



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre-Bolivia

**CURSO DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA: MENCIÓN
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA”**

**“UNA APROXIMACIÓN AL PERFIL PSICOLÓGICO DE
PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO DESDE EL
ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO”**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magíster en
“Psicología Clínica: Mención
Psicoterapia Integrativa”**

ALUMNA: LIC. ALICIA E. TORRES LAGRAVA

Sucre – Bolivia

2011



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre-Bolivia

**CURSO DE MAESTRÍA EN
“PSICOLOGÍA CLÍNICA: MENCIÓN
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA”**

**“UNA APROXIMACIÓN AL PERFIL PSICOLÓGICO DE
PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO DESDE EL
ENFOQUE INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO”**

**Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magíster en “Psicología
Clínica: Mención Psicoterapia
Integrativa”**

ALUMNA: LIC. ALICIA E. TORRES LAGRAVA

TUTORA : LIC. CARMEN LUZ LETELIER

Sucre – Bolivia

2011

A Dios, Maestro de Maestros

A mis padres, ejemplos de vida

A mi familia, mi fuerza para seguir adelante...

Agradecimientos

A todas y cada una de las personas que hicieron posible la realización de esta investigación, gracias por compartir su tiempo, sus conocimientos y sus experiencias, todo ello hizo posible lo que hoy puedo aportar al campo de la psicología.

Agradecer al Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa y a todos los profesionales que trabajan en el, por todo lo impartido en este tiempo, por ser una fuente de motivación y ejemplo a seguir, tanto en el aspecto profesional como humano.

A mi tutora, Carmen Luz Letelier, por su apoyo incondicional, su esfuerzo e interés en todo momento, por su paciencia y su guía, lo cual hizo posible la conclusión de esta investigación.

Al personal del Instituto de cancerología "Cupertino Arteaga", por abrirme sus puertas y brindarme todo el apoyo necesario.

A los pacientes de esta Institución que luchan contra el cáncer, en especial a aquellas mujeres que me acompañaron en este proceso de investigación, gracias por su confianza, por su tiempo y sobre todo por enseñarme que con valentía, fortaleza y optimismo la vida puede ser mejor.

RESUMEN

El cáncer cérvico uterino es la enfermedad que más vidas cobra en la población femenina en Bolivia, por lo que en este grupo las demandas de atención son muchas, entre ellas demandas de atención psicológicas que deben ser atendidas para que puedan llevar una mejor calidad de vida durante este proceso y después de él. La presente investigación brinda un panorama acerca de las características psicológicas de esta población, y desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático se expone un perfil psicológico donde se analizó y tomó en cuenta las dimensiones biológica, cognitiva, afectiva, ambiental conductual e inconsciente, en las cuales se identificaron componentes importantes e interesantes para comprender de manera integral la dinámica psicológica y con ello posteriormente se pueda estudiar e indagar posibles líneas específicas de intervención aplicables al campo de la psicooncología en el tratamiento de mujeres con este tipo de cáncer.

ABSTRACT

At the moment the cancer uterine is the illness that more death generate in the feminine population in Bolivia, that's why the demands of attention are many, among them those of psychological attention, because these patients need to receive support with the purpose of improving its life quality, during this process. The present investigation offers a panorama about this population's psychological characteristics, and from the Supraparadigmatic Integrative Approach (EIS) a psychological profile is exposed where it was analyzed the biological, cognitive, affective, environmental- behavioral and unconscious dimensions of these people, in which important and interesting components were identified to understand in an integral way the psychological dynamics and with it one can study later on and to investigate possible lines specifies from applicable intervention to the field of the psychooncology in the treatment of women with this kind of cancer.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO TEÓRICO	5
2.1.	Cáncer	5
2.1.1.	Causas del cáncer	7
2.1.2.	Tratamientos en oncología	9
2.1.3.	Epidemiología del cáncer	11
2.2.	Cáncer cérvico uterino	14
2.2.1.	Causas del cáncer cérvico uterino	15
2.2.2.	Sintomatología y diagnóstico	18
2.2.3.	Tratamiento	20
2.3.	Psicología y salud	26
2.3.1.	Psicooncología	27
2.3.1.1.	Objetivos de la psicooncología	28
2.3.2.	El paciente oncológico	29
2.3.2.1.	Características psicológicas del paciente relacionadas al proceso oncológico	29
2.3.2.1.1.	Fase de diagnóstico	30
2.3.2.1.2.	Fase de tratamiento oncológico	31
2.3.2.1.3.	Fase de remisión	32
2.3.2.1.4.	Fase de recaída	32
2.3.2.1.5.	Fase terminal	34
2.3.2.2.	Características del funcionamiento psicológico del paciente oncológico	35

2.3.2.2.1.	Estrés	35
2.3.2.2.2.	Locus de control	36
2.3.2.2.3.	Depresión y ansiedad	37
2.3.2.2.4.	Personalidad	38
2.3.2.2.5.	El cáncer y el proceso de duelo	39
2.3.2.3.	Cambios en la vida del paciente debido al cáncer	40
2.3.2.3.1.	Cambios a nivel personal	40
2.3.2.3.2.	Cambios a nivel social	41
2.3.2.3.3.	Cambios a nivel laboral	42
2.3.2.3.4.	Cambios a nivel familiar	42
2.4.	Abordaje terapéutico en oncología desde diferentes enfoques en psicología	44
2.4.1.	Enfoque cognitivo-conductual	45
2.4.1.1.	Técnicas cognitivas-conductuales en oncología	45
2.4.2.	Enfoque sistémico	48
2.4.2.1.	Técnicas sistémicas en oncología	48
2.4.3.	Enfoque humanista	49
2.4.3.1.	Técnicas humanistas en oncología	50
2.4.4.	Otras técnicas en psicooncología	53
2.4.4.1.	Espiritualidad/religiosidad	53
2.4.4.2.	Charlas informativas	54
2.4.4.3.	Psicoterapia de grupo	54
2.4.4.4.	Terapias alternativas	55
2.5.	Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)	56
2.5.1.	Modelo Integrativo Supraparadigmático	56

2.5.1.1.	Paradigma biológico	60
2.5.1.2.	Paradigma ambiental conductual	61
2.5.1.3.	Paradigma cognitivo	62
2.5.1.4.	Paradigma afectivo	63
2.5.1.5.	Paradigma inconsciente	63
2.5.2.	Psicoterapia Integrativa	64
2.5.2.1.	Ficha de evaluación clínica Integral	66
III.	MARCO METODOLÓGICO	68
3.1.	Objetivos	68
3.1.1.	Objetivo general	68
3.1.2.	Objetivos específicos	68
3.2.	Diseño de la investigación	68
3.3.	Población	69
3.4.	Muestra	69
3.5.	Instrumento	70
3.5.1.	Ficha de evaluación clínica integral (FECI)	70
3.6.	Variables a estudiar	71
3.6.1.	Variables poblacionales	71
3.6.2.	Variables del FECI	74
3.7.	Análisis de datos	115
IV.	RESULTADOS	117
V.	ANÁLISIS Y CONCLUSIONES	142
VI.	BIBLIOGRAFÍA	

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Edad	117
Cuadro 2. Estado civil	117
Cuadro 3. Ocupación	118
Cuadro 4. Número de hijos	118
Cuadro 5. Etapa del tumor	119
Cuadro 6. Tipo de tratamiento	119
Cuadro 7. Escalas Feci (paradigma biológico)	120
Cuadro 8. Síndrome Pre menstrual	121
Cuadro 9. Antecedentes peri natales	122
Cuadro 10. Condición médica	122
Cuadro 11. Actividad física	123
Cuadro 12. Escalas Feci (paradigma cognitivo)	123
Cuadro 13. Escalas Feci (paradigma afectivo)	124
Cuadro 14. Emociones	125
Cuadro 15. Sentimientos	126
Cuadro 16. Escalas Feci (par. ambiental conductual)	127
Cuadro 17. Relación con el padre	127
Cuadro 18. Características de los padres	128
Cuadro 19. Valores transmitidos por los padres	128
Cuadro 20. Evaluación relación de pareja de padres	129
Cuadro 21. Calidad de vida con los padres	129
Cuadro 22. Evaluación de la vida escolar	130
Cuadro 23. Historia laboral	130

Cuadro 24. Historia social	131
Cuadro 25. Historia social (2°)	131
Cuadro 26. Historia sexual	132
Cuadro 27. Historia de relaciones de pareja	132
Cuadro 28. Uso del tiempo libre	133
Cuadro 29. Actitud frente al ambiente	134
Cuadro 30. Eventos estresantes	134
Cuadro 31. Relación de pareja	135
Cuadro 32. Características como madres	135
Cuadro 33. Grupo familiar	136
Cuadro 34. Escalas Feci (paradigma inconsciente)	136
Cuadro 35. Variable N° de Hijos Vs. Escalas	137
Cuadro 36. Variable N° de Hijos Vs. Escalas (2°)	137
Cuadro 37. Variable Etapa del tumor Vs. Escalas	138
Cuadro 38. Variable Etapa del tumor Vs. Escalas (2°)	138
Cuadro 39. Variable Edad Vs. Escalas	139
Cuadro 40. Variable Edad Vs. Escalas (2°)	139
Cuadro 41. Variable Ocupación Vs. Escalas	139
Cuadro 42. Variable Ocupación Vs. Escalas (2°)	140

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer es una de las enfermedades que más casos presenta a nivel mundial, generando una preocupación permanente en los profesionales de la salud por su prevención, debido a que no existe todavía un medicamento o tratamiento que determine la cura total de este mal.

Cada año a nivel global, 12.7 millones de personas descubren que tienen cáncer y 7.6 millones fallecen como consecuencia de la enfermedad. Este número representa más muertes que el sida, el paludismo y la tuberculosis combinados. Las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud indican que sin una acción inmediata, el número global de muertes por cáncer aumentará a cerca de un 80% en el 2030, y la mayoría de los casos ocurrirán en países de bajos y medianos recursos. (Centros para el control y la prevención de enfermedades, 2011)

El cáncer es el nombre de una enfermedad que agrupa a más de 200 tipos de enfermedades diferentes (tumores malignos), caracterizándose por la división, crecimiento y propagación descontrolada de células anormales en el cuerpo. Uno de estos tipos de cáncer es el de cuello uterino o cáncer cérvico uterino, el cual tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácil de diagnosticar, el más prevenible de todos los cánceres pero es el principal problema de salud pública en las mujeres en actividad sexual de los países subdesarrollados como el nuestro.

A nivel mundial, más de 500,000 mujeres son diagnosticadas con cáncer cérvico uterino y 280.000 mujeres mueren cada año (OMS, 2004). En tanto, en Bolivia el panorama es preocupante ya que nuestro país tiene una de las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo ya que cuatro mujeres mueren al día a causa del cáncer. De cada 100 mil mujeres, 56 han desarrollado cáncer de cuello uterino, lo que representa ocho veces mayor incidencia de cáncer en Bolivia con relación a los países de primer mundo.

Por esta razón, los servicios de oncología en Bolivia cumplen una ardua labor ya que los casos de cáncer cérvico uterino van en ascenso, por lo que se necesita de un trabajo multidisciplinario de expertos en salud, desde una perspectiva biopsicosocial para el desarrollo de la prevención y del tratamiento.

En este sentido, se ha visto que el cáncer es un padecimiento grave y complejo que tiene una evolución cuyo pronóstico depende de la etapa en la que es diagnosticado, como también del tipo de tumoración, esto se relaciona con un impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar y social como en el equipo de salud que los atiende. Por esta razón, dichos aspectos han sido abordados por la psicología, más específicamente por la psicooncología, subespecialidad que se enfoca en atender las reacciones psicológicas del paciente oncológico, su familia y el personal asistencial, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad; los psicooncólogos cumplen la función de apoyar, orientar y acompañar al paciente ya su familia desde el inicio del diagnóstico, brindar las herramientas psicológicas

necesarias para enfrentar esta etapa, que en la mayoría de los casos resulta ser muy desestructurante para la persona.

Es así que en los últimos años se ha despertado un interés creciente por conocer hasta qué punto "determinadas características de personalidad y estados emocionales, en combinación con los factores biológicos y ambientales, pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer, en especial en el cáncer cérvico uterino y de mama, los cuales son los de mayor incidencia a nivel mundial". (Ruiz, Garde, Ascunce & Del Moral, 2004:1)

Las investigaciones cuyo principal objetivo ha sido detectar un patrón o perfil pre mórbido de personalidad relacionado con el cáncer de mama y cérvico uterino, tienden a describir a las pacientes con este tipo de neoplasias como personas con alto control emocional, fundamentalmente de las emociones negativas (ira, ansiedad y tristeza), cooperadoras y con tendencia al auto sacrificio y a evitar los conflictos con tal de mantener relaciones armoniosas con las personas de su entorno. (Ruiz, et al, 2004)

Por lo expuesto anteriormente, el objetivo fundamental de esta investigación es la de detectar la probable existencia de un perfil psicológico de las mujeres con cáncer cérvico uterino en nuestro medio, prestando una especial atención a su estado emocional y diferentes características de personalidad, con el fin de aportar a las intervenciones psicológicas encaminadas a reducir o mitigar el malestar emocional y favorecer un mejor ajuste psicosocial. Si bien se evaluará las posibles características psicológicas en común en esta población, no se puede asumir si estas se presentan a causa de la

enfermedad o son pre mórbidas, por lo que los resultados aportaran a mostrarnos un panorama más amplio e información nueva acerca del tema, más no la etiología del posible perfil en esta población.

El enfoque Integrativo Supra paradigmático (EIS) nos brinda esta posibilidad: la de investigar nuevos territorios en diferentes temáticas ya que dentro de su teoría se manejan conceptos e ideas novedosas y de gran importancia para el actuar del psicólogo como también para la comprensión de la dinámica integral del ser humano. Dicha perspectiva integra los aportes validos de autores y enfoques re contextualizándolos de una manera coherente dentro del marco de este nuevo paradigma, el cual aporta profundidad a la comprensión y potencia el cambio.

El EIS supone "un marco conceptual orientador, ordenador y amplio que constituye una totalidad coherente, aporta un fundamento teórico compartido delimitando principios básicos en ámbitos epistemológicos, metodológicos y de los paradigmas causales". (Navarrete, 2004, pág. 11)

Al realizar una aproximación clínica desde el EIS para determinar el perfil psicológico en esta población es necesaria la utilización del FECCI, instrumento que nos permitirá comprender y analizar las características psicologías en cada uno de los paradigmas del enfoque (cognitivo, afectivo, ambiental-conductual, inconsciente y biológico), lo que será de gran aporte para futuras intervenciones y aplicación de técnicas específicas que apunten a mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer cérvico uterino.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Cáncer

Al referirnos a cáncer, nos referimos a la presencia de un neoplasma o tumor, el cual es definido como:

Una masa anormal de tejidos cuyo crecimiento excede y no está coordinado con el de los tejidos normales y persiste de la misma forma excesiva después de la cesación del estímulo que provocó el cambio. Estos tumores pueden ser benignos o malignos, los últimos proliferan rápidamente y se diseminan a través del organismo, de manera que, si no son tratados precozmente, pueden causar la muerte. Estos tumores pueden ser considerados como cáncer. (Unión Internacional contra el cáncer, 1982, pág. 23).

Las células cancerosas pueden también desprenderse del tumor y entrar en el torrente sanguíneo o en el sistema linfático. Al moverse por el torrente sanguíneo o por el sistema linfático, dichas células pueden diseminarse del sitio primario a los ganglios linfáticos o a otros órganos en donde pueden formar nuevos tumores. Cuando el cáncer se disemina, se llama metástasis.

Los tumores se clasifican de acuerdo con el origen de la célula tipo: los de origen epitelial y los de origen mesenquémico; según su histología se clasifican en bien diferenciados, moderadamente o pobremente diferenciados, de acuerdo con el grado de madurez celular; según su etiología, la clasificación no es posible porque la causa

de la mayoría de los tumores es aún desconocida. (Unión Internacional contra el cáncer, 1982)

El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo en que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga el paciente. Para conocer esto hay que realizar una serie de análisis que facilitan su clasificación en uno u otro estadio.

Hoy en día se utiliza un sistema de estadificación común en todo el mundo, propuesto por el Comité Conjunto Americano del Cáncer, estadificación que se basa en la valoración de tres componentes (Murphy, Lawrence & Lenhard, 1996, pág.78):

- (T) se refiere a la extensión del tumor
- (N) se refiere a la presencia o ausencia y extensión de la metástasis a los ganglios linfáticos regionales
- (M) se refiere a la presencia o ausencia de metástasis a distancia

Una vez asignadas las categorías T, N y M, se agrupan en estadios, que una vez definidos permanecen sin cambio alguno en la historia clínica del paciente (Instituto Nacional del Cáncer, 2010, pág. 1):

- Estadio 0: carcinoma in situ
- Estadio I, II, III: Los números más altos indican enfermedad más extensa, tamaño mayor del tumor o diseminación del cáncer más allá del órgano en donde se formó.
- Estadio IV: El cáncer se ha diseminado a otros órganos.

La estadificación es importante ya que ayuda al médico a planear un tratamiento apropiado, puede usarse para estimar el pronóstico de la persona, ayuda a identificar estudios clínicos que puedan ser adecuados para un paciente en particular, y permite a los profesionales médicos e investigadores compartir información sobre los pacientes. (Murphy, et al, 1996)

Las clases de pruebas usadas para la estadificación dependerán del tipo de cáncer, pudiéndose aplicar las siguientes: exámenes físicos, los estudios de imágenes, las pruebas de laboratorio, los informes de patología y los informes de cirugía. (Instituto Nacional del Cáncer, 2010)

2.1.1 Causas del cáncer

Tomando en cuenta las diversas investigaciones respecto a las posibles causas que dan lugar al cáncer, se puede afirmar que existen muchas causas pero estas operan de manera idiosincrática en cada persona, por lo que no se puede concluir que hay un solo factor causal de peso. Se puede mencionar los siguientes:

- a) Hereditarios: Se estima que la aparición del cáncer debido a factores hereditarios abarca entre un 5 a 10% de todos los casos, siendo algunos tipos de cáncer más propensos a ser heredados que otros.

- b) Sustancias Químicas: algunas sustancias químicas, como el alquitrán y algunos de sus derivados, resultan ser altamente cancerígenos. Así también el cigarro, al contener alquitrán y otros compuestos, es el causante

en un 87% de las muertes relacionadas con el cáncer del pulmón. El consumo de alcohol por otra parte, ha sido asociado a cánceres de la cavidad oral, la faringe, la laringe y el esófago. (Murillo y Alarcón, 2006)

c) Radiaciones: Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a adquirir cáncer de la piel y leucemia. La excesiva exposición a los rayos solares, por parte de personas de piel blanca, aumenta el riesgo. (Richardet, 2007)

d) Dieta: la dieta deficiente en fibra, calcio, hierro, yodo, riboflavina entre otros ha sido asociada al cáncer de colon, de mama y próstata. Se estima que entre un 30% a 40% de los cánceres se pueden prevenir con dietas apropiadas y ejercicio físico. (Murillo y Alarcón, 2006)

e) Psicológicas: algunos especialistas afirman que el llevar una vida muy agitada da lugar a altos niveles de estrés y perturbación emocional, lo cual repercutiría en la salud de la persona, presentándose así diferentes enfermedades psicosomáticas que en un inicio pueden ser leves (como un dolor de estómago por ejemplo) pero al no ser tratadas como efecto del ritmo de vida de la persona, van agravándose dando como resultado enfermedades de riesgo, como el cáncer. Así también se dice que duelos no elaborados, la muerte inesperada de un ser querido o algún trauma vivido en la infancia se asocia al cáncer, como también una baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, y no hacer un buen uso del tiempo libre (Middleton, 2004).

