

**“Factores psicosociales que favorecen el proceso de aceptación a la pérdida de un miembro por osteosarcoma y la adaptación a una nueva vida: una mirada a la resiliencia.”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.**

**PRESENTA:**

**BEATRIZ ASPIROS GARCÍA**

**PAOLA MELISA JIMÉNEZ CORRUJEDO**

**ASESORA: LIC. EN PSICOLOGÍA. LUZ MARÍA SOSA VEGA**

**TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, 2012**



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.

## **AGRADECIMIENTOS PROFESIONALES**

Al doctor Francisco Javier Gómez García, por ayudarme a determinar la población para esta investigación, facilitarme el acceso a la institución y brindarme todo el apoyo necesario para llevar a cabo este trabajo. ¡Muchas gracias primo!

A mis profesores de la Universidad Latinoamericana, por sus enseñanzas, apoyo y sobretodo por transmitirme el amor por la psicología y así fortalecer el gusto de toda una vida por ésta. En especial, a Luz María Sosa, Lilia Uribe y Eduardo Méndez, por aceptar darle la continuidad necesaria a éste trabajo y ayudarnos en la mejora de ésta, muchas gracias por todo.

A los profesores Francisco Javier Castrejón y a María Estela Flores, por estar desde un inicio en este proyecto guiándome, señalándome tanto los aciertos como errores para que, todo este trabajo llegara a concluirse de la mejor forma posible. Maestra Estelita, gracias por ayudarme a encontrar la razón por la cual elegí este tema, pero sobretodo, gracias por escucharme. Maestro Castrejón, gracias por todo el apoyo que me brindaste, por ayudar a presionarme y mantenerme en el constante trabajo que esto requirió, gracias por fungir como un colega en ésta travesía.

¡Gracias por todo!

## **AGRADECIMIENTOS PERSONALES**

Gracias Dios, gracias por todo...

A mis padres Ana y Cayetano, infinitas gracias por todo el esfuerzo que han hecho para brindarme lo mejor, por acompañarme, guiarme, pero sobretodo por su apoyo incondicional. Gracias por ser mis papás. ¡Los amo!

A mis hermanos:

Anaid: gracias por explicarme todo siempre de forma entendible, por hacerme reír y siempre ayudarme a ver las cosas desde una mejor perspectiva. Gracias papita, te quiero mucho.

Steven: gracias por ser esa parte tan importante en mi vida, te quiero mucho hermanito, gracias por tu apoyo, confianza y compañía, pero sobretodo por aguantarme, por que sé que esa no es una tarea fácil.

A mi abuelito Daniel, gracias por todo el apoyo que me brindaste, por creer en mí y apoyarme hasta el final. Definitivamente no hubiera sido lo mismo sin ti. ¡Muchas gracias, te quiero mucho!

A mis tías que han sido mis segundas madres, gracias por todo lo que me han brindado pero sobre todo por sus enseñanzas y cariño incondicional.

A mi familia: primos, tíos y amigos; gracias por ser parte fundamental de este logro y por todo el apoyo y empuje tan valioso que me han brindado. Los quiero demasiado.

A las personas que lamentablemente ya no están conmigo... Mi tía Juana y mi Abue Mine que siempre creyeron en mí y su amor fue incondicional. ¡Lo hice! Espero que se sientan muy orgullosas de mí.

Y por ultimo, quiero agradecer a esas personas que marcaron mi vida en algún momento y fungieron como guías llenas de nobleza, que me confortaron y me ayudaron a generar fortaleza y autoconfianza. ¡Gracias!.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi madre **Angelina** por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien. A mi padre **Armando** por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante. A ustedes por el esfuerzo tan grande que hicieron para ayudarme a lograr uno de mis sueños, por su paciencia, por su experiencia, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, pero sobre todo, por el cariño y amor que me han dado. LOS AMO*

*A mi **hermano**, por su apoyo incondicional, comprensión, solidaridad, por su compañía y enseñanzas, te amo hermano.*

*A Mel, por apoyarme en este trabajo, por dejarme ser parte de él, y lo mejor de todo, por ser una gran amiga.*

*A mis amigos Paco, Sergio, Miri y Mariana, por ser no solo mis compañeros de clase, sino por convertirse en mi familia en este camino, por tantas aventuras y desventuras vividas, por tantos sueños y logros compartidos. LOS AMO*

*A mis sujetos de estudio Armando, Natalie, Wanchuz, Ulises, Sebastián, Cris, Anita, Carmina, Brandon, Evani y Moy, por ayudarme en múltiples ocasiones, por ser parte de mi formación profesional.*

*A mis maestros por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.*

*¡GRACIAS TOTALES!*

*Beatriz Aspiros García*

## **RESUMEN**

La amputación de una extremidad por la detección de osteosarcoma (cáncer óseo) es un fuerte estresor psicológico, es un factor de riesgo que podría poner en juego la estabilidad psíquica de quien lo padece. En situaciones como esta, entra en juego la resiliencia, que es la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas. En la presente tesis se realizó una investigación de tipo cualitativa, abordada desde la psicología positiva, en pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, diagnosticados con osteosarcoma y amputados de alguna extremidad a causa de ello; se considero a esta población, ya que su problemática es poco abordada en el ámbito psicológico, con el fin de identificar los factores: autoestima, familia, relaciones interpersonales, religión y las experiencias vivenciales, que están relacionados con la capacidad resiliente. Se utilizó como instrumento la Historia de Vida, para indagar en la realidad de estas personas y a través del análisis del discurso identificar los factores psicosociales que influyen en la aceptación y adaptación a una nueva vida.

## **PALABRAS CLAVE**

Autoestima, Familia, Relaciones interpersonales, Experiencias vivenciales, Religión.

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	MARCO TEORICO	
	A. ANTECEDENTES.....	3
	B. RESILIENCIA HOY EN DIA.....	10
	C. CÁNCER.....	14
	1. OSTEOSARCOMA.....	17
	2. AMPUTACIÓN.....	20
	3. DUELO POR AMPUTACIÓN .....	24
	D. DUELO .....	26
	1. DUELO Y RESILIENCIA.....	30
	E. FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA RESILIENCIA.....	32
	1. AUTOESTIMA.....	33
	2. FAMILIA.....	37
	3. RELACIONES INTERPERSONALES.....	40
	4. EXPERIENCIAS VIVENCIALES.....	43
	5. RELIGION.....	46
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
	A. PROBLEMÁTICA.....	50
	B. SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO.....	51
	C. CATEGORIAS.....	52
IV.	JUSTIFICACIÓN	
	A. SITUACION ACTUAL.....	54
	B. IMPORTANCIA PARA LA SOCIEDAD.....	55
	C. IMPORTANCIA PARA LA PSICOLOGÍA.....	56
V.	OBJETIVO.....	57
VI.	MÉTODO	
	A. GENERALIDADES.....	58
	B. POBLACIÓN.....	60

C.	INTRUMENTOS.....	60
D.	PROCEDIMIENTO.....	61
VII.	RESULTADOS.....	63
A.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	70
VIII.	CONCLUSIONES.....	74
IX.	PROPUESTAS.....	77
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
XI.	ANEXOS	
A.	CARTA INFORMATIVA.....	88
B.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	89
C.	TABLA DE CONTINGENCIAS.....	90
D.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	91



## **I. INTRODUCCIÓN**

Todo individuo durante el transcurso de su vida, experimenta varias formas de pérdidas tanto de personas, relaciones, objetos, trabajos, etc; por lo que ningún sujeto se encuentra exento de un proceso como lo es el duelo, la cuestión es que dependiendo de las circunstancias en las que aquellas se dieron, será más factible la elaboración de éste. Las enfermedades por otro lado, como lo es el cáncer, propician lapsos en los cuales los pacientes atraviesan por un proceso de introspección, ya que es una enfermedad que al ser detectada tempranamente conlleva múltiples etapas de tratamiento, como son las cirugías, quimio y radioterapias, entre otras, para mantener en remisión o erradicar el tumor; pero aun así con todos estos procedimientos muchas veces no es posible el control de éste y será necesario una toma de decisión: la amputación del miembro afectado para salvaguardar la vida o aceptar la muerte en un breve tiempo. En México se ha registrado que el cáncer es una enfermedad que ha incrementado en la población, según el INEGI “durante 2007 se registraron 514 420 defunciones y los tumores malignos ocuparon el tercer lugar entre las principales causas de muerte del país con 68 815 casos”, no se han encontrado datos estadísticos específicos sobre pacientes amputados por osteosarcoma.

En el caso de la amputación de cualquier extremidad las personas enfrentan un proceso de lucha solitario, en el que se generan un cumulo de pensamientos, emociones y cuestionamientos que pueden llevar al sujeto a estados de tristeza, enojo, coraje, frustración, incertidumbre, depresión, a una modificación de autoconcepto y autoestima entre otros; pero la diferencia radica en la capacidad de aceptación, adaptabilidad y la motivación que el sujeto genere hacia las nuevas circunstancias aunque atraviere por todo ese sentir su actuar será diferente, ya que tiene las herramientas sociales y psicológicas necesarias para modificar su pensamiento a la elaboración de nuevos proyectos, objetivos y actitudes hacia su persona, para la obtención de la mejora de su calidad de vida. Estas herramientas son adquiridas en el transcurso del desarrollo de todo sujeto; durante la niñez, se conforman desde la familia, religión, experiencias, relaciones interpersonales, cultura y autoestima. El conjunto de estos factores son generadores de la capacidad resiliente que va a tener el sujeto al momento de empezar a reconstruir y moldear su nuevo estilo de vida después del evento traumático.

El objetivo de esta investigación es identificar aquellos factores psicosociales que favorecen la aceptación y adaptación a la pérdida de un miembro por osteosarcoma, a través de entrevistas a pacientes con esta patología para la mejora de su calidad de vida.

Se empleó el método de tipo cualitativo basado en historias de vida, empleando el discurso y grabación de voz de los pacientes oncológicos, se realizó un análisis del mismo para así identificar los factores psicosociales (autoestima, familia, relaciones interpersonales, experiencias vivenciales y religión) que pudieran influir en la resiliencia después de haber perdido un miembro por amputación; consideramos que este método permite que las personas expresen tal cual han vivenciado sus emociones, pensamientos, actos, etc. y favorece que se lleve a cabo una introspección, reconsiderando así, nuevas opciones de metas y proyectos a corto o largo plazo, generando una modificación favorable para la persona.

## II. MARCO TEORICO

### A. ANTECEDENTES

“La resiliencia se remonta sin duda al inicio de la humanidad –expulsados del paraíso terrenal, Adán y Eva tuvieron que demostrarla para sobrevivir, crecer y someter la creación-.”  
(Maunciaux, 2005, p 17).

Desde el punto de vista de la psicología, la resiliencia es definida en términos de la capacidad personal para evitar la psicopatología, a pesar de lo difícil de las circunstancias. Los estresores psicológicos o “factores de riesgo” son las experiencias que podrían provocar un estrés agudo o crónico, como la muerte de alguien, una enfermedad crónica, una experiencia de abuso emocional físico o sexual, el temor exagerado producido por una situación amenazante, el desempleo o la violencia en la comunidad donde uno vive, y en este caso en particular la amputación de una extremidad ocasionada por osteosarcoma. En la psicología humanista, la resiliencia se refiere como la capacidad individual para alcanzar y manifestar el potencial personal, a pesar o quizá gracias a tales estresores. Los individuos y las comunidades resilientes se inclinan más a ver los problemas como oportunidades para crecer. En otras palabras, “no solo confrontan correctamente dificultades y situaciones inusuales, sino que experimentan estos retos como oportunidades para aprender y desarrollarse” (Neil, 2010, párr.10).

El término resiliencia proviene del latín *resilio* que significa volver atrás, volverse de un salto, rebotar, saltar hacia atrás, ser repelido o resurgir. Se trata de un término que surge de la física, la mecánica y la metalurgia, se refiere a la capacidad de los metales de resistir un impacto y recuperar su estructura original. Este término también se usa en medicina, concretamente en la osteología, donde expresa la capacidad de los huesos de crecer en la dirección correcta después de una fractura. Más tarde, el concepto fue utilizado en las ciencias sociales, como la psicología, pedagogía, sociología, medicina social y la intervención social con un significado muy cercano al etimológico: ser resiliente significa

ser rebotado, reanimarse, avanzar hacia adelante después de haber padecido una situación traumática.

Éste término fue utilizado por primera vez durante la década de los cuarenta por psicólogos escolares americanos, quienes inquirieron que la educación compensaba los déficits iniciales en la infancia. En los años setenta, el concepto era empleado en el campo de la física, mismo que fue extrapolado a las ciencias sociales por el psiquiatra Michael Rutter. Posteriormente en la década del ochenta, surge como un intento de entender las causas y la evolución de las psicopatologías; consecutivamente el término es utilizado por la psicóloga del desarrollo Emmy Wermer, quién etiquetó como resilientes a aquellas personas que llegaron a la adultez con una vida equilibrada y competente a pesar de vivir situaciones de gran riesgo o adversidad durante su infancia; las investigaciones iniciales realizadas por Wermer establecen la búsqueda alrededor de un modelo tríadico donde se estudian tres grupos de factores: los atributos personales, los aspectos relativos a la familia y las características de contexto donde están inmersos. A mediados de los noventa, surge una segunda generación de investigadores bajo una nueva vertiente de investigación, con el estudio de la dinámica y la interrelación entre los distintos factores de riesgo y de protección, con el interés de elaborar programas de intervención que permitan promover la resiliencia de forma efectiva (Forés, 2008, pp. 36-37).

El concepto de resiliencia se popularizó con Boris Cyrulnik, etólogo, neuropsiquiatra y psicoanalista. A través de sus exitosas obras, entre ellas "La maravilla del dolor", expuso al público la resiliencia como vector de esperanza. Partiendo de su propia experiencia y de la observación de varios grupos de individuos (supervivientes de campos de concentración, niños criados en las calles de Bolivia), demostró que se puede abordar la psicología y el psicoanálisis de forma más optimista y menos estigmatizadora. Por lo tanto, se debe percibir el dolor como una etapa que se puede superar (Manciaux, 2003, p. 46).

A partir de estas intervenciones se han generado varias definiciones de lo que otros autores conceptualizan como resiliencia, tales son: acorde a Michael Rutter (1993)

Es un fenómeno que manifiestan sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés que en la población general se estima que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables y, caracteriza a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (pp. 626-631).

Por lo tanto es necesario que desde la niñez, ésta sea adquirida y manifestada cada vez que se requiera. Menciona Googyer (1995), que “se admite que hay resiliencia cuando un niño muestra acciones moderadas y aceptables si el ambiente le somete a estímulos considerados nocivos” (pp. 433-455). Grotberg (2006), señala que “es la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas” (p. 113).

La resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable por la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implican normalmente un grave riesgo de resultados negativos. La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir una conducta positiva pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1996).

Por lo que al ser un sujeto con estas características, tiene la capacidad de ser promotor de ese actuar; es la forma en que un sujeto supera circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación

Todos nacemos con una resiliencia innata, y con capacidad para desarrollar rasgos o cualidades que nos permiten ser resilientes, tales como el éxito social (flexibilidad, empatía, afecto, habilidad para comunicarse, sentido del humor y capacidad de respuesta); habilidad para resolver problemas (elaborar estrategias, solicitar ayuda, creatividad y criticidad); autonomía (sentido de identidad, autosuficiencia, conocimiento propio, competencia y capacidad para distanciarse de mensajes y condiciones negativas); propósitos y expectativas de un futuro prometedor (metas, aspiraciones educativas, optimismo, fe y espiritualidad) (Bernard, 1999, p. 359).

Como se puede observar, todas estas definiciones convergen, pues insisten en la resistencia a un trauma, suceso o estrés considerado grave y, en una evolución posterior que será satisfactoria y socialmente aceptable; además proponen un modelo tríadico de factores, que son: los atributos personales, los aspectos relativos a la familia y las características de contexto donde están inmersos. En base a lo descrito anteriormente, se han realizado múltiples investigaciones y estudios, como los que se presentan a continuación: La psicóloga, autora de “Resiliencia y Cáncer”, realizó un estudio para conocer la vinculación del cáncer con el ser resiliente:

Tradicionalmente se ha focalizado la atención en los efectos patológicos de la experiencia traumática, asumiendo una visión pesimista de la naturaleza humana. Esto ha favorecido la idea de que un trauma siempre lleva un daño grave y que por lo tanto el daño siempre refleja la existencia de un trauma. Actualmente se está produciendo un cambio de tendencia y están surgiendo otras formas de entender y conceptualizar el trauma, considerando a la

persona como un individuo activo y fuerte, capaz de resistir y rehacerse a pesar de las diferentes adversidades con las que se encuentre. Desde la psicología positiva se concibe al ser humano con capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más terribles, teniendo en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas. Ante una situación traumática podemos desarrollar trastornos, pero también podemos aprender y beneficiarnos de esa experiencia.

Ante un acontecimiento traumático, como en este caso puede ser el diagnóstico de cáncer, la persona puede responder de diferentes formas:

1. Trastorno: el trastorno puede ser de inicio retardado que implica un periodo de incubación tras el cual emerge la sintomatología característica del cuadro patológico.
2. Recuperación: muestra síntomas disfuncionales de estrés en un primer momento, pero se produce una recuperación natural.
3. Resiliencia: la persona no experimenta síntomas disfuncionales ni ve interrumpido su funcionamiento normal, permanece en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática, lo que da lugar al llamado crecimiento postraumático, entendido como la posibilidad de aprender y crecer ante situaciones adversas (Esparza, T., 2009, párr.6).

Con los conceptos anteriores ya especificados, se hace mención de un estudio de caso, el cual realizaron los psicólogos Montelongo & Montoya (2006), coordinadores del proyecto *Resiliencia Infantil Oncológica*, que consiste en la resiliencia oncológica en adolescentes. El tratamiento integral del niño y el adolescente con cáncer plantea problemas difíciles y específicos, los cuales están relacionados con aspectos como la reestructuración de la dinámica familiar, el consentimiento para el tratamiento médico, y un interés o

preocupación psicosocial relativa a la integración exitosa dentro de la sociedad y la transición a la vida adulta.

La *Casa de la Amistad para Niños con Cáncer* ha adoptado el enfoque teórico de la resiliencia, en cierta medida porque el trabajo realizado por esta institución rescata algunos de sus elementos, y también porque puede incorporar y desarrollar otros para fortalecer su misión. Así el proyecto de investigación-intervención **RIO**, "Resiliencia Infantil Oncológica", (Montelongo y Montoya, 2006), con la participación de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se ha planteado promover en los pacientes, sus familias y la institución factores resilientes tales como: sentido de vida, comunicación, creatividad, sentido del humor, redes psicoafectivas y búsqueda de nuevas experiencias, entre otros. (Montelongo, D. & Montoya, J., 2006, p. 2)

El realizar éste tipo de trabajo no sólo fortalece a los adolescentes y sus familiares, también el terapeuta se beneficia al desarrollar estrategias de intervención y al ser parte del proceso. Hay que tomar en cuenta que la resiliencia no es algo que se adopte o no, sino que cada individuo va desarrollándola de acuerdo a sus necesidades. Al respecto comenta Boris Cyrulnik: *“La resiliencia se teje: no hay que buscarla sólo en la interioridad de la persona ni en su entorno, sino entre los dos, porque anuda constantemente un proceso íntimo con el entorno social”*. En palabras del biólogo Maturana, es un *“baile entre los dos”*. (Arana, 2010, párr.10).

Kotliarenco (1996), plantea, que el concepto de resiliencia es un potencial humano, y que esta presente en muchos seres humanos de todas las culturas. Pero no puede ser entendida como regla universal ya que no siempre una conducta o actitud es útil para cualquier situación o individuo, esta se presenta de la siguiente manera:



- Relativa, no puede ser entendida como regla universal, ya que se manifiesta en distintos grados, tipos, momentos de acuerdo a la persona, familia, comunidad.
- Contextual, ya que se refleja la capacidad de adaptarse a situaciones específicas, con herramientas, creencias y expectativas propias del contexto cultural.
- Interactiva y dinámica, es el resultado de la relación entre características individuales, familiares y contextuales.
- Espontáneo, porque surge como una respuesta espontánea a un evento, situación o amenaza para el sujeto.

Aunque no existe una definición unificada, existen diversos modelos de resiliencia que junto con lo anteriormente dicho contiene componentes importantes para la presente investigación, la cual refiere que la resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos de la persona y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los sujetos nacen o adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo. (Rutter, 1993, pp. 626-631).

