

199



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"EL AUTOCONCEPTO DEL PACIENTE CON CANCER Y LESIONES VISIBLES. UNA PROPUESTA DE INTERVENCION"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

DIANA VILLASEÑOR MARTINEZ

DIRECTOR DE TESIS: DRA. BERTHA BLUM GRYNBER



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



MEXICO, D. F.

2000

CAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA.

283685



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGIA.

"EL AUTOCONCEPTO DEL PACIENTE CON CÁNCER Y LESIONES VISIBLES.
UNA PROPUESTA DE INTERVENCION".

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
DIANA VILLASEÑOR MARTÍNEZ.

DIRECTOR DE TESIS: DRA. BERTHA BLUM GRYNBER
REVISOR: LIC. RUBEN VARELA.
SINODALES: LIC. ROSA MA. CORDOVA.
MTRA. MARTINA JURADO.
MTRO. SOTERO MORENO.

2000

INDICE.

Resumen	ii
Agradecimientos	iii
Introducción	1
Justificación	3
Capítulo 1.	
Autoconcepto.....	5
Capítulo 2.	
Cáncer.....	18
Capítulo 3.	
Dimensión psicológica del cáncer.....	27
Capítulo 4.	
Método.....	55
Pregunta de investigación.....	55
Objetivos.....	55
Tipo de investigación	55
Diseño de investigación	55
Variables	56
Definición de variables	56
Variables conceptuales.....	56
Variables operacionales.....	56
Hipótesis.....	57
Muestra.....	57
Criterios de inclusión.....	57
Criterios de exclusión.....	58
Criterios de eliminación.....	58
Muestreo.....	59
Instrumento.....	59
Procedimiento.....	60
Análisis de datos.....	62
Capítulo 5.	
Resultados	63
Capítulo 6.	
Discusiones, conclusiones y sugerencias	66
Discusiones.....	66
Conclusiones.....	68
Sugerencias.....	69
Bibliografía.....	74
Anexo 1.	
Escala de autoconcepto de tennessee.....	78

RESUMEN.

El autoconcepto que una persona tiene de sí es fundamental. Si una persona tiene un autoconcepto elevado, se desenvolverá libremente en cualquier área de su vida y tendrá bastante autosatisfacción. En el caso contrario, a quien tiene un autoconcepto bajo, le será más difícil sentirse a gusto consigo mismo y con su entorno. Por otra parte, este no permanece constante, se puede ver afectado por el físico de la persona, por su entorno y por cambios drásticos que puedan ocurrir en su vida. Uno de estos cambios puede ser una enfermedad crónica como el cáncer en cualesquiera de sus formas.

El cáncer es una de las enfermedades que más muertes cobra cada año en nuestro país. En algunos casos, ésta lleva a la pérdida de algún miembro o a la presencia de alguna lesión visible, lo que a su vez trae como consecuencia un deterioro en el autoconcepto del paciente. En México no existe un tratamiento psicoterapéutico que esté enfocado a estas personas. Es por ello que surgió la necesidad de realizar este estudio, para poder establecer las bases que lleven a la creación de una propuesta psicoterapéutica de tratamiento.

Para llevar a cabo esto, se procedió a la aplicación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee a 15 personas con cáncer y lesiones visibles (grupo experimental) y a 15 con cáncer sin lesiones visibles (grupo control) del Servicio de Oncología del C. M. N. "20 de Noviembre", previa autorización de los pacientes.

Esta es una investigación clínica de tipo transversal y evaluatoria, aplicada, prospectiva y abierta. El diseño de investigación es comparativo, ex post facto y preexperimental.

Los resultados se analizaron a través de la prueba T de Student y la U de Mann-Whitney como prueba comprobatoria. En el análisis cuantitativo, ambas refieren que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental. Sin embargo, el análisis cualitativo refiere que si existen diferencias entre los dos grupos aunque éstas no son grandes. Esto significa que el autoconcepto de los pacientes con cáncer con lesiones visibles, se ve afectado por la presencia de éstas.

AGRADECIMIENTOS.

No podría decir que este trabajo es solo mío, en él intervinieron muchas personas directa o indirectamente. Por ello no puedo dejar de mencionarlos y agradecerles a todos y cada uno de ellos su esfuerzo, paciencia, tiempo y amor dedicados tanto al trabajo como a mí. En este espacio quiero hacer patentes mi más profundo agradecimiento y amor a todos aquellos que me han alentado a seguir adelante. Por lo anterior quiero decir gracias a:

- ♥ A mis padres, Ricardo y María de los Angeles, por darme la vida, su infinito amor, por enseñarme, entre muchas otras cosas, que uno puede lograr lo que se proponga en la vida, por darme la familia a la que orgullosamente pertenezco y por hacer de mí lo que ahora soy. Sobretudo gracias por ser mis padres. Los adoro.
- ♥ A Gela por tus consejos, por tu tiempo, tu apoyo y tu amor. Por enseñarme más de lo que crees y por todos los paseos de mi infancia.
- ♥ A Rocío por tu ternura, tu disposición, tu paciencia, por todo lo que he aprendido de tí, por tu nobleza y por el inmenso cariño que tienes para dar.
- ♥ A Ricardo por tus consejos, por tu coherencia, por tu tranquilidad, por la confianza que me haz brindado, por los ratos tan agradables que hemos compartido, por tu apoyo y por ser como eres.
- ♥ A Héctor por tu alma de niño, por tus consejos, por tus ganas de ayudar a los demás, por compartir tantas cosas, por tu apoyo y por tu nobleza.
- ♥ A Rosario por hacer posible la conclusión de este sueño, por tus consejos, tu paciencia, por estar siempre ahí, por tu tenacidad, tu valentía, tu nobleza, tu ternura y por tu amistad.
- ♥ A Lilia por brindarme el primer acercamiento a la psicología, por tus consejos, tu serenidad, por tus bromas y tu ingenio, por tu paciencia, tu fuerza y tu amistad.
- ♥ A Mony por darme la más grande muestra de fuerza y amor de que es capaz un ser humano, por tu entusiasmo, tu entrega, por tus consejos, tu apoyo, por compartir y sobre todo por tu amistad.
- ♥ A mis sobrinos Lorraine, Hectorín, Luigui, Pam, Ale, Laurita y el que viene en camino por ser unos lindos angelitos que iluminan mi vida. Gracias por su ternura, por su inocencia, por su sonrisa, por su amor desinteresado y por recordarme lo sencillo que es ser feliz. Nunca hagan estas cualidades a un lado.
- ♥ A Esperanza, Paco, Tere y Dave por sus pláticas, sus consejos, por sus bromas, por su apoyo y sobretudo por hacer felices a mis hermanos y darle vida a esos 7 pequeños angelitos. Gracias por ser parte de mi familia.

- ♥ A la Srita. Rosario Medina Saldaña (q.e.p.d.) Por compartir conmigo todas tus historias y tus enseñanzas, tu ternura, tu fuerza, tu sabiduría y por la maravillosa experiencia que fue estar contigo 19 años. Gracias. Te quiero mucho.
- ♥ A todos ellos por su inmenso amor, por su ejemplo, por permitirme ser parte de su vida, por siempre estar junto a mí en las buenas y en las malas y por la profunda huella que cada uno ha dejado en mí. Gracias a todos por ser mi familia y por lograr juntos este triunfo que es de todos. Que dios los bendiga.
- ♥ A Miguel por tu confianza, por tu apoyo, por aceptarme como soy, por ser cómplice, por lo que compartimos, por darme la maravillosa oportunidad de ser amigos. Gracias hermano.
- ♥ A Edgar, Karla, Lily carmona, Esther, Fabio, Liliana Marín, Mariano y Ray por hacerme uno de los seres más afortunados sobre la tierra al contar con su amistad siempre y través de los años. Por compartir lo bueno y lo malo, porque hemos crecido juntos, por ser una parte esencial en mi vida. Los adoro.
- ♥ A Adriana, Vero Bran, Cecy y Vero Castro por compartir al maravillosa aventura que fue la carrera, por sus enseñanzas aún sin que ustedes lo supieran, por su confianza, por todo lo que hemos vivido juntas y todo lo que falta y por estar siempre presentes en mi vida. Sobretudo gracias por ser mis amigas. Las quiero muchísimo.
- ♥ A la familia Salazar González por su cariño, por abrirme las puertas de su casa y de su familia con todo lo que ello implica, por su apoyo, por su confianza, sus consejos y por él. Los quiero. Dios los bendiga.
- ♥ A los compañeros de toda mi vida escolar por compartir una parte de mi vida muy importante, por los juegos, las risas, el aprender juntos de la escuela y de la vida.
- ♥ Gracias a todos los maestros que me enseñaron tanto, a lo largo de mi vida académica. Especialmente a la Mtra. Alicia Velásquez Avila por inculcarme con amor el deseo de aprender cada vez más. Gracias a todos por enseñarme mucho más de lo que hay en los libros.
- ♥ Gracias a la UNAM por ese espíritu universitario que sembró en mí desde antes de pertenecer a ella y por las oportunidades que brinda. "Por mi raza hablará el espíritu".
- ♥ Al programa para optimizar la enseñanza y profesionalización del psicólogo clínico en especial a la Mtra. Eva Esparza por darme la oportunidad de aprender tanto y sumergirme en el apasionante mundo de la psicología, por la confianza, por el apoyo recibido y abrir un espacio más allá de las aulas y el cubículo.
- ♥ A todos los profesores de la facultad de psicología que me enseñaron lo que es la psicología. Especialmente a: Germán Alvarez, Enrique Buzo, Guadalupe Santaella, Berenice Mejía, Rosa María Córdova, Blanca Girón, Martina Jurado, Dolores Mercado, Arturo Allende, Mirna Vello,

Alfredo Muñoz, Jorge Martínez Stack, Rocío Maldonado, Miriam Camacho y Claudet Douddet por la confianza, el apoyo, la entrega y el entusiasmo para transmitir sus conocimientos y experiencias.

- ♥ A la Dra. Bertha Blum por el grupo piloto, por la gran confianza que haz depositado en mí, por tu apoyo, por tu entrega, tu energía, por transmitirme tus conocimientos, por tu ternura, tu comprensión y por ser un ser humano tan valioso que he tenido la fortuna de conocer. Por guiarme en este arte del trabajo con la gente y por regalarme tu amistad.
- ♥ A la Dra. Patricia Huber por guiarme en esta difícil empresa, por enseñarme la parte humana de este trabajo, por su paciencia, entrega, cariño y su disponibilidad. Por ser la "vocesita" que me recuerda lo que debo hacer cuando estoy con mis pacientes y por recordarme que me puedo equivocar siempre y cuando rectifique esos errores. Sobretodo gracias por su amistad.
- ♥ A mi grupo de asesoría en el que aprendí tanto de mi profesión y también como persona, por todo lo que compartimos en él, por las risas y las lágrimas. Gracias por todo Dra. Huber, Claudia y Ramsés.
- ♥ A la Dra. Rita Zepeda por ayudarme a conocerme un poco más y a expresarme mejor. Gracias por tu profesionalismo, por recordarme que antes que psicóloga soy una persona, por tus enseñanzas y por dejar una profunda huella en mi vida. Esto no ha terminado.
- ♥ A Alicia Xicoténcatl por tu buen humor, por tu paciencia, ayuda, disposición, confianza, por el café y la compañía además del cariño que me brindaste durante todas esas tardes de trabajo. Gracias Licha por tu amistad.
- ♥ Al Mtro. Sotero moreno por tu ayuda, apoyo y consejos a lo largo de todos estos años de carrera. Por tu confianza, por estar al pendiente y por ser partícipe de este difícil trabajo.
- ♥ A la Lic. Rosa Ma. Córdova por tus clases tan enriquecedoras, por tu cariño, por tu confianza, por tus palabras de ánimo, por colaborar en la realización de esta tesis. Sobre todo mil gracias por aquello que tu sabes.
- ♥ Al Lic. Enrique Buzo por tu valiosa ayuda en la parte estadística de este trabajo, por tu paciencia, por tu tiempo, por tu disposición, por tu dedicación por las agradables y largas pláticas.
- ♥ Al Lic. Rubén Varela por tu ayuda en la calificación de la prueba y en la metodología, por tus pláticas y consejos. Por colaborar en este trabajo y alentarme.
- ♥ A la Mtra. Martina Jurado por aceptar participar en este trabajo, por sus atinadas observaciones, por sus clases y por confiar en esta tesis.

- ♥ Al Dr. Gustavo Gordillo por su paciencia y su valiosa ayuda en la revisión y corrección de la parte médica de esta tesis.
- ♥ A Erika Ietser por tu valiosa cooperación para la realización de esta tesis y por las pláticas de fin de semana.
- ♥ A Cirse Luna por tu gran ayuda en la impresión de este trabajo.
- ♥ Al Mtro. Carlos Guardado por la confianza que depositó en mí, por permitirme estar por primera vez frente a un paciente y por los consejos.
- ♥ A la asociación "Reto a la vida" en especial a Ricardo Alvarez y Blanca Castillejos por la confianza que me brindaron durante el tiempo que trabajamos juntos y por la oportunidad de acercarme al trabajo profesional.
- ♥ A PROBETEL de Fundación UNAM por la beca otorgada para la realización de ésta tesis.
- ♥ Al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ("mi hospital") por ser el lugar donde tanto he crecido como profesional y como persona durante casi tres años.
- ♥ Al Dr. Ricardo Ortega Pineda por crear este espacio para trabajar, por tu disposición, por lo que me enseñaste en teoría, práctica y a nivel personal, por tus ganas de seguir adelante, por exigirme y por comprender.
- ♥ A los médicos del Servicio de Oncología del C. M. N. "20 de Noviembre" Dra. Alicia Acosta, Dra. Patricia Cortés, Dr. Efraín Flores, Dr. Dino Murillo, Dra. Laura Torrecillas y Dr. Friedman Zepeda, por su cooperación, por su apertura a una nueva forma de trabajo, por su confianza, su disposición y sus gratas pláticas.
- ♥ A todos los pacientes -los que están y los que ya no- del C. M. N. "20 de Noviembre" del servicio de oncología que me permitieron compartir esa parte de su vida llena de cambios, duelos, alegrías y esperanzas; mil gracias por permitirme poner una parte de mí en ustedes y recibir tanto a cambio a nivel profesional y a nivel personal.
- ♥ Al Dr. Fco. Javier Valencia Jefe del Servicio de Psiquiatría del C. M. N. "20 de Noviembre" por las facilidades otorgadas para realizar las prácticas profesionales y el servicio social.
- ♥ A la Dra. Guadalupe Cervantes, Jefa del Servicio de Oncología del C. M. N. "20 de Noviembre" por cooperar en la realización de un trabajo multidisciplinario en el servicio.
- ♥ Al Dr. Hugo Martínez Lemus por sus agradables pláticas, por su gusto por el arte y la cultura, por sus consejos y por su apertura hacia los demás.
- ♥ A Arturo por su paciencia, su memoria, su ayuda y su diario saludó.

- ♥ A todas las personas que de una u otra forma han dejado una huella en mi vida, aunque ya no las frecuente. Esas experiencias que vivimos produjeron un pequeño cambio en mí y el cúmulo de ellas han contribuido para que yo sea, en parte, lo que ahora soy.
- ♥ A Ramsés por tu apoyo incondicional, por aceptarme y amarme tal como soy, por tu amor, por acompañarme siempre desde hace 6 años (los más maravillosos de mi vida), por tus palabras, por tus silencios, por comprender, por compartir, por aceptar y sobretodo por ser tú y ser para mí. Gracias Cielo por lograr esto conmigo. T. X'. S.
- ♥ A El por darme un espacio y un tiempo. Por darme la vida, el libre albedrío, la fuerza y la inteligencia. Por no abandonarme nunca. Por amarme incondicionalmente como soy, por darme todo cuanto tengo y soy. Por perdonar mis errores y darme la oportunidad de corregirlos. Por ser la luz que guía mi camino, gracias.

GRACIAS A LA VIDA.

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto
Me dio dos luceros que cuando los abro
Perfecto distingo lo negro del blanco
Y en el alto cielo, su fondo estrellado
Y en las multitudes, el hombre que yo amo.*

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto
Me ha dado el sonido y el abecedario
Con él las palabras, que pienso y declaro
Madre, amigo, hermano y luz alumbrando
La ruta del alma del que estoy amando.*

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto
Me ah dado la marcha de mis pies cansados
Con ellos anduve, ciudades y charcos,
Playas y desiertos, montañas y llanos
Y la casa tuya, tu calle y tu patio.*

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto
Medio el corazón, que agita su marco
Cuando miro el fruto del cerebro humano
Cuando miro al bueno tan lejos del malo
Cuando miro al fondo de tus ojos claros.*

*Gracias a la vida, que me ha dado tanto
Me ha dado la risa, y me ha dado el llanto,
Con ellos distingo, dicha de quebranto
Los dos materiales, que forman mi canto
Y el canto de ustedes que es mi mismo canto,
Y el canto de todos que es mi propio canto.*

GRACIAS A LA VIDA.

INTRODUCCION

Siempre que se piensa en el cáncer irremediamente se piensa en muerte. Pero en realidad esto no es verdad en todos los casos. Actualmente existen muchos tratamientos capaces de detener el avance de esta enfermedad e incluso curarla. Lo que si es verdad es el sufrimiento por el que pasan estos pacientes, pues desde el momento en que se les notifica el diagnóstico comienza una gran lucha diaria: la lucha por la vida.

Generalmente las personas a su alrededor se preocupan y ocupan de los aspectos médicos dejando a un lado por temor, por impotencia y quizá hasta por ignorancia aquello que es la esencia del ser humano: el componente de su alma. Se hace a un lado a la persona, sus pensamientos, sentimientos, cualidades, valores, temores, defectos, errores, sufrimiento y todo aquello que lo sigue manteniendo vivo como un ser "completo" aunque no siempre siga estando "completo" pues el cáncer (en algunos casos) les ha arrebatado las ganas de vivir, la esperanza del futuro con el que siempre habían soñado, la estabilidad y el estilo de vida a los que estaban acostumbrados y hasta un órgano o una parte visible que les recuerda cada día la situación por la que están pasando y con la que tienen que luchar a diario.

Se debe hacer algo con ese sufrimiento, transformarlo en esperanza y coraje para enfrentar su lucha contra el cáncer. Los psicólogos son los profesionales de la salud idóneos para llevar a cabo esta importante tarea de ayudar a los pacientes con cáncer.

Las estadísticas reportan que esta enfermedad -en sus diferentes formas- es la segunda causa de muerte en nuestra sociedad (Pimentel, 1995). Por esto se han tenido que diversificar los tratamientos para los pacientes oncológicos, teniendo algunos la más avanzada tecnología a su disposición. Los tratamientos más utilizados son quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal y cirugía de alguna parte del cuerpo.

Esta situación produce en el paciente trastornos de diversa índole, tales como los psicológicos, biológicos, sociales, familiares, laborales, etc. Por ello es importante conocer cómo se producen estos cambios que afectan en gran manera el autoconcepto de los pacientes oncológicos con alguna lesión o marca visible. Habiendo sido un ser humano "completo y normal", la cirugía invasiva o las lesiones dejan al un ser humano "incompleto y anormal".

Para poder ayudar a estos sujetos a sobrellevar su nueva vida y aceptar su nueva imagen, es importante primeramente, conocer el autoconcepto del paciente oncológico con una lesión o marca. Con base en esto, se puede brindar un apoyo psicológico más específico y adecuado.

De lo anterior surge la pregunta que se intentó responder con este estudio: ¿se encuentra afectado el autoconcepto de los pacientes oncológicos cuando tienen alguna lesión que es visible para ellos y para la gente que los rodea?

Para dar respuesta a esta pregunta se revisaron los siguientes puntos. En el capítulo número 1 se trató el tópico central de esta investigación que es el autoconcepto. En el que se describe que es el autoconcepto, como se forma, como cambia, que factores pueden afectarlo y su relación con el cuerpo.

En el capítulo número 2 se expuso un panorama general del cáncer. El cual abarca conceptos básicos como la definición del cáncer, causas, incidencia, síntomas, metástasis y tratamientos existentes. Esto se realizó pensando en los conocimientos que sobre el cáncer debe poseer el psicólogo que se enfrentará al trabajo con estos pacientes en las instituciones de salud.

Una parte importante del cáncer son los efectos que a nivel psicológico puede tener en los pacientes. Este tema fue tratado en el capítulo 3 llamado "Enfoque psicológico del paciente con cáncer". Los posibles efectos del cáncer en quienes lo padecen, puede afectar desde actividades cotidianas simples como caminar, ir al baño, etc.; hasta las relaciones interpersonales, trabajo, economía, sexualidad, etc. También se consideró como afecta el cáncer a los familiares del paciente y al equipo médico tratante.

La metodología se abordó detalladamente en el capítulo número 4, junto con la hoja de autorización que los pacientes debían firmar aceptando colaborar con la investigación y la prueba que se utilizó. En este mismo capítulo se explica la forma en la que se trabajó con los resultados obtenidos de las aplicaciones desde el punto de vista estadístico.

Con la presente investigación y con base en los puntos anteriores, se pretende dar un panorama de cómo puede afectar a un ser humano la mutilación o deterioro de su cuerpo debido al cáncer, aún cuando ésta enfermedad por sí misma, ya afecta demasiado a los pacientes. Esto quizá podría sentar las bases para investigaciones posteriores y para crear un modelo de intervención terapéutica que pudiera ayudar a estos pacientes a sobrellevar de la mejor manera posible este trance tan difícil.

También pretende dar a conocer el lado humano de esta situación, ya que -como se mencionó anteriormente- cuando se habla de cáncer usualmente se piensa solo en los aspectos médicos y no en la otra parte de él: en la esperanza, el acompañamiento, la lucha y otros tantos puntos que son de igual manera importantes para el paciente y todas las personas que lo rodean.

JUSTIFICACIÓN.

A lo largo de la historia del hombre se han presentado un sin fin de amputaciones, heridas, lesiones, etc.: por diversas causas. A pesar de esta situación y de la infinidad de investigaciones que se han realizado al respecto, no se han encontrado reportes de estudios que conjunten el autoconcepto y las lesiones visibles en pacientes oncológicos.

Una investigación que se revisó con relación al tema es la realizada para una tesis de Licenciatura en Psicología titulada "El autoconcepto y la sexualidad en pacientes amputados y hemipléjicos". En ella se trata la relación entre la capacidad física, el autoconcepto y la sexualidad en pacientes amputados y hemipléjicos. La investigación se realizó con la prueba de Rorschach en 20 pacientes de ambos sexos, 10 de los cuales eran hemipléjicos y el resto sufrían de alguna amputación, con edades que oscilaban entre los 20 y los 55 años, (Gómez, 1992).

El estudio que se empleó fue descriptivo, exploratorio, preexperimental y de tipo ex post facto. Se utilizaron 7 hipótesis conceptuales y 3 variables de criterio. El diseño estadístico fue no paramétrico. Se realizó un muestreo con 20 sujetos: 10 con amputación del miembro inferior derecho o izquierdo y 10 con hemiplejía derecha; de entre 20 a 55 años de edad.

Los resultados que arrojó la investigación en líneas generales mostraron que ambos tipos de pacientes presentan un autoconcepto pobre, depresión por la situación, temor de alguna recaída y negación de la sexualidad. Aún cuando se presentó preocupación por su aspecto físico el nivel de angustia no fue significativo.

Gómez encontró limitaciones en su trabajo, tales como no haber utilizado una prueba representativa, no tener un grupo control, utilizar solo un instrumento de evaluación que es elitista, utilizar parámetros de inclusión muy amplios como la edad y no haber aplicado una escala de actitudes sobre la sexualidad. Esta investigación es la que se consideró más apegada al tema de este estudio por tratar el autoconcepto de los pacientes amputados aún cuando no se trata de pacientes oncológicos.

La investigación realizada por Figueroa en 1995 "El fenómeno del miembro amputado fantasma como una alteración del esquema corporal" está bastante relacionada con el presente estudio, ya que algunos de los pacientes con lesión visible incluían amputaciones de algún tipo y es importante tomar en cuenta el hecho del miembro fantasma en la intervención psicológica con estos pacientes.

Caballero (1991) en su investigación llamada "Trastornos en la autoimagen en mujeres mastectomizadas" encontró que el 70.6% (12 sujetos) de las mujeres que participaron en el estudio, presentaban conformidad con la situación. El 17.6% (3) presentaban conformidad en la etapa premastectomía y en la misma etapa el 11.2% (2) tienen mayor disconformidad

mientras tanto en la etapa de postmastectomía el 58.8% (10 mujeres) presentaba conformidad, el 23.5% (4) disconformidad y el 17.6% (3) mayor disconformidad.

La investigación concluye que "no se encontraron diferencias significativas antes y después de la mastectomía en lo que se refiere a la idea que tienen las pacientes de su cuerpo (autoimagen)". A pesar de este resultado encontró cambios significativos en otras 5 áreas que también estudió.

La mayoría de los estudios que se han hecho en este sentido se refieren al cáncer de mama; esto lo podemos ejemplificar con las investigaciones de Boreos (1995) "Una propuesta terapéutica para mujeres mastectomizadas o con diagnóstico de cáncer de mama"; la de Pimentel (1995) llamada "Estudio comparativo de cambio de actitudes en pacientes con cáncer de mama a través de un grupo de autoapoyo". Aunque también encontramos investigaciones referentes al cáncer cervicouterino como la titulada "Estudio sobre la repercusión del cáncer cervicouterino y sus tratamientos en la expresión de la sexualidad femenina" (Calderón, 1992).

De igual manera, existen varias investigaciones en relación al impacto del cáncer u otra enfermedad crónica en niños. Tal es el caso de la investigación intitulada "Sintomatología psíquica asociada al cáncer infantil" desarrollada por Estrada y Valencia (1990); así como Cansino (1990) que realizó la investigación "Reacciones emocionales en dos grupos de adolescentes con osteosarcoma y enfermedad de Hodking".

Por otro lado encontramos que las investigaciones realizadas sobre autoconcepto también son escasas, pues la mayoría se refieren a la autoestima o están relacionadas con otros factores no con el cáncer. Por ejemplo, "Autoconcepto en el trastorno de bulimia" realizada por Galindo en 1990. Relacionados con el autoconcepto se encontraron estudios como el siguiente "Imagen corporal: validez y confiabilidad de una escala de satisfacción corporal en jóvenes universitarios" llevado a cabo por Eschenburg en 1994.

Existe, sin embargo, una extensa bibliografía de investigaciones realizadas de autoconcepto con pacientes con mastectomía unilateral o bilateral y también se han reportado investigaciones de amputaciones por diabetes mellitus, así como de cáncer de testículo, cáncer de piel, etc. Esto nos indica la importancia que esta situación tiene sobre los seres humanos y los alcances psicológicos tan graves que ello puede implicar.

CAPITULO 1

AUTOCONCEPTO

*Sólo se podrá respetar a los demás cuando se respeta a uno mismo;
Sólo podremos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismos;
Sólo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mismos.
Abraham Maslow.*

ANTECEDENTES HISTORICOS.

El autoconcepto de una persona es muy importante en su vida, ya que puede marcar pautas de acción y estilos de conducta. Hay quienes la consideran "una función importante en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental" (De Oñate, 1989). El autoconcepto es determinante en su forma de comportarse, pues reflejará como se siente, cuáles cree que son sus limitaciones y alcances y cómo cree que los demás lo perciben. Además, su autoconcepto se puede ver afectado por otras cuestiones, tales como respuestas de la gente que lo rodea ante su forma de ser, situaciones de crisis, cambios emocionales y físicos, logros, fracasos, etc. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

El autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el cual interpretar la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y el equilibrio psíquicos (Marsellach, 1998).

Durante décadas, el ser (ego, identidad, autoconcepto) y los procesos relacionados con éste (autoestima, autoreflejo) constituyeron una preocupación central para los científicos sociales y conductistas, así como para los profesionales de la salud mental. Como tal, uno podría asumir que existe una definición o descripción ampliamente aceptada sobre el ser. Sorprendentemente, no la hay (Language Services 1999).

El autoconcepto es también llamado self y este concepto tiene varios usos y connotaciones dependiendo de la teoría de la cual se trate.

A lo largo de la historia grandes filósofos, sociólogos y psicólogos han brindado diferentes puntos de vista del self dedicando extensas investigaciones, artículos e incluso una teoría del self. Uno de los primeros filósofos que intentó dar una definición de autoconcepto o self fue Platón, quien lo entendió como alma (De Oñate, 1989). Aristóteles en el siglo III a.C., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del yo. Pero va a ser S. Agustín, el que describa el primer atisbo de introspección del self personal.

