rowland, 1989).

Sugarbaker opina que a pesar de estas dificultades, está siendo elegido con más frecuencia el salvamento de miembro en algunos centros, por la creencia que la conservación del miembro afectado mejora la adaptación psicológica. Es polémico, sin embargo, el resultado en última instancia sí es mejor, lo cual demostró al hacer una comparación entre pacientes con salvamento del miembro afectado y pacientes amputados, aunque no encontró diferencias significativas en la calidad de vida después de 1 a 3 años posteriores a la cirugía. Weddington (1985) en otra investigación no encontró ninguna diferencia entre pacientes con salvamento de miembro y amputados en lo que respecta al ajuste físico y psicológico (Rowland, 1989).

Algunas cuestiones relacionadas con el tratamiento como son la escarificación, la alopecia, la náusea y los vómitos y la colocación de catéter, pueden contribuir a que se presente una amplia gama de problemas psicológicos en los adolescentes.

El dolor por cáncer según Kroetsch y Shamoian, es un asunto importante en adición a los asuntos de tipo físico, debido a las molestias del dolor los adolescentes pueden deformar su grado de molestia por esta situación. El restarle importancia a un nuevo dolor de huesos a menudo representa la negación de una enfermedad metastática. Las imprecisiones al reportar dolor pueden representar un asunto incremental, la sensación de los adolescentes acerca de su competencia y habilidad para cuidarse a sí mismos se enfrenta con la presencia de un dolor incontrolado. La decisión de solicitar un tratamiento adecuado puede ser evitada irracionalmente en algunos casos, los pacientes con el dolor no tratado o mal controlado con frecuencia presentan síntomas de depresión, desesperación e impotencia (Rowland, 1989).

El incumplimiento al tratamiento es un problema considerable durante la adolescencia y puede ser un vehículo para una conducta inadaptada. Smith en su investigación ha demostrado que hasta el 59 % de adolescentes no cumplen con algún aspecto de su tratamiento oncológico. Esto puede abarcar la medicación, la terminación de longitudes del protocolo, el tiempo de hospitalización y las decisiones unilaterales de suspender el tratamiento. El manejo oncológico debería incluir la escucha y la observación de estos comportamientos, prestar interés al adolescente de manera que no se sienta juzgado, proporcionándole un grado de control para la toma de decisiones y de colaboración equilibrada, así como mostrarse empático; ésto puede reforzar la alianza terapéutica y el logro de un adecuado tratamiento (Rowland, 1989).

El abandono del tratamiento puede ser una decisión apropiada y mutuamente alcanzada en el manejo del cáncer en algunos adolescentes. En otros, ésto puede ser una forma específica y autodestructiva de acting out, resultante de una gama de cuestiones que deben ser exploradas. Se debe solicitar consulta psicológica para evaluar el comportamiento y recomendar un manejo adecuado. Es esencial trabajar con el adolescente, la familia, y el personal médico y de apoyo, ya que cada uno puede tener expectativas diferentes. Así mismo, es necesario clarificar las dudas del adolescente y las de la familia y estar consciente de sus interacciones para intervenir con eficacia.

5.- MÉTODO

5.1.- Planteamiento del Problema.

Con la aparición de la llamada medicina psicosomática comenzaron a plantearse las relaciones entre los factores psicológicos y el cáncer. Los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el que esta se desenvuelve, influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades, y en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud.

Las variables psicológicas inciden, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en todos los trastornos y enfermedades. A su vez, todos los trastornos y enfermedades, poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico.

La enfermedad oncológica ha estado relacionada con repercusiones psicológicas, más o menos identificadas, el reconocimiento de esta situación ha llevado a enfatizar sobre una mayor necesidad de investigación sobre el tema.

El médico oncólogo carece de tiempo y preparación suficientes, para asumir la enorme carga psicológica de esta enfermedad, por lo que el psicólogo clínico debe asumir dentro un trabajo multidisciplinario, las tareas del soporte psicológico, desde el diagnóstico, hasta la curación o muerte del paciente. Sin olvidar, su lugar esencial en el diseño de la educación para la salud pública y en las campañas de prevención y diagnóstico precoz.

El osteosarcoma como cualquier diagnóstico de cáncer, llega a producir un desequilibrio en el adolescente, tanto física como psicológicamente, y más aún al enfrentarse a tratamientos tan drásticos como la cirugía radical. Por lo anterior es importante poder evaluar el autoconcepto y personalidad que presenta este tipo de población y compararla con controles sanos, ya que probablemente los adolescentes diagnosticados tengan mermada la autoimagen, lo cual podría repercutir en su integración familiar, social y escolar.

Pregunta de Investigación: ¿La personalidad y el autoconcepto se presentan de la misma manera en un grupo de adolescentes con osteosarcoma y un grupo control sano?

5.2.- Objetivo

Analizar y establecer las características de autoconcepto y personalidad en personas con osteosarcoma.

5.3.- Hipótesis

Para Autoconcepto:

Hi: El nivel de Autoconcepto en los adolescentes con diagnóstico de osteosarcoma es inferior en comparación con controles sanos.

Ho: El nivel de Autoconcepto en los adolescentes con diagnóstico de osteosarcoma es similar al que presentan los controles sanos.

Ha: El nivel de Autoconcepto en los adolescentes con diagnóstico de osteosarcoma es superior que en controles sanos.

Para Personalidad:

Hi: En los adolescentes con diagnóstico de osteosarcoma los factores de personalidad son diferentes en comparación con controles sanos.

Ho: En los adolescentes con diagnóstico de osteosarcoma los factores de personalidad son similares en comparación con controles sanos.

5.4.- Variables

Independiente:

- Osteosarcoma
- Control Sano

5.4.1.- Definición Conceptual

- Osteosarcoma: (También llamado Sarcoma Osteogénico) es un tumor maligno caracterizado por la formación de hueso inmaduro o tejido osteoide por parte de células malignas el cual se manifiesta con mayor frecuencia en los huesos largos como son tibia proximal, fémur distal, húmero, y muy rara vez en alguna otra parte del cuerpo como pelvis y cráneo. (Rivera, 1994).
- Control Sano: Adolescente que no presenta enfermedad aparente.

5.4.2.- Definición Operacional

- Osteosarcoma: Definido de acuerdo al diagnóstico asentado en el expediente clínico del paciente.
- Control Sano: Adolescente aparentemente sano, el cual no está diagnosticado con osteosarcoma, ni se encuentra hospitalizado.

Dependiente:

- Personalidad
- Autoconcepto

Definición Conceptual:

- Personalidad: Patrones estables distintivos de conducta, pensamientos y emociones que caracterizan a cada individuo (Compas y Gotlib, 2003).
- Autoconcepto: La percepción que el individuo tiene de si mismo, la cual se basa directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que el mismo realiza de su propia conducta. Shavelson, Hubner y Stanton, 1976; cit. en Musitu, García y Gutiérrez, 1994).

Definición Operacional:

- Personalidad: Características propias del adolescente mostradas en función de los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (Catell y Catell, 1968, sexta edición 1995) por sus siglas en inglés HSPQ (High School Personality Questionnaire), al explorar 16 factores o rasgos de primer orden de la personalidad y elaborar cuatro rasgos más de segundo orden.
- Autoconcepto: El Resultado obtenido al evaluar, además del autoconcepto general, las dimensiones emocional, familiar, académica y social del

autoconcepto; a través del Cuestionario de Autoconcepto Forma "A" (AFA) (Musitu, G.; García, F. y Gutiérrez, M., primera edición 1991)

5.5.- Sujetos

La muestra está conformada por adolescentes con diagnóstico de osteosarcoma (hombres y mujeres), entre las edades de 12 a 18 años, atendidos por el servicio de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría, provenientes de diferentes entidades de la República Mexicana.

Se seleccionó a la vez un grupo de tres controles sanos residentes del Distrito Federal por cada uno de los adolescentes con osteosarcoma, los cuales son equivalentes en edad con éstos.

5.6.- Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Grupo 1: Adolescentes con diagnóstico de osteosarcoma, entre 12 y 18 años de edad, que saben leer y escribir.

Grupo 2: Adolescentes aparentemente sanos, entre 12 y 18 años, que saben leer y escribir.

Criterios de exclusión:

1. Retraso mental evidente
2. Padecer cualquier tipo de tumoración cerebral.
3. Padecer alguna patología de la esfera cognitiva.
4. Evidentes problemas serios de personalidad.
5. Padecer otro tipo de cáncer que no sea osteosarcoma.

Criterios de eliminación:

1. Indisposición durante la aplicación.
2. Dejar sin responder más del 15% de los cuestionarios.
3. Responder azarosamente.

5.7.- Escenarios

- En el caso de adolescentes con diagnóstico de osteosarcoma, el estudio se llevó a cabo dentro de las áreas de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría.
- Los controles sanos se evaluaron en diferentes instituciones académicas del Distrito Federal.

5.8.- Tipo De Estudio

Se trata de un estudio descriptivo, porque nos permite decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno (Hernández, R.; Fernández y Baptista, 1998).

5.9.- Diseño

Se trata de un diseño comparativo y transversal. Es no experimental debido a que no se manipulan variables (Kerlinger, 1979 en Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p.184).

5.10.- Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Autoconcepto Forma "A" (AFA) en su 2ª edición (1994), diseñado por Musitu, García y Gutiérrez en 1991, el cual mide el autoconcepto en población adolescente. Inicialmente, esta escala fue elaborada al efectuarse una investigación sobre la integración del rechazado escolar. Posteriormente, se aplicó en diversas ocasiones, cuyo propósito principal ha sido el diagnóstico del autoconcepto en cuatro aspectos: académico, social, emocional y familiar; es decir, la percepción que tiene el sujeto de sí mismo con respecto a los demás.

Este instrumento consta de 36 items autoevaluables, que se contestan en una escala de tipo lickert de tres opciones (1= siempre, 2= algunas veces y 3= nunca). Los factores en consideración de la prueba, son los siguientes:

- Escala I: El Factor Académico mide el rendimiento e integración escolar y cuenta con un total de 11 items (8, 10, 11, 14, 17, 19, 20, 28, 31, 32 y 36)

- Escala II: El Factor Social muestra las relaciones con los demás, tanto las actitudes del sujeto ante los demás como la de ellos frente al sujeto y consta de 5 items en total (1, 16, 21, 22 y 29)
- Escala III: El Factor Emocional evalúa las reacciones emocionales frente a los demás y comprende 9 elementos (2, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 23 y 33.)
- Escala IV: El Factor Familiar se refiere a las interrelaciones con los miembros de la familia y las actitudes que manifiesta frente a ellos y el total de items son (24, 26, 27, 30, 34 y 35)
- Los 5 reactivos restantes son denominados items de colchón, debido a que cumplen una función de distractores; es decir, que tratan de evitar que el examinado marque respuestas contradictorias o poco fieles a la verdad.

Al igual que otros datos estadísticos, el coeficiente de confiabilidad no puede ser adecuadamente interpretado por sí mismo, sino que deberá tener en cuenta las características de la muestra sobre el cual se basa, así como la conveniencia del método utilizado. Para comprobar la consistencia interna de los items en el caso del AFA, los autores han empleado los siguientes coeficientes:

- ψ El coeficiente de correlación entre las dos mitades (par e impar)
- ψ El coeficiente de Spearman-Brown, basado en la correlación entre items pares e impares bajo el supuesto de que las dos mitades son estrictamente paralelas.
- ψ El coeficiente de Guttman (Rulon) basado en el mismo supuesto de que las dos mitades son paralelas, pero con diferentes varianzas.
- ψ Finalmente, el coeficiente de consistencia interna Alpha, basada en la fórmula propuesta por Cronbach y equivalente a la fórmula de Kuder Richardson, cuando las puntuaciones de los items son dicotómicas.

Los resultados avalan la consistencia interna de la escala, y coinciden en que se trata de un mismo constructo. Para la consistencia temporal, se aplicó el cuestionario a 30 sujetos de la muestra en dos períodos temporales de tres y seis meses, respectivamente -test y retest-; se calculó la correlación de Pearson entre las puntuaciones totales. Para el primer período hubo un $r = .661$, y para el segundo, un $r = .597$.