## B. RESILIENCIA HOY EN DIA

El término *resiliencia* es abordado por la psicología positiva, indicando que es una forma de salud mental, es una respuesta común y su aparición no indica patología sino un ajuste saludable a la adversidad, es volver a recuperar el desarrollo que se tenía antes de una crisis. Se puede sufrir un trauma, pero lo importante es tener la capacidad de reconstruir sus vidas con este. La psicología positiva propone potenciar las fortalezas humanas y virtudes de las personas para lograr una mejor calidad de vida y un mayor bienestar. Así mismo, considera que incluso las personas que cargan con la mayor carga psicopatológica, se preocupan por muchas cosas más, además de aliviar su sufrimiento, las personas con problemas buscan mayor satisfacción y alegría, no sólo menos preocupación o tristeza pretendiendo tener vidas llenas de significado y propósito. “Estos estados no se alcanzan automáticamente al remover el sufrimiento, pero el acogimiento de las emociones positivas y la construcción del carácter pueden ayudar, ambas directa o indirectamente, a aliviar el sufrimiento y a enmendar la raíz de sus causas”. (Seligman, 2003, pp. 114-118).

Cabe hacer mención y distinción de los diferentes conceptos que están relacionados con la resiliencia entre y de los cuales se puede hacer distinción, entre ellos se encuentra la *invulnerabilidad* que alude a algunos infantes que parecían constitucionalmente tan fuertes, que no cedían frente a las presiones del estrés y la adversidad, este concepto resulto confuso y equivocado ya que la resistencia al estrés es relativa y no absoluta, en tanto no es estable en el tiempo y varía de acuerdo a la etapa del desarrollo de los niños y de la calidad del estímulo. La *competencia* se focalizaba en la capacidad de competencia social, bajo el supuesto de que ésta refleja buenas habilidades de enfrentamiento subyacentes. Sin embargo, el ser humano se comportan en forma competente en situaciones de alto riesgo, pueden a la vez ser vulnerables frente a problemas físicos o mentales, por lo que una forma diferente de aproximación para dar una explicación a la competencia, consiste en intentar encontrar factores específicos que darían cuenta del desarrollo exitoso de personas en las cuales se predecían resultados deficientes, como consecuencia de estar sometidos a situaciones de alto riesgo. Por último se encuentra la *robustez* (hardiness), éste ha sido

definido como una combinación de rasgos personales que tienen carácter adaptativo, que incluyen el sentido del compromiso, del desafío y la oportunidad, manifestándose en ocasiones difíciles, incluyendo además la sensación que tienen algunas personas de ser capaces de ejercer control sobre las propias circunstancias. Algunos autores mencionan que la robustez puede no tener un impacto directo sobre la salud, sino que éste puede ser más bien indirecto, afectando así inicialmente las prácticas de vida, siendo éstas últimas las que afectarían a su vez la salud en sentido positivo.

El neuropsiquiatra y paidopsiquiatra Jorge Barudy, añade a este concepto el de la *resistencia*. Esta es más sincrónica, mas adaptativa que la resiliencia, pero igualmente apela a todas las fuerzas, a todo aquello que habíamos adquirido antes, a todo lo que nos queda después del drama. La resiliencia seguirá, más diacrónica, siempre y cuando la cultura disponga cerca de los heridos lugares donde la palabra pueda elaborar el trauma, modificando la representación de la herida y donde la sociedad se comporte verdaderamente como un lugar de acogida. (Barudy, J. & Marquebreucq. A.P., 2006, p. 12)

La teoría existencial de la personalidad resultó central en los comienzos de la personalidad resistente. Concretamente, dos características de esta teoría resultaron esenciales, en primer lugar la conceptualización del individuo no como un portador de una serie de rasgos internos y estáticos, sino como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus acciones. En segundo lugar, el existencialismo entiende la vida como un inevitable cambio asociado a situaciones de estrés. Se habla de la personalidad resistente en relación a la idea de protección frente a los estresores, aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían; las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia, En general, se considera que es un constructo multifactorial con tres componentes principales: compromiso, control y reto.

Compromiso: es la cualidad de creer en la verdad, importancia y valor de lo que un mismo es, y de aquello que hace (Maddi, 1967, 1970). Incluye la tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida, incluido el trabajo, las relaciones interpersonales y las instituciones sociales. Ese compromiso proporciona al individuo un conjunto general de propósitos que contribuye a mitigar la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante en un área específica de la vida. El compromiso proporciona el reconocimiento personal de las propias metas y la apreciación de la habilidad personal de tomar decisiones y mantener los valores. La cualidad de compromiso inherente a la personalidad resistente no se limita únicamente a un sentimiento de autoestima o de competencia personal, éste incluye igualmente un sentimiento de comunidad, de corporación.

La cualidad de control ha sido más estudiada a lo largo de la literatura del estrés. Hace referencia básicamente a la tendencia a pensar y a actuar con la convicción de la influencia personal en el curso de los acontecimientos. Las personas con esta cualidad buscan las experiencias sobre el porqué de los acontecimientos no solo en las acciones de los demás, sino en su propia responsabilidad. Ante un estímulo estresante, las personas con control pueden beneficiarse tanto de su autonomía como de su intencionalidad. Se sienten capaces de actuar de forma efectiva por cuenta propia. Más aún, son capaces de interpretar los acontecimientos estresantes e incorporarlos dentro de un plan personal de metas, transformándolos en algo consistente con el sistema de valores del organismo y no en perturbador.

La característica de reto hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida (p.e., Berlyne, 1964; Csikszentmihalyi, 1975). Esta cualidad proporciona una flexibilidad cognitiva y una tolerancia a la ambigüedad. Permite, en definitiva, percibir e integrar efectivamente la amenaza incluso ante los más inesperados acontecimientos estresantes. (Peñacoba, C. y Moreno, B., 1998, pp. 61-64)

No podemos obviar que la resiliencia tiene elementos en común con los términos antes mencionados, sin embargo, la resiliencia supone un estado de sensibilidad de parte de las personas frente a estímulos dolorosos o adversos, que actuarían vulnerándola y al mismo tiempo, daría una reacción activa de construcción positiva y de una forma socialmente aceptable. También puede establecerse una diferencia entre resiliencia y el concepto de recuperación ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso. Es importante destacar que el fenómeno de la resiliencia ha sido considerado en un principio como una característica de personas excepcionales, sin embargo, a través de las distintas investigaciones sobre el tema ha quedado demostrado que no se nace resiliente ni se adquiere de forma natural, esto depende de la interacción de la persona y su entorno humano.

## C. CÁNCER

El Cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos, puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Existen varios cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y próstata, incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas, producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras. Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre éstos se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y traumas. El cáncer es, en esencia, un proceso genético; las alteraciones genéticas pueden ser heredadas, o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa.

Las formas de tratamiento son medidas terapéuticas tradicionales que incluyen la cirugía, radiación, quimioterapia y en la actualidad se estudia la utilidad de la inmunoterapia y la modulación de la respuesta biológica. La principal estrategia para el tratamiento curativo del cáncer es la escisión de todas las células malignas mediante una intervención quirúrgica. En el pasado, esto implicaba la rescisión de todo el tejido afectado y de la mayor cantidad posible de tejido potencialmente afectado, incluidos los tejidos vecinos y los ganglios linfáticos. Las mejoras en las técnicas quirúrgicas, los conocimientos en fisiología, en anestesia y la disponibilidad de potentes antibióticos y hemoderivados, han permitido realizar cirugías más limitadas, con menos secuelas y más pronta recuperación. Sin embargo, muchos cánceres están demasiado extendidos en el momento del diagnóstico

para que la cirugía curativa sea posible. Si la extensión local del tumor afecta a tejidos vecinos que no pueden ser resecados, o si existen metástasis a distancia, la cirugía no será un tratamiento curativo. Sin embargo, puede ser beneficiosa para el alivio sintomático de ciertas situaciones como la obstrucción, o puede tener el objetivo de disminuir la masa tumoral para permitir una mejor respuesta al tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico sucesivo.

La radioterapia consiste en radiaciones ionizantes que pueden ser electromagnéticas o por partículas y producen una destrucción tisular. La radiación electromagnética incluye los rayos gamma, una forma de emisión radiactiva, y los rayos X, que se producen cuando un haz de electrones impacta en un metal pesado. La radiación de partículas incluye haces de electrones, protones, neutrones, partículas alfa (núcleos de helio) y piones. La sensibilidad de los tumores a las radiaciones es muy variable. Son tumores sensibles aquellos cuya perceptividad es superior a la de los tejidos vecinos normales. Cuando tales tumores son además accesibles pueden ser curados mediante radioterapia. La propiedad de la radiación de respetar hasta cierto punto los tejidos normales permite el tratamiento de tumores en localizaciones donde no es posible la cirugía por la proximidad de tejidos vitales o porque el tumor ha empezado a infiltrar estructuras adyacentes que no pueden ser sacrificadas. La radioterapia también se emplea con frecuencia como tratamiento paliativo, sobre todo en las metástasis. También puede ser útil como coadyuvante a la cirugía. La radiación preoperatoria puede esterilizar las células tumorales con rapidez, impidiendo su diseminación en el acto quirúrgico; al igual que puede disminuir la masa tumoral facilitando la cirugía, o transformando un tumor inoperable en otro operable. En otros casos la radioterapia se emplea en el postoperatorio. Los principales efectos secundarios reportados son: la Fibrosis que se refiere a que los tejidos que se han irradiado tienden a ser menos elásticos con el tiempo debido a un proceso difuso de cicatrices que generan irritación de la piel que con el tiempo se irá, pero no volverá a ser tan elástica como lo era antes. La caída del cabello, que puede ser más pronunciada en pacientes que han recibido radioterapia en el cerebro, a diferencia que con la quimioterapia, cuando es por radiación es más probable que sea permanente, y que se limite a la zona tratada por la radiación. Hay sequedad de las glándulas sudoríparas de la piel tratada (como la axila), ya que tienden a dejar de trabajar; la fatiga es uno de los síntomas más comunes de la radioterapia, y puede

durar desde unos pocos meses hasta años, dependiendo de la cantidad del tipo de tratamiento y el cáncer, por lo que la falta de energía, reducción de la actividad y presencia de cansancio son síntomas comunes. Durante la radioterapia quizá se llegue a un punto en que el paciente se sienta muy enfermo y no pueda trabajar, por continuos cambios en el apetito, náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento.

La quimioterapia consiste en emplear fármacos para el tratamiento del cáncer, que se distribuyen en el organismo a través del sistema circulatorio. Este tratamiento es útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o a la radioterapia. La sensibilidad de ciertos tumores a la quimioterapia es tal, que es posible la curación o remisión en un alto porcentaje. Muchas veces el proceso canceroso se ha diseminado en el momento del diagnóstico y no existe otra opción terapéutica, otros cánceres avanzados tienen buena respuesta a la quimioterapia y pueden ser controlados durante periodos prolongados, por lo que se utiliza con frecuencia como tratamiento paliativo. Los dos problemas principales que limitan la aplicación de la quimioterapia son la toxicidad y la resistencia. Las técnicas que evitan o controlan la toxicidad y disminuyen el riesgo de resistencias se han ido perfeccionando aunque es importante la instauración precoz del tratamiento, el manejo de dosis óptimas del fármaco, la repetición de los ciclos con intervalos cortos si es posible, siempre que se permita la recuperación del paciente de los efectos tóxicos. Muchos cánceres procedentes de tejidos que son sensibles a la acción hormonal, como la mama, la próstata, el endometrio y el tiroides, responden al tratamiento hormonal que consiste en la administración de diferentes hormonas o antihormonas o en la anulación de la hormona estimulante correspondiente.



## **1. OSTEOSARCOMA**

Los tumores malignos, pueden invadir los tejidos cercanos y propagarse a otras partes del cuerpo, cuando comienza en el tejido óseo, se denomina cáncer de huesos primario; si las células cancerosas se dirigen hacia el hueso desde otro lugar, se denomina secundario o metastásico. Éste ocurre cuando las células (en este caso, las células óseas) se reproducen sin control u orden, si las células continúan dividiéndose cuando no se necesitan nuevas, se forma una masa de tejido llamada neoplasia o tumor. Aparece con mayor frecuencia en los huesos largos que rodean la rodilla; los huesos más afectados son el fémur, la tibia y el húmero, también en cualquier hueso del cuerpo, incluidos los de la pelvis y el cráneo. Uno de los órganos más comunes en el que puede producirse metástasis un osteosarcoma tras el inicio o finalización de su tratamiento, pueden ser los pulmones, también puede propagarse por proximidad a los tejidos cercanos. El osteosarcoma es el más común de las neoplasias primarias de hueso, las lesiones tumorales a este nivel son relativamente infrecuentes, afectan preferentemente a adolescentes y jóvenes, y representan un reto tanto para quién lo padece así como para su familia, ya que su diagnóstico y tratamiento plantea diversas dificultades médicas, psicológicas y como consecuente, sociales. Estas lesiones se clasifican en dos grandes grupos: osteosarcoma osteogénico y osteosarcoma osteolítico.

### **Sarcoma osteogénico:**

Radiográficamente se observan imágenes de áreas radiolúcidas con radiopacas, lo cual se denomina imágenes en "rayos de sol", lo que indica que hay una neoformación de hueso. Histológicamente hay un predominio de osteocitos atípicos con formación de tejido osteoide; es una neoplasia bien diferenciada.

### **Sarcoma osteolítico:**

Es una neoplasia indiferenciada, existe un incremento de osteoclastos, es decir de las células destructoras del tejido óseo, que son las que proliferan produciendo destrucción y necrosis ósea. Por este motivo anteriormente se le llamaba osteoclastoma maligno.

No se conoce la causa exacta del osteosarcoma, pero se cree que se debe a mutaciones del ADN sean heredadas o adquiridas después del nacimiento. Se han sugerido otras teorías y asociaciones como factores de riesgo y se ha observado cierto grado de agregación familiar. Entre los factores de riesgo posibles del osteosarcoma se incluyen los siguientes: periodos de crecimiento repentino en la adolescencia, ser demasiado alto para cierta edad, tratamiento anterior de otro cáncer con radiación, en especial a una edad temprana o con dosis altas de radiación y la existencia de una enfermedad ósea benigna (no cancerosa).

Cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente. Los síntomas mas frecuentes pueden incluir: dolor en el hueso afectado, hinchazón alrededor de la zona afectada, aumento del dolor con la actividad y al levantar peso, cojera, reducción del movimiento del miembro afectado. Cabe mencionar que los síntomas del osteosarcoma pueden parecerse a los de otros problemas médicos y también otros tumores. Además del examen físico y la historia médica completa, los procedimientos para diagnosticar el osteosarcoma pueden incluir los siguientes: radiografías, gammagrafía ósea (método nuclear de diagnóstico por imágenes para detectar enfermedades y tumores de los huesos y articulaciones), imagen por resonancia magnética, tomografía computarizada (procedimiento de diagnóstico por imagen que muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluyendo los huesos, los músculos, la grasa y los órganos), biopsia del tumor (procedimiento en el que se extraen muestras de tejido con una aguja o durante la cirugía), hemograma completo (medición del tamaño, el número y la madurez de las diferentes células sanguíneas en un volumen de sangre específico) y estudios bioquímicos de la sangre que incluya los parámetros más frecuentes: glucemia, urea, creatinina, etc.

El tratamiento más adecuado del osteosarcoma será determinado por el médico basándose en la edad del paciente, su estado general, la tolerancia a los medicamentos o terapias y el grado de evolución de la enfermedad. La cirugía para tratar el cáncer de hueso, implica la extracción del tumor canceroso y el tejido circundante y a veces, los nódulos linfáticos cercanos. Si el tumor es grande y agresivo o si el riesgo de que se disemine es alto, puede agregarse radioterapia y quimioterapia para ayudar a evitar la reaparición en el lugar de la cirugía y para evitar que se disemine a los órganos distantes. En caso de que no sea funcional este tratamiento, la alternativa final es la amputación del miembro afectado.

Como en todo tipo de cáncer, el pronóstico y la supervivencia a largo plazo pueden variar mucho según la persona, la atención médica adecuada y temprana contribuyen a un mejor pronóstico; pueden producirse efectos secundarios ocasionados por la radioterapia y la quimioterapia, incluyendo la aparición de nuevos cánceres. Continuamente se descubren nuevos métodos médicos para mejorar el tratamiento y reducir los efectos secundarios.

Habitualmente las líneas de tratamiento de la psicooncología se desarrollan en las siguientes áreas: prevención, información al paciente, preparación a la hospitalización y al tratamiento, efectos secundarios al tratamiento, dolor, relaciones familiares, fase terminal, entrenamiento al personal sanitario y adaptación general a la enfermedad. Además de estas áreas, se puede buscar otros objetivos con la psicoterapia. En la presente tesis se aborda este problema médico desde el punto de vista de los factores psicológicos que permiten afrontarlo, a partir del concepto de resiliencia y los aspectos relacionados.

## 2. AMPUTACIÓN

Todo trauma conmociona, desvía y probablemente encamina a vivirlo como una tragedia, como tal es el caso de una amputación de un miembro corporal. Sin embargo, la representación de ese acontecimiento da la posibilidad de convertir ese trauma en el eje de la historia, indicando una nueva dirección aunque sin saber qué sentido se habrá de atribuir a la representación de ese golpe la historia y el contexto.

Para iniciar un trabajo de resiliencia, debemos iluminar de nuevo el mundo y volver a conferirle coherencia. La herramienta que nos permite este trabajo se llama narrativa. Desde luego, no podemos contar una historia partiendo de la nada. Es preciso que hayamos sido sensibles a fragmentos de realidad, que los hayamos guardado en el recuerdo, y que los hayamos asociado y recompuesto mediante encadenamientos temporales lógicos. En el más insignificante relato, cada personaje es coautor de la narración. (Cyrulnik, B., 2003, p.67).

En la actualidad el ser humano le da una valoración muy importante al cuerpo humano, los estándares estéticos, sociales y psicológicos establecen la necesidad de que los cuerpos de las personas se basen en un patrón establecido por los medios masivos de comunicación y lo que no se apegue a éste no es bien aceptado socialmente. Es en este caso en el que las personas que transcurren por una pérdida corporal no se sienten identificados o aceptados ya que la sociedad los señala como un grupo enfermo dándoles el nombre de discapacitados, sin tomar en cuenta que lo único que necesitan es ser incluidos y brindarles las mismas oportunidades tanto educativas y laborales generando espacios infraestructurales que les faciliten movilidad para ser reinsertarse.

Las tres formas básicas en las que puede ocurrir una amputación son de nacimiento o congénitas, accidentales o traumáticas y por enfermedades; cabe mencionar que cada una

de éstas trae consecuencias psicológicas diferentes y por lo tanto muy específicas ya que depende de la forma muy particular como la experimenten los sujetos.

Las amputaciones de nacimiento traen consigo problemas para el desarrollo psicológico cognitivo y social, sin embargo en este caso las consecuencias psicológicas serán en primer instancia para los padres y el grupo familiar del niño que nace con alguna atrofia corporal en alguna de sus extremidades. Las repercusiones psicológicas en el menor se van ir apareciendo conforme el niño va teniendo conciencia de su cuerpo y del apoyo que tenga de sus padres y familiares va a depender si existen consecuencias negativas o no, generalmente este tipo de personas se va a ir adaptando a su situación y va a estar mejor adaptado que las personas que sufren de una amputación súbita.

En el caso de las amputaciones por enfermedad, estas suceden en la mayoría de los casos en personas de la tercera edad con complicaciones con enfermedades crónicas-degenerativas como la diabetes y el cáncer y la amputación es anticipada al paciente y regularmente tiene el objetivo de evitar complicaciones mayores para la salud, mejorar la calidad de vida y en todo caso evitar la muerte y el proceso de adaptación es menos complicado que en las amputaciones traumáticas.

En el caso de las amputaciones súbitas o amputaciones traumáticas como se les denomina medicamente, estas ocurren, valga la redundancia, en un hecho traumático, en un accidente automovilístico, en un accidente laboral, en un atentado violento, en un ataque terrorista. En estos casos las consecuencias psicológicas tienen mayores complicaciones dependiendo de las características de cada persona, de su edad, su sexo, su estado de desarrollo, su actividad laboral o profesional. (Psicología Forense, 2011, párr. 4-6)

De acuerdo a lo antes citado, la amputación por enfermedad es empleada para salvaguardar la vida y es menos complicada la adaptación, pero en el caso de la pérdida de un miembro por cáncer tiende a ser mas compleja, ya que el paciente ha ido experimentando todo un proceso de enfermedad y tratamientos dolorosos que afectan la forma en la que llevaban acabo sus actividades y físicamente hay un cambio drástico como la pérdida de cabello, debilidad y fatiga. El paciente aunque es informado desde un inicio que hay la posibilidad de perder un miembro, éste no siempre lo contempla de forma clara ya que la esperanza o negación a esta posibilidad son remotas en sus pensamientos. En el momento en el que ya no tienen el miembro no solamente tienen que transcurrir por la aceptación de verse incompletos, sino se verán expuestos socialmente a un nuevo término que emplearan, que

será el de discapacitado, dificultando así la adaptación a su entorno social. De acuerdo a las normas estéticas que absurdamente se han seguido a lo largo de los años y que se han ido modificando y haciendo mas específicas, rígidas e inalcanzables en la mayoría de los casos puede tener mayores afectaciones psicológicas si esto le ocurre a una mujer que en un hombre, debido a las mayores exigencias estéticas en la imagen femenina. Las mismas consecuencias de naturaleza estética pueden influir si ocurre durante la etapa de la adolescencia, cuando el joven va cimentando su desarrollo personal en sus características personales. Una amputación de una pierna puede tener mayor afectación psicológica en un deportista que un profesionista, aunque es de vital importancia mencionar que las consecuencias psicológicas de una amputación traumática van a variar dependiendo las características de personalidad del amputado. En todo caso una amputación es la pérdida de una parte corporal y como en muchos casos una pérdida puede implicar un proceso de duelo por la extremidad perdida.