Durante la Edad Media, la cuestión del conocimiento del self permaneció en manos de los pocos pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época. Más tarde, con el renacer cultural de Europa del siglo XVII, el concepto de self se reflejaría en el pensamiento de Descartes, Hobbes y Locke (Misu, 1982).

James (1890) identifica el self como el agente de la conciencia y también una parte importante del contenido de la conciencia. En 1890 dice: "En cualquier cosa que esté pensando, yo estoy teniendo al mismo tiempo conciencia de mí mismo, de mi existencia personal". El self del hombre es la suma total de todo aquello que pueda llamar suyo. Considera también que el self empírico o "MI" está formado por 3 constituyentes:

- ψ el self social o las opiniones que los demás tiene de él;
- ψ el self material o cuerpo;
- ψ el self espiritual, con habilidades y rasgos dirigidos por el propio ego, el YO.

En Principios de Psicología, James afirmó que las imágenes que otros tienen se reflejan en uno y ellas se incorporan formando el autoconcepto (De Oñate, 1989).

El mismo autor definió el ser como "el enigma más enigmático con el cual tiene que tratar la Psicología," y a pesar de sus escritos a cerca del ser y de un siglo de investigación desde entonces, el ser del humano continúa siendo un enigma (Language Services, 1999).

Mead (1972) consideró el self como el resultado de un proceso social, consecuencia de un largo periodo evolutivo, el cual se puede conocer empíricamente. Para él, el self comprende tanto el "Yo", principio de acción e impulso, como el "Mí", actitudes de los demás que son analizadas y tomadas en consideración por el self.

Entre los neoconductistas Skinner (1977) comenta "...el sí mismo es simplemente una concepción para representar un sistema de respuestas funcionalmente unificado".

El autoconcepto se define como "los tipos de reacciones verbales que hace una persona respecto a sí misma". Staats y Staats (1968 y 1979) consideran que el self está constituido por las medidas o calificaciones en sí mismas, por lo cual, un autoconcepto alto (favorable), supone evaluaciones positivas en las escalas de medida (De Oñate, 1989).

Sullivan (1964) considera el self como "la organización de las experiencias educativas creadas por necesidad de evitar o minimizar estados de ansiedad".

Teóricos como Kelly, Sarbin, Epstein y Coopersmith consideran el self como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de la persona (De Oñate, 1989).

Para Purkey (1970) el Yo es un sistema complejo y dinámico de creencias, -cada una con su propio valor-, que un individuo mantiene acerca de sí mismo. El Yo es una realidad

organizada que se caracteriza por el orden y la armonía. El Yo tiene numerosas creencias acerca de sí mismo que forman un sistema perfectamente jerarquizado. El éxito o el fracaso se generalizan dentro del sistema, de forma que el fracaso de una habilidad importante para el Yo, reduce la consideración de las otras capacidades aparentemente no relacionadas. El éxito es una característica importante que eleva la valoración de otras características personales. El Yo es una realidad única, ya que no hay dos personas que sostengan idéntico conjunto de creencias. Es una realidad dinámica y su mantenimiento constituye el motivo central y la clave dinámica de la conducta humana. Por lo tanto se convierte en el punto central de referencia de la realidad total que afecta a la persona (Musitu, 1982).

DEFINICION.

El hombre por naturaleza se interesa por el mundo que le rodea y por sí mismo. La adolescencia se ha caracterizado por varias situaciones, una de ellas es la búsqueda de la identidad, en la que el adolescente se pregunta ¿quién soy?; pero se ha visto que aún en la adultez el ser humano sigue preguntándose quién es. Para responder a esta pregunta se atribuye una serie de características que le sirven para intentar dar una descripción de sí mismo lo más exacta posible de acuerdo a cómo se autopercibe y que sirvan también para darle a la gente que le rodea un panorama de como es él. En otras palabras, y como mencionan Bayona y Cuellar (1989) "el autoconcepto no es un conocimiento del hombre como "el" sino como un "yo" integrado. Es la idea que una persona tiene de sí misma."

Podríamos definir al autoconcepto como el "criterio que una persona tiene de sí misma, la descripción más completa que una persona es capaz de dar de sí, en un momento dado. El énfasis recae en la persona como objeto de autoconocimiento, pero por lo general incluye también el sentimiento de lo que la persona misma concibe como es" (English, 1980).

Para Schwarzer (1980) el autoconcepto es el total de autorreferencias que el individuo procesa, almacena y organiza de una manera sistemática, es decir, el conjunto de conocimientos organizados acerca de uno mismo. Sin embargo existen otras definiciones de autoconcepto, que explican, complementariamente, este término, como la que ofrece Tamayo (1982, op. cit. Solís, 1997) entendiéndolo como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinamos son determinados socialmente; comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo.

De igual manera, Rogers (1975) menciona que el autoconcepto es una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo que son parcialmente conscientes; está compuesto de percepciones de las propias características y habilidades, los conceptos de sí mismo en relación con los otros y con el medio ambiente. Para Fitts (1965) el autoconcepto es la imagen que el sujeto tiene de sí mismo (op. cit. Solís, 1997).

Se comprende que existen otros dos términos que se encuentran muy ligados al autoconcepto, estos son imagen corporal (o autoimagen) y autoestima. Los tres se encuentran

interactuando y sus límites -si es que los hay- son casi imperceptibles y aunque en la práctica es imposible separarlos, cuando esto se ha hecho, ha sido con fines meramente didácticos. Con frecuencia se suelen confundir estos conceptos, razón por la cual a continuación se citarán las definiciones de autoestima e imagen corporal con la finalidad de no confundirlos.

La autoestima se refiere al valor que se confiere al yo percibido, y se considera como la parte afectiva del autoconcepto. McGuigan (1974) afirma que la autoestima se basa en el mantenimiento de las relaciones objetales durante la niñez y contribuye a su vez a formar del yo moral. La autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular.

La autoestima con frecuencia se usa como sinónimo de autoconcepto; sin embargo, mientras que la primera tiene que ver con la expresión de actitudes de aprobación con respecto a la capacidad, prosperidad y valor del sí mismo; el autoconcepto se refiere a la colección de actitudes y a la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos, lo cual es de vital importancia para el sujeto en sus relaciones interpersonales.

La autoestima se determina por la realización de otros elementos del yo físico, el ético-moral, el personal, el familiar, el social, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento y la autocrítica (Fitts, 1965). En tanto que el autoconcepto es la totalidad de actitudes que incluyen pensamientos y sentimientos que el sujeto tiene sobre sí mismo como objeto (Solís, 1997).

La autoestima es la manera como un individuo se siente acerca de sí mismo. Es el juicio y valor general de sí. Cuanto se valora a sí mismo. Las siguientes son una serie de características de una persona con alta o baja estima de sí mismo (Guanipa 1998).

ALTA ESTIMA DE SI MISMO:

- ψ Creo que soy importante
- ψ Creo que este mundo es mejor porque yo vivo en él
- ψ Tengo confianza en mi mismo y en mis habilidades
- ψ Soy capaz de buscar ayuda
- ψ Creo en mi mismo y en mis decisiones
- ψ Creo que yo soy mi mejor recurso
- ψ Creo que solamente cuando yo me valoro a misma puedo valorar otros
- ψ No necesito poner a otros por debajo para sentirme bien conmigo mismo.
- ψ Creo que toda persona merece respeto.

BAJA ESTIMA DE SI MISMO:

- ψ No creo que soy importante.
- ψ Siempre espero lo peor: ser engañado y maltratado por otros.
- ψ No creo en los demás.
- ψ A otras personas no les agrado.
- ψ Me siento solo y aislado.

- ψ No tengo interés en mismo o otras personas alrededor de mí.
- ψ No me respeto a mismo y como consecuencia no respeto a otros.
- ψ Me siento con rabia.
- ψ No miro a la vida con positividad.

En general, las experiencias positivas y relaciones plenas ayudan a aumentar la autoestima. Las experiencias negativas y las relaciones problemáticas hacen que disminuya la autoestima (Marsellach, 1998).

Algunos efectos comunes de una baja autoestima son:

- ψ Falta de confianza en sí mismo,
- ψ Bajo rendimiento,
- ψ Visión distorsionada de uno mismo y de los demás,
- ψ Una vida personal infeliz.

Con una autoestima elevada se puede:

- ψ Ser la persona que se quiere ser,
- ψ Disfrutar más de los demás,
- ψ Ofrecer más de sí mismo al mundo,
- ψ Mantener la confianza en sí mismo,
- ψ Permanecer tolerante.

La autoimagen incluye todo lo que la persona considera que es en una época en particular. Primero el hombre aprende a percibirse como otros lo perciben. Las actitudes de otros para con él se incorporan a cada una de las actitudes del hombre para consigo mismo (De Oñate, 1989).

Para Schilder (1989) la autoimagen es aquella representación mental que formamos de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece, mediante la integración de la experiencia. Otra definición de autoimagen es la que brinda Brouchon y Schweitzer (1992) que versa de la siguiente manera: "es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia a través de diversas experiencias".

De Oñate menciona que las fuentes de esta autoimagen son:

- ψ Aprendemos a percibirnos como otros nos perciben: las actitudes de otros para con nosotros se incorporan a cada una de nuestras actitudes.
- ψ La forma en que nos vemos a nosotros mismos, está relacionada con los roles que desempeñamos. Todos ellos contribuyen a nuestra autoidentidad.

Rogers supuso que los seres humanos se esfuerzan por mantener las percepciones de sus vivencias consistentes con su autoimagen. Permanecen receptivos a situaciones que están en armonía con su autoconcepto (Davidoff, 1989).

Para Rosenberg (1977), la autoimagen es un aspecto de la psicología del individuo y desempeña un papel muy importante en la formación de ideas, sentimientos y conducta.

FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO.

En la teoría del Aprendizaje social, Bandura (1969) introduce dos variables en el estudio del self: auto-recompensa y auto-castigo; que bien podríamos llamarles auto-refuerzo. El autoconcepto o cualquier concepto del self depende de la frecuencia de autorrefuerzo, de modo que el desarrollo del self puede considerarse como un caso específico de los procesos de cambio de actitud. Estos procesos serían: el condicionamiento clásico y el operante (De Oñate, 1989).

De acuerdo con los estudios de Laury y Joost son factores contraindicados para la formación del YO: la superprotección, la supresión de las emociones parentales, los conflictos familiares, la inducción de falsas identidades y la permisividad. Por el contrario, el calor familiar, el establecimiento de límites claramente definidos y el trato respetuoso dentro y fuera del contexto familiar favorecen la formación adecuada del Yo (op. cit. Beltrán, 1984).

El concepto del Yo y de la autoestima se desarrollan gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad. Cada etapa aporta impresiones, sentimientos e incluso, complicadas vivencias sobre el Yo. El resultado es un sentimiento generalizado de valía o de incapacidad (Marsellach, 1998).

Rogers asume que la niñez es un periodo que tiene especial importancia para el desarrollo de la personalidad. Los niños harán casi cualquier cosa para obtener la aprobación paternal. En estos esfuerzos, algunos niños niegan o distorsionan sus propias percepciones, pensamientos, emociones y sensaciones. A la larga, ésta es una estrategia adversa, pues si el impulso central de las personas es un motivo para actualizar los potenciales constructivos, entonces la negación o distorsión de las cualidades importantes es desfavorecedor. Sólo pueden construirse autoimágenes irreales e incompletas con éstas bases. Los individuos se sentirán amenazados por cualquier experiencia que entre en antagonismo con un autoconcepto falso. Poco a poco, construirán defensas rígidas para cerrarse a los conflictos, serán infelices porque no pueden lograr la realización si no se comprenden a ellos mismos temiendo y evitando gran parte de lo que está sucediendo (Davidoff, 1989).

Bayona y Cuellar (1989) comentan que "el ser humano, en el autoconcepto, se define a sí mismo. Sin embargo, su definición no es definitiva. Cotidianamente, nos percatamos de los cambios de nuestro autoconcepto". Esto se refiere a que el autoconcepto de una persona se ve directamente afectado tanto por factores internos como externos y al estar estos en constante cambio producen de igual manera un cambio en el autoconcepto del individuo. Estos mismos autores mencionan que el autoconcepto esta formado por los siguientes elementos:

- ψ Palabras descriptivas o adjetivos
- ψ Imágenes, también descriptivas, en reposo o en acción

- ψ Sentimientos que expresan emociones
- ψ Sentimientos de estados físicos
- ψ Percepciones de como es o está el cuerpo
- ψ Palabras que describen lo que se hizo, hace o hará o la negación de hacer
- ψ La historia personal
- ψ La condición sexual
- ψ El lugar que se ocupa o cree ocuparse en el medio

Todos estos elementos están configurando la idea que tenemos de nosotros mismos y, en consecuencia, están determinando la forma como nos relacionamos con las demás personas y con los objetos que nos rodean. Sin embargo, no los tenemos presentes a un mismo tiempo y probablemente nunca nos percatemos de la presencia de algunos de ellos.

Para Deutsch y Krauss (1965) el autoconcepto consiste en las representaciones simbólicas que una persona se forma de sus distintas características físicas, biológicas, psicológicas, éticas y sociales. Además es la organización de las cualidades (rasgos que el individuo puede expresar por medio de adjetivos, roles que él mismo adopta: padre, profesor, etc.), que la persona se atribuye a sí misma, es en ese complejo de elementos organizados en relaciones sistemáticas, en esa estructura consistente (estable), que posee las propiedades de una "buena gestalt" y se compone de elementos percibidos como "hermanados", donde los sucesos coinciden con la autoexpectativa. Son consonantes y se buscan; y los sucesos que son contrarios a la autoexpectativa son disonantes y se evitan o minimizan.

En el análisis del autoconcepto, consideramos básicos los siguientes tres postulados de la teoría interaccionista simbólica del Yo, formulada por Kinch (1963):

- ψ El autoconcepto del individuo se basa en la percepción que él tiene de la manera como los otros le responden.
- ψ Actúa dirigiendo la conducta.
- ψ La manera como percibe el individuo las respuestas de otros para con él refleja las respuestas reales de aquellos.

Pareciera que cuando todas las formas en que el individuo se percibe a sí mismo son aceptadas en la organización consciente del concepto del self, este logro se acompaña de sentimientos de comodidad y libertad de tensión que se perciben como adaptación psicológica. En cambio, la desadaptación psicológica existe a haber tensiones entre el concepto organizado del autoconcepto y las percepciones de la experiencia, resistiéndose el primero a asimilar en sí mismo cualquier percepción que sea incongruente con su organización actual (De Oñate, 1989).

El autoconcepto es típico de cada sujeto. Algo importante a considerar en el autoconcepto son los "otros significativos", es decir, aquellos que tienen capacidad de dar o sostener sanciones, ya sean refuerzos positivos o castigos.

En la formación del autoconcepto existen factores considerados importantes:

- ψ Autoconcepto: self-concept.
- ψ Percepción de las respuestas de otros.
- ψ Respuestas de los otros: actuales, reales.
- ψ La conducta del sujeto:
- ψ La manera como percibe determina su conducta.
- ψ La propia percepción determina su autoconcepto y éste guía su conducta.
- ψ Su percepción determinará su conducta.
- ψ La manera como el individuo percibe las respuestas de otros para con él influye en su conducta.
- ψ Las respuestas reales de otros individuos determinan la manera como éste se ve a sí mismo (autoconcepto).
- ψ La respuesta real de otros para con el individuo afecta la conducta de éste.

La respuesta de las personas no forma automáticamente nuestro autoconcepto. Para ello es necesario:

- ψ Que percibamos exactamente cómo nos responden quienes nos rodean.
- ψ Que comparemos ese reflejo de nuestro yo con un modelo, una serie de expectativas que nosotros y nuestros "otros significativos" abrigamos en cuanto a nuestra conducta y características (De Oñate, 1989).

Ya se ha mencionado que el autoconcepto se encuentra en constante cambio debido a diversos factores, por lo tanto es muy importante revisar las posturas de varios autores respecto de la evolución del autoconcepto.

Podemos decir que el autoconcepto es generalmente estable a través del tiempo, pero hay algunos aspectos que pueden ser más sobresalientes en los cambios individuales que se producen en el intercambio de un rol a otro (De Oñate, 1989).

Cooley (1902) consideró que existen 3 pasos en el desarrollo del self como imagen:

- ψ Imaginación de lo que mi apariencia represente para los demás.
- ψ Imaginación del juicio valorativo que los demás hacen de la apariencia (positivo o negativo).
- ψ Orgullo o satisfacción personal si uno imagina que el juicio de los demás es positivo. Humillación, temor, etc., en caso contrario.

Rosenberg (1973) toma en cuenta 4 principios en la formación del autoconcepto:

- ψ Comparación social.
- ψ Valoración reflejada.
- ψ Auto-atribución.
- ψ Centralidad psicológica.

Kinch (1963) señala que la adquisición del autoconcepto tiene los siguientes puntos:

- ψ Se basa en la percepción que tiene de lo que otros responden hacia él.
- ψ Dirige la conducta del individuo.
- ψ Esa percepción que el sujeto tiene de las respuestas de otros hacia él refleja de algún modo las respuestas reales de los otros hacia él.
- ψ El modo como percibe las respuestas de otros hacia él influirá en su propia conducta.
- ψ Las respuestas de los demás hacia el sujeto condicionan el modo de percibirse a sí mismo.
- ψ Las respuestas de los otros hacia el individuo afectan la conducta del mismo.
- ψ La conducta que el individuo manifiesta, influye las respuestas de los demás hacia él. La teoría se convierte por tanto, en un proceso circular.

Desde la perspectiva del desarrollo cognitivo, el autoconcepto emerge de una interacción compleja entre las capacidades del individuo, el ambiente social en que las autoevaluaciones ocurren y el desarrollo cognitivo. Esto último gobierna el tipo y la envergadura de información que las personas pueden incorporar en su propia autodefinición en algún punto del desarrollo (De Oñate, 1989).

Johnson (1972) cree que el autoconcepto de un individuo cambia mediante la información dada por una persona con autoridad o significación (De Oñate, 1989).

De Oñate (1989) presenta la siguiente exposición de ideas: "en mi ámbito de experiencia se encuentran el ego; el alter y la metaperspectiva. La metaperspectiva es la visión del otro mí. Mi perspectiva de la perspectiva que los otros tienen de mí.

Lo que se aspira alcanzar, el grado de éxito que obtenga, estará determinado por lo que el individuo mismo cree que es capaz de obtener, pero los logros que obtiene van condicionando la misma capacidad de alcanzar nuevas metas. Adquirimos la imagen de nosotros mismos contrastando el cómo veamos a los demás o a partir de lo que dicen que nosotros somos. Gran parte del comportamiento humano sigue la idea de autorrealización: las personas tienden a ser lo que se les dice que son.

CLASIFICACION DEL AUTOCONCEPTO.

Según Bayona y Cuellar (1989) el autoconcepto se clasifica en cuatro categorías de acuerdo a ciertas características o propiedades que este posee y algunas de ellas tienen a su vez subcategorías. Las cuales se dividen según el origen de sus elementos, su plasticidad, su contenido y su extensión. A continuación mencionaremos algunas de las características principales de cada una de estas categorías.

Origen de sus elementos. El autoconcepto tiene 2 tipos de fuente de datos para formarse, que generalmente están mezcladas. Una, llamada fuente primitiva, es aquella que proporciona los elementos genéticos que darán al individuo su conformación corporal, incluso su temperamento. Nuestro cuerpo es nuestro primer modo de ser en el mundo. A la segunda se

le llama cultural o educativa. La información primitiva impulsa el proceso de maduración psicobiológica de una persona al cual corresponde un proceso de maduración psicosocial.

Plasticidad. En los casos extremos puede ser rígido o flexible. Generalmente se presenta en un punto intermedio entre estos extremos. El autoconcepto rígido se caracteriza por contener elementos inamovibles en el sentido de que el individuo no quiere o no puede cambiarlos aunque quisiera. Se trata de los elementos aprendidos que se encuentran anclados en el individuo, de tal forma que no se percata de ellos y cuando los descubre los considera como naturales en él. Se manifiestan a través de constructos personales rígidos, es decir la persona tiende a considerar su experiencia "en términos absolutos e incondicionales, a generalizar excesivamente, a dejarse dominar por opiniones, creencias, teorías... a confiar más en las abstracciones que en la realidad" (Rogers, 1978, op. cit. Bayona y Cuellar, 1989).

El autoconcepto flexible es aquel que integra las diferentes experiencias de la persona y las simboliza sin distorsiones. Es la persona que vive en libertad, no se encuentra atada a prejuicios, ni su conducta se rige por tabús o dogmas. Vive sus sentimientos, los acepta y reconoce como propios. Toma sus decisiones con base en los elementos que recibe de su organismo. Luchar por la propia libertad es un derecho inalienable; sin embargo cuando se utiliza como un enunciado para amparar una conducta que encubre sentimientos no reconocidos, no nos habla de un autoconcepto flexible, ya que de hecho, la conducta esta anclada en un pensamiento autodevaluante y rígido.

Contenido. Las características que se agrupan en el autoconcepto pueden ser concretas o imaginarias y positivas o negativas. Las concretas son las características que posee una persona y que son observables, por lo menos para ella misma. Las imaginarias, son las características que la persona cree poseer. En las positivas, el concepto designa una cualidad que posee como ternura e inteligencia. En las negativas, el término presupone alguna negación, es decir, indica que la persona carece de alguna cualidad o que sus actos carecen de características determinadas.

Extensión. Esta subcategoría se refiere a las características individuales, grupales y humanas. Las características que únicamente se pueden aplicar a una persona las denominamos individuales. Un individuo tiene una serie de rasgos que en su conjunto lo hacen diferentes a todos los demás. Cada uno es un ser único e irrepetible. Por lo tanto en este grupo encontramos características que solo pertenecen a un individuo. También las características -que aunque las poseen varios individuos-, en su conjunto hacen a un individuo diferente a los demás. Son grupales aquellas características que el individuo, por pertenecer a un grupo o para pertenecer a un grupo, necesita tener. Y por último, las humanas, son las características que hacen a la persona un ser humano.

EL AUTOCONCEPTO Y EL CUERPO.

El cuerpo es parte fundamental de cualquier ser humano y conforme va tomando conciencia de él y de la manera en la que los demás se refieren a éste se le asigna un valor específico en su totalidad y además a cada una de las partes que lo conforman.

Esto lo explica Freud (1996) en su escrito "El yo y el ello" de 1923, manejando una concepción del cuerpo como cimiento de las fuerzas instintivas que participan tanto de la pulsión de vida o Eros como de la pulsión de muerte o Thánatos. En la teoría psicoanalítica cada una de las diversas zonas corporales cobran un significado simbólico.

A medida que toma conciencia de sí mismo, el ser humano puede sentirse en desacuerdo con su aspecto físico y con la imagen que ofrece a los demás. En cualquier momento, el individuo puede tener la sensación de ser una persona poco agraciada, y esto es importante pues la aceptación de la propia imagen forma parte de la madurez de la personalidad. En la medida en que una persona madura, mejora gradualmente la relación con su propio cuerpo, hecho que le ayuda a equilibrar su personalidad.

Por otro lado, Freedman (1991) concibe el constructo de la noción corporal a partir de diversos componentes:

- ψ Es visual: lo que se ve cuando se mira.
- ψ Es mental: lo que piensa de la apariencia.
- ψ Es emocional: lo que se opina acerca del peso y la altura...
- ψ Es cinestésica: cómo son percibidas y controladas las partes del cuerpo.
- ψ Es histórica: formada por experiencias de toda la vida como placer, dolor, halago y crítica.

Se puede observar como determinadas malformaciones o padecimientos físicos alteran el temperamento o el carácter de las personas, de forma que se aprecia una correlación entre la estructura física y el comportamiento psicológico del individuo.

La no aceptación de algún defecto físico puede llegar a marcar la estructura psicológica. La aceptación es indispensable en todos aquellos problemas que se derivan de una situación inmodificable, es decir, los que no tienen posibilidad de transformación o cambio.

El "Yo" compuesto por una unidad inseparable, somática y psíquica, tiene que aceptar las características de ambos componentes. El proceso de aceptación llega a veces a ser tan complejo que precisa ayuda psicológica. Es evidente que los patrones de belleza, (que determinan cuales rasgos físicos serán más o menos aceptables), son meros criterios culturales (Enciclopedia Práctica de Psicología, 1990).

Tomando en cuenta que el autoconcepto se ve afectado por un sin fin de situaciones, es de esperar que se halle alterado con padecimientos de carácter crónico, como el cáncer.

Según Elisondo Garza las reacciones que un padecimiento de este tipo causa en las personas son las siguientes:

1.- Las personas con alto nivel de integración emocional, reaccionan a la lesión con un cuadro depresivo, que aparece ante cualquier pérdida, recuperando su estabilidad psicológica paralelamente a su recuperación física. Para superar el problema que representa su nueva situación, adoptan nuevas posiciones que suplen su deficiencia y aún son capaces de cambiar los objetivos de su existencia, si la lesión lo requiere. Estos individuos resuelven sus nuevas necesidades en forma positiva, haciendo uso de su ingenio. A estas personas, que son capaces de trazar nuevos caminos y superar el trastorno, se les llama lisiados.

2.- A los pacientes que presentan bajo e inestable nivel de integración psicológica ante la lesión, presentan regresiones a patrones de conducta primitivos y neuróticos, los cuales les impiden resolver el problema que presenta su nueva situación, comenzando a depender pasivamente de sus familiares, a agredirlos constantemente, exigiendo que sus problemas sean resueltos. Es decir, presentan una reducción de las funciones del yo que los llevan a niveles primitivos de su evolución. Se observa que existe en ellos, cierta necesidad de sentir frustradas las metas que se proponen; es como si el mecanismo psicológico que utilizan tuvieran la finalidad de impedir su bienestar. Sin embargo, son incapaces de percibir que sus actitudes enfocadas hacia el sufrimiento no resuelven su situación. A estas personas se les llama inválidos (op. cit. Gómez, 1992).

Podemos ver con esta comparación entre lisiados e inválidos, que los primeros tienen una actitud frente a su situación mucho más positiva que los inválidos. Las personas consideradas como lisiados tienen una capacidad mayor de enfrentarse a padecimientos crónicos o cambios físicos de una forma que les sea funcional y práctica, mientras que los considerados por este autor como inválidos están invalidando cualquier situación o apoyo del exterior que los ayude a afrontar este tipo de situaciones.

Lo importante sería ayudar a los inválidos a transformarse en lisiados pues de esta manera lograrán salir adelante del cambio que sufren en todos los aspectos de su vida. Esto se puede lograr mediante un adecuado procedimiento o tratamiento psicológico que les permita adaptarse a su nueva forma de vida.

Para Schilder (1965) "la percepción de nuestro perfil corporal constituye la base de nuestra actitud autoestimativa frente al propio cuerpo". Si a esto se le agrega la consideración de Moragas (1974) de que "la imagen que de nuestro cuerpo poseemos no se basa en el juicio de sí mismo, sino en la opinión que los demás asignen (o nosotros creemos que asignan) a determinadas aptitudes o limitaciones corporales" (op. cit. Gómez, 1992), el resultado es que en el autoconcepto no solo interviene la concepción que el sujeto tenga de sí, sino que también influye en la opinión de los demás sobre el individuo, creando un complejo de opiniones, actitudes y comportamientos que son capaces de determinar la forma de actuar y de pensar de una persona.

Así pues, el autoconcepto depende en gran medida de la imagen corporal que el sujeto tenga de sí mismo y si esta se ve alterada de alguna forma, puede llevar a grandes trastornos en el sujeto, que de no ser tratados adecuadamente podrían ser irreversibles. Tal como lo menciona Fisher (1968) "las actitudes que adopta el individuo hacia su cuerpo son vulnerables a cambios radicales".

En relación a ello, González (1993) afirma que "el cuerpo es el cimiento de la identidad, la base de la autoestima, así como de las relaciones sociales, familiares y sexuales". Además menciona que varios estudiosos sobre el tema como Theodorakis, (1991) y Mitchell y Orr (1976) comentan que la satisfacción corporal se encuentra significativamente relacionada al autoconcepto, a las actitudes corporales y a la autoestima.

La gente bien adaptada o que "funciona totalmente", posee autoconceptos realistas. Está consciente de su propio mundo y abierta a todas las vivencias. Cuando toma decisiones considera lo que sea que se presente y se tiene en alta estima ella misma porque se percibe libre. Vive "por entero a cada momento". Está en constante crecimiento o cambio ("moviéndose en la complejidad"), haciendo cada vez mayor uso de sus diversos potenciales. Una frase de Virginia Satir (op. cit. Guanipa, 1998) quizá nos recuerda algo que tendemos a olvidar cuando sentimos que somos lo bastante expertos como para superar todas las vicisitudes que nos ofrece la vida diaria o cuando no encontramos el sentido de alguna situación agobiante en nuestra vida -por ejemplo el cáncer-: "Siempre hay esperanza y oportunidad para cambiar porque siempre hay oportunidad para aprender".