Respecto a su validez, como en cualquier otra prueba, queda patente si cumple el fin para el que está destinado; o sea, si en ella se logra discriminar el autoconcepto, estén altos o bajos los distintos niveles o factores que la conforman. En el estudio realizado por los autores de este instrumento, puede comprobarse cómo los cuatro factores muestran intercorrelaciones relativamente bajas (entre .086 y .246), lo que demuestra que se trata de dimensiones ortonormales. La ortonormalidad constata la independencia entre las dimensiones, de tal forma que un sujeto con una puntuación elevada en una dimensión no tiene necesariamente que obtener una puntuación alta en el resto de dimensiones; se trata, por lo tanto, de dimensiones relativamente independientes. Por otro lado, la ortogonalidad coincide con una alta correlación con el total de la escala, de lo que se infiere que se trata de dimensiones de un mismo constructo. Se utilizó, además, la correlación de personas entre los factores académico, social, emocional y familiar.

2. Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (HSPQ, por sus siglas en inglés) en su 6ª edición (1995), diseñado por Catell y Catell en 1968, sirve para conocer a profundidad los rasgos de la personalidad de los adolescentes. La personalidad identifica y define a cada persona, y dada su complejidad, resulta difícil de evaluar y de medir. En este sentido, es necesario tomar los datos que se ofrecen en este informe con precaución puesto que hay varios aspectos que pueden distorsionar los resultados.

El cuestionario no contiene escala de sinceridad, de manera que no se puede verificar si el adolescente enmascara sus respuestas para ocultar sus verdaderos sentimientos ante los adultos ni hasta qué punto el deseo de agradar sesga el sentido de sus respuestas. Los resultados permiten ampliar la comprensión del adolescente, interpretar mejor sus comportamientos y reacciones, detectar sus necesidades y evaluar su adaptación social y escolar. La finalidad de la prueba es conocer al adolescente en el terreno de su personalidad y de su afectividad y, en consecuencia, poder orientar y ayudar actuando positivamente sobre sus problemas.

El cuestionario reúne trece rasgos de personalidad y una referencia a la capacidad intelectual. Cada rasgo contiene dos palabras que lo definen; una puntuación baja

indica que la persona se aproxima a lo que significa la palabra de la izquierda y una puntuación alta quiere decir que su tendencia está marcada por lo que significa la palabra de la derecha.

Hay que tener en cuenta que las puntuaciones extremas no suponen una calificación negativa o preocupante del alumno, aunque los valores situados en la columna de color gris (entre 4 y 7) muestran mayor equilibrio entre los dos conceptos.

- ψ *Reservado/Abierto*: - introvertido, alejado/+ abierto y social con las personas
- ψ *Poco/Muy inteligente*: (la fiabilidad del valor que ofrece este rasgo es escasa)
- ψ *Turbable/Estable*: - propenso a perder el control emocional/+ tranquilo
- ψ *Tranquilo/Excitable*: - no se excita ante una provocación/+ excitable
- ψ *Sumiso/Dominante*: - obediente y dócil/+ dogmático y agresivo
- ψ *Serio/Animado*: - con tendencia a autodesaprobarse/+ optimista
- ψ *Despreocupado/Consciente*: - actúa por conveniencia propia/+ sensato
- ψ *Cohibido/Emprendedor*: - tímido/+ se relaciona espontáneamente
- ψ *Realista/Idealista*: - independiente, poco impresionable/+ dependiente
- ψ *Seguro/Dubitativo*: - expresivo, le gusta estar en grupo/+ individualista
- ψ *Sereno/Apreensivo*: - seguro de sí mismo/+ inseguro, culpabilidad
- ψ *Menos/Mas autosuficiente*: - necesita el apoyo del grupo/+ independiente
- ψ *Poca/Mucha autoimagen*: - descuida las reglas sociales/+ controla conductas
- ψ *Relajado/Tenso*: - tranquilo, de buen humor/+ frustrado, tenso, irritable

Al igual que otros datos estadísticos, el coeficiente de confiabilidad no puede ser adecuadamente interpretado por sí mismo, sino que deberá tener en cuenta las características de la muestra sobre el cual se basa, así como la conveniencia del método utilizado.

5.11.- Procedimiento

- I. Aplicación de los instrumentos en la población con osteosarcoma
 - a. Conforme ingresaba cada uno de los pacientes al Instituto Nacional de Pediatría del D.F., provenientes de las diferentes entidades de la República Mexicana para su atención, se canalizaba al área de PsicoOncología y se

- seleccionó a cada uno de los pacientes con Osteosarcoma que cumplieran con los criterios para la aplicación de los instrumentos.
- b. Se contempló el momento oportuno para la realización de una entrevista previa con cada uno de los pacientes con la finalidad de esclarecer información con respecto a la enfermedad y tratamiento e invitándolos a participar en la presente investigación, explicando en que consistía su participación.
 - c. De igual forma, se aplicó el cuestionario Autoconcepto Forma A en una primera sesión de aproximadamente 20 minutos.
 - d. Se aplicó el HSPQ en dos sesiones de aproximadamente 30 minutos por ser un instrumento que contiene mas reactivos, con la finalidad de no fatigar al paciente.
 - e. Es importante mencionar que las aplicaciones no fueron consecutivas debido a la condición de los pacientes con respecto a la enfermedad y los efectos del tratamiento, por lo que fueron discontinuas, aprovechando las ocasiones en que eran ingresados para la aplicación de quimioterapia.
- II. Búsqueda de controles sanos equitativamente etéreos con la población a comparar.
- a. Se gestionó permiso en dos escuelas de educación secundaria y una escuela de bachillerato del D.F. para la selección y aplicación de la prueba a los adolescentes que fueran seleccionados coincidentes en edad y sexo con cada uno de los pacientes evaluados.
 - b. En cada una de las escuelas se programaron tres sesiones grupales.
 - c. En la primer cita, se les explicó de manera breve a los candidatos el objetivo de la aplicación de los instrumentos, invitándolos a participar.
 - d. En la segunda cita con una duración de aproximadamente 40 minutos, se realizó la aplicación del cuestionario Autoconcepto Forma A, la cual fue de forma grupal.
 - e. En una tercera cita con una duración de aproximadamente 80 minutos, se realizó la aplicación del HSPQ, la cual fue de forma grupal.
- III. Calificación de los instrumentos
- a. Se realizó la calificación de todos los instrumentos aplicados.
- IV. Recopilación de datos obtenidos
- V. Análisis estadístico

VI. Análisis de resultados

5.12.- Análisis de Datos

Con el propósito de responder a la pregunta de investigación e interpretar los resultados, se realizó un análisis utilizando estadística descriptiva para exponer la comparación de características entre los sujetos de ambos grupos.

6.-RESULTADOS

Se inicia con el análisis descriptivo de la muestra evaluada, tanto del grupo de niños con osteosarcoma como del grupo de niños que sirvió como control sano.

En lo que se refiere a niños con diagnóstico de Osteosarcoma (*figura 1*) la distribución por género se presentó de la siguiente manera:

Figura 1
Distribución por género en Población con Osteosarcoma



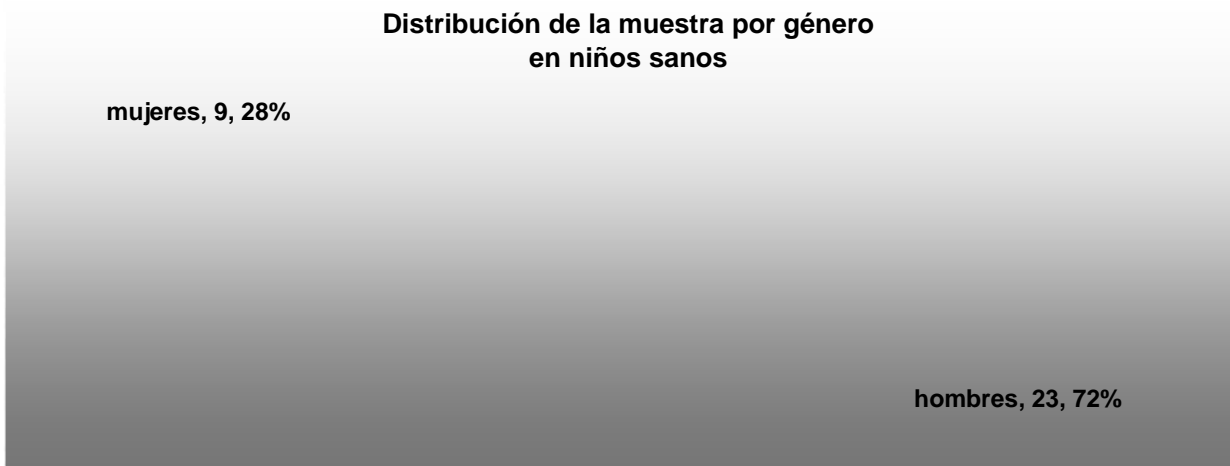
n = 11

Tabla 1
Descripción de la Población estudiada

	Niños con Osteosarcoma	Género niños c/osteosarcoma		Proporción y media de edades	
		Hombres	Mujeres		
	11	8	3	54.7%	(14.7)
Totales	11	8	3	54.7%	(14.7)

Siguiendo con el grupo de niños para el control sano (*figura 2*) la distribución fue la siguiente:

Figura 2
Distribución de Genero en Población Control



n = 32

Lo anterior se expresa en la tabla 2, incluyendo media de edad y porcentaje de la muestra.

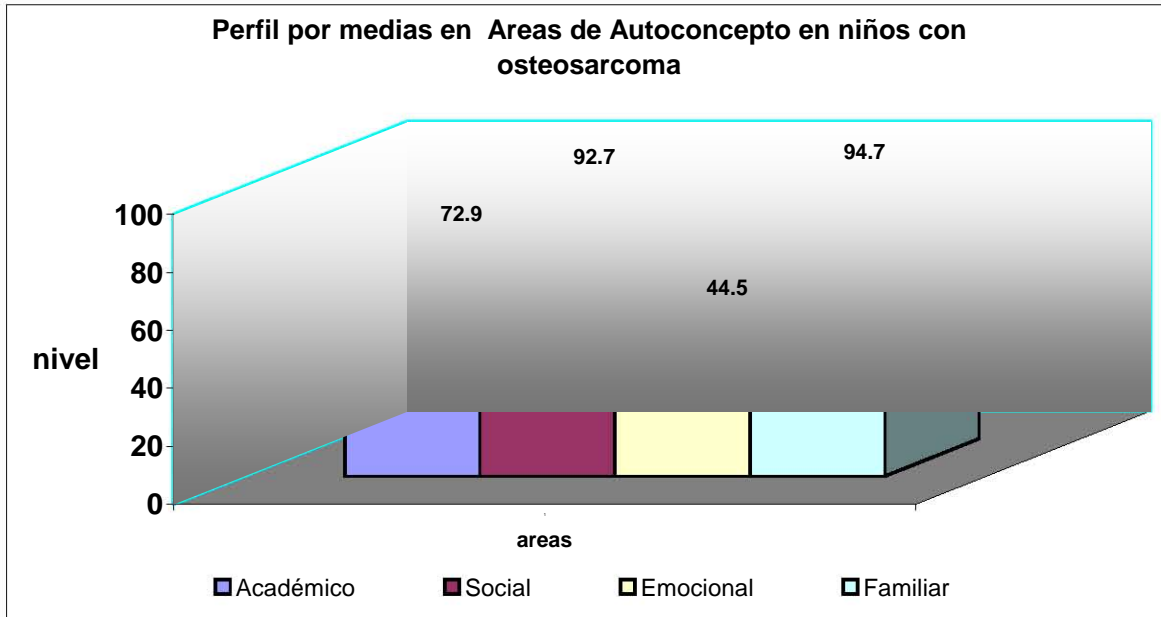
Tabla 2
Descripción de la Población control

	Niños control sano	Género niños control sano		Proporción y media de edades	
		Hombres	Mujeres		
	32	23	9	53.1%	(15)
Totales	32	23	9	53.1%	(15)

En las figuras anteriores se puede apreciar que los varones se encuentran tres veces más propensos a padecer osteosarcoma que las mujeres.

A Continuación se muestra la descripción de los datos obtenidos en el cuestionario de Autoconcepto, se presentan los perfiles basados en medias de puntaje, en las cuatro áreas del instrumento, por cada grupo evaluado.

Figura 3
Perfil Autoconcepto población estudiada

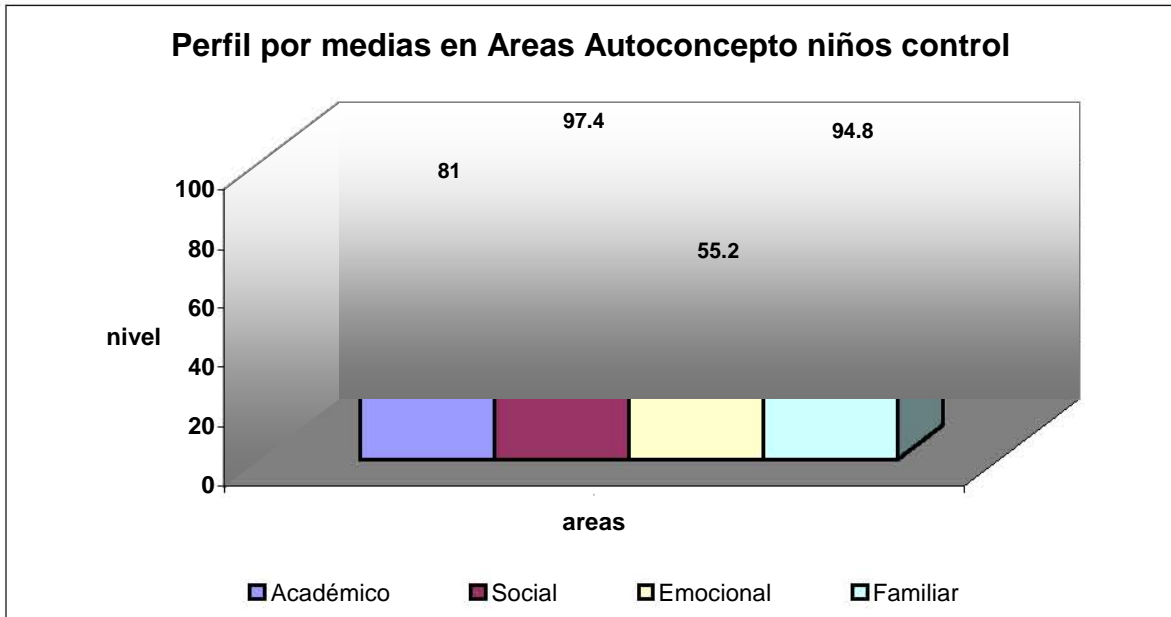


n = 11

En la figura 3 observamos de forma descriptiva que el área que el autoconcepto familiar se encuentra por encima del resto, seguido del social por una ligera diferencia. De las cuatro áreas medidas con el instrumento, el autoconcepto emocional es el que se encuentra en niveles bajos en comparación a los otros tres, presentándose esto en todos los casos de los niños con osteosarcoma.

En lo que respecta al grupo control, el perfil que arroja el instrumento no difiere de forma aparente, excepto que el área social de autoconcepto se coloca como el área de mayor puntaje, seguida del área de autoconcepto familiar con mínima diferencia en niveles descriptivos, se mantiene como el área con menor puntaje la emocional que, si no en todos, en la mayoría de los casos (figura 4).

Figura 4
Perfil Autoconcepto niños control



n = 32

En la tabla 3 se presenta un comparativo de ambos grupos con respecto a las puntuaciones del cuestionario de autoconcepto en sus cuatro áreas, además se incluye el autoconcepto total de cada grupo arrojado en la evaluación por el instrumento, en la que se observa una diferencia de 10 puntos en una escala de 0 a 100, así como la N utilizada, la media de puntaje y su desviación estándar.

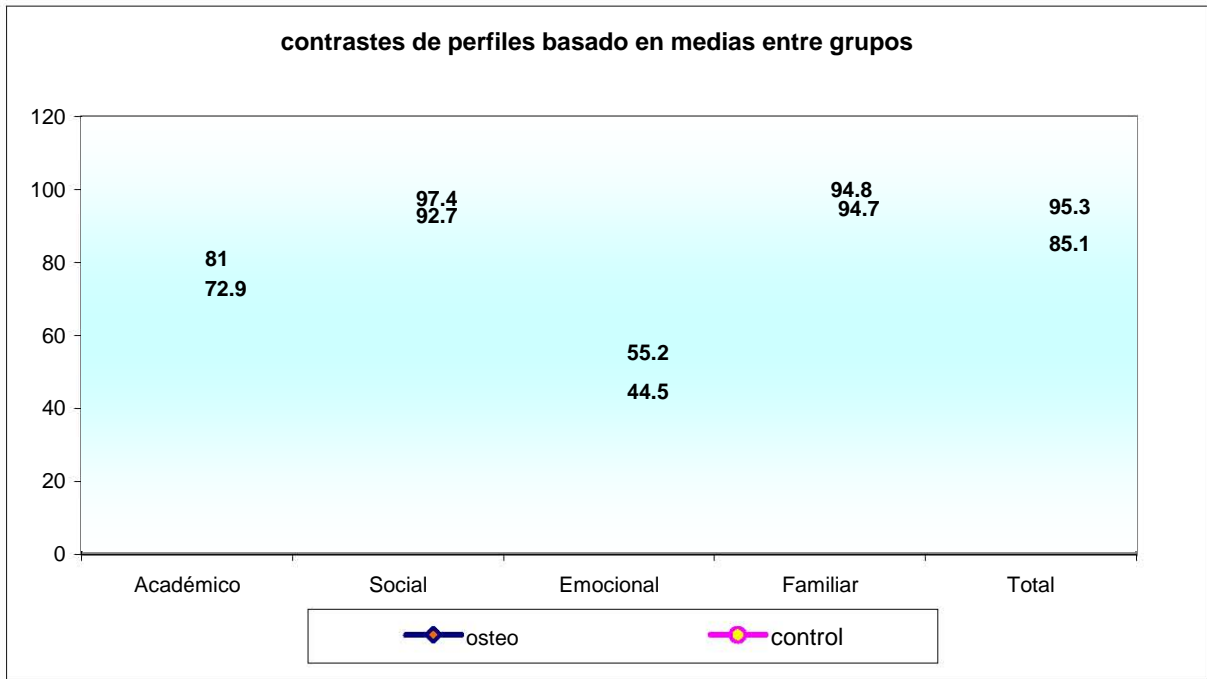
Tabla 3
Comparativo grupo control y niños osteosarcoma

Factor AFA	Enfermo/Sano	N	Media	Desviación Estandar
Autoconcepto Académico	osteosarcoma	11	72.91	27.65
	control sano	32	81.03	20.13
Autoconcepto Social	osteosarcoma	11	92.73	11.31
	control sano	32	97.38	3.88
Autoconcepto Emocional	osteosarcoma	11	44.55	24.95
	control sano	32	55.19	28.32
Autoconcepto Familiar	osteosarcoma	11	94.73	7.76
	control sano	32	94.78	10.02
Autoconcepto Total	osteosarcoma	11	85.18	21.88
	control sano	32	95.38	8.77

Para mayor ilustración de los perfiles, se presenta en la figura 5 un contraste de perfiles en autoconcepto de los dos grupos a través de una grafica de evolución.

Figura 5

Contraste de perfiles de Autoconcepto entre grupos evaluados



n = 43

En el contraste de perfiles de la Figura 5, podemos observar diferencias entre ambos grupos de evaluados, en las que el grupo enfermo se encuentra por abajo en comparación con el grupo enfermo; al aplicar la prueba T, encuentro dos escalas significativas, las cuales se observan en la Tabla 4.

Tabla 4

Prueba T de Autoconcepto

Prueba de Muestras Independientes									
	Nivel de la Varianza		Prueba t para Igualdad de Medias					95% Dif. de Intervalo de Confiabilidad	
	F	Sig	t	df	sig (2 colas)	Diferencia Medias	Diferencia Desv. Estándar	Menor	Mayor
Autoconcepto Social	7.158	.011	-2.038	41	.048	-4.65	2.28	-9.25	-4.19
			-1.336	10.817	.209	-4.65	3.48	-12.32	3.03
Autoconcepto Total	10.026	.003	-2.205	41	.033	-10.19	4.62	-19.53	-.86
			-1.504	11.125	.160	-10.19	6.78	-25.09	4.70

Seguendo con las descripciones de la muestra evaluada en ambos grupos, en la tabla 6 se presentan los 17 factores del cuestionario de personalidad, contrastando los puntajes de las medias para cada grupo en cada factor, se muestra la N utilizada, la Media y su Desviación estándar.

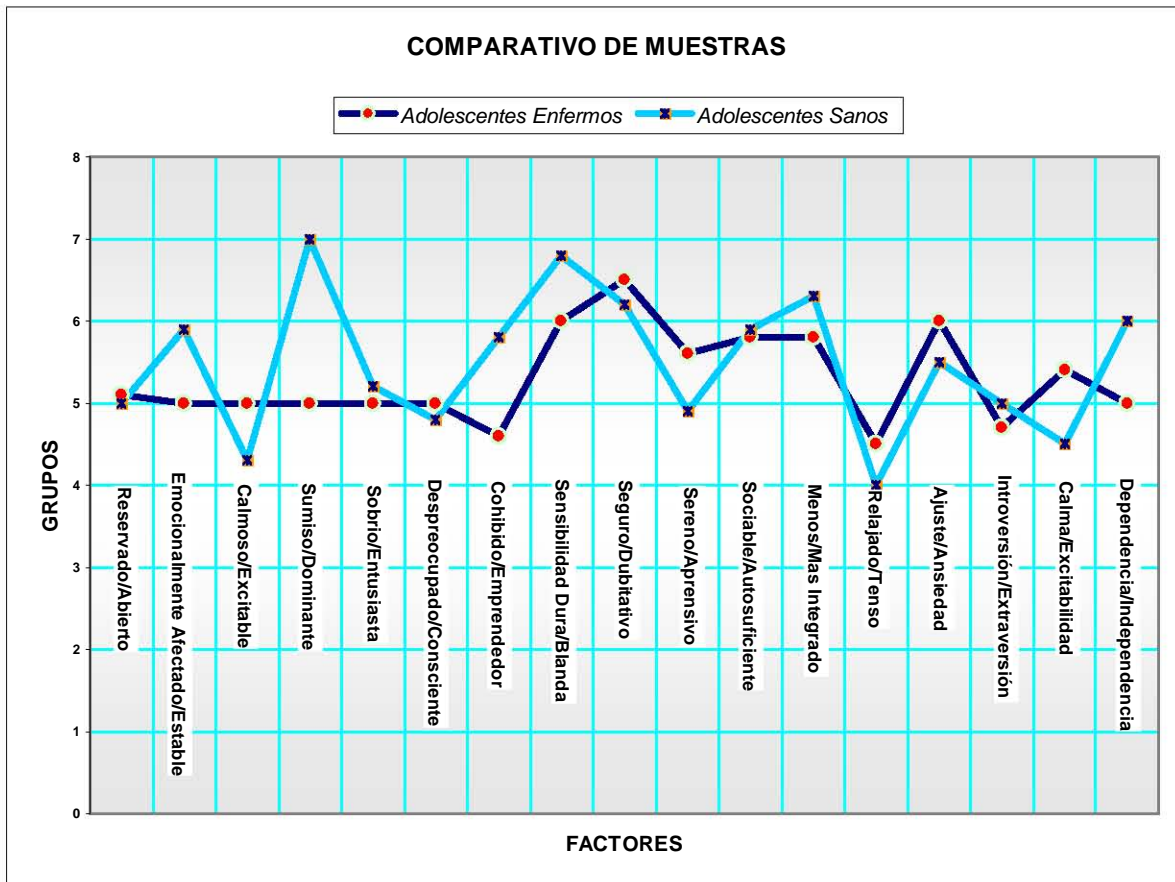
Tabla 5
Comparativo de medias en factores del cuestionario de personalidad

Factor HSPQ	Enf. - Sano	N	Media	Desviación estándar
Reservado - Abierto	osteosarcoma	11	5.09	1.64
	control sano	32	5.00	1.55
Emocionalmente Afectado - Estable	osteosarcoma	11	5.18	2.14
	control sano	32	5.91	1.84
Calmoso - Excitable	osteosarcoma	11	4.91	2.34
	control sano	32	4.31	1.89
Sumiso - Dominante	osteosarcoma	11	5.45	2.58
	control sano	32	7.00	1.83
Sobrio - Entusiasta	osteosarcoma	11	5.00	2.05
	control sano	32	5.19	1.67
Despreocupado - Consciente	osteosarcoma	11	5.27	2.41
	control sano	32	4.88	1.70
Cohibido - Emprendedor	osteosarcoma	11	4.82	2.56
	control sano	32	5.78	1.79
Sensibilidad Dura - Blanda	osteosarcoma	11	5.91	1.51
	control sano	32	6.75	1.19
Seguro - Dubitativo	osteosarcoma	11	6.27	2.15
	control sano	32	6.22	1.98
Sereno - Aprensivo	osteosarcoma	11	5.45	1.97
	control sano	32	4.88	1.36
Sociable - Autosuficiente	osteosarcoma	11	5.73	1.62
	control sano	32	5.88	1.90
Menos - más Integrado	osteosarcoma	11	5.91	2.47
	control sano	32	6.34	1.96
Relajado - Tenso	osteosarcoma	11	4.55	2.07
	control sano	32	3.94	1.76
Ajuste – Ansiedad	osteosarcoma	11	5.89	2.56
	control sano	32	5.47	1.59
Introversión - Extraversión	osteosarcoma	11	4.85	1.30
	control sano	32	5.05	1.36
Calma - Excitabilidad	osteosarcoma	11	5.27	1.81
	control sano	32	4.47	1.33
Dependencia - Independencia	osteosarcoma	11	5.13	1.41
	control sano	32	5.91	1.08

De manera grafica en la figura 6, se muestra el contraste de perfiles de personalidad del grupo experimental y control sano en los 17 factores evaluados por el inventario.

Figura 6

Contraste de perfiles de personalidad por medias de puntaje



n = 43

Al realizar comparaciones entre los grupos por medio de una prueba T entre grupo *Sano* y *Enfermo*, se puede observar que existen diferencias significativas en lo que se refiere al Autoconcepto Social, asimismo basados en las medias de puntaje, existen diferencias en el Autoconcepto Total de cada grupo.

En lo que se refiere al perfil de personalidad, son tres factores donde se encontraron diferencias entre grupos sumiso-dominante es donde se encuentra mayor diferencia; en los otros dos factores, aunque exceden el 0.05 ligeramente se pueden tomar con reservas (Tabla 6).

Tabla 6
Prueba T, Gpo. Sano vs Gpo. Enfermo

Prueba de Muestras Independientes									
	Nivel de la Varianza		Prueba t para Igualdad de Medias					95% Dif. de Intervalo de Confiabilidad	
	F	Sig	t	df	sig (2 colas)	Diferencia Medias	Diferencia Desv. Estándar	Menor	Mayor
Autoconcepto Social	7.158	.011	-2.038	41	.048	-4.65	2.28	-9.25	-4.19
Autoconcepto Total	10.026	.003	-2.205	41	.033	-10.19	4.62	-19.53	-.86
Sumiso-Dominante	2.386	.130	-2.167	41	.036	-1.55	.71	-2.99	-.11
Sensibilidad dura-Blanda	1.567	.218	-1.883	41	.067	-.84	.45	-1.74	6.0
Dependencia-Independencia	1.866	.179	-1.890	41	.066	-.776	.411	-1.605	5.321

Aunque la distribución de los puntajes no cumple con los requisitos rígidos de la normalidad, el supuesto de la homogeneidad no estuvo presente; por lo tanto se procedió a hacer un análisis de varianza con la intención de hacerlo de manera exploratoria.

Tabla 7
Prueba Mann-Whitney, Gpo. Sano vs Gpo. Enfermo

ESTADISTICOS	Autoconcepto Social	Autoconcepto Total	Sumiso - Dominante
Mann-Whitney U	90.500	110.500	109.000
Wilcoxon W	156.500	176.500	175.000
Z	-2.543	-1.933	-1.894
Sig. (2-colas)	.011	.053	.058

La distribución de los puntajes no fue en todas las áreas normal, por lo que, a fin de complementar, se realiza un análisis con un estadístico no paramétrico para grupos independientes, éste bajo el supuesto de no existir una normalidad de los datos. La Prueba Mann-Whitney muestra diferencias en los rangos de cada uno de los grupos, encontrando significancia en las mismas áreas en comparación con la Prueba T para diseños no relacionados.

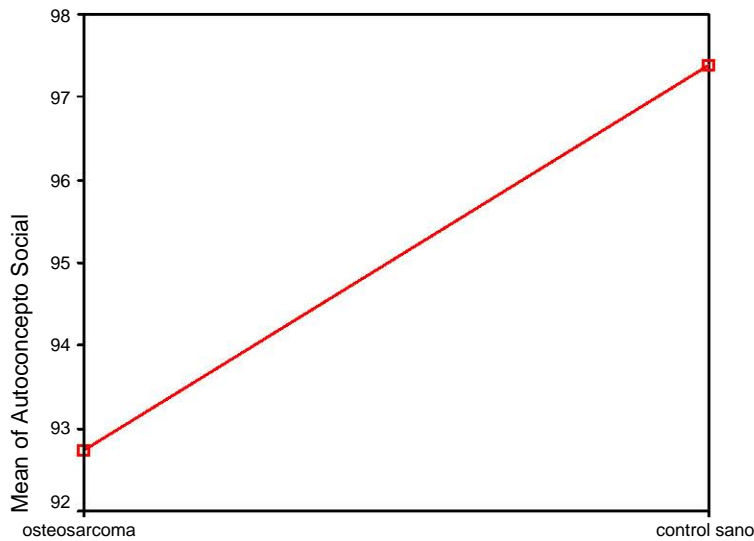
A continuación, por medio de un análisis de varianza ANOVA, se refuerzan los datos encontrados en el nivel anterior, en lo que se refiere al autoconcepto social y total. En el inventario de personalidad se vuelven a encontrar diferencias en las áreas, sobresaliendo Sumiso-Dominante (Tabla 8).

Tabla 8
Análisis de varianza ANOVA

		Suma de Cuadrados	df	Suma de Medias	F	Sig.
Autoconcepto Social	Entre Grupos	176.83	1	176.83	4.153	0.048
	Dentro de los Grupos	1745.682	41	42.578		
	Total	1922.512	42			
Autoconcepto Total	Entre Grupos	850.538	1	850.538	4.863	0.033
	Dentro de los Grupos	7171.136	41	174.906		
	Total	8021.674	42			
Sumiso - Dominante	Entre Grupos	19.552	1	19.552	4.695	0.036
	Dentro de los Grupos	170.727	41	4.164		
	Total	190.279	42			

A continuación se presentan, de forma gráfica, las diferencias encontradas en el análisis de varianza por cada una de las áreas que resultaron significativas.

Figura 7
Diferencias de medias Autoconcepto Social

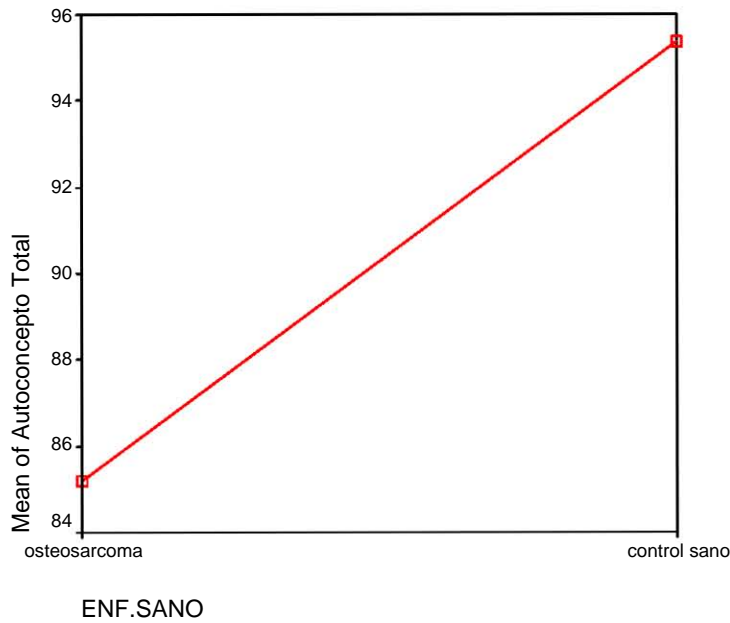


En la figura 7 podemos observar la diferencia significativa en las medias de puntaje con respecto al autoconcepto social en el grupo de osteosarcoma y control sano, es importante mencionar que se obtuvo una significancia de 0.048.

ENF.SANO

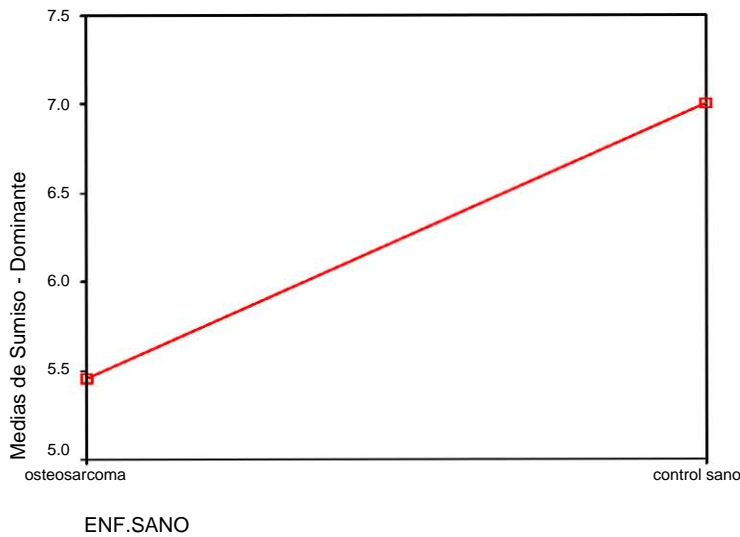
n = 43

Figura 8
Diferencia de medias Autoconcepto Total



n = 43

Figura 9
Diferencia de medias Sumiso-Dominante



n = 43

En la figura 8 se muestra el autoconcepto total y su diferencia en ambos grupos, la cual fue significativa con un 0.033, que comparada con la significancia anterior del autoconcepto social, el autoconcepto total denota mayor grado de diferencia y por lo tanto significancia.

Otras diferencias en el análisis de varianza lo representan las áreas del perfil de personalidad, en lo que respecta a sumiso-dominante, la **figura 9** muestra la diferencia de medias entre grupos, lo cual represento una significancia de 0.036.

Tabla 8

En lo que respecta a las Correlaciones de Pearson de las escalas tanto del AFA como del HSPQ, aplicados al Grupo de Osteosarcoma, se obtuvo la siguiente información:

CORRELACIONES PEARSON			
E S C A L A S		SIGNIF.	CORREL.
Autoconcepto Social	Autoconcepto Total	.001	.865
Autoconcepto Emocional	Autoconcepto Total	.001	.836
Autoconcepto Total	Sobrio / Entusiasta	.001	-.841
Despreocupado / Consciente	Ajuste / Ansiedad	.001	-.869
Seguro / Dubitativo	Sereno / Aprensivo	.001	.843
Calmoso / Excitable	Introverso / Extroverso	.002	-.815
Seguro / Dubitativo	Introverso / Extroverso	.002	-.821
Introversión / Extroversión	Calma / Excitabilidad	.003	-.803
Despreocupado / Consciente	Mas / Menos Integrado	.004	.794
Cohibido / Emprendedor	Relajado / Tenso	.005	-.722
Sereno / Aprensivo	Introverso / Extroverso	.005	-.772
Cohibido / Emprendedor	Ajuste / Ansiedad	.006	-.762
Cohibido / Emprendedor	Cohibido / Emprendedor	.007	-.759
Mas / Menos Integrado	Ajuste / Ansiedad	.007	-.755
Mas / Menos Integrado	Dependencia / Independencia	.007	-.756
Autoconcepto Social	Sobrio / Entusiasta	.008	-.746
Autoconcepto Académico	Ajuste / Ansiedad	.009	-.743
Relajado / Tenso	Ajuste / Ansiedad	.009	.744
Autoconcepto Familiar	Afectado / Estable	.010	.733
Autoconcepto Familiar	Ajuste / Ansiedad	.010	-.732
Autoconcepto Académico	Autoconcepto Total	.011	.729
Afectado / Estable	Sobrio / Entusiasta	.011	-.731
Afectado / Estable	Despreocupado / Consciente	.011	.727
Autoconcepto Familiar	Mas / Menos Integrado	.014	.714
Reservado Abierto	Sobrio / Entusiasta	.014	-.714
Sereno / Aprensivo	Calmoso / Excitable	.014	.714
Calmoso / Excitable	Sereno / Aprensivo	.016	.704
Edad	Sereno / Aprensivo	.018	-.692
Autoconcepto Familiar	Calmoso / Excitable	.028	-.656

Los valores altos de la tabla tanto positivos como negativos nos ofrece una visión para comprender mejor al adolescente con cáncer; una de escalas las más sobresalientes es Despreocupado-Consciente con Ajuste-Ansiedad, ésto es, que si existe un mayor ajuste al tratamiento oncológico, estará más consciente de su situación; en el siguiente capítulo se describe de forma más general el resultado obtenido, mostrando, de algún modo, las áreas de oportunidad en las que se puede trabajar con estos pacientes.

7.- CONCLUSIONES

La muestra estuvo conformada por 11 pacientes del Instituto Nacional de Pediatría, provenientes de diferentes poblaciones de la República y 32 adolescentes de la Ciudad de México que formaron el grupo control sano.

De acuerdo con la Prueba T realizada para el AFA, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas principalmente en las escalas Social y Total de la prueba; al realizar el análisis comparativo de los perfiles de autoconcepto se hizo evidente que en la mayoría de los casos, los adolescentes del control sano se encuentran por arriba en lo concerniente al autoconcepto y que los adolescentes con diagnóstico de osteosarcoma muestran tener un autoconcepto más bajo.

Al comparar las esferas en las que se ve más afectado el autoconcepto, se distingue que la diferencia más marcada se presenta en las áreas Social y Emocional; es posible que los cambios físicos y sociales que el adolescente enfermo experimenta en el transcurso de su padecimiento, así como el prolongado aislamiento hospitalario derivado del tratamiento, lo orille a separarse de las redes sociales que puedan darle contención emocional durante sus crisis y desvalorizar su imagen y autoestima.

En lo que respecta al perfil de personalidad, la prueba también arrojó diferencias entre ambos grupos, mostrando que los factores de personalidad son diferentes en los adolescentes con diagnóstico de osteosarcoma en comparación con controles sanos. De estas diferencias, se destacan las siguientes:

De acuerdo con los resultados de la prueba HSPQ aplicada a ambos grupos, se observa que los adolescentes con osteosarcoma son más excitables ante estímulos externos, reaccionando ante provocaciones en mayor medida que los adolescentes sanos, suelen ser más sumisos cediendo y obedeciendo ante los requerimientos que debe cumplir, lo cual puede ocurrir inclusive en el ámbito médico, social y familiar. Existe una ligera despreocupación en el grupo sano en comparación con el grupo enfermo, los cuales se ven sometidos más fácilmente a reglas; estas características pudieran ser esperadas si tomamos en cuenta que por su condición de salud se ve obligado a estar más estático que un adolescente sano.

Otra característica importante del grupo enfermo es que suelen ser más sensatos con respecto a los valores aprendidos, son más sensibles y tímidos, conduciéndose generalmente con inseguridad y preocupación; de igual forma presentan más irritabilidad, ansiedad y depresión ante situaciones estresantes y con frecuencia siguen sus propias necesidades, descuidando por ende las reglas sociales.

Es posible que por insatisfacción de algún tipo con respecto a la vida o al logro de objetivos, el grupo enfermo presente mayor ansiedad, actuando de forma inhibida y reservada en lo que respecta al contacto personal; suelen mostrar más dependencia y pasividad, dejándose llevar en ocasiones por el grupo, probablemente buscando apoyo y, de esta forma, disminuir la ligera frustración, irritabilidad y/o mal humor que presenta a menudo y que afecta directamente su sociabilidad.

En lo que corresponde a los adolescentes sanos con respecto a la prueba HSPQ, se hace evidente que suelen ser más estables y mejor adaptados en sus relaciones sociales, mostrándose más tolerantes a la frustración y logrando un adecuado control emocional. Habitualmente, reaccionan más cautos ante situaciones estresantes y suelen ser más obstinados, atrevidos y espontáneos, lo cual es una característica que se espera encontrar en la adolescencia.

El grupo sano se conduce con más libertad que el grupo enfermo; aparentemente cuentan con un mejor control emocional y muestran estar más conformes con lo relativo a su autoimagen, actuando de forma tranquila y libre de frustraciones y con una actitud positiva ante la vida, viéndola como gratificante o con oportunidades importantes, lo cual les motiva a ser emprendedores y con iniciativa propia.

Es esencial hacer referencia que los adolescentes con osteosarcoma, a pesar de estar en la media de las escalas en el HSPQ, muestran un aplanamiento emocional en los siguientes factores: Reservado – Abierto, Emocionalmente Afectado – Estable, Calmoso – Excitable, Sumiso – Dominante, Sobrio – Entusiasta, Despreocupado – Consciente; si se comparan estas características encontradas con las del grupo sano, las cuales se pueden apreciar en la Figura 6, me llevan a pensar que aunque existe una estabilidad en los pacientes con respecto a estas áreas del instrumento, se esperaría que por el rango de edad y las características propias de esta etapa del desarrollo, los resultados de la

evaluación estuvieran fuera del promedio general de la gráfica; esto ofrece la posibilidad de considerar que el adolescente enfermo muestra una gran necesidad de apoyo y contención para poder salir adelante ante este padecimiento y los estragos que el tratamiento mismo puede afectar en ellos.

Con los resultados presentados, se concluye que la hipótesis planteada tanto para autoconcepto como para personalidad es aceptada, ya que se demostró que el grupo de adolescentes con osteosarcoma presentaron un Autoconcepto inferior en comparación con los controles sanos. Asimismo, se evidenció que existen diferencias con respecto a la personalidad entre ambos grupos.

8.- LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Al estar el cáncer constituido por un grupo heterogéneo de enfermedades con etiología, tratamiento y pronóstico diferente, los investigadores se han enfocado a realizar investigaciones con respecto a los tratamientos y sus repercusiones, pero aunque a nivel mundial cada vez surgen avances para el tratamiento integral del paciente oncológico, no existen investigaciones que nos puedan ayudar a comprender más a fondo la problemática emocional del paciente con osteosarcoma, es posible que se deba a la pobre presentación de casos por cada Unidad Hospitalaria; es necesario que se realice una investigación con muestras mayores, las cuales nos arrojen información más certera con respecto a las repercusiones psicológicas y emocionales que produce en el paciente un tumor en las extremidades o más aún, cuando se enfrentan a una cirugía radical.

La falta de información de esta enfermedad repercute en la prevención y temprana atención del paciente, quien es canalizado para atención médica cuando el tumor se encuentra en un estado avanzado, disminuyendo con esto la posibilidad de prestar una atención psicológica oportuna tanto al paciente como a la familia y prepararlos para enfrentarse a las afecciones que el tratamiento conlleva, inclusive el enfrentarse a una cirugía radical, la cual puede traerle deficiencia en la autoestima, marginación social, aislamiento, etc.

En mi experiencia personal, observé el debilitamiento físico y los trastornos emocionales a los que se enfrenta en general el paciente, provocando desequilibrio en el sistema familiar tanto física, como emocional y económicamente, llegando incluso al rompimiento de la pareja o al abandono del tratamiento del paciente.

El tratamiento debería incluir la atención psico-oncológica tanto del paciente como de la familia en el cuidado rutinario del programa de atención. Es importante que el equipo de apoyo cuente con una preparación profesional enfocada a la intervención de este tipo de pacientes, pues es necesario prevenir problemas de tipo psicológico que surgen al momento del diagnóstico, proporcionando así una evaluación e intervención temprana, evitando que su salud mental se vea mermada junto con el tratamiento, pronóstico y efectos secundarios relacionados con la enfermedad. Con frecuencia muchos pacientes

son remitidos por problemas de ajuste, negándose a cooperar con el tratamiento; por tal razón debe haber un trabajo de colaboración entre el psicólogo y el oncólogo.

Es necesario que el área de psico-oncología explique tanto al niño como a la familia el curso del tratamiento, se debe averiguar si la familia y el niño entienden el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, tomando en cuenta que cada paciente es diferente y proviene de diferentes estratos sociales, con historias y problemáticas familiares diversas; por lo que dentro del manejo del paciente se debe proponer una evaluación enfocada al nivel de desarrollo del paciente, el entendimiento de la enfermedad, reacciones a la enfermedad y tratamiento, funcionamiento intelectual, coordinación, discurso, pensamiento, percepción y estado emocional; los resultados suelen ser útiles en el manejo del dolor o para el logro de una adaptación con respecto a sentimientos, problemas de sueño y de alimentación.

En mi opinión, se debe realizar una evaluación pre y post operatoria la cual nos arroje más información con respecto a los cambios que estos adolescentes sufren al someterse a un tratamiento tan severo.

El generar soluciones alternas que ayuden tanto al paciente como a la familia a enfrentar esta gama de vicisitudes puede ser de vital importancia y beneficio para reafirmar la actitud del paciente ante esta enfermedad, aumentando sus expectativas, autoestima y recuperación física y psicológica.

Se debe tener en cuenta que el enfermo de cáncer ya no es siempre un enfermo incurable, pues cada vez son más las oportunidades de salvar o al menos prolongar su vida, convirtiéndose así en un enfermo crónico en la mayoría de los casos y, como tal, debe aprender a vivir con su enfermedad.

Se requiere crear conciencia de la necesidad de atención psico-oncológica enfocada a este tipo de pacientes, pues la terapia y rehabilitación son indispensables para incorporarlos a una vida más plena y satisfactoria, coadyuvando con nuestro apoyo a u mejorar su calidad de vida y hasta favorecer su actitud con respecto a su propio proceso de curación y optimizar los resultados de su tratamiento.

9.- REFERENCIAS

- ψ Allport, G. (1966). La Personalidad. Su Configuración y su Desarrollo. Barcelona: Herder.
- ψ Almanza-Muñoz, J.J. (2001). "El Abordaje Psicosocial e Integral del Paciente con Cáncer". Revista de Neurología , Neurocirugía y Psiquiatría. Número especial 1994-2001, Pág. 35.
- ψ Alvarez, B. (1995); Estudio Comparativo del Autoconcepto en un Grupo Homosexual y un Grupo Heterosexual. Tesis de Licenciatura. UNAM.
- ψ Anastasi, A (1973). Psicología Diferencial. Madrid: Aguilar.
- ψ Aramburu, M. & Guerra, J. (2001). Autoconcepto, Dimensiones, Origen, Funciones, Incongruencias, Cambios y Consistencia. Volumen 2. España: Interpsiquis.
- ψ Association of Cancer Online Resources. (2004). Complicaciones orales de la quimioterapia y la radioterapia a la cabeza y cuello. Recuperado en Diciembre de 2004 de www.acor.org.
- ψ Bibace y Walsh (1980); citado en Holland, J.C. & Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York: Oxford University Press.
- ψ Bolívar, Y. (1997). La Adolescencia. Recuperado en Marzo de 2005 de www.monografias.com.
- ψ Buss, D. M. (1989); citado en Pervin L. (1996). La Ciencia De La Personalidad. Madrid: McGraw Hill.
- ψ Castellanos, A. (2006); "Osteosarcoma". En: Rivera, R. (2006); Hemato-Oncología Pediátrica, Principios Generales; México: ETM.
- ψ Cattell R. B. y Cattell M. D.; (6ª Edición, 1995) Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (HSPQ). Madrid: TEA.
- ψ Chamorro, E. (2002). Psicología Evolutiva: Infancia Intermedia. Recuperado en Febrero de 2005 de www.psicooactiva.com.
- ψ Clerici, Ferrari, Lusch, Casanova, Massimino, Cefalo, et. al. (1990); Clinical Experience With Psychological Aspects In Pediatric Patients Amputated For Malignancies. Recuperado en Febrero de 2004 de www.pubmed.gov.
- ψ Compas, B.E. y Gotlib, I.H. (2003). Introducción a la Psicología Clínica; México: McGrawill
- ψ Connell,H.M. (1985). Essentials of Child Psychiatry. (2da. ed.). London: Blackwell Scientific Publications.
- ψ D'Angelo, G. (1998); Enciclopedia de la Adolescencia (Tomo 1); Barcelona: Océano.
- ψ Dana, R.H. (1966). Teoría y Práctica de la Psicología Clínica. Buenos Aires: Paidós
- ψ Delval, J. (1994). El Desarrollo Humano. Madrid: Siglo XXI.

- ψ Die Trill, M. (2003); Psico-Oncología; Madrid: Ades Ediciones.
- ψ Dorta, C.A. (S/A); Tipología y Personalidad. Recuperado en Agosto de 2005 de www.informacion-util.com.
- ψ Erickson (1968), citado en Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York; Oxford University Press.
- ψ Felder, Formann, Mildner, Brestschneider, Bucher, Windhager, et. al. (1997); Quality Of Life And Psychosocial Adjustment Of Young Patients After Treatment Of Bone Cancer. Recuperado en Febrero de 2004 de www.pubmed.gov.
- ψ Foucault, M. (1976). Historia de la Locura en la Época Clásica. México: Fondo de Cultura Económica.
- ψ Foucault, M. (2002). La Hermenéutica del Sujeto. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- ψ Fromm, E. (2003). Ética y Psicoanálisis. (21ª reimp.). México: Fondo de Cultura Económica.
- ψ Gimeno, J. (1976). Autoconcepto, Sociabilidad y Rendimiento escolar. (Instituto Nacional De Ciencias De La Educación). Recuperado en Enero de 2005 <http://www.mundogar.com/ideas/ficha.asp>.
- ψ Gispert, C. (1982); "La Adolescencia. Enciclopedia de la Psicología (Tomo 3); Barcelona: Océano.
- ψ Gómez S. M. (1996). ¿Cómo Dar Malas Noticias en Medicina? (1ª. Ed). Madrid: Arán Ediciones.
- ψ González, M.C. y Tourón, J. (1992). Autoconcepto y Rendimiento Escolar. Pamplona: Eunsa.
- ψ Harter, S. (1990). Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. En A. M. La Greca. (Ed.). Through the eyes of the child: obtaining self-reports from children and adolescents. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- ψ Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998); Metodología de la investigación. México: Editorial McGraw Hill.
- ψ Hoffman, Becker y Gabriel (1976) citado en: Holland, J.C. & Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York: Oxford
- ψ Kalish, R. (1983). La Vejez: Perspectivas sobre el Desarrollo Humano. inops: Pirámide.
- ψ Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1999). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. (8ª Ed.). España: Panamericana.
- ψ Kolb, L.C. (1983). Psiquiatría Clínica Moderna. (6ª. Ed.) México. La Prensa Médica Mexicana.
- ψ Lidz, T. (1983). The Person. (revised edition). New York: Basic Books.
- ψ Martínez, A. (1994). Osteosarcoma. En: L. R. Rivera. Diagnóstico del Niño con Cáncer. España: Mosby/Doyma Libros.

- ψ Martínez, I. (2004). El Concepto de Adolescencia. Recuperado en Septiembre de 2004 de http://sepiensa.org.mx/contenidos/2005/f_micro_adoles/f_cambioadolesc/cambio_1.htm.
- ψ Meneses, E. (1970). Psicología General. (3ª Ed.). México: Porrúa.
- ψ Money y Clopper (1974), citado en Holland, J.C. & Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York: Oxford University Press.
- ψ Musitu, G.; García, F. y Gutiérrez, M.; (1994) Autoconcepto, Forma - A (AFA) (2ª. Ed). Madrid: TEA.
- ψ Nir, (1981) citado en: Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York: Oxford University Press.
- ψ Oñate, M.P. (1989). El Autoconcepto, Formación Medida e Implicaciones de la Personalidad. Madrid: Narcea.
- ψ Palma, Z. (1999). Adolescentes. Recuperado en Octubre de 2004 de www.muieresaloeeste.org.ar/adolesc/adolesc1.html.
- ψ Papalia, D. y Wendkos O.S. (1992). Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. (5a. ed.). México: Mc Graw Hill.
- ψ Papalia, E. D. (1998). Psicología del Desarrollo. México: McGraw-Hill.
- ψ Ponce, A. (1990). Ambición y Angustia de los Adolescentes. Argentina: Losada.
- ψ Pueyo, A. (1996). Manual de Psicología Diferencial. Madrid: McGraw-Hill.
- ψ Rappoport, L. (1986); citado en: Oñate, M.P.(1989). El Autoconcepto, Formación Medida e Implicaciones de la Personalidad. Madrid: Narcea.
- ψ Reyes, B. (2005). (Universidad Interamericana De Puerto Rico - Recinto De Ponce). Teoría Psicoanalítica. Recuperado en Mayo de 2005; de http://ponce.inter.edu/acad/cursos/peg/iacg2040/An_lisis.htm.
- ψ Richardson, L. R. (1990). Psychiatry and you. (4ª. ed.). New York: Basic Books.
- ψ Rivera, R. (1994); Diagnóstico del Niño con Cáncer; España: Mosby/Doyma Libros.
- ψ Rivera, R. (2007); El Niño con Cáncer, los Padecimientos más comunes para el Médico no Especialista; México: ETM.
- ψ Rowland, J.H. (1989); "Developmental Satage and Adaptation: Child and Adolescent Model. En: Holland, J.C. & Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York: Oxford University Press.
- ψ Schneider, Cannon, Biggs y Blunn (1997); Stanmore Custom-Made Extendible Distal Femoral Replacements. Clinical Experience In Children With Primary Malignant Bone Tumours. Recuperado en Febrero de 2004 de www.pubmed.gov.
- ψ Schowaiter (1977); citado en: Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York: Oxford

- ψ Schweisguth, (1982);. citado en: Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York: Oxford
- ψ Silberfarb (1983) citado en: Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York: Oxford University Press.
- ψ Taylor, K. (2001); Las Enfermedades de los Huesos (University of Utah Health Sciences Center); Recuperado en Marzo de 2003, de <http://uuhs.c.utah.edu/healthinfo/spanish/bone/osteosar.htm>
- ψ Tyler,L. (1978); Psicología de las Diferencias Humanas; Madrid: Marova
- ψ Valdes, M. (1991); citado en : Alvarez, B. (1995); Estudio Comparativo del Autoconcepto en un Grupo Homosexual y un Grupo Heterosexual. Tesis de Licenciatura. UNAM
- ψ Valentíni, R. (2004); Etimologías; Recuperado en Octubre de 2004 de www.psicologialatina.com
- ψ Vernick y Karon (1965); citado en: Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York: Oxford University Press.
- ψ Woodruff, R. (1998); Dolor por Cáncer; México: Medigraphic Editores.
- ψ Woolfolk, A. (1996); Psicología Educativa, (6ª. Ed.); México: McGraw Hill.
- ψ Zeltzer, L.K. (1980); citado en: Rowland, J.H. (1989); "Handbook of Psychooncology" Psychological Care of the Patient with Cancer; New York: Oxford University Press.



A n e x o s



HSPQ

No escribas nada en
este Cuadernillo

Marca las contestaciones
en la Hoja de respuestas

INSTRUCCIONES

En esta prueba vas a encontrar una serie de frases y preguntas sobre lo que te interesa, te gusta o te desagrada. Tu tarea consiste en leer cada una de las preguntas y marcar tu contestación en la Hoja de respuestas.

Después de cada pregunta hay tres posibles respuestas precedidas de las letras A, B y C. Fijate en los siguientes ejemplos para que comprendas mejor lo que tienes que hacer; léelos y marca tu contestación en la Hoja de respuestas, en el espacio destinado a los ejemplos:

EJEMPLO X: ¿Qué preferirías hacer?

A. visitar un zoo B. no estoy seguro C. viajar en un avión

En el ejemplo X, si te gusta más "visitar un zoo" debes marcar la letra A en la Hoja de respuestas. Si prefieres "viajar en un avión", tienes que marcar la letra C. En las preguntas de este tipo, la letra B deberás marcarla sólo cuando te resulte **absolutamente imposible** decidirte entre las respuestas A o C. Como puedes ver, en estos casos, **ordinariamente** no hay respuestas correctas o equivocadas; cada persona tiene una forma de ser diferente de los demás; por eso, tú tienes que elegir la respuesta que corresponda más a tu manera de ser o de actuar. Siempre puedes hallar una respuesta que se ajuste un poco mejor a tu caso; por eso, **no dejes ninguna pregunta sin contestar.**

Algunas frases, como el ejemplo Y que viene a continuación, sí tienen una respuesta correcta, y sólo una, de las tres posibles que se presentan (A, B o C). Haz el ejemplo Y y contesta en la Hoja.

EJEMPLO Y: ¿Cuál de las palabras tiene menos relación con las demás: verde, rojo, grande, amarillo?

A. verde B. grande C. amarillo

En este cuadernillo vas a encontrar preguntas parecidas a las de arriba. Al contestarlas, debes tener en cuenta estos tres puntos:

1. Contesta las preguntas con franqueza y con sinceridad. Perderías el tiempo dedicado a esta prueba, si falseas las respuestas para contestar lo que, según la gente, sería "la respuesta más bonita".
2. Contesta las preguntas lo más rápidamente posible. No emplees demasiado tiempo en pensar cada una de ellas. Algunas preguntas se pueden parecer a otras; sin embargo, no hay dos preguntas iguales.
3. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Aunque algunas veces te parezca que la frase no tiene aplicación para tí, no obstante trata de contestarla lo mejor posible.

Es muy importante que comprendas bien lo que debes hacer. Si tienes alguna dificultad, pregunta ahora.

Si te equivocas, borra la señal que habías hecho y marca la respuesta que consideres correcta.

Ten cuidado de que el número de cada pregunta coincida con el número correspondiente que marcas en la Hoja de respuestas; de lo contrario, todo estaría mal.

Tienes todo el tiempo que necesites para realizar esta prueba; no obstante, trabaja de prisa, sin detenerte demasiado en ninguna respuesta.

NO PASES A LA PAGINA SIGUIENTE HASTA QUE TE LO INDIQUEN

1. En una salida al campo, te gusta más
 - A. *explorar el bosque en solitario*
 - B. *no estás seguro*
 - C. *jugar alrededor del fuego con los demás*
2. «Arreglar» significa lo mismo que
 - A. *reparar*
 - B. *curar*
 - C. *poner parches*
3. Cuando cometes una estupidez, ¿te sientes tan mal que deseas que te trague la tierra?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
4. ¿Puedes trabajar intensamente en algo sin que te moleste que haya mucho ruido a tu alrededor?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
5. Si tienes ideas distintas de las de tus amigos, ¿te callas que las tuyas son mejores para no herir sus sentimientos?
 - A. *sí*
 - B. *algunas veces*
 - C. *no*
6. ¿Te parece que muchas normas y reglas son estúpidas y pasadas de moda?
 - A. *sí, y, si puedo, no las tengo en cuenta*
 - B. *no estoy seguro*
 - C. *no, la mayoría son necesarias y hay que obedecerlas*
7. ¿Cuál de las descripciones siguientes indica mejor cómo eres tú?
 - A. *un líder responsable*
 - B. *término medio*
 - C. *simpático y físicamente bien parecido*
8. ¿Algunas veces, antes de una gran fiesta o excursión, te parece que no estás demasiado interesado en ir?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
9. Cuando con razón te enfadas con otros, ¿te parece que tienes derecho a gritarles?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
10. Cuando tus compañeros de clase te gastan una broma, ¿ordinariamente te diviertes tanto como los demás, sin sentirte molesto?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
11. ¿Puedes permanecer animado, incluso cuando las cosas van mal?
 - A. *sí*
 - B. *no estoy seguro*
 - C. *no*
12. ¿Intentas estar tan al día como tus compañeros de clase en lo que está de moda?
 - A. *sí*
 - B. *algunas veces*
 - C. *no*
13. ¿Qué preferirías ser?
 - A. *un actor de televisión que viaja*
 - B. *no estoy seguro*
 - C. *un médico*
14. ¿Te parece que la vida transcurre más agradable y satisfactoria para tí que para muchos otros?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
15. En una discusión en grupo, ¿te gusta decir lo que piensas?
 - A. *sí*
 - B. *algunas veces*
 - C. *no*
16. «Verdad» es lo opuesto de
 - A. *fantasía*
 - B. *mentira*
 - C. *negación*
17. ¿Te resulta fácil guardar un secreto emocionante?
 - A. *sí*
 - B. *algunas veces*
 - C. *no*
18. Cuando algo sale completamente mal, ¿te enfadas mucho con otros antes de pensar qué es lo que puede hacerse?
 - A. *con frecuencia*
 - B. *algunas veces*
 - C. *casi nunca*
19. ¿Ordinariamente pides que alguien te ayude cuando tienes un problema difícil?
 - A. *casi nunca*
 - B. *algunas veces*
 - C. *con frecuencia*
20. ¿Evitas penetrar en cuevas estrechas o escalar lugares altos?
 - A. *sí*
 - B. *algunas veces*
 - C. *no*
21. ¿Pides consejo a tus padres sobre lo que te conviene hacer en el colegio?
 - A. *con frecuencia*
 - B. *algunas veces*
 - C. *casi nunca*
22. ¿Puedes hablar a un grupo de extraños sin titubear nada o sin encontrar dificultad en decir lo que quieres?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
23. ¿Te molesta cierta clase de películas?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
24. ¿Hay ocasiones en las que piensas: «las personas son tan poco responsables que no se puede confiar ni siquiera en que se preocupen de su propio bien»?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
25. ¿Piensas algunas veces que vales poco y que no haces nada que merezca la pena?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
26. En general, ¿los demás tienen más amigos que tú?
 - A. *sí*
 - B. *no estoy seguro*
 - C. *no*
27. ¿Dicen los demás que se puede contar siempre contigo para hacer las cosas con exactitud y como es debido?
 - A. *sí*
 - B. *quizás*
 - C. *no*
28. ¿Tienes dificultad en recordar un chiste de otro con los suficientes detalles como para contarlo tú mismo?
 - A. *sí*
 - B. *algunas veces*
 - C. *no*

PASA A LA PAGINA SIGUIENTE

29. ¿Has disfrutado actuando en obras de teatro, tales como comedias escolares?
A. *si* B. *no estoy seguro* C. *no*
30. «Firme» es lo opuesto de
A. *enfermo* B. *blando* C. *inseguro*
31. Cuando decides hacer algo
A. *piensas que tal vez después quieras cambiar de opinión*
B. *término medio*
C. *estás seguro de que te sientes satisfecho de tu decisión*
32. Si tus compañeros de clase prescinden de ti en un juego
A. *crees que es simplemente una casualidad*
B. *término medio*
C. *te sientes herido y te enfadas*
33. Cuando termines tus estudios, ¿qué te gustaría más?
A. *hacer algo con lo cual consigas que la gente esté contenta contigo, aunque seas pobre*
B. *no estoy seguro*
C. *ganar mucho dinero*
34. Cuando hace falta, ¿puedes demostrar, delante de todos, lo bien que puedes hacer las cosas?
A. *si* B. *quizás* C. *no*
35. ¿Te gusta decir a otros que sigan las normas y reglas adecuadas?
A. *si* B. *algunas veces* C. *no*
36. ¿Te sientes herido fácilmente en tus sentimientos?
A. *si* B. *quizás* C. *no*
37. ¿Te gustaría más contemplar un combate de boxeo que una bella danza?
A. *si* B. *quizás* C. *no*
38. Si alguien no se ha portado bien contigo, ¿vuelves a confiar en él enseguida y le concedes otra oportunidad?
A. *si* B. *quizás* C. *no*
39. ¿Crees que las cosas te van saliendo bien y que haces todo lo que se puede esperar de ti?
A. *si* B. *quizás* C. *no*
40. Cuando un grupo de personas está haciendo algo, ordinariamente,
A. *tomas parte activa en lo que hacen*
B. *término medio*
C. *te limitas a observar*
41. ¿Te gustaría ser tan bien parecido que la gente se fijara en tí dondequiera que fueras?
A. *si* B. *quizás* C. *no*
42. Cuando estás leyendo una historia de aventuras
A. *disfrutas simplemente de la historia a medida que se desarrolla*
B. *no estás seguro*
C. *te preocupa si la historia va a tener un final feliz*
43. ¿Te sienta mal que los demás usen tus cosas sin pedirte permiso?
A. *si* B. *quizás* C. *no*
44. «Rico» es a «dinero» como «triste» es a
A. *desgracia* B. *lágrimas* C. *noche*
45. ¿Entiendes perfectamente lo que lees en el colegio?
A. *si* B. *ordinariamente* C. *no*
46. ¿Dicen que algunas veces eres excitable y un «cabeza de chorlito», aunque creen que eres una buena persona?
A. *si* B. *quizás* C. *no*
47. Cuando vas en autobús o tren, hablas
A. *en tu tono de voz ordinario*
B. *término medio*
C. *lo más bajo posible*
48. ¿Qué preferirías ser?
A. *la persona más popular del colegio*
B. *no estoy seguro*
C. *el alumno con mejores notas*
49. Si todos estuvieran haciendo algo que tú crees que está mal
A. *harías lo que hacen todos*
B. *no estás seguro*
C. *harías lo que tú crees que se debe hacer*
50. ¿Puedes trabajar bien, sin sentirte incómodo, cuando otras personas te están mirando?
A. *si* B. *quizás* C. *no*
51. En una obra de teatro, ¿te gustaría más hacer el papel de profesor famoso de arte que el de pirata despiadado?
A. *si* B. *quizás* C. *no*
52. ¿Cómo preferirías emplear tu tiempo libre?
A. *por tu cuenta, con un libro o con una colección de sellos*
B. *no estoy seguro*
C. *trabajando bajo la dirección de otros en una actividad de grupo*
53. ¿Te resulta difícil actuar o ser como otras personas esperan que seas?
A. *si* B. *no estoy seguro* C. *no*
54. ¿Tienes a permanecer callado cuando sales con un grupo de amigos?
A. *si* B. *algunas veces* C. *no*
55. Cuando algo te molesta mucho, ¿qué crees que es mejor?
A. *intentar no tenerlo en cuenta hasta que estés tranquilo*
B. *no estás seguro*
C. *desahogarte explotando*
56. ¿Te molesta tener que permanecer sentado sin moverte, esperando a que comience algo?
A. *si* B. *término medio* C. *no*

PASA A LA PAGINA SIGUIENTE

57. En el baile o en la música, ¿aprendes fácilmente un ritmo nuevo?
A. *sí* B. *algunas veces* C. *no*
58. «Correr» es a «jadeo» como «comer» es a
A. *ejercicio* B. *indigestión* C. *alimento*
59. Cuando la tiza chirría en la pizarra, ¿te da «dentera»?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
60. Cuando las cosas van mal y te contrarían, crees que hay que
A. *simplemente sonreír*
B. *término medio*
C. *armar un alboroto*
61. ¿Hay ocasiones en que te sientes tan contento que tienes ganas de cantar y gritar?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
62. ¿En un grupo de personas, eres generalmente el que cuenta chistes y cosas graciosas?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
63. Cuando tienes tareas para hacer en casa
A. *muchas veces no las haces*
B. *término medio*
C. *siempre las realizas a su debido tiempo*
64. Cuando se discute algo en clase, ¿tienes algo que decir?
A. *casí nunca*
B. *de vez en cuando*
C. *siempre*
65. ¿Qué materias preferirías estudiar?
A. *matemáticas*
B. *no estoy seguro*
C. *un idioma extranjero o arte dramático*
66. Cuando estás en un grupo, pasas más tiempo
A. *disfrutando de la amistad*
B. *término medio*
C. *observando lo que ocurre*
67. ¿Te atreves siempre a decir cuáles son tus verdaderos sentimientos, por ejemplo, si estás cansado o aburrido?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
68. Si te encontraras una tarde sin tener nada que hacer
A. *llamarías a algunos amigos para pasar el rato*
B. *no estás seguro*
C. *leerías un buen libro o emplearías el tiempo haciendo algo que te gusta*
69. ¿Algunas veces dices tonterías sólo para ver lo que dirán los demás?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
70. Cuando se aproxima algo importante, tal como un examen o un gran partido,
A. *estás muy tranquilo y relajado*
B. *término medio*
C. *te pones muy tenso y preocupado*
71. ¿Haces todo lo que puedes por evitar los autobuses y calles desbordantes de gente?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
72. Si la madre de Juana es la hermana de mi padre, ¿cuál es el parentesco del padre de Juana con mi hermano?
A. *primo* B. *abuelo* C. *tío*
73. ¿Te has llevado siempre muy bien con tus padres, hermanos y hermanas?
A. *sí* B. *término medio* C. *no*
74. ¿A menudo recuerdas las cosas de distinto modo que otros y no llegáis a un acuerdo sobre lo que sucedió realmente?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
75. ¿Qué preferirías ser?
A. *arquitecto de casas y parques*
B. *no estoy seguro*
C. *cantante o miembro de un conjunto de baile*
76. Cuando estés preparado para comenzar a trabajar, te gustaría tener una profesión que
A. *sea estable y segura, aunque requiera trabajar mucho*
B. *no estoy seguro*
C. *requiera mucha variación y reuniones con personas alegres*
77. ¿Sueles hablar de tus actividades con tus padres?
A. *sí* B. *algunas veces* C. *no*
78. En clase, ¿te pones de pie delante de todos, sin mostrarte nervioso e incómodo?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
79. ¿Dónde prefieres pasar una tarde libre?
A. *donde haya cuadros artísticos o jardines*
B. *no estoy seguro*
C. *en una competición de tiro de pichón*
80. ¿Has pensado alguna vez qué harías si fueras la única persona que quedase en el mundo?
A. *sí* B. *no estoy seguro* C. *no*
81. Cuando las cosas van muy bien
A. *casí «saltas de alegría»*
B. *no estás seguro*
C. *te sientes bien interiormente y aparentas estar tranquilo*
82. ¿Qué preferirías ser?
A. *constructor de puentes*
B. *no estoy seguro*
C. *miembro de un circo ambulante*
83. ¿Sugieres alguna vez al profesor algún tema nuevo para tratarlo en la clase?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
84. Si alguien pone música ruidosa mientras estás intentando trabajar, ¿necesitas marcharte a otro sitio?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*

PASA A LA PAGINA SIGUIENTE

85. Al hablar con tus compañeros de clase, ¿te disgusta decirles tus sentimientos más íntimos?
A. *sí* B. *algunas veces* C. *no*
86. «Habitualmente» significa lo mismo que
A. *algunas veces* B. *siempre* C. *generalmente*
87. ¿Haces con frecuencia grandes planes y te entusiasmas con ellos, pero después te das cuenta de que no pueden salir bien?
A. *sí* B. *algunas veces* C. *no*
88. Si por casualidad, cuando estás haciendo algo, rompes o estropeas alguna cosa, ¿mantienes la calma a pesar de todo?
A. *sí* B. *quizás* C. *no, me pongo furioso*
89. Si se te escapa «algo fuera de lugar», cuando estás con otros, ¿te sientes incómodo durante mucho tiempo y te cuesta olvidarlo?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
90. ¿Te gusta hacer cosas muy inesperadas y que sorprendan a los demás?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
91. ¿Gastas en divertirte la mayor parte del dinero que te dan, en lugar de ahorrar para futuras necesidades?
A. *sí* B. *término medio* C. *no*
92. Te calificarías como una persona
A. *inclinada a cambios de estado de ánimo*
B. *término medio*
C. *sin altibajos en el estado de ánimo*
93. ¿Cómo prefieres pasar una tarde junto a un lago?
A. *viendo una peligrosa competición de motoras*
B. *no estoy seguro*
C. *paseando por su bella orilla con un amigo*
94. En un grupo que quiere hacer algo, ¿qué te crea más problemas?
A. *decir: «¡vamos a ello!»*
B. *no estoy seguro*
C. *decir: «prefiero no participar»*
95. ¿Aprendes con rapidez nuevos juegos?
A. *sí* B. *término medio* C. *no*
96. Como a la mayoría de la gente, ¿te asustan algo los truenos y relámpagos?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
97. ¿Cómo preferirías emplear el tiempo libre entre las clases de mañana y de tarde?
A. *jugando una partida*
B. *no estoy seguro*
C. *haciendo una tarea escolar atrasada*
98. Cuando no juegas bien en un partido importante,
A. *dices: «esto no es más que un juego»*
B. *no estás seguro*
C. *pierdes la calma y te enfadas contigo mismo*
99. Cuando vas a entrar en un grupo nuevo
A. *enseguida crees que conoces a todos*
B. *término medio*
C. *tardas mucho tiempo en llegar a conocerlos*
100. La abuela de la hija de la hermana de mi hermano es mi
A. *madre* B. *cuñada* C. *sobrina*
101. ¿Estás casi siempre contento?
A. *sí* B. *término medio* C. *no*
102. ¿Alguna vez te has sentido descontento del colegio y has pensado: «Apuesto que podría hacerlo mejor que los profesores»?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
103. ¿Sobre qué tema te gustaría más leer?
A. *cómo ganar en el fútbol*
B. *no estoy seguro*
C. *cómo ser amable con todos*
104. Si tuvieras oportunidad de realizar una aventura original, pero también peligrosa,
A. *probablemente no la harías*
B. *no estás seguro*
C. *ciertamente la harías*
105. ¿Se interponen otros en tus asuntos con frecuencia?
A. *sí* B. *término medio* C. *no*
106. ¿Con qué frecuencia sales o participas en actividades con un grupo de amigos?
A. *muy a menudo* B. *algunas veces* C. *casi nunca*
107. ¿Qué preferirías en una tarde espléndida?
A. *una carrera de coches*
B. *no estoy seguro*
C. *un concierto musical al aire libre*
108. Cuando eras más pequeño, creías que la gente iba a ser
A. *más amable y atenta de lo que es*
B. *no estoy seguro*
C. *peor y más ruda de lo que es*
109. ¿Te gustaría ser más despreocupado y alegre en lo referente a tu trabajo escolar?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
110. ¿Piensas que normalmente en clase las decisiones en grupo son peores y tardan más que si las toma uno solo?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*
111. ¿Piensas que estás haciendo las cosas que más o menos deberías hacer en la vida?
A. *sí* B. *no estoy seguro* C. *no*
112. Cuando pasas por una calle tranquila y oscura, ¿te viene con frecuencia la idea de que alguien te sigue?
A. *sí* B. *quizás* C. *no*

PASA A LA PAGINA SIGUIENTE

113. ¿En dónde prefieres vivir?
 A. *en un bosque denso, donde sólo se oye a los pájaros*
 B. *no estoy seguro*
 C. *en un cruce de calles, donde hay mucha gente y ocurren muchas cosas*
114. ¿Qué palabra tiene menos relación con las demás: principalmente, alegremente, sumamente, mayormente, altamente?
 A. *principalmente* B. *alegremente* C. *sumamente*
115. ¿Te sientes algunas veces alegre y otras deprimido, sin una causa justificada?
 A. *sí* B. *no estoy seguro* C. *no*
116. Cuando otros charlan y ríen mientras estás oyendo la radio o viendo la televisión
 A. *te encuentras a gusto*
 B. *término medio*
 C. *te fastidia y molesta*
117. ¿Qué preferirías ser?
 A. *profesor* B. *no estoy seguro* C. *científico*
118. Consideras que eres más bien una persona que
 A. *piensa* B. *término medio* C. *actúa*
119. Si tuvieras que trabajar en actividades de grupo en clase, ¿qué preferirías?
 A. *ayudar llevando cosas a los demás*
 B. *no estás seguro*
 C. *enseñar a otros algo difícil de la tarea*
120. ¿Te asustas tanto por lo que pueda suceder que no te decides a elegir entre varias posibilidades?
 A. *frecuentemente* B. *algunas veces* C. *nunca*
121. ¿Qué clase de películas te gustan más?
 A. *las musicales*
 B. *no estoy seguro*
 C. *las de guerra*
122. Cuando sales al campo, ¿qué preferirías?
 A. *organizar una fiesta con tu clase*
 B. *no estoy seguro*
 C. *conocer los distintos árboles del bosque*
123. ¿Te resulta fácil ir y presentarte a una persona importante?
 A. *sí* B. *quizás* C. *no*
124. ¿Qué clase de amigos prefieres?, a quienes les gusta
 A. *bromear con la gente*
 B. *no estoy seguro*
 C. *ser serios y formales*
125. ¿Te sientes a veces tan confuso que no sabes lo que estás haciendo?
 A. *sí* B. *quizás* C. *no*
126. Cuando alguien no está de acuerdo contigo
 A. *le dejas decir todo lo que tiene que decir*
 B. *no estás seguro*
 C. *sueles interrumpirle antes de que termine*
127. Si fueras a trabajar en una compañía de ferrocarriles, ¿qué preferirías ser?
 A. *revisor de billetes y hablar con los viajeros*
 B. *no estoy seguro*
 C. *conductor y dirigir la máquina del tren*
128. ¿Cuál de las palabras tiene menos relación con las demás: debajo, junto a, encima, detrás, entre?
 A. *debajo* B. *entre* C. *junto a*
129. Si alguien te pide que hagas un trabajo nuevo y difícil
 A. *te gusta y demuestras lo que eres capaz de hacer*
 B. *término medio*
 C. *piensas que lo enredarías y echarías a perder*
130. Cuando levantas la mano en clase para responder a una pregunta y otros muchos también lo hacen, ¿te animas y excitas?
 A. *algunas veces* B. *muy pocas veces* C. *nunca*
131. En tu cumpleaños o santo, ¿qué prefieres?
 A. *que antes te pregunten el regalo que deseas*
 B. *no estás seguro*
 C. *alegrarte al recibir un regalo que es una completa sorpresa*
132. ¿Tienes mucho cuidado en no herir en sus sentimientos ni asustar a nadie?
 A. *sí* B. *quizás* C. *no*
133. Antes de decir algo en clase, ¿te aseguras bien de que estás en lo cierto?
 A. *siempre*
 B. *ordinariamente*
 C. *generalmente no*
134. Cuando las cosas son como para asustarse, ¿eres capaz de reír y no preocuparte?
 A. *sí* B. *quizás* C. *no*
135. ¿Algunos libros y representaciones casi te hacen llorar?
 A. *sí, con frecuencia*
 B. *algunas veces*
 C. *no, nunca*
136. En las discusiones de grupo sueles
 A. *tomar una postura diferente a las de los otros*
 B. *no estás seguro*
 C. *estar de acuerdo con el grupo*
137. ¿Te excitas tanto que piensas que vas a estallar?
 A. *con frecuencia* B. *algunas veces* C. *raras veces*
138. Si no fueras un ser humano, ¿qué preferirías ser?
 A. *un águila, en una montaña lejana*
 B. *no estoy seguro*
 C. *una foca, con otras muchas en una playa*
139. ¿Ordinariamente eres una persona muy cuidadosa?
 A. *sí* B. *término medio* C. *no*
140. ¿Algunas veces los pequeños problemas acaban poniéndote nervioso, aunque sabes que no son muy importantes?
 A. *sí* B. *quizás* C. *no*

FIN DE LA PRUEBA

Repasa lo que has hecho para comprobar que has contestado a todas las preguntas

HSPQ

Hoja de respuestas

Apellidos y nombre: Sexo: V o M

Edad: Curso/Puesto:

* ↓

Para dar las contestaciones, girar la hoja a la izquierda.

EJEMPLOS:																	
															A	B	C
X. ¿Qué preferirías hacer?															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y. ¿Cuál de las palabras tiene menos relación con las demás?															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C						
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	136	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	137	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	138	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	125	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	139	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	P	D
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q ₂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q ₃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q ₄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HSPQ

Apellidos y nombre _____

Sexo _____

Comentarios _____

PERFIL GENERAL

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN (Estudios españoles)

Descripción de los factores (1)	Promedio										Factor	Decatipo	Ansiedad		Extraversión		Excitabilidad		Independencia			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			+	-	+	-	+	-	+	-		
Reservado - Abierto	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	A				2		1				1	
Emocionalmente Afectado - Estable	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	C		3		1				1		1	
Calmoso - Excitable	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	D		1				4		1		2	
Sumiso - Dominante	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	E						1		1		3	
Sobrio - Entusiasta	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	F		1		2		1		2		2	
Despreocupado - Consciente	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	G						1		1			
Cohibido - Emprendedor	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	H		4		2		1		1		2	
Sensibilidad Dura - Blanda	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	I		1		3				1		3	
Seguro - Dubitativo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	J						2				1	
Sereno - Aprensivo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	O		1		1		1				1	
Sociable - Autosuficiente	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Q ₂				3		1					
Menos - Más Integrado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Q ₃		3						1		1	
Relajado - Tenso	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Q ₄						3				1	
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN Y PERFIL												Constante										
Ajuste - Ansiedad	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Q _I		98 77		55 81		17		6		33 33	
Introversión - Extraversión	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Q _{II}		+		+		+		+			
Calma - Excitabilidad	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Q _{III}		-		-		-		-			
Dependencia - Independencia	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Q _{IV}											

(*) Únicamente se ofrecen unos términos que identifican muy genéricamente las variables en sus dos polos. Consúltense el Manual para una mejor comprensión de las escalas.

NOTA.—Para VARONES, utilícense los coeficientes y constantes rodeados con un círculo. Para MUJERES, los no rodeados. En cada variable, la 1ª columna de casillas contendrá los valores positivos, y la 2ª los negativos.



A F A
Autoconcepto Forma A



Apeilidos y nombre

Colegio

Edad Curso Clase

En este cuestionario no existen preguntas correctas o incorrectas. **NO ES UN EXAMEN.** Tan sólo queremos conocer tu opinión. Te pedimos por ello que leas las preguntas detenidamente antes de contestar.

A continuación encontrarás una serie de frases. Lee cada una de ellas con detenimiento y señala con un aspa la contestación que tú creas más apropiada.

1. Significa que sucede **SIEMPRE**.
2. Significa que sucede **ALGUNAS VECES**.
3. Significa que **NUNCA** sucede.

<i>Ejemplo:</i>		
En la pregunta:	Si marcas:	Tu contestas:
Soy simpático	X 2 3	Siempre soy simpático.
	1 X 3	Algunas veces soy simpático.
	1 2 X	Nunca soy simpático.



Autores: Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M.
Copyright © 1991 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial.
Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Printed in Spain, impreso en España por Aguirre Campaño Dagenzo, 15-16 ppdo., 28002 MADRID - Depósito legal: M - 26.501 - 1991.

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1.- Es difícil para mí mantener los amigos(as).....	1	2	3
2.- Me pongo nervioso(a) cuando me llama algún profesor(a).....	1	2	3
3.- Digo la verdad aunque me perjudique.....	1	2	3
4.- Tengo buenas ideas.....	1	2	3
5.- Mi familia me considera alguien importante.....	1	2	3
6.- Cuando me porto mal en clase, me siento disgustado(a).....	1	2	3
7.- Me desanimo cuando algo me sale mal.....	1	2	3
8.- Hago bien los trabajos escolares.....	1	2	3
9.- Me avergüenzo de muchas cosas que hago.....	1	2	3
10.- Puedo dibujar bien.....	1	2	3
11.- Soy lento(a) en terminar los trabajos escolares.....	1	2	3
12.- Soy nervioso(a).....	1	2	3
13.- Me pongo nervioso(a) cuando hablo en clase.....	1	2	3
14.- Hago cosas a mano muy bien.....	1	2	3
15.- Me preocupo mucho por todo.....	1	2	3
16.- Me gusta mi forma de ser.....	1	2	3
17.- Con frecuencia soy voluntario(a) en la escuela.....	1	2	3
18.- Duermo bien por la noche.....	1	2	3
19.- Detesto la escuela.....	1	2	3
20.- Mis profesores me consideran inteligente y trabajador(a).....	1	2	3
21.- Tengo muchos amigos(as).....	1	2	3
22.- Soy un(a) chico(a) alegre.....	1	2	3
23.- Soy torpe en muchas cosas.....	1	2	3
24.- Me gustan las peleas y las riñas.....	1	2	3
25.- La gente me tiene manía.....	1	2	3
26.- Mi familia está decepcionada de mí.....	1	2	3
27.- Soy criticado(a) en casa.....	1	2	3
28.- Olvido pronto lo que aprendo.....	1	2	3
29.- Consigo fácilmente amigos(as).....	1	2	3
30.- Pierdo mi paciencia fácilmente.....	1	2	3
31.- Trabajo mucho en clase.....	1	2	3
32.- Juego con mis compañeros/as.....	1	2	3
33.- Tengo miedo de algunas cosas.....	1	2	3
34.- Me entado si los demás no hacen lo que yo digo.....	1	2	3
35.- Soy violento(a) con mis amigos(as) y familiares.....	1	2	3
36.- Soy honrado(a) con los demás y conmigo mismo(a).....	1	2	3

Por favor, no escriba nada en este cuadro

	PD	PC
A		
S		
E		
F		
T		