*“El principio de normalización no consiste en hacer normal a la persona con discapacidad, sino en que tanto sus familiares como las personas con las que conviven o su entorno en sí, sean normales y se comporten normalmente con los discapacitados.”(Lamas, H. y Murrugarra, A. s.f., p. 8)*

La disponibilidad de factores protectores personales y ambientales determinará el tipo de reintegración; si cuenta con suficiente “protección”, el individuo se adapta a la dificultad sin experimentar una ruptura significativa en su vida, lo que le permite permanecer en una zona de bienestar, o avanzar a un nivel de mayor resiliencia debido a la fortaleza emocional y los saludables mecanismos de defensa desarrollados en el proceso de superar la adversidad. Sin la necesaria protección, el individuo atraviesa un proceso de ruptura psicológica y luego, con el tiempo, se reintegra de esa ruptura.

### 3. DUELO POR AMPUTACIÓN

La amputación supone una pérdida y por tanto un duelo que, en el caso del amputado, no se limita a la pérdida de un miembro concreto, si no que se extiende a todas las otras pérdidas que la amputación implica: pérdida de capacidad física con limitaciones funcionales, pérdida de comodidad por presencia de dolor, astenia o vivencia de miembro fantasma y pérdida en la apariencia física muy mediatizada por la estética. Durante el período post-operativo inmediato, casi todos los amputados continúan sintiendo la existencia de los segmentos distales de la extremidad que han perdido, como si éstos fueran todavía parte del cuerpo, que con el tiempo, tienden a desaparecer aunque en algunos casos permanece indefinidamente. Esta es una de tantas cuestiones que el sujeto debe atravesar en la pérdida y buscará lograr un proceso de adaptación que a través de distintos estadios que ayudaran a comprender y tolerar la nueva situación.

Inicialmente todo sujeto suele o tiende a negar la pérdida de alguno de sus miembros, aunque fue una decisión tomada a conciencia o sabiendo que era una opción muy factible, esta fase de negación puede ser de múltiples formas y las más usuales podrían ser el memorizar la importancia que tiene el hablar del tema, alejarse de sus seres queridos o evitar ve su nueva apariencia. Todo esto se ve acompañado de un estado de shock, que funciona como protección emocional del primer impacto, donde podrán sentirse aturridos, alejados de la realidad incluso existe tanto entorpecimiento emocional como pasividad y es donde el sujeto comienza a aterrizar y procesar en su mente la nueva situación a la que se enfrenta. Poco tiempo después aparecerá la rabia, siendo la fase del enfado en la que predomina la irritabilidad y sobretodo la búsqueda de culpables como: Dios, los médicos, otro, él mismo, etc. en la cual el paciente entrará en una fase de regateo, con esas mismas figuras u otras similares, en un inútil intento de posponer el hecho de la amputación. Ante esa evidencia de futilidad, la rabia es sustituida por la tristeza, apareciendo un ánimo depresivo, el alejamiento definitivo con la mayoría de las personas que le rodean y aberración hacia la imagen que reflejan en el espejo; es la fase depresiva y la más complicada de este proceso de adaptación. Aunque no siempre debe considerarse un auténtico trastorno depresivo, con frecuencia pueden presentarse en esta fase alteraciones



del sueño, sentimientos negativos sobre la realidad y el futuro, desesperación e incluso ideas de muerte. Después de que pasa el agotamiento emotivo inicial, y el individuo empieza a ajustarse a las experiencias asociadas con la amputación, la conducta de casi todos los amputados desciende a los límites de lo que llamamos normal. Superada esta situación, llega la fase de aceptación emocional que permite afrontar cognitivamente la situación y adaptarse a las nuevas circunstancias.

Los amputados expresan actitudes, opiniones y sentimientos concernientes a su invalidez y las tensiones periódicas a las que deben enfrentarse. Un individuo con una pérdida física limitada, puede presentar problemas de adaptación mayores que otro individuo con una pérdida más importante; a pesar del sufrimiento psicológico que conlleva todo este proceso del duelo es normal y adaptativo, tendente a facilitar que con el tiempo se asuma la pérdida para lo que resulta conveniente poder expresar los sentimientos asociados en cada una de sus etapas. Es muy importante la forma en que se realice el duelo y como se elabore, pues existe riesgo de desarrollo patológico si este duelo no se hace, o se hace mal, y de ello van a depender las consecuencias psicológicas de la amputación. Se considera que no menos de un año y no más de dos años es un tiempo razonable para este proceso tan complejo ya que son varias pérdidas las que atraviesa una persona desde que es diagnosticado con cáncer. Es muy importante que el equipo de profesionales que atienden a estos pacientes tenga una formación específica en acompañamiento terapéutico. El mundo exterior obliga al ser humano constantemente a tener comportamientos evasivos, pero aunque resulte difícil incorporar la palabra “duelo” en la vida, en la actualidad es muy necesaria ya que ésta, con sus constantes cambios, coloca al sujeto frecuentemente en situaciones de pérdida, que a su vez propician un proceso complejo de adaptación a nuevas situaciones.

## D. DUELO

Al hablar de duelo, se piensa comúnmente en el duelo por la muerte de una persona y esto no es así, el duelo se refiere a la pérdida de muchas cosas o situaciones; pérdida del trabajo, del status, de una relación amorosa, de una casa, por mutilación, etc., fundamentando la importancia de la tanatología para contribuir a un mejor trabajo de duelo. La tanatología aborda el fenómeno de la muerte desde varias perspectivas: humanista, religiosa y espiritual, de lo que significa morir y lo que hay después de la vida; la finalidad de la misma es eliminar el miedo a la muerte y dar plenitud a la vida. Una misma pérdida tiene un significado diferente para cada persona, porque cada una la percibe de manera diferente ya que varía según la edad, el sexo, el vínculo afectivo, la fortaleza emocional y hasta la cultura a la que se pertenece. La finalidad del duelo es recuperarse de la manera más saludable en el tiempo más corto posible y alcanzar en ese tiempo el equilibrio emocional, y no transcurrir de un duelo considerado “normal” a padecer un duelo patológico, que es cuando se vive y se reacciona con sentimientos y emociones desproporcionados a los que se esperan cuando existe una pérdida de cualquier tipo, este tipo de duelo requiere ayuda profesional inmediata. Es importante hacer la diferenciación entre duelo y depresión. Freud dice que el duelo es una respuesta a una pérdida real, que puede ser de una persona, o de un valor significativo así como por posición económica, trabajo, rol social, amputación, etc., en donde si se trata de un duelo normal, no existe la pérdida de autoestima. Un duelo incompleto, reprimido, anormal, hace un Yo muy vulnerable, lo que dará paso a una depresión, o a lo que se conoce como duelos patológicos, por lo que la depresión y la melancolía son parte de éstos. Así aclarando, que el duelo es un proceso normal que se lleva a cabo después de una pérdida, en el que se encuentran emociones como tristeza, enojo, ira o melancolía pero se logra llegar a la aceptación; en cambio la depresión, es un trastorno que afecta al sujeto tanto en el estado emocional, relaciones interpersonales, como en sus actividades diarias y una de las causas posibles es un duelo mal trabajado.

Como se ha mencionado anteriormente existen etapas o fases de duelo que todo ser humano atraviesa a lo largo de sus vidas. Cabe mencionar algo que es de suma importancia, la cultura es fundamental en la forma en que éste se elabore, por ejemplo, las etapas del duelo

europeo difieren de las del mexicano y en general, de las del latino; la doctora Elisabeth Kübler-Ross, quien es considerada como la madre de la tanatología propone que la elaboración del duelo ocurre en cinco etapas: negación y aislamiento, ira, regateo, depresión y, finalmente, aceptación. En México, el doctor Alfonso Reyes Zubiría tiene una visión distinta respecto del proceso de duelo y de las emociones anteriormente descritas. Al mexicano lo caracteriza la religiosidad y el apego a la familia, componentes que lo hacen vivir estas etapas de manera distinta al europeo; refiere sentir una gran tristeza a lo largo del proceso de duelo, pero la religiosidad hace que alcance en la mayoría de los casos la aceptación mediante la fe. Las etapas que el mexicano vive son, entonces, la depresión, la ira, el perdón y la aceptación.

- 1. Shock: se presenta forzosamente y sin avisar. La reacción que provoca es de incredulidad ante la situación. La respuesta es personal, es negar que el hecho sea real.
- 2. Depresión: es una etapa muy dolorosa donde existe el manejo de las emociones. Es una depresión por emoción, no por enfermedad. Se presentan dos emociones principalmente: ira y tristeza, las cuales, mientras más se ventilen, más pronto se van. Tienen una función homeostática. Cuando hay un gran dolor algo falla interiormente. Como dice Buscaglia: “las lágrimas limpian y ayudan a ver más claro”. El llanto equilibra las fallas, que vuelven a funcionar con naturalidad; hay sentimientos de frustración, culpas y cambios en el sueño y el apetito.
- 3. Rabia: es el principio de la curación del duelo. Es muy profunda. Nace de lo profundo del Yo. Es frecuente que esta rabia sea contra Dios.
- 4. Perdón: la culpa siempre se basa en un absurdo, si no la quitamos, se convertirá en nuestra más fiel y dolorosa compañera. No se puede manejar, se debe quitar. Tanatológicamente, es la etapa más importante como arma terapéutica. Quién sufre el dolor

del duelo, debe llegar a perdonar al propio Yo y al Tú, quienquiera que sea, a Dios, al médico, a uno mismo. El perdón es una condición indispensable para tener paz interior.

- 5. Aceptación: Esta es la etapa que marca el final del duelo. Significa aceptar, no resignarse. Aceptar, es sentir que la muerte como tal no existe, que es sólo un cambio de presencia y de esta manera percibir que dentro de uno mismo, está vivo el que murió. Es hablar, vivir, recordar pero sin dolor. Resignarse en cambio, significa conformarse ante el hecho irremediable de la muerte, pero el dolor sigue presente. (Cornejo, 2011, párr. 5).

Una vez que se han pasado por estas etapas y se logra la verdadera aceptación, se habrá cumplido el reto del tanatólogo. El desafío que impone el duelo, es encontrar un nuevo sentido a la vida a partir de una pérdida, dándole a esta última su significado, porque la vida continúa, aunque ya no sea igual que antes. Muchas personas se preguntan ¿cuánto dura ése proceso?, ¿cuándo finaliza?, y en realidad este es un proceso incierto, con altos y bajos. Esta mirada del duelo tiene que ver mucho más con lo individual, dado que cada proceso es diferente según una serie de variables personales. Esta modalidad habla de una continuidad y no de un cierre o final. El paciente tiene como tarea, buscar un sentido y un significado a su pérdida, llevándose acabo como un camino propio del sujeto.

Neimeyer plantea un modelo alternativo de duelo, basado en una teoría constructivista, narrativa, en dónde se pondría en marcha la reconstrucción de significados tras la circunstancia de una pérdida significativa. Porque, por ejemplo, es usual que, luego de atravesar una pérdida traumática (por su característica violenta o inusual), o una pérdida múltiple, (donde fallecen varios miembros de una familia), aparezcan predicciones pronosticas sobre la recuperación de los sobrevivientes .Sin embargo , deberíamos ser más cautos y considerar fundamentalmente él sentido que esa pérdida tiene para el consultante, dado que el impacto que produce una muerte está íntimamente ligado a una serie de variables únicas y personales que le dan a cada proceso un significado particular. Es común

oír frases como: "mi padre tuvo una muerte divina", ¿divina para quien?, se murió súbitamente, no sufrió, otras veces escuchamos "si hubiera estado enfermo yo hubiera podido estar junto con el y despedirme", es decir que el duelo pone en marcha la cosmovisión personal, para el duelo no hay un único sentido. (Lieberman, 2007, párr. 15).

En el proceso, el amputado por osteosarcoma pasa por un estado de shock inicial inmediato al evento traumático, desde el momento en el que se le comunica que ya no es posible salvar la extremidad, podrá sentirse aturdido, alejado de la realidad, etc.; posteriormente entrará en la fase de la negación donde no aceptará lo sucedido con pensamientos como "esto no me está pasando a mí", "estoy bien, no pasa nada", "sigo siendo el mismo", llevándolo así a la fase del enojo donde se experimentan sentimientos de culpa, ira, rabia, en donde podrá auto culparse y por lo tanto culpar a Dios como a cualquier persona, situación o evento que este relacionado con la pérdida, aparecerán los "hubiera", es el momento en el que aun se aferran al pasado y ponen en duda las decisiones tomadas hasta el momento: "si hubiera hecho esto o aquello"; después vendrá la fase depresiva donde buscara estar solo, evitara el contacto con los demás, preferirá estar en casa que salir, podrá tener alteraciones del sueño, insomnio, pesadillas, tristeza, manifestaciones de llanto, cambios bruscos de estado de ánimo, desesperación por no poder realizar las actividades que antes hacía y es la etapa en la que el sujeto logrará introyectar y acoplar todo lo vivido a partir de ese aislamiento que ayuda a esclarecer el panorama completo para poder pasar a la fase de aceptación y adaptación en la que será momento de comenzar a afrontar cognitivamente sus nueva condición, se irá adaptando a su situación y se irá reintegrando paulatinamente a su entorno; cabe mencionar que éste proceso no es ineludible o no es a fuerza como se va marcando, pueden haber modificaciones en los momentos en los que se presentan las etapas, ya que podrán variar dependiendo tanto de la personalidad del sujeto, de las redes de apoyo, el entorno en el que desarrolla y de la atención profesional recibida.

## 1. DUELO Y RESILIENCIA

Actualmente, los nuevos conceptos destacan hasta qué punto los factores personales, familiares y culturales son fundamentales y ofrecen un perfil singular a cada duelo. En este marco, adquiere singular importancia el concepto de resiliencia, es decir la habilidad para afrontar situaciones de crisis y superarlas. Resiliencia es mucho más que sobrevivir, resignarse o sobrellevar la carga. Tampoco es escaparse de la crisis, todo lo contrario, implica hundirse hasta lo más profundo y salir fortalecido de la experiencia. Es la facultad que permite, a pesar del dolor, seguir andando, volver a construir y continuar el camino”. Basándose en el convencimiento de que la fortaleza individual y también la familiar pueden crearse a partir de la disposición del grupo para timonear la crisis repentina o la aflicción prolongada. *“Los sobrevivientes de un duelo – destaca Diana Liberman - no siempre presentan capacidad de resiliencia. Algunos quedan atrapados en el dolor, en la culpa y en el enojo, con nula posibilidad de salir de esos lugares. Las cualidades resilientes ayudan a curar las heridas dolorosas y a volver a tomar las riendas de la vida”*. (Perfil.com, 2007, párr.5).

Cuando el relato del trauma adopta esta forma se vuelve capaz de curar, ya que permite apalabrar y generar un nuevo sentido de pensamiento. La palabra escisión designa bien un procedimiento narrativo, que sometido a una amenaza, divide el discurso en dos partes, una de estas es confusa, al igual que la que organiza el psiquismo, mientras que la otra aun viva, se convierte en fuente de luz e incluso de alegría. Cuando callan, agonizan en la parte dañada de su yo, pero cuando se les escucha, todo este sentir puede generar una modificación positiva y por lo tanto una nueva proyección hacia el futuro. No hay más que una solución para sanar una situación traumática y neutralizar el entorno: comprender. Inmediatamente después de una pérdida de este tipo, una simple presencia o el acto de hablar pueden resultar suficientes para proporcionar seguridad. El mundo íntimo del trauma, depende también del mundo de la persona a la que se confía, así como la carga afectiva que el discurso social atribuye al acontecimiento de haber sido mutilado por una situación, en la que la salud integral del individuo depende totalmente de tomar la decisión de ser amputado.

Durante un cierto tiempo, cuando un trauma desgarrar, pulveriza o quiebra de forma más o menos grave la personalidad, el herido queda desorientado, sin identidad. Si en su memoria alterada perdura el recuerdo de la persona que antes era, de la familia que le rodeaba, transportara consigo la sombra de su pasado, sombra que será testigo extraño, una prueba impalpable de que un día fue alguien. La observación a menudo, es la foto de sus sombras. Dar forma a la sombra es el primer paso de la creación artística. El nombre que llevo es el de mis sombras. (Cyrulnik, 2003, p.149).

Los sujetos tienden a mantener un sentimiento de integridad del cuerpo, negando muchas de las consecuencias personales, vocacionales y sociales de la amputación. Intentan no dar importancia a las dificultades físicas, rechazan la anormalidad y sitúan sus deseos cosméticos y funcionales en línea con los de la gente normal. De todas formas, estos sentimientos se deben interpretar como la gran necesidad que tiene el amputado de ser admitido sin perjuicios por las personas “normales”. Para ganar este reconocimiento, el amputado obviamente responde de una forma que representa sólo parcialmente sus verdaderos sentimientos, de todas formas está claro que este dato refleja cómo el amputado siente que se le debe juzgar más que como se juzga él mismo. En el momento en el que a la persona se le comunica que es necesario realizarle una amputación, este tiene que tomar varias decisiones pero en general se pueden basar en dos opciones: acepta la amputación y sigue con su vida que puede regularse con el uso de una prótesis, o decide no ceder su miembro, lo cual le podrá traer consecuencias como el reducir su tiempo de vida. Es aquí cuando realizan un debate tanto emocional como mental, en la búsqueda de formar un nuevo proyecto de vida y la base de éste, será generada por una esperanza.

## **E. FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA RESILIENCIA**

De acuerdo al neuropsiquiatra Boris Cyrulnik, existen dos factores que propician la resiliencia en las personas:

- Si la persona en su infancia temprana pudo tramar un principio de personalidad, a través de un apego seguro, el cual se forja en la relación con el otro (cuidador), mediante una interacción e intercambio que teje la resiliencia desde la comunicación intrauterina, pasando por la conexión con el cuidador, especialmente la madre, que provee seguridad afectiva en los primeros años de vida. Este tipo de interacción se convierte en un mecanismo de protección.
- Si luego del “estropicio” (experiencia traumática), se organiza alrededor de la persona, una red de “tutores del desarrollo”, vale decir, la posibilidad de agarrarse o sostenerse de alguien o algo. Este algo o alguien del cual asirse se convierte en un tutor de la resiliencia, que promueve o provoca el desarrollo psicológico sano y funcional después del trauma. Este cuidador actúa como el medio para que el niño desarrolle un sentido de vida e identidad. (Arana, 2010, párr.11).

Las actitudes sociales hacia los discapacitados han enseñado a lo largo de los años que la pérdida de un miembro puede devaluar automáticamente a una persona, ya que un ser incompleto, diferente o simplemente discapacitado se le da un valor desigual aunque la realidad sea otra. Las actitudes hacia las personas que han perdido un miembro corporal han permanecido durante siglos y no ha sido posible cambiarse fácilmente en un corto periodo de tiempo, a pesar del intenso esfuerzo que se realiza, por lo que ahora es necesario enfrentarse con la realidad de que la pérdida del status social que acompaña a la amputación y la necesidad humana de conservar el respeto a sí mismo y a los demás, se ve seriamente amenazado. Los valores humanísticos de nuestra sociedad, sugieren que debe realizarse el mayor esfuerzo posible en favor del regreso a la función independiente del sujeto como primer paso a la reintegración social del individuo, a lo cual es importante mencionar que la importancia de los problemas difiere bastante para cada paciente dependiendo de su sistema personal de valores. La resiliencia es un proceso, por lo que



existen: factores de resiliencia, comportamientos resilientes y resultados del mismo. Como factor se entiende, que es el elemento o circunstancia que contribuye a propiciar una forma de afrontamiento hacia la pérdida y encontrar la propia aceptación y adaptación ante la adversidad. Es por esto necesario que quienes laboren en el ambiente médico, psicológico, social y educativo comiencen a investigar y a emplear herramientas que se utilizarán como medios para compensar la situación por la que atraviesan, en vez de basarse en las debilidades y carencias que éstas conllevan. Para comprender esto se han ubicado factores resilientes organizados en las siguientes categorías:

## **1. AUTOESTIMA**

Todo infante se construye en la relación con el otro, mediante una labor que enriquecerá el vínculo. La comunicación intrauterina, la seguridad afectiva desde los primeros meses de vida y la interpretación que da el niño a los acontecimientos, son otros tantos elementos que favorecen la resiliencia. Las personas que mejor y más rápido construyen significado en la desventura, evidencian tener un sistema de valores muy arraigados. Los valores personales son vitales, porque son caminos para interpretar y darle forma a los eventos en un entorno de desesperanza e infortunio. Los individuos resilientes adquieren lo máximo de lo que no tienen y le inventan usos nada comunes a los objetos a su alcance. El que la persona se haya creado y conceptualizando una buena autoestima, proporciona herramientas a el sujeto para poder afrontar dificultades de cualquier tipo asertivamente. En el momento en el que la persona se ve frente al espejo o se observa como “incompleto” experimenta varios tipos de emociones, las cuales estarán arraigadas en cómo el sujeto se manifestará y reubicará en su pensamiento de manera que acepte de la mejor forma posible esa nueva situación. Esa “fragmentación” no estará determinada por el aspecto físico, sino por el cúmulo de percepciones que se han ido arrastrando a través del tiempo, en los cuales la familia ha contribuido en una forma importante para la construcción de ese autoconcepto.