CAPITULO 2

CANCER.

¿Para qué disculparnos por nuestros errores de ayer, cuando la energía que ello requiere puede aprovecharse para mejorar nuestros actos de hoy? Rosenkranz..

GENERALIDADES.

Desde hace muchos años, el hombre en todo el mundo se ha enfrentado a una de las más devastadoras enfermedades que existen: el cáncer. Para combatirlo, se han realizado amplias investigaciones en diferentes niveles; desde la psicología, la medicina, la biología, la química, la física, hasta la sociología. Todos estos estudios se han hecho con el fin de proporcionarle al ser humano una mejor calidad de vida cuando padece la enfermedad. Aún cuando "cáncer" es una palabra que todo el mundo escucha e incluso utiliza es muy importante saber qué es el cáncer.

En 1996 la segunda causa de mortalidad en México la ocuparon los tumores malignos. En Estados Unidos una persona muere de cáncer cada minuto (Sañudo, 1998).

El cáncer (también llamado neoplasia), ocurre cuando algunas células llegan a ser anormales y comienzan a dividirse y a formar más células sin control ni orden, dando como resultado células que pierden su funcionalidad. Estas células anormales forman una masa de tejido llamada tumor, el cual puede ser maligno o benigno. El cáncer es un grupo de más de cien diferentes padecimientos de carácter maligno. Harrison, et. al. (1991) explican: "Los términos, cáncer, neoplasia y enfermedad maligna suelen usarse en forma intercambiable".

Los tumores benignos no son cáncer. Usualmente, éstos pueden ser removidos y en la mayoría de los casos no vuelven a aparecer. Lo más importante, es que las células de tumores benignos no se extiendan a otras partes del cuerpo y rara vez son una amenaza para la vida del paciente (Reynoso, 1997).

Los tumores malignos son lo que conocemos como cáncer. Las células cancerosas pueden invadir y dañar tejidos nerviosos y órganos. También estas células pueden desprenderse del tumor maligno y entrar a la corriente sanguínea o al sistema linfático. Así es como el cáncer se extiende del tumor original o primario hacia nuevos tumores en otras partes del cuerpo. Esta expansión se le conoce como metástasis (National Cancer Institute, 1993). A pesar de la gravedad de las metástasis es posible tratarlas o evitarlas, gracias a una detección temprana, así como al tratamiento oportuno y adecuado.

Los factores que pueden disparar el desarrollo del cáncer son sumamente variados. La incidencia del cáncer puede también variar mucho con la raza, la edad, el sexo, o situación geográfica.

Los caracteres o rasgos hereditarios y las variaciones en el medio interno que rodea a las células, explican algunas de las diferencias en la frecuencia del cáncer. "Las investigaciones epidemiológicas han aclarado que las variaciones en la dieta, la exposición a agentes químicos y físicos en el medio externo; contribuyen al desarrollo de las neoplasias" (Harrison, 1991). Estos factores son:

- ψ Factores Genéticos.
- ψ Radiación
- ψ Tabaco
- ψ Exposición Ocupacional
- ψ Contaminación del aire.
- ψ Medicamentos.
- ψ Dieta.
- ψ Virus.

En 1996, de 84,615 casos de cáncer que se registraron en México, el 63.5% eran mujeres con neoplasias y el 36.5% corresponde a hombres. Se presentan más neoplasias en mujeres a partir de los 35 años y es más frecuente a los 75 y más años. En hombres es más frecuente a partir de los 60 años (Registro Histopatológico de Neoplasias, 1998).

Una neoplasia que se encuentra en el cuerpo humano puede tener varias consecuencias para el paciente, algunas de ellas de gravedad. Pueden ser permanentes y dependiendo del tratamiento que se le dé a éstas, será el grado de molestia para el paciente. Algunos de los más comunes se describirán a continuación.

Los síntomas más frecuentes observados en pacientes con cáncer avanzado son dolor, fatiga fácil, debilidad, anorexia, pérdida de más del 10% de su peso, baja de energía, sequedad de boca, constipación, disnea y saciedad temprana. Estos síntomas son los más severos e importantes clínicamente. Se presentan entre el 60 y el 80% de los casos, así como también cambios en el estado de ánimo como ansiedad y depresión (Sañudo, 1998).

El diagnóstico precoz del cáncer está directamente relacionado con el nivel educacional de la población y esto produce que se retrase el diagnóstico de cáncer. Los retrasos prolongados pueden ser importantes y la mayoría de los oncólogos están de acuerdo que cuanto antes se diagnostique un cáncer, mayores serán las posibilidades de curación. Hossfeld (1992) explica que "la mayoría de los tumores tienen un crecimiento lento y ya existían de uno a varios años antes del diagnóstico". Los factores de retraso del diagnóstico por parte del paciente, incluyen la falta de conocimientos sobre los signos guía y los factores de riesgo, así como miedo de que los síntomas notados sean causados por un cáncer y miedo a que -si se trata de un cáncer- precisará un tratamiento radical.

Los factores médicos de retraso incluyen falta de sospecha clínica de que un determinado síntoma pueda ser debido a un cáncer, fallo en el reconocimiento e identificación de factores de riesgo y la actitud pesimista sobre la curabilidad del cáncer; conduciendo a una apatía frente al diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado.

Para poder dar un diagnóstico de cáncer se deben realizar varios estudios al paciente y así descartar otro tipo de padecimiento benigno o poder determinar en qué fase se

encuentra el cáncer, si existe o no metástasis, la etapa clínica en la que se encuentra, etc. Muy frecuentemente y por las razones anteriormente citadas, este diagnóstico necesita de la participación de varios especialistas con enfoque multidisciplinario (Jinich, 1988).

Para Jinich (1988) los objetivos del diagnóstico son la base para la clasificación anatomopatológica y de la etapa clínica, indispensables para establecer la estrategia terapéutica y un pronóstico y son los siguientes:

- ψ Confirmación histológica de malignidad: Clasificación anatomopatológica del tipo de cáncer, tanto en la lesión original (tumor primario) como en las metástasis si las hay.
- ψ Conocer lo más precisamente posible la localización, la forma y tamaño en centímetros del tumor primario.
- ψ Saber si hay o no invasión neoplásica linfática regional.
- ψ Detectar y diagnosticar las posibles diseminaciones metastásicas lejanas.
- ψ El diagnóstico de las repercusiones generales que la evolución de la neoplasia ejerce sobre el paciente.

En el diagnóstico de cada caso de cáncer concurren múltiples técnicas diagnósticas. Ante tal diversidad de medios diagnósticos, el médico puede correr el riesgo de olvidar un principio básico de oncología clínica: salvo en raras excepciones el diagnóstico de cáncer debe ser siempre anatomopatológico. No debe tomarse ninguna decisión terapéutica o emitir un pronóstico sin el resultado de una o varias biopsias. Cuando existe sospecha de cáncer y al igual que con cualquier otro padecimiento, hay dos cosas básicas que el médico debe hacer: la historia clínica y la exploración física.

La historia clínica debe ser muy completa, sobre todo en la parte de los antecedentes heredofamiliares, pues una historia familiar cargada de casos de neoplasias malignas hacen del paciente un sujeto de alto riesgo. La historia de las condiciones socioeconómicas es importante, ya que ciertos grupos sociales tienen más alta incidencia de cáncer que otros. El estudio de los hábitos de vida, ayuda a detectar a los sujetos de alto riesgo para ciertos cánceres. La ocupación puede afectar también la frecuencia de ciertos cánceres.

La historia marital y sexual debe explorarse, ya que la multiparidad, la edad del primer embarazo, el número de éstos y la lactancia o no; parecen tener influencia sobre el cáncer mamario. La promiscuidad y las relaciones sexuales a edades tempranas, son frecuentes en los casos de cáncer cervicouterino. La nuliparidad y la menopausia tardía son frecuentes en el cáncer mamario y en el de endometrio.

Los antecedentes patológicos o de padecimientos asociados sufridos durante la infancia son de gran interés. Un tratamiento por radiaciones puede, años más tarde, desarrollar otra neoplasia. El paciente canceroso tratado y controlado tiene un alto riesgo de desarrollar otros cánceres (Jinich, 1988).

En toda historia clínica debe hacerse un interrogatorio por aparatos y sistemas buscando los siguientes signos de alarma o síntomas asociados al cáncer: cambios en los hábitos de defecar y orinar, dolores que no se alivian, sangrado o descarga inusuales, masa en cualquier parte del cuerpo, indigestión o dificultad para deglutir, cambios notables en verrugas o lunares, fiebres prolongadas o recurrentes sin causa aparente, pérdida de peso, astenia, adinamia sin causa obvia y tos continua o ronquera. No son siempre un signo de cáncer pero es importante someterse a estudios (National Cancer Institute, 1993).

El examen clínico debe llenar los siguientes objetivos:

1. Detectar un cáncer.
2. Obtener un diagnóstico histopatológico
3. Precisar extensión tumoral, del tumor primario, de metástasis ganglionares regionales o distantes, si existen.
4. Conocer el estado general del paciente y los síntomas o síndromes generales determinados por la neoplasia.
5. Establecer la etapa clínica.

Los cánceres avanzados son fáciles de diagnosticar, los tempranos son más difíciles y la trascendencia para el diagnóstico es aún más importante. El buen juicio del clínico es indispensable para continuar con estudios de laboratorio y radiológicos más elaborados o referir al paciente al centro especializado (Jinich, 1988).

Consideraciones especiales.

Al concluir lo anterior, es muy importante que el médico se planteé cuál es el problema del paciente: ¿Los síntomas son orgánicos o psicógenos? (Hay que tenerlo en cuenta pues existen pacientes "cancerofóbicos" cuya ansiedad se centra en el miedo a tener cáncer y son clientes habituales pues tienden a pensar que el cáncer se ha presentado en cualquiera de sus tipos) ¿Tienen suficiente importancia para requerir ulteriores investigaciones o debe esperarse a que desaparezcan con tratamiento sintomático? (Hossfeld, 1992). El cáncer avanzado suele ser fácil de diagnosticar. Los estadios precoces son más importantes y difíciles de diagnosticar.

Es trascendental tener la mayor cantidad de datos posibles para darle al paciente una atención adecuada según su estado físico, avance de la enfermedad, control de la misma, etc. Para ello existe una escala que determina el estado de actividad de los pacientes a través de calificaciones numéricas. Esto se realiza con el fin de brindar otro dato al equipo tratante del paciente, que les ayude a tomar decisiones correctas en cuanto a, por ejemplo: conocer el tipo de tratamiento de acuerdo con su nivel de actividad, determinar el tipo de cuidados que debe recibir y quien deberá llevarlos a cabo, si es adecuado aplicar otros ciclos de quimioterapia, si podrá asistir a las consultas siguientes, que actividades puede seguir realizando, etc. Esta clasificación es conocida como Escala de Karnofsky y los criterios del estado de actividad que utiliza son los siguientes:

GENERALIDADES CRITERIOS ESTADO DE ACTIVIDAD

GENERALIDADES	CRITERIOS DEL ESTADO DE ACTIVIDAD
Capaz de llevar a cabo su actividad normal; no se necesita atención especial.	100% Normal; no hay molestias; ni evidencia de enfermedad. 90% Capaz de llevar a cabo su actividad normal; signos o síntomas menores de la enfermedad. 80% Actividad normal con esfuerzo; algunos signos o síntomas de enfermedad.
Incapaz de trabajar; capaz de vivir en su hogar y de atender sus necesidades más personales; se necesita una cantidad variable de ayuda.	70% Cuida de sí mismo; incapaz de llevar a cabo sus actividades normales o desempeñar un trabajo activo. 60% Requiere a veces de ayuda; pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades. 50% Requiere de considerable ayuda; y frecuentemente atención médica.
Incapaz de cuidarse a sí mismo; requiere atención hospitalaria o su equivalente; la enfermedad puede progresar rápidamente.	40% Incapacitado; requiere especial atención y ayuda. 30% Gravemente incapacitado; requiere hospitalización aunque la muerte no es inminente. 20% Muy enfermo; requiere hospitalización se necesita un tratamiento activo de sostén. 10% Moribundo; procesos mortales avanzan con rapidez. 0% Muerto.

Tomado de Griffiths (1988).

Una escala que se utiliza con relativa frecuencia y que es muy similar a la de Karnofsky es la que mide el estado de actividad (Eastern Cooperative Oncology Group).

GRADO	ESTADO DE ACTIVIDAD
0	Totalmente activo, capaz de llevar a cabo todas las actividades previas a la enfermedad sin ninguna restricción (90-100 de Karnofsky).
1	Actividad física extenuante restringida pero ambulatorio y capaz de llevar a cabo trabajo de naturaleza ligera o sedentaria, por ejemplo: trabajo ligero en el hogar, trabajo de oficina (70-80 de Karnofsky).
2	Ambulatorio y capaz de atenderse a sí mismo, pero incapaz de llevar a cabo ningún trabajo. Levantado y ambulatorio más del 50% del tiempo que permanece despierto (50-60 de Karnofsky).
3	Capaz únicamente de limitada autoatención; confinado a su cama o a la silla de ruedas 50% o más del tiempo que permanece despierto (30-40 de Karnofsky).
4	Completamente incapacitado; no puede llevar a cabo ninguna actividad para atenderse a sí mismo; totalmente confinado en cama o en silla de ruedas (10-20 de Karnofsky).

Tomado de Griffiths (1988).

El clínico debe encontrar siempre un papel activo para el paciente en la planificación del tratamiento. Las recomendaciones sobre el ejercicio físico, nutrición o sobre los signos y

síntomas específicos a observar, pueden ayudar al paciente a adoptar un papel activo en el tratamiento de su enfermedad.

El diagnóstico de cáncer provoca complejas respuestas emocionales que con frecuencia dan como resultado sentimientos de desesperanza, impotencia y profunda depresión. Esto se complica por la decisión que hay que tomar respecto al tratamiento. Este es una parte sumamente importante del proceso del cáncer, no sólo porque puede implicar el detener la enfermedad o inclusive curar al paciente, sino por todas las molestias, sacrificios, pensamientos, dudas y sentimientos que éste despierta, tanto en el paciente como en su familia. En la mayoría de los casos, el tratamiento es determinado por la etapa de la enfermedad. El tipo de tratamiento o la combinación de tratamientos es diferente para cada etapa (Griffith,1988).

Otra situación que deberá implementarse es el hecho de individualizar el tratamiento para cada paciente, tomando en cuenta la situación del enfermo, las características del tratamiento, el costo del tratamiento y valorando el riesgo-beneficio que proporcione al paciente la intervención o la no intervención.

Para plantear el tratamiento de un individuo con cáncer deben darse cuatro pasos:

- 1.- Establecer una base de datos. Aporta la información clave para definir el mejor tratamiento y evolución. Para empezar a planificar un programa de tratamiento se necesitan 5 áreas de información: diagnóstico histopatológico, diagnóstico de extensión exacto, historia natural esperada, estado general individual y los posibles tratamientos.
- 2.- Clarificar los objetivos específicos del tratamiento. Los objetivos del tratamiento son curar o paliar. Curar al paciente es tratar el cáncer de tal forma que no interfiera en la duración normal de su vida o en la calidad de vida personal que producen los síntomas. La paliación del paciente con cáncer tiene 3 parámetros: incrementar la esperanza de vida; controlar los síntomas y conseguir la mejor calidad de vida posible.

CRITERIO	DEFINICIÓN
Respuesta completa (RC)	Desaparición completa de toda la evidencia de cáncer por examen físico y pruebas de laboratorio como radiografía, escáner y pruebas serológicas
Respuesta parcial (RP)	En una o varias metástasis valorables, hay disminución > 50% del producto de los dos diámetros biperpendiculares
No hay cambios (NC)	Cualquier reducción de las lesiones medibles inferior a lo necesario para ser RP
Progresión de la enfermedad	Cualquier incremento de tamaño en lesiones medibles o aparición de nuevas lesiones

Tomado de Hossfeld, 1992.

- 3.- Analizar los resultados obtenidos con el tratamiento y planificar el programa terapéutico apropiado para cada individuo.

4.- Ejecutar el programa después de informar al paciente y a su familia y haber obtenido su consentimiento.

Tratamiento curativo. Una curación permanente implica que todo el cáncer, incluyendo su extensión y metástasis, ha sido eliminado del cuerpo. El objetivo de este es que sin importar todo lo que el paciente llegue a vivir, el tumor en particular ya tratado no reaparecerá. Griffith (1988) explica que "el término curación a los 5 años significa que no se puede encontrar evidencia del tumor cinco años después de que la afección maligna fue inicialmente diagnosticada y tratada. El término supervivencia a los cinco años se refiere a todos los pacientes que se encuentran vivos cinco años después del diagnóstico y tratamiento iniciales, independientemente de si el cáncer está o no presente".

Tratamiento paliativo. El objetivo terapéutico es aliviar molestias y está dirigido a: 1) aliviar síntomas; 2) prevenir síntomas que habrían ocurrido si no se hubiera iniciado ningún tratamiento; y 3) prolongar la vida asegurando una calidad confortable de la misma durante el mayor tiempo posible (Griffith, 1988).

La cirugía es el método más antiguo para tratar el cáncer. En una época, la extirpación quirúrgica era la única opción que tenía el paciente con cáncer para sobrevivir o tener una esperanza de curación (Griffith, 1988). Todavía es el tratamiento primario (75-80%) de la mayoría de los pacientes con tumores curables (Hossfeld, 1992).

Si se diagnostica el cáncer lo suficientemente temprano, permanece bien localizado y se le trata oportunamente la extirpación quirúrgica puede lograr la curación. Sin embargo, es necesario diagnosticar el cáncer mientras se encuentre localizado; esta extensión de cáncer puede, por lo general, ser adecuadamente extirpada con cirugía. La extirpación quirúrgica de un tumor secundario (resultado de una metástasis) resulta efectiva si sólo se descubre una lesión de este tipo y es de lento crecimiento.

La cirugía no siempre puede erradicar todas las células malignas. Para disminuir la posibilidad de recurrencias, se está volviendo más común en la práctica, utilizar una terapéutica combinada. La cirugía no es el único método de tratamiento; sino una etapa del tratamiento combinado. La combinación de cirugía con radioterapia y quimioterapia en los períodos pre o postoperatorio han mejorado significativamente los resultados en algunas enfermedades. En general, los mayores adelantos se han logrado por el uso de tratamientos coadyuvantes, antes de que el tumor haya tenido la oportunidad de diseminarse o reaparecer.

El enfoque de tratamiento coadyuvante aumenta la posibilidad de destruir las células cancerosas que han escapado a la extirpación quirúrgica. Con frecuencia la irradiación de un amplio margen alrededor de una escisión quirúrgica más moderada, produce un control equivalente del cáncer con frecuencia con mejor función residual y efecto estético. La cirugía puede estar indicada después de un curso de radioterapia, para eliminar el tumor residual no destruido por la irradiación. La adición de quimioterapia también disminuye la

posibilidad de una falla de tratamiento, debido a metástasis distantes al destruir células cancerosas circulantes.

La ablación hormonal se enfoca en la alteración del medio hormonal que propició el desarrollo y crecimiento del tumor. Los procedimientos quirúrgicos comprenden la ooforectomía, adrenalectomía e hipofisectomía, así como la extirpación de los testículos. Como consecuencia, se requiere terapéutica hormonal de restitución en algunos casos.

Con frecuencia los métodos quirúrgicos resultan de gran valor en la rehabilitación del paciente después de un procedimiento quirúrgico mutilante. Se ha logrado mucho en el esfuerzo para aliviar o reducir las consecuencias emocionales de la extirpación quirúrgica de algunos cánceres. Dispositivos de prótesis, diapositivos mecánicos para el habla, cirugía plástica y cirugía reconstructiva (practicada intra o postoperatoriamente) pueden facilitar el retorno del paciente a una forma de vida normal. Se está volviendo más común que un equipo multidisciplinario trabaje con el paciente y los familiares para ayudar en la recuperación física y emocional de la cirugía extensa para el cáncer. Es en esta parte del trabajo donde el Psicólogo colabora en el proceso de ayudar a la recuperación del paciente (Griffith, 1988).

La quimioterapia es el uso de drogas o medicamentos para tratar enfermedades. El término proviene de las palabras "química" y "terapia". Casi todos hemos recibido algún tipo de quimioterapia como tratamiento para alguna enfermedad. A pesar de que el nombre de quimioterapia podría emplearse para cualquier método químico de curación, actualmente se utiliza específicamente para describir los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer. Este puede consistir en una sola droga o un grupo de las mismo (quimioterapia combinada) en acción conjunta.

La quimioterapia puede administrarse para curar o controlar la enfermedad. En algunos casos se aplica como opción única de tratamiento, mientras que en otros acompaña o complementa la cirugía o las radiaciones, a fin de acabar con el tumor. A esto se le llama modalidad combinada de tratamiento.

Cuando se realiza una que aparentemente elimina el tumor, se sabe que éste puede reaparecer, por lo cual se utiliza quimioterapia para prevenir dicha recurrencia. A este tipo de tratamiento se le llama adyuvante (tratamiento que ayuda) cuya finalidad es eliminar las células cancerosas que pudieran permanecer en el organismo sin ser detectadas.

Las drogas anticáncer actúan contra las células cancerosas al interrumpir su habilidad para crecer o multiplicarse o corrigiendo la disminución de la muerte de células programada (tiempo específico de vida de las células), ya que esto también permite que se acumulen de manera anormal en el cuerpo.

De acuerdo al tipo de cáncer y al lugar que afecte se decide la quimioterapia a usar. Esta puede ser local, mientras que en otros casos se requiere un efecto total en el cuerpo. A este tratamiento se le llama sistémico.

Aunque la función de las drogas anticáncer es la de atacar a las células anormales, también pueden hacerlo con los tejidos normales, pues los medicamentos afectan de manera general a todas la células del cuerpo. Las células normales que con más frecuencia se afectan son: las de médula ósea, aparato digestivo, sistema reproductivo y cabello. Sin embargo, estos tejidos son capaces de recuperarse rápidamente una vez concluido el tratamiento. Con la quimioterapia combinada, los efectos negativos de éstos en el cuerpo del paciente no se suman, por lo que no provocan efectos indeseados.

CAPITULO 3

ENFOQUE PSICOLOGICO DEL PACIENTE CON CÁNCER.

Una gema no se pule sin fricción, ni el hombre se perfecciona sin tribulaciones.

PROVERBIO CHINO

En la mayoría de los individuos, la simple mención de la palabra "cáncer" -aún cuando no padezcan la enfermedad- produce una serie de emociones normalmente aversivas. Las más comunes son temor, tristeza, incertidumbre, impotencia, etc. Pero, ¿por qué se suscita esta situación? En este capítulo se examinará esta situación.

El cáncer tiene un componente psicológico que influye notablemente en su aparición y desarrollo. Esto no es algo nuevo, aunque actualmente es más estudiado. Hace casi 2 milenios, Galeno reconoció que el cáncer parecía desarrollarse más entre mujeres con disposición melancólica. Y en 1878, Sir James Paget, en su texto *Surgical Pathology*, escribió: "Son tan frecuentes los casos en los que una profunda ansiedad, la esperanza y la decepción van rápidamente seguidos del desarrollo e incremento de cáncer que difícilmente podría dudarse que la depresión mental es un poderoso agregado de otras influencias en el desarrollo de la constitución cancerosa".

El cáncer es a nivel psicológico, un proceso que comienza desde el momento en el que se tiene la sospecha de que éste se halla presente en el cuerpo con la presencia de cualquier síntoma, pasando por el momento en el que se da el diagnóstico, el tratamiento, la curación, la paliación o hasta la muerte.

Aunado a esto, los enfermos de cáncer sufren pérdidas consecutivas -algunas de ellas en conjunto- desde el momento en que se sospecha que se tiene una enfermedad. Estas van desde la pérdida de la salud, trabajo, escuela, partes del cuerpo y en casos muy extremos, hasta de la familia. En resumen, pierden el control de su vida.

El factor emocional más importante en el desarrollo del cáncer es una pérdida sensible desde 6 a 18 meses antes de diagnosticarse la enfermedad. No es simplemente el acontecimiento o la pérdida lo que constituye el factor primordial, sino la predisposición constitucional del paciente y la forma en la que la pérdida es percibida por el paciente son muy importantes. Influyen en esto mecanismos de defensa inadecuados o sentimientos de desconsuelo y desamparo.

Cuando una persona descubre que algo inusual está pasando en su cuerpo, comienza a desarrollarse una ansiedad por el temor a lo desconocido. Se ignora qué es lo que está sucediendo y esto sólo puede llevar al individuo a hacer una de dos cosas: en el mejor de los casos, acudir al médico inmediatamente o tener una espera angustiante provocada por el temor de recibir una "mala noticia". Desgraciadamente en varios casos esta prolongada

espera produce que el proceso cancerígeno progrese sin obstáculo y para cuando acude con el médico aquel se encuentra ya en una etapa avanzada.

Si por el contrario la persona acude con el médico rápidamente, es posible que el diagnóstico y el tratamiento sean inmediatos y que pueda existir incluso, posibilidad de curación. Cuando se acude al médico se pasa por la incertidumbre que crea el "no saber que ocurre", el temor, la impotencia y la rabia que genera el diagnóstico. Existe la posibilidad de descartarse el cáncer o que los resultados sean erróneos y tal pareciera que las personas que sienten algo anormal en su cuerpo siempre albergaran la esperanza de que "no sea nada grave", que solo con un tratamiento muy corto, con ponerse una pomada o con tomar un analgésico, desaparecerá la enfermedad. Es por esto que es tan difícil de aceptar un diagnóstico de cáncer y asimilar las consecuencias que tendrá esto, aunque hasta ese momento se desconocen.

A este respecto Martínez (1998) comenta: "el malestar emocional es una respuesta normal al acontecimiento catastrófico que representa un diagnóstico de cáncer, especialmente si el cáncer es incurable".

El hecho de que una persona se entere que padece cáncer es un duro golpe al narcisismo y a la omnipotencia que como todos los seres humanos, tiene el paciente, pues aunque escucha y conoce a personas que lo padecen o han padecido le resulta algo muy lejano y ajeno, que nunca le va suceder. Comienzan a desarrollarse en él dudas, temores, incertidumbre y depresión.

En nuestro inconsciente, la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos. Es inconcebible un verdadero final de su vida aquí en la tierra y si esta vida tiene que acabar, el final siempre se atribuye a la intervención de un mal que viene de fuera. En nuestro inconsciente sólo podemos ser matados; nos es inconcebible morir por una causa natural o por vejez. Por lo tanto la muerte va asociada a un acto de maldad, es un acontecimiento aterrador, que exige pena y castigo.

La muerte de otras personas solo sirve para reforzar la creencia inconsciente en nuestra propia inmortalidad y nos permiten -en la intimidad y el secreto de nuestro inconsciente- alegrarnos de que "le ha tocado al vecino, y no a mí" (Kubler-Ross, 1975).

Sobre esto, el folleto informativo "Luchando por sobrevivir" (Lynna), editado por la Sociedad de Leucemia de los Estados Unidos, narra la experiencia de una paciente: "Te dan el diagnóstico y sin ninguna preparación te arrojan al mundo extraño de las batas blancas y de los protocolos de tratamiento. De repente se altera toda tu vida y tu futuro es, en el mejor de los casos, incierto. Todo esto es tan incomprensible, tan aterrador y solitario - no solo para ti - si no para todos los que te rodean...". A este respecto otro paciente comenta en el mismo folleto: "Usted padece Enfermedad de Hodgkin. Me quede pensando; sólo unas cuantas

palabras y todo mi futuro queda destruido". Estos ejemplos nos aclaran lo que sienten y piensan los pacientes en el momento en que son notificados del diagnóstico. Aunque esto no sucede en todos los casos es común que se presente en la mayoría de los pacientes.

Sucede con cierta frecuencia que algunos médicos comunican temerariamente al enfermo que la evolución de la enfermedad es tal, que sólo les queda un tiempo determinado de vida, por ejemplo seis meses o un año. Esto es algo muy peligroso, no sólo porque aún para el médico más experimentado es muy difícil calcular el tiempo de vida que le queda a una persona enferma, sino por el impacto psicológico que una noticia de esta naturaleza puede tener para quien padece cáncer.

Esto lo explican Schwartzenberg y Viansson-Ponté (1978), de la siguiente manera: "En caso de cáncer extendido, generalizado, nadie puede prever la evolución de la enfermedad y en especial las viejas fórmulas extendidas todavía en nuestros días: "morirá en seis meses o le doy para un año", no son solamente odiosas, sino mentirosas: nadie puede prever con certeza el futuro de un cáncer. Pueden ser tres, seis meses, un año o más. Esas fórmulas son imperdonables, finalmente, porque es a partir de esas precisiones formales que las familias de los enfermos van a buscar socorro en cualquier parte, lo que quiere decir, en la mayoría de los casos, en los despachos de los charlatanes que se hacen de una reputación tanto más fácil cuanto la vida del enfermo dura más tiempo del que había previsto el médico "oficial".