Estas son algunas posibles causas a nivel psicológico que se podrían relacionar con la génesis o progreso del cáncer, sin embargo hay algunas otras que serán citadas más adelante y con más profundidad, al referirnos a la psicooncología ya que esta especialidad nos explica a profundidad estos posibles factores etiológicos relacionados con el cáncer.

2.1.2 Tratamientos en oncología

Hoy en día la medicina ha ido incorporando tratamientos más eficaces gracias a los avances tecnológicos y la investigación en esta área, ya que el cáncer es considerado una enfermedad que requiere de mucha atención debido a la gran cantidad de personas que mueren debido a esta enfermedad. Sin embargo, tratamientos modernos son utilizados en países del primer mundo mientras que en los países sub desarrollados no se tiene aún acceso debido a los costos y las dificultades para acceder a ellos. Estos tratamientos están encaminados a superar los efectos del cáncer de mejor manera, prolongar la vida del paciente (en casos terminales) y otros incluso combaten el tumor y lo destruyen completamente.

A continuación se mencionara brevemente los tratamientos más utilizados actualmente en oncología en nuestro medio:

- a) Quimioterapia: se utiliza una amplia variedad de fármacos que dependerán del tipo y grado del tumor; estos fármacos son administrados vía intravenosa acompañados de sueros que son complementos del tratamiento. El fármaco llega a todos los tejidos y

células del cuerpo, atacando a las malignas y muchas veces dañando en cierto grado a las sanas, por lo que se presenta en el paciente una serie de efectos secundarios como náuseas, vómitos, caída de cabello, temblores, nerviosismo, dolor en todo el cuerpo, entre otros. Por esta razón, para algunos pacientes este proceso resulta muy traumático y angustiante ya que los fármacos alteran todo su organismo. (Murphy, et al, 1996)

- b) Radioterapia: es un tratamiento donde se utiliza radiación en forma de un tipo especial de rayos x, rayos gamma o electrones, que son administrados en la zona donde se encuentra el tumor, afectando a las células malignas y evitando su propagación, reduciendo así el tamaño del tumor. Si bien este tratamiento no es doloroso, los efectos secundarios son varios: náuseas, vómitos, quemazón interno, daño en la piel, y algunos otros que dependerán de la zona donde se encuentre el tumor. (Murphy, et al, 1996)
- c) Cirugía: intervención realizada en caso de que el tumor pueda ser extraído. Existen algunos tumores que no son operables ya que se han extendido a otros órganos o que al ser extraídos puedan dañar a órganos vitales comprometiendo la vida del paciente. (Unión Internacional contra el cáncer, 1982)
- d) Braquiterapia: tratamiento que al igual que la radioterapia, utiliza radiación pero en este caso se utiliza un material radioactivo que se coloca dentro o lo más cerca posible del tumor, radiándolo directamente por lo que las células sanas son menos

dañadas. Este dispositivo radioactivo puede estar varios días en el cuerpo de la persona, o en algunos casos, permanentemente. (Murphy, et al, 1996)

e) IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy): la Radioterapia de Intensidad Modulada consiste en un "sistema computarizado de alta complejidad que permite maximizar las dosis de radiación en los volúmenes blanco (la forma del tumor por tratar), y minimizar las dosis en los tejidos sanos, disminuyendo en forma considerable los efectos adversos". (Puntal, 2006, pág. 1). Así también se utiliza el sistema de planificación inversa que consiste en plantearle un tratamiento ideal a la computadora, y es ésta la que nos dice cuál es la solución ideal para cada caso, a diferencia de la 3D en la cual el tratamiento lo propone el operador. Este tratamiento es realizado solo en algunos países de Sudamérica en vías de desarrollo ya que son equipos de última generación.

2.1.3. Epidemiología del cáncer

Como algunos autores mencionan (Cruzado, 2000; Rodríguez, 2006; Salaberry, 2008), el cáncer es la enfermedad del siglo XXI. Es sorprendente como en los últimos años los índices de cáncer en el mundo han ido en aumento de manera considerable. Como se había mencionado anteriormente, las causas para su aparición son diversas, sin embargo se puede observar que el estilo de vida hoy en día ha dado pie a este panorama. A manera de ejemplo, se puede ver que los índices de tabaquismo han ido en aumento, lo que se asocia a una alta tasa de mortalidad en esta población a causa del cáncer de pulmón.

Actualmente, el cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial. De acuerdo a los datos de la ONU, cada año se producen doce millones de nuevos casos de cáncer. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 2007 se reportaron 7.9 millones de personas fallecidas por algún tipo de cáncer, lo que representa el 13% de las defunciones generales. "Las estadísticas más recientes indican que en 2008 unos 7,6 millones de personas murieron de cáncer, de las cuales unas 610.000 eran enfermos de cáncer de colon y 460.000, mujeres con cáncer de mama". (ONU, 2011, pág.1). Se estima que para el 2030 la cifra de muertes por esta enfermedad alcance un total de doce millones, un dato que preocupa a muchas entidades que trabajan en este campo. (ONU, 2011).

En países en vías de desarrollo, como Bolivia, la tasa de mortalidad a causa del cáncer es elevada ya que no se cuenta con los avances en medicina, con centros de atención médica adecuados en las provincias, como también no se cuenta con la cultura necesaria acerca de la importancia del cuidado de la salud, factores que en muchos países evita índices más elevados de mortalidad. Según un reporte del año 2000, la incidencia de cáncer en Bolivia, en la población masculina fue de 196,4 y la femenina de 199,6 (de cada 100,000). Mientras que el índice de mortalidad por diversas neoplasias alcanzo un 99,8 en hombres y 126,3 en mujeres (de cada 100,000). (Ferlay, 2001).

Actualmente, una de las más grandes preocupaciones para entidades que trabajan con los servicios de salud en Bolivia, es el alto número de casos de cáncer cérvico uterino en el país, ya que se constituye como el de mayor

incidencia y mayor mortalidad entre todos los tipos de neoplasias.

La mortalidad debida al cáncer de cuello uterino es uno de los grandes problemas de Salud Pública que confrontan las mujeres en todo el mundo, especialmente en los países menos desarrollados, donde ocurre el 80% de las muertes relacionadas a este tipo de cáncer. (OMS, 2010, pág. 1)

Actualmente, a nivel mundial cerca de medio millón de mujeres desarrollan cáncer de cuello uterino cada año y la mitad de ellas no sobreviven (Roses, 2007). Según la Asociación Panamericana para la Salud (2008) Bolivia, Haití y Paraguay se encuentran entre los países con las tasas más elevadas de este tipo de cáncer.

Nuestro país tiene una de las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo porque, según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas, nueve bolivianas mueren cada dos días por esta causa. (El Diario, 10 de septiembre, 2010). De cada 100 mil mujeres, 26 han desarrollado cáncer de mama y la tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino alcanza a 56. (OMS/OPS, 2010).

A pesar de ser uno de los pocos tipos de cáncer que se puede prevenir, es el que más vidas cobra entre la población femenina; la explicación ante este panorama es que sólo 13 de cada 100 mujeres se realizan la prueba de Papanicolaou en Bolivia (La Razón, 3 de septiembre, 2008), además que la pobreza da lugar a la falta de acceso a la salud lo que repercute en escasa concientización por parte de los sistemas encargados en el tema, una ineficiente

prevención y escasa intervención temprana, lo cual empeora el panorama.

Ante esta situación, desde el año 2009, comenzó en nuestro país la vacunación contra el cáncer de cuello uterino para reducir la elevada incidencia de esta enfermedad, gracias a la ayuda de entidades internacionales que vieron la necesidad de combatir este mal en Bolivia.

Por lo mencionado, el cáncer cérvico uterino en nuestro medio cobra especial importancia en todos los ámbitos de salud y entidades que velan por el bienestar de la persona, por lo que se han ido realizando campañas masivas para concienciar a la población a realizarse la prueba del Papanicolaou y tener los cuidados necesarios para prevenir su aparición.

2.2 Cáncer cérvico uterino

El Cáncer Cérvico uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal. (Ministerio de Salud de Chile, 2004, pág. 3)

Constituye uno de los tumores más frecuentes que afectan a los órganos del aparato genital femenino. A pesar de ser uno de los pocos cánceres que, como ya se dijo, se puede prevenir y diagnosticar a tiempo, gracias a pruebas y

vacunas que se han ido desarrollando en las últimas décadas, este es el principal problema de salud pública en las mujeres en actividad sexual de los países subdesarrollados. (Murphy, et al, 1996)

El cáncer cérvico uterino si no es detectado a tiempo va invadiendo toda la región uterina, pudiendo afectar a otras zonas u órganos agravando el cuadro oncológico. Para determinar la conducta terapéutica y para poder comparar los resultados de tratamiento es necesario que los casos sean agrupados previamente en grados de propagación de la enfermedad (Unión Internacional contra el cáncer, 1982, pág. 177):

- Grado 0: es el cáncer in situ o intraepitelial.
- Grado I: el tumor está limitado exclusivamente al cuello.
- Grado II: extensión más allá del cuello, a la vagina sin llegar al tercio inferior ni a la pelvis.
- Grado III: infiltración del tercio inferior de la vagina hasta la pelvis y puede haber comprometido la pared pélvica y los ganglios linfáticos.
- Grado IV: la invasión llega más allá de la pelvis, vejiga o recto; o hay metástasis a distancia.

2.2.1 Causas del cáncer cérvico uterino

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo para la aparición del cáncer del cuello uterino. Sin embargo, hay otros factores que pueden ser considerados como causales (Arauzo, 2009):

- a) El consumo de tabaco: Se ha visto que "el riesgo de neoplasia maligna del cuello uterino en fumadoras es de 1.9 a 14.6 veces más alta que en no fumadoras" (Chuco, 2008, pág. 1), lo cual dependerá del número de cigarrillos consumidos por día y del tiempo de consumo. Esto se debería a que algún metabolito del cigarrillo "reduciría la capacidad inmunológica del epitelio del cuello uterino o actuaría como un cofactor sinérgico en la transformación maligna del epitelio cervical". (Chuco, 2008, pág. 1). Así también en el año 2009 la Agencia Internacional de Investigaciones contra el Cáncer (IARC) publicó un reporte donde se realizó un análisis y comparación de 12 estudios científicos los cuales se dedicaron a analizar la relación entre tabaco y cáncer de cuello uterino. Los resultados mostraron que en mujeres que se hallan expuestas al humo de tabaco (fumadoras pasivas) hay un 40% más de probabilidad de que desarrollen cáncer cérvico uterino. (Arauzo, 2008)
- b) La promiscuidad sexual: diversos profesionales concluyeron que el celibato protegería a la mujer del cáncer de cuello uterino ya que varios estudios hechos con monjas reportaron que no hallaron neoplasias malignas del cuello uterino en ellas (Arauzo, 2008), sin embargo se presentan algunos casos de este tipo de neoplasia en mujeres vírgenes, pero estos resultan ser raros por lo que los factores causales están en vías de estudio. (Murphy, et al, 1996). Se cree que el agente cancerígeno estaría ubicado en el ADN del espermatozoide. (Arauzo, 2008), sin embargo los pocos casos de cáncer de cuello uterino en mujeres vírgenes hacen dudar de ello a varios especialistas. (Murphy, et al, 1996)

- c) Edad precoz de inicio de relaciones sexuales: según estudios durante el acto sexual se transmitiría un agente cancerígeno a la mujer, y al actuar sobre un cérvix inmaduro o susceptible se podría desarrollar con una mayor probabilidad la tumoración maligna. (Arauzo, 2008)
- d) Número de hijos elevado: este indicador en si no estaría directamente relacionado con el desarrollo del cáncer cérvico uterino, ya que si bien mujeres multíparas tienen más probabilidad de presentar esta enfermedad, es por el hecho de que el tener muchos hijos se asocia a una vida sexual muy activa, durante varios años, pueden tener comienzo temprano, con varias parejas, etc. La paridad, entonces, jugaría un escaso rol en la génesis del cáncer cervical. (Arauzo, 2008)
- e) Bajo nivel socioeconómico: este factor se asocia a condiciones poco higiénicas (higiene del pene por ejemplo), relaciones sexuales frecuentes, múltiples parejas, multiparidad, inicio de las relaciones sexuales a corta edad, etc. Así también se lo relaciona con una dieta baja en micronutrientes y nutrientes, lo que daría lugar a la disminución del sistema inmunológico sistémico o local del moco cervical, que según investigaciones, se asocia al cáncer cérvico uterino. (Arauzo, 2008)
- f) Enfermedades de transmisión sexual: en una investigación se pudo observar que prostitutas tenían 6 veces más elevado el carcinoma de cuello uterino que un grupo control, esto debido a que presentaban algunas enfermedades de transmisión sexual. Se sospecha que la

sífilis, chlamidia y hongos actúan como meta génicos, pero aún no hay evidencias claras. (Arauzo, 2008)

2.2.2 Sintomatología y diagnóstico

Como casi en todos los tipos de neoplasias, los síntomas y/o signos del cáncer cérvico uterino se presentan cuando, en algunos casos, el tumor se encuentra del grado II para adelante. Algunos de estos signos son (Medlineplus, 2010):

- Sangrado vaginal anormal, que se puede dar entre periodos, después de la relación sexual o bien después de la menopausia.
- Flujo vaginal continuo, con sangre, este puede ser puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón y de olor fétido; en casos avanzados, dolor, sangrado por el ano y molestias urinarias.
- Dolor pélvico y dolor al tener relaciones sexuales.

Así también se puede citar algunos síntomas del cáncer cérvico uterino que se presentan en casos más avanzados (Medlineplus, 2010):

- Dolor de espalda.
- Fracturas óseas.
- Fatiga.
- Fuga o filtración de orina o heces por la vagina.
- Dolor en las piernas.
- Inapetencia.
- Inflamación en una sola pierna.
- Pérdida de peso.

Todos estos síntomas pueden hacer sospechar de la presencia de un cáncer en el cuello del útero, sin embargo es necesario que la persona se someta a una serie de estudios para confirmar si se trata de una neoplasia.

Las pruebas de detección precoz tratan de identificar el cáncer antes de que provoque síntomas, sin embargo en muchos de los casos se realizan estudios ya en presencia de síntomas o cuando el tumor se encuentra en etapa avanzada. Dependiendo del caso, se pueden realizar los siguientes estudios:

- a) Papanicolaou: es una prueba de detección, no de diagnóstico. En caso de que se obtenga un resultado anormal se necesitara realizar otras pruebas para determinar si en realidad hay un cáncer o un precáncer. (MSD, 2005).

- b) Colposcopia: es un procedimiento médico en el cual se utiliza un microscopio especial (llamado colposcopio) para mirar dentro de la vagina y examinar detenidamente el cuello uterino (la abertura del útero, o matriz). Sera necesario realizarlo en caso de que se muestren síntomas asociados al cáncer o si la prueba de Papanicolaou indica la presencia de células anormales; si se encuentran células anormales, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido (biopsia) del cuello uterino y lo observará a través del microscopio para determinar la presencia de células cancerosas (MSD, 2005).

- c) Cistoscopia: este estudio se lo realiza en presencia de tumoraciones grandes con el fin de ver si el cáncer se ha propagado más allá del cuello del útero. En la

cistoscopia se introduce en la vejiga a través de la uretra un tubo delgado con una lente y una luz. Esto permite ver si el cáncer está creciendo en estas áreas. Una cistoscopia puede hacerse con anestesia local o general.

- d) Tomografía computarizada: Las imágenes de tomografía por computadora muestran si el cáncer se ha propagado hacia otras partes del cuerpo; así también a veces se usan para guiar la aguja en una biopsia hacia el punto en donde el cáncer podría haberse propagado. (Rosen, 2011)
- e) Imágenes por resonancia magnética: se utiliza ondas de radio e imanes muy potentes en lugar de rayos X para la captura de imágenes. Las imágenes por resonancia magnética son muy útiles para observar los tumores pélvicos. También son útiles en detectar el cáncer que se ha propagado al cerebro o la médula espinal. (Rosen, 2011)

2.2.3 Tratamiento

Respecto al tipo de tratamiento a utilizar, este dependerá de cada caso ya que el tratamiento propuesto por el especialista no será el mismo en todas las pacientes, este obedecerá a una serie de factores que están presentes en los protocolos de atención, factores que serán explicados más adelante.

El tratamiento debe ser multidisciplinario ya que distintos especialistas trabajan en conjunto para combinar terapias en pro de la curación del paciente. Sin embargo, ellos se apoyan en protocolos, los cuales son "un conjunto

de normas y pautas (plan de tratamiento) que se establecen, basándose en la experiencia científica para el tratamiento de dicho tumor". (Corrales, 2011).

Estos protocolos son aplicables en la mayoría de los hospitales, según el Dr. Corrales, médico oncólogo del Instituto de Cancerología Cupertino Arteaga de la ciudad de Sucre y Director de la misma institución. Los protocolos recopilan las indicaciones o limitaciones de tratamiento en función de factores como (Corrales, 2011):

- Fase en la que se encuentra la enfermedad
- Edad de la paciente
- Existencia de otras enfermedades
- Deseos del paciente

Los pacientes con cáncer tienen una enfermedad que es a la vez, médica y emocional, por esto el médico debe conocer estos factores y proporcionar al enfermo una evaluación tranquila, orientada y lógica, y un plan terapéutico lo más optimista posible. (Murphy, et al, 1996)

Tomando en cuenta lo antes mencionado, a continuación se señalara los tratamientos utilizados para el cáncer cérvico uterino, que son los mismos que fueron citados anteriormente para explicar el tratamiento del cáncer en general, pero en este punto estarán enfocados específicamente a esta patología, citando sus repercusiones a nivel físico y psicológico:

- a) Cirugía: si el tumor se encuentra encapsulado (es decir, recubierto por una membrana) y en la capa mas

externa del cérvix es posible extraerla totalmente con una cirugía, sin que el útero se vea afectado. Si el tumor está más avanzado será necesario su extracción junto a una histerectomía (operación en la cual se extraen todo el útero, incluyendo todo el cuello uterino, además del cáncer), la cual puede ser por vía: *Vaginal*, donde el útero se extrae a través de la vagina; *abdominal*, el útero se extrae mediante una incisión en el abdomen; y *radical* donde se extrae el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. En etapas ya muy avanzadas, se realiza la *exenteración* donde se extrae el colon inferior, recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina. (Medlineplus, 2010)

En toda intervención quirúrgica se presenta ciertos niveles de ansiedad y temor ante el procedimiento como tal y las complicaciones que se puedan dar; más aún en oncología estos estados emocionales, muchas veces, son marcados ya que se teme al daño corporal y a la muerte, por ser operaciones que generalmente tienen una connotación agresiva y pueden dañar la imagen corporal o funcionalidad de algún órgano. En este caso, una histerectomía implica que la mujer ya no pueda menstruar y no pueda tener nunca más hijos, lo cual afecta a su femineidad y a su capacidad de ser madres; esto puede tener una secuela negativa a nivel psicológico, y más aún si se la practica en personas jóvenes o que no hayan tenido hijos.