La autoestima es el concepto que se tiene de la valía y capacidad personal, así mismo del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configura la personalidad; es por

tanto, la suma de la autoconfianza, el sentimiento de la propia competencia, el respeto y consideración que se tienen de el sujeto mismo; es el sentimiento de aceptación derivado del autoconocimiento que se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias, que la misma persona han ido acumulando durante la vida. Las impresiones, evaluaciones y experiencias se unen en un sentimiento positivo hacia si mismo o por el contrario, en un sentimiento negativo de no ser lo que se esperaba. La autoestima positiva, los lazos afectivos significativos, la creatividad, el humor positivo, forman una red social y de pertenencia, una ideología personal que permite dar un sentido al dolor, disminuyendo la connotación negativa de una situación conflictiva, posibilitando el surgimiento de alternativas de solución frente a lo adverso.

En otras palabras, la autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de sí mismo, es la confianza y el respeto por la propia persona, es la predisposición a experimentarse apto para la vida y para sus necesidades, el sentirse competente para afrontar los desafíos que van apareciendo y como merecedor de felicidad. Ésta se conforma por dos aspectos fundamentales: el sentido de eficacia personal o *autoeficacia*, que es la confianza en el funcionamiento de la mente, en la capacidad de pensar y en los procesos por los cuales se juzga, se elige, y se decide; la confianza en la capacidad de comprender los hechos de la realidad que entran en el campo de los intereses y necesidades, y en el sentirse capaz de conocerse. Por lo tanto, es la predisposición a experimentarse competente para afrontar los retos de la vida, la confianza en la propia mente y en sus procesos. Otro aspecto es el sentido de mérito personal o *autodignidad*, que es la seguridad del valor propio, una actitud afirmativa hacia el derecho de vivir y de ser feliz, así como la comodidad al expresar apropiadamente los pensamientos, deseos y necesidades; por tanto, es la tendencia a sentirse digno de éxito y felicidad. Ya que la autoeficacia y autodignidad son las características fundamentales de la autoestima, la falta de cualquiera de ellas la deteriora.

La autoestima es algo que se aprende y, como lo aprendido, es susceptible de cambio a lo largo de toda la vida, la persona no nace con un concepto de lo que ella es, sino que éste se va formando y desarrollando progresivamente en la medida en que se relaciona con el

ambiente mediante la internalización de las experiencias físicas, psicológicas, y sociales que se obtienen durante el desarrollo.

Este concepto se forma primero y principalmente en la familia cuando se es niño, después interviene la escuela y a medida que se va siendo adulto, los medios de comunicación, el entorno social y laboral, lo que la persona cree que los demás piensan de ella y lo que piensa de sí misma, son factores que juegan un papel fundamental en el mantenimiento y evolución del mismo. El desarrollo de la autoestima viene marcado por dos aspectos:

- Por el autoconocimiento que tenga uno mismo de sí, es decir, el conjunto de datos que tiene el individuo con respecto a su ser y sobre lo que no se aplica un juicio de valor.
- Por los ideales a los que espera llegar, es decir, como a la persona le gustaría o desearía ser. Esto se ve fuertemente influenciado por la cultura en la que se está inserto. En el ideal que cada uno tiene de sí mismo se encuentra el modelo que el individuo tiene que enfrentar, enjuiciar y evaluar. Ese ideal es el que le imprime dirección a la vida. (Almudena, A. 2003, pp. 8-15)

La autoestima, el autoconcepto y la autoimagen son esenciales para la salud mental y física de una persona. Menciona Kozier (2000), que “los individuos con un autoconcepto positivo o una alta autoestima son mas capaces de desarrollar y mantener relaciones interpersonales cordiales y de hacer frente a las enfermedades” (p. 204). “Las personas pasivas o inhibidas y las que adoptan comportamientos de víctimas impotentes se muestran incapaces de afirmarse y hacerse respetar, se puede decir que es la causa de una débil autoestima o ciertos bloqueos psicológicos inconscientes” (Beauregard, 2005, p. 103).

Ángela Navarro, quien es una de las socias fundadoras de la Asociación Española de Estética Reparadora Integral (AEERI, 2005) menciona que el cáncer trae consigo no solo

alteraciones e incomodidades físicas, sino también trae problemas psicológicos como pensamientos negativos de que se van a morir y sobre todo problemas de imagen externa y en este caso particular la amputación de un miembro, en general su morfología corporal se altera.

Actualmente los medios de difusión masiva promueven prototipos físicos de belleza, que los sujetos han tenido que adquirir y adaptar a su entorno, dándole mayor peso a los valores asociados con la apariencia y cuando algún miembro de la sociedad no cumple con estos modelos, sufre una pérdida de aceptación. Las incapacidades externas tienden a desarrollar un problema relacionado con el hecho de que el sujeto vive en una sociedad donde se da gran importancia a la calidad, adecuación y conformidad de la apariencia física. La palabra estética, que se relaciona con adorno, embellecimiento o decoración, se usa mucho en el campo de la restauración protésica en relación con los problemas asociados con el aspecto visual. Este problema estético es muy importante en los amputados de extremidades superiores en ambos sexos, pero en las mujeres amputadas de alguna extremidad inferior es particularmente más complejo por los estándares de belleza que la sociedad impone, pues en ambos casos la ropa no cubre normalmente la extremidad.

Un concepto bien conocido es el de la imagen corporal, que depende de las percepciones del individuo, del cuerpo y físicas. Aunque tomado por sí sólo, es menos constructivo que el concepto perceptivo propio, no es tan útil cuando se trata de la relación entre la conducta del amputado y su entorno. Es muy raro encontrar un concepto perceptivo real entre los nuevos amputados. En la mayoría de los casos, existen sensaciones propioceptivas inexactas y distorsionadas, cuando la palabra “lisiado o discapacidad” entra en el pensamiento del amputado acompañada de varias connotaciones de insuficiencia, caridad, vergüenza, castigo y culpabilidad, el individuo se mira a sí mismo o siente que los demás le miran en estos términos, considerándose así, objeto de una disminución del respeto que merece y reaccionará de acuerdo a este cambio de estado. Estas actitudes probablemente no aumentan el concepto que tiene sobre sí mismo, sino más bien lo disminuyen y el paciente supone que debe defenderse de estos ataques contra su integridad. Es un hecho que sorprende, ya que el paciente no tiene normalmente acceso a ninguna experiencia con inválidos. No sabe qué puede esperar de la vida como persona amputada y, a la vista del

trauma producido por la pérdida del miembro, enfoca sus ansiedades en la amputación y considera la invalidez en su vida futura como un factor más central de lo que realmente es. Por lo que sería correcto decir, que una persona debe aprender a vivir con las percepciones de su invalidez mejor que con su invalidez. El propio concepto, que representa la suma total de las complejas interacciones entre estas percepciones, reflejan el significado personal de la pérdida para el individuo. La naturaleza de estas percepciones también depende mucho del valor estructural del individuo.

## **2. FAMILIA**

La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad, sin embargo las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad pero sea cual sea la forma en la que ésta se integre, sigue siendo el núcleo básico de la sociedad, en la medida en que ella reproduce biológicamente a la especie humana, y en su espacio, se reproduce la identificación con el grupo social. Entre el siglo XVIII y el XIX se desarrolló el sistema familiar más común en la actualidad, que se trata de una familia en la que los lazos emocionales tienen mucha importancia, se disfruta de una gran intimidad dentro del hogar y existe una preocupación por la crianza de los hijos. Los vínculos matrimoniales son elegidos por los propios individuos guiados por la convicción de ambas partes por lo que este grupo deja de ser una organización dedicada a la producción y se orienta hacia cuestiones de interés propio. Existe una marcada diferencia en la vida antes y después que el cáncer llega al núcleo familiar y se propaga por los familiares cercanos al individuo enfermo.

El cáncer es una enfermedad con notables efectos físicos pero también psicológicos tanto para el enfermo como para sus familiares ya que tiene un efecto expansivo dentro de los miembros de ésta. La dinámica dentro del núcleo familiar cuando uno de los miembros ha requerido ser amputado a causa de un osteosarcoma avanzado, se ve desestructuralizada, y ésta no es generada desde el diagnóstico o la cirugía, sino desde que la persona presenta cualquier tipo de síntoma, como son: dolores, inflamación, cambios de humor, angustia e

incertidumbre sobre lo que se especula tener. Los familiares cercanos ayudan en la mayoría de los casos a buscar formas o alternativas de apoyo para el tratamiento del paciente, saben de los malestares, por lo que muchas veces se llegan a sentir culpables en un principio por no haber llevado a la persona con un médico especialista desde un inicio, ya que la mayoría de las personas diagnosticadas pasan por varios médicos, homeópatas, curanderos, etc. antes de llegar con ellos.

Desde el punto de vista emocional, los familiares del enfermo de cáncer pueden presentar tantas alteraciones como el propio enfermo derivadas de la angustia y preocupación que provoca esta nueva situación. La reacción de protección hacia el enfermo es la más común y la que más dificulta el acercamiento a la familia como sistema. Esto ocurre desde que el paciente es diagnosticado, de hecho en la mayoría de las situaciones el propio paciente tiene que mantener una postura de soporte hacia los familiares, por que los demás se sienten muy conflictuados o se quedan en shock con la noticia; y ocurre lo mismo cuando después de varios esfuerzos les confirma el medico que no es posible mantener la extremidad y es necesaria la amputación. Otra reacción frecuente e importante es la cólera, la cual puede manifestarse de diferentes maneras, como lo puede ser en contra del enfermo, contra la negligencia de éste para cuidarse, contra su abandono a la familia (en caso de muerte), por introducir esa nueva situación inesperada y no saber como reaccionar ante la adversidad, contra otros familiares, contra los profesionales de la salud, contra la incapacidad de la ciencia médica de curar a la familia, contra decisiones tomadas (retraso en detectar la enfermedad o la elección del tratamiento), ésto suele ocurrir al transcurrir por las etapas de duelo. Una de las mas importantes es contra Dios, contra su abandono, básicamente se molestan con esa deidad enojándose consigo mismos, utilizando esas emociones para lograr entender la complejidad de la enfermedad y el como poder apoyar al sujeto amputado, ya que la discapacidad de éste cambiara los roles familiares y con esto todo el entorno.

Después de una amputación, probablemente habrá cambios en cuanto a organización y roles. Existen familias que quisieran mantener todo “como antes” y esto es muy difícil, porque de ser así seguramente alguno de sus integrantes se verán ofuscados, otros se mantendrán al margen, y algunos se sentirán desorientados. El individuo que sufre la pérdida de un miembro corporal, se verá sujeto a una serie de etapas que tienden a ser muy

complejas; en principio, la familia entra en una fase en la cual denotan mucho apoyo por quien está en desventaja; posteriormente se da un alejamiento del paciente y en general la situación se estabiliza cuando solo uno o dos miembros del clan familiar permanecen apoyando a la persona la sensación de presión a la que se enfrenta por sentirse en la obligación de prestar apoyo a su familiar y perder, de esta forma, el espacio y el tiempo que empleaba en sus actividades cotidianas.

La resiliencia familiar, más que un ajuste inmediato a la crisis, involucra diferentes procesos interactivos: el acercamiento del grupo familiar a una situación amenazadora; la habilidad para manejar situaciones de transición o para elaborar estrategias que permitan enfrentarse con el estrés a corto, mediano y largo plazo. Se basa en sus convicciones acerca del potencial que tiene la familia para su propia recuperación; busca el apoyo interactivo; ayuda a construir nuevas, renovadas, habilidades; afianza el soporte y la confianza mutuos. Esto crea un buen clima, a pesar de la pérdida, y refuerza el convencimiento familiar acerca de su propia recuperación. No es la forma lo que determina la salud del grupo sino los procesos que llevan a un funcionamiento sano y resiliente. (Lieberman, 2008, pp. 7- 13)

El hecho de que un familiar esté enfermo cambia todo, los tratamientos imponen un ritmo distinto, es necesario trabajar en función de esto para que aprendan a redefinir los roles, donde cada familiar tendrá un protagónico, acorde a la edad, ocupaciones y actividades cotidianas. Así también, factor resiliente es darse el permiso de disfrutar; la alegría y el humor son fuentes que reconfortan y dan energía, en esta fase es benéfico promover e impulsar a cada uno para que desarrollen acciones en conjunto que disfruten. El paciente muchas veces ha aceptado la enfermedad pero la familia no, lo que lleva a una comunicación errada, que a su vez lleva a iniciar o perpetuar conflictos entre los miembros. Cabe mencionar, que la persona ahora no solo se puede considerar un sujeto enfermo, sino que aparte tendrá una discapacidad, por lo tanto es importante que los sujetos sientan el mayor apoyo posible, el cual no debe de inutilizar o rezagarlo, sino todo lo contrario ya que

al modificar parte de la dinámica de forma positiva e integrar al sujeto en estas actividades, ayudara a que la persona maneje de mejor forma sus emociones y pensamientos, haciéndolo sentir parte importante de ese núcleo, formando nuevos proyectos que motiven el desarrollo íntegro de la persona. La flexibilidad entonces dirige a la familia a reubicarse, cada uno de acuerdo a su posibilidad y en función del bienestar de todos sus miembros. Buscar soluciones o alternativas a las situaciones que se van presentando será tarea de todos.

### **3. RELACIONES INTERPERSONALES**

Una relación interpersonal es una asociación de largo plazo entre dos o más personas por lo que tienen cabida en una gran variedad de contextos, éstos pueden ser reguladas por ley, costumbre o acuerdo mutuo, son la base de los grupos sociales y la sociedad en su conjunto jugando un papel fundamental en el desarrollo integral de la persona. Cuando el ser humano se ve afectado por una situación traumática, el equilibrio tanto biológico, psicológico y social que existía se ve confundido, es decir, una condición o función que se considera deteriorada respecto a su estándar general o de su grupo, esto implica una disminución de las actitudes emocionales y psicológicas frente a la sociedad lo que trae consigo un deterioro de las relaciones interpersonales potenciando así, no solo la discapacidad física adquirida, sino también una discapacidad emocional o psíquica.

Las relaciones personales juegan un papel fundamental en el contexto en el que se desenvuelve la persona que ha perdido un miembro por amputación, ya que aparte de la familia, es necesario el soporte de amigos, parientes, conocidos y del personal intrahospitalario, que muchas veces son los propiciadores de estímulos positivos que impulsan a la persona a combatir sus malestares, ya que fungen como distractores en sus actividades cotidianas, no permitiéndole generar rutinas que desfavorecen su estado de ánimo. Al igual que la familia, le ayudarán a moldear su autoestima de acuerdo a sus nuevas características; el hecho de tener apoyo de personas cercanas conlleva a que el sujeto no se sienta desplazado o aminorado, aunque a menudo permanece la vergüenza de enseñar el cuerpo, con este apoyo busca aceptarse a sí mismo y vencer el miedo a la falta



de aceptación de la sociedad en la cual se encuentra inmerso. En primera instancia un lugar de importancia en la interacción con las personas alternas con las que convive el paciente sería el hospital, en donde se encuentran psicólogos, médicos y pacientes que están en iguales condiciones que el paciente, en este espacio el entablar una conversación se les facilita por que los consideran como sus iguales. El ambiente intrahospitalario es uno de los pocos o tal vez el único lugar en el que los pacientes amputados se sienten aceptados, no hay quien los juzgue, allí los estándares estéticos se alejan del pensamiento generando así un lugar de confort.

Todo el personal que trabaja en estos lugares tienen una misión: el ayudar y apoyar a que los sujetos tengan la mejor calidad de vida posible. En el caso de los médicos y enfermeras, que son las primeras personas con las que generan un lazo afectivo, ellos tendrían que buscar brindarles toda la información posible sobre su padecimiento y proponerles alternativas para estar en la mejor condición posible. Son ellos en quienes confían los pacientes y ponen en sus manos el tratamiento futuro, son los médicos los que informaran al sujeto la necesidad de amputar para salvaguardar sus vidas, por lo que suelen ser los primeros por los que sientan también sentimientos negativos, culpabilizándolos de esa “tragedia”. Es de suma importancia que el paciente se encuentre rodeado de todo tipo de especialistas que le brinden todos los tratamientos posibles, en el caso de la amputación, el psicólogo tiene un papel principal tanto en el manejo adecuado del duelo del paciente y de la recuperación que este presente, como en brindar apoyo a los familiares mas cercanos. Tal vez, el requisito psicológico más importante para una vida productiva y bien adaptada es el respeto y status que recibe de sus asociados e iguales. Por encima de las satisfacciones físicas de la vida, es muy importante la satisfacción que da el cuidado y afecto de los amigos, familia, compañeros de trabajo, personal intrahospitalario, etc. En relación con el amputado, existe la posibilidad de una pérdida de aceptación por parte de sus iguales y el sujeto no está normalmente obligado a adivinar lo que los demás piensan de él, por lo que puede (excepto en el caso de un amputado congénito) reflejar simplemente lo que pensaba acerca de otra gente inválida antes de que él mismo lo fuera y éstas actitudes que tenía hacia la gente inválida, están dirigidas ahora hacia sí mismo. En la relación en que un individuo se encuentre intimidado por su entorno, será guiado por necesidad de seguridad para protegerse y estará menos inclinado a luchar con cualquiera de los riesgos asociados a

la readaptación post-traumática en el grado en que una personalidad está caracterizada por necesidades de crecimiento.

Los parientes, amigos y conocidos en su momento, pueden ser personas a las cuales acuda el sujeto como apoyo principal. Aunque también llegan a enfermar más al paciente por la forma en que los observan o juzgan y optan por alejarse de ellos, o expresarles lástima. Las relaciones interpersonales dependen mucho de la etapa de duelo en la que se encuentra el sujeto, siendo estas las que ayudan a recuperar las habilidades sociales que se basan en la seguridad y autoestima que el sujeto vaya generando a lo largo de la adaptación a su nuevo estilo de vida. En su mayoría se puede decir que en las primeras etapas de duelo después de la amputación, el paciente lo último que quiere es tener contacto o ser visto sin su miembro, esto genera aislamiento y en su mayoría optan por evitar cualquier tipo de visitas ya que solo permiten el apoyo de un familiar muy cercano. También hay casos en los que hasta los comentarios positivos, los transforman en una cuestión lastimera, y en otros casos son los que impulsan al sujeto a agilizar su recuperación. Son estos últimos, los que son de gran ayuda, ya que generan nuevas alternativas para adaptarse y son estas personas las que promueven la reinserción social.

Cada individuo se concentra en un grupo con características u objetivos parecidos, intenta vincularse con aquellos que tengan habilidades y condiciones de lograr su misma meta teniendo vital importancia las capacidades que estos puedan poseer para desenvolverse exitosamente, pero al perder cualquiera de estas capacidades, el grupo social donde interactúa, conforma un mecanismo de exclusión por diferentes razones, entre ellas el desconocimiento de la forma indicada de interactuar con la persona con discapacidad y muchas veces el estigma social sobre la discapacidad o minusvalía que ve la sociedad al individuo que la presenta. La influencia de entorno en el individuo determina el desarrollo exitoso o no de una persona dentro de un grupo social, es por esto que cuando se presenta un desequilibrio en el ser biopsicosocial por alguna discapacidad adquirida como es una amputación quirúrgica, surge la necesidad de una intervención tanto psicológica como social, ya que una intervención adecuada y oportuna puede romper con ese estigma, logrando superar tanto las barreras emocionales y psicológicas que se le presenten y llegara

así a un afrontamiento efectivo ante las nuevas barreras físicas surgidas por la discapacidad que presenta.

#### **4. EXPERIENCIAS VIVENCIALES**

La palabra experiencia proviene del latín *experientia*, es el hecho de haber presenciado, sentido o conocido algo, la experiencia es la forma de conocimiento que se produce a partir de estas vivencias u observaciones. Se designa con el término de experiencia a aquella forma de conocimiento o habilidad, la cual puede provenir de la observación, de la vivencia de un evento o bien de cualquier otra cosa que suceda en la vida y que es admirable de dejar una marca, por su importancia o por su trascendencia. En la Filosofía, se suele tratar a este tipo de conocimiento basado y forjado exclusivamente a través de la experiencia, como conocimiento empírico o conocimiento a posteriori y desde la hermenéutica filosófica, se sostiene que las experiencias son posibles si se tienen expectativas, por eso ésta cree que la persona con experiencia no será la que más vivencias haya acumulado, sino más bien, aquella que esté capacitada para permitirselas. Las experiencias vivenciales son las que generan una autoestima y autoconcepto fuerte, las cuales están basadas en las relaciones interpersonales pero dependen del enfoque con las que se recuerdan.