Por esto y al tratar de buscar en algún otro lado a alguien que les de una nueva esperanza o diagnóstico, es que muchos buscan una segunda y hasta una tercera opinión, porque resulta demasiado angustiante aceptar la idea de que tienen cáncer. El problema es que a veces al buscar otras opciones no sólo lo hacen con médicos, sino que también acuden con brujos, adivinos, chamanes, etc.: que sólo logran que los pacientes retrasen su tratamiento y que lleguen a dificultarlo al indicar tratamientos o remedios poco ortodoxos, no probados científicamente y que tampoco son adecuados para el paciente. Se aprovechan de su fe y su temor prometiéndoles una cura total en muy poco tiempo, la mayoría de las veces a un costo elevado o sentenciándolos a una muerte inminente si no sigue sus instrucciones.

Una situación que influye mucho en el temor que genera el cáncer es la idea que prevalece de que éste es sinónimo de muerte. Esto es sólo un mito. En la actualidad, como se mencionó en el Capítulo 2, puede ser totalmente curable si es detectado a tiempo y si se le da el tratamiento adecuado; aunque sigue existiendo el gran porcentaje que no puede sobrevivir a la enfermedad. Sin embargo, la primera idea que viene a la mente de una persona que ha recibido la noticia de que tiene cáncer es que no va a sobrevivir. Sería importante que tanto médicos como psicólogos pudiéramos informar a la gente que la tasa de supervivencia al cáncer se ha elevado y se deben practicar exámenes periódicos además de acudir al médico en el momento en que sientan algún trastorno u observen alguna anomalía en su cuerpo.

Desafortunadamente, en casi todos o en todos los casos, hablar de cáncer remite subjetivo y culturalmente a dolor, destrucción y muerte. lo que hace que la comunicación con

el enfermo se estructure desde y con el trasfondo de la muerte, reconocida como una posibilidad cercana (Blum, 1998).

La mente tiene una asombrosa capacidad para absorber soamente la información que está lista para aceptar. Estas reacciones protegen de la abrumadora ansiedad que provocaría recibir todo el impacto de esas noticias tan devastadoras. Sirven como válvulas de control natural que permiten seguir funcionando conforme se absorbe la información acerca de la enfermedad y de su tratamiento. La muerte es un elemento clave que escinde al sujeto e introduce una diferencia radical en su vida. Esto permite también que los enfermos no sientan tanta culpa por la enfermedad (Blum, 1998).

La culpa es un factor muy importante que influye en la evolución del paciente y en su adherencia al tratamiento médico. Generalmente los pacientes tienden a pensar que la enfermedad se desarrolló por algo que hicieron e incluso pensaron. Pueden pensar que quizá fue por fumar, por ingerir alcohol en grandes cantidades, por alguna acción que hayan cometido en el pasado con alguien e incluso hay quienes piensan que es un castigo divino. Al pensar esto, algunas personas creen que no merecen recibir tratamiento porque se han comportado mal, aunque esto es sólo en una minoría. Esta es un área importante que debe ser tratada por los psicólogos para ayudar a los pacientes a superar tan difícil etapa.

Kubler-Ross (1985) menciona que el sentimiento de culpa no ayuda ni al paciente ni a los familiares a enfrentar mejor la situación de la enfermedad. Por el contrario puede producir en quienes se encuentran junto al paciente y él mismo, que se sientan peor física y emocionalmente si no son capaces de deshacerse de ese sentimiento rápidamente. La misma autora comenta en su libro "Sobre la muerte y los moribundos" (1975): "si alguien se aflige, se da golpes en el pecho, se jala el cabello, o se niega a comer, es un intento de autocastigo para evitar o reducir el castigo previsto para la culpa que ha tenido en la muerte del ser querido".

Existen otros casos en los que aquellos que se han beneficiado de los avances médicos a veces presentan la "culpa del sobreviviente" en que luchan para entender por qué han sido salvados cuando muchos otros no lo han logrado (Holland, 1996).

Otra etapa importante del proceso del cáncer que puede afectar a los pacientes es el tratamiento. Comienza a angustiarse desde que el médico tarda un poco en decidir que tipo de tratamiento le resulta más benéfico al paciente. Este piensa que su caso es grave y no que el oncólogo está evaluando la etapa por la que atraviesa, el riesgo-beneficio y si es mejor tratarlo con quimioterapia, cirugía o radioterapia.

También el paciente se preocupa por los efectos que el tratamiento pueda tener sobre sí. Quizá ha escuchado o visto que se le cae el cabello, que se producen náuseas, vómito o fatiga, que se puede "quemar la piel" o que incluso puede perder alguna parte de su cuerpo. El paciente sufre de ansiedad, angustia y depresión; por las dudas que tiene sobre los cambios en su estilo de vida, por la economía y su situación familiar, por la severidad de la

enfermedad, por la progresión de la misma, por las metas que ya no podrá cumplir, los síntomas secundarios al tratamiento, su apariencia física y la muerte. De acuerdo a lo anterior, la Dra. Kubler-Ross (1985) aconseja que "no solo hay que explicarles sino también mostrarles lo que se les va a hacer" y con esto quizá se pueda reducir la ansiedad, angustia y temor que el tratamiento produce en el enfermo.

Para superar el dolor, uno debe encararlo, reconocerlo y sufrirlo, y no evitarlo. A quienes proceden así les va mucho mejor a largo plazo y están más capacitados para afrontar las futuras tormentas de la vida, sin intentar huir de ellas (Kubler-Ross, 1985).

Kubler-Ross (op. cit. Félix, 1994) reconoce que existen 5 etapas por las que pasa el enfermo incurable: 1) negación; 2) indignación y cólera; 3) regateo y negociación; 4) depresión y 5) aceptación-resignación. La primera etapa consiste en que el paciente -una vez que ha recibido el diagnóstico y el pronóstico- presenta choque emocional y niega la enfermedad. Es importante determinar de donde proviene esa negación, ya que puede provenir del paciente, de su familia o del equipo médico. Es frecuente que cuando se sobrepasa esta etapa se presente un gran número de reacciones temperamentales como tristeza, zozobra, amargura y llanto. Cuando el paciente se llega a encerrar en la melancolía, la desesperanza y la autocompasión; es importante ayudarle a desahogarse.

La segunda etapa se caracteriza porque el paciente, ante la pérdida de la vida, la felicidad y la libertad, siente indignación, rechazo y cólera. Cuando esto sucede, es común que vuelque estos sentimientos a sus familiares y amigos pues son los más cercanos a él, y esto lo hace en forma de sarcasmos, regaños desproporcionados, quejas y reclamos por lo más nimio; el paciente se muestra entonces, herido, susceptible, intemperante, crítico, intolerante, duro y en algunas ocasiones hasta llega a ser cruel.

En ésta etapa frecuentemente se consiente a los pacientes en un afán de compensar las carencias que la vida le ha presentado y mientras más se da esta situación, se vuelven más exigentes y se desarrolla un resentimiento en los familiares. En esa situación los miembros del núcleo familiar no pueden expresar su cólera ante la ingratitud y la aparente falta de apreciación de su hijo, hermano, esposo etc.; de modo que a menudo la descargan sobre otros miembros de la familia, quienes entonces solicitan pequeñas atenciones, viéndose ásperamente rechazados (Kubler-Ross, 1985).

En la etapa de negociación el paciente no acaba de aceptar la realidad y comienza a "negociar" la situación. Es entonces cuando en su intento por conseguir un remedio, acude a métodos alternativos, pues no está conforme con lo que la medicina le ofrece. Recurre a pócimas, curanderos, chamanes, magia y a cualquier cosa que le permita tener esperanza ya que con ello no acepta la realidad. Es de suma importancia que el médico tratante esté al tanto de estos remedios y que los supervise o los rebata. El paciente tratará de negociar con Dios o cualquier divinidad en la que crea, pues piensa que la ciencia ya no puede ofrecerle nada e intenta ser partícipe de un milagro. Kubler-Ross menciona "el significado psicológico

de la negociación, es que el enfermo tiene el valor de mirar de frente lo que le acontece y pide que se le alargue el tiempo de vida para poner sus asuntos en orden, para concluir algunas cosas pendientes. Moviliza sus recursos internos con el objeto de armarse de la fortaleza necesaria para el final del viaje”

En la cuarta fase, que es la de depresión, el individuo comienza a lamentarse de su situación, misma que involucra quizá la extirpación de ciertos órganos, los efectos secundarios negativos de los tratamientos, la pérdida creciente de sus facultades, etc.; seguido de un pesar silencioso durante el cual se va desprendiendo de su pasado, presente y futuro. No intenta ser sociable, pierde el interés por las atenciones que los demás le brindan, quiere estar solo. Lo que más necesita una persona que está atravesando por esta etapa es apoyo, comprensión, afecto, alguien con quien pueda hablar y expresar lo que está sintiendo y que alguien lo “autorice” a llorar. Es importante permitirle expresarse cuando lo juzgue conveniente y no forzarlo a hablar.

Durante la etapa de aceptación alcanza la resignación y necesita aceptar activamente su última experiencia. A este respecto Nestares (op. cit. Félix, 1994) propone la fase final de seguir viviendo constructivamente; es una etapa de paz interna y externa, consecuencia de la reforma y cambio de la actitud del enfermo.

Es posible que en cualquier etapa el individuo trate de escapar de su realidad refugiándose por ejemplo, en el alcohol, drogas, fiestas, viajes o incluso en el suicidio si la depresión que presenta es grande. Lo más importante en todas las etapas es que el paciente necesita comprensión, afecto, apoyo, su propio ritmo para hablar, callar, etc.; es decir, que pueda expresarse en el momento que quiera o necesite sin que se le obligue a nada.

Las etapas que menciona Kubler-Ross no siguen necesariamente una secuencia rígida. Incluso son intercambiables y es posible que se regrese -dependiendo de la duración de la enfermedad- más de una vez a una o varias de ellas antes de aceptar por completo su situación y enfrentarla de una manera adecuada.

Martínez (1998) también reconoce que quienes sufren alguna pérdida o en este caso, padecen cáncer, atraviesan por varias etapas de duelo. Ante la sospecha confirmada o no de la muerte inminente, las personas han de afrontar una nueva realidad y ante ella reaccionan de maneras muy diversas a lo largo de un continuo de emociones intensas que van cambiando a través de un difícil proceso de adaptación.

La primera respuesta es de shock emocional, a la que sucede una reacción de defensa: la negación. Esta estrategia se utiliza cuando la realidad supera los recursos de afrontamiento de la persona y evitar la angustia asociada a su situación. Progresivamente el enfermo puede atravesar por estados de incomprensión, un período de intensa lucha interna, en la que la progresiva realidad de la muerte entra en conflicto con un fuerte impulso por recobrar como sea el mundo perdido. Es un momento en el que prevalecen sentimientos de ira

y en el que la indignación es una reacción comprensible. En estos momentos lo mejor es escucharle, permitir que exprese su ira y empatizar con él entendiendo sus sentimientos.

Si no se queda anclado psicológicamente en la rabia, el individuo puede atravesar por una etapa de abatimiento y tristeza, generada principalmente por una concienciación progresiva de las pérdidas que ha de afrontar. En sus manifestaciones externas suele traducirse en llanto, comportamiento agresivo o mutismo absoluto. La transición no es suave y se tiende a oscilar entre varias emociones.

Tomando en cuenta lo anterior, los médicos deben tener mucho cuidado al comunicar a los pacientes tanto el tipo de tratamiento que van a recibir como los efectos que pueda tener sobre ellos, pues en muchas ocasiones de ello depende que los pacientes decidan o no recibir el tratamiento. Como ejemplo citamos el comentario de una nada adecuada forma de responder a una paciente, que relatan en su libro Schwartzberg y Viansson-Ponté (1978), "Otro cirujano se atreve a responder a una joven de 20 años a la que debe extirpar un seno: ¡No irás a llorar por un trozo menos de carne!". En este caso se aprecia una forma incorrecta de responder a una paciente, pues sólo aumenta la ansiedad y angustia haciéndole sentir que no es importante y que su cuerpo es solamente una "máquina descompuesta", sin sentimientos ni emociones. Esta es otra área en la que los psicólogos debemos trabajar conjuntamente con los médicos: en la manera de decir a los pacientes el diagnóstico, cuál será el tratamiento, pronóstico y los efectos secundarios que se pueden presentar con el tratamiento.

Para poder implementar determinadas estrategias de intervención a favor del mejoramiento emocional y la calidad de vida de los pacientes de cuidados paliativos, los profesionales de la salud que trabajan en la atención primaria deben recibir no solo adiestramiento en habilidades técnico-profesionales, sino también en habilidades sociales y de comunicación con los pacientes y sus familiares, que favorecen el trabajo en equipo y disminuyen el estrés que se produce en este tipo de labor (Grau, 1995).

Si queremos mejorar la calidad de vida de los pacientes, se puede comenzar con cosas pequeñas que harán al paciente sentirse mejor. Por ejemplo Kubler-Ross (1975) explica que la paciencia y las caras y alimentos conocidos, pueden reemplazar muchas veces a una botella de líquidos intravenosos, la cual es suministrada por la sencilla razón de que cubre una necesidad fisiológica sin movilizar a demasiadas enfermeras.

La Dra. se plantea el siguiente cuestionamiento que quizá todos debemos hacernos no sólo ante el cáncer, sino ante la vida diaria, ante el continuo ir y venir de gente a nuestro lado, a nuestra "deshumanización", ante la falta de preocupación por nuestros semejantes. "Nuestra concentración en el equipo médico, en la presión sanguínea, ¿no es un intento desesperado de negar la muerte inminente que es tan terrible y molesta para nosotros, que hemos trasladado todo nuestro conocimiento a las máquinas, por qué nos son menos próximas que la cara de sufrimiento de otro ser humano que nos recordaría una vez más nuestra falta

de omnipotencia, nuestros propios límites y fracasos, y en el último , aunque muy importante lugar, nuestra propia mortalidad?

Si pudiéramos combinar la enseñanza de los nuevos descubrimientos científicos y técnicos con una insistencia similar en las relaciones humanas interpersonales haríamos verdaderos progresos, pero no los haremos si el estudiante adquiere mayor formación científica a costa del contacto interpersonal, cada vez menor".

Uno de los principales factores que intervienen en la manera en la que responda el paciente ante una psicoterapia es la manera en que se sienta físicamente. Si no están cubiertas las necesidades primarias del paciente (comida, limpieza, ausencia de dolor, etc.) no se podrá concentrar en lo que se le pregunte o diga. En referencia a esto Kubler-Ross (1985) menciona "no podemos ocuparnos de problemas emocionales o espirituales cuando sentimos dolor y comezón, cuando estamos oliendo mal y no podemos atender nuestras necesidades. El cuidado final de cualquier paciente moribundo tiene que considerar las necesidades físicas de éste como primordiales".

Dependiendo de cómo reaccione el organismo al tratamiento, el paciente irá disipando sus dudas y temores, podrá tener las cosas más en claro aún si se trata de que ningún tratamiento resulte idóneo para él. Pero también existe la posibilidad de que el paciente se ponga más tenso si se cambia o complementa el tratamiento, pues él piensa que se encuentra muy mal y que va a morir y no que se trata de reforzar la protección que se pueda brindar al organismo contra el cáncer o que efectivamente no se tomó la decisión correcta en el tratamiento pero que otro si dará los resultados esperados. Como ejemplo de esto, Schwartzberg y Viansson-Ponté (1978) relatan lo siguiente: "Andrea concluye, "ahora que ya no quieren operar mi pierna se que estoy pérdida". Ellos realizan el siguiente comentario sobre lo que puede sentir una paciente que recibe radioterapia, "Quizá una sala de radioterapia sea el lugar donde el enfermo se siente más solo. Nadie puede acompañarle ahí, ni familiar, ni amigo, ni médico, ni enfermera: todos deben quedarse afuera del alcance de las radiaciones en el exterior de la sala. El enfermo permanece en ella durante un período que oscila entre 5 y 15 minutos por sesión, completamente aislado del resto del mundo, encerrado entre paredes recubiertas con placas de plomo".

Otro ejemplo lo cita Kubler-Ross (1985) narrando lo que una paciente le escribió. "Tengo un cáncer mortal de pecho que me diagnosticaron cuando tenía 33 años. Mis 4 hijos pequeños fueron un enorme apoyo para mí. Los respeté con la verdad y ellos me devolvieron el cumplido. Por fortuna mi enfermedad está en remisión y ha seguido así durante 3 años. Mis hijos pequeños ya son adolescentes y me siento muy orgullosa de haber vivido para verlos crecer. He dado conferencias y escrito artículos para ayudarme económicamente. Mi marido y yo nos divorciamos 2 años después del diagnóstico".

Con lo explicado anteriormente, se aprecia que el acompañamiento que un paciente tiene de parte de quienes le rodean, ya sea familia, pareja, amigos e inclusive el equipo

médico tratante, es muy importante para su estabilidad emocional y su recuperación. Varias investigaciones han demostrado menor mortalidad en individuos con relaciones interpersonales de apoyo en comparación con aquellos que carecen de dichos lazos.

La familia es, usualmente, la fuente más importante de apoyo psicológico para el paciente con cáncer. Tener un médico especialista, accesible y compasivo también es invaluable. Los amigos y organizaciones en la comunidad proveen del siguiente nivel de apoyo y los grupos religiosos pueden ofrecer un buen consuelo. Los grupos de autoayuda y los de guía profesional para pacientes con cáncer, son comunes en muchas comunidades y ayudan al individuo a sentirse menos solo, a compartir sus sentimientos con otros que lo entienden y observan como la gente se enfrenta con los mismos problemas. También existen los grupos de terapia, la psicoterapia individual, ejercicios de relajación, que incluyen la meditación, la hipnosis y hasta el yoga (Holland, 1996).

Aunque el cáncer pasa por varias etapas, una de las que ha sido motivo de infinidad de estudios, cuidados e investigaciones es la terminal. Esto se debe a todas las implicaciones, tanto psicológicas como sociales y biológicas, que supone. Una de las cuestiones más importantes en relación a los pacientes con cáncer en etapa terminal, es el tratamiento que reciben por parte de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos.

Por citar un ejemplo, Clemenceau (1998), menciona que los pacientes con cáncer - especialmente los que se encuentran en fase terminal- experimentan entre otras cosas, pérdida, sufrimiento y muerte. El los define de la siguiente manera:

Pérdida: Se define como privación de lo que poseía, menoscabo o daño.

Sufrimiento: Paciencia, tolerancia, padecimiento, sentir físicamente un daño, dolor, enfermedad o castigo.

Muerte: Cesación completa de la vida, aunque en algunos textos se considera la muerte como parte del ciclo de la vida, por lo que la define como: fase terminal del ciclo de la vida, fin de la existencia ya que la vida sigue.

Este autor explica que definitivamente es necesario comprender este sufrimiento para responder a él. Cuando la muerte se encuentra próxima, el sufrimiento frecuentemente se hace presente. Entonces hay que darle sentido a ese sufrimiento, sin olvidar que el dolor puede ser inevitable, pero el sufrimiento es "opcional". Además siempre queda una esperanza: es aquí donde la espiritualidad forma parte de esa fuerza extraordinaria para vencer el sufrimiento. Al decir espiritualidad no forzosamente se hace referencia a la religiosidad, aunque para muchas personas la espiritualidad y la religiosidad van de la mano. Un viejo libro de la edad media dice: "Aprende a morir y aprenderás a vivir. Nadie aprenderá a vivir si no ha aprendido a morir". O en caso contrario, menciona Guzmán (1998), es necesario contar con la voluntad consciente, someter todos nuestros pensamientos y actos a un juicio interno para mejorarlos. Solo así podemos mantener y engrandecer eso que se llama calidad de vida.

Martínez (1998) comenta que el paciente que no acepta su muerte suele morir mal. La aceptación no se debe confundir con la resignación, se trata de una interpretación realista de la situación a través de sus cambios, unida a la determinación de adaptarse progresivamente a los mismos y salir adelante de su situación.

Para Holland (1996) la confrontación con enfermedades graves permite a algunas personas crecer emocionalmente y así intentar corregir los problemas duraderos o explorar áreas de la vida para las que anteriormente nunca habían tenido tiempo.

Algunos autores hacen hincapié en la incidencia que tiene sobre la etapa terminal el funcionamiento psicológico del individuo. Definen la situación terminal como la fase final de un proceso frecuentemente largo, cuya expresión física se complica y cambia debido a la personalidad, actitudes y modos de vida del paciente y en el cual intervienen diversos componentes: conciencia del paciente acerca de la gravedad de su enfermedad, percepción de un cambio general de sus características, condiciones físicas y hábitos cotidianos, miedo asociado con trastornos del sueño, privación de estímulos con estados de depresión, sentimientos de inutilidad, incapacidad e incomunicación, alto grado de incertidumbre, dependencia excesiva, percepción de falta de control, etc. (Grau, 1995).

Clemenceau (1998) explica que existen circunstancias que pueden aumentar su sufrimiento, como cuando el dolor no es tomado en serio, es negado o se considera vergonzoso; cuando no se les da o no se dan permiso de sentir pena, compasión (mas no lástima), cuando se aíslan y no aceptan la ayuda, el compartir con alguien; cuando se identifican en su dolor, viéndose a sí mismos como víctimas indefensas; niegan su capacidad de buscar un modo de superarlo.

Muchos pacientes evitan discutir sus sentimientos porque no quieren que se les perciba como "débiles" o "quejumbrosos" (Holland, 1996). Pero para combatir dicha situación, es importante hacerle ver al paciente su derecho a expresar sus sentimientos en el momento que considere pertinente y que eso le hará sentir mucho mejor.

Kubler-Ross nos presenta un lado más espiritual y hasta religioso, mencionando en su libro "Una luz que se apaga" (1985) "recuerden que Dios no envía a ninguno de sus hijos más de lo que puede soportar. 'Si evitas los desfiladeros por temor a la tormenta, nunca conocerás la belleza de sus entalladuras'".

Existen en el budismo 4 "verdades nobles" que quizá podrían ser de utilidad a los pacientes para sobrellevar de una mejor manera este sufrimiento (Clemenceau, 1998):

- ψ Saber que el sufrimiento impregna nuestra existencia.
- ψ Descubrir la causa de nuestro sufrimiento.
- ψ Comprender que podemos acabar con nuestro sufrimiento.
- ψ Compenetrarnos en el camino que nos permite liberarnos del sufrimiento.

Cuando un paciente está gravemente enfermo, a menudo se le trata como a una persona sin derecho a opinar. Con frecuentemente, es otro quien toma la decisión de si hay que hospitalizarlo o no, cuándo y dónde. ¡Costaría tan poco recordar que la persona enferma también tiene sentimientos, deseos y opiniones y -lo más importante de todo- tiene derecho a ser oída (Kubler-Ross, 1975).

En la conferencia "Derechos del niño con enfermedad terminal" la Dra. Quezada (1998) menciona los siguientes, que bien se pueden aplicaren buena medida también a los adultos y que es importante tomar en consideración. Si todo esto es llevado a cabo con los pacientes, los resultados, tanto para ellos como para quienes lo rodean, serán mucho más benéficos y será más sencillo enfrentar la enfermedad.

- ψ Tengo derecho a ser visualizado y concebido como sujeto de derecho y no propiedad de mis padres, médicos o de la sociedad.
- ψ Tengo derecho a que se tome en cuenta mi opinión a la hora de tomar decisiones, ya que soy yo quien está enfermo.
- ψ Tengo derecho a llorar.
- ψ Tengo derecho a no estar solo.
- ψ Tengo derecho a fabricar fantasías.
- ψ Tengo derecho a jugar, porque aún muriéndome sigo siendo niño o adolescente.
- ψ Tengo derecho a que se me controle el dolor desde mi primer día de vida.
- ψ Tengo derecho a la verdad de mi condición. Que se me responda con honestidad y veracidad a mis preguntas.
- ψ Tengo derecho a que se contemplen mis necesidades en forma integral.
- ψ Tengo derecho a una muerte digna, rodeado de mis seres queridos y objetos amados.
- ψ Tengo derecho a morirme en mi casa y no en un hospital si así lo desea.
- ψ Tengo derecho a sentir y expresar mis miedos.
- ψ Tengo derecho a que se me ayude a mí y a mis padres, a elaborar mi muerte.
- ψ Tengo derecho a sentir ira, cólera y frustración por mi enfermedad.
- ψ Tengo derecho a negarme a seguir recibiendo tratamiento cuando no exista cura para mi enfermedad.
- ψ Tengo derecho a los cuidados paliativos si así lo deseo.
- ψ Tengo derecho a no tener dolor a la hora en que se efectúe el procedimiento de diagnóstico y de tratamiento de mi enfermedad.

A nivel psicológico, el modelo de abordaje para los pacientes cancerosos terminales, es la intervención en crisis familiar e individual (Félix, 1994). El primero de ellos fue propuesto por Jenkins et. al. en 1987 y el segundo por Kubler-Ross en 1970 y por Parkes en 1980. Ya sea que se intervenga a nivel familiar o individual, la meta es ayudar al paciente a aceptar la muerte inminente y a que tenga una calidad de vida lo más elevada posible. Para poder dar un mejor tratamiento psicológico a los pacientes con cáncer, es necesario conocer la problemática que les aqueja; en este caso se habla de su autoconcepto.

La valoración y el tratamiento de las alteraciones psicosociales asociadas a la situación de enfermedad terminal, implica diferenciar las reacciones adaptativas de las alteraciones psiquiátricas. La existencia previa de problemas psicológicos o psiquiátricos, haber padecido acontecimientos críticos recientes, la presencia de problemas sociales y económicos, así como el incremento de la debilidad física; ponen de manifiesto una mayor vulnerabilidad emocional (Martínez, 1998).

La atención al individuo con cáncer requiere de valoraciones constantes, dado que sus condiciones emocional, conductual y relacional; se ven sometidas a continuas crisis mayores o menores, de presentación aguda y crónica y de intensidad variable. Debido a las múltiples áreas que son afectadas en el paciente con cáncer, se necesita el apoyo y trabajo interdisciplinario (Austrich, 1998).

Hay que tomar en cuenta que casi siempre, la idea de la muerte está presente en la mayoría de los pacientes y es con esto con lo que hay que trabajar mucho en psicoterapia. Ellos tienden a sentirse impotentes, débiles, frustrados por no tener la capacidad -según ellos- de hacer nada para estar sanos de nuevo, de llevar una vida normal, como la que llevaban antes de enfermar. Schwartzenberg y Vianson-Ponté (1978), exponen su punto de vista al respecto: "víctima de una enfermedad todavía desconocida, objeto de misteriosos cuidados a manos extrañas, aislado frente al equipo médico que mueve los hilos de su destino, conservado a distancia por su familia, apartado por la sociedad, está tan solo como no lo ha estado jamás en su vida, mientras alimenta en el fondo de sí mismo el pensamiento lacerante de la muerte. De la muerte posible, de la muerte próxima". Así es, en parte, como se siente el paciente al entrar en el mundo -desconocido hasta entonces para él- del cáncer.

Para realizar el trabajo a nivel psicológico con pacientes que padecen algún tipo de cáncer independientemente de su edad, existe la Psicooncología, que es la disciplina encargada del estudio de los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y culturales del paciente con cáncer. De las reacciones y secuelas de su tratamiento oncológico, de las repercusiones en la familia, además de la influencia psicológica (entendida ésta como síndrome de agotamiento en el equipo terapéutico) (Romero, 1998).

Numerosos estudios han mostrado que el cáncer puede ser más soportable con intervenciones psicológicas, independientemente de la aproximación teórica o de si están involucrados en un grupo terapéutico o en sesiones individuales (Hollan, 1996). Según este mismo autor, uno de los mayores logros de la Psicooncología, ha sido el desarrollo de maneras de medir la capacidad de funcionamiento general de los pacientes. Respondiendo a cuestiones detalladas, los pacientes cuantifican como están funcionando física, psicológica, social, sexual y laboralmente; en comparación a cuando estaban bien.

Estos métodos se aplican extensamente para determinar cómo el brindar un tratamiento afecta la calidad de vida. De hecho, la FDA (Food and Drug Administration) recomienda que la calidad de vida sea incluida como un criterio secundario, después de los

índices de supervivencia en la mayoría de los nuevos tratamientos contra el cáncer. El resultado es que los investigadores pueden calcular un nivel de ajuste de calidad de vida en años o QALYS. Este cálculo provee de una descripción más exacta de los beneficios potenciales y efectos adversos del tratamiento, que los índices de supervivencia por sí solos.