- b) Quimioterapia: se la puede recomendar después de una cirugía para una posible destrucción total del tumor ya que muchas veces quedan partículas de células malignas

que podrían reactivarse tras la operación, por lo que se aplicaría la quimioterapia con la intención de destruirlas totalmente, sin embargo esto no sucede en todos los casos; cuando el tumor no es operable se recurre a varias sesiones de quimioterapia, las cuales también tienen la intención de destruir las células malignas que pueden estar ubicados además del cuello uterino en otras zonas u órganos del cuerpo.(Gonzales, 2007).

A nivel psicológico, es uno de los tratamientos más temidos por las pacientes ya que se lo asocia con efectos secundarios muy severos. Si bien en algunos pacientes estos efectos se presentan con toda su intensidad, se ve que en otras personas no se presentan, o lo hacen con una intensidad mucho menor. Esto puede deberse a variables: físicas (resistencia del organismo a los químicos), psicológicas (estados emocionales-afectivos, actitudes, etc.), personales (edad, alimentación, constitución, etc.), relacionados al tipo de tumor (su localización y etapa) y finalmente al tipo de fármacos (en algunos casos los fármacos son más dañinos que otros) (Rodríguez, 2006). Sin embargo, es común que durante los ciclos de quimioterapia la persona presente ansiedad, depresión, euforia, alucinaciones, trastornos en la alimentación y en la conducta, que pueden tener como factor causal los efectos secundarios de los químicos, o bien, ser resultado de alteraciones psicológicas a causa del proceso oncológico, o del trauma de perder el útero.

- c) Radioterapia: es utilizada generalmente como complemento de la quimioterapia, la cual ayuda a que no se propague el tumor y se eliminen más rápidamente las

células malignas. También es utilizada en casos de remisión, como una intervención preventiva. (Gonzales, 2007)

A pesar de ser un tratamiento que no produce dolor intenso, la ansiedad y la depresión pueden ser cuadros comunes en pacientes que reciben este tratamiento ya que el mismo produce pérdida del apetito y cansancio en la mayoría de los pacientes, lo que da lugar a una baja anímica y motivacional que repercute en la salud mental del paciente. Este cansancio extremo puede deberse a cuadros de anemia o bien a que el tratamiento produce una regulación del balance de líquidos y minerales en la sangre. Por otro lado, la tensión relacionada con la enfermedad, los traslados diarios para recibir el tratamiento y los efectos de la radiación en las células normales incrementa la probabilidad de presencia de cuadros de ansiedad y depresión. (Sociedad Americana de Cáncer, 2008)

d) Braquiterapia: tratamiento en donde isótopos radioactivos se colocan directamente dentro del cuello uterino, logrando reducir la radiación a los órganos normales cercanos, como el recto y la vejiga. Durante el procedimiento que se realiza en una sala de cirugía y bajo efecto de anestesia regional (epidural o raquídea), se coloca un pequeño dispositivo dentro del cuello uterino y la vagina, que luego se "carga" con la sustancia radioactiva mientras la paciente se encuentra en un cuarto con recubrimiento de plomo. El material radioactivo se deja en el sitio durante 1 a 3 días. (Oncology Resource Center, 1998). Este procedimiento se lo realiza una vez durante el tratamiento, sin embargo

en algunos casos puede darse en más de una ocasión (esto dependerá de las características del tumor). En este tratamiento la persona experimenta incertidumbre respecto a la intervención y a lo que le podría pasar en esos días, por lo que, al igual que los anteriores tratamientos, la ansiedad está presente, y muchas veces en montos más altos ya que a la persona se la debe aislar dos o tres días (dependiendo del caso) ya que recibe montos altos de radiación, por lo cual se suma a la ansiedad normal de la situación, el hecho de estar solos en momentos en que se necesita más afecto y apoyo (Sociedad Americana de Cáncer, 2008)

Como se puede observar, estos tratamientos traen consigo muchos efectos secundarios dándose así una alteración en el organismo del paciente, como también un cambio en su estilo de vida y calidad de vida. Ante este panorama, se ha visto que la psicología cumple un rol importante y relevante en el ámbito de oncología, ya que la presencia del cáncer, puede originar, en algunos momentos y en grado variable, alteraciones a nivel psicológico dándose así cambios a nivel emocional, cognitivo, conductual, como también cambios en el entorno familiar y social (Arrarrás, 2007).

En este sentido, la psicología en los últimos años se ha interesado en estudiar, investigar e intervenir en el campo de la salud, ya que el ser humano al ser un ente biopsicosocial, necesita ser estudiado y atendido en todas sus dimensiones.

2.3 Psicología y salud

A partir de la década de los 70' la psicología empezó a ganar terreno dentro de las instituciones médicas y de salud ya que se fue reconociendo un hecho que era evidente:

El fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad, es proporcionalmente superior al de los factores orgánicos. (Molina, 2009, pág.173)

La Psicología de la Salud (como sub especialidad de la Psicología) se encarga de la: "aplicación de la teoría, principios, métodos e investigación, psicológicos a la salud, enfermedad física y cuidado de la salud" (OMS, 2007, pág. 1).

Esta sub especialidad surgió en respuesta a demandas de atención psicológica dentro del ámbito hospitalario por parte de los pacientes, de modo que se pudo evidenciar que el bienestar humano es el resultado complejo de influencias genéticas, evolutivas y ambientales, por lo que la promoción y mantenimiento de la salud implica procesos psicosociales en la interacción entre la persona, el sistema sanitario y la sociedad. (Marks y Rodríguez, 1995).

Actualmente, gran parte de los centros de salud y hospitales cuentan con atención psicológica como parte del

staff, otorgando al paciente una atención multidisciplinaria que favorezca a un proceso de tratamiento a nivel integral, atendiendo todas sus demandas, ya sean médicas y/o psicológicas.

2.3.1 Psicooncología

La psicooncología es considerada una sub especialidad de la psicología que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en las distintas fases de la enfermedad, disminuyendo la experiencia de sufrimiento y facilitando las labores médicas. (Arranz, 2006)

En cuanto a las dimensiones que abarca esta especialidad se puede citar las siguientes:

- "Apoyar al paciente de cáncer desde su diagnóstico hasta su recuperación o muerte, a la familia durante todo este proceso, acompañándola si es necesario en la elaboración del duelo, y al equipo oncológico, permitiéndole una mayor coordinación e integración". (Middleton, 2002)
- Facilitar recursos e instrumentos a los profesionales de la salud para mejorar su relación con los enfermos.
- Considerar la importancia de aspectos psicológicos (emocionales, conductuales, cognitivos), en la prevención, detección y supervivencia del paciente. (Arranz, 2006)

2.3.1.1. Objetivos de la psicooncología

La Psico-Oncología, siguiendo la línea de Cruzado, cumple específicamente los siguientes objetivos y tareas, (Cruzado, 2003):

- Realizar un diagnóstico psicológico donde se identifiquen las reacciones del paciente ante su proceso oncológico, distinguiendo por un lado las que son características del cuadro médico y del uso de los medicamentos, y por otro de las psicológicas y/o psiquiátricas.
- De acuerdo a la etapa del proceso oncológico que está pasando el paciente, se le brindara atención y tratamiento psicológico adecuado.
- Trabajar conjuntamente con la familia del paciente, proporcionando la ayuda psicológica adecuada, durante todas las fases del proceso oncológico y el duelo.
- En cuanto al equipo médico, se le brinda recursos para una mejor comunicación y relación con el paciente, de manera que ellos también ayuden a llevar un mejor proceso oncológico para la persona.

Todos estos aspectos de la psicooncología anteriormente citados nos permiten apreciar como la psicología opera en el ámbito oncológico y cuán importante es aplicarla para brindar al paciente una atención integral.

2.3.2 El paciente oncológico

La persona enferma de cáncer se encuentra en una situación sumamente estresante. Las pruebas y exploraciones médicas, la confirmación del diagnóstico y los tratamientos médicos suponen una fuente de estrés tanto para los pacientes como para los familiares. Si bien médicamente muchas otras enfermedades revisten igual o mayor riesgo para la vida, el cáncer a nivel social es considerado sinónimo de muerte ya que hasta hace unos cuantos años no existían terapéuticas para lograr liberar de la enfermedad a los enfermos, o por lo menos prolongar su tiempo de vida, causando así muchos decesos por lo que hoy en día se mantiene esa visión negativa a pesar de los avances médicos, lo cual puede ser causa de alteraciones de tipo emocional ante la presencia de esta enfermedad.

Según los estudios realizados, al menos la cuarta parte de los enfermos de cáncer necesitan tratamiento psicológico, ya que vivir con cáncer significa afrontar una serie de cargas físicas, emocionales y espirituales que pueden deteriorar la capacidad de adaptación del enfermo, esto lleva a la aparición de trastornos emocionales como el insomnio, estrés, ansiedad, depresión, entre otros, con un consecuente deterioro en el cumplimiento de los tratamientos y en la calidad de vida

2.3.2.1 Características psicológicas del paciente relacionadas al proceso oncológico

Como se había mencionado anteriormente, el hecho de padecer cáncer puede producir un impacto emocional en el paciente, que da lugar a una serie de reacciones

psicológicas, que se relacionan con experiencias vividas durante este proceso, ya sea desde el diagnóstico hasta las últimas etapas del mismo. Estas reacciones también dependerán de factores de personalidad, patologías previas, experiencias de vida, condiciones externas actuales y la respuesta que la persona les da en función de su visión del mundo. (Rodríguez, 2006).

Algunos estudios e investigaciones indican que un aspecto a tomar en cuenta es la fase del proceso en el que se encuentra el paciente, ya que esto determina el pronóstico, tratamiento y síntomas que se puedan presentar, y muy relacionado a ello las reacciones psicológicas las cuales se exteriorizaran idiosincráticamente en cada paciente, pero con algunos aspectos en común en cada etapa.

2.3.2.1.1 Fase de diagnóstico

El diagnóstico suele ser, en muchos casos, el de más impacto a nivel psicológico, ya que se lo asocia a la anticipación de una serie de situaciones muy difíciles de sobrellevar, como los tratamientos, las recaídas, el dolor, y muchas veces la muerte. Por esta razón, generalmente, el paciente (y sus familiares) experimentan sentimientos de miedo frente a la discapacidad, al dolor, al proceso médico, etc.

Se ha visto que las reacciones más inmediatas ante el diagnóstico son: el aturdimiento, miedo, tristeza, incredulidad, culpa, vivencias de despersonalización y desrealización. (Rodríguez, 2006). Posterior a esto la persona puede utilizar mecanismos de defensa adaptativos

como la negación, la represión, la proyección, el aislamiento, la evitación de situaciones y decisiones, modificación en la percepción del tiempo, etc. (Rodríguez, 2006), lo cual dependerá de los rasgos de personalidad como también del significado que se le dé al cáncer, aspectos que vienen de la mano de los niveles de estrés que pueda experimentar la persona ante su nueva situación.

Algunos autores, como Rowland o Gottschalk (en Rodríguez, 2006), proponen variables de predicción de la reacción psicológica ante el diagnóstico en el paciente; ambos toman en cuenta a variables socio culturales, variables propias del sujeto (edad, situación económica, creencias, recursos, etc.), como también el apoyo social y familiar que pueda tener el paciente (Rodríguez, 2006).

Por otro lado, la doctora Kubler Ross (2001) menciona que el paciente y la familia, ante el diagnóstico de cáncer, cruzan por un proceso psicológico de afrontamiento y duelo, donde menciona cinco fases: negación, depresión, cólera, reajuste y aceptación y hace especial énfasis al mencionar que no tienen este orden de presentación necesariamente e incluso se pueden presentar en forma conjunta, como también regresar a fases anteriores. (Iglesias, 2006)

2.3.2.1.2 Fase de tratamiento oncológico

Cada tratamiento, en diversos casos, produce determinadas reacciones psicológicas, pero se debe considerar dos aspectos muy importantes dentro de este marco: uno, los efectos secundarios propios del tratamiento, los cuales pueden dar lugar a desajustes a

nivel psicológico (por ejemplo los compuestos de la quimioterapia, como el Interferon que afecta el sistema nervioso central, pudiendo ser la causa de alteraciones ansiosas o depresivas); y por otro lado los miedos y temores atribuidos al tratamiento, lo cual puede llegar a originar efectos negativos tanto a nivel físico (incremento de los efectos secundarios de los tratamientos causando mayor malestar físico) como emocional (angustia, desesperación), pero en este caso el agente causal sería psicológico (el miedo), justamente por las atribuciones que se le da al proceso oncológico. (Murphy, et al, 1996).

Para profundizar este último punto se mencionó los aspectos psicológicos asociados con los tratamientos en oncología (ver *Tratamiento*, pág.20)

2.3.2.1.3 Fase de remisión

Esta fase se da una vez que se han concluido los tratamientos y según los estudios realizados al paciente el cáncer ha desaparecido y ha tenido un buen progreso gracias a las intervenciones médicas, por lo que se tendrán controles periódicos durante 5 años para descartar cualquier riesgo de recaída.

Si bien las reacciones psicológicas en la etapa de remisión dependen de la intensidad de los tratamientos y los efectos que se producen en el paciente, se puede mencionar que tras la conclusión del proceso oncológico los pacientes en general quedan con una "huella" emocional que se plasmará en una serie de temores que pueden variar en su magnitud de un paciente a otro, temores: ante la posible recaída, a que al no ser atendido constantemente por el

personal médico pueda empeorar o regresar su enfermedad con más intensidad y, por último, al estigma social, ya que se lo asocia a gravedad y muerte (a pesar de que no siempre es así).

Las reacciones de ansiedad pueden ser más intensas que al iniciar los tratamientos: está más presente la conciencia de la propia vulnerabilidad personal, la incertidumbre con respecto al futuro ("Síndrome de Damocles"), el miedo al rechazo social, problemas en la adaptación a la vida normal, miedo a la discriminación, etc. (Rodríguez, 2006, pág. 39-40)

2.3.2.1.4 Fase de recaída

A diferencia de la anterior fase, donde el paciente concluyó su tratamiento teniendo una recuperación favorable, en este caso el paciente concluye su tratamiento pero se puede evidenciar, a través de estudios médicos, que el cáncer se activó nuevamente, ya sea en el lugar de origen, en otras zonas contiguas o bien en otras zonas alejadas (donde las células malignas abandonan el tumor primario, migran y se implantan en los tejidos de un órgano a distancia, proliferando y formando nuevos focos tumorales en el cuerpo).

Esta etapa es considerada a veces de mucho impacto para el paciente y su familia, en algunos casos es la etapa más difícil de sobrellevar ya que sentimientos de enojo, ira o rabia frente a la enfermedad y al equipo médico son experimentados, seguidos de sentimientos de frustración y desesperanza. (Rodríguez, 2006). Así también se puede experimentar, en muchos casos, la amenaza de muerte, ya sea

real o imaginada, lo cual significa una recaída en la vida del paciente.

2.3.2.1.5 Fase terminal

Al paciente terminal se le ofrecen los cuidados paliativos con el objetivo de disminuir al máximo todos los signos y síntomas propios de la enfermedad, buscando mayor confort. En esta fase se ha podido describir una serie de reacciones que dependerán en gran medida de algunas características particulares de cada paciente.

En esta fase la persona se encuentra en una situación de evolución irreversible hacia la muerte por lo que puede haber mayor incidencia de depresión y ansiedad, pero esto dependerá en gran medida de la actitud del paciente la cual se ve influenciada por el contexto cultural, experiencias previas respecto a la muerte y personalidad. (Rodríguez, 2006).

Respecto al contexto cultural, la presencia de creencias espirituales y/o religiosas influye en la idea que las personas se hacen de la muerte, se preparan para ella o reaccionan ante la muerte de otros. Estas ideas están estrechamente relacionadas con las expectativas de lo que ocurriría después de ésta: aniquilación del ser, posibilidad de existencia después de la muerte, que se puede esperar que sea mejor o peor que la existencia mientras se ha estado vivo. (Arranz, 2007)

En cuanto a las principales actitudes ante la muerte, las cuales dependerán de la cultura y personalidad del

paciente, se encuentran: Ansiedad, temor, preocupación, amenaza, aceptación y rechazo.

Tanto el paciente como la familia pueden presentar desesperanza, tristeza, duelos anticipatorios y depresión ante el deterioro físico. Se ha demostrado que los pacientes que se reconocen en etapa terminal, junto con su familia, buscan con mayor frecuencia tratamientos alternativos. (Biurrun, 2008)

2.3.2.2 Características del funcionamiento psicológico del paciente oncológico

Diversas investigaciones se han dirigido a determinar algunas de las características psicológicas que podrían guardar relación no sólo con el inicio, sino también con la progresión de la enfermedad.

Actualmente se acepta la idea de que en el riesgo de contraer cáncer, en la progresión de la enfermedad y en las respuestas inmunológicas influyen variables psicosociales (Molina, et al, 2009), como las que se mencionan a continuación.

2.3.2.2.1 Estrés

El estrés es un factor principal que influye significativamente en la aparición y progresión de cualquier enfermedad. En cuanto al cáncer:

El estrés puede producir la activación de las glándulas adrenales, lo cual supone un incremento en la producción de corticoesteroides y produce la involución del

timo y ganglios encargados de la producción de linfocitos y, por tanto, un debilitamiento del sistema inmunológico, haciendo más vulnerable al organismo de la acción propagadora de células cancerosas por lo que se fortalece su desarrollo y se crea resistencia al tratamiento. (Molina, et al, 2009, pág.171)

Sin embargo, esta activación de estrés estará determinada por la capacidad de afrontamiento de la persona y la percepción que esta tenga acerca del control que pueda ejercer sobre el medio ambiente y sobre sí mismo (locus de control). Por esta razón, el estrés es considerado una parte de un gran abanico de factores que pueden considerarse como precipitantes del cáncer, como: estilo de vida, funcionamiento hormonal y metabólico y nutrición entre otros.

2.3.2.2.2 Locus de control

"El "*Locus de control*" es un constructo psicológico que nos da una idea de la capacidad percibida del individuo de dominar los eventos del exterior a través de su propia conducta y características personales" (Casique y López, 2007, pág. 193).

En oncología se puede determinar que la mayoría de los pacientes presentan un locus de control externo referente a la enfermedad, ya que se la percibe como una situación sobre la cual se puede tener muy poco control.

Se puede observar en algunos casos que el paciente no asume un rol activo para su recuperación, ya que piensa que no puede hacer absolutamente nada para mejorar (locus de

control externo) por lo que sus expectativas están puestas en lo que podría hacer el equipo médico, la eficacia de las medicinas y los tratamientos, como también una sanación divina; sin embargo otros pacientes se perciben más capaces para controlar una situación, como el control de síntomas o dolor, lo cual ayuda en parte a su bienestar físico y mental. (locus de control interno).(Rodríguez, 2006)

2.3.2.2.3 Depresión y ansiedad

Dentro de las alteraciones psicopatológicas más comunes en oncología se encuentra la ansiedad y la depresión, con sus diferentes síntomas. Esta sintomatología se presentan en muchos pacientes desde el momento del diagnóstico y perdura durante todo el proceso. La etapa del tratamiento oncológico, en especial si se recibe quimioterapia, moviliza al organismo y altera el sistema nervioso por lo que la ansiedad se evidencia en la mayoría de los pacientes. Aunque esta ansiedad no es necesariamente anormal puede ser una parte de la reacción de adaptación a los diversos problemas que experimenta el enfermo. Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse con las mismas características que los originados por otras causas. (Molina, et al, 2009).