Desde un punto psicológico, la experiencia más vital e influyente es aquella que ocurre, para bien o para mal, en el contexto de las relaciones de apego. Cuando existe un apego seguro, se da un vínculo afectivo positivo, lo cual proporciona una base de estabilidad al sujeto y determina en gran medida la forma como las personas aprenden, piensan, creen, sienten, actúan y resuelven las cosas difíciles tanto dolorosas que se viven a través de la vida. Una persona que vivió un vínculo inicial de buena calidad, posee un mejor pronóstico de desarrollo y una mejor resiliencia en caso de sufrir una desgracia, porque ya habrá adquirido una manera positiva de ponerse en contacto con otros y de ver en ellos una base de apoyo.

Las interacciones tempranas del bebé con su cuidador (principalmente la madre) determinan el desarrollo, estableciendo condiciones para el proceso cognitivo y socio-emocional del ser humano. Estas interacciones, en su mayoría no verbales, son biológicamente determinadas, y se registran en el infante como representaciones mentales y hábitos para procesar la información, y tienen una gran influencia en qué tan libremente el niño, adolescente y adulto puede acercarse a sus propios sentimientos, y subsecuentemente en la manera en cómo enfrentar sus dolores y frustraciones (Londerville y Main, 1985, p. 238-299).

Si una persona tiene conceptualizada su vida con muchas tragedias, o con malos momentos, esto no permitirá que vea su presente y futuro de manera agradable; por lo tanto es necesario que se retomen los aspectos positivos de su historia de vida, que reconozcan el lugar que ocupan los eventos desafortunados y entenderlos como vivencias de las cuales se aprende y ayudan a que surjan nuevos proyectos para una mejora en la calidad de vida, generando así lograr una supervivencia dentro de parámetros adaptados cultural, social, étnica y comunitariamente. La experiencia vivencial del paciente con cáncer gira en torno a diversos factores, de inicio el diagnóstico de cáncer supone en la vida de los pacientes afectados y sus familiares una ruptura brusca con la vida cotidiana, este proceso de ruptura presenta aspectos comunes a todos los pacientes y diferencias en función del tipo de cáncer, en este caso osteosarcoma, la edad, localización de la afección, la amputación en sí, etc. Como aspectos comunes destacan la despersonalización, la pérdida del equilibrio emocional, el miedo y las tensiones asociadas a los tiempos de espera. El proceso de despersonalización implica la adopción de un yo-enfermo de cáncer que sustituye al yo-persona e invade el conjunto de relaciones que el paciente tiene consigo mismo y con su entorno, la respuesta ante este proceso de varía según la edad. La enfermedad se vive como una amenaza y con ello aparece la especulación constante con la idea de la muerte.

En pacientes jóvenes se abre un paréntesis vital en el que se destina toda la energía a la lucha contra la enfermedad, mientras que en pacientes mayores se busca una "convivencia" con el cáncer. El proceso de lucha, desesperanza y resignación aparece de forma cíclica a lo largo del ciclo evolutivo de la enfermedad y está asociado a la autopercepción de la persona. A lo largo de este proceso suele presentarse una visión diferente entre enfermos y familiares, así mientras que los enfermos mantienen una visión parcial, a veces reforzada

por conductas de negación de la realidad, esperanzada y de lucha; los familiares adoptan una visión más global, desesperanzada y de sufrimiento. Además, la actitud del enfermo frente al cáncer depende del capital relacional que tenga, es decir, de su nivel de interacción y relación social con otras personas y de las experiencias de vida ya sean positivas o no que haya tenido. La ausencia de un buen capital relacional puede suponer el aislamiento y estigmatización de los pacientes.

Se podría observar claramente que los problemas de la amputación dependen en gran manera de la edad cronológica del individuo y están específicamente relacionados con los atributos psicológicos y físicos que son característicos de su edad. Cuando no se tiene la posibilidad de trabajar los propios recuerdos, quien los trabaja, es la sombra del pasado. Los que tienen una carencia, al volverse hipersensibles a la menor demostración afectiva, pueden convertir dicha información en un acontecimiento magnífico o desesperante, en función de los encuentros que proponga su entorno. El individuo no tiene un plan de acción, la realidad de lo que ha sucedido es demasiado para manejarse y, por tanto, responde con un sentimiento de desamparo. Muy a menudo, el individuo refleja un tipo de conducta despersonalizada, automática, estereotipada, con un cuadro reducido de conformidad.

Este choque inicial, a su vez, abre el camino a un estado secundario de adaptación, retraimiento defensivo, que está caracterizado por una dependencia del pasado, con los recuerdos más satisfactorios de una vida anterior. El individuo utiliza una variedad de mecanismos de evasión, tales como fantasía, contradicción, así como ansiosos y mágicos pensamientos. El uso de estos mecanismos es el tipo de ajuste más prontamente aprovechable para ayudar a reducir la intensa ansiedad asociada con la amputación. En este particular estado, las energías de la persona se movilizan para guardar su estado psicológico bajo control. En este momento, no está interesado en ninguna nueva experiencia que pueda ser amenazadora, como si uno tratara de animar al paciente a hacer más de lo que está dispuesto a hacer. Esta apertura es como si se percibiera una amenaza rechazada y que fuera inefectiva. Para la mayor parte de la gente, esta fase termina porque, antes o después, este

mecanismo pierde su efectividad para reducir la ansiedad y la tensión, y dar suficientes satisfacciones. (“Aspectos psicológicos de la amputación”, 2011).

El carácter del último estado, adaptación, depende de las necesidades individuales de crecimiento, un sentido renovado del propio respeto, independencia y mejora. El individuo debe de poder fijar, como objetivo, una vida independiente y socialmente satisfactoria, una en la cual el respeto es importante. Estos objetivos le permiten tomar los necesarios riesgos asociados con el proceso de rehabilitación. El problema de rehabilitación del amputado consiste en ayudar al paciente a aceptar ciertas limitaciones en su modelo de vida, para asegurar una interferencia mínima con la gran variedad de otras actividades importantes de la vida.

## **5. RELIGIÓN**

La resiliencia es para Boris Cyrulnik un proceso diacrónico y sincrónico en el que fuerzas biológicas, históricas, afectivas, espirituales y sociales se articulan para transformar un golpe recibido en algo soportable. Considerando la muerte como parte de un continuo: salud-enfermedad y la culminación del ciclo vital, hay indicadores que determinan diferencias individuales marcadas en cuanto a la prolongación de tiempo en referencia a la vivencia del duelo y a la depresión, ansiedad, tristeza, enojo, etc que se presentan y parecen ser una reacción común en todos los individuos en un momento inicial que gradualmente desaparece con el tiempo. Muchas veces durante y después de haber experimentado un evento traumático, las personas quieren encontrarle un significado, un ¿por qué? de lo sucedido, a lo cual no se le encuentra una respuesta real. La búsqueda de este significado, propicia la habilidad para ver las situaciones con mucho realismo, le sigue la particular capacidad para construir y darle sentido a los momentos terribles. En la sociedad, la religión funge un papel importante, el ser creyente, tener fe y sentir que existe un estímulo poderoso, genera paz y consuelo a la persona que ha sido amputada, de esta forma buscará darle un nuevo sentido a su vida y se sentirán acompañados en el transcurso de las problemáticas que se generaran en un futuro. En cuanto a esto, hay personas se ven a sí

mismas como víctimas y viven esas experiencias demoleedoras con la certeza de que no aportan ningún aprendizaje ni significado a sus vidas. Las personas resilientes, identifican y elaboran construcciones subjetivas significativas del sufrimiento, a partir de las cuales *crean sentido de vida* para ellos y para los demás; de esta manera, el sujeto que sufre a causa de una realidad dolorosa, consigue reconocer y aclarar sus propios sentimientos, y descubrir valores en su interior, lo cual le ayudará a mirarse de una nueva forma y aprender de esa realidad para seguir adelante.

Desde la misma naturaleza, el ser humano ha estado inmerso en el mundo de las creencias, esto le ha permitido mantener un dogma de fe, brindándole herramientas para la construcción del sentido de vida. Las creencias religiosas han guiado de forma significativa el comportamiento de los individuos brindándole la oportunidad de conceptualizarse y con el tiempo identificarse como un ser trascendental. Así mismo, las religiones proporcionan un marco de referencia para los acontecimientos de la vida y facilitan de esta manera el encontrar sentido en situaciones adversas y dolorosas. Finalmente, brindan estrategias de afrontamiento, lo que influye en la forma como una persona percibe, evalúa y enfrenta un problema. De esta manera, la esperanza y la fe actúan como protectores ante alteraciones como la depresión, la ansiedad o el estrés. *“Las religiones, además de dar sentido a la vida, ayudan al ser humano a otorgar un significado positivo al dolor y el sufrimiento. Ambos se vuelven coherentes y se hacen más soportables, pues tienen una explicación y justificación”* (Eliade, 1972, p. 117).

El bienestar espiritual, especialmente la sensación de que la vida tiene sentido y la paz, se relacionan de manera primordial con la capacidad de los pacientes de cáncer para continuar disfrutando de la vida a pesar de altos grados de dolor o cansancio crónico; cabe mencionar que el bienestar espiritual y la depresión están inversamente relacionados. El aumento de la sensación de propósito interior y paz se ha relacionado también con una menor incidencia de depresión, al tiempo que el grado de religiosidad no guardó relación con la depresión. Los sujetos con grados más altos de espiritualidad en realidad mejoran su bienestar aun cuando aumenta la tensión de los familiares encargados de su cuidado, mientras que aquellos con índices inferiores de espiritualidad muestran un perfil opuesto; esto indica un fuerte efecto de amortiguación del bienestar espiritual. El crecimiento personal sustancial

da como resultado el que el paciente haga frente al trauma que representa la amputación de un miembro por cáncer.

Desde hace mucho tiempo que los antropólogos han demostrado la necesidad de lo sagrado en la existencia humana. B. Malinowski (1982), probó que lo sagrado y lo profano son elementos distinguibles en todas las sociedades humanas. Vista así, la religión es un intento por solucionar aquello que se mueve en los límites de la razón y la ciencia, y que por lo regular atañe a lo emocional (pp. 87-91).

Se identificaron siete temas: "Dios como presencia reconfortante", "Cuestionamiento de la fe", "Enojo con Dios", "Autotransformación espiritual y actitud hacia los demás/reconocimiento de la propia mortalidad" "Profundización de la fe", "Aceptación" y "Orar por sí mismo". Un mayor porcentaje de los afroestadounidenses, las latinas y las personas identificadas como cristianos, fueron más propensos a sentirse reconfortados por Dios que otros grupos. (Instituto Nacional del Cáncer, 20011, párr. 10).

La religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con medidas de adaptación y con el tratamiento de síntomas en pacientes de cáncer. En numerosos estudios las creencias de una persona han mostrado tener efectos significativos sobre la salud tanto física como mental y el bienestar general. Estos mecanismos se han relacionado con índices inferiores de incomodidad, así como menor hostilidad, ansiedad y aislamiento social de éstos pacientes y de los familiares encargados de su cuidado. No se trata de fomentar el fanatismo, sino de lograr que la persona se sirva de valores y preceptos para crearse una base de seguridad que le permita afrontar los golpes y los traumatismos. El fenómeno religioso puede brindar estrategias de reparación a los heridos del alma, no tanto suplantando el juicio crítico que cada uno ejercemos para sentirnos libres, sino abriendo caminos que permitan acrecentar la espiritualidad de aquel que sufre. Cuando la vida golpea, el retiro hacia la espiritualidad es una necesidad, un mecanismo de defensa. Es por



ésto que la participación religiosa y espiritualidad positivas parecen relacionarse con mejor salud y expectativa de vida más prolongada, incluso después del control de otras variables como conductas de salud y apoyo social. El apoyo espiritual de la comunidad religiosa o el entorno médico, se relacionó con una mejor calidad de vida en el paciente.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **A. PROBLEMÁTICA**

En la actualidad, el cáncer es una enfermedad curable, que a su vez es generadora de múltiples modificaciones tanto psicológicas y sociales de las personas que viven el proceso que conlleva esta enfermedad. Este es un transcurso en la mayoría de los casos extenso, ya que de inicio existen molestias físicas como lo son dolor, inflamación o protuberancias de las cuales no se tiene una clara idea de a que se deban por lo que buscan atención médica, en la que obtendrán un diagnóstico que concluirá en que se tiene cáncer, un tumor maligno en alguna extremidad; de acuerdo a el tipo de sarcoma que se tenga será evaluado para iniciar un tratamiento, el cual consiste en quimio y radioterapia o de inicio con cirugías que tendrán el propósito de salvaguardar el miembro, pero si esto no es posible existe un previo aviso de la posibilidad de amputar la extremidad ya que el deterioro tanto muscular como óseo es demasiado invasivo. Este proceso es intenso y doloroso tanto físico como emocional, ya que desde que el paciente es diagnosticado lo lleva a un estado de vulnerabilidad y a cuestionarse ¿porque a mí?, ¿qué voy a hacer de mi vida?, ¿podré realizar las actividades que he venido haciendo hasta la fecha?, ¿mis proyectos se truncaron?, ¿podre tener una prótesis?, la búsqueda de poder mantener el miembro es una esperanza, al haber la posibilidad de salvar el miembro por medio de cirugías o simplemente tomar la decisión de ser amputados o esperar la muerte en un breve tiempo se experimentan sentimientos de enojo, tristeza, culpa, etc. Este es un proceso de perdida el cual lleva a vivir un duelo que será resuelto con ayuda de la resiliencia. La resiliencia es una palabra que en la actualidad se ha ido enriqueciendo y se entiende como la capacidad del ser humano de superar la adversidad mediante sus capacidades de afrontamiento, seguridad y supervivencia obteniendo nuevas opciones de ver y actuar en la vida. Partiendo de esta idea surgen varias preguntas: ¿Cómo interviene la autoestima en el proceso de aceptación?, ¿Qué rol juega la familia en cuestión de apoyo?, ¿Qué influencia tiene el estado emocional de la familia?, ¿Cómo acepta la familia la situación actual?, ¿Qué impacto tendrá en el paciente en cuanto a su actividad diaria?, ¿Cuáles son los elementos

físicos como lo son las adecuaciones mobiliarias para lograr una autonomía, afrontamiento o adaptación?, ¿Qué elementos influyen o son necesarios para lograr adaptarse a el ambiente?, ¿Cómo lograr una óptima aceptación tanto de la enfermedad como de la condición actual?, ¿qué impacto tendrá esta situación en las relaciones interpersonales? En base a estos cuestionamientos, surge el tema a tratar, el cual es identificar factores tanto psicológicos como sociales que podrían favorecer el proceso de aceptación y adaptación por la pérdida de un miembro corporal.

## **B. SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO**

La mutilación de una extremidad corporal por la detención de un tumor cancerígeno, es un evento inesperado, traumático e irreversible; en un inicio la cuestión de observarse incompletos, mutilados, fragmentados, propicia que la persona se perciba tanto física y conceptualmente discapacitado. Todo esto es generador de un torbellino de pensamientos y emociones como lo son la ira, tristeza, enojo, frustración, miedo, una baja de autoestima, modificación de autopercepción y autoconcepto, entre otros. Al igual que es también posible que esa persona superando el proceso de pérdida identifique todos los factores que le ayudaran a transcurrir ese evento de la mejor forma posible adquiriendo las herramientas sociales y psicológicas necesarias para modificar tanto su pensamiento y acciones a la elaboración de nuevos prospectos, objetivos y actitudes hacia su persona para continuar con su vida en la mejor forma posible. De acuerdo a lo antes expuesto, el objeto a construir es identificar ¿qué favorece la aceptación de la pérdida de un miembro por sarcoma? por lo cual intervendrán las siguientes categorías.

## C. CATEGORIAS

Las categorías a trabajar están ligadas y cada una tiene un valor de importancia divididas de esta forma: a nivel individual se encuentra el **autoestima** que se refiere a la autovaloración e identidad personal a partir de una visión realista de su potencial y de sus limitaciones, las **experiencias vivenciales** conforman al sujeto ya que de estas se obtiene un aprendizaje tanto positivo como negativo y ambas enriquecerán el conocimiento adquirido. A nivel grupal principalmente se encuentra la **familia** que es el círculo social primario de un individuo, en donde se establecen valores morales que orientaran a lo largo del desarrollo, las **relaciones interpersonales** que se refieren a los vínculos sociales, que como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social, funcionando como un medio para alcanzar ciertos objetivos con un fin en sí mismo y por último la **religión**, el cual es un factor de importancia tanto a nivel social como personal, este es inculcado de acuerdo a el entorno donde se desenvuelve el sujeto y a su vez puede ser moldeada por la ideología adquirida con base en la experiencia. (Ver figura 1).

Estas categorías son parte de la cotidianidad de toda persona, se construyen y reafirman en el transcurso de cada etapa que se atraviesa. Todos en algún momento tienen experiencias que marcan como individuos, algunas son difíciles de sobrellevar o afrontar y en otros sólo el tiempo es el que va difuminando la herida, huella o trazo que nos forja como individuos para afrontar y dar solución a los múltiples factores a los cuales nos enfrentaremos en un futuro. Es por tanto, que este tema lo es de importancia, ya que es fundamental que al atender psicológicamente a una persona que haya sido amputada para salvar su vida al no permitir que avance el cáncer; es necesario no sólo avocarse al duelo por la perdida, a la depresión, ansiedad o síntomas que somatice el paciente, sino más bien en primera instancia a que encuentre factores básicos que los motiven y permitan contribuir a pensar y sentir que ese evento aunque es devastador es generador de oportunidades y modificaciones que pueden ser muy positivas para continuar con su vida y no verlo solamente como un momento de detenimiento. El cáncer es una enfermedad que se observa con mayor frecuencia o simplemente se saben de más casos en personas que se relacionan en el entorno, y esto hace formar parte de esta enfermedad, es indispensable y tener conciencia

de los efectos que esta produce, estando así informados para que en el caso de tratar con una persona amputada que se encuentre en silla de ruedas, muletas o percatarnos de que porta una prótesis, no sea fuente de discriminación, miedo, morbo o lastima ya que esa amputación lleva arraigado todo un proceso de lucha, esfuerzo en la que solo una mirada puede ser causa de esperanza y seguridad y en su defecto de incomodidad y rechazo, por lo que el trabajo tanto mental y emocional es de vital importancia para generar herramientas necesarias para contrarrestar cualquier obstáculo que se les presente.

**Figura 1: Objeto de Estudio y sus Categorías.**



## **IV. JUSTIFICACIÓN**

### **A. SITUACION ACTUAL**

El cáncer afecta todas las esferas de la vida de una persona, no sólo en el momento del diagnóstico, sino a lo largo de todo el proceso, incluso durante años después de haber concluido éste, existiendo repercusiones emocionales del mismo. A nivel mundial, el cáncer es la principal causa de mortalidad, se le atribuyen 7.9 millones de defunciones ocurridas en 2007. La Organización Mundial de la Salud, estima que alrededor de 84 millones de personas morirán a causa de esta enfermedad entre 2005 y 2015. El cáncer constituye un grupo de enfermedades crónico degenerativas (son más de 100 tipos), provocadas por factores genéticos heredados o externos. La OMS señala que el consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para desarrollar la enfermedad, así como el sobrepeso u obesidad, una dieta baja en frutas y hortalizas, el sedentarismo, el consumo de alcohol, la presencia de enfermedades de transmisión sexual tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Virus del Papiloma Humano (VPH), la contaminación del aire urbano y la presencia de humo por la utilización doméstica de combustibles sólidos como la leña.

La información recogida en diferentes estudios a nivel internacional muestra que más del 50% de los pacientes muestran signos y síntomas psicopatológicos, debido al elevado nivel de estrés al que deben hacer frente durante la amputación pero también después de su enfermedad y que merman su calidad de vida. Entre el 20-35% de los pacientes con cáncer presentan morbilidad psicopatológica tras el diagnóstico, un 37-40% de los que recibe quimioterapia y entre el 35-50% de los que se encuentran hospitalizados. Sin embargo, la psicopatología no es una disciplina que cuente con una buena difusión para prevenir problemas psicológicos relacionados con situaciones como la amputación y el cáncer; con lo cual se llegan a descuidar los aspectos emocionales implicados. La presente tesis aborda como los pacientes amputados con este padecimiento logran aceptar y adaptarse a la nueva situación en base a factores que promueven la resiliencia.