La muerte es una experiencia universal. La manera como cada quien la concibe y la enfrenta, es sumamente individual y está asociada a su historia personal y familiar, a las experiencias tenidas con la muerte, a sus creencias religiosas, a la filosofía que ha regido su vida, a su origen étnico y cultural y a su personalidad específica. Trabajar con un paciente moribundo, exige abandonar esquemas preestablecidos y colocarse en una actitud de apertura y neutralidad -hasta donde ello es posible- ante ese paciente, tomando en consideración su enfermedad, su historia y su conjunto de creencias relativas a la muerte. Implica además, conocerlo y trabajar con lo que ofrece y no con lo que se supone debe ofrecer (De Jaramillo, op. cit. Grau, 1995).

Una técnica que se utiliza en ocasiones con los pacientes es imaginarse a sí mismo como un guerrero combatiendo con el "dragón" del cáncer. Esto puede ayudar a aquellos que anteriormente enfrentaron problemas en la vida de esa manera. Para quienes el estilo es menos asertivo, el modelo de pelea no es constructivo. Estos individuos son frecuentemente intimidados por sus familias y otros que sugieren, incorrectamente, que una actitud poco agresiva puede apresurar la muerte. En realidad, ningún estilo de enfrentamiento de parte del paciente puede ser mejor que otro (Holland, 1996).

Olper (1998) comenta que siempre se intenta el paciente tome parte activa en las decisiones, aún cuando éstas pudieran ser contrarias a los tratamientos indicados. Las primeras entrevistas están encaminadas también a conocer el problema oncológico del paciente. Qué es lo que sabe acerca de su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento.

Procuramos conocer a los familiares y otras personas que apoyen a los pacientes desde las primeras entrevistas. Siempre se les permite a los pacientes que entren con otra persona si así lo desean, a menos que estemos buscando información que el paciente no deba dar a terceros. Hay que descubrir los vicios que existen en el ambiente del paciente, como los clásicos "que no llore porque eso va en su contra y lo deprime más" y "no hay que contarle todo al paciente porque se va a angustiar y a deprimir mucho". La consigna "echarle ganas", que con buena voluntad los familiares y amigos le dicen al paciente, sólo sirven para confundirlo y que no sepa si está haciendo bien las cosas para con la familia o que inclusive se sientan culpables. De ser así, conviene manejarlo ampliamente para beneficio del paciente.

Por otra parte, cuando los enfermos han fallecido, es conveniente cuidar lo que se le dice a los sobrevivientes y de la forma en la que se les dice. Una afirmación aparentemente amistosa como: "Fue la voluntad de Dios" o "Por lo menos lo tuvieron durante un tiempo"; no sólo es inoportuna, sino también irritante para la mayoría de los padres afligidos dice Kubler-Ross (1985). En algunos casos también sucede que los familiares se encuentran enojados ante

la pérdida de su ser querido, además hay que recordar que el proceso de dolor siempre lleva consigo algo de ira. Como a ninguno de nosotros le gusta admitir su cólera respecto a una persona muerta, éstas emociones a menudo son disfrazadas o reprimidas y prolongan el periodo de dolor o se manifiestan de otras maneras (Kubler-Ross, 1975).

Aproximadamente la mitad de los pacientes con diagnóstico o recurrencia del cáncer, se adaptarán de forma adecuada sin otros síntomas diferentes a los considerados normales. La otra mitad presentan síntomas psiquiátricos suficientes para requerir un diagnóstico de trastorno psiquiátrico (Martínez, 1998).

Idealmente, después de una o dos semanas, los pacientes comienzan a sentir que no todo está perdido y siguen con un plan de tratamiento. En las siguientes semanas y meses, ellos aprenden lentamente como enfrentar la abrumadora realidad de la enfermedad. La manera en que la gente se adapta al cáncer después de un largo camino, tiene mucho que ver con su capacidad previa de encarar los problemas y las crisis. Algunos se enfrentan con los cambios de la enfermedad, relativamente de forma calmada y constructiva, mientras que otros (particularmente aquellos en quienes existen dificultades psicológicas previas) pueden tener un colapso emocional.

Ataques de ansiedad, insomnio, baja concentración, anorexia y pérdida de interés en actividades normales y del deseo de seguir viviendo; son signos de distrés severo quizá adscrito a la salud mental que se afectará -si ellos persisten- varias semanas después del diagnóstico inicial. La gente también necesita asistencia profesional si sus respuestas interfieren con el tratamiento. Muchos necesitan de tal ayuda.

Para que el paciente reciba una apropiada intervención es importante identificar las fuentes causantes de su estrés. Y tratar de eliminarlas o reducir las. Se debe tomar en consideración que algunas veces los problemas emocionales son producidos por medicamentos que provocan efectos colaterales y que estos problemas no se tratarán igual como si fuesen únicamente de tipo emocional (Holland, 1996).

Félix (1994) comenta con respecto al modelo de abordaje familiar, que una vez que el paciente y su familia conocen el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, entran en una crisis en la que participan los siguientes factores:

- ψ El hecho tensionante en sí y las emociones vinculadas con él,
- ψ Los recursos para enfrentar la crisis que pone en juego a la familia,
- ψ La definición que la familia hace del hecho de la enfermedad,
- ψ La vulnerabilidad familiar y su potencial regenerativo.

Se puede definir la crisis como un estado temporal de trastorno o desorganización emocional, conductual, de pensamiento y de relaciones; cuya evolución suele ser oscilante o difícilmente resuelta (Austrich, 1998).

El éxito de la intervención en crisis dependerá de varios factores, tales como: los recursos con los que cuenta la familia para afrontar las crisis, el momento en la vida familiar (ciclo vital) en que es diagnosticada la etapa terminal, la concepción que de ésta tenga el núcleo familiar, la disposición de ayuda al enfermo, la dinámica familiar, las relaciones de la familia con personas externas a ella: la capacidad de ésta para resolver conflictos y la disposición del enfermo para sobrellevar esta situación (Félix, 1994).

Por otro lado, en el procesamiento de la enfermedad intervienen las siguientes variables, mismas que se tienen como indicadores pronósticos del tipo de respuestas adaptativas que la familia podrá poner en práctica a partir del diagnóstico:

- a) El momento de la eclosión de la enfermedad en relación al ciclo de vida familiar, donde se incluyen los factores tensionantes transmitidos por generaciones, así como los factores tensionantes propiamente circunstanciales.
- b) La permeabilidad de los límites del sistema familiar a partir de la cual se analiza la capacidad de la familia para lograr contextos sociales inmediatos colaborativos y la discriminación ésta lleva a cabo con la familia extensa en relación a la enfermedad.
- c) El estilo de respuesta de la familia a la enfermedad (centrífuga o centrípeta).
- d) La capacidad que tiene el grupo familiar para la resolución de conflictos.
- e) El ritmo y características del aprendizaje requerido por la situación provocada por la enfermedad, en donde la información proporcionada por el médico afecta el ritmo de evolución de aquella, así como la dada por el propio cuerpo del paciente.

Morir en el hogar brinda un sentimiento de seguridad al moribundo y contribuye a rodear el hecho en un mejor entorno humano. Lo que no puede encontrarse en el hospital, donde a pesar de los cuidados técnicos se muere más solo (Grau, 1995).

Es importante tomar en cuenta lo que Kubler-Ross (1985) explica sobre la preparación a la muerte y al tiempo. Ella comenta que el tiempo todo lo cura, porque nos proporciona momentos para la reflexión u oportunidad de decir muchas cosas que no dijimos antes. El tiempo es preparador, porque nos permite a nuestra propia velocidad, salir de la conmoción y el aturdimiento, de una reacción humana natural. De la ira contra nuestro destino, contra los compañeros, los hermanos... e incluso contra el moribundo o contra Dios. Necesitamos tiempo para tratar con Dios y finalmente, reaccionar a las muchas pérdidas que nosotros llamamos "pequeñas muertes", que preceden a nuestra separación final. Las pequeñas muertes son la pérdida del cabello cuando están sometidos a quimioterapia, la necesidad de hospitalizarlos cuando no se puede cuidarlos en el hogar, su incapacidad para caminar, bailar y hacer todas las cosas que antes hacía y, sobretodo, de hacer planes para el futuro. Cuando nos podemos lamentar de todas estas cosas mientras ocurren, la tarea de enfrentar la aflicción final será menos penosa.

Además, la atención del enfermo en el hogar hace posible que los últimos días o semanas que preceden a la muerte, no constituyan una pesadilla sino que sean una hermosa experiencia familiar que conduzca a la aceptación

Antes de la pérdida final, el paciente y su familia experimentan "micro-muertes" de orden físico, emocional, económico y espiritual; con diferentes cargas afectivas para los pacientes y sus allegados (Grau, 1995). Las características principales de una intervención preparatoria para la muerte son:

- a) Las metas de la intervención son breves y pequeñas y no centradas en el insight profundo (puede incluir hasta una "prótesis del yo")
- b) Las reglas suponen una relación o contrato flexible
- c) La intervención puede incluso no ser psicoterapia como tal y puede tener herramientas usuales e inusuales
- d) El foco es la intervención benéfica, activa y con implicaciones emocionales, de modo que se perciba interés y preocupación personal
- e) No siempre se llega a la muerte sin complejos y problemas neuróticos resueltos
- f) Es el paciente moribundo quien establece el ritmo y tópicos durante las entrevistas

Un proceso que se hace imprescindible durante la enfermedad es el hecho de saber cuándo detener el proceso de la prolongación de vida, cuándo llevar a casa a los enfermos y simplemente amarlos hasta que ellos hagan su transición final que nosotros llamamos muerte, porque esto puede conducir a una paz y serenidad para el paciente así como para los familiares, amigos y gente cercana al enfermo (Kubler-Ross, 1985).

Otro factor importante es que los sobrevivientes son víctimas si no son apoyados pueden convertirse eventualmente en pacientes: en consecuencia, el trabajo con la familia suele y debe extenderse más allá del fallecimiento del paciente (Grau, 1995).

Es frecuente que los amigos y familiares intenten ayudar a los familiares directos y a los amigos más cercanos a enfrentar el sufrimiento que implica una enfermedad de ésta naturaleza. Pero quizá no logren su objetivo, pues es muy difícil entender lo que puedan sentir y pensar esas personas ante una situación así. Tal vez lo mejor que se puede hacer es lo que aconseja Kubler-Ross en su libro "Una luz que se apaga" (1985) "Podemos estar ahí cuando necesiten hablar, cuando necesiten llorar, cuando tengan que tomar decisiones demasiado difíciles. Y podemos ayudar previniendo muchos de los desastrosos efectos posteriores a tan dolorosas pérdidas, mediante una mucho más sensible y receptiva actitud antes de que la muerte ocurra, siempre que ello sea posible".

Otras cosas que menciona y que son de utilidad para las personas cercanas al paciente cuando ya ha ocurrido la muerte son las siguientes: "llore cuando necesite hacerlo, golpee la almohada si precisa expresar ira, guise sus alimentos o cuide su jardín, a sus niños, a su perro y atienda su trabajo como lo hacía antes. Al principio hará todo esto mecánicamente, pero es bueno. Tiene usted derecho a estar triste. La tristeza hace que todas las cosas parezcan más sombrías... durante un tiempo. No esconda las fotografías y los recuerdos. No se apresure en cosa alguna. Concéntrese en la vida. Ponga su atención en cosas vivas y deje de cavilar durante algún tiempo sobre realidades que no pueden cambiarse".

Suele suceder que mientras se atraviesa una situación de enfermedad de algún miembro de la familia, se vuelcan en este todos los cuidados y atenciones y esto provoca que quizá los hermanos reaccionen de manera negativa ante estas actitudes. Cuando se trata de hermanos pequeños, comenta Kubler- Ross (1985) que en algunas ocasiones éstos han llegado a desear que su hermano muera, sólo para regresar a la vida "normal" a la que estaban acostumbrados antes de que se presentara la enfermedad. Después, cuando el paciente muere, el sentimiento de culpa y el temor los acompañan y los persiguen por la noche, impidiéndoles conciliar el sueño.

Por ello es aconsejable que tanto a niños como a adultos, especialmente a los hermanos se les permita compartir con el enfermo sus últimos días si es en el hogar y si es posible también en el hospital y también que asistan al funeral, a menos que ellos no lo deseen.

Otro punto que hay que considerar es la forma en la que el paciente recibe la información que el médico le brinda respecto a los síntomas secundarios, el tratamiento y el progreso o retroceso que ocurra con respecto a la enfermedad. Por ejemplo encontramos en el libro de Schwartzberg y Vianson-Ponté (1978), el siguiente relato: "Cuando el cirujano dice creo haberle extirpado todo, el enfermo traduce por 'lo ha extirpado todo', estoy curado, en tanto que el cirujano quiere decir he extirpado todo lo que veía, todo lo que era perceptible: posiblemente el tumor y todos los ganglios invadidos, pero las células cancerosas quizás ya se han dispersado creando "micrometástasis". El cirujano solo no es suficiente, no es el terapeuta absoluto".

Es importante brindar a los pacientes la información necesaria sobre su enfermedad pues intuyen lo que tienen aunque no se les diga. Ellos saben que están enfermos de "algo" y que ese algo es grave. No es necesario mentir diciendo que "todo va a salir bien" cuando ellos saben que no es así. Hay que considerar que tienen una enfermedad en alguna parte de su cuerpo, mas no han perdido su inteligencia.

Uno de los aspectos que más preocupa a la pareja del paciente es si la enfermedad es contagiosa y si la falta de deseo sexual derivada será permanente. Es necesario enfatizar que este tipo de enfermedad no es contagiosa, por lo tanto no se transmite por alguna vía. Además, cualquier pérdida del interés sexual debida al tratamiento es temporal y dicho deseo se recupera una vez concluida la quimioterapia. Por otra parte, el paciente suele sentirse a disgusto con su apariencia personal, debido a los efectos adversos provocados por quimioterapia, como la pérdida del cabello y los cambios en la piel. Por tal razón, el paciente se siente rechazado y evita el contacto físico con su pareja y es común el sentimiento de que su pareja sana le será infiel, especialmente si el tratamiento ha afectado se deseo sexual. Es importante que el paciente recuerde que el amor va más allá de la cuestión física y que piense en todos aquellos aspectos por los cuales es atractivo para su pareja, ya que esto le ayudará a recuperar su autoestima y a mejorar su relación de pareja.

Si el paciente siente que el tratamiento esta afectando su vida sexual, es conveniente que lo platique abiertamente con su pareja, expresando sus dudas y temores. Con seguridad la persona que esta llevando un tratamiento de quimioterapia descubrirá que su pareja también duda en acercársele por temor a parecer insensible o demasiado demandante frente a su posición física o anímica que el mismo tratamiento provoca. Lo importante es que ambos entiendan la posición del otro, percibiendo que en los dos lados se presentan dificultades y requieren del entendimiento de su compañero.

En cuanto al papel de la pareja del paciente, es importante que entienda lo difícil que puede ser sobrellevar la enfermedad y el tratamiento, pues debido a que se encuentra sano tiene la responsabilidad de ayudarlo a sortear la ansiedad, angustia y los sentimientos negativos generados por la quimioterapia.

Las manifestaciones de afecto como caricias, besos e incluso un simple abrazo, son muy importantes para quienes padecen una enfermedad como el cáncer. Una actitud como ésta le hará ver al paciente la comprensión de su pareja y lo hará sentir un ser humano atractivo y deseable físicamente.

Ciertamente, este tipo de enfermedad puede afectar seriamente la relación de pareja al alterar las rutinas normales y los patrones de vida, ya sea porque la pareja tendrá que asumir las responsabilidades que antes tenía el paciente, como la carga económica o la de los hijos, sintiendo un desgaste emocional. A pesar de que la pareja del individuo afectado por el cáncer esta sujeta a una gran tensión, debe recordar que es la parte sana de ésta, por lo cual su apoyo en un trance como ése es muy importante. La comprensión ayuda a reforzar la autoestima del enfermo, permitiéndole una actitud positiva frente al padecimiento.

Se debe mencionar que en algunas etapas del tratamiento, sobre todo cuando las defensas del paciente estén bajas, el acto sexual mismo puede producir un trauma local en la vagina o en el pene, lo cual es un factor de riesgo para adquirir una infección. Se debe preguntar al médico si existe alguna limitación de la actividad sexual en un momento específico del tratamiento (Reynoso, 1997).

Los trastornos adaptativos con estados de ánimo deprimido, ansioso o mixto, (65-75% del grupo de pacientes con trastornos psicológicos) son los más frecuentes. A continuación se sitúa la depresión mayor, (13-15% de ese grupo). Este trastorno interfiere con el confort, la calidad de vida, el funcionamiento social y la capacidad para tomar decisiones apropiadas sobre el tratamiento y adherirse a este. Los sentimientos severos de desesperanza, inutilidad, aislamiento, ideas de culpa o de muerte y el insomnio son algunos de los síntomas que configuran este cuadro.

Los pacientes con ansiedad se quejan de tensión, agitación, hiperactividad, insomnio, distracción, períodos cortos de respiración, rigidez, aprensión e inquietud. Pero los síntomas más comunes son el miedo, la inquietud, la aprensión, la hipoxia, la sepsis. El pobre control del

dolor y las reacciones secundarias de los medicamentos, son eventos que pueden desencadenar la ansiedad. A pesar de que la ansiedad en los enfermos terminales en algunos casos es producida por los medicamentos, es importante no olvidar que los factores psicológicos relacionados con la muerte juegan un papel importante en la ansiedad, especialmente en los pacientes que no están confundidos. Los pacientes frecuentemente tienen miedo de morir solos.

Martínez (1998) explica que el tratamiento de los trastornos adaptativos que se brinda a los pacientes con enfermedad terminal se basa en lo siguiente:

- ψ Obtener una buena historia.
- ψ Episodios depresivos previos u otros diagnósticos psiquiátricos previos.
- ψ Abuso de sustancias (incluido el alcohol), que señalen técnicas mal adaptativas para enfrentarse a las situaciones de estrés cotidianas.
- ψ Historia familiar de depresión y suicidio.
- ψ Estrés recurrente.
- ψ Miedos y experiencias previas con el proceso de muerte.
- ψ El significado de la enfermedad para el paciente y su comprensión de la situación médica (incluido el pronóstico).
- ψ Valorar el riesgo de suicidio.
- ψ Descartar el delirio.
- ψ ¿Cómo se ha enfrentado previamente el paciente a situaciones de estrés?

Terapia de apoyo-expresiva.

- ψ Disponer de un pariente o una persona de apoyo que acompañe al paciente siempre que sea posible.
- ψ Escuchar al paciente y permitirle expresar sus sentimientos. Las preguntas abiertas relativas a los temores o los miedos pueden ayudar a que los pacientes se expresen.
- ψ No juzgar.
- ψ Legitimizar la dificultad de la situación, el "derecho" a enfadarse reduce el temor a ser considerado "débil" o "inadecuado".
- ψ Respetar el deseo de los pacientes a mantener las esperanzas.
- ψ La noticias tranquilizadoras deben de ser realistas.
- ψ Clarificar la situación médica y sus implicaciones.
- ψ Asegurar al paciente que va a recibir una asistencia continua.
- ψ Implementación de técnicas de relajación (respiración, imaginería).

Modalidades farmacológicas.

- ψ Habitualmente no son necesarias y, cuando están indicadas, deben utilizarse únicamente durante un período de tiempo limitado, efectuando nuevas valoraciones de forma regular.

Aproximadamente el 25% de todos los pacientes con cáncer experimentan severos síntomas de depresión, la prevalencia incrementa hasta un 77% con el avance de la

enfermedad (niveles altos de inhabilidad y de dolor). Ciertos tipos de cánceres son asociados con un incremento en la incidencia de la depresión.

Algunos de los síntomas somáticos de la depresión en pacientes con cáncer son la anorexia, insomnio, fatiga y disminución del peso en los pacientes con cáncer, los síntomas somáticos son de escaso valor como criterios diagnósticos para la depresión ya que son consecuencia frecuente del cáncer avanzado. El diagnóstico a menudo depende de los síntomas psicológicos como disminución del estado de ánimo, desesperación, sentimientos de culpa y de inferioridad e ideación suicida.

Los pacientes en situación terminal presentan con cierta frecuencia pensamiento suicida, aunque difícilmente los expresan si no es en una relación de confianza. Este riesgo se incrementa especialmente en la fase terminal de la enfermedad (Grzybowska, op. cit. Martínez, 1998).

Varios factores que incrementan éste riesgo son: mal control del dolor, avance de la enfermedad, depresión (se presenta en el 50% de los casos), delirium, psicopatologías preexistentes, abuso de sustancias como el alcohol, historia familiar, fatiga, disminución del soporte social y abandono social.

En cuanto al tratamiento de la depresión severa en los pacientes con cáncer en fase avanzada, Martínez (1998) menciona que se deben buscar las condiciones clínicas que pueden estimular la depresión y tratarlas, tales como: metabólicas, endócrinas y fármacos. Así mismo es necesario llevar a cabo una valoración en la que se investigue si hay presencia de dolor y otros síntomas como preocupaciones financieras, dinámica familiar compleja, temas sociales, culturales y espirituales; también si ha tenido pérdidas pasadas y cuáles son sus estrategias para enfrentar las situaciones de estrés cotidianas; conocer su historia de trastornos psiquiátricos, la de abuso de sustancias -incluido el alcohol-, ya que esto indica estrategias pobres en el pasado cuando se enfrentó a estresantes cotidianos y también se deben valorar los apoyos familiar y social. En la terapia de apoyo-expresiva se trata de explorar los temores sobre la enfermedad y el pronóstico, fomentar los apoyos familiares y sociales y asegurar un cuidado continuo. Por otro lado, en cuanto a los antidepresivos, estos son utilizados con mayor frecuencia en este tipo de pacientes, sobretudo los tricíclicos y los inhibidores selectivos de los receptores de serotonina. Los psicoestimulantes se han utilizado con éxito en el tratamiento de la depresión con cáncer ya que tienen un inicio de acción rápido y son especialmente útiles en pacientes con lentitud psicomotora severa.

La prevalencia de desórdenes orgánicos mentales (delirium) entre pacientes con cáncer, es de un rango de 25 a 40% y se incrementa hasta un 85% durante la fase terminal de la enfermedad. El delirium causa distrés en el paciente, la familia y el equipo de salud. Este puede interferir dramáticamente con el reconocer y controlar signos físicos y psicológicos como el dolor. Las medidas de tratamiento incluyen el apoyo, comunicación,

consuelo y reorientación al paciente y a la familia, también un correcto manejo de la farmacoterapia (Breibart, op. cit. Martínez, 1998).

La manía y la histeria se producen en escasas ocasiones; la paranoia se presenta con cierta frecuencia. Las ideas paranoides suelen fluctuar, siendo más intensas durante la noche. La disminución de la depresión y de los trastornos antes mencionados en este tipo de pacientes, tiene resultados positivos utilizando una combinación de soporte psicoterapéutico, técnicas cognoscitivas-conductuales y psicofármacos.

Es importante decirle al paciente la verdad, pero asegurarse al mismo tiempo de que reciba la información de manera correcta sin ser fatalista ni brindar falsas esperanzas. Cuando el paciente no comprende exactamente lo que se le quiere transmitir, es una tarea importante por parte del médico y del psicólogo tratar de aclarar las confusiones que pudieran haberse creado. Es así mismo fundamental, entrenar al equipo de salud en forma adecuada para guiar al paciente, estando así capacitado para ayudarlo en cualquier situación, independientemente de la etapa de la enfermedad en la que se encuentre.

Se ha estudiado o analizado poco el papel, los sentimientos y pensamientos de los médicos con respecto al cáncer y a sus pacientes. Esto es importante puesto que son seres humanos igual que los pacientes y están expuestos a padecerlo o a sentir el sufrimiento junto con quienes lo padecen.

Muchas veces los médicos y los psicólogos no sabemos a que nos vamos a enfrentar al llegar a un servicio llamado "Oncología". Se tiene conocimiento de que existen tratamientos, dolores físicos, todo un equipo de salud e infraestructura que están a disposición de los pacientes. Lo que no sabemos es que no sólo se trata de "el paciente de la 3420" o del "señor con cáncer de testículo". Detrás de esto existe una persona, un ser humano que sufre, con problemas, que tiene un gran dolor emocional, que ha sufrido grandes pérdidas, que tiene miedo y también que sueña, que tiene esperanzas, que tiene alegrías, en fin: un ser humano como cualquiera.

A veces perdemos esta perspectiva y pensamos no sólo en el "señor Gómez" o la "señora Sánchez" sino en el "cáncer de colon" o en el "cáncer de pulmón" o en "el de la cama 3315". Hay que recordar que los pacientes no son órganos enfermos o máquinas descompuestas, sino que son seres humanos que gozan y sufren, que viven igual que uno mismo. Esto se hace patente cuando estamos con ellos treinta minutos platicando de lo que les aqueja y lo que les gusta.

Schwartzenberg y Viansson-Ponté (1978) dan su punto de vista sobre este tema explicando "existe una especie de repulsión hacia el moribundo, un sentimiento de sorda vergüenza. Deseamos continuar nuestro camino volviendo la cabeza para evitar la compañía de la muerte". Relatan así mismo la experiencia de uno de sus pacientes: "sí sólo los médicos y

las enfermeras quisieran considerarnos como individuos y no como el pulmón de la 22, el estómago del final del pasillo o la leucemia de la 4...".

Es quizá por ello que oncólogos, enfermeras y psicólogos intentamos contrarrestar estos sentimientos pensando que por el hecho de trabajar con personas enfermas con cáncer no lo vamos a padecer. Es como un pensamiento mágico de inmunidad a la enfermedad.

El hombre por naturaleza tiende a alejarse de todo aquello que le atemoriza, es por ello que son pocos los que se atreven a sumergirse junto con los pacientes en los sentimientos y pensamientos provocados por el cáncer. Incluso a los mismos psicólogos nos es difícil enfrentarnos de inicio a una situación tan llena de dolor, incertidumbre, culpa, desánimo y muerte, ya que nos hace confrontarnos con nuestros propios temores y eso es algo que no siempre podemos o estamos dispuestos a tolerar.

El Doctor Cerdán (1992) explica: "nunca hubiera pensado que al entrar ese día a mi nuevo servicio como parte de mi entrenamiento en Medicina Interna, me encontraba rodeado por las circunstancias que cambiarían mi especialidad, mi forma de pensar y mi vida de manera radical. Para mí un servicio de Oncología Médica no significaba otra cosa que una sección del hospital donde un grupo de médicos, más investigadores que clínicos, experimentaban extraños medicamentos en aquellos desdichados que esperaban (pacientes o desesperados) su inevitable fin". Con esto se puede apreciar que también los médicos sufren un gran cambio al trabajar con los pacientes con cáncer. Esto obliga a una serie de reflexiones en cuanto a los médicos y a los psicólogos.

La preparación para la "muerte sana del paciente" entraña riesgos para el terapeuta puesto que constituye una tarea que engendra un desafío incomparable e involucra la confrontación previa con la propia mortalidad. Una comprensión amplia y flexible del duelo y de la experiencia del paciente que está muriendo, una capacidad empática y una singular sintonía afectiva, una especial capacidad para darle sentido al sufrimiento y encontrar un significado a la experiencia de la muerte. Implica también creatividad en la búsqueda de abordajes alternativos y de escuchar y responder adecuadamente, una acendrada crítica de sus propias limitaciones y gran tolerancia a la frustración. Por último, la capacidad para asumir el sufrimiento del paciente con respeto, pero desde una perspectiva realista y saludablemente distanciada (Graw, 1995).

El clínico estará encargado de facilitar la vida después del diagnóstico, combatir el incremento de la intolerancia al tratamiento y manejar las complicaciones psicológicas del paciente y de su familia. Indudablemente, el terapeuta de enfermos moribundos enfrenta un considerable reto puesto que su enfrentamiento requiere de una sólida formación personal, sensibilidad humana, devoción para tolerar el contacto estrecho con la muerte, el sufrimiento, la incertidumbre y la impotencia y, naturalmente, un fuerte entrenamiento y preparación especial. Tales terapeutas tienen que disponer de mecanismos de soporte propios. Debe recordarse la alta vulnerabilidad emocional que representa este trabajo, por lo

que se sugiere disponer de sistemas de apoyo efectivos y alternar el trabajo con otras poblaciones de pacientes (Grau, 1995).

En ocasiones sucede que si existe una falta de comprensión de nuestros problemas no resueltos y si no los planteamos, consideramos, evaluamos sus formas y orígenes y nos libramos de ellos; alguien que tenga problemas similares nos hará estallar. Al no poder reaccionar en una sesión de asesoramiento o terapia, en una sala de hospital o con los pacientes; reprimimos nuestros sentimientos y aumentamos la presión del volcán hasta que este explota un día en el momento y lugar equivocados, perjudicando a personas que nada tienen que ver con nuestro problema (Kubler-Ross, 1985).