Se han hallado relaciones significativas entre un aumento de la ansiedad en estos enfermos y sexo femenino, no estar casado, estar en tratamiento y tener un peor estado de salud. (Rodríguez, 2006)

Por otro lado, el malestar físico y los efectos secundarios de los tratamientos como la falta de apetito, vómitos, pérdida de cabello, como también los cambios en la

calidad de vida del paciente (a nivel social, laboral, familiar) dan lugar a que se puedan presentar síndromes depresivos como depresión mayor, distimia, depresión atípica o trastornos adaptativos con sintomatología depresiva. (Rodríguez, 2006)

Algunos factores de riesgo para presentar síntomas depresivos son: ser mujer, menor edad o edad mayor de 80 años, existencia de antecedentes psiquiátricos, factores de personalidad como por ejemplo el neuroticismo por ejemplo propuesto por Eysenck, donde la información negativa es muy accesible y los modos de procesamiento nocivos mantienen y aumentan el estado de ánimo negativo (Silva, 2006), así también otros factores como estresores sufridos previamente, pérdidas recientes, tendencia al pesimismo y antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes psiquiátricos (trastornos del estado de ánimo o intentos de suicidio previos) y sociofamiliares (aislamiento) que contribuyen todos ellos a una mayor vulnerabilidad de sufrir diversas alteraciones psíquicas, en especial la depresión. (Sanz y Modolell, 2004)

2.3.2.2.4 Personalidad

Actualmente existe un interés de investigadores respecto al papel que podría jugar la personalidad, sus mecanismos autorreguladores y moduladores del comportamiento y el estilo de vida en la iniciación y progresión de las enfermedades oncológicas y también en el pronóstico del paciente.

Según estudios realizados en la Universidad Autónoma de México, como también en la Universidad de Málaga-España,

entre otros, se ha podido determinar que el estilo de personalidad, caracterizado por la supresión de emociones se asocia con el inicio y la progresión del cáncer. (Anarte, López, Ramírez & Esteve; 2000).

Esta característica se la relaciona con lo que denominan "personalidad tipo C", un tipo de personalidad que se reportó en la mayoría de las pacientes que fueron tomadas en cuenta en la investigación realizada por la Facultad de Psicología en México el año 2006; las pacientes de estudio presentaban el diagnóstico de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, (Molina, et al, 2009) y se determinó que presentaban las siguientes características: intentar ponerse en el lugar de los otros y entenderlos, a pesar de sentir emociones negativas originadas por los mismos; un patrón comportamental caracterizado por ocultar o disimular emociones socialmente negativas como la ira o la tristeza; disimular su emoción negativa manteniendo la compostura y una expresión agradable hacia los demás, incluso cuando están experimentando una pena o preocupación y también cuando se encuentran enojadas por alguna situación que las afecte. (Molina, et al, 2009). Estos estudios confirman que la presencia de este tipo de personalidad tiene una participación directa o indirecta en el desarrollo del cáncer.

2.3.2.2.5 El cáncer y el proceso de duelo

Algunas personas, ante el diagnóstico del cáncer, comienzan una etapa de duelo donde los sentimientos de desesperanza y angustia son muy comunes. Este duelo se

caracteriza por una serie de experiencias que son consideradas pérdidas.

En primer lugar ante el diagnóstico algunas personas sienten que han perdido su salud y este es el comienzo de una cadena:

Duelo por los cambios corporales, duelo por una pérdida de estatus social, duelo por la pérdida del sostén de la familia (jefe de hogar) duelo por los afectos que se van por no poder soportar el sufrimiento (maridos de mujeres con cáncer), hay quienes pierden a sus parejas o a sus amigos, duelo por el trabajo en suspenso o hasta la pérdida del trabajo, duelo por tener que despedirse de sus lazos afectivos, según la edad y la posición que ocupe dentro de una familia. (Riveros, 2008, pág.1)

2.3.2.3 Cambios en la vida del paciente debido al cáncer

Se puede evidenciar que el impacto de la enfermedad repercute tanto en el paciente como en su contexto social y familiar, es decir, implica a una dimensión psicosocial que se debe tener en cuenta para apoyar al paciente de una forma adecuada.

2.3.2.3.1 Cambios a nivel personal

Si bien el cáncer no supone un cambio a nivel de personalidad (o por lo menos no se tiene evidencias de ello), trae consigo algunas alteraciones de tipo afectivo, cognitivo y conductual en el paciente ya que se experimenta

una etapa difícil de aceptar y superar. El paciente empieza a tener una serie de preocupaciones acerca de si se sanará o no, ante posibles recaídas, aumento del miedo a la muerte, sentimientos de daño físico, mayor sentido de vulnerabilidad y de incertidumbre respecto al futuro, sensación de inadecuación personal, sensación de control disminuida, miedo al rechazo social, ansiedad y depresión; así también algunos recursos del paciente se ven afectados por el proceso oncológico como por ejemplo la autoestima, auto imagen y el auto concepto. (Castellón, 2007).

Es casi inevitable que de una forma u otra la persona vea afectada su imagen corporal con la consecuente influencia de la misma en la autoestima personal.

Cumple un rol importante los esquemas de imagen corporal y el subsecuente proceso de información sobre la apariencia, lo cual se ve influenciado por pensamientos automáticos, autoevaluaciones sobre la apariencia, conductas compensatorias (evitaciones) y emociones (vergüenza de la propia apariencia)". (Fundación contra el cáncer, 2011, pág. 1)

2.3.2.3.2 Cambios a nivel social

Durante el proceso oncológico la vida social del paciente se ve limitada ya que la preocupación por tratar de estar mejor de salud y recuperarse es lo principal, por lo que dejan de lado a los amigos, los eventos sociales, reuniones, etc., por otro lado los efectos secundarios de los tratamientos les impiden disfrutar del ambiente social. Así también, los cambios físicos que traen consigo los tratamientos dan lugar a que el paciente se aislé de su

entorno social. La pérdida de cabello, pérdida de peso, deterioro físico, palidez, etc., son signos externos que hacen notar la presencia de enfermedad, por lo que el paciente muchas veces prefiere evitar encuentros con amigos o personas conocidas y tiende a encerrarse en sí mismo y en su enfermedad como resultado de sentimientos disfóricos por no poder asumir los cambios y repercusiones. (Estape, 2005)

2.3.2.3.3 Cambios a nivel laboral

Para algunas de las personas que han atravesado un proceso de cáncer y como consecuencia del mismo, se ha visto interrumpida su trayectoria profesional, tuvieron pérdidas económicas, como también cambios a nivel personal ya que el trabajo significa para muchos una fuente de valorización.

Con frecuencia se producen discapacitaciones tanto por efectos de la propia enfermedad como de las repercusiones físicas de la misma; por un lado, las dificultades económicas que se producirán y por otra parte, solicitar una incapacidad laboral en ocasiones es vivenciado como una representación de sí mismo como incapaz e impotente, sintiéndose fuera del espacio social reservado a "los útiles". Si junto a ello aparecen deterioro y desfiguraciones físicas, no es infrecuente encontrar el desencadenamiento de situaciones depresivas. (Cano, 2007)

2.3.2.3.4 Cambios a nivel familiar

Así también la dinámica familiar ya no es la misma y atraviesa una serie de cambios de importancia. El ritmo de vida, como también la calidad de vida se ven afectados al

tener a un miembro de la familia con cáncer, por lo que la preocupación por lograr el bienestar de esta persona, en muchas familias, es el eje central durante el proceso de tratamiento y después de este. La relación intensa con los médicos y los tratamientos continúan durante meses, seguido por períodos de espera para ver si el futuro habrá de ser definido por la supervivencia o la recurrencia.

El cambio de roles es también muy común durante este proceso, ya que en ocasiones la persona enferma es la que mantiene a toda una familia y su malestar supone una serie de ajustes lo que implica el aprendizaje de nuevos roles. Los miembros de la familia deben reaccionar a cambios sutiles en la condición del individuo, y gradualmente asumir más tareas que la persona enferma ya no es capaz de realizar.

La flexibilidad de los miembros de la familia y su tolerancia al cambio están constantemente puestas a prueba (Cano, 2007), ya que la presencia del cáncer, lo que hace en una familia es activar los recursos de los que ya dispone y que esta se enfrente a la situación según su manera de funcionar habitual.

En el ámbito familiar, no siempre la enfermedad cambia las relaciones de la familia de una determinada manera; ya sea que el padre, la madre, o el hijo presente la enfermedad, no se pueden dar pautas precisas, por ejemplo, del cambio de roles o el cambio de estilo de vida en el grupo familiar, ya que hablamos de un grupo que es la suma de sus individualidades mas las interrelaciones entre ellos, por lo que es difícil dar pautas explícitas y específicas de conducta. (Arranz, 2007)

Así también, al referirnos a la relación de pareja, si bien es claro que existen cambios ante la presencia de cáncer, estos pueden ser positivos o negativos. Esto dependerá de los recursos y debilidades de cada uno de los miembros de la pareja y de la relación en sí.

La pareja puede ser un apoyo fundamental, pero también puede ser una fuente de estrés, si no responde como la persona enferma espera; lo que es claro, evidente y casi común en todos los casos son los cambios a nivel físico y psicológico que se experimenta, lo que se asocia a cambios en el funcionamiento como pareja: durante el primer año posterior al diagnóstico, en el que se suceden los tratamientos complementarios, muchas veces se acepta por parte del enfermo y de su cónyuge la disminución de las relaciones sexuales, e incluso la interrupción absoluta, pero en cuanto se ha superado el tratamiento la pareja debe aceptar los cambios emocionales (ansiedad, depresión autoestima), cambios físicos (relacionados con las secuelas del cáncer, con la localización del tumor), como también el hecho de ya no poder tener hijos; muchas veces estos cambios no pueden ser aprobados por la pareja por lo que los problemas y a veces las separaciones se hacen evidentes. (Arranz, 2007)

2.4. Abordaje terapéutico en oncología desde diferentes enfoques en psicología

Actualmente, gracias a la aparición de la psicooncología como sub especialidad de la Psicología de la Salud, se han desarrollado diversos caminos de intervención con un mismo fin: mejorar la calidad de vida del paciente,

su salud mental y también física. Desde los distintos enfoques en psicología se han ido seleccionando técnicas que han demostrado ser de mucha ayuda para este fin, desde técnicas conductuales hasta humanistas, aplicadas según el caso y las demandas psicológicas del paciente. A continuación se citaran algunas de ellas.

2.4.1. Enfoque cognitivo-conductual

Se ha visto que la Terapia Cognitiva Conductual contribuye al cambio y superación de dificultades emocionales, ideas, pensamientos y pautas de conducta que llevan a incrementar los síntomas y malestares del paciente con cáncer, trabajándolos en forma puntual.

Hoy en día es la más utilizada en los servicios de Oncología ya que se muestra efectiva en la reducción del agobio emocional que experimentan pacientes y familias ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad y en el dominio de sus síntomas físicos, como por ejemplo el dolor. Así también puede ser administrada en un breve período de tiempo, factor muy importante en oncología; mejora la adherencia a los tratamientos médicos, ayuda a aumentar la efectividad de los mismos y ayuda a una mejor regulación anímica. (Rosenfeld, 2005).

2.4.1.1. Técnicas cognitivas-conductuales en oncología

a) Entrevista clínica

En psicooncología la primera entrevista puede ser la última dado las circunstancias en las que se encuentran los pacientes debido a su enfermedad, por esta razón el

terapeuta debe mostrarse cálido y empático. Esta no solo abarcara lo relacionado con el cáncer, sino también más ámbitos de la vida del paciente, como el aspecto familiar, laboral, social, personal, etc., para tener un panorama completo de cómo esta funcionando el paciente. .

b) Control cognitivo del dolor

Estudios confirman que existe una fuerte relación entre el dolor provocado por el cáncer y factores psicológicos tales como estado de ánimo, angustia, depresión y ansiedad. (Rosenfeld, 2005).

Así también el sentido de confianza para controlar el dolor se ha relacionado con una disminución en este y mayor bienestar psicológico. Se ha visto que la diferencia entre unos enfermos y otros parece ser su actitud hacia la enfermedad, incluida la creencia en la posibilidad de que ellos mismos puedan influir sobre ella (locus de control interno) y así mejorar su salud, lo cual es muy importante para comenzar con cualquier técnica cognitiva de control del dolor. (Valiente, 2006)

Algunas técnicas en el manejo del dolor son:

-Revalorización del dolor. Se trabajan una serie de estrategias encaminadas a reinterpretar la experiencia de dolor con objeto de minimizarla o trivializarla: (Biurrun, 2008).

- Reestructuración cognitiva. Se trabajan aspectos como la toma de conciencia sobre los pensamientos asociados a situaciones de dolor y la creación de un hábito de

pensamiento más positivo y encaminado a la acción. (Biurrun, 2008).

- Imaginería: imágenes autoguiadas implican concentrarse en una escena agradable o distraída y prestar atención a las sensaciones que pueden producirse en esa escena (por ejemplo: vistas, sonidos, aromas y gustos). (Rosenfeld, 2005).Mencionando técnicas más específicas para el control del dolor, tenemos (Moix, 2002).

- Símbolos: a través del uso de metáforas, estas se las pueden utilizar como símbolos los cuales van dirigidos a disminuir el dolor.
- "Tamaño y forma: Estas sugerencias consisten en dar forma y tamaño al dolor y progresivamente ir reduciendo el tamaño o degradar la intensidad del color, para que "ocupe menos espacio". (Moix, 2002, pág.1).
- Luces de colores: La persona visualiza el dolor con un color específico y el resto de su cuerpo con otro color diferente. El color procedente de las zonas donde no hay dolor se va extendiendo lentamente hasta que elimina el color del dolor. (Moix, 2002).

- Hipnosis: Se pueden usar técnicas hipnóticas para promover la relajación, y éstas pueden combinarse con otros métodos relacionados con el pensamiento y la conducta. En cuanto a los objetivos de la hipnosis se tiene (Moix, 2002):

- Reducción del dolor.
- Reducción de la medicación.

- Aumento de la actividad y el ejercicio físico.
- Aumento de la práctica de la higiene postural.
- Reducción de la ansiedad y la depresión.

2.4.2. Enfoque sistémico

El cáncer no solo afecta a la persona que lo padece sino que muchas veces la familia resulta igualmente o más afectada en este proceso. La familia se ve en la necesidad de acomodarse a los cambios que trae consigo esta enfermedad, esto supone que deben proveer de cuidados prácticos y emocionales al afectado, aun cuando los miembros tengan dificultades en afrontar la situación.

Por esta razón, dentro de las tareas en psicooncología el enfoque sistémico es de mucha importancia ya que se aboca al trabajo e intervención psicológica tomando en cuenta al paciente como integrante de un círculo familiar el cual se ve afectado en este proceso y, muchas veces, da lugar a una desestructuración familiar; también brinda los recursos necesarios a la familia para que juntos puedan afrontar este momento, para que puedan aceptar y adaptarse a los nuevos roles, puedan aprender habilidades para manejar esta nueva situación y puedan reforzarse unos a otros en etapas difíciles que se presentan durante todo este proceso y más adelante.

2.4.2.1. Técnicas sistémicas en oncología

a) Intervención con la pareja

Uno de los principales afectados suele ser la pareja del enfermo, ya que el impacto del diagnóstico de cáncer supone un reto donde la pareja se siente comprometida en

apoyar y responsabilizarse de la salud del paciente. Por esta razón se ve obligado a cambiar toda la dinámica conyugal. Si la pareja está unida y existe apoyo y solidaridad para hacer frente a la enfermedad, ésta es una carga compartida. En el otro extremo, si el paciente no se siente apoyado por su pareja, a la carga del cáncer, hay que añadir el estrés que supone detectar que el cónyuge se desentiende de la situación o no presta la ayuda esperada. (Arranz, 2007).

b) Intervenciones en la familia

Es importante y necesario realizar una valoración y orientación inicial con la familia del paciente o con las personas a cargo, ya que muchas veces todo el grupo experimenta incertidumbre, angustia y temor frente a lo que vaya a ocurrir durante el proceso oncológico. El psicólogo debe estar dispuesto siempre a reunirse con los miembros de la familia cuando ésta lo requiera, brindando orientación y apoyo.

La psicoterapia de pareja o familia se plantea generalmente como coadyuvante de las psicoterapias individuales o de grupo y como intervenciones puntuales en momentos de crisis agudas en las familias. (Arranz, 2007).

2.4.3. Enfoque humanista

Este modelo de psicoterapia desarrollado por Rogers, valora a la persona como sujeto individual, resalta su carácter único, y está en contra por tanto de las clasificaciones, ya que no considera a la persona como enferma.

Se basa más en un modelo positivo porque considera que nacemos con un potencial de desarrollo que tiende a madurar, y con la capacidad de tomar las riendas de nuestra propia vida.

En oncología resulta de particular importancia para algunos terapeutas el adoptar esta postura, ya que la base principal es la empatía, calidez y la calidad en la alianza terapéutica, como también un acompañamiento activo.

El trabajo del psicólogo no es pues tratar, sino hacer crecer el carácter personal. Le importa el presente, y no el pasado. Actúa cuando ese proceso de maduración se detiene porque es ahí cuando surgen los enfrentamientos psicológicos. (Guzmán, 2007)

2.4.3.1. Técnicas humanistas en oncología

a) Relajación

Muchas veces cuando el paciente presenta dolor debido a los tratamientos o al mismo cáncer, este dolor va acompañado de espasmos musculares que van tensando los músculos. Por esta razón la relajación muscular es muy útil en estos casos y para ello se requiere que el paciente se entrene en ejercicios prácticos a través del aprendizaje de diferentes técnicas

En este marco, se destacan dos tipos de relajación:

- La relajación progresiva de Jacobson: la respuesta de relajación requiere un entrenamiento especial en el que el psicoterapeuta le enseña al paciente a tensar y luego relajar los diferentes músculos del cuerpo, uno a uno.

(Nacional Cancer Institute, 2003). Este tipo de técnica no es recomendable en aquellos pacientes muy delicados de salud o que presenten mucho dolor, ya que el tensar los músculos puede resultar contraproducente por la condición del paciente (ocasionar más dolor). Puede ser practicado por pacientes con mejores condiciones físicas. (Estevan, 2001)

- EL training autógeno de J. H Schultz: este método consiste en producir una transformación general del sujeto mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales; a través del ejercicio mental (autohipnosis) se puede influir en el comportamiento del resto del organismo. Los cambios fisiológicos provocados ponen de relieve que el método queda lejos de ser una simple persuasión. Con la práctica continua de este entrenamiento se puede lograr una autorregulación corporal, como también la supresión del dolor, entre otros beneficios. (Carranque, 2004)

b) Visualización

Generalmente esta técnica sigue a la relajación. En esta se van creando imágenes guiadas por el terapeuta y posteriormente el paciente las puede ir creando solo. Estas imágenes están asociadas a estados agradables que el paciente puede ir experimentando. (Nacional Cancer Institute, 2003)

c) Apoyo social

Uno de los aspectos en que se han hallado resultados más consistentes es en la influencia del apoyo social que recibe el paciente como factor preventivo y reductor

estrés. El ámbito social es importante por lo que el apoyo social ayudara al paciente a seguir adelante, a que se desprenda de su rol de enfermo ante sí mismo y ante los demás. (Artigas y Moreno, 2009)

d) Apoyo emocional y motivacional

Todo enfermo necesita ser apoyado, y reafirmado para que pueda participar activamente en su proceso de adaptación a la enfermedad y tenga una actitud más positiva. Esa ayuda debe ser constante ya que habrá momentos difíciles en los cuales el paciente necesite más apoyo y mayor motivación. Es de mucha ayuda las lecturas motivacionales para este fin. (Artigas y Moreno, 2011)

e) Empatía y escucha activa

La empatía en este campo cobra mucha importancia ya que el paciente necesita ser comprendido y acompañado durante esta difícil etapa y muchas veces encuentra que tanto la familia como el equipo médico no cubren estas demandas, por lo que el actuar del psicólogo debe ser ante todo cálido y empático. (Artigas y Moreno, 2011)

f) Trabajo del autoestima

Dado que los tratamientos en oncología resultan ser en muchas ocasiones agresivos y con muchos efectos secundarios, los pacientes oncológicos presentan una serie de alteraciones e incomodidades físicas lo que repercute directamente en su autoestima y auto imagen. Esto lo

experimenta en mayor medida la mujer, especialmente cuando se dan grandes cambios y desmedros en la imagen externa como: caída del cabello, morfología corporal alterada, perdida de mama, caída de cejas, cambio de color de piel, etc. (efectos generalmente producidos por la quimioterapia y/o radioterapia).

Por esta razón, el psicólogo trabaja para generar en el paciente un nivel de auto-aceptación ante estos efectos, para que pueda comprender estos cambios y como enfrentarlos para sentirse bien, seguro y sobretodo optimizar la imagen mientras combate el cáncer. (Castellón, 2007)

2.4.4. Otras técnicas en psicooncología

2.4.4.1. Espiritualidad/religiosidad

Algunos de los pacientes oncológicos dependen de sus creencias espirituales o religiosas para hacer frente a su enfermedad; investigaciones nos muestran resultados interesantes al respecto.

El bienestar espiritual y religioso se podría relacionarse con una mejor calidad de vida, ya que se experimentaría menor ansiedad, depresión e incomodidad, menor sentimiento de soledad, mejor adaptación a los efectos del cáncer y su tratamiento, mejor capacidad para seguir disfrutando la vida durante el tratamiento del cáncer, sentido de crecimiento personal como resultado de vivir con cáncer y mejores resultados de salud. (Rodríguez, 2006: 45).

2.4.4.2. Charlas informativas

El objetivo de estas charlas (a manera de psicoeducación) es proporcionar información precisa y oportuna acerca del tratamiento y los efectos psicosomáticos que se presentan durante y después del tratamiento, esto para generar capacidades individuales para la adaptación a la enfermedad. Es importante que el psicólogo pueda informar acerca de los prejuicios que se tienen sobre la enfermedad y su tratamiento, esto para reducir la ansiedad y el estado de incertidumbre, además para que sepa que es lo que vendrá y se prepare psicológicamente.

2.4.4.3. Psicoterapia de grupo

Esta modalidad de psicoterapia es considerada una de las más significativas y aportativas en oncología ya que es un complemento de la terapia individual. Los grupos se caracterizan por estar compuestos por pacientes que comparten una patología común y se benefician tanto de las clarificaciones por parte del terapeuta como del apoyo emocional brindado por los miembros del grupo.

Con psicólogos entrenados en la psicodinámica grupal, se puede abordar diferentes temas desde autoestima, control de pensamientos, psicoeducación, apoyo familiar, etc.

En diversas clínicas de otros países se acostumbra a realizar grupos semiabiertos de psicoterapia para patologías definidas, por ejemplo, para cáncer de seno, de próstata, etc. (Murillo y Alarcon, 2006)

En relación a las técnicas psicológicas ya mencionadas, se ha visto que cuanto más integrativo y desde distintos ángulos sea el abordaje a realizarse, más posibilidades tiene el consultante de estar mejor (Rosenfeld, 2005).

Actualmente en muchos de los centros de salud se utilizan las técnicas no por el enfoque sino por la necesidad que tiene la persona, por lo que no es extraño observar la aplicación de técnicas de diferentes orientaciones en un mismo paciente, ya que se ha visto que cuanto más integrativo sea el abordaje a realizarse, más posibilidades tiene la persona de estar mejor (Rosenfeld, 2005).

2.4.4.4. Terapias alternativas

En las terapias alternativas y complementarias se agrupan varias intervenciones con comprobada eficacia terapéutica, pero que no son psicoterapias en sí mismas. Alrededor de los pacientes con cáncer se han realizado diversas actividades con beneficios en la calidad de vida, disminución del dolor y mejoramiento del bienestar percibido. Estos diferentes tipos de terapias aportan de una manera menos convencional al tratamiento de los pacientes con cáncer. Se cita las siguientes terapias alternativas: Terapia del arte, meditación, terapias psicosociales, homeopatía, nutrición, bioenergética, hipnoterapia, reflexología, masaje, imposición de manos, acupuntura, yoga, etc. (Murillo y Alarcon, 2006).

Bajo el contexto de los diferentes enfoques anteriormente citados, y valorando el aporte de otros

nuevos al campo de la psicología, surge uno en particular que integra todo conocimiento válido dentro de su teoría, diseñando así un modelo sólido y aprobado científicamente, el cual durante estos últimos años ha aportado cuantiosamente al campo de la psicología como también a la práctica clínica: el Enfoque Integrativo Supraparadigmático, el cual será descrito a continuación dado que la presente investigación se apoya en este enfoque.

2.5. Enfoque Integrativo Supraparadigmático (EIS)

2.5.1. Modelo Integrativo Supraparadigmático

“El Modelo Integrativo involucra una nueva lectura del panorama que exhibe la psicoterapia y de los datos válidos de conocimiento y un recontextualizar esos datos de modo de darles coherencia y proyecciones de futuro”. (Opazo, 2001, pág.137)

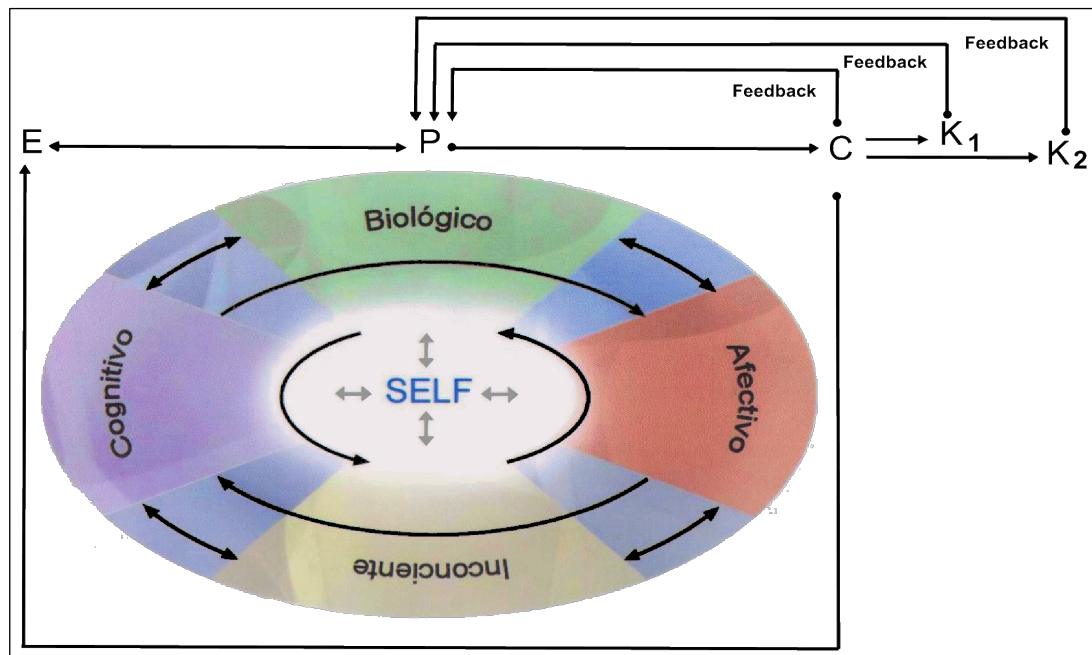
Roberto Opazo, un destacado psicólogo chileno, incorporó este nuevo modelo desde el año 1983, el cual fue un aporte novedoso al campo de la psicología, donde fue rescatando e integrando el conocimiento válido de otros enfoques, recontextualizándolos de una forma coherente en el marco del Supra paradigma Integrativo y la Psicoterapia Integrativa.

Este modelo es comparativamente más completo, ya que, como se sabe, la dinámica psicológica es multifacética y muy compleja, por lo que exige un Modelo de las mismas características para ser comprendido. Es por eso que este modelo integra los paradigmas biológico, ambiental-

conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, los cuales son integrados en función del Sistema Self, sistema que es considerado el epicentro de nuestra personalidad, siendo sus cinco funciones: identidad, auto organización, significación, conducción de vida y búsqueda de sentido. (Opazo, 2001).

El Sistema Self es parcialmente estable y cambiante; las raíces biológicas, las experiencias tempranas, las estructuras afectivas le dan al sistema Self su cuota de estabilidad y de resistencia al cambio; por otro lado los dinamismos cognitivos, biológicos, afectivos e inconscientes le dan la opción de movimiento, flexibilidad y apertura al cambio. (Para mayor información sobre el EIS, consultar: "Psicoterapia Integrativa: Una delimitación Clínica". De Roberto Opazo, 2001).

**"Delimitación Estructural del Modelo Integrativo
Supraparadigmático"**



En términos descriptivos, en el Modelo E, son los estímulos que afectan a la persona, P es la persona, C es la conducta abierta, K1 son las consecuencias inmediatas y K2 son las consecuencias mediatas. El eje integrador de la persona (P) es el sistema SELF, hacia el cual convergen los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo e inconsciente. El Modelo integra también las modalidades causales lineal (\rightarrow) y circular (\leftrightarrow) y le otorga relevancia a las partes y al sistema como conjunto. (Opazo, 2001, pág. 119)

En términos funcionales, el Modelo asume que el proceso perceptivo es dialéctico, en el sentido que interactúan sujeto/objeto, es decir la persona cognoscente y el objeto a conocer; así también se puede decir que la percepción es doblemente contextual: "Desde fuera", lo es en cuanto lo percibido se encuentra en un contexto, el cual facilitara el que sea procesado de una determinada forma. "Desde dentro", lo percibido será procesado en el contexto del mundo interno de quien está percibiendo. (Opazo, 2001).

En la función perceptiva, la persona (P) va activamente hacia el ambiente; el rol activo de la persona deriva del rol constructivo del sistema nervioso, de sus necesidades y tendencias, de las expectativas o mecanismos de feed-forward, de los conocimientos previos, etc. Todos estos factores contribuyen a co construir la percepción. Una vez que el estímulo ha sido co construido puede movilizar conductas abiertas (C) o generar efectos cognitivos, afectivos o inconscientes. En el caso de la conducta abierta esta puede tener consecuencias inmediatas (K1) y/o mediatas (K2). , pudiendo producir cambios en el ambiente, modificando así la futura estimulación que influirá en la persona. (Opazo, 2001).

El Modelo también plantea que, lo que en un momento constituye un "efecto" (cognitivo, afectivo, inconsciente o conductual), puede pasar a ser "causa" en momentos posteriores, por lo que se integra el concepto de causalidad circular.

En este proceso activo de significación, el sistema SELF organiza, modifica e interpreta la experiencia, y es a su vez modificado por ésta.

Desde el Modelo, Opazo ha propuesto el concepto de "principio de influencia", el cual procura "humanizar" el principio de causalidad. "Un principio de influencia hace referencia a una relación entre un hecho específico (precedente) y un hecho específico (consecuente); la presencia del primero aumenta la probabilidad de que se produzca el segundo". (Opazo, 2001, pág.100). La determinación causal pasa a ser reemplazada por la influencia probabilística, la cual se aviene mejor con la forma en que funciona la dinámica psicológica.

El Modelo cumple una función ordenadora del conocimiento, enriquece sustancialmente las opciones de predicción, permite potenciar las fuerzas de cambio y ejerce una función guiadora facilitando el futuro conocimiento. En el contexto del Modelo Integrativo, los grandes privilegiados son el conocimiento y los pacientes; se buscará el conocimiento sin sesgos y se recogerán las fuerzas de cambio movilizadoras "vengan de donde vengan". Al aportar un marco teórico global, el Modelo Integrativo permite derivar una Psicoterapia Integrativa que vaya más allá de un mero eclecticismo. (Opazo, 2001)

En este marco, como se mencionó anteriormente, el Modelo integra los cinco paradigmas: biológico, cognitivo,

afectivo, ambiental-conductual y sistémico, paradigmas que están conceptualizados con precisión, que fueron estudiados ampliamente y nos ofrecen pruebas de su operar efectivo en términos etiológicos y predictivos, y en términos de estrategias de cambio.

2.5.1.1. Paradigma biológico

Propone que ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o fisiológicas pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, afectos o conductas (Opazo, 2001).

Este paradigma explora las predisposiciones de tipo biológico que podrían estar asociadas con ciertas alteraciones psicológicas, Lo importante de esta área radica en el peso que la biología tiene en el ser humano al facilitar la aparición de distintas enfermedades. Por ejemplo, el Modelo Integrativo explica algunos conceptos aplicados dentro del aspecto biológico como el de neuroticismo, donde se dice que un neuroticismo alto, involucra una facilitación biológica para magnificar el valor estresante de los estímulos. Un depresivismo alto, involucra una facilitación biológica para magnificar el valor depresogénico de los estímulos. (Opazo, 2004); así también nos menciona el concepto de significación biológica, donde una persona puede magnificar sistemáticamente ciertos estímulos y/o minimizar sistemáticamente otros, en función de ciertas características biológicas propias de cada paciente. Por lo que personas que, desde su biología, presentan un

favoritismo emocional hacia lo negativo son más propensos a generar un estilo cognitivo consistente con sus afectos.

Por lo tanto, la biología, el código genético, etc., serán un arma importante para que exista una predisposición hacia la psicopatología.

Podemos citar que dentro de este paradigma se aborda los antecedentes mórbidos familiares, problemas del embarazo y parto, trastornos del desarrollo precoz, grado de neuroticismo, estado físico general, enfermedad físicas, alteraciones del sueño, el ciclo menstrual y uso de medicamentos.

2.5.1.2. Paradigma ambiental conductual

El paradigma ambiental/conductual del Modelo Integrativo Supraparadigmático, postula que "ciertas características ambientales específicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, afectos y conductas (los cuales pueden ser más o menos "desajustados")" (Opazo, 2001, pág.111). Este paradigma integra y se apoya en el modelo de condicionamiento clásico de Pavlov y el modelo de condicionamiento operante de Skinner. (Opazo, 2001).

Lo central del paradigma radica en el rol del ambiente y de las experiencias tempranas para la satisfacción de las necesidades, y en los efectos que estas experiencias dejan en los seres humanos, lo cual es lo más difícil de cambiar. Por esta razón, puede jugar un rol de agente causal en trastornos como la ansiedad, lo cual es respaldado desde el condicionamiento clásico, como también el tartamudeo, la

conducta compulsiva y agresiva, evidenciado desde el condicionamiento operante.

Las experiencias traumáticas, los eventos estresores, etc. estarían apuntando a la forma cómo el individuo se conduce en su vida cotidiana, dando cuenta de un repertorio conductual más o menos variado.

2.5.1.3. Paradigma cognitivo

El paradigma cognitivo, postula que "ciertos eventos cognitivos (pensamientos o imágenes transitorias) y/o estructuras cognitivas (valores y pensamientos estables), pueden influir generando conductas, cogniciones y afectos". (Navarrete, 2004, pág.45).

Lo central del paradigma radica en la información y sobre todo en su procesamiento, ya que cada persona traduce la realidad de diferente manera, por lo que se interpreta los hechos de un modo particular. Esta interpretación de la información da lugar a que la persona actúe acorde a ello, y también esto genera ciertos sentimientos y afectos, por lo que cognición, conducta y afectos tienen una interrelación importante, a lo cual también se suma lo biológico y ambiental como factores relacionados con el procesamiento y traducción de la información.

El funcionamiento o procesamiento cognitivo de una persona está estrechamente relacionado con el ajuste y/o desajuste de esa persona a su medio ambiente. Así entonces, "sesgos, distorsiones o defectos en la percepción e interpretación de las experiencias pueden resultar en respuestas desadaptativas y ese error sistemático y

persistente en el procesamiento de la información juega un rol importante en muchas formas de psicopatología" (Opazo, 2001, pág.111-112).

2.5.1.4. Paradigma afectivo

Este paradigma postula que eventos y estructuras afectivas pueden ejercer una influencia causal, generando cogniciones, conductas y cambios fisiológicos en el organismo (Opazo, 2001).

En este paradigma, como en los otros, se tienen elementos que puede actuar como agentes causales de alteraciones en otras dimensiones, por ejemplo la presencia de ansiedad social puede dar lugar a un bajo repertorio de conductas sociales (paradigma conductual); respecto a la dimensión cognitiva se ha evidenciado que el ánimo depresivo puede dar lugar al recuerdo de experiencias negativas y de fracaso, lo cual se relaciona con una pensamiento sombrío del futuro, produciéndose un círculo vicioso entre afectos negativos y cogniciones negativas, lo que tendería a perpetuar el desajuste depresivo. (Navarrete, 2004).

Lo importante en este paradigma sería el rol que cumplen las respuestas afectivas y el origen de las mismas, ya que van muy de la mano y movilizan las conductas de la persona.

2.5.1.5. Paradigma inconsciente

Propone que "eventos mentales de los cuales el individuo no está consciente (operan fuera del awareness)

pueden influir generando cogniciones, afectos, y conductas específicas". (Navarrete, 2004, pág.49). El inconsciente se refiere a aquellos procesos mentales o a la dinámica psicológica que es desconocida por la conciencia.

Todo proceso psicológico que curse fuera del awareness fenoménico actual cae dentro de los márgenes de la inconsciencia. Los contenidos y procesos inconscientes serán a veces pasivos y otras veces activos. Algunos de ellos tendrán un poderoso valor causal en algunos momentos, en tanto que en otros se mantendrán en un nivel pasivo. (Navarrete, 2004, pág.49).

2.5.2. Psicoterapia Integrativa

La Psicoterapia Integrativa es consistente con el Modelo Integrativo ya que orienta y enmarca el desarrollo clínico. En un primero momento, existe la necesidad de realizar un diagnóstico integral tratando de establecer las fortalezas y debilidades que el paciente presenta en cada paradigma y en las funciones del Self, tratando de relacionar el rol de cada paradigma en la génesis del motivo de consulta, de los síntomas o alteraciones psicológicas.