## B. IMPORTANCIA PARA LA SOCIEDAD

En México, 120,000 personas son diagnosticadas con cáncer al año, más de 70 mil mueren al año a causa del cáncer, 176 fallecen diariamente y 7 cada hora por ésta enfermedad. Durante el 2007 se registraron 514 420 defunciones, 55.4% fueron hombres y 44.6% de mujeres; de las cuales, los tumores malignos ocuparon el tercer lugar entre las principales causas de muerte del país con 68 815 casos (13.4%), por debajo de los decesos por las enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Estas cifras refieren la importancia que esta investigación aporta a la sociedad, ya que de 1998 a 2007 se observa que las defunciones por tumores malignos tienden a incrementarse, siendo las mujeres las que presentan los porcentajes más altos en el periodo. Del total de defunciones registradas en el país durante 2008 (539 mil 530 casos), 13 de cada 100 tuvieron como causa principal algún tipo de cáncer (71 mil 074). Por lo que es un tema que influye no sólo en la actualidad, sino en un futuro no muy lejano. En el 2030 se estima fallecerán a causa del cáncer 12 millones de personas en el mundo, prácticamente el número de personas que habita el Distrito Federal.

En esta tesis se plantea que se pueden proporcionar abordajes y estrategias psicoterapéuticas que sean útiles y sensibles a los requerimientos de los enfermos que están en tratamiento oncológico. De acuerdo con Montoya (2005), en este contexto el enfoque derivado del concepto de *resiliencia* puede ser de gran utilidad. Es por eso, que es fundamental encontrar cuáles son los factores psicosociales que influyen en la aceptación de personas que han perdido un miembro corporal por cáncer, para así proporcionar un nuevo plan de intervención psicológico que trabaje la resiliencia, ya que de acuerdo a la observación y las estadísticas actuales se ha manifestado que, dichas personas después de llevar un tratamiento tanto medico como psicológico, efectivamente recaen en síntomas depresivos, en la no aceptación de la etapa de duelo, repercusiones emocionales, que a su vez afectan al sistema básico en el que se encuentran inmersos, pero que también este sistema interfiere en la forma de afrontar la pérdida. No olvidando que dichas personas están sujetadas a una sociedad la cual influye de manera positiva o negativa en el desarrollo adaptativo que por medio de las experiencias vivenciales, permiten a los sujetos el

desarrollo de herramientas necesarias para afrontar ante cualquier evento traumático, pero no siempre estas herramientas son positivas para que puedan encontrar en la aceptación una mejor calidad de vida, ya que la sociedad en la mayoría de las veces se encarga de juzgar, limitar, rezagar a personas que no están “completas” y por ende no tienen un lugar en su entorno; es por eso que encontrando los factores psicosociales, se pueda crear un plan específico para las necesidades que estas personas requieren permitiendo así la superación de cualquier momento de la vida que le afecte, ya que éste no será el último y necesitara de instrumentos personales para afrontar cualquier evento.

### **C. IMPORTANCIA PARA LA PSICOLOGÍA**

De acuerdo al Teletón (2009), el 70% del cáncer es curable cuando se detecta a tiempo y se brinda el tratamiento adecuado, uno de ellos es la amputación, éste debe ser tratado multidisciplinariamente, ya que no es suficiente el solo tratar el signo o síntoma sino que es necesario trabajar las emociones, y de acuerdo al discurso la elección de las palabras, la disposición de los recuerdos, la búsqueda estética que conlleva el dominio de las emociones y la reorganización de la imagen que se tiene de lo sucedido generadas por la vivencia en el proceso marcado por la enfermedad. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental, por lo que es de vital importancia este estudio ya que permitirá la promoción en cómo actúa a nivel emocional y de pensamiento; y que esto podrá lograr ser una de las bases que sustentan la aceptación, adaptación y crecimiento personal óptimo para una mejor calidad de vida en pacientes oncológicos amputados.



## **V. OBJETIVO**

Identificar del discurso de historias de vida aquellos factores psicosociales (psicológicos: autoestima, autoconcepto, autoimagen; sociales: familia, relaciones interpersonales, experiencias vivenciales y religión), relacionados con la resiliencia, que favorecen el proceso de aceptación en pacientes amputados por osteosarcoma, del Instituto Nacional de Cancerología, durante el cuarto trimestre del 2010.

## **VI. MÉTODO**

### **A. GENERALIDADES**

Método es una palabra que proviene del término griego *methodos* (“camino” o “vía”), se refiere al medio utilizado para llegar a un fin, su significado original señala el camino que conduce a un lugar. En la ciencia, se entiende por método a la serie de pasos a seguir para obtener saberes válidos (es decir, que pueden verificar a través de un instrumento fiable). Existen dos tipos de método: el cuantitativo y el cualitativo. Menciona Grinnell (1997), que “estos dos enfoques son paradigmas de la investigación científica, pues ambos emplean procesos cuidadosos, sistemáticos y empíricos en su esfuerzo por generar conocimiento.”

El método cuantitativo, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. En el caso de las ciencias sociales, el enfoque cuantitativo parte de que el mundo “social” es intrínsecamente cognoscible y todos podemos estar de acuerdo con la naturaleza de la realidad social. (Sampieri, Fernández y Baptista, 2006, p. 8)

El método cualitativo, a veces referido como investigación naturalista, fenomenológica, interpretativa o etnográfica, es una especie de “paraguas” en el cual se incluye una variedad de concepciones, visiones, técnicas y estudios no cuantitativos (Grinnell, 1997). El enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para describir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. (Sampieri et al., 2006, p. 9)

El método de elección fue el cualitativo, ya que a diferencia de la investigación cuantitativa, busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. En otras palabras, investiga el ¿por qué? y el ¿cómo? se tomó una decisión, en contraste con la investigación cuantitativa la cual busca responder preguntas tales como cuál, dónde, cuándo. La investigación cualitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos de población reducidos, como salas de clase, etc. Una de las características más importantes de las técnicas cualitativas de investigación es que procuran captar el sentido que las personas dan a sus actos, a sus ideas, y al mundo que les rodea. El tipo de técnica cualitativa que se empleó fue el de historias de vida, Graciela de Garay consideró que la historia oral admite como una práctica importante dentro de su quehacer, la construcción de historias de vida, entendidas como narraciones autobiográficas orales generadas en el dialogo interactivo de la entrevista (2001, p.5).

Las historias de vida de las elites o de la gente común contribuyen, con sus evocaciones, a la construcción de la memoria colectiva. Y si bien por medio de ellas se revive el pasado, su evocación va más allá de la reconstrucción de una época y de sus pormenores; los detalles incluyen las emociones y los afectos, las desilusiones y los fracasos, y el lenguaje corporal y el no verbal que los seres humanos siempre recordamos, dado que los episodios referidos están vivos en el sujeto, como si ocurrieran en el momento presente (De Garay, 2001)

Por tales razones la historias de vida, fue considerado el más apropiado para esta investigación, ya que con base en el discurso de los pacientes, se realizó un análisis de éste para así identificar los factores psicosociales que influyen en la resiliencia después de haber perdido un miembro por amputación. Considerando que esta técnica permite que las personas expresen tal cual han vivenciado sus emociones, pensamientos, actos, etc. favorece a que realicen una introspección, reconsiderando así, nuevas opciones de metas y proyectos a corto o largo plazo, generando una mejor calidad de vida. También el hecho de externar y escuchar su discurso o simplemente sentirse escuchados, propicia darle otro sentido a lo vivido, genera el cuestionarse si esa es la única forma de actuar o en percatarse y darse la oportunidad de pensar en otras opciones para mejorar tanto en su estado anímico como en sus relaciones.

## **B. POBLACIÓN**

En este estudio participaron 60 pacientes oncológicos amputados, de los cuales solo accedieron de manera voluntaria, previo consentimiento informado, 12 personas, quienes tenían un rango de edad entre 21 y 50 años. Para la selección de los integrantes de esa investigación no se tomo en cuenta sexo, nivel socioeconómico ó nivel de estudios, únicamente se considero que fueran pacientes pertenecientes al Instituto Nacional de Cancerología, diagnosticados con osteosarcoma y secundario a éste amputados de alguna extremidad.

## **C. INSTRUMENTOS**

**Entrevista:** La entrevista es una reunión para intercambiar información en donde intervienen el entrevistador y el entrevistado, el primero, además de tomar la iniciativa de la conversación, plantea mediante preguntas específicas cada tema de su interés y decide en qué momento el tema ha cumplido sus objetivos; el segundo, facilita información sobre sí mismo, su experiencia o el tema en cuestión. Cabe mencionar que ésta no es casual, sino que es un diálogo interesado, con un acuerdo previo, intereses y expectativas por ambas partes para lograr la construcción conjunta de significados respecto a un tema.

Regularmente en la investigación cualitativa, las primeras entrevistas son abiertas y de tipo “piloto”, y van estructurándose conforme avanza e trabajo de campo (Mertens, 2005), pero no es lo usual que sean estructuradas. Creswell (2005) coincide en que las entrevistas cualitativas deben ser abiertas, sin categorías preestablecidas, de tal forma que los participantes expresen de la mejor manera sus experiencias y sin ser influidos por la perspectiva del investigador o por los resultados de otros estudios; asimismo, señala que las categorías de respuesta las generan los mismos entrevistados. Al final cada quien, de

acuerdo con las necesidades que plantee el estudio, tomará sus decisiones. (Sampieri, et. al p.597).

De acuerdo a Grinnel en 1997, las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructurada o no estructuradas o abiertas (Sampieri, et. al p.597). . En la primera el investigador realiza su labor con base en una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta. Las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de incluir cuestionamientos adicionales para precisar conceptos o adquirir mayor información sobre los temas deseados. Y por último, las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general de contenido en la que el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla.

**Grabaciones sonoras:** son utilizadas para el audio-registro de las sesiones, con el fin de ser posteriormente revisadas y analizadas.

**Análisis del discurso:** es una transdisciplina de las ciencias humanas y sociales que estudia sistemáticamente el discurso, en este caso, hablado como una forma del uso de la lengua, como evento de comunicación y como interacción, en sus contextos cognitivos, sociales, políticos, históricos y culturales.

**Historia de vida:** se trata de recopilar un conjunto de relatos personales que dan cuenta de la vida y de la experiencia de los narradores o entrevistados, por medio de grabaciones, es por esto que fue empleado este método ya que lo que se buscaba era identificar los factores psicosociales que influyen en personas resilientes y esto se adquirió mediante el discurso y análisis de éstos.

## D. PROCEDIMIENTOS

Este estudio contó con cuatro pasos, en primera instancia se determinaron las siguientes categorías: autoestima, autoconcepto, autoimagen, familia, relaciones interpersonales, experiencias vivenciales y religión, en base a la información del marco teórico que consideramos relevante que influyera en la aceptación y adaptación de acuerdo a las necesidades de los pacientes, conforme a la resiliencia y el uso de estas para lograr el objetivo buscado.

En segunda instancia se hizo la vinculación con el Instituto Nacional de Cancerología de México, al ser aceptada la propuesta, se procedió al tercer paso, que fue programar las fechas para el acceso, las cuales fueron jueves y viernes durante septiembre, octubre y noviembre de 2010, con un horario de 9:30 a 13:00 horas (ver anexo 4). Así mismo, se realizó la construcción del formato de entrevista, el cual constó de una instrucción guía inicial la cual era: *plátiqueme por favor, cómo ha vivido el proceso de enfermedad desde que fue diagnosticado hasta la fecha*, y preguntas ejes que solo si se consideraba necesarias para profundizar en un tema, se realizaban para identificar los factores del objeto de estudio. En ese lapso de tiempo se presenciaron aproximadamente 60 pacientes, de los cuales, solo 12 accedieron a la entrevista ya que mencionaban que no tenían el tiempo necesario, les daba pena o simple y sencillamente no estaban interesados.

El cuarto paso constó en que estas fueron grabadas vocalmente, sólo si la persona estaba de acuerdo con la explicación del consentimiento informado, teniendo así, una duración de 40 a 45 minutos. Por último, al obtener las grabaciones, se realizó el análisis del discurso (ver anexo 3), de acuerdo a la información obtenida sobre cada uno de los temas, determinando la importancia que se les daba en base a las frases o expresiones más repetidas en donde influyera cada una de las categorías en las entrevistas adquiridas.

## **VII. RESULTADOS**

Los resultados se presentan en base a las categorías estipuladas sobre los factores psicosociales que influyen en la aceptación y adaptación por la pérdida de un miembro: autoestima, familia, religión, relaciones interpersonales y experiencias vivenciales. Considerando que la esfera de resiliencia es un todo con sus partes, éstas no adquieren sentido sino en función del todo, que es una amalgama de factores interactuantes.

### **Autoestima**

La Autoestima es una necesidad psicológica básica que se ha de cubrir para alcanzar un desarrollo armónico con nuestra personalidad, por lo tanto, es la motivación que ayuda a seguir con nuestros planes y proyectos sin importar las problemáticas o adversidades que se presenten. En el caso de los pacientes oncológicos amputados, atraviesan por un periodo en el cual es necesario que se reconstruya y reafirme la autoestima y autoconcepto, en cuanto a esto, los pacientes comentaron lo siguiente: *“Es importante tenerse estima a sí mismos, la imagen es importante a lo mejor, pero yo creo que hay cosas más importantes como lo son: ser humanitarios y comprensivos con los demás”*, para llegar a estas palabras es necesario reconocer todas las cualidades y desventajas, pero sobre todo visualizar y aceptar las nuevas condiciones de vida que se presentan para así lograr introyectar la nueva imagen que proyectan. *“No me importa tanto lo físico, sino la imagen simbólica, el como los demás te conciben a ti, creo que es eso más importante que el aspecto físico”*. Al preguntar ¿cómo es tu autoestima en este momento? las personas contestaban que en los primeros meses después de la cirugía, se sentían con baja autoestima, *“cómo van a aceptar a alguien que no tenga una pierna”* ya que todo lo que creían sentir o tener se había terminado *“si me muero, me muero completa”*, a pesar de esto la primer forma de entendimiento que mejoraba y calmaba lo que sentían era saber que la decisión tomada había sido la acertada *“preferí salvar mi vida a sólo una parte de mi cuerpo”*, la imagen

que proyectaban en el espejo les causaba molestia, tristeza, pero sobre todo frustración generadora de cuestionamientos repetitivos ***“me pregunte: ¿qué voy a hacer sin mi pierna?”***. Antes y después de ser amputados, la mayoría de ellos tuvo que tener quimio y radioterapias, por lo cual una paciente comento lo siguiente: ***“No me gustaba verme al espejo, quite de mi casa todo lo que podía reflejarme, era tortuoso verme aparte de sin pierna, sin cabello”***, otro paciente comentó: ***“pensé en acabar con el dolor por medio del suicidio”***, al transcurrir un proceso de duelo inicial, las emociones y pensamientos fluctuaban en busca de soluciones inmediatas que finalizaran con toda molestia.

Al transcurrir el tiempo buscan alternativas que les proporcionen seguridad, como lo es buscar prendas cómodas como faldas más largas que cubran el muñón o los hombres buscan la proporción adecuada del pantalón para no sentirse expuestos. Algo muy importante que ocurre en el proceso de reconstrucción de autoestima y consideran que es muy alentador, es que en el hospital al estar con personas en la misma situación, se sienten afiliados, están con sus iguales y sienten que allí no va a ver criticas de ningún tipo ya que como comentaban: ***“todos nos vemos igual”***. El hecho de conocer a personas las cuales ya superaron ese proceso de pérdida, los anima a seguir adelante ***“el miedo se quita intentándolo”*** y una motivación muy grande es la posibilidad de obtener una prótesis, ese objeto que los va a hacer sentir completos y que facilita la reintegración tanto social como personal ***“a un hombre no lo constituye sus brazos o piernas, sino básicamente lo que hace y lo que puede lograr.”***

## **Familia**

***“No quise compartirlo con nadie”.***

La familia es un grupo de suma importancia, es el núcleo en el que un sujeto se constituye como individuo, en la cual se conforma la identidad en base a lo aprendido por los integrantes. En el caso de varios pacientes que acuden a consulta inicial, se les pide ir acompañado por un familiar o conocido, por lo que desde el momento en el que se les



informa el diagnóstico, hay una afección inmensa en el pensar y sentir de éstos. Lo que pensaban en ese momento era: ***“No entiendo, ¿cómo me está pasando esto?”***, ***“¿por qué a mí?”***, ***“¿por qué a mí me está pasando esto?”***. Estas palabras se repiten constantemente durante un tiempo prolongado, de igual forma los familiares transitan por un proceso similar, de incertidumbre y muchas veces no saben cómo actuar ante esta situación ***“mi esposa se devastó”***, ***“mi mamá perdió la noción de sí misma”***. En la mayoría de los casos de las personas entrevistadas, el familiar o acompañante es el que constantemente se mantiene cercano y asiste si no es a todas, a la mayoría de las consultas. Todo esto conlleva a que en ese momento se genere un vínculo el cual proporcione apoyo mutuo para sobrellevar ese nuevo acontecimiento, aunque siendo de alguna forma contradictoria la forma de pensar ya que realizaban comentarios como: ***“quiero vivir lo que siento solo”***, ***“no quiero compartir lo que siento o pienso”***, ***“ me aleje”***, ***“no quiero que mi familia sufra”***, ***“no tiene caso comentar lo siento, si ellos también están mal”*** generando así una barrera que impide que las emociones se compartan, por lo cual referían lo siguiente: ***“quisiera desahogarme, pero me guardo lo que siento”***.

Ya en casa, tanto el paciente como la familia están sujetos a muchos cambios, hay modificación de roles, en el mobiliario, en la adaptación física del espacio, y conforme a la interacción, frecuentemente la familia se aleja negando o es renuente a la situación siendo este un mecanismo de defensa: ***“mi hermano me pedía que me tapara el muñón para entrar a la habitación”***, ***“no se querían sentar en la mesa junto a mí”***, ***“me comentaban que mi tía decía: no la quiero ver así, por lo tanto no iré a visitarla”***, ***“al tener descubierto el muñón hacen gestos de desagrado y siento que me critican”***, también es por esto que los pacientes prefieren mantener poco contacto con familiares lejanos y nucleares, amigos y conocidos, llevándolos a comentar lo siguiente: ***“me sentí muy sola”***, ***“siento que ya no doy más”***, ***“me guardo mi coraje”*** ***“no les digo lo que siento”***; aunque esto llevo a favorecerlos aminorando su incomodidad tanto física como emocional y al no sentirse con la responsabilidad de tener que cargar con los sentimientos ajenos ***“veía que se sentían mal en ese tiempo y también eso mismo hacia que a veces cuando te sientes impotente de no poder ayudar a alguien, como que te desesperas”***; el tiempo de aislamiento es de suma importancia ya que en algún momento es llevado a lo funcional,

ayudando así a generar y adquirir nuevas capacidades de autoayuda para realizar de manera individual.

La modificación que sufre la dinámica familiar es muy importante, desde el aspecto en que la persona no solo tiene una enfermedad o está combatiendo ésta, sino que ahora adquirió una discapacidad, la cual nadie coentemplaba *“me sentí muy mal, es muy duro atravesar por eso”, “todos mis planes se vinieron abajo”*. La modificación corporal, lleva a que el sujeto requiera ayuda y apoyo para poder realizar actividades que anteriormente eran cuestiones cotidianas, por lo que en este aspecto se hacen codependientes *“me da tristeza depender de los demás”*. El lugar que el paciente obtiene en su familia, es el de alguien a quien se le tiene que atender durante el tiempo en el que se recupere y logre su adaptación, aunque en muchos casos la propia familia es la que inhabilita al sujeto *“me dicen que no salga porque me puedo caer”, “me bañan, me cambian y me alimentan”*. El apoyo familiar se dará en el momento que la persona se reinserte al núcleo familiar y ambas partes conformen nuevos proyectos en los cuales todos se encuentren integrados, un factor de importancia en esta etapa es la comunicación asertiva.

### **Relaciones interpersonales**

*“Conectar a la persona con el mundo, es necesario para poder luchar en esas condiciones”.*

Por naturaleza, el ser humano inmerso en una sociedad y cultura, regida por normas y patrones, ocupan su tiempo en actividades encaminadas a responder a sus necesidades y deseos, pero también en cubrir las de otros. Desde el momento en que las personas se enteran de su diagnóstico, comienza una relación con el equipo multidisciplinario dejando de lado las relaciones que tienen fuera de la unidad hospitalaria (por el aislamiento antes mencionado). Ya en la institución, de primera instancia entran en contacto con médicos, psicólogos, enfermeras y, el demás equipo de salud, posteriormente lo harán con sus iguales, otros pacientes diagnosticados con la misma patología, todos ellos conforman un

nuevo sistema con quienes compartirán su tiempo y espacio, y en quienes recaerá su necesidad de atención, apoyo y entendimiento en el proceso de la enfermedad. Allí el trato hacia ellos se mantiene igual, no existe una modificación como en casa y simplemente pueden ser y actuar con comodidad. Al relacionarse con personas que estén pasando por el mismo proceso, les permite sentirse identificados y entendidos, la crítica quedará de lado lo cual promueve un medio de confianza y seguridad que posteriormente favorecerá la reinscripción a su ambiente: ***“¡debo salir adelante!”***. Los comentarios que realizaron los pacientes en relación a este momento fueron: ***“odié al médico cuando me dio el diagnostico”***, ***“quería buscar más opciones, no quería creer lo que me decía el medico”***, es un momento de negación y consternación el cual debe ser guiado por la información explícita de la circunstancia. En varios de los casos esto no se dio y había muchas dudas conforme a su *situación* ***“no preguntaba por temor”***, ***“no sabía la magnitud de mi enfermedad”***. Por lo que es benéfico para el paciente que ese sea el momento en el que las dudas deben ser aclaradas pero sobre todo, es necesario que haya una contención por parte de los especialistas, en este caso del psicólogo.