Schwartzenberg y Viansson-Ponté (1978) explican lo siguiente "debemos tomarnos nuestro tiempo para escuchar a los enfermos. Si tuviéramos que citar las dos cualidades humanas que deberían exigirse a un médico, sin duda colocaríamos en primer lugar la paciencia, luego la disponibilidad, en tanto que la segunda está ligada a la primera. Es un elemento esencial en la profesión médica estar implicado sin llegar a estarlo demasiado. Los enfermos se preguntarán a menudo si alguna vez el médico logrará superar la barrera profesional y conseguir verdaderamente hablar con ellos. Ellos esperan siempre la visita del médico, y esa visita puede durar apenas dos o tres minutos". Cabe mencionar que esto se aplica también a los psicólogos.

Clemenceau (1998) explica que es esencial preguntarse cómo se puede ofrecer ayuda cuando uno mismo se la niega. Lo más importante es mantener el equilibrio entre dar y recibir, primero con uno mismo y luego con la gente que nos rodea. Además es recomendable mantener una comunicación veraz y oportuna. Para conseguir esto puede servir lo siguiente:

- ψ Incorporar al camino de la espiritualidad las dificultades y enfermedades.
- ψ Sanar el sufrimiento pasado y presente.
- ψ Aliviar o impedir el agotamiento.
- ψ Transformar las relaciones con los demás.
- ψ Actitud abierta sin expectativas.
- ψ Escuchar la verdad y tratar de conocer a la otra persona.
- ψ Sentido y facilidad para el humor.
- ψ Deseo sincero de mostrarse a sí mismo.

Clemenceau (1998) menciona que para poder ayudar necesitamos reflexionar en lo que nos está moviendo a ofrecer esta ayuda, teniendo conciencia de nuestros propios problemas, emociones, ilusiones, temores. Se debe estar dispuesto a contactar con la otra persona. Si se reciben agresiones estar conscientes de que estas no son específicamente para con nosotros, sino que esta agresión es hacia la misma situación. Y tener presente que la relación es horizontal, ya que sólo somos un medio para que el paciente contacte su propia sabiduría y encuentre sus propios recursos internos para sanar ese sufrimiento que da la pérdida de un ser querido.

La Dr. Kubler-Ross (1985) explica lo siguiente: "Cada vez que nos vemos juzgando a los demás o resentidos, tenemos que preguntarnos: '¿A qué estoy reaccionando?' Si nuestros ojos y malos modos duran horas o días tenemos que ser honestos con nosotros mismos y reconocer que todos los malos talentos tienen sólo un propósito -conscientemente o no- que es el de castigar. ¿A quién deseamos castigar y a quién castigamos? Puede ser cualquiera o nadie, pero pone la responsabilidad de nuestro dolor en otros o, a veces, en nosotros mismos. Castigamos a nuestros hijos con el silencio o evasión; hacemos lo mismo con compañeros, vecinos o parientes políticos. El mensaje implícito es: no quiero tener nada que ver contigo".

"Nuestra ira puede ir dirigida a nuestro destino, a Dios, al mundo. Siempre encontraremos suficientes situaciones negativas para justificar el meternos en un pozo de angustia y autocompasión. Nos quejamos de la situación económica del país, de la creciente violencia, del índice de desempleo, de las guerras; pero en realidad, todas estas cosas son buenas para nuestra insatisfacción y nos "permiten" ser infelices".

"Si, de vez en cuando miramos las bendiciones en nuestras vidas, la cordialidad, el cuidado, el amor con que tantas personas responden cuando hay una tragedia, el hecho de que podemos caminar, hablar, comer y respirar, entonces puede ser que evaluemos de nuevo nuestros malos modos y nos volvamos conscientes de que todos los pensamientos negativos proporcionan más negatividad, pero todo el amor compartido nos es devuelto multiplicado por mil. Debemos tomar más en cuenta lo que tenemos en vez de lo que no tenemos".

Muchas veces el equipo de salud (psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales) pensamos que el paciente depende totalmente de nosotros para estar bien, para sanar. Pensamos que sólo nosotros somos parte de él y estamos equivocados, pues los pacientes forman parte también de nuestra vida. Reyes (1998) relata lo siguiente: " El no depende de nosotros... nosotros dependemos de él. El no es un extraño en el Instituto... es parte de él. Nosotros no le hacemos ningún favor atendiéndole... él nos hace un favor al darnos la oportunidad de servirle". También en referencia al paciente y al personal de salud Guzmán (1998) menciona lo siguiente: " su deseo humano es SOBREVIVIR, prolongar su vida, por lo tanto el profesional de la salud no tiene ningún derecho a decidir por el enfermo, ni el curso que debe tomar, la decisión es personal".

Uno de los aspectos que es de utilidad al psicólogo para brindar una mejor ayuda al paciente con cáncer, es ponerse en el lugar del otro -en este caso del paciente- y aprender a "conectarse" con él en el dolor, los miedos; las necesidades y las esperanzas durante el tiempo de consulta. Esto es aconsejable porque en ocasiones nos cuesta trabajo saber exactamente que es lo que el paciente está sintiendo e incluso a veces nos puede parecer hasta absurdo algún comentario que nos haga. Quizá algo que puede servir es el pensar en cómo se sentiría uno mismo si por ejemplo tuviera que permanecer por largos periodos en un hospital o sin trabajar, sin estudiar, sin poder cubrir por uno mismo las necesidades básicas (comer, caminar, bañarse, ir al baño, etc.) si perdiéramos el cabello, si tuviéramos que tomar muchos medicamentos y someternos a tratamientos severos para conservar nuestra salud.

De igual manera hay que aprender a "desconectarse" de todo ello cuando termina la consulta, dejar a un lado las emociones y sólo conservar la parte que nos sirve para analizar el caso y encontrar la técnica adecuada para el paciente. Controlar las emociones no significa que el psicólogo se "deshumanice", sino que aprenda a ser sensible mas no sentimental, a encontrar el justo medio entre la teoría y lo humano, ser objetivos de manera que nuestro trabajo sea más provechoso para el paciente y poder brindar una ayuda real.

Félix (1994) propone una serie de recomendaciones generales que el trabajador de la salud debe tener en cuenta para el cuidado del paciente terminal:

1. El miembro del equipo de salud encargado deberá ser el que esté en mayor contacto con éste y su familia.
2. Debe tratar que se sienta lo más cómodo posible.
3. Es necesario expresar su enojo.
4. Es indispensable que el miembro del equipo de salud esté dispuesto a escucharlo atentamente.
5. Debe respetar su individualidad y proteger su derecho a morir con dignidad.
6. Debe cuidar que el tratamiento sea administrado por un equipo profesional.
7. Debe haber un control experto de los síntomas comunes de carácter terminal, especialmente del dolor en todos los aspectos.
8. Debe disponerse dentro de la institución de un programa de asistencia domiciliaria después de la pérdida de dicho paciente. Se trata de escuchar al paciente y a su familia, permitir la expresión de sus variados sentimientos y controlar apropiada y eficazmente los síntomas que son comunes en el cáncer terminal.

Cerdán (1992) menciona cómo se sentía al comenzar su servicio en oncología y lo plantea así: "cáncer era la barrera infranqueable para que el médico se sintiera útil, era donde la naturaleza o Dios, le mostraban que sus conocimientos, su dedicación y su trabajo se estrellaban contra la impenetrabilidad de las leyes y de su poder superior".

Por otro lado, Jiménez et. al. (1995) realizaron un estudio con el fin de determinar si a los pacientes oncológicos en etapa terminal les es de suficiente ayuda un tratamiento multidisciplinario con enfoque paliativo. Este estudio es muy importante porque permitió abrir un camino para un tratamiento más completo y mejor estructurado en beneficio del paciente oncológico. Menciona que "el efecto favorable del tratamiento multidisciplinario paliativo se expresó en la mejoría progresiva del bienestar general del enfermo, la disminución de los síntomas y el incremento de la percepción de apoyo social".

Esto es un gran avance si se toma en cuenta que el tratamiento de los pacientes terminales ha sido únicamente paliativo en el plan médico, o sea que sólo se cuida de forma activa a los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Sus objetivos son el control del dolor y otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales del paciente (Bejarano y Jaramillo: O.M.S., cit. Jiménez, et. al.; 1995).

Grau (1995) explica lo siguiente sobre los cuidados paliativos: " Los cuidados paliativos se han definido usualmente como aquellos destinados a aliviar el sufrimiento cuando curar es ya imposible (De Jaramillo y Bejarano, 1992). La meta es ayudar al paciente a continuar su vida en la forma más cercana a la normal, permaneciendo al lado de su familia, haciendo todo aquello que le sea particularmente significativo antes de que su vida termine y sintiéndose parte fundamental de su universo, por pequeño que éste sea. De ahí la necesidad de que el equipo sea verdaderamente interdisciplinario para poder enfrentar las necesidades cambiantes del paciente y de su familia y aprehender el sentido especial de "confort" que cada uno tiene.

Existen tres objetivos específicos de los cuidados paliativos: a) control de síntomas (especialmente dolor), b) apoyo emocional y c) apoyo emocional y preservación de la dignidad y autonomía del paciente. Los tratamientos biomédicos y psicológicos tienen un impacto más efectivo que posibilita lo siguiente (Grau, Jiménez y Chacón, 1994, op. cit. Grau, 1995):

1. Fomentar los recursos propios y conservados del paciente para el control del dolor y el enfrentamiento de su situación.
2. Satisfacer las necesidades específicas de cada individuo.
3. Proporcionar apoyo emocional y atención a las quejas del paciente.
4. Facilitar el manejo adecuado del dolor y de otros síntomas mediante la aplicación de farmacoterapia, así como el control de otros síntomas asociados con los procedimientos médicos y psicológicos.
5. Propiciar un ajuste funcional del paciente a la vida, evitando su sufrimiento y su desesperanza en tanto sean potenciadores de depresión.
6. Superar los temores a las relaciones interpersonales que puedan obstaculizar el tratamiento y el funcionamiento general del paciente.
7. Fomentar una actitud activa y positiva enfrentadora de la enfermedad, con sentimientos de cierto control de la misma, del tratamiento y del dolor; lo cual contribuye a disminuir la desadaptación, aumenta la sensación de bienestar y contrarresta la indefensión.
8. Respetar la voluntad y la dignidad del paciente, sus actitudes respecto a la muerte y ofrecerle un trato humano y familiar en un ambiente solícito de seguridad y compañía en sus últimos momentos.
9. Satisfacer las necesidades de los familiares, proporcionándoles apoyo y prestándoles ayuda en la resolución de conflictos y en la preparación de la muerte del paciente".

Cecily Saunders (op. cit. Grau, 1995), pionera de los cuidados paliativos, apuntaba a sus pacientes:

Tú importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida, y haremos todo lo que esté a nuestro alcance no sólo por ayudarte a morir en paz, sino a vivir hasta el día en que mueras...

El enfoque paliativo, que nació en Inglaterra en 1960 con el llamado "movimiento de asilos" (hospices), surge como respuesta a la demanda de atención a los pacientes terminales

y cobra cada vez más fuerza, extendiéndose vertiginosamente y con buena aceptación en el mundo (Jiménez, 1995).

Desde que Saunders, en 1967 acuñara el concepto de "dolor total" para referirse al dolor experimentado por el paciente en situación terminal, con componentes no únicamente biológicos sino también emocionales, espirituales y sociales; se hizo evidente que si se quería atender de una manera eficaz a un ser humano que sufría, debía tratarse de proporcionar respuesta a todas y cada una de sus necesidades con la máxima eficacia profesional disponible y que esto sólo era posible si se responsabilizaba a profesionales competentes de diferentes disciplinas, a que actuaran en equipo en aras de un objetivo común: obtener para el paciente el máximo grado de bienestar posible en cada momento (Jiménez, 1995).

Con frecuencia los trabajadores de la salud pierden toda esperanza en el tratamiento de un paciente y se alejan en un esfuerzo por protegerse a sí mismos contra la idea de que ellos están colaborando en una especie de tortura.

Es en esas condiciones que el trabajador de la salud reconoce su capacidad para "salvar" al paciente y en ocasiones su sentimiento de frustración es muy doloroso. Disminuye su capacidad para manejar la situación haciendo surgir una sensación de impotencia que se expresa como una absoluta inutilidad y desesperanza. Esto, con frecuencia, lo aleja del paciente mucho antes que la muerte ocurra, y tal separación prematura le quita a aquel una fuente importante de apoyo en el proceso final (Felix, 1994).

Después de trabajar un tiempo prolongado en este servicio, es común que al equipo de salud le ocurra un fenómeno llamado Burn out, que aunque no tiene una traducción literal, se le llama en español "quemarse", "síndrome de quemamiento" o "desgaste psíquico en el trabajo". Sea cualesquiera de los anteriores términos que se prefiera utilizar, la mayoría de los autores lo interpreta como "una respuesta al estrés ocupacional crónico, con manifestaciones específicas" (Grau, 1998). Esto sucede con mucha frecuencia por la carga emocional que implica para el psicólogo, médico, enfermera y trabajadora social; el estar en contacto con la enfermedad. La lucha, los temores y la muerte de otros; remueven estas mismas cosas en uno mismo.

Secín (1998) describe los siguientes síntomas de "agotamiento" del equipo de trabajo:

- ψ Patrones laborales: ausentismo, impuntualidad, salir anticipadamente del trabajo, etc.
- ψ Hipervigilancia de la muerte.
- ψ Negativismo/cinismo.
- ψ Aislamiento.
- ψ Llanto incontrolable.
- ψ Conflictos familiares.
- ψ Abuso de sustancias: cafeína, nicotina, alcohol, etc.

Para contrarrestar los efectos del burn out, existe un procedimiento llamado "Entrenamiento en habilidades sociales" (EHS) que permite aumentar el rendimiento, disminuir el estrés, fomentar el apoyo a los demás, incrementar la autoestima y autoconfianza, mejorar las relaciones interpersonales, escuchar a los demás y convencerlos razonadamente, vencer los miedos y ansiedades específicos, estimular el estado de ánimo, desarrollar habilidades especiales para pactar y negociar, limitar la agresividad y canalizar las emociones en forma adecuada para proteger del riesgo del trabajo profesional "quemante" (burn out) (Grau, 1995).

Con la finalidad de proporcionar ayuda al trabajador de la salud, Félix propone que se debe de "promover una verdadera educación tanatológica en la que participen médicos, psicólogos, enfermeras y maestros; cuyo objetivo sea el de adquirir sólidos conocimientos y formación en torno a la muerte en general y al acto de morir en particular, a fin de que se les despoje de los mitos que los circundan y se les acepte como un fenómeno natural inevitable.

CAPITULO 4

METODO

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

El punto central de la presente investigación es el autoconcepto del paciente oncológico con alguna lesión o marca visible. Esto lleva al planteamiento de la siguiente pregunta: ¿se encuentra más afectado el autoconcepto de los pacientes con cáncer y lesiones visibles que el de pacientes con cáncer y sin lesiones visibles? A lo largo de la investigación se trató de resolver esta pregunta.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Comparar el autoconcepto de pacientes con cáncer y lesiones visibles con el de pacientes con cáncer sin lesiones visibles para determinar si la lesión visible influye de manera importante en el autoconcepto de una persona.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Determinar como es el autoconcepto de los pacientes con cáncer con una lesión visible.
- 2.- Determinar como es el autoconcepto de los pacientes con cáncer sin lesiones visibles.
- 3.- Comparar el autoconcepto de ambos grupos.
- 4.- Determinar si la lesión visible afecta el autoconcepto de los pacientes con cáncer.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Esta es una investigación clínica de tipo transversal y evaluatoria, aplicada, prospectiva y abierta en la que se realizó únicamente una descripción del fenómeno. Es una búsqueda sistemática empírica en la que no se tuvo control sobre la variable independiente porque sus manifestaciones ya habían ocurrido en el momento en que se realizó la investigación. Cabe señalar que este estudio no implicó ningún tipo de riesgo para los sujetos que en ella participaron.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Se trató de un estudio de tipo comparativo, ex post facto y preexperimental. Campbell (1982) lo denomina "Diseño de comparación de un grupo estático" puesto que existió un grupo con cáncer sin lesión visible. Ambos grupos fueron evaluados solo una vez posterior a la condición de la lesión visible.

En este tipo de diseño se compara a dos grupos naturales, o sea que en cada grupo los sujetos han sido asignados al azar. Se puede decir entonces, que si no existiera la lesión visible junto con el cáncer ambos grupos serían equivalentes (Coolican, 1994).

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE.- Autoconcepto.

VARIABLES INDEPENDIENTES.- Lesión visible, tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, aspectos sociodemográficos, recibir tratamiento al momento de la aplicación.

DEFINICION DE VARIABLES

CONCEPTUALES:

Autoconcepto.- Según Deustch y Krauss (1965) "el autoconcepto" consiste en las representaciones simbólicas que una persona se forma de sus distintas características físicas, biológicas, éticas y sociales y que además es la organización de las cualidades (los rasgos que el individuo podría expresar por medio de adjetivos, roles que el mismo adopta: padre, profesor, etc.) que la persona se atribuye a sí misma; este es un complejo de elementos organizados en relaciones sistemáticas, es una estructura consistente (estable) que posee las propiedades de una "buena gestalt" y se compone de elementos percibidos como "hermanos".

Lesión.- "Daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad. Cualquier daño, perjuicio o detrimento. Alteración más o menos profunda de un órgano o tejido. Puede ser provocada por un traumatismo, por la acción de microorganismos patógenos o parásitos, o por trastornos funcionales". (Diccionario enciclopédico "Quillet", 1964).

Visible.- "Que se puede ver: visible a ó para todos. Tan cierto y evidente que no admite duda. Dícese de la persona notable que llama la atención por alguna singularidad: visible entre todos". (Diccionario enciclopédico "Quillet", 1964).

OPERACIONALES:

Autoconcepto.- Es la forma en la que el individuo se considera y valora a sí mismo en todos los aspectos de su vida. Estos pueden implicar su forma de pensar, de actuar, de sentir y de comportarse con él mismo y con los demás; además de que conlleva, por supuesto, una carga emocional.

Paciente oncológico con lesión visible.- Son aquellos pacientes que padecen de algún tipo de cáncer, el cual les ha provocado alguna lesión o marca visible, como por ejemplo: heridas, amputaciones, infecciones de la piel, escoriaciones, etc. e incluso el mismo cáncer de piel se consideraría dentro de este rubro.

Paciente oncológico sin lesión visible.- Son aquellos pacientes que padecen algún tipo de cáncer y cuyos efectos no son perceptibles ni para el paciente ni para la gente que le rodea, ya que las lesiones se presentan a nivel interno.

HIPÓTESIS

Hipótesis alternas.

H1.- El autoconcepto de los pacientes con cáncer con una lesión visible se encuentra más afectado que el de pacientes con cáncer sin lesiones visibles.

H1.- El autoconcepto de los pacientes con cáncer sin lesiones visibles se encuentra más afectado que el de pacientes con cáncer con una lesión visible.

Hipótesis nulas.

H0.- El autoconcepto de los pacientes con cáncer con una lesión visible no se encuentra más afectado que el de los pacientes con cáncer sin lesiones visibles.

H0.- El autoconcepto de los pacientes con cáncer sin lesiones visibles no se encuentra más afectado que el de los pacientes con cáncer con una lesión visible.

MUESTRA

Para esta investigación se requirió de los pacientes de ambos sexos que acuden al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" a los servicios de Oncología Médica u Oncología Quirúrgica tanto del área de hospitalización como de Consulta externa. Fueron pacientes cuyas edades fluctuaban entre los 20 y 55 años.

Criterios de inclusión.

En éste estudio participaron sujetos que padecían cáncer, sin que importara el tipo de cáncer de que se tratara. Debido a la naturaleza de éste estudio se necesitó de dos grupos de pacientes: el grupo experimental estuvo conformado por pacientes que presentaran alguna lesión o marca visible debiendo tener entre 6 meses y un año de presentar la lesión. Era posible que fueran pacientes con alguna prótesis, si es que así la requerían o mujeres con mastectomía radical o conservadora.

El grupo control estuvo conformado por pacientes padecía algún tipo de cáncer cuyas lesiones eran solamente a nivel interno, es decir que dichas lesiones no fueran visibles ni para el paciente ni para las personas que le rodean. El tiempo de diagnóstico era, al igual que en el grupo experimental, era de mínimo 6 meses y máximo de año y medio.

No se tomaron en cuenta los datos socioeconómicos, ni sociodemográficos de los pacientes. Tampoco de fue de importancia para este estudio el estadio clínico de la enfermedad, ni el tipo de tratamiento recibido.

Era necesario que al momento de la administración de la prueba no se les estuviera aplicando ningún tipo de tratamiento médico como quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia pues esta situación podría haber interferido con la actitud y veracidad del paciente al responderla.

Fueron pacientes que se encontraban hospitalizados o que estuvieran siendo tratados en consulta externa en cualquiera de las dos áreas del Servicio de Oncología (Oncología Médica u Oncología Quirúrgica) del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

Criterios de exclusión.

No incluimos pacientes lesionados por: alguna enfermedad diferente al cáncer, por accidente o por SIDA (aunque como consecuencia de éste se hubiera producido el cáncer). No se incluyó a pacientes que por su estado físico fueran incapaces de contestar la prueba.

Criterios de eliminación.

- ψ Pacientes que no estuvieron de acuerdo en participar en el estudio.
- ψ Pacientes que dejaron de presentar la lesión.
- ψ Pacientes que presentaban metástasis cerebrales o algún daño cerebral severo que pudiera haber estado presente, incluso antes del diagnóstico de cáncer, en el momento de la aplicación.
- ψ Pacientes cuyo estado físico se deteriorara de tal forma que fueran incapaces de contestar la prueba.

Como datos importantes que no se tomaron en cuenta para la inclusión de los sujetos en el estudio, pero que son datos que vale la pena mencionar tenemos los sociodemográficos, tales como número de hombres y de mujeres en cada grupo, estado civil, edad, escolaridad y ocupación. A este respecto se encontró lo que a continuación se explica.

En el grupo control se encontró que el 40% (6) de los sujetos eran hombres y 60% (9) eran mujeres de los cuales el 60% (9) estaban casados y el 40% (6) eran solteros. Las edades variaban entre 20 y 55 años. El mayor porcentaje se encuentra entre los 20 y 40 años. La escolaridad de los sujetos también fue variada, encontrándose que el 13.3% (2 sujetos) había estudiado hasta la primaria; el 26.6% (4 sujetos) tenía estudios de secundaria; solamente un sujeto (6.6%) tenía nivel técnico; el 13.3% (2 sujetos) tenía el bachillerato y 6 sujetos (40%) contaban con estudios de licenciatura.

Sin embargo, en el grupo experimental los datos sociodemográficos encontrados fueron diferentes. Aquí, al contrario del grupo control, este estaba conformado por 9 hombres (60%) y 6 mujeres (40%); de ellos 10 estaban casados (66.6%); 3 eran solteros (20%) y había también un sujeto divorciado (6.6%) y otro viviendo en unión libre (6.6%).

Las edades de estas personas variaron entre los 20 y 50 años y el mayor porcentaje pertenece a la población con edad entre 20 y 40 años. La escolaridad de los sujetos de este

grupo se distribuyó de la siguiente forma: el 6.6% (1 sujeto) tenía estudios de primaria; el 13.3% (2 sujetos) había estudiado hasta la secundaria; el 26.6% (4 sujetos) tenía estudios a nivel técnico; el 13.3% (2 sujetos) tenía estudios de normal de maestros; el 20% de ellos estudió el bachillerato y 3 sujetos (20%) contaban con estudios de licenciatura.

MUESTREO

Elegimos a los sujetos que habrían de participar en el estudio mediante la técnica intencional por medio de la revisión previa de los expedientes del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" para determinar si reunían los criterios de inclusión antes citados.

INSTRUMENTO

Se utilizó, para la evaluación del autoconcepto de los pacientes, la Escala de Autoconcepto de Tennessee (EAT), la cual fue elaborada por Fitts en 1965 (Oñate, 1989).

Cabe mencionar que se utilizó la estandarización de ésta prueba realizada por García y Quintero (1995) en estudiantes de Ciudad Universitaria, la cual está validada y estandarizada para población mexicana.

Esta escala consiste en 100 afirmaciones autodescriptivas, 45 de los cuales están en forma de afirmación, otros 45 se hayan en forma de negociación y 10 pertenecen a la escala L del MMPI en relación a la autocrítica. De los primeros 90 elementos existe una primera clasificación en 3 dimensiones o componentes de las actitudes hacia él mismo como son:

- ψ Identidad (lo que soy) o la forma como el individuo se percibe y se denomina autoconcepto.
- ψ Autosatisfacción o autoestima, (como me siento) o el modo como el individuo se acepta a sí mismo en cada una de las 3 dimensiones.
- ψ Autocomportamiento (lo que hago) o como actúa consigo mismo el sujeto.

Cada una de las 3 dimensiones está constituida por ítems referentes a 5 grandes aspectos del autoconcepto: sí mismo físico; sí mismo ético-moral; sí mismo personal; sí mismo familiar; sí mismo social y adicionalmente se evalúa la autocrítica. (Oñate, 1989).

La EAT es autoadministrable y se puede administrar de forma colectiva o individual. Se puede contestar en aproximadamente 10 a 20 minutos, se aplica en personas mayores de 13 años con escolaridad mínima de primaria. Es posible utilizarla en todo rango de ajuste psicológico.

La EAT tiene 2 formas: Forma de Consejería (Forma C) y la Forma Clínica y de Investigación (Forma CEI) (que es la que se utilizó para esta investigación); y ambas tienen los mismos ítems. La diferencia es que la Forma CEI tiene las 14 escalas básicas de la Forma C y aparte 15 puntuaciones adicionales para usarla en los campos clínicos y de investigación.

Las escalas de la Forma de Consejería son las siguientes:

- ψ Puntaje de autocrítica (Ac).
- ψ Puntuación total (PT).
- ψ Hileras y columnas (hileras 1,2 y 3 y columnas A,B,C, D y E) (Hil y Col).
- ψ Variabilidad (V).
- ψ Distribución de respuestas (Dist).
- ψ Tiempo Total (TT).

Las escalas de la Forma Clínica y de Investigación son todas las anteriores y las siguientes:

- ψ Proporción verdadero falso (V/F).
- ψ Conflicto neto (CN).
 - conflicto aceptado.
 - conflicto negado.
- ψ Conflicto total (C TOT).
- ψ Escalas empíricas.
 - 1) Defensividad positiva (Dpo).
 - 2) Mal ajuste general (MG).
 - 3) Psicosis (PSI).
 - 4) Escala de desorden de personalidad (Dpe).
 - 5) Escala de neurosis (N).
 - 6) Escala de integración de personalidad (IP).
- ψ Número de signos de desviación (NSD).
- ψ Escalas suplementarias.
 - 1) Escala Stanwyck-Garrison o manipulación (M).
 - 2) Índice Seeman de integración de personalidad (ISIP).
 - 3) Número de signos integrativos (NSI).
 - 4) Autorealización (Ar).
 - 5) Escala de armonía psicológica (AP).

PROCEDIMIENTO

Primeramente, se eligió a los pacientes por medio de la revisión previa de los expedientes de las áreas de Oncología Médica u Oncología Quirúrgica (tanto de hospitalización como de consulta externa), indistintamente, del Servicio de Oncología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", tomando en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión anteriormente citados. Los criterios de inclusión del grupo control fueron un requisito del hospital.

Una vez elegidos los sujetos se les pidió su autorización por escrito para participar en el estudio, explicándoles que este consistía en una investigación para una tesis sobre los pacientes oncológicos con lesiones visibles. Se les dio un panorama general de para qué y cómo se realizaría este estudio.

La carta de autorización que los pacientes firmaron es la siguiente:

Buenos días.

El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y una servidora estamos realizando una investigación conjunta con pacientes de este departamento para conocerlos mejor, entenderlos y así brindarles un mejor servicio.

Los datos que me proporcione serán absolutamente confidenciales y su finalidad es conocer cómo ha vivido la enfermedad, para así poderle proporcionar una mejor atención a usted y a las personas que se encuentren en condiciones semejantes a las suyas.

El instrumento que contestará, en caso de aceptar, no es un examen, por lo tanto no existen respuestas correctas o erróneas. Es fundamental la veracidad en sus contestaciones, pues de estas dependerá el mejoramiento en el servicio proporcionado. Cabe señalar que la presente investigación no entraña ningún riesgo para su salud.