El terapeuta deberá aplicar las fuerzas de cambio desde cada paradigma, en función de las necesidades de cada paciente. Es por esto que, en palabras de Opazo, el diagnóstico integral favorece la especificidad, enriquece la predicción y potencia el cambio. (Opazo, 2001)

Respecto al diagnóstico, se asume que cada paciente presenta un patrón idiosincrático de funcionamiento en cada

sub sistema, por lo que sus fortalezas y recursos, como sus debilidades, serán particulares en cada dimensión; es así que la evaluación diferenciada se constituye en una necesidad clínica ineludible.

El propósito central de un proceso de psicoterapia Integrativa es el dar lugar a un tratamiento psicológico que pueda cambiar conflictos intra psíquicos e interpersonales a través de objetivos que pueden ser acordados entre paciente y terapeuta; este proceso debe ser llevado a cabo bajo los parámetros del Modelo Integrativo, el mismo debe tener una cuota de creatividad pero basándose en todo momento en principios científicos

En cuanto al pronóstico, es crucial una buena evaluación clínica a nivel integral ya que esto dará predicción respecto a la evolución y parámetros de selección de estrategias clínicas para el futuro proceso terapéutico. Con esto se puede indagar hasta donde se puede llegar en la terapia y bajo que objetivos terapéuticos se trabajará.

Citando algunas características centrales de la Psicoterapia Integrativa, podemos señalar que (Opazo, 2001):

- Se orienta a que el paciente se ayude a sí mismo.
- Cada parte del sistema psicológico hace un aporte diferencial al todo y si se da una modificación de alguna parte se extiende a todo el sistema, modificándolo.
- Trata de especificar variables que no son específicas relacionadas al paciente (ej. motivación al cambio), al terapeuta (ej. calidez) y a la alianza terapéutica (ej. tipo de vínculo).

- Se enfatiza el "aquí y ahora", integrando la historia como fuente de información para el diagnóstico.
- Utiliza técnicas avaladas científicamente.
- Utiliza fases didácticas para el ensanchamiento del "Awareness" o darse cuenta del paciente.

2.5.2.1. Ficha de evaluación clínica integral

Opazo plantea que "un buen diagnóstico posibilita un adecuado proceso terapéutico y un mayor logro de objetivos terapéuticos; ayuda a conocer, a predecir, a explicar, a clasificar, a precisar y a intervenir" (Bejer, 2005, pág.136).

Para este fin se creó un instrumento de evaluación llamado FECI (Ficha de Evaluación Clínica Integral), que permite recopilar datos importantes del paciente para ser utilizados en el proceso Psicoterapéutico.

El FECI es un cuestionario de autoreporte que es respondido por el paciente en las primeras sesiones; "en él, la persona se auto-describe, explicita su autoimagen, su autoestima y sus expectativas de eficacia personal, describe sus formas de procesar información, sus modalidades de autocontrol y su administración conductual". (Bejer, 2010, pág.39).

Esta ficha integra diferentes escalas, las cuales están validadas a nivel internacional, entre las cuales se puede mencionar: Sub-Escala Gambrill y Ritchie, Test de Asertividad de Rathus, E.P.Q. de Eysenk, entre otras; así también se compone de escalas desarrolladas por los profesionales que forman parte del ICPSI, escalas que

fueron propuestas desde su práctica clínica, como: escala de Irracionalidad Cognitiva, Vulnerabilidad Biológica, Satisfacción de Pareja Perfeccionismo, Escalas de Síntomas, Depresión, Ansiedad, Autoimagen, Repertorio de Conductas Sociales, etc. En total contiene 19 escalas clínicas de puntaje cuantitativo. Las mismas evalúan los principales síntomas, rasgos de personalidad, historia personal y cada uno de los seis paradigmas integrados por el modelo como también el Sistema Self. (Opazo, 2001).

El desglose específico de cada paradigma permite observar el funcionamiento del sujeto en esa área y establecer procedimientos terapéuticos específicos.

Es muy útil en la medida de que posibilita una evaluación clínica integral, aportando así a la selección de técnicas y estrategias para un mejor proceso psicoterapéutico. "El aporte del FECCI es cuantitativo en la medida que permite el acceso a puntajes de las diferentes escalas y es cualitativo en la medida que recoge descripciones y opiniones del paciente en relación con sus diferentes características". (Bejer, 2010, pág.39-40)

Dado que este instrumento fue base para la presente investigación, más adelante se mencionara con mayor detalle todos los cuestionarios e ítems que presenta, como también un análisis de sus escalas y sub escalas.

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo general

Determinar desde el EIS el Perfil Psicológico de pacientes con cáncer cérvico uterino que reciben tratamiento en el Instituto de Cancerología "Dr. Cupertino Arteaga" (INCCA) de la ciudad de Sucre.

3.1.2. Objetivos específicos

- Describir elementos del paradigma biológico en pacientes con cáncer cérvico uterino del INCCA
- Describir elementos del paradigma cognitivo en pacientes con cáncer cérvico uterino del INCCA
- Describir elementos del paradigma afectivo en pacientes con cáncer cérvico uterino del INCCA
- Describir elementos del paradigma ambiental-conductual en pacientes con cáncer cérvico uterino del INCCA
- Describir elementos del paradigma inconsciente en pacientes con cáncer cérvico uterino del INCCA

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental y transversal, ya que la observación de los sujetos se

realizó en situaciones ya existentes y sin manipulación de variables.

Es un estudio de tipo exploratorio y descriptivo ya que busca describir variables y analizar la incidencia de ellas.

3.3. Población

La población se constituye por pacientes del Instituto Nacional "Cupertino Arteaga" (INCCA) de la ciudad de Sucre, con diagnóstico de cáncer cérvico uterino que reciben tratamiento en esta misma entidad entre los meses de octubre a diciembre del año 2010, haciendo un total de 30 casos con este tipo de diagnóstico.

3.4. Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico e intencionado, dirigido, constituyéndose esta en un número de 15 pacientes, muestra que cumplió con los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres que reciben tratamiento en el INCCA.
- Mujeres que puedan leer y escribir.
- Mujeres residentes en la ciudad de Sucre.
- Mujeres que hablen y comprendan el español, ya que en Bolivia, y particularmente en Sucre, residen personas quechuistas (que hablan Quechua) que no necesariamente comprenden el español.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)

El instrumento central para la presente investigación es la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI), la cual es un cuestionario de auto reporte diseñado desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático que está formado de 127 dimensiones ordenadas en 18 secciones distintas.

En dicho cuestionario el paciente reporta su estado con respecto a los principales síntomas, a los rasgos de personalidad y aspectos relevantes de su historia personal ordenados en diferentes subsistemas que componen el Modelo. El FECI incluye escalas que son validadas a nivel mundial. "En general, del FECI se obtienen las siguientes escalas: Neuroticismo, Extroversión, Psicoticismo; Escala L; autoimagen; autoestima; autoeficacia; asertividad; satisfacción matrimonial, satisfacción de necesidades; ansiedad; depresión; alexitimia; tolerancia a la frustración; irracionalidad cognitiva; perfeccionismo; ansiedad social; repertorio conductual; organicidad". (Navarrete, 2004). Sus escalas constituyen un pilar tanto en la práctica clínica como de la investigación. (Bejer, 2005)

A pesar de que este instrumento, como se mencionó anteriormente, es de auto reporte, el mismo fue aplicado por la investigadora ya que las características y condiciones de la muestra impedía que estos puedan ser llenados de manera personal; el estado físico y los efectos de los tratamientos fueron aspectos que podían haber interferido en el llenado de la ficha de manera

satisfactoria, por lo que se estimó conveniente aplicarlo uno a uno, en instalaciones del hospital y tomando en cuenta siempre el estado físico y psicológico de las personas de estudio.

3.6. Variables a estudiar

Las variables contempladas en el presente estudio se las describe a continuación.

3.6.1. Variables poblacionales

a) Número de hijos: 0-2

3-5

6-8

+ de 9

b) Ocupación: Se refiere a la actividad principal que realiza la persona en el momento de consultar. La ocupación no corresponde necesariamente al nivel educacional alcanzado por la persona. Las categorías son:

- Dueña de casa: aquella persona que realiza labores domésticas en su propio hogar como única o principal actividad y que no recibe remuneración por ello.

- Estudiante: Aquella persona que se dedica a estudiar en una institución formal de educación.

- Técnico: Aquella persona que posee conocimiento y especialización de alguna institución de educación

(incluye a instituciones del área de salud, educación, administración, construcción e ingeniería).

- Profesional: Aquellas personas que poseen conocimientos generales y específicos respecto a alguna área, los cuales son acreditados por una institución formal de educación superior (incluye profesionales de la salud, educación, ingeniería, construcción, ciencias sociales, artes y letras, etc.)

- Administrativo: Aquellas personas que tienen a su cargo el manejo y organización de personas, bienes o servicios.

- Oficio: Aquellas personas que realizan un trabajo remunerado y que no están calificadas por alguna institución de educación, por lo que para desempeñarse requiere, sólo de experiencia.

- Empresario: Aquellas personas que son dueñas o dirigen empresas, ya sean grandes, medianas o pequeñas.

- Jubilado: Aquellas personas que han trabajado toda la vida y por edad, años de servicio u otro motivo, han sido jubiladas y reciben una pensión.

- Cesante: Aquellas personas que al momento de consultar no tienen ocupación.

- Otro.

c) Tipo de tratamiento que recibe actualmente: en oncología el tratamiento depende del diagnóstico. Según

la extensión del cáncer presente en el cuello del útero y del grado, el tratamiento puede consistir en una o más terapias:

- Quimioterapia: Usa medicamentos para atacar las células cancerosas cuyo objetivo es destruir las células tumorales con el fin de lograr reducir la enfermedad, empleando una gran variedad de fármacos.

- Radioterapia: Terapia para matar las células cancerosas que hayan quedado después de haberse operado.

- Braquiterapia: Este tipo de radiación se desplaza a una distancia muy corta del tumor para no afectar otros órganos. El material es colocado de tal forma que dañe las menos células normales como sea posible. El material en sí puede dejarse dentro del cuerpo por sólo un tiempo reducido, o puede que se deje ahí de forma permanente.

- Cirugía: que va desde la extirpación del tejido anormal, solamente, hasta el cérvix completo, así como del útero entero y de otros tejidos adyacentes.

f) Etapa del tumor: Después de que se ha diagnosticado el cáncer del cuello uterino, se realizan pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado dentro del cuello uterino o a otras partes del cuerpo. La información que se obtiene del proceso de clasificación en etapas determina la etapa de la enfermedad (Instituto Nacional del Cáncer, 2006):

- Etapa 0: En la etapa 0, el cáncer se encuentra en la primera capa de células que recubren el cuello del útero

solamente y no ha invadido los tejidos más profundos del cuello uterino. La etapa 0 se denomina también carcinoma in situ.

- Etapa I: En la etapa I, el cáncer se encuentra en el cuello uterino solamente.

- Etapa II: En la etapa II, el cáncer se ha diseminado más allá del cuello uterino pero no ha alcanzado la pared pélvica (tejidos que recubren la parte del cuerpo entre la cadera).

-Etapa III: el cáncer se ha diseminado al tercio inferior de la vagina y tal vez haya alcanzado la pared pélvica y los ganglios linfáticos circundantes.

- Etapa IV: el cáncer se ha diseminado a la vejiga, el recto u otras partes del cuerpo.

3.6.2. Variables del FECI (Bejer, 2004)

1.- Edad

0	20-29
1	30-39
2	40-49
3	50-59
4	60-69

2.- Sexo:

0	Femenino
---	----------

3.- Estado Civil:

“El estado civil es la situación en la que se encuentra o no una persona en relación a otra, con la que se crea lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo deberes y derechos al respecto”. (Arnaldo, 2009, pág.64).

Según lo planteado en el FECI categorizó de la siguiente manera:

1	soltero
2	casado
3	separado
4	viudo
5	Casado 2° vez
6	conviviente
7	otro

4.- Ocupación:

Se refiere a la actividad principal realizada por la persona al momento de la consulta y no se refiere necesariamente al nivel educacional alcanzado (Navarrete, 2004), según lo planteado en el FECI categorizó de la siguiente manera:

1	Dueño de casa
2	Estudiante
3	Técnico
4	Profesional
5	Administrativo
6	Oficio
7	Empresario
8	Cesante

5.- Antecedentes Perinatales:

Se refiere a las características del parto durante el nacimiento del paciente. Según lo planteado en la FECI categorizó de la siguiente manera:

0	Parto normal
1	Prematuro
2	Tardío
3	Cesárea
4	Asfixia
5	Fórceps

6.- Comorbilidad:

Se refiere a la presencia de patologías concomitantes con alguna otra que pudiera presentar la persona, y de acuerdo al FECI, las clasificaciones son:

- Trastornos Depresivos
- Anorexia Nerviosa
- Bulimia Nerviosa
- Trastorno de Pánico
- Abuso de sustancias
- Ansiedad Generalizada

Cada una de estas clasificaciones se categorizó respecto a su presencia o ausencia:

0	Ausencia
1	Presencia

7.- Diagnósticos Previos:

Autoreporte realizado por la persona respecto a desajustes psicológicos y/o enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticados, conforme a las clasificaciones

señaladas en el autoreporte FECCI, siendo las clasificaciones las siguientes:

- Neurosis Depresiva
- Neurosis de Angustia
- Neurosis Obsesivo-Compulsiva
- Neurosis Psicósomática
- Problemas sexuales
- Anorexia
- Alcoholismo
- Drogadicción
- Ataques de Pánico
- Fobias
- Psicopatía
- Mitomanía
- Bulimia
- Esquizofrenia
- Intentos de suicidio
- Psicosis Maníaco-Depresiva
- Otros

Cada una de estas clasificaciones se categorizó respecto a su presencia o ausencia:

0	Ausencia
1	Presencia

8.- Condiciones Médicas:

Se refiere al autoreporte del paciente respecto a la presencia previa o actual de alteraciones del funcionamiento físico orgánico y que pueden llegar a ser de relevancia para la comprensión y/o abordaje terapéutico del trastorno mental actual del paciente (Carvajal, 2004; Navarrete, 2004). El FECCI plantea las siguientes clasificaciones:

- Meningitis
- TEC
- Epilepsia

- Diabetes
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Psoriasis
- Bocio
- Cardiopatías
- Hipertensión arterial
- Artritis
- Tumores
- Asma bronquial
- Alergias
- Úlceras
- Colon irritable
- Otros

Cada una de estas clasificaciones se categorizó respecto a su presencia o ausencia:

0	Ausencia
1	Presencia

9.- Antecedentes familiares:

Se refiere a la existencia de alguna enfermedad o desajuste en algún miembro de la familia de origen (Carvajal, 2004), siendo según el FECI las posibilidades a consignar:

- Depresión
- Trastornos Alimentarios
- Alcoholismo
- Drogadicción
- Trastorno Ansioso
- Fobias
- Esquizofrenia
- Intentos de suicidio
- Suicidio
- Psicosis
- Bipolar
- Epilepsia

Cada una de estas clasificaciones se categorizó respecto a su presencia o ausencia:

0	Ausencia
1	Presencia

10.- Neuroticismo:

Dimensión que evalúa dentro de un continuo el nivel de emocionalidad o labilidad del sujeto versus su nivel de estabilidad emocional y se relaciona con la intensidad y el control de reacciones y procesos emocionales (Bagladi, 2003). Se accede a esta dimensión a través del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), contenido en el FECI. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI.

Categorización según FECI

	Rango	Puntaje
0	Bajo	0 a 10
1	Medio	11 a 15
2	Alto	16 a 22

11.- Extroversión/ Introversión:

Esta variable hace referencia a una cualidad de la personalidad relacionada con la dimensión y/o medio ambiente, se evalúa el tipo de orientación del sujeto hacia el mundo, ya sea externa o interna respectivamente (Bagladi, 2003).

Se accede a esta dimensión a través del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), contenido en el FECI. Se

categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI.

Categorización según FECI

	Rango	Puntaje
0	Bajo	0 a 9
1	Medio	10 a 13
2	Alto	14 a 20

12.- Psicoticismo:

Dimensión que evalúa el grado de psicopatía, agresividad, terquedad e impulsividad presentados por el sujeto (Bagladi, 2003). Se accede a esta dimensión a través del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), contenido en el FECI. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI.

Categorización según FECI

	Rango	Puntaje
0	Bajo	0 a 2
1	Medio	3 a 4
2	Alto	5 a 18

13.- Preguntas Específicas E.P.Q.:

Se incluyen algunos ítems específicos para profundizar en el análisis, ya que con ellos se puede estudiar la posible presencia de ideas obsesivas lo cual puede estar relacionado con el cómo afrontan las pacientes, el tratamiento oncológico y su posterior proceso de recuperación.

- ¿Se detiene a pensar las cosas antes de hacerlas?
- ¿Se asegura cuidadosamente que la puerta de su casa quede cerrada de noche?
- ¿Se preocupa frecuentemente de cosas que debió haber dicho o hecho?
- ¿Está permanentemente preocupado por algo?
- ¿La buena educación y la limpieza son muy importantes para usted?
- ¿Se inquieta por cosas terribles que pudieran suceder?
- ¿Se preocupa por su salud?
- ¿Le preocupa si sabe que hay fallas en usted o en su trabajo?
- ¿Siempre se lava las manos antes de comer?
- ¿Se preocupa por mucho tiempo luego de haber tenido una experiencia desagradable?

Categorización:

0	Ausencia
1	Presencia

14.- Escala L:

Hace referencia a una escala que determina el nivel de veracidad de las respuestas que la persona evaluada entrega. Además los ítems que la componen permiten apreciar el grado de deseabilidad social de la persona, es decir, la tendencia del sujeto a mostrar pautas de conductas aprobadas o aceptadas socialmente. (Bagladi, 2002a). Se accede a esta dimensión a través del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), contenido en el FECI. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI.

Categorización según FECI

	Rango	Puntaje
0	Bajo	0 a 7
1	Medio	8 a 10
2	Alto	11 a 20

15.- Vulnerabilidad Biológica:

Evalúa diferentes indicadores de alteraciones orgánicas, por ejemplo, tipo de parto, problemas del desarrollo, TEC, etc. que pueden o no estar relacionadas con el proceso o estado psicológico actual (Bagladi, 2003). Se accede a esta dimensión a través del cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ), contenido en el FECI. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI.

Categorización según FECI

	Rango	Puntaje
0	Bajo	0 a 9
1	Medio	10 a 15
2	Alto	16 a 46

16.- Ansiedad:

Se refiere a un estado emocional desagradable asociado a cambios psicofisiológicos y que no responde a una situación objetiva como el miedo, sino que es manifestación de un conflicto intrapsíquicos. La escala en el autoreporte FECI consta de diversos ítems que evalúan la sintomatología asociada a la ansiedad de acuerdo a los criterios del DSM-IV (Bagladi, V., 2003b), siendo los síntomas evaluados en el FECI los siguientes: problemas de atención y concentración, mareos, diarreas, transpiración de manos, onicofagia, temblor de manos, bruxismo, come en exceso, sequedad bucal, ideas obsesivas, se fatiga fácilmente, miedos fóbicos, angustia, insomnio, pesadillas, cefalea, taquicardia, hipocondría, impotencia, frigidez, eyaculación precoz.

Categorización según FECI

	Rango	Puntaje
0	Bajo	0 a 4
1	Medio	5 a 7
2	Alto	8 a 21

17.- Depresión:

Se refiere a un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo y se identifica con un conjunto de emociones y sentimientos tales como tristeza, abatimiento, llanto, entre otros. Se manifiesta también a través de una inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. (Carvajal, 2004). Se accede a esta variable mediante una escala de autoreporte en el FECI que consta de diversos ítems que evalúan la sintomatología depresiva derivada de los criterios señalados en el DSM-IV (Bagladi, 2003a).

Los síntomas incluidos en el FECI son: problemas de atención y concentración, irritabilidad, inapetencia, poco deseo sexual, se fatiga fácilmente, insomnio, exceso de sueño, llanto, pena, aburrimiento, sentimientos de culpa, desánimo, ideas de suicidio, dificultad para disfrutar, reacciones de tristeza frente a las frustraciones y grado bajo de felicidad.

Categorización según FECI

	Rango	Puntaje
0	Bajo	0 a 4
1	Medio	5 a 9
2	Alto	10 a 21

18.- Problemas Sexuales:

Se refiere al autoreporte del paciente respecto a la presencia (previa o actual) o ausencia de problemas sexuales y se categorizó de la siguiente manera:

0	Ausencia
1	Presencia

19.- Sueño:

Evaluación realizada por el paciente respecto de la calidad de su sueño (Navarrete, 2004). Se categorizó de la siguiente manera:

0	Reparador
1	Poco reparador
2	Muy poco reparador

20.- Medicamentos:

Se refiere al tipo de fármacos que el paciente consume al momento de responder el FECI (Carvajal, 2004), clasificados como se señala a continuación:

- Ansiolítico
- Antidepresivo
- Estabilizador del ánimo
- Neuroléptico
- Antipsicótico
- Otros

Cada una de estas clasificaciones se categorizó respecto a su presencia o ausencia:

0	Ausencia
1	Presencia

21.- Actividad Física:

Se refiere a la evaluación que realiza la persona respecto de su actividad física al momento de contestar el autoreporte FECI (Navarrete, 2004). Se categorizó de la siguiente manera:

0	Bastante activa
1	Relativamente activa
2	Poco activa

22.- Problemas del Desarrollo:

Se refiere al autoreporte del paciente respecto a la presencia previa de alteraciones del desarrollo. El FECI plantea las siguientes clasificaciones:

- Dificultad para aprender a andar
- Dificultad para aprender a hablar
- Dificultad para aprender a leer y escribir
- Dificultad para aprender a controlar los esfínteres
- Hiperactividad o Hiperkinesia
- Dislexia
- Trastornos del Sueño
- Déficit atencional
- Fobia o Temores (escolar, oscuridad, animales, etc.)
- Otros

Cada una de estas clasificaciones se categorizó respecto a su presencia o ausencia:

0	Ausencia
1	Presencia

23.- Repertorio Conductual:

Esta variable se refiere a una "variedad de habilidades sociales, competencias comportamentales y respuestas de enfrentamiento que permiten a un individuo manejar las exigencias de la vida diaria" (D'Zurilla, 1993). Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto, en el autoreporte FECI. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

Categorización según FECI:

	Rango	Puntaje
0	Bajo	14 a 45
1	Medio	46 a 52
2	Alto	53 a 70

24.- Asertividad:

Se refiere al grado en que la persona es "capaz de expresar lo que piensa y siente, es capaz de defender con decisión y firmeza sus derechos, sin atropellar los derechos de los demás" (Opazo, 1990, pág. 4). Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto, a través de la escala de Asertividad de Spencer Rathus contenida en el FECI. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

Categorización según FECI:

	Rango	Puntaje
0	Bajo	-72 a -1
1	Medio	0 a 20
2	Alto	21 a 79

25.- Sistemas de premios y castigos:

Se refiere a la evaluación que hace la persona de los sistemas de reforzadores positivos o negativos realizados por personas significativas en su proceso de formación, las respuestas entregadas en el FECI por los pacientes fueron categorizadas de la siguiente manera (Navarrete, 2004):

0	Predominio de premios sobre castigos
1	Equivalencia de premios y castigos
2	Predominio de castigos

26.- Evaluación de la crianza:

Se refiere a la evaluación realizada por la persona en el FECI acerca de la forma en que sus padres le criaron en lo referente al grado de regalía y mimos (Navarrete, 2004). Las categorías son:

0	Regalón
1	Neutro
2	No fue regalón

27.- Escolaridad:

Se refiere al último año de educación formal y/o título (profesional o técnico) alcanzado por la persona según su autoreporte (Carvajal, 2004). Las categorías son:

0	Básica incompleta
1	Básica completa
2	Media incompleta
3	Media completa
4	Técnico liceo
5	Técnico instituto
6	Universitario incompleto
7	Universitario completo

28.- Problemas de conducta en el colegio:

Se refiere al comportamiento observable de un individuo frente a las normas y/u obligaciones en el sistema escolar, referido por ellos mismos en el autoreporte FECI (Carvajal, 2004), categorizadas como sigue:

0	Ausencia
1	Presencia

29.- Adaptación escolar:

Se refiere al reporte realizado por el paciente acerca de la presencia o ausencia de dificultades en la adaptación con sus compañeros durante su etapa escolar (Navarrete, 2004). Según lo planteado en el FECI, se categorizó de la siguiente manera:

0	Ausencia
1	Presencia

30.- Cantidad de empleos:

Se refiere al autoreporte respecto de la cantidad de trabajos que ha tenido el paciente hasta el momento de responder el FECI (Navarrete, 2004).

0	No ha tenido empleos
1	1 empleo Neutro
2	2 empleos
3	3 o más empleos

31.- Balance global de historia laboral:

Se refiere a la evaluación realizada por el paciente en el autoreporte FECI respecto al grado de satisfacción con su propia historia laboral y se categorizó de la siguiente manera:

0	Satisfactoria
1	Neutro
2	Poco satisfactoria

32.- Amigos Íntimos:

Evaluación realizada por el paciente respecto a la cantidad y calidad de amigos íntimos al momento de responder el FECI (Carvajal, 2004). Las categorías son:

0	Satisfecho
1	Neutro
2	Insatisfecho

33.- Cantidad de enamoramientos:

Se refiere al reporte que la paciente entrega en el FECI de la cantidad de enamoramientos que ha tenido al

momento de contestar (Navarrete, 2004). Se categorizó de la siguiente manera:

0	Muchas relaciones de pareja
1	Ni muchas ni pocas
2	Pocas
3	Ninguna

34.- Balance global de la historia de relaciones de pareja:

Se refiere a la evaluación subjetiva realizada por el paciente respecto a sus relaciones de pareja (Navarrete, 2004). Las categorías son:

0	Satisfecho
1	Neutro
2	Insatisfecho

35.- Relación de pareja actual:

Se refiere al autoreporte realizado por el paciente respecto a su participación en una relación de pareja al momento de responder el FECI. De acuerdo a lo planteado en el FECI, las categorías son:

0	Ausencia
1	Presencia

36.- Tipo de relación de pareja actual:

Autoreporte realizado por el paciente acerca del tipo de relación de pareja en la que se encuentra al momento de responder el FECI. De acuerdo a lo planteado en el FECI, las categorías son:

0	Enamoramiento
1	Noviazgo
2	Matrimonio
3	Convivencia
4	Otro

37.- Satisfacción Matrimonial:

Se refiere al grado en que la persona evalúa su relación de pareja al momento de responder el FECI sobre la base de las siguientes características: comunicación, amor mutuo, vida sexual, relación con las respectivas familias de origen, intereses comunes, capacidad para manejar dificultades y conflictos entre Uds., procedimientos de toma de decisiones, manejo del dinero, capacidad para entretenerse juntos, vida social conjunta, valores comunes (éticos, políticos, religiosos), fidelidad. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI, siendo los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, los siguientes (Carvajal, 2004):

Categorización según FECI

	Rango	Puntaje
0	Bajo	12 a 36
1	Medio	37 a 45
2	Alto	46 a 60

38.- Satisfacción Sexual:

Se refiere a la evaluación realizada por el paciente respecto al grado de satisfacción con sus relaciones sexuales actuales en términos a frecuencia, caricias preliminares, desinhibición, placer. Fueron categorizados

de la siguiente manera, de acuerdo al autoreporte del sujeto en el FECI:

0	Satisfecho
1	Neutro
2	Insatisfecho

39.- Relación con la madre:

Evaluación realizada por el paciente acerca de la calidad de la relación con su madre, de acuerdo a los siguientes ítems planteados por el FECI:

- 1) Cercana.....Lejana
- 2) Afectuosa.....Fría
- 3) Buena Comunicación.....Mala Comunicación
- 4) Estable.....Inestable
- 5) Poco conflictiva.....Conflictiva

Se categorizó de la siguiente manera:

0	Tendiente a lo positivo
1	Neutro
2	Tendiente a lo negativo

40.- Relación con el padre:

Evaluación realizada por el paciente acerca de la calidad de la relación con su padre, de acuerdo a los siguientes ítems planteados por el FECI:

- 1) Cercana.....Lejana
- 2) Afectuosa.....Fría
- 3) Buena Comunicación..... Mala Comunicación
- 4) Estable.....Inestable
- 5) Poco conflictiva.....Conflictiva

Se categorizó de la siguiente manera:

0	Tendiente a lo positivo
1	Neutro
2	Tendiente a lo negativo

41.- Valores transmitidos por los padres:

Evaluación realizada por el paciente respecto de los valores que le entregaron sus padres, siendo las opciones planteadas en el FECI las siguientes:

- Poco claros
- Contradictorios
- Rígidos
- Fanáticos
- Bastante claros
- Flexibles
- Conservadores
- Liberales

Cada una de estas opciones fueron categorizadas así:

0	Ausencia
1	Presencia

42.- Valores inculcados por padres versus valores personales:

Evaluación realizada por el paciente en el FECI respecto al grado de similitud entre sus valores en la actualidad con aquéllos inculcados por sus padres. Fueron categorizados de la siguiente manera:

0	Poco similares
1	Neutros
2	Similares

43.- Reconocimiento Ambiental:

Se refiere a la valoración realizada por el paciente acerca del reconocimiento que recibe de su medio ambiente ante sus aportes y esfuerzos, siendo las categorías (Navarrete, 2004):

0	Sus aportes y esfuerzos son bien reconocidos y apreciados
1	Son relativamente reconocidos y valorados
2	Son poco reconocidos y valorados

44.- Estilo de Enfrentamiento:

Se refiere a la evaluación realizada por el paciente respecto a su reacción frente a los problemas que la vida le plantea en diferentes áreas (Carvajal, 2004). Las categorías son:

0	Eminentemente enfrentadora
1	Neutros
2	Eminentemente evitadora

45.- Eventos estresantes:

Autoreporte realizado por el paciente respecto de la presencia de situaciones perturbadoras en el último año de su vida (Carvajal, 2004), su clasificación según el FECI es:

- Cesantía
- Enfermedad
- Accidente
- Despido laboral

- Enfermedad de un hijo
- Muerte de un familiar cercano
- Fuertes problemas económicos
- Fracayos académicos
- Cambio de residencia
- Separación matrimonial
- Otros

Fueron categorizadas de la siguiente manera:

0	Ausencia
1	Presencia

46.- Experiencias Traumáticas:

Se refiere a acontecimientos de la vida del sujeto que se caracterizan por su intensidad, la incapacidad del sujeto para responder a él adecuadamente y por los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica (Laplanche en Navarrete, 2004). Las experiencias fueron clasificadas de la siguiente manera (Navarrete, 2004):

- Peligro de muerte por enfermedad y/o accidente: la persona ha estado expuesta a una situación que ha derivado en daño moral, físico y/o de riesgo vital, peligro de muerte, accidente y/o asalto.
- Ataques de pánico: la persona presenta la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos acompañada de sintomatología específica de este cuadro. En ella, enfatiza la vivencia traumática de experimentar el cuadro clínico.
- Castigo físico: la persona ha sido sometida a algún tipo de padecimiento o daño físico (golpes, empujones, bofetadas, etc.) torturas, y todo tipo de apremio físico.
- Castigo psicológico: la persona ha sido expuesta a una constante devaluación de su persona o a algunas experiencias puntuales tan fuertes que ha producido un efecto negativo en su vida.
- Violación y/o abuso: la persona refiere haber tenido relación sexual impuesta por coacción y/o haber sido objeto de trato deshonesto.

- Muerte de personas significativas: manifestación de pesar o sentimiento que la persona refiere por la muerte de algún significativo.

Fueron categorizadas de acuerdo a su presencia o ausencia de la siguiente forma:

0	Ausencia
1	Presencia

47.- Conducta más Agresiva:

Se refiere a las manifestaciones de carácter conductual hacia sí mismo y/u otros que implican provocación, falta de respeto, ofensas, agresión, y que dificultan la adaptación de la persona a su medio habitual. De acuerdo al relato entregado por el paciente en el autoreporte FECI, se clasificaron en (Navarrete, 2004):

- Agresión verbal
- Agresión física a terceros
- Autoagresión
- Destrucción de objetos
- Agresión física con objetos a terceros

Esta variable fue categorizada en términos de presencia o ausencia:

0	Ausencia
1	Presencia

48.- Actitud frente al Ambiente:

Es la evaluación que la persona hace de su conducta frente a su medio ambiente, según las siguientes categorías:

activa/pasiva; eficiente/ineficiente; simpático/antipático.
Se categorizó de la siguiente manera:

0	Activa-eficiente-simpática
1	Neutro
2	Pasiva-ineficiente-antipática

49.- Comienzo de los problemas:

Se refiere a la asociación y/o atribución que la persona hace respecto del carácter de gatillante de algún evento en su problemática actual. Se categorizó de acuerdo al Eje IV del DSM IV, de la siguiente manera (Carvajal, 2004):

0	No lo sabe
1	Grupo primario de Apoyo
2	Problemas Laborales
3	Problemas Económicos
4	Problemas relativos al ambiente social (relaciones interpersonales)
5	Problemas relativos a la enseñanza

50.- Severidad del Problema:

Se refiere al grado en que la persona evalúa como graves y/o limitantes sus problemas psicológicos actuales (Carvajal, 2004). De acuerdo a lo planteado en la FECCI, las categorías son:

0	Poco severos
1	Neutro
2	Muy severos

51.- Autoimagen:

Esta variable hace referencia a las actitudes y creencias que un sujeto tiene sobre sí mismo, originadas tanto en la autoobservación de las propias vivencias y acciones como en las diversas formas de juicio externo. La autoimagen permite responder a las preguntas ¿Cómo me veo a mí mismo? ¿Cómo evalúo quién soy, en los distintos aspectos? ¿Qué creo sobre mí mismo? (Bejer, 2003, en prensa citado en Navarrete, 2004).

Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el sujeto en el autoreporte FECI. Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

	Rango	Puntaje
0	Bajo	11 a 31
1	Medio	32 a 36
2	Alto	37 a 45

La escala de autoimagen del FECI, consiste en 9 ítems contenidos en una escala de rasgos de personalidad. En dichos ítems la paciente debe elegir en un continuo que va entre dos polos. Los ítems se indican a continuación:

- 1) Físicamente atractivo..... Físicamente poco atractivo
- 2) Honesto.....Deshonesto
- 3) Seguro.....Inseguro
- 4) Simpático.....Antipático
- 5) Responsable.....Irresponsable
- 6) Estable.....Inestable
- 7) Inteligente.....Poco inteligente
- 8) Trabajador.....Flojo
- 9) Exitoso.....Fracasado

Estos rasgos fueron categorizados de la siguiente manera:

0	Tendencia a lo positivo
1	Neutro
2	Tendencia a lo negativo

52.- Perfeccionismo:

Se relaciona con el afán de perfección, al grado de autoexigencia personal de hacerlo todo muy bien, tendiendo a mejorar indefinidamente las cosas sin decidir a considerarlas acabadas. Un alto grado de perfeccionismo es posible que sea generador de frustración e inactividad. Esta escala en el FECI, evalúa algunos rasgos de personalidad y preguntas específicas del sistema cognitivo y afectivo. (Bagladi, 2003a; Dorsch, 1991).

	Rango	Puntaje
0	Bajo	28 a 49
1	Medio	50 a 57
2	Alto	58 a 79

53.- Autoeficacia:

Se refiere al grado en que la persona se percibe a sí misma como capaz de desplegar conductas adecuadas en el plano social, sexual, de relación de pareja, intelectual y laboral. Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el paciente en el autoreporte FECI (Carvajal, 2004).

Los rangos y sus respectivos puntajes, para cada categoría, son los siguientes:

	Rango	Puntaje
0	Bajo	5 a 17
1	Medio	18 a 20
2	Alto	21 a 25

En cada una de las áreas (social, sexual, de relación de pareja, intelectual y laboral) la paciente debe indicar el grado en el cual se percibe a sí misma, en las categorías:

0	Poco capaz
1	Neutro
2	Muy capaz

54.- Irracionalidad Cognitiva:

Esta variable se refiere al procesamiento cognitivo que hace la persona sobre sí misma y sobre los demás, que puede producir desajustes emocionales y/o conductuales que son frecuentemente desadaptativos. Se manifiesta en pensamientos, emociones o conductas que sabotean, interfieren y bloquean el logro de metas básicas o más importantes para el individuo. (Ellis, 1980; Beck, 1995). Se categorizó según el puntaje obtenido por la paciente en el FECI quedando de la siguiente manera.

	Rango	Puntaje
0	Bajo	15 a 38
1	Medio	39 a 44
2	Alto	45 a 60

Las afirmaciones contenidas en el FECI para la escala de Irracionalidad Cognitiva son las siguientes:

- Constantemente me exijo perfección en las cosas que hago
- Me siento demasiado mal cuando alguien me rechaza.
- No considero aceptable que una persona destaque sus propias cualidades
- Tiendo a desvalorizarme mucho cuando los demás me desaprueban
- Me cuesta soportar que las cosas no sean como yo quiero
- Tengo derecho a exigir que la vida me dé todo lo que quiero

- No soporto hacer algo en forma mediocre
- Considero esencial ser apreciado por todos los que me conocen
- Me desagrada la gente que reconoce abiertamente sus méritos
- Habitualmente considero muy importante la aprobación de las demás personas.
- Generalmente me siento muy mal cuando las cosas en la vida no son como yo quiero que sean
- Me perturba mucho que la gente sea injusta conmigo

Cada una de estas afirmaciones se categorizó de la siguiente manera:

0	Bajo
1	Medio
2	Alto

55.- Atención Selectiva:

Esta variable se refiere al grado en que la persona tiende a prestar atención a aspectos negativos y/o positivos de la realidad externa (FECI) y de sí mismo con respecto a sus experiencias de vida. Se categorizó de la siguiente manera (Carvajal, 2004):

0	Tiende a lo positivo
1	Tiende a lo negativo como a lo positivo
2	Tiende a lo negativo

56.- Pensamiento Polar:

Esta variable se refiere al grado en que la persona tiende a pensar en términos de categorías polares del tipo todo o nada; blanco-negro; bueno-malo; siempre-nunca (FECI, 2002). Se categorizó de la siguiente manera (Navarrete, 2004):

0	Frecuentemente
1	Neutro
2	Con poca frecuencia

57.- Magnificación Perceptiva:

Esta variable hace referencia a la forma en que la persona tiende a percibir la realidad externa, al evaluarla le atribuye significación o magnitud positiva o negativa a los eventos. (FECI, 2002; Beck, A.; Freeman, A; y otros, 1995). Se categorizó de la siguiente manera:

0	Magnifica lo negativo
1	Neutro
2	Magnifica lo positivo

58.- Pensamiento rumiativo:

Esta variable se refiere al grado en que la persona tiende a "quedarse pegada" en ciertas ideas o pensamientos que se le repiten una y otra vez (FECI, 2002). Se categorizó de la siguiente manera (Carvajal, 2004):

0	Frecuentemente
1	Neutro
2	Prácticamente nunca

59.- Exigencia a otros:

Esta variable se refiere al grado en que el sujeto evalúa a las demás personas a nivel cognitivo, afectivo y conductual y se relaciona con las expectativas que tiene de los otros (Navarrete, 2004). Se categorizó de la siguiente manera:

0	Exigente
1	Neutro
2	Poco exigente

60.- Autoexigencia:

Esta variable se relaciona con el nivel de perfección que la persona espera alcanzar en todos los aspectos de su vida, basándose en expectativas, percepciones y actitudes de sí mismo y de los otros. Se categorizó de la siguiente forma:

0	Muy exigente
1	Neutro
2	Muy poco exigente

61.- Locus de Control:

Hace referencia a convicciones generalizadas sobre control de las causas determinantes en la vida de una persona. Es interno cuando la persona atribuye las causas de los acontecimientos de su vida a sí mismo. Es externo cuando se atribuyen las causas de los acontecimientos a otra persona o al medio ambiente. (Dorsch, 1991 citado en Carvajal, 2004). Las categorías son:

0	Locus de control interno
1	Neutro
2	Locus de control externo

62.- Receptividad a las críticas:

Se refiere a la capacidad de la persona para recepcionar y aceptar los juicios críticos externos (Carvajal, 2004). Según el grado de receptividad se categorizó así:

0	Muy receptivo
1	Relativamente receptivo
2	Muy poco receptivo

63.- Reacción Emocional a la crítica:

Variable que se refiere al grado en que la persona se afecta emocionalmente al recibir y examinar los juicios externos acerca de sí mismo (Carvajal, 2004). Se categorizó de la siguiente manera:

0	Se afecta mucho en términos emocionales
1	Se afecta relativamente
2	Casi no se afecta emocionalmente.

64.- Toma de decisiones:

Esta variable hace referencia a "la evaluación (comparación y juicio) de las soluciones alternativas disponibles y la selección de las mejores para utilizarlas en una situación" (D'Zurilla citado en Navarrete, 2004). El proceso de toma de decisión se categorizó de la siguiente manera:

0	Fácil
1	Neutro
2	Difícil

La variable de la toma de decisiones también incluye una escala en la que se detallan las dificultades que el sujeto puede encontrar en el proceso, tales como: se apresura en exceso (impulsivo), se pierde en detalles, es excesivamente perfeccionista, no mide las consecuencias de su decisión, no se informa lo suficiente. Ante cada una de estas categorías, la paciente debe responder de acuerdo a lo siguiente (Navarrete, 2004):

0	Se afecta poco
1	Neutro
2	Se afecta mucho

65.- Satisfacción de necesidades:

Esta variable se refiere a una evaluación realizada por el paciente respecto de su grado de satisfacción en los siguientes tipos de necesidades: necesidades básicas, necesidades sexuales, necesidad de ser querido, necesidad de logro, necesidad de prestigio, necesidad de compañía y contacto social, necesidad de esparcimiento, necesidad de saber, necesidad de amor (en relación de pareja), necesidad de trascendencia (artísticas, políticas, religiosas).

Se categorizó de acuerdo al puntaje obtenido por el paciente, en el autoreporte FECI. Los rangos y puntajes respectivos, para cada categoría, son los siguientes:

	Rango	Puntaje
0	Bajo	1 a 29
1	Medio	30 a 35
2	Alto	36 a 50

Además, cada una de las necesidades evaluadas en esta escala fue categorizada de la siguiente manera:

0	Poco satisfecho
1	Neutro
2	Muy satisfecho

66.- Autoestima:

“Valoración y respeto que una persona tiene de sí misma en relación con sus debilidades, virtudes y rasgos de personalidad que lo distingue del resto de las personas” (Cía., 2002 citado en Carvajal, 2004). La autoestima responde a las preguntas:

¿Qué sentimientos tengo acerca de mí mismo?, ¿Cuánto me quiero?, ¿Cómo me autoevalúo?, ¿Cuán satisfecho estoy conmigo mismo?, ¿Qué actitudes adopto respecto de a mí mismo? Según el FECI, se categorizó de la siguiente forma:

	Rango	Puntaje
0	Bajo	13 a 32
1	Medio	33 a 39
2	Alto	40 a 50

Las afirmaciones contenidas en el FECI para la autoestima son las siguientes:

- En general estoy satisfecho conmigo mismo
- A veces pienso que no sirvo para nada
- Considero que tengo varias cualidades positivas
- Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente
- Creo tener varias razones para estar orgulloso de mí
- A veces me siento realmente inútil
- Creo que soy una persona digna de estima, al menos en la misma medida que los otros

- En conjunto tiendo a pensar que soy un fracaso
- Desearía sentir más aprecio por mí mismo
- Mi actitud frente a mí misma es positiva

Estas afirmaciones fueron categorizadas como sigue:

0	Poco
1	Neutro
2	Mucho

67.- Tolerancia a la frustración:

Grado de adaptación de la persona a aquellas situaciones en las cuales no se obtiene el objeto necesario para satisfacer necesidades o no se logra un objetivo al cual se aspiraba. (Bleger, 1995 citado en Carvajal, 2004). Se categorizó de acuerdo al puntaje FECCI, según se señala:

	Rango	Puntaje
0	Bajo	4 a 11
1	Medio	12 a 14
2	Alto	15 a 20

68.- Reacción Emocional a la Frustración:

Se refiere al grado en que la persona tolera adecuadamente fracasos o frustraciones sin reaccionar con excesiva emocionalidad. Los ítems de esta escala son:

- Los tolera y asimila bien
- Reacciona con tensión
- Reacciona con rabia
- Reacciona con tristeza
- Reacciona con desánimo y desaliento

Cada uno de estos ítems fue categorizado de la siguiente manera:

0	Poca reacción emocional
1	Neutra
2	Mucha reacción emocional

69.- Alexitimia:

Esta variable hace referencia al grado de dificultad que la persona tiene para contactarse con su mundo afectivo, como así mismo, percibir y describir adecuadamente los sentimientos, expresar emociones y tener fantasías. La alexitimia también se relaciona con la tendencia a presentar pensamiento práctico y concreto. (Dorsch, 1991; Heerlein, 1997 citado en Carvajal, 2004). Los rangos y puntajes obtenidos en la escala de alexitimia de Toronto contenida en el FECI, fueron categorizados según se indica:

	Rango	Puntaje
0	Bajo	14 a 30
1	Medio	31 a 39
2	Alto	40 a 66

70.- Ansiedad Social:

“Malestar psicofísico manifestado en el ámbito social, caracterizado por una sensación de intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que el paciente vivencia como amenazante o peligroso” (Cía, 2000 citado en Carvajal, 2004).

La subescala Gambrill-Ritchie contenida en el autoreporte FECI evalúa ansiedad social y discomfort

emocional frente a situaciones sociales, los rangos y puntajes obtenidos fueron categorizados de la siguiente forma.

	Rango	Puntaje
0	Bajo	18 a 44
1	Medio	45 a 54
2	Alto	55 a 86

Las situaciones sociales evaluadas en esta escala son las siguientes:

- Pedir un favor a alguien
- Resistir la insistencia de un vendedor
- Disculparse cuando ha cometido un error
- Admitir debilidad o temor y pedir ayuda
- Pedir aumento de sueldo
- Admitir ignorancia en algún área
- Rechazar una petición de prestar dinero
- Hacer callar a un amigo parlanchín
- Iniciar una conversación con un extraño
- Admitir que no entiende un punto en discusión
- Decirle a alguien que usted lo considera agradable
- Requerir la atención adecuada en una tienda o restaurante
- Expresar una opinión que difiera de la de su interlocutor
- Decirle a una persona que usted siente que le ha hecho algo injusto
- Devolver cosas defectuosas en una tienda o restaurante
- Recibir elogios
- Pedir que le devuelvan cosas que usted ha prestado
- Decirle a alguien con quien usted trabaja, que ha dicho algo que a usted le molesta.

Cada una de estas ellas fue categorizada de la siguiente manera:

0	Poca perturbación
1	Neutro
2	Mucha perturbación

71.- Propensión a las Emociones:

Se refiere al grado en que la persona evalúa cuán sensible y emocional es al enfrentar situaciones específicas (Feci, 2002). Se categorizó de la siguiente manera:

0	Muy emotivo
1	Neutro
2	Poco emotivo

72.- Escala de Emociones:

Es una escala que consta de 9 ítems y se refiere a la facilidad con que el paciente experimenta diversos tipos de emociones, tales como:

- alegría - pena - rabia - entusiasmo - angustia - envidia
- ternura - miedo - vergüenza

Ante cada una de estas emociones, el paciente debe elegir una categoría con respecto a sí mismo, entre (Navarrete, 2004):

0	Poca facilidad
1	Neutro
2	Mucha facilidad

73.- Propensión a los Sentimientos:

Se refiere al grado en que el paciente vivencia sus experiencias afectivas prolongadas o estables. Se categorizó de la siguiente manera (Navarrete, 2004):

0	Frecuentemente
1	Neutro
2	Nunca

74.- Escala de Sentimientos:

Consta de 9 ítems y se refiere a la facilidad del paciente para experimentar diversos tipos de sentimientos estables, tales como:

- admiración - culpa - felicidad - desprecio - amor - resentimiento - gratitud - odio - sentimientos de inferioridad

Ante cada uno de estos sentimientos, el paciente debe elegir una categoría con respecto a sí mismo entre:

0	Poca facilidad
1	Neutro
2	Mucha facilidad

75.- Empatía:

Se refiere a la evaluación realizada por el paciente respecto a su propia capacidad para ponerse en el lugar de otra persona, para comprender sus sentimientos y para captar lo que ocurre en su mundo interno ante las circunstancias que esa persona enfrenta.

De acuerdo a lo planteado en la FECI, se categorizó de la siguiente manera:

0	Mucha
1	Relativa
2	Poca
3	Carece de empatía

76.- Autoimagen Emocional:

Se refiere al grado en que la persona evalúa que su autoimagen tiende a cambiar de acuerdo a la variación de sus estados anímicos. Fue categorizado de la siguiente manera (Navarrete, 2004):

0	Mucho
1	Neutro
2	Muy poco

77.- Propensión a Emociones Displacenteras:

Se refiere a la evaluación realizada por la persona respecto a su propia facilidad para experimentar emociones no placenteras o perturbación emocional (Carvajal, 2004; Navarrete, 2004). Se categorizó de la siguiente manera:

0	Propenso a experimentar emociones displacenteras
1	Neutro
2	Poco propenso a experimentar emociones displacenteras

78.- Ánimo Básico:

Se refiere al humor básico o ánimo como la forma más estable o predominante de la afectividad, se relaciona también con la flexibilidad para vivenciar estados anímicos de signo positivo o negativo. (Capponi, 1998 citado en Carvajal, 2004). La categorización es la que se indica:

0	Positivo
1	Neutro
2	Negativo

79.- Capacidad para disfrutar:

Esta variable será entendida como la ausencia de anhedonia o el grado en que la persona es capaz de disfrutar de las situaciones cotidianas sin requerir de sucesos especiales (Navarrete, 2004). Se categorizó de la siguiente manera:

0	Disfruta mucho de las situaciones agradables
1	Neutro
2	Disfruta poco

80.- Nivel de Felicidad:

Esta variable está referida a la evaluación subjetiva que el paciente hace en el autoreporte FECI, con respecto al grado de felicidad percibida en el momento de contestar. Las categorías fueron (Navarrete, 2004):

0	Muy Feliz
1	Neutro
2	Muy poco Feliz

81.- Metas Vitales:

Son los objetivos que la persona se propone alcanzar en algún momento de su vida. En esta descripción se aprecia un mapa orientador de su futuro, donde se muestra el interés de darle metas a su vida, las que están relacionadas con las capacidades, con las posibilidades reales de llevarlas a cabo y traducen una actitud de compromiso que trasciende un sentimiento de preocupación e involucra conductas destinadas al logro de tales objetivos. (Capponi, 1998 citado en Carvajal, 2004). De acuerdo a las

metas descritas por los pacientes se efectuó la siguiente categorización:

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1) Relación de pareja | 5) Éxito académico |
| 2) Relación familiar | 6) Alivio sintomático |
| 3) Seguridad económica | 7) Desarrollo personal |
| 4) Estabilidad laboral | 8) Ser feliz |

Se designó la presencia o ausencia de metas vitales según se indica:

0	Ausencia
1	Presencia

82.- Experiencias Parapsicológicas:

“Refieren a sucesos o experiencias poco corrientes, en contraposición a los fenómenos psíquicos”. Se categorizó de acuerdo al relato de la paciente en el autoreporte FECI de la siguiente manera:

- 1) Premonición: sensación o percepción psíquica, sin base real conocida que informa de un hecho que ocurrirá posteriormente.
- 2) Desdoblamiento: son aquellas situaciones durante las cuales una persona se siente separada de su cuerpo físico y parece poder percibir y viajar a lugares distantes.
- 3) Experiencia cercana a la muerte: la persona relata encuentros con amigos, y parientes, de cuyo fallecimiento no sabía en ese momento.

- 4) Visión remota: saber de un acontecimiento a distancia, no hay "emisor" telepático.
- 5) Telepatía: comunicación mente a mente.
- 6) Precognición: saber cierto de un evento futuro.
- 7) Aura: irradiación luminosa de carácter paranormal, que algunas personas dicen percibir alrededor de los cuerpos.
- 8) Psicokinesis: influencia sobre objetos: involuntaria e inconsciente y/o consciente y voluntaria.
- 9) Experiencias místicas: la persona relata estar en comunicación directa y personal con Dios y/o la Virgen.

83.- Descripción de Sí mismo:

Referida al reporte que realiza la paciente en el autoreporte FECI, acerca de las características principales que lo identifican como persona, con el fin de un análisis descriptivo de cada uno de ellos

3.7. Análisis de datos

El análisis de los datos de la presente investigación se realizó a través de:

- a) La prueba de Chi cuadrado de Pearson (prueba no paramétrica): esta prueba nos permite determinar si el comportamiento de las categorías de una variable presentan diferencias estadísticamente significativas.

Esta prueba se utilizó para observar el grado de significación de los ítems que contiene el FECI, y analizar de qué forma trabajan en la muestra de estudio. Se consideró un nivel de significación $p < 0,05$.

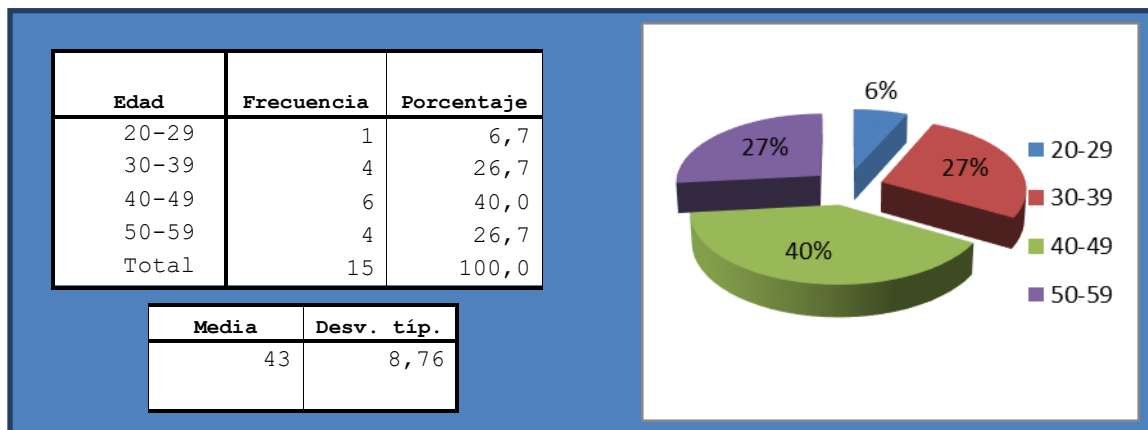
- b) La prueba T de student para una muestra (prueba paramétrica): analiza si la media de la muestra de una variable difiere significativamente de las medias conocida de la población. En este caso, esta prueba se utilizó para analizar el grado de significación de cada escala contenida en el FECI, y ver si existen o no escalas que tienen más peso o presencia en la población que otras. Se consideró un nivel de significación $p < 0,01$.

- c) La prueba Anova: cumple la misma función que la prueba T de student, con la diferencia que tiene la capacidad de comparar las medias de más de dos poblaciones al mismo tiempo. Esta prueba se la utilizó para analizar el comportamiento de las variables poblacionales en interacción con las escalas del FECI, y analizar si existen o no variables estadísticamente significativas que marquen diferencia en algunas de las escalas. Se consideró un nivel de significación $p < 0,05$.

IV. RESULTADOS

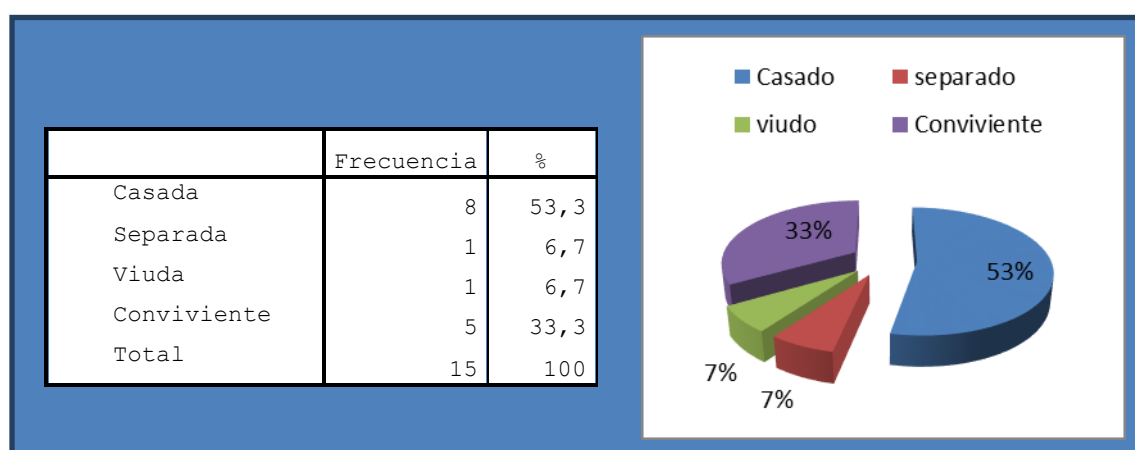
4.1. Descripción de la muestra

Cuadro N° 1: Edad