Ya se mencionó que hay un alejamiento con la familia nuclear, y en el caso de la familia secundaria, amistades, compañeros y conocidos, la situación se torna más compleja ya que limitan la relación con estos, por miedo al rechazo, burla, lástima, comentarios y actitudes que a lo largo les genera hastío por su connotación compasiva, a menos que sean de estas personas de quienes se apoyen. Son renuentes a generar nuevas relaciones, por la percepción negativa que tienen hacia ellos mismos, sobre esto comentan: ***“hay mucha gente que nos discrimina”***, ***“hacen comentarios que duelen”*** o ***“me dicen que le eche ganas”***, ésta última frase, era frecuentemente dicha por los pacientes; sin embargo se encontró muy a menudo una referencia negativa hacia la misma, les significaba una forma inadecuada de apoyo o de “motivación”, por cuanto ellos, sentían que aplicaban todo su esfuerzo para superar sus problemas, y sin embargo muy internamente no tenían la seguridad de contar con todas las herramientas indispensables para hacerlo, por lo que la persona se mantiene inmersa en el núcleo familiar o en su soledad.

## Experiencias vivenciales

***“La resiliencia no se construye sola, sino gracias a los fuertes vínculos de afecto que se han tejido a lo largo de toda la vida”.***

Las experiencias vivenciales pueden fungir como dos cuestiones: la primera sería aferrarse al pasado de una forma en la que la persona limite sus deseos y la segunda en que su actuar sea generador de nuevas propuestas y proyectos a varios plazos, propiciando así nuevos cuestionamientos como el siguiente: ***“¿cómo voy a enfrentar los problemas por venir?”***. Depende bastante de cómo se han permitido sobrellevar las etapas complejas de la vida para poder superar la etapa de pérdida en la que se encuentran. El hecho de saber que se tiene una enfermedad como el cáncer genera muchas expectativas, es vivir en la incertidumbre, ya que es posible que regrese la enfermedad, por lo que se deben tener varios cuidados, pero sobre todo sentirse motivados intrínsecamente. La primera interrogante interna sería: ***¿me voy a morir?*** , esta pregunta evoca una serie de pensamientos basados en cómo ha transcurrido la vida hasta ese momento y depende mucho de cómo ha reaccionado ante situaciones de inconformidad, miedo, angustia o aceptación. Lo que se busca es que generen una serie de opciones que en su mayoría sean positivas para poder afrontar la enfermedad y trabajar en elementos faltantes como lo pueden ser: emocionales, económicos o alternativas médicas, para que las decisiones que se necesiten tomar tengan fundamentos y seguridad. Una discapacidad no es un indicador de dependencia ***¿para qué hago algo?***, ***“¿cómo voy a bailar con mi pareja?”*** y en el caso de las amputaciones no es la excepción, existen formas para continuar con una vida productiva, pero esto depende de la actitud que se tenga hacia los problemas. En este caso será de vital importancia las experiencias recopiladas ya que de estas, dependerá la reacción que decida tomar la persona, si es de generar codependencia y depresión ***“soy muy miedosa al qué dirán”*** o darle solución a los sucesos que se vayan derivando ***“lo que no te derrumba te hace más fuerte”***. Es necesario que a partir de las experiencias vivenciales se generen proyectos o metas, ya que estos serán facilitadores para sobrellevar el proceso de aceptación y adaptabilidad.

## Religión

### *“Ante la adversidad, Dios ha estado conmigo”*

En México la religión es un factor que influye de forma importante en el actuar, sentir y pensar de las personas. Esto se observa con frecuencia en cuestiones de enfermedad ya que se requiere el apoyo de un Otro que funja como el soporte, que no se obtiene de las personas cercanas. Esta cuestión espiritual es motivante para el sujeto, y aumenta en el proceso por el que se encuentran inmersos, aunque las emociones que se manifiestan en ese momento son de frustración, coraje, miedo, tristeza, enojo, etc., *“Dios me dio la espalda”, “¿Por qué permitiste que perdiera mi pierna?”* es un tiempo de desesperanza, un momento de soledad que no pueden interrumpir, pero que al final de cuentas, es un tiempo en el que comentaron fue de utilidad, ya que se percataron de que era allí en donde se encontraban consigo mismos y era el impulso para salir adelante, *“en este momento me encuentro amputado, pero al creer en la resurrección, sé que en algún momento volveré a estar completo”*, *“dejo todo en manos de Dios”*. Lo que ocurre en cuestión religiosa es que no importa la religión que se practique, sino el hecho de querer creer en “algo”, querer creer que existe “alguien” que va a ayudar y apoyar en todo momento dando consuelo y tranquilidad; y de esta forma sentirse acompañados y no juzgados, ya que esto viene siendo un reflejo al final por que que al tener confianza en esa deidad, a la vez se va creando confianza en sí mismo para poder aceptar la situación en la que se encuentran inmersos: *“solamente Dios sabe por qué hace las cosas...”*

## **A. ANALISIS DE RESULTADOS**

De acuerdo a las categorías de las que se ha hecho mención a lo largo de la presente tesis, se detectaron elementos fundamentales para identificar los factores relacionados con las historias de vida de los pacientes y como por medio de éstos logran la aceptación y adaptación al cambio favorablemente. Podemos decir que el curso de la enfermedad en una persona con cáncer es muy complejo, y particularmente en el caso de amputación por osteosarcoma conlleva a un proceso segmentado, que les es desconocido; éstos individuos atraviesan por etapas de duelo, en las que experimentan diversas emociones, comenzando con negar la propia enfermedad, manifestando ira hacia sí mismo y su entorno, adentrándose en un estado depresivo por el cambio drástico en su estilo de vida, pero buscando a través de eso, llegar a un punto en el que la aceptación sea la meta a lograr.

En muchos de los casos el diagnóstico no es confirmado a tiempo ya que al detectar una anomalía recurren a alternativas que solo aplazan el tratamiento certero; al ser transferidos a una institución especializada en la que serán tratados adecuadamente la persona empieza a contemplar la idea de la enfermedad como tal, tras una serie de estudios realizados se confirma lo supuesto, al paciente y al familiar que lo acompaña les notifican que tiene cáncer, la manera en que el médico les dé el diagnóstico es fundamental, ya que de esto depende el cómo procesan la información y confronten el primer duelo, en caso de que no sea clara la explicación se quedan con interrogantes y muchas veces sin saber a qué se enfrentará durante el proceso de enfermedad; es por esto necesario que se genere rapport y dar la información de manera certera, permitiendo con esto, la confianza necesaria en la persona para cuestionar acerca de su patología. En este primer periodo ambos entran en un estado de shock o negación, se proyectan los sentimientos, pensamientos o deseos que no terminan de aceptarse como propios porque generan angustia o ansiedad, dirigiéndolos hacia algo o alguien, atribuyéndolos totalmente a este objeto externo, generando emociones negativas hacia su persona, personal médico y hacia Dios, culpándolos por lo que le acontece y es en este momento en el que toman la decisión de iniciar un tratamiento, sabiendo de que no hay nada que garantice su “curación”, que puede funcionar o no, o dejando toda expectativa de lado y vivir el poco tiempo que le quede de la mejor forma posible. En el caso de que opten por la primera opción, el paciente y el familiar emprenden

un trayecto que no será fácil, comenzar el tratamiento quimioterápico con el fin de contrarrestar la enfermedad, conlleva a cambios en el aspecto físico como son la pérdida de cabello, debilidad, laceraciones, hematomas, náuseas, vómito, pérdida de peso, entre muchos otros cambios; es en este momento en que la autoestima se ve afectada, hay un decremento significativo de ésta, se tornan vulnerables y caen en la realidad de la enfermedad; mencionaban que durante este tratamiento necesitaban ayuda, que los auxiliaran básicamente en todo y esto les daba una sensación de inutilidad: **“soy un estorbo, un inútil”**. Los familiares, amigos o conocidos muestran gestos de apoyo, que muchas veces el mismo paciente requiere para sobrellevar la situación, aunque es de vital importancia que ésta no sea acaparadora, sino que se le brinde ayuda en base a sus posibilidades respetando su independencia.

En un segundo periodo cuando el tratamiento no es eficaz o no es suficiente para la remisión del cáncer, entran en otro proceso de duelo ya que es necesario ser intervenido quirúrgicamente para intentar salvaguardar la extremidad, y esto puede ser realizado en múltiples ocasiones, hasta agotar cualquier posibilidad llegando a ser la última opción el amputar el miembro afectado. La parte fundamental en este proceso es la toma de decisión en cuanto a la amputación: **“me amputo o no”, “si me muero, me muero completa”**; vuelven a entrar en shock y estado de negación que fungen como amortiguador para poder enfrentar otra etapa, es el momento en que realizan un autoimagen concibiéndose sin una parte de su cuerpo, aunque cabe la posibilidad de que sea una noticia alentadora o de alivio, porque será la forma en la que ya no sentirán dolor. Nuevamente es el médico el responsable de notificarle al paciente sobre la amputación, para hacer esto debe ser claro, preciso, adecuando el diálogo al sujeto para que el impacto de esta sea mínimo, además es necesario que sea acompañado por un psicólogo, ya que este es quien funge como soporte y provee la información necesaria para el entendimiento del sujeto y quien lo acompaña. La intervención de éste, será auxiliar a la persona o familiar a soportar un proceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos como daños emocionales se aminoren.

Desde la notificación de la amputación, existía una predisposición a las limitaciones que se iban a enfrentar, en ese momento venía a su mente lo que habían realizado a lo largo de su vida y al imaginarse sin un miembro expresaron lo siguiente: **“ya no voy a poder bailar”, “no podré jugar con mi hijo”, “no podré tener hijos”, “no volveré a jugar fútbol, trabajar”**

*o tener una pareja”, etc.* La etapa que mediante el discurso se percibe con mayor complejidad es la posterior a la amputación, siendo este el momento en que tienen un insight y captan e internalizan la pérdida del miembro: **“ya cercenaron una parte de mi cuerpo y no habrá forma alguna de recuperarlo” “ahora estoy incompleto”**. Es necesario que tanto el paciente como sus familiares lleven un proceso terapéutico, en el cual se busque lograr que el que padece esto no solo logre el nivel de funcionamiento que tenía antes de la pérdida, sino que trascienda así mismo y encuentre el sentido de vida sin aquello que ya no tiene.

Estando en un ambiente intrahospitalario, al convivir con médicos, psicólogos, y el resto del equipo multidisciplinario, además de con sus iguales (personas en igual o similar condición), el autoconcepto se ve estable, ya que no hay nadie que haga comentarios o tenga actitudes con las que se sientan juzgados u ofendidos, y muestran empatía con la situación por la que atraviesa el paciente; ocurriendo lo contrario cuando regresan a casa, ya que los comentarios y gestos que tanto la familia como conocidos llegan a realizar no son tan acertados, afectando de manera considerable el estado anímico de la persona, repercutiendo en su autoconcepto y autoestima; en primera instancia los inutilizan por miedo a que realicen algo que les pueda afectar, después son juzgados con comentarios o miradas de desagrado, pena, disgusto, desdén, conmiseración, etc. Y pocas veces existe el apoyo de alguien que diga palabras o realice acciones que den consuelo y motivación. No hay que dejar de lado que la recuperación es un proceso largo y doloroso, parte de esto incluye la sensación de miembro fantasma, en el cual no se elimina el dolor que sentían o bien, sienten molestias que son imposibles de erradicar como: tener comezón, dolor, hormigueo, sensación de incomodidad, etc. A pesar de todo esto, se ve claramente que la persona lucha por seguir adelante, con ganas de vivir y esto denota que el autoestima nunca se pierde sino al contrario se va fortaleciendo y ocurre lo mismo en el aspecto religioso, ya que si creen en ellos mismos, a la par existe una reconciliación con Dios. Otro elemento que aporta la religión frente a la posibilidad de la muerte es que el individuo se puede despojar de la responsabilidad por su propio futuro con la certeza de que “todo está en las manos de Dios”. De esta manera, el paciente puede asumir los sucesos de su vida con mayor tranquilidad y menor alteración de su autoestima, sabiendo que Dios lo acompaña constantemente y que pase lo que pase, siempre será el deseo de él.



Es ineludible comentar que acorde al discurso de los pacientes, llega un momento en el que las palabras de aliento como son: “*¡échale ganas!*” pierden sentido porque ellos realmente han puesto todo de su parte. Es en esta etapa en la que el paciente opta por alejarse de su entorno, solo le permite a una o dos personas de confianza que le brinden apoyo para realizar actividades básicas como lo es el aseo personal o ayuda al vestirse o trasladarse. Pero es necesario que se aparten de todo ya que será allí en donde tendrán el tiempo necesario para pensar, sentir y vivir las pérdidas que han tenido a lo largo del proceso y se restablezca su valía. Ligado a esto en los casos vistos, nos percatamos que hay un momento de estancamiento y en su mayoría pasan por un trastorno depresivo que varía en cada caso, que puede o no hacer que la persona se aisle temporal, parcial o totalmente haciendo que la consulta sea el único contacto con el exterior. Su autopercepción podría estar vinculada a la apreciación que ellos tenían de las personas con discapacidades, o alteración física, como la falta de cabello por ejemplo, piensan que si ellos antes juzgaban ahora serian juzgados, si ellos tenían lástima la sentirán por ellos y si les causaban desagrado creen que causaran lo mismo. Todo esto son prejuicios que pueden ser usados para manipular su entorno, como el hacerse las víctimas, pero también puede ser de forma inconsciente ya que la frustración, enojo o agresión se tornan a un estado de tristeza constante porque no saben manejar, expresar o comunicar lo que sienten para identificar y trabajar con claridad sus emociones. Lo contrario ocurre al contemplar la posibilidad de usar una prótesis, no es tan fácil ya que el acceso a ella no es inmediato por que necesitan alternativas tanto económicas como institucionales que les provean de éstas. Una vez teniéndola, la percepción de la discapacidad aminora, al mismo tiempo refuerzan su autoconcepto, autoimagen y autoestima al reflejarse completos ante los demás y asi asumen que con la prótesis son aceptados socialmente.

## **VIII. CONCLUSIONES**

A partir de los factores revisados a lo largo de la presente tesis, es posible señalar que hay suficientes evidencias para afirmar que existen problemáticas psicológicas muy importantes en torno a la pérdida de un miembro derivadas de enfermedades como el cáncer, este tipo de pérdidas representan un panorama complejo por el que tiene que pasar la persona que lo vive, esto lleva a la búsqueda del equilibrio emocional de los que padecen la amputación, logrando mejorar su calidad de vida. Se ha corroborado mediante el método de la historia de vida que existe la necesidad de un apoyo profundo por parte de profesionales para las personas que transitan por esa situación, indicando que el narrar de forma libre y consciente, favorecerá la recreación de los hechos y optimizará la forma en la que ésta ahora se vive.

Al igual que el sujeto que pierde un ser querido, el amputado puede vivir una fase de estupor y embotamiento afectivo e incapacidad para aceptar la realidad, junto con episodios de aflicción o irritabilidad, pero afecta a la persona de forma muy individualizada, ya que él es el único que sufre directamente la amputación y por más que sus familiares y amigos puedan compadecerlo, el muñón permanecerá para el resto de su vida como testigo de su resección. El doliente oscila entre la pérdida y el enfoque orientado a la restauración, esto con el fin de encontrar nuevos significados en la vida llena de desafíos. La pérdida en éste caso muy particular, no es socialmente aceptado ya que se pensaría que la decisión de la amputación fue la correcta, dejando de lado que los sujetos se enfrentan a mas duelos y todo lo que piensan y sienten no les es posible expresarlo. La aflicción no se limita a la pérdida del miembro concreto, si no a las pérdidas que dicha mutilación implica; pérdida de autonomía en muchas actividades que el paciente realizaba y que en cierto grado ya no podrá volver a hacer, pérdidas que afectan también a su propia imagen corporal e identidad personal, y se agrega la sensación del “miembro fantasma” que puede mantener la ilusión de que dicho miembro todavía está incorporado. La filosofía de la vida constituye un factor central, ya que coloca a la persona en el ¿para qué? y no en el ¿por qué? de la situación adquirida, esta última refiere a un papel de víctima que al inicio del proceso de duelo puede ser aceptado, ya que la negación es indispensable para llegar a la aceptación, surge para

salvaguardar y replantear momentáneamente la pérdida del miembro. Pero la diferencia radica, en que lo que se busca es el surgimiento de nuevos planes e intereses que motiven al sujeto para la aceptación en sí y es en este caso cuando puede influir de forma importante el apoyo que recibe de familiares y amigos alentándolo con acciones o aunque sea con la presencia. La ausencia de ritos sociales de despedida que facilitarían la elaboración del duelo, incrementa los sentimientos de soledad y dependencia, y hacen más difícil dicha elaboración; así mismo las creencias espirituales juegan un papel muy importante en el ajuste y afrontamiento del cáncer, pues logran regular la conducta de la persona, provee soporte emocional, da un marco de referencia para comprender los eventos que se viven y brinda estrategias de afrontamiento ante la amputación. Se podría pensar entonces que la función de la religión en muchas ocasiones consiste en dar consuelo y esperanza precisamente en el punto donde la ciencia y en particular la medicina, o no tienen más respuestas o pronostican un futuro desalentador. En otras palabras, pareciera que la mera creencia y la esperanza del hombre empiezan donde termina su razón o, donde ésta no satisface sus expectativas.

La respuesta resiliente no es universal, sino que esta ligada a las diferencias individuales, porque no todas las personas presentan las mismas capacidades, ni tampoco las variables culturales, socioeconómicas, contextuales y comunitarias son similares. Los pacientes deben aceptarse a sí mismos y vencer el miedo a la falta de aceptación de los otros, aunque a menudo permanece la vergüenza de enseñar el cuerpo amputado. En la mayoría de los casos ellos creen que la apariencia de su prótesis es un elemento capital para establecer una autonomía positiva. Si se logran desvincular del estigma social sobre la discapacidad y las limitaciones que esta suponen ejerce, ellos se insertarían en el mundo de otra manera.

El trabajo emocional consiste en intensificar y luego reducir el dolor o sufrimiento por medio de que cuenten sus historias de vida, encontrando así el sentido en la pérdida. La labor del psicólogo debe intervenir desde el momento en el que el paciente se entera de que tiene cáncer y su función en éste caso es reducir la reacción de incertidumbre por la que atraviesa tanto el paciente como a su acompañante; y es importante que ésta intervención se prolongue durante el transcurso de la enfermedad, como es en el tratamiento o la amputación, incluyendo si no se logra combatir la enfermedad y acompañarlo hasta su

muerte. Es de suma importancia que el trato con los pacientes sea lo mas personalizado posible, que no se trate al paciente como un número mas en la institución y que se les explique de una forma entendible su padecimiento para que descarten cualquier duda que pudieran llegar a tener, brindándole así todas las opciones posibles para que puedan efectuar un mejor proceso terapéutico. En el caso particular del amputado se podría implementar una atención domiciliaria en un principio de la pérdida, ya que es necesario darle un seguimiento y muchas veces le es imposible el traslado por el corto tiempo que tiene con la cirugía. Nuestra labor como psicólogos contempla la necesidad de que el paciente pueda llevar a cabo dicho duelo a partir de diferentes tareas, que consisten en aceptar la realidad de la pérdida, asumir los sentimientos de aflicción, adaptar roles y funciones en el nuevo medio, para finalmente, "resituarse" emocionalmente lo perdido, volver a querer y seguir viviendo, además de prevenir y tratar las descompensaciones emocionales derivadas de la amputación, con el fin de que el paciente logre un nivel óptimo de ajuste personal y de funcionamiento psico-social en su proceso de rehabilitación y adaptación.