La aplicación de este instrumento tiene una duración máxima de una hora, en una sola sesión. Es muy importante su opinión, por lo tanto se le suplica llegar puntualmente el día de su cita.

Si usted desea puede concertarse una segunda cita para orientarle en caso de ser necesario.

Por su atención y participación.

GRACIAS.

Att. Psic. Diana Villaseñor M.

Otorgo mi consentimiento.

Posteriormente se procedió a la evaluación con la Escala de Autoconcepto de Tennessee, la cual medió el autoconcepto, tanto de los pacientes oncológicos que presentaran alguna lesión visible como de aquellos pacientes con cáncer que no presentaran ninguna lesión visible. Una vez obtenidas las treinta aplicaciones se llevó a cabo la calificación de cada una de las pruebas y la interpretación de las mismas. Habiéndose concluido la calificación e interpretación de datos de la aplicación se procedió a realizar el análisis de todos los datos obtenidos en la evaluación.

Una vez obtenidas las características del autoconcepto de cada uno de los sujetos participantes se procedió a realizar la comparación entre el grupo control (pacientes con cáncer sin lesiones visibles) y el grupo experimental (pacientes con cáncer y lesiones visibles) con el fin de determinar si el autoconcepto de los pacientes con cáncer se ve afectado por las lesiones visibles y así responder a la pregunta de investigación.

ANALISIS DE DATOS

En esta investigación se utilizó para el análisis de datos la estadística paramétrica, y la prueba T de Student y la U de Mann-Withney como prueba comprobatoria debido a que la muestra cumple con los requisitos para su utilización; como por ejemplo que requiere de medidas de intervalo, también requiere que las observaciones se midan por lo menos en una escala de intervalo.

Al ser datos estandarizados se asume que son intervalares y por lo tanto se utiliza la T de Studen para grupos independientes. Se usó esta ya que los sujetos no son sus propios controles y son asignados al azar. Como la muestra es pequeña los datos no se distribuyen normalmente y es entonces que se utiliza la prueba U de Mann-Withney como comprobatoria de los resultados que arrojó la T de Student (Siegel, 1991).

CAPITULO 5.

RESULTADOS.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación a través del análisis cuantitativo realizado con las pruebas T de Student y U de Mann-Whitney, podemos apreciar que no existen diferencias significativas entre los dos grupos: pacientes con cáncer y lesiones visibles (grupo experimental) y pacientes con cáncer sin lesiones visibles (grupo control). Por esta razón se aceptan las hipótesis nulas; tal como se muestra en la siguiente tabla.

ESCALA	T DE STUDENT		MANN-WHITNEY		H. NULA
	G. CONTROL (s/lesión)	G. EXPER. (c/lesión)	G. CONTROL (s/lesión)	G. EXPER. (c/lesión)	
AUTOCRÍTICA	.338	.338	.533	.539	Se acepta
VERDADERO/FALSO	.461	.461	.189	.412	Se acepta
CONFLICTO NETO	.847	.847	.575	.595	Se acepta
CONFLICTO TOTAL	.394	.397	.619	.624	Se acepta
PUNTUACIÓN TOTAL	.406	.406	.350	.367	Se acepta
IDENTIDAD	.324	.325	.430	.436	Se acepta
AUTOSATISFACCIÓN	.505	.505	.618	.624	Se acepta
CONDUCTA	.509	.509	.547	.567	Se acepta
YO FÍSICO	.094	.094	.152	.161	Se acepta
YO ETICO-MORAL	.403	.403	.560	.567	Se acepta
YO PERSONAL	.522	.522	.467	.486	Se acepta
YO FAMILIAR	.847	.847	.771	.775	Se acepta
YO SOCIAL	.718	.718	.740	.744	Se acepta

En el perfil obtenido en ambos grupos (Fig. 1) es factible observar que prácticamente, en todas las escalas, ambos se encuentran en la media, o sea entre el percentil 40 y el 60. Solo en la escala de Yo personal los dos grupos descienden por debajo de ella, aunque cabe resaltar que esta calificación no es demasiado baja. Se puede apreciar de igual manera, que el grupo experimental no alcanza la media en las escalas de Identidad (percentil 36) y de Yo físico (percentil 37). Esto indica que en general el autoconcepto de los pacientes de ambos grupos se encuentra dentro de los límites normales sin alteraciones significativas en las escalas que integran la prueba.

Encontramos entonces, de acuerdo con el análisis estadístico y en relación al instrumento, que los integrantes de ambos grupos se sienten bien consigo mismos, sienten que quienes les rodean los perciben como buenas personas y en consecuencia actúan de acuerdo con estos pensamientos. Tienen buenas relaciones familiares y de amistad, lo que los hace sentirse adecuados con su entorno. Son capaces de realizar juicios objetivos sobre sí mismos y sobre los demás. Sus valores morales no entran en conflicto con su forma de conducta y en

general, aunque de manera mermada debido a la enfermedad, se sienten a gusto con su cuerpo, su salud y su sexualidad.

Cabe mencionar que el instrumento solo permite realizar una medición gruesa del autoconcepto ya que solo se hace un análisis más detallado cuando las puntuaciones se ubican dentro de los percentiles superiores a 98 y menores al 20.

Sin embargo, a nivel cualitativo las diferencias se hacen patentes. Procedemos entonces a explicar por escalas el análisis cualitativo que realizamos en la presente investigación. Sólo explicamos siete escalas por considerar que son las de mayor relevancia para este estudio. Estas escalas son autocrítica, puntuación total, identidad, autosatisfacción, yo físico, yo personal y yo social.

ESCALA	MEDIAS		MEDIAS DE RANGOS	
	G. CONTROL (s/lesión)	G. EXPERIM. (c/lesión)	G. CONTROL (s/lesión)	G. EXPERIM. (c/lesión)
AUTOCRITICA	30.20	33.07	14.50	16.50
PUNTUACION TOTAL	332.93	312.60	17.00	14.00
IDENTIDAD	116.93	109.47	16.77	14.23
AUTOSATISFACCION	111.67	105.07	16.30	14.70
YO FISICO	68.13	59.60	17.80	13.20
YO PERSONAL	62.00	58.60	16.67	14.33
YO SOCIAL	65.33	63.20	16.03	14.97

Podemos apreciar que en el grupo control la escala de autocrítica se encuentra levemente disminuida en relación a la puntuación del grupo experimental. Esta escala se compone de afirmaciones ligeramente derogativas o debilidades comunes que la mayoría de la gente acepta como ciertas respecto a sí misma (García y Quintero, 1995). Lo anterior indica que el grupo experimental presenta una apertura más normal y saludable hacia la capacidad de autocrítica que el grupo control.

La Puntuación Total se refiere al nivel global de autoestima que un sujeto tiene sobre sí mismo y se considera la puntuación más importante de la Escala de Autoconcepto de Tennessee. Los resultados indican que el grupo control está, en general, más a gusto consigo mismo. Se viven como personas valiosas y dignas, con mayor autoconfianza y tienen una conducta coherente con esta imagen. El grupo experimental, en cambio, se encuentra un poco disminuido, reflejando no estar tan a gusto consigo mismo.

En cuanto a la Hilera 1 que evalúa lo correspondiente a "Identidad", los resultados indican que el grupo control se autopercebe de una mejor manera en relación al grupo experimental, además son capaces de describir su identidad básica de una forma más objetiva. Esto podría deberse quizá a la ausencia de una lesión visible.

La autosatisfacción se encuentra calificada en la Hilera 2. En ella el individuo describe cuánta satisfacción siente con respecto a la autoimagen que percibe de sí mismo. En general, esta puntuación refleja el nivel de autopercepción de una persona. En este caso, el grupo experimental presenta una menor autosatisfacción que el grupo control. Por lo tanto se puede decir que los sujetos del grupo control se aceptan más que los del grupo experimental en su situación de enfermedad.

En lo referente a la columna "A" o "Yo físico", la diferencia entre los dos grupos es un poco más grande que en las otras escalas. Podemos inferir a partir de estos datos que los integrantes del grupo experimental no se encuentran bien respecto a su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidad física e inclusive, algunas veces, con su sexualidad. Esto se debe tanto al estado de enfermedad en que se encuentran como a la condición de visibilidad de su lesión. El grupo control, en cambio, se encuentra más a gusto con su cuerpo, su apariencia física, sus habilidades y su sexualidad, mas no con su estado de salud; pues se saben portadores del cáncer.

De igual manera, podemos apreciar en la puntuación correspondiente a la Columna "C" o "Yo personal", que los sujetos del grupo control tienen una sensación de valía personal y sentimientos de adecuación como personas, un poco más elevados que los del grupo experimental, además de ser más capaces de autoevaluar su personalidad independientemente de su cuerpo o de su relación con otras personas.

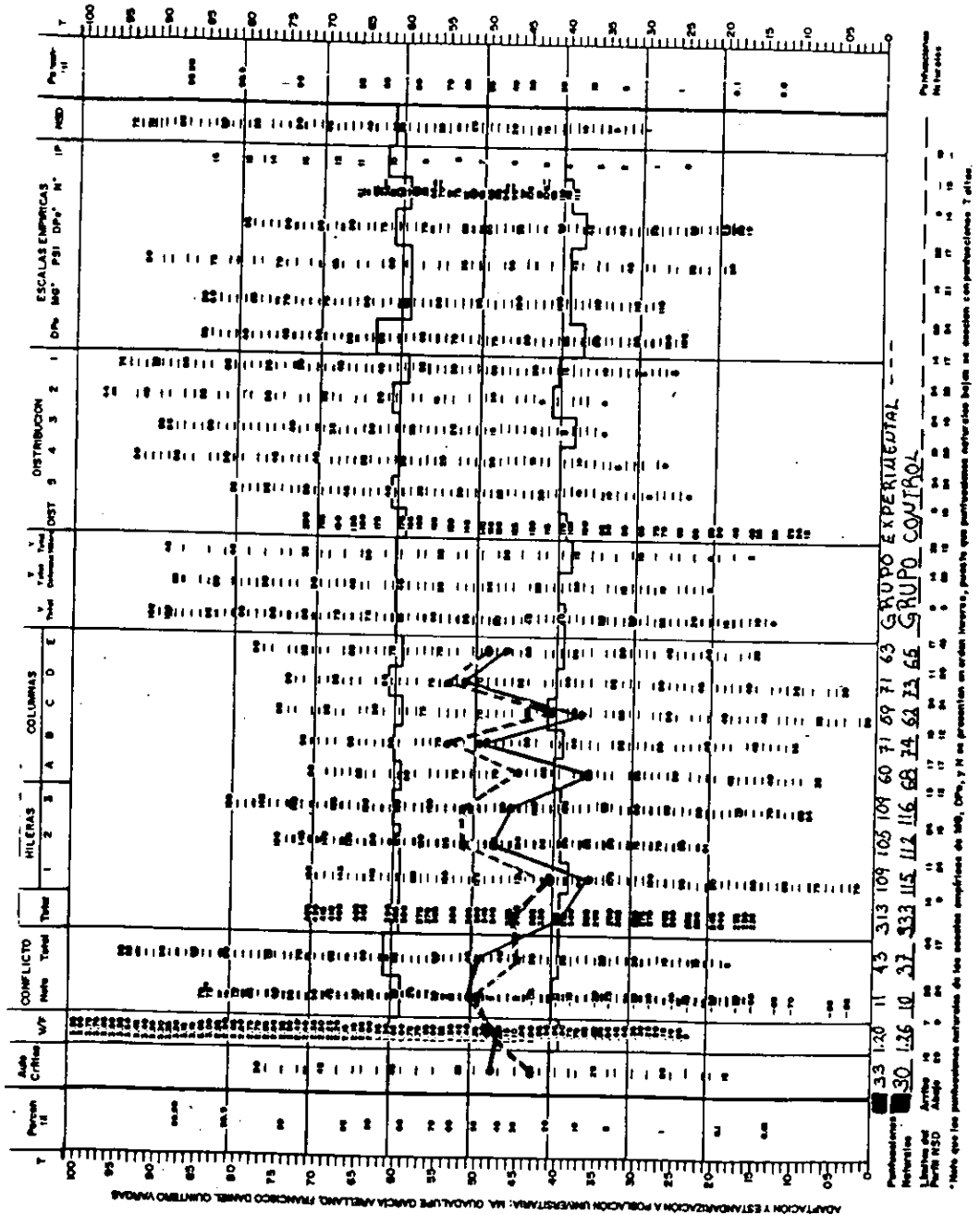
La puntuación de "Yo social", que se encuentra en la Columna "E", se define en la manera "como el sí mismo se percibe en relación con otros, definiendo a los otros en una dirección más general, reflejando la sensación de adecuación y de dignidad en la interacción social con otra persona en general" (García y Quintero, 1995). Esto significa que el grupo control presenta una sensación de mayor adecuación con respecto al mundo que le rodea y no se siente devaluado ante ellos.

Cabe señalar que aunque las diferencias entre los grupos en cada una de las puntuaciones es pequeña, se vuelve importante hacer notar las discrepancias entre ellas, pues brindan información que el análisis cuantitativo no puede ofrecer.

Para poder explicar de una manera más clara los resultados hallados realizando un análisis de contenido de las mismas siete escalas en función a la puntuación que cada sujeto de ambos grupos contestó en cada una de estas escalas. Es decir, un solo sujeto del grupo control se comparó solamente con uno del experimental. A los sujetos de cada grupo se les asignó un número del 1 al 15 aleatoriamente, sin tomar en cuenta ninguna característica.

Con el fin de que el lector pueda apreciar las diferencias halladas entre el grupo experimental y el grupo control se presentan a continuación las gráficas correspondientes que ilustran cada una de las siete escalas que se han venido describiendo en este apartado.

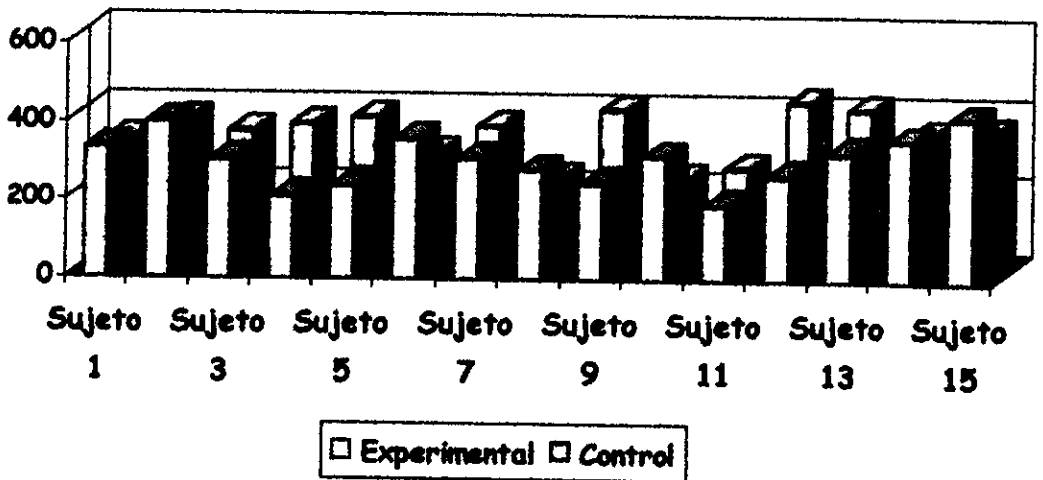
FIGURA 1.



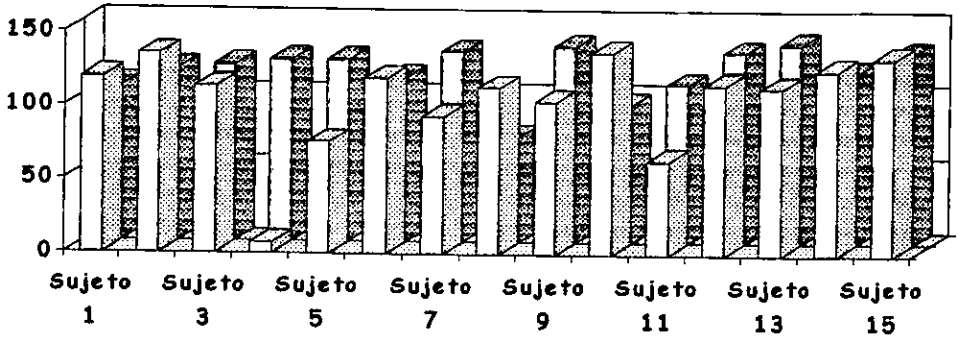
Autocrítica



Puntuacion Total

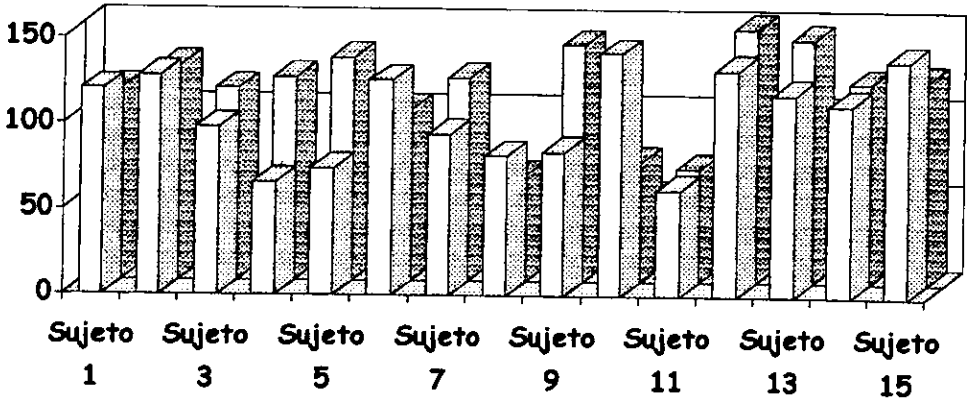


Hilera 1 Yo soy



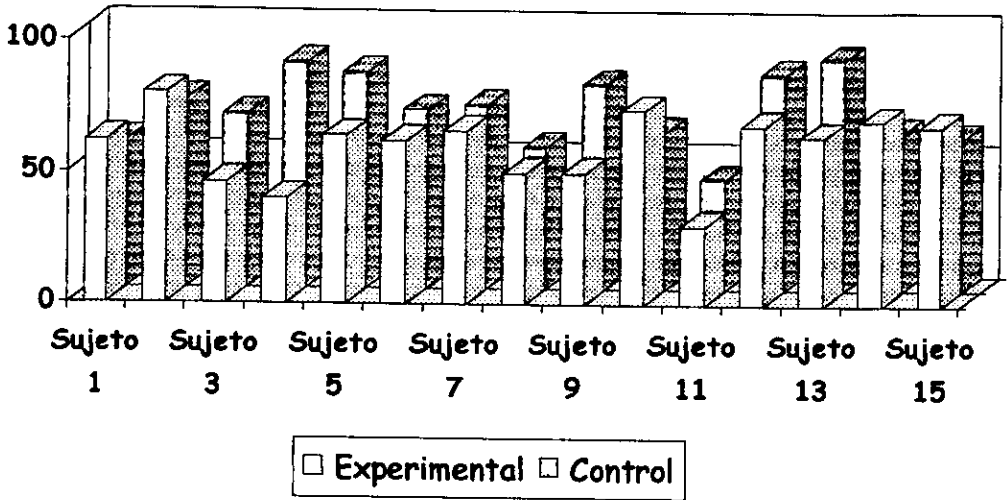
□ Experimental □ Control

Hilera 2 Autosatisfacción

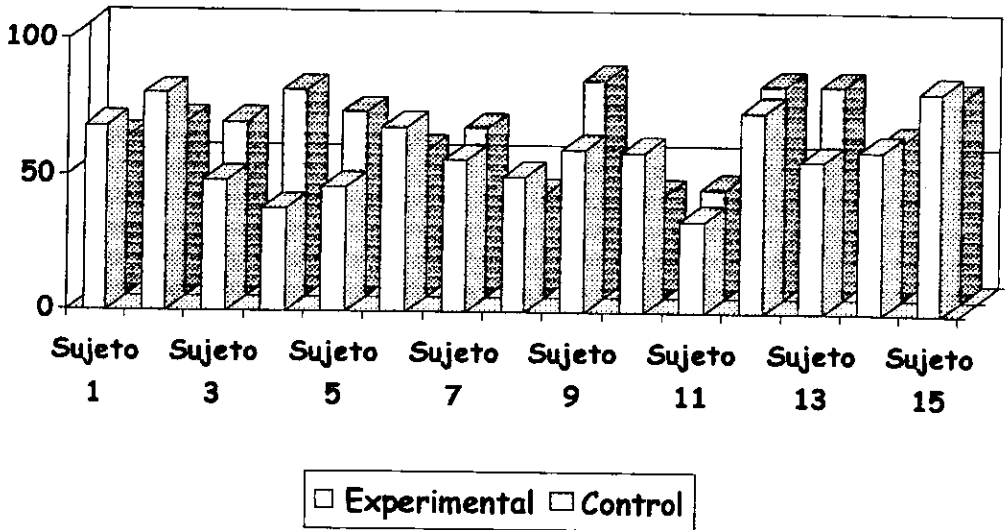


□ Experimental □ Control

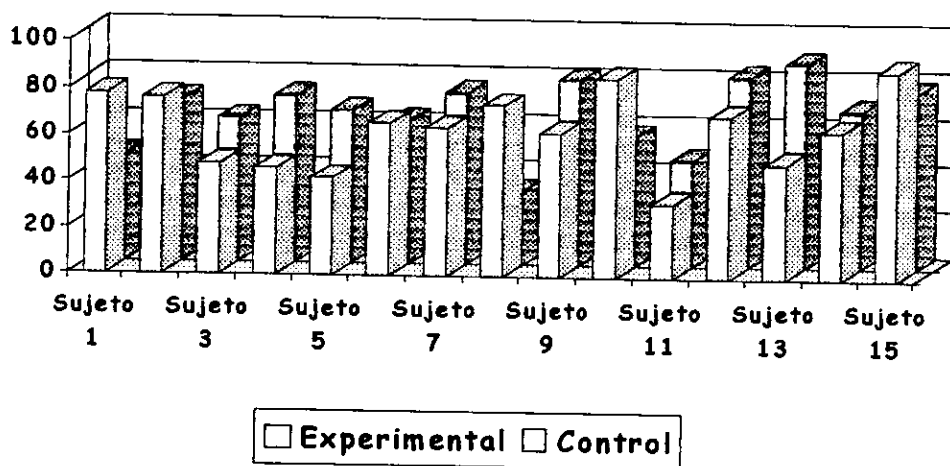
Columna A Yo físico



Columna C Yo personal



Columna E Yo social



CAPITULO 6.

DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

DISCUSIONES.

El aspecto físico, el exterior del ser humano, es la "carta de presentación" de cualquier persona ya que es lo primero que la gente puede ver. Sin embargo, no es lo más importante de un individuo pues está en constante cambio. La gente sube y baja de peso, se viste de determinada manera, se realiza cirugías estéticas, etc. y todo ello, en conjunto, produce una impresión en los demás. Dichos cambios están encaminados a crear una imagen positiva no sólo en la gente a su alrededor sino en sí mismo. Cuando esta imagen cambia radicalmente en una persona -como consecuencia de una cirugía o una enfermedad- puede producir cambios adversos en ella y en quienes le rodean.

La Enciclopedia Práctica de Psicología (1990) menciona que "se puede observar como determinadas malformaciones o padecimientos físicos alteran el temperamento o el carácter de las personas, de forma que se aprecia una correlación entre la estructura física y el comportamiento psicológico del individuo". Esto concuerda con la calificación baja obtenida por el grupo experimental en la parte del Yo físico, puesto que su imagen corporal se encuentra devaluada a propósito de la lesión visible. Ello a su vez repercute en todos los aspectos de su vida: social, personal, religioso, laboral, etc. ya que "la autoimagen incluye todo lo que la persona considera que es en una época particular" (Oñate, 1989).

El cambio en el autoconcepto y por ende en el comportamiento del individuo con cáncer y lesiones visibles, también se puede observar en los demás perfiles de las escalas calificadas, ya que en términos generales éstas se encuentran alteradas.

Es importante tomar en cuenta, como ya mencionamos, que para el individuo su autoimagen tiene mucho que ver con la valía que de sí mismo posea tal como lo señala Schilder (1965) "la percepción de nuestro perfil corporal constituye la base de nuestra actitud autoestimativa frente al propio cuerpo". Además repercute en la forma en la que se desenvuelve en su entorno y en la manera de establecer o replantear sus relaciones interpersonales. Las actitudes de otros para con él se incorporan a cada una de las actitudes del hombre consigo".

Lo anterior concuerda con el hecho de que los pacientes del grupo control presenten una puntuación más elevada que los del grupo experimental en la escala de "Yo social" ya que es posible que el paciente con una lesión visible perciba el impacto -por leve que éste sea- de los demás ante su lesión y entonces tienden a refugiarse en la soledad. Esto empata con su sentir a propósito de la lesión y sucede lo que manifiesta por un lado Davidoff (1989) "los seres humanos... permanecen receptivos a situaciones que están en armonía con su

autoconcepto" y por otro lado Blum (1998) "la mente tiene una asombrosa capacidad para absorber solamente la información que está lista para aceptar".

Tomando en cuenta la definición de Tamayo (1982, op. cit. Solís, 1997) que dice que "el autoconcepto es un proceso psicológico cuyos contenidos y dinanismos son determinados socialmente y que comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo" se reafirma que el autoconcepto está, en parte, en función de las respuestas que los demás tengan para con el individuo. Por ello también es importante tomar en cuenta cual es la relación del paciente con su entorno: familia, amigos, compañeros, etc.

Sucede en ocasiones que el paciente no sólo se siente abandonado por quienes le rodean, sino que en verdad lo está. Con una enfermedad tan agresiva como el cáncer, en la que se requieren tantos cuidados, tiempo y paciencia; no toda la gente está dispuesta a acompañar al paciente por ese largo camino y con frecuencia los compañeros comienzan a alejarse seguidos de algunos amigos. Las visitas son cada vez menos frecuentes y en consecuencia también las charlas y el tiempo que comparten con el enfermo. Al final quedan solo la familia y algunos amigos acompañando al paciente. Cuando al cáncer se le agrega alguna lesión visible, esta situación es un poco más marcada -en algunos casos- por el temor de no poder controlar las propias reacciones hacia la persona que tiene la lesión y a los sentimientos que en cada uno puedan despertarse. Sin embargo (y afortunadamente) no sucede en todos los casos.

En la situación contraria, los pacientes son acompañados por familiares y amigos que les brindan compañía, atención, cuidados y el amor que tanto necesitan en esos momentos. Cuando el paciente se sabe con toda esa compañía, le es más sencillo afrontar la enfermedad y luchar para salir adelante. Lo más sano es que quienes se encuentran más cerca del paciente, se turnen durante el tiempo que éste requiera de cuidados, para que ninguno se fatigue ni física ni emocionalmente.

Se puede observar también, de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en la escala de Autocrítica, que los pacientes del grupo experimental presentan una mayor capacidad en este sentido en relación a los sujetos del grupo control. Esto quiere decir que los pacientes con cáncer y lesiones visibles tienden a aceptar solo ciertas afirmaciones o dificultades ligeramente derogativas. Sin embargo, no aceptan debilidades o defectos más grandes a diferencia de los sujetos del grupo control.

Por otro lado, en la "escala de Identidad" se puede notar que los pacientes del grupo control son más capaces de describir su identidad básica de forma más objetiva y se autoperceben de mejor manera que los pacientes con cáncer y lesiones visibles. Lo anterior puede deberse a que los primeros se autoanalizan para balancear los sentimientos y pensamientos que el cáncer les produce, puesto que algunos saben que tienen una oportunidad de curarse o de detener el proceso cancerígeno. Además, el cáncer, aunque ocasiona muchos

cambios en su vida, no afecta necesariamente su estructura de personalidad. Al reconsiderar su posición ante la vida, deben buscar alternativas para su nueva situación así como lo que quieren hacer y cómo lo harán. Para llegar a este punto, ellos deben autoconocerse, aceptar su situación, elaborar sus duelos y resolver sus pendientes.

Lo anterior también coincide con las puntuaciones que obtuvo el grupo control en las escalas de "Autosatisfacción" y en la de "Yo personal". La primera se refiere a la cantidad de autosatisfacción que una persona tiene respecto a la autoimagen; refleja también el nivel de autopercepción que posee. La segunda esta en relación a la sensación de valía personal y sentimientos de adecuación. Entonces se puede decir que los pacientes con cáncer sin lesiones visibles, tienen una mejor autoimagen que los pacientes con cáncer y lesiones visibles, se sienten más adecuados con ellos y con su entorno. También se valoran con mayor objetividad y poseen más satisfacción con su autoimagen. Esto tiene relación directa con su estado en cuanto a la enfermedad, pues el no presentar alguna lesión visible les permite conservar la objetividad en cuanto a ellos mismos.