Lo más óptimo sería trabajar tanto con el paciente, la familia o con las personas que convive, ya que en muchos casos el problema surge de una mala comunicación de las emociones o pensamientos y el psicólogo podría fungir como facilitador de éstos. Es importante resaltar que todo el trabajo que se realiza con los pacientes sería menos eficaz si no se actúa en estrecha coordinación con los diferentes miembros del equipo asistencial que trabajan por la rehabilitación del enfermo, resaltando la implementación de estrategias donde no solo se trabaje la parte biomédica, sino que el trabajo psicológico sea visto como tratamiento integral y no como algo alternativo al tratamiento médico y así se ponga en práctica el trabajo terapéutico en todos los ámbitos. Es necesario fomentar la importancia de la psicología tanto en la sociedad como en las instituciones, en primera instancia el psicólogo debe valorar su propio trabajo, promoviendo así las distintas áreas, ya que hay mucho campo laboral como profesional de la salud. Al poner esto en práctica se podrá lograr un cambio de mentalidad ya que en la mayoría de los casos, la atención psicológica no es necesaria al entendimiento de las personas y cambiar ese concepto del psicólogo es una ardua tarea en la que todos debemos de trabajar.

## **IX. PROPUESTAS**

Es conveniente promover en instituciones privadas o gubernamentales el trabajo multidisciplinario, (psicólogos, médicos, tanatólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) de manera ecuánime. Se sabe de antemano que el paciente trabaja directamente la mayor parte del tiempo con el equipo médico, dándole mayor peso al trabajo biomédico restándole así cierta importancia a la labor del psicólogo desde un inicio. A partir de las problemáticas previamente analizadas con ésta población, del caso y de la sintomatología asociada, dependerá la forma de intervención a emplear; siendo esta desde que al paciente se le da el diagnóstico hasta que el es dado de alta o en su defecto, en la muerte.

### **A. Intervención psicológica**

Fundamentalmente está orientada a proporcionar a la persona un espacio de atención y escucha empática que estimule la confianza y que alivie la angustia, devolviéndole la estabilidad emocional necesaria para generar nuevos proyectos, así como la adaptación y aceptación de su condición. Siendo el objetivo principal, lograr la plena reinserción social y personal, promoviendo la difusión y explicación sobre la realidad de las personas amputadas por osteosarcoma, para lograr una mayor sensibilidad social e institucional. Es de suma importancia que la psicoterapia se enfoque en tres áreas fundamentales: individual, familiar y grupal. Incluyendo grupos de auto ayuda, talleres, conferencias, entre otros.

#### **1. Individual**

- Resolver el impacto emocional provocado por la noticia de la amputación, proporcionando la información adecuada sobre su patología y actuar como soporte emocional desde el momento del diagnóstico hasta el final de su proceso.
- Proporcionar estrategias de afrontamiento ante reacciones de ansiedad y alteraciones del estado de ánimo.
- Asistir al paciente a tomar decisiones informadas, fundamentadas en las necesidades particulares.
- Ayudar al paciente a restablecer su autoestima, autoconcepto, autoimagen y autonomía.

- Favorecer el manejo de la comunicación asertiva interpersonal y el manejo de emociones ayudando a disminuir los pensamientos irracionales al igual que el síndrome del miembro fantasma.
- Ayudarlo a generar proyectos de vida a corto, mediano y largo plazo tanto en el aspecto personal, familiar y/o laboral, considerando que en base a su estado de salud éstos pueden ser fluctuantes.
- Brindarle la información adecuada sobre la adquisición de una prótesis, trabajando así las modificaciones significativas que ésta implica en sus actividades diarias; como lo puede ser la recuperar la movilidad y la lucha de las dificultades que conlleva una amputación.
- Contribuir a la reducción de estigma social que sufre la persona en las dos direcciones:

Amputado  $\leftrightarrow$  Sociedad

- Promover la atención domiciliaria durante el tiempo en el que a el paciente se le complique ir a la terapia por la resiente amputación y en la reinserción domiciliaria, buscando así, la rehabilitación psicosocial centrándose en que el sujeto encuentre habilidades de adaptación a su entorno.
- Hablar de las creencias espirituales que tenga el paciente e integrarlas como medio de apoyo, consuelo y esperanza.
- Sería óptimo que el tratamiento psicológico fuese en conjunto con el tanatológico, en el que se trabajaran los diferentes duelos a partir de tareas que consisten en aceptar la realidad de la pérdida, asumir los sentimientos de aflicción, adaptar nuevos roles y funciones en su medio para finalmente resituar emocionalmente lo perdido.

## **2. Familiar**

En base a la terapia familiar sistémica, es necesario intervenir en los siguientes puntos:

- Resolver el impacto emocional provocado por la noticia de la amputación, proporcionando la información adecuada sobre su patología y actuar como soporte emocional desde el momento del diagnóstico hasta el final de su proceso.

- Brindarles herramientas para expresar y mejorar la comunicación con todos los integrantes.
- Trabajar los miedos, inquietudes y frustraciones que la nueva circunstancia genera.
- Trabajar en el cambio de roles y reasumirlos, buscando que no se responsabilicen de cuestiones que no les corresponden.
- Tratamiento tanatológico.
- Ayudar a fomentar y potenciar la autonomía y adaptación del paciente
- Generar dinámicas de trabajo en equipo con el fin de obtener mejoría en la adaptación.
- Brindarles la información real necesaria para que no existan malos entendidos o distorsión sobre las actividades que puede o no realizar el paciente. Esto con el fin de que no se fomenten creencias irracionales sobre sus capacidades y limitaciones.

### **3. Grupal**

- Es recomendable que durante el proceso de hospitalización y posteriormente en consulta externa, tanto el paciente como el familiar semanalmente tengan atención psicológica grupal para el manejo de todas las problemáticas que se presentaran a lo largo del padecimiento.
- Grupos de autoayuda (platicas testimoniales).
- Actividades de grupo con iguales para vencer y evitar el estigma social.
- Talleres terapéuticos e donde se aborden temas como el duelo, estigma social, comunicación asertiva, pensamientos suicidas, síndrome del miembro fantasma, la percepción que tienen de ellos mismos y como les afecta en la relación con los otros, proyectos de vida, adaptación al cambio, etc.

Para efectos del desarrollo de otras investigaciones, en la presente, se han resaltado aspectos que no se han tomado en cuenta dentro de los procesos de pérdida de alguna parte física por enfermedad. Es fundamental el hecho de desarrollar otras muchas investigaciones para ir cerrando los aspectos necesarios de tratamiento, previsión e incluso de enseñanza para que tanto la sociedad como profesionales de la salud se preparen ante este tipo de

situaciones, fomentando una cultura psicológica que permita a las personas aprender a comprender todo lo relacionado con los sujetos que tanto tienen cáncer, como han perdido una parte de su cuerpo por amputación; para no caer solo en tratarlos como discapacitados, sino como sobrevivientes que buscan reinsertarse y reinventarse.



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Española de Estética Reparadora Integral, (2005). Guía para pacientes oncológicos. Madrid. Recuperado de [http://www.angelanavarro.net/documentos/guia\\_de\\_autocuidado\\_en\\_pacientes\\_oncologicos.pdf](http://www.angelanavarro.net/documentos/guia_de_autocuidado_en_pacientes_oncologicos.pdf)

Almudena, A. (2003). Factor individual: autoestima. "Curso de enfermería de empresa", 8-15. Salamanca. Recuperado de [http://www.enfermeriasalamanca.com/TRABAJOS\\_SALUD\\_LABORAL/SEGURIDAD/AUTOESTIMA.PDF](http://www.enfermeriasalamanca.com/TRABAJOS_SALUD_LABORAL/SEGURIDAD/AUTOESTIMA.PDF)

APA (2010). *Manual de Publicaciones* (3ra edición). México: El Manual Moderno.

Arana, A. (13 de julio de 2010). Resiliencia: aprendiendo a sobreponerse a la tragedia y a la catástrofe personal. *Psiquiatría Integral*. Recuperado de <http://psiquiatriaintegral.com.mx/principal/?p=219>

Ayamamani, G. (febrero, 2010). *Trabajo de investigación: La comunicación en la resiliencia de los alumnos ingresantes a la universidad nacional de San Agustón de Arequipa*, 2009. Recuperado de [www.ongopd.com](http://www.ongopd.com)

Barudy, J. & Marquebreucq. A.P. (2006). *Hijas e hijos de madres resiliente*. España: Gedisa.

Beauregard, L. (2005). *Autoestima: para quererse más y relacionarse mejor*. España: Narcea Ediciones.

Bernard, B. (1999). Applications of resilience: Positive and Promise. En Glantz, M. & Johnson, J. (Ed.). *Resilience and Development: Positive Life Adaptation*, New York: Plenum.

Cita en el texto (Bernard, 1999, p. 359).

Psicología Forense. (Junio, 2011). Consecuencias psicológicas de las amputaciones. Recuperado de <http://psicologos-forenses.blogspot.mx/2011/06/consecuencias-psicologicas-de-las.html>

- Cornejo, C. P. (2011). *El duelo de los padres por el nacimiento de un hijo con síndrome de down y parálisis cerebral*. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/04%20El%20duelo%20de%20los%20padres.pdf>
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. España: Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2005). *Diálogos sobre la naturaleza humana*. España: Iberica.
- Cyrulnik, B. (2005). *El amor que nos cura*. España: Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2005)]. *Los patitos feos* (6ta edición). España: Gedisa.
- Delgado, J. M. & Gutierrez, J. (1999). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. España: Síntesis.
- Denis, P., Hermida, A., & Siliceo, J. (2009). La ciencia y el hombre: revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad veracruzana. *Tanatología: el proceso de morir*, 22(2). Recuperado de <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol22num2/articulos/tanatologia/index.html>
- De Garay, G. (noviembre, 1999). *La entrevista de historia oral: ¿monologo o conversación?*: Revista electrónica de investigación educativa. Universidad Autónoma de Baja California, Ensenada, México pp. 81-89.
- El concepto de personalidad resistente. (Marzo, 1998). *Boletín de psicología*. Recuperado de [http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/el-concepto-de-personalidad\\_resistente.pdf](http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/el-concepto-de-personalidad_resistente.pdf)
- Eliade, M. (1972). *Tratado de Historia de las Religiones*. México: Ediciones Era
- Esparza, T. (2009). “Resiliencia y Cáncer”, Psicoencuentro. México. Recuperado de [http://www.psicoencuentro.com/articulo\\_de\\_psicologia.php?idarticulo=139&idioma=1](http://www.psicoencuentro.com/articulo_de_psicologia.php?idarticulo=139&idioma=1)
- Espinosa, A. (2012). *El mundo amarillo*. México: Debolsillo.

- Prácticas psicológicas. Personas con discapacidad física: Amputación. (s.l.): Columbia University.
- ISSUU (2011). En Aspectos psicológicos de la amputación. Recuperado de <http://issuu.com/macjason/docs/aspectos.psicologicos.de.la.amputacion>
- Fonagy, P., & Target, M. (Eds.). (2006). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. [Sección especial]. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- Forés A. (junio, 2008). Jóvenes y gestión del riesgo. Pedagogía de la resiliencia. *Revista Misión Joven*, 377, pp, 36-37.
- Galindo, J. (1998). Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. México: Addison Wesley Longam.
- Goodyer, I.M. (1995). Risk and resiliente proceses in childhood and adolescent, en Bengt Lindstrom y Nick Spencer, *Social Paediatrics*, Londres, Oxford University Press.
- Grotberg, E. (1996) Promoción de la resiliencia en los niño”. En medicina y sociedad. Barcelona: Gedisa
- Grotberg, E. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades. Barcelona: Gedisa
- Henderson, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. España: Gedisa
- Instituto Nacional del Cáncer (julio, 2011). *La espiritualidad en el tratamiento del cáncer*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/HealthProfessional/page3/Print>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer*. (febrero, 2011). Datos Nacionales. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/cancer11.asp?s=inegi&c=2780&ep=50>

- Kreisler, L. (1996). *La resiliente mise en spirale, Spirale*, 1. Págs.162-165. España: Narcea Ediciones.
- Kotliarenco, M. (1996). La pobreza desde la mirada de la resiliencia. Recuperado de <http://resiliencia.cl/resilien.htm>
- Kozier, E. (2000). Técnicas de Enfermería Clínica. (Vol. 1, pp. 204). México: Manual moderno
- Kubler-Ross, E.(2003). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Debolsillo.
- Lamas, H. y Murrugarra, A. (s. f.). Discapacidad: la diferencia como adversidad. Recuperado de <http://www.pasoapaso.com.ve/CMS/images/stories/variospdfs/resiliencia.pdf>
- Liberman, D. (2008). *Es hora de hablar del duelo*. Buenos Aires: Atlántida.
- Londerville, S., & Main, M. (1981). Security of attachment, compliance, and maternal training methods in the second year of life. *Developmental Psychology*, 17, 238-299.
- Malinowski B. (1992). *Magia, ciencia y religión*. España: Ariel.
- Manciaux, M. (Compilador) (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. España: Gedisa.
- Martínez, I., & Vasquez-Bronfman, A. (2006). *La resiliencia*. España: Gedisa.
- Martínez, M. (2011). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas.
- Masten, A. & Reed, M.G. (2002). *Resilience in Development*. En CR Snyder & SJ Lopez, Handbook of positive Psychology. Oxford: University Press.
- Montelongo, ND. (2005): "Adolescente, resiliencia y muerte". Ponencia presentada en el Congreso Resiliencia México, Septiembre. Disponible en: [apemocional@casadelaamistad.org.mx](mailto:apemocional@casadelaamistad.org.mx).
- Montelongo, D. y Montoya, J. (2006): *Resiliencia Infantil Oncológica: Proyecto RIO*. Casa de la Amistad Para Niños con Cáncer, I.A.P. y FES Iztacala/UNAM, México.

- Montoya, AJ. (2005, septiembre): "*Resiliencia infantil: ¿De dónde nace la resiliencia?*". Ponencia presentada en el Congreso Resiliencia México. Disponible en: [psic\\_jorgemontoya@yahoo.com.mx](mailto:psic_jorgemontoya@yahoo.com.mx).
- Ordoñez, J. E. (junio, 2007). Influencia de Mircea Eliade en Joseph Mitsuo Kitagawa Metodología de la historia de la religión. *Thémata, Revista de filosofía*, 39(7), 32-37. Recuperado de <http://institucional.us.es/revistas/themata/39/art51.pdf>
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (marzo, 1998). *El concepto de personalidad resistente*. Consideraciones Teóricas y Repercusiones Prácticas. *Boletín de psicología*, 58, pp. 61-64. Recuperado de [http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/el-concepto-de-personalidad\\_resistente.pdf](http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/el-concepto-de-personalidad_resistente.pdf)
- Perfil.com, La resiliencia: mucho más que sobrevivir. (2007). *Factor individual: autoestima*. Recuperado de [http://www.perfil.com/contenidos/2007/08/26/noticia\\_0014.html](http://www.perfil.com/contenidos/2007/08/26/noticia_0014.html)
- Prada, E. (septiembre, 2005). Psicología positiva y emociones positivas. Recuperado de <http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf>
- Prieto, A. (febrero, 2004). Psicología oncológica. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*, 2 (2), pp 108-109.
- Psicología Forense (Junio, 2011). Consecuencias psicológicas de las amputaciones. {Artículo de blog}. Recuperado de <http://psicologos-forenses.blogspot.mx/2011/06/consecuencias-psicologicas-de-las.html>
- Raquel, E. Cohen & Frederick L. Ahern, Jr. (1989). *Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres*. México: Harla.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations, *Journal of Adolescent Health*, 14, n. 8 pp. 626-631.
- Teletón, *Estadísticas de cáncer en México*, (Abril, 2009). Datos Nacionales. Recuperado de <http://www.teleton.org.mx/programas/cancer/estadisticas-de-cancer-en-mexico/>

- Vanistendael, S. (1996). *La resiliencia o el realismo de la esperanza: herido, pero no derrotado*. Ginebra: Oficina internacional, niñez católica.
- Sampieri, R., Fernández-Collado y Baptista. (2008). *Metodología de la investigación* 4 ed. México: McGraw-Hill/interamericana. (pp 6-12)
- Seligman, M. (2003). *La autentica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Vargas, E. y Villavicencio, J. (2011). Niveles de resiliencia en pacientes recientemente amputados. Recuperado de [http://www.conductitlan.net/centro\\_regional\\_investigacion\\_psicologia/57\\_resiliencia\\_amputados.pdf](http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/57_resiliencia_amputados.pdf)
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar, estrategias para su fortalecimiento*. Amorrortu Editores: Argentina.

## XI. ANEXOS



*Carta Informativa.*

Tlalnepantla de Baz, Edo de México a \_\_\_\_ del 2010.

Por medio de la presente se hace de su conocimiento que la alumna Paola Melisa Jiménez Corrujedo con número de matrícula 198759 y Beatriz Aspiros García con número de matrícula 198686, que cursan el noveno semestre de la Carrera de Psicología, como parte de las actividades de la materia “Diseño y Análisis de Investigación Educativa” realizarán la investigación “ Factores psicosociales que influyen en la resiliencia de personas que han perdido un miembro por osteosarcoma” teniendo como objetivo identificar los factores psicosociales que estén relacionados con los tipos de resiliencia (capacidad de recuperarse frente a la adversidad) a través de entrevistas, para proponer estrategias de intervención.

Esta investigación se llevara a cabo de la siguiente forma:

1. Entrevista con duración aproximada de 45 a 60 minutos.
2. Si es necesario contemplar otra entrevista para reforzar la información adquirida, se acordara en la misma sesión y se empleara el mismo tiempo anteriormente expuesto.

Es necesario remarcar que esta investigación no constituye ningún riesgo para la población, por lo contrario el beneficio que tendrán los participantes será adquirir elementos para constituir una mejor calidad de vida. Así mismo la participación es voluntaria y estará respaldada por altos índices de confidencialidad; cualquier duda será atendida por Paola Melisa Jiménez Corrujedo con número celular: 0445510323726 y por Beatriz Aspiros García con número de celular 0445528981264. Serán asesoradas por la Mtra. María Estela Flores Ortiz y el Dr. Francisco Javier Gómez García. Finalmente el participante que lo juzgue pertinente podrá concluir la entrevista en el momento que lo considere pertinente.

Atentamente.

---

Paola Melisa Jiménez Corrujedo.

Beatriz Aspiros García.





*Consentimiento Informado*

Tlalnepantla de Baz a \_\_\_\_ de Octubre del 2010.

Yo \_\_\_\_\_ he sido informado (a) ampliamente y estoy consciente que la investigación “Factores psicosociales que influyen la resiliencia de personas que hayan perdido un miembro por osteosarcoma”, tiene como objetivo identificar aquellos factores psicosociales que estén relacionados con los tipos de resiliencia (capacidad de recuperarse frente a la adversidad) para proponer estrategias de intervención, esta entrevista busca aportar información en base a mi historia de vida para una investigación, se realizará una grabación de voz la cual permitirá que la información adquirida sea verídica y no modificable, por lo que el momento de mi participación será de única ocasión.

Tengo claridad que quien realizará la entrevista es **Paola Melisa Jiménez Corrujedo y Beatriz Aspiros García** estudiantes de noveno semestre de la Carrera de Psicología con matriculas 198759 y 198686, con número celular: 0445510323726 y 0445528981264, quienes serán supervisadas por la Mtra. María Estela Flores Ortiz y por el Dr. Francisco Javier Gómez García.

Estoy informado (a) que no existe ningún riesgo ante mi integridad física y que por el contrario se obtiene como beneficio la realización de una reflexión y un análisis sobre los momentos de mi vida que favorecen o entorpecen la aceptación psicológica de mi realidad actual. También estoy plenamente consciente de que los resultados serán absolutamente confidenciales. De igual manera conozco el nombre y celular de los aplicadores por si existiera alguna duda o aclaración.

Por lo antes expuesto, no tengo inconveniente en participar en esta investigación.

---

Nombre y firma del entrevistado

## TABLA DE CONTNGENCIAS

	CATEGORIAS	SUJETOS DE ESTUDIO												Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>P S I C O L O G I C A S</b>	Autoestima	18	16	16	17	15	18	15	16	19	14	16	17	<b>197</b>
	Autoconcepto													
	Autoimagen													
<b>S O C I A L E S</b>	Familia	15	15	17	17	16	17	18	15	18	15	13	15	<b>191</b>
	Relaciones interpersonales	14	14	15	15	13	13	16	14	16	15	14	14	<b>173</b>
	Experiencias vivenciales	12	13	15	12	13	13	16	12	15	15	14	13	<b>163</b>
	Religión	13	13	14	18	15	16	14	15	17	12	15	16	<b>178</b>

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**PROYECTO:** Entrevista apacientes amputados

**LUGAR:** Instituto Nacional de Cancerología

**TIEMPO:** Octubre, Noviembre y Diciembre de 2010.

**HORARIO:** de 9:00 a 13:00 hrs. (los tiempos de entrevista se ajustaron de acuerdo al horario de las citas medicas a las que asistieron en el área de traumatología)

Lun	Mar	Mié	Jue	Vie		Lun	Mar	Mié	Jue	Vie
				1		1	2	3	4	5
4	5	6	7	8		8	9	10	11	12
11	12	13	14	15		15	16	17	18	19
18	19	20	21	22		22	23	24	25	26
25	26	27	28	29		29	30			
OCTUBRE						NOVIEMBRE				

Lun	Mar	Mié	Jue	Vie
		1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
27	28	29	30	31

DICIEMBRE