Además, como mencionan Schwartzenberg y Viansson-Ponté (1978) en un ejemplo de como se puede sentir un paciente con una lesión visible: -"Otro cirujano se atreve a responder a una joven de 20 años a la que debe extirpar un seno: ¡No irás a llorar por un trozo menos de carne!"-, quienes sufren de una amputación presentan un descontrol en su vida y en su personalidad. Ello les lleva a tener sentimientos de inadecuación pues la lesión no sólo afecta su forma de actuar y su autoimagen. Además consideran que quienes los rodean también han cambiado su manera de percibirlos.

CONCLUSIONES.

Lo anterior nos conduce a concluir que efectivamente, las personas que además del cáncer presentan una lesión visible se sienten más devaluadas, con una baja autosatisfacción, una pobre autoimagen y menor capacidad de describir su identidad básica. Además; ello incide en su comportamiento social, en cuanto a la manera en que sienten que los demás los perciben y ellos se conducen con la gente que los rodea de acuerdo a este pensamiento.

Con los resultados del análisis estadístico obtenidos de esta investigación se concluye que los pacientes con cáncer y lesiones visibles, si presentan un autoconcepto afectado debido fundamentalmente a éstas, pues los pacientes con cáncer sin lesiones visibles presentan un autoconcepto más elevado, aunque la diferencia no sea demasiado importante.

Se aceptaron las hipótesis nulas ya que cuantitativamente no existen diferencias significativas, aunque el análisis cualitativo presenta otra perspectiva de la situación. Esto se debe a que el cáncer per se, afecta el autoconcepto del paciente por la angustia, ansiedad, impotencia y frustración que imprime en él.

Sin embargo, el análisis cualitativo muestra pequeñas diferencias entre el autoconcepto de los pacientes con cáncer y lesiones visibles y los pacientes con cáncer sin lesiones visibles. Esto puede deberse a que realmente las lesiones visibles -y no solamente el cáncer- alteran la manera en la que el sujeto se ve a sí mismo, cómo cree que los demás lo perciben y en consecuencia, su forma de actuar para consigo mismo y su entorno.

Los resultados que arrojó el presente estudio concuerdan en general con la literatura especializada recopilada para la realización del mismo y pueden estar determinados, en buena medida por lo reducido de la muestra en ambos grupos (control y experimental) por lo cual podría resultar muy enriquecedor retomar la investigación con muestras más grandes.

SUGERENCIAS.

Durante el desarrollo de esta investigación, como en cualquiera otra, se nos presentaron diversas dificultades que se tuvieron que resolver en el momento para poder realizar el trabajo de la mejor manera posible. He aquí algunas sugerencias que pudieran facilitar futuras investigaciones de este tema y con esta población y además se plantean otras que pudieran servir para mejorar el trabajo que el psicólogo desarrolla dentro de un hospital en un servicio como el de Oncología.

SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.

- ψ Trabajar con una muestra más grande y buscar la participación de pacientes de otras instituciones, tales como IMSS, SSA, otros hospitales del ISSSTE e instituciones privadas, para que sea realmente representativa de la población a estudiar.
- ψ Podría ser conveniente utilizar otra prueba que mida de forma más específica el autoconcepto o, preferentemente, crear una prueba que sea especialmente diseñada para esta población con el fin de tener la seguridad de medir realmente lo que se desea.
- ψ Que el rango de edad sea diferente en esta población específica ya que en general, existen más lesiones visibles en personas de menos de 20 y más de 45 años.
- ψ Intentar, de ser posible, aplicar la prueba en cuanto se obtiene la autorización para participar en la investigación por parte del paciente y en caso contrario establecer un mayor contacto con el mismo (de 2 a 3 sesiones previas a la aplicación) para asegurar que acuda a la cita el día de la aplicación.
- ψ Sería conveniente crear una propuesta de intervención específica para esta población a partir de los resultados de esta investigación con el fin de que la persona eleve su autoconcepto ante la situación de cáncer con de una lesión visible.

SUGERENCIAS PARA EL TRABAJO PROFESIONAL DEL PSICOLOGO.

- ψ Fomentar la preparación del psicólogo en los aspectos médicos de la especialidad en la que vaya a trabajar pues es importante saber desde cual es el problema que les aqueja, porque surgió, cuales son los síntomas y que molestias les causan éstos, que tipo de tratamiento

- existen y que tan aversivos son, etc. Todo este conocimiento brinda al psicólogo una perspectiva más amplia de lo que acontece al paciente y por lo tanto facilita su trabajo.
- ψ Es muy aconsejable que, de ser posible, se le brinde atención psicológica al paciente desde el momento mismo del diagnóstico y dar seguimiento de la evolución de la enfermedad dando mayor énfasis a las etapas críticas como toma de decisiones, tratamiento, cambio de éste, cirugía, recaída, mejoría, etc.
 - ψ Es muy importante promover y realizar un trabajo multidisciplinario, para ello es necesario mantener contacto con los demás miembros del equipo profesional tratante (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales) para conocer los casos de los pacientes y manejar un ambiente de trabajo cordial pues esto favorecerá al paciente.
 - ψ La familia del paciente es un elemento fundamental para que este tenga una mejor calidad de vida, además de que puede ser de gran ayuda para el paciente al luchar contra la enfermedad o puede frenar sus deseos de salir adelante. Por ello es importante brindar atención focalizada no solo al paciente sino también a su familia, además de que es ésta la que recibe una gran carga emocional y por lo general, no se le atiende adecuadamente.
 - ψ Brindar apoyo emocional al equipo médico tratante por medio de grupos de autoayuda o de tipo Balint, o en forma individual puesto que ellos también son vulnerables, a veces más de lo que creemos, a la situación de la enfermedad, pudiendo crearse en ellos un "burnout".
 - ψ Para evitar el "burnout" en el psicólogo es recomendable que lleve, desde el inicio de su trabajo, un proceso terapéutico y asesoría con un especialista en la materia pues ambos trabajos no solo lo orientarán si no que podrá descargar y elaborar el cúmulo de emociones que despierta una enfermedad crónica como lo es el cáncer. Esto es muy necesario para que el psicólogo pueda seguir desempeñando de manera óptima su labor con los pacientes.
 - ψ Con el mismo fin es importante que el psicólogo tenga frecuentes periodos de vacaciones o como mínimo un periodo que vaya de dos a tres semanas una vez al año.
 - ψ Además de fomentar la preparación del psicólogo en el campo médico es importante que se mantenga actualizada y que asista, por ejemplo, a cursos, simposiums, conferencias y congresos relacionados a su campo de trabajo para que tenga las herramientas necesarias para llevar a cabo su labor de una manera eficiente.
 - ψ Demostrar la necesidad de que el psicólogo se incorpore al Servicio de Oncología para una asistencia integral a los pacientes. Los beneficios del trabajo psicoterapéutico con éstos se reflejan en mayor adherencia terapéutica; disminución de ansiedad, de síntomas secundarios de la enfermedad y manifestaciones anticipatorias de rechazo al tratamiento, mayor participación de la familia en el cumplimiento de las órdenes médicas, etc.
 - ψ Recordar siempre que un paciente oncológico (o con otra enfermedad) es una persona en todo el sentido del término y se debe evitar a toda costa "cosificarlos".
 - ψ Incitar al paciente a preguntar a su médico cualquier duda que tenga por pequeña que le parezca pues el conocimiento claro de su situación disminuirá la ansiedad que la enfermedad le produce.
 - ψ Señalar y fortalecer las redes de apoyo del paciente para que pueda recurrir a ellas con le fin no solo de sobrellevar la enfermedad, sino de obtener una mejor calidad de vida.
 - ψ Emplear técnicas cognitivo conductuales, tales como respiración diafragmática, relajamiento progresivo, imaginería, desensibilización sistémica , etc. para brindar al

paciente un mayor y mejor control de los síntomas causados tanto por la propia enfermedad como por el tratamiento empleado para combatirla.

- ψ Si el paciente llegará a realizar preguntas sencillas de corte médico el psicólogo de acuerdo con su criterio puede responder de manera simple utilizando los conocimientos adquiridos sobre la materia y reiterado la invitación a despejar sus dudas con su médico.

Reynoso (1997) menciona algunos consejos que pueden ser útiles al psicólogo para mencionar a los pacientes que padezcan de cáncer. Estos se citan a continuación:

- ψ Pedir toda la información que considere necesaria sobre el padecimiento y el tratamiento. Es importante recordar que no hay nada peor que luchar contra algo que se desconoce.
- ψ No quedarse con dudas.
- ψ No olvidar que el tratamiento tiene como finalidad curar al paciente.
- ψ Planear actividades los días que el paciente se sienta mejor y fijarse metas realistas, de acuerdo a las posibilidades que tiene durante el tratamiento.
- ψ Limitar las actividades que representen fatiga, pero sin dejar de lado las más importantes.
- ψ Buscar nuevas actividades recreativas o ejercicios que le hagan sentir mejor.
- ψ Buscar apoyo psicológico cuando lo requiera. Existen grupos de autoayuda donde hay gente con padecimientos cancerosos con quien se puede compartir la experiencia.
- ψ Escribir las rutinas diarias y sentimientos durante el tratamiento. Esto puede ayudar al paciente a comprender las etapas por las que va pasando.
- ψ Encontrar posibilidades de relajación o ejercicios que ayuden a facilitar la situación durante el tratamiento. La meditación puede ser un buen método.
- ψ Comunicarse con su familia y amigos, expresarle sus sentimientos. El paciente puede explicarles como prefiere que reaccionen con él.
- ψ La tensión o angustia producidas por la enfermedad y los efectos del tratamiento, pueden ser reducidos a través de diferentes técnicas psicoterapéuticas.

Guanipa (1998) explica que: "aprender como sentirse bien con uno mismo es una tarea difícil. Generalmente cuando uno toma el primer paso, la tarea se hace más fácil. Aprender como tomar la vida positivamente es uno de los primeros pasos a tomar". Ella sugiere las Reglas para la Serenidad para que cada individuo intente llevarlas a cabo en su vida diaria. De igual manera propone nuevas conductas, metas y tomar conciencia de mí mismo. Para finalizar transcribe una parte de la declaración de "La estima de mí mismo" de Satir. Pensamos que pueden ser útiles para los pacientes con cáncer, por lo que se cita textualmente a la autora.

REGLAS PARA LA SERENIDAD

- ψ Hoy, voy a vivir el día a la plenitud, sin preocuparme por como voy a solucionar todos mis problemas en un día.
- ψ Hoy, voy a cuidar mi apariencia física. Yo voy a comer sanamente y hacer ejercicios.
- ψ Hoy, voy a ser generoso y gentil con la gente a mí alrededor.
- ψ Hoy, voy a tratar no ser mejor que nadie, voy a ser solo lo mejor de mí mismo.
- ψ Hoy, voy a ser feliz.

- ψ Hoy, voy a adaptarme a lo que voy a hacer y a concentrarme en ese objetivo de hoy, no voy a esperar que las cosas se adapten a mí. Voy a tomar las iniciativas.
- ψ Hoy voy a dedicar 20 minutos de mi tiempo a leer un buen libro o algo constructivo.
- ψ Leer es saludable para mi salud mental.
- ψ Hoy, voy a hacer una obra de caridad, sin decirle a nadie.
- ψ Hoy, voy a planear lo que debo hacer y voy a jerarquizar las actividades más importantes.
- ψ Hoy, voy a seguir mi plan cuidadosamente.
- ψ Hoy, no me voy a sentir miedosa.
- ψ Hoy, voy a ser capaz de disfrutar la vida y creer en la generosidad de la gente.
- ψ Hoy, me voy a rodear de personas, lugares y situaciones que me van ayudar a sentirme bien conmigo misma y con los demás.
- ψ Si no puedo cambiar una situación para sentirme valorada, yo dejare esa situación, porque la vida es muy corta para perderla de esa manera.
- ψ Hoy, Yo no voy a participar en eventos que me hagan sentir menor que nadie, Yo voy a tomar tiempo para relajarme, escucharme a mi misma y disfrutar de estar conmigo misma.
- ψ Hoy, voy a disfrutar de las actividades que a mí me gusta hacer solo(sola). Esto me puede ayudar a estar en intimo contacto conmigo misma.
- ψ Conductas Nuevas
- ψ Yo voy a practicar ser agradable con otras personas, a pesar que sea difícil al principio.
- ψ Yo voy a disfrutar y valorar la energía positiva que otros tienen.
- ψ Yo no voy a tomar la energía negativa de otros.
- ψ Yo le voy a hacer saber a la gente que estoy dispuesta a compartir, dar y recibir.
- ψ Yo voy a tomar riesgo, porque esto me dará oportunidades y voy aprender de mis errores.
- ψ Yo voy a ser capaz de enfrentar los retos que la vida me presenta.
- ψ Yo no voy a aceptar tratamiento injusto y no igualitario.

Mis Metas

- ψ Yo voy a establecer metas a corto y largo plazo.
- ψ Yo voy a desarrollar un plan concreto para alcanzar mis metas.
- ψ Voy a trabajar fuertemente y con disciplina para alcanzar mis metas.
- ψ Yo voy a evaluar mis progresos y voy a hacer los cambios que necesito sin culpar a nadie de esta manera me puedo sentir que estoy progresando.

Conciencia de Mí Mismo(a)

- ψ Yo voy a felicitarme por mis logros.
- ψ Yo voy a ser capaz de perdonarme si cometo un error. Yo voy a ser capaz de continuar.
- ψ Yo voy a hacer el mejor en cada cosa que me comprometo a realizar.
- ψ Yo tengo la responsabilidad de las cosas que pasan en mi vida.
- ψ Yo soy única y no tengo que hacer las cosas de la manera que otros quieren solo para complacer a los demás.
- ψ Yo necesito saber cual es mi lugar y respetar las jerarquías en la relación con la gente.
- ψ Yo se que puedo hablar con otros cuando no me siento bien con las tareas que me ponen y mejorar la situación.

- ψ Yo no necesito ponerme brava todo el tiempo y gastar mi energía juzgando a los demás injustamente.
- ψ Yo soy única, pero eso no me da el derecho de maltratar a otros.
- ψ Estimulando a Mi Mismo
- ψ Yo soy responsable por lograr lo que quiero.
- ψ Yo tengo todas las opciones para cambiar mi vida, es mi responsabilidad hacerlo o no.
- ψ Yo creo en mi y yo puedo alcanzarlo.
- ψ Yo no puedo desanimarme, necesito continuar.

Mi Declaración de la Estima de Mi Mismo

Yo soy yo. En el mundo no hay nadie exactamente como yo. Hay personas que tienen parte de mi, pero no suman exactamente quien yo soy. De esta manera, todo lo que viene de mi es auténticamente mío, porque lo decido yo mismo(a). Yo soy el propietario de todo lo que constituye mi ser mi cuerpo, mis ideas, mis ojos y lo que miran, mis pensamientos, mis sentimientos ya sea felicidad, o rabia, mis frustraciones, mis desengaños, mi boca, mi acento si tengo uno, las experiencias positivas y negativas que vivo, mis acciones, mis miedos y esperanzas. Yo soy el propietario de mis éxitos y fracasos. Porque yo me pertenezco a mismo(a) yo puedo conocerme íntimamente y yo puedo quererme y ser amigable conmigo mismo. Yo soy la propietaria de mis culturas y las riquezas que esto me brinda Yo puedo hacer posible que todo lo que yo tenga trabajo unido para alcanzar lo que yo quiero. Yo se que hay cosas de mi que no puedo explicar, y cosas que no entiendo y no se que hacer, pero mientras yo me quiera a mi misma y sea amigable conmigo yo puedo buscar las soluciones a esos misterios de mi que a veces tengo y puedo así conocerme mejor.

No importa como yo parezca y luzca a otros, lo que haga y siento, todo esto me pertenece. Esto es autentico y representa lo que yo soy en ese momento de mi vida. Cuando evalúo lo que hago o dije, algunas veces puede ser que no sea apropiado, pero yo puedo mejorar y mantener las conductas que son positivas y que me permiten progresar. Yo puedo pensar, ver, sentir, hacer, crear y escuchar. Yo tengo todas la herramientas para sobrevivir y darle sentido a mi vida. yo puedo poner orden en mis cosas y en mi vida cotidiana. yo me pertenezco y en consecuencia yo puedo construirme a mí misma. Yo soy yo y yo estoy bien. (Adaptación de "La declaración de estima de sí mismo" de Satir, op. cit. Guanipa, 1998).

BIBLIOGRAFIA.

- ψ Austrich, S., E. (1998). Trastornos psiquiátricos en el paciente con cáncer. Memorias del II Curso de Psicooncología. Instituto Nacional de Cancerología. México.
- ψ Bayona, N.; Cuellar, C. (1989). El autoconcepto y el proceso individual. Tesis para maestro en orientación y desarrollo humano. Universidad Iberoamericana. México.
- ψ Beltran, J. (1984). Psicología Educativa. Edit. UNED. España.
- ψ Blum, B. (1998). El derecho a saber o no saber del paciente ¿Decisión del equipo médico? Memorias del II Curso de Psicooncología. I.N.CAN. México.
- ψ Brouchan-Schweitzer. (1992). Psicología del cuerpo. Edit. Herder. España.
- ψ Bureos P. B. (1995). Una propuesta terapéutica para mujeres mastectomizadas o con diagnóstico de cáncer de mama. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM México.
- ψ Caballero, R. M. (1991). Trastornos en la autoimagen en mujeres mastectomizadas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- ψ Calderón B. M. (1992). Estudio sobre la repercusión del cáncer cervicouterino y sus tratamientos en la expresión de la sexualidad femenina. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- ψ Campbell, D.; Stanley, J. (1982). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Edit Amorrourtu. Argentina.
- ψ Cancino. (1990). Reacciones emocionales en dos grupos de adolescentes con osteosarcoma y enfermedad de Hodking. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U. N. A. M. México.
- ψ Cerdán, A. (1992). Como derrotar al cáncer. Edit. Edamex. México.
- ψ Clemenceau, P. (1998). Pérdida, sufrimiento y muerte. Memorias del IV Curso Internacional de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. Del 30 de Septiembre al 2 de Octubre. Instituto Nacional de Cancerología. México.
- ψ Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México, Epidemiología Morbilidad Regionalización 1993-1996. (1998). Primera Edición. Secretaria de Salud, patrocinado por Shering Plough y Novartis. México.

- ψ Coolican, H. (1994). Métodos de Investigación Estadística en Psicología. Edit. Manual Moderno. México.
- ψ Craig, J.; Metzger, L. (1987). Métodos de Investigación Psicológica. Edit. Nueva Editorial Interamericana. México.
- ψ Davidoff, L. (1989). Introducción a la Psicología. Tercera edición. Edit. McGrawHill. México
- ψ De Oñate, M. P. (1989). El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad. Edit. Narcea, S.A. España.
- ψ Deutsch, M.; Krauss, R. (1965). Theories in social Psychology. Edit. Basic books. E. U.
- ψ Diccionario enciclopédico Quillet. (1964). Edit. Argentina Arístides Quillet. Argentina.
- ψ Diccionario Larousse Español-Inglés. (1987). México. Edit. Larousse.
- ψ Enciclopedia práctica de Psicología. (1990). Tomo 6. Edit. Plaza and Janés. España.
- ψ English, H. (1980). Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Edit. Paidós. Argentina.
- ψ Estrada F. L. (1990). Sintomatología psíquica asociada al cáncer infantil. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- ψ Eschenburg, A.S. (1994). Imagen corporal: validez y confiabilidad de una escala de satisfacción corporal en jóvenes universitarios. Tesis de licenciatura de la carrera de Psicología. Universidad Iberoamericana. México.
- ψ Félix, G. (1994). El Cuidado del Paciente Canceroso Terminal. Psicología y Salud. (3) pp. 45-51. Enero-Junio. México.
- ψ Figueroa, J.(1995). El Fenómeno del Miembro Amputado Fantasma con una Alteración del Esquema Corporal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- ψ Freedman. (1991). Amar nuestro cuerpo. Edit. Paidós. México.
- ψ Freud, S. (1996). El yo y el ello. Obras completas. Tomo 19. Cuarta reimpresión. Edit. Amorrourtu. Argentina.
- ψ Galindo, R. M. (1993). Autoconcepto en el trastorno de bulimia. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.

- ψ García, M.; Quintero, F. (1995). Estandarización de la Escala de Autoconcepto de Tennessee en Estudiantes en Ciudad Universitaria. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- ψ Gómez, O. (1992). El Autoconcepto y la Sexualidad en Pacientes Amputados y Hemipléjicos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- ψ González, N., J. J. (1993). La imagen corporal de la mujer. Conferencia presentada en la Semana de Psicología de la Universidad Iberoamericana. México.
- ψ Grau, J. et. al. (1995). Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. Premisas de un proyecto cubano. Psicología y Salud. (5) pp.11-125 Enero-Junio. México.
- ψ Guanipa, C. (1998). Estima de sí mismo. San Diego State University. <http://edweb.sdsu.edu/people/CGuanipa/estimo.htm>
- ψ Griffiths, M.; Murray, K.; Russo, P. (1988). Oncología básica. Fisiopatología, evaluación y tratamiento. Ediciones científicas La prensa médica mexicana. México.
- ψ Guardia, R. (recopilador). (1986). Diccionario Porrúa de sinónimos y antónimos de la lengua española. Edit. Porrúa. México.
- ψ Guzmán, M. (1998). Memorias del IV Curso Internacional de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. Del 30 de Septiembre al 2 de Octubre. I.N.CAN. México.
- ψ Harrison. (1991). Principios de medicina interna. 12va edición. Edit. McGraw-Hill. México.
- ψ Holland, J. (1996). What you need to know about cancer. "Living with cancer". Special issue. Scientific American. Vol. 275 (3) pp 122-125. Edit. Scientific American. E. U.
- ψ Hossfeld, D. (1992). Manual de oncología clínica. Quinta edición. Edit. Doyma. España.
- ψ James, W. (1890). The principles of psychology. Edit. Holt. Estados Unidos.
- ψ Jiménez, P.; et. al. (1995). Calidad de Vida en el Enfermo Oncológico en Etapa Terminal: un estudio de intervención. Psicología y Salud. (6) pp. 59-69. Julio-Diciembre. México.
- ψ Jinich, H. (1988). Tratado de medicina interna. Vol. 3 Academia Nacional de Medicina. Edit El Manual Moderno. México.
- ψ Kinch, J. W. (1963). A formalized theory of the self-concept. The American Journal of Sociology. Estados Unidos.

- ψ Kubler-Ross, E. (1985). Una luz que se apaga. Edit. Pax. México.
- ψ Kubler-Ross, E. (1975). Sobre la muerte y los moribundos. Edit. Grijalbo. España.
- ψ Language Services (1999).
- ψ Lynna, M. (s.f.). Luchando por sobrevivir. Edit. Sociedad de Leucemia de E. U. México.
- ψ Martínez, S., J. (1998). Alteraciones en el estado de ánimo de pacientes terminales. Memorias del IV Curso Internacional de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. Del 30 de Septiembre al 2 de Octubre. Instituto Nacional de Cancerología. México.
- ψ Marsellach, U; G. (1998). La autoestima. <http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/autoestima.htm> El psicólogo en la red.
- ψ McGuigan (1974).
- ψ Mead, G. H. (1972). Espíritu, persona y sociedad. Edit. Paidós. Argentina
- ψ Misitu, G.; Román, J. M. (1982). Autocncepto: una introducción a esta variable intermedia. Revista de Psicología, Pedagogía y Filosofía, IV (1), pp. 51-69. Universitas Tarraconensis. España.
- ψ National Cancer Institute. (1993). What you Need to Know About Cancer. Edit. National Cancer Institute. Estados Unidos.
- ψ Nicol, A. M.; Pexman, P.M. (1999). Presenting your findings. A practical guide for creating tables. Edit. American Psychological Association.
- ψ Olper, R. (1998). Entrevista psicooncológica. Memorias del II Curso de Psicooncológica. Instituto Nacional de Cancerología. México.
- ψ Pimentel, A. (1995). Estudio comparativo de cambio de actitudes en pacientes con cáncer mamario a través de un grupo de autoapoyo. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- ψ Quezada, T., L. (1998). Derechos del niño con enfermedad terminal. Memorias del IV Curso Internacional de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. Del 30 de Septiembre al 2 de Octubre. Instituto Nacional de Cancerología. México.
- ψ Reyes, N. (1998). Vida y muerte (contexto vivencial). Memorias del IV Curso Internacional de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. Del 30 de Septiembre al 2 de Octubre. I.N.CAN. México.

- ψ Reynoso, E. (1997). Quimioterapia. Manual para el Paciente Oncológico. Edit. Glaxo Laboratorios. México.
- ψ Romero, J. (1998). Psicooncología. Memorias del II Curso de Psicooncología. Instituto Nacional de Cancerología. México.
- ψ Rosenberg (1977).
- ψ Rosenkranz, J. A. (1943) Sesenta pensamientos. Edit. Falk Publishing Co. Estados Unidos.
- ψ Sañudo, M. (1998). Prevalencia de síntomas en el paciente con cáncer avanzado. Memorias del IV Curso Internacional de Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. Del 30 de Septiembre al 2 de Octubre. Instituto Nacional de Cancerología. México.
- ψ Schilder. (1989). Imagen y apariencia del cuerpo humano. Edit. Paidós. México.
- ψ Schwarzer, R. (1980). The self in anxiety, stress and depression. Edit. Eswere Science. Estados Unidos.
- ψ Schwartzberg, L.: Viansson-Ponté, P. (1978). Testimonios de vida. Cambiar la muerte. Edit. Gedisa. España.
- ψ Secin, R (1998). Psiquiatría de enlace y oncología. Memorias del II Curso de Psicooncología. Instituto Nacional de Cancerología. México.
- ψ Siegel, M. (1991). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Edit. McGraw-Hill. México.
- ψ Skinner, B. F. (1977). Ciencia y conducta humana. Edit. Fontanella. España.
- ψ Solís, A. J. (1997). Autoestima, autoconcepto y salud mental. Revista Psicología y Salud. Versión para Internet. Junio. Vol. 7. <http://bugs.invest.uv.mx/~cancer/revista/rev0713.htm>
- ψ Sullivan, H. S. (1964). La teoría interpersonal de la psiquiatría. Edit. Siglo XX. Argentina.

ANEXO 1.

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

WILLIAM H. FITTS, Ph. D.

ADAPTACION Y ESTANDARIZACION EN POBLACION UNIVERSITARIA MEXICANA:
M. GUADALUPE GARCIA ARELLANO Y F. DANIEL QUINTERO VARGAS

INSTRUCCIONES:

EN LA HOJA DE RESPUESTAS QUE SE ENCUENTRA POR SEPARADO, EN EL CUADRO SUPERIOR PON TU NOMBRE Y LA OTRA INFORMACION SOLICITADA, EXCEPTO LOS DATOS SOBRE TIEMPO, MAS TARDE LLENARAS ESTOS ESPACIOS. ESCRIBE UNICAMENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS, NO PONGAS NINGUNA MARCA EN ESTE CUADERNILLO.

LAS AFIRMACIONES DE ESTE CUADERNILLO ESTAN PARA AYUDAR A DESCRIBIRTE COMO TU MISMO TE VES. POR FAVOR RESPONDELAS COMO SI TE DESCRIBIERAS ANTE TI MISMO Y NO ANTE NINGUNA PERSONA. NO OMITAS NINGUNA AFIRMACION, LEE CUIDADOSAMENTE CADA UNA, DESPUES SELECCIONA UNA DE LAS CINCO OPCIONES DE RESPUESTA, ENCIERRA EN UN CIRCULO LA RESPUESTA QUE HAYAS ELEGIDO. SI DESEAS CAMBIAR UNA RESPUESTA DESPUES DE HABERLA ENCERRADO EN UN CIRCULO, NO BORRES PON UNA X SOBRE LA RESPUESTA Y DESPUES ENCIERRA EN UN CIRCULO LA RESPUESTA QUE NO DESEAS.

CUANDO ESTES LISTO PARA COMENZAR, LOCALIZA EN TU HOJA DE RESPUESTAS EL ESPACIO MARCADO COMO "HORA DE INICIO" Y ANOTA LA HORA . CUANDO TERMINE ANOTA LA HORA FINAL EN EL ESPACIO DE TU HOJA DE RESPUESTAS MARCADO COMO "HORA DE TERMINACION".

RECUERDA, ENCIERRA EN UN CIRCULO UN NUMERO DE RESPUESTA PARA CADA AFIRMACION.

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

ENCONTRARAS LOS NUMEROS DE RESPUESTA REPETIDOS EN LA PARTE SUPERIOR DE CADA PAGINA PARA AYUDARTE A RECORDARLOS.

ESTA TESIS NA DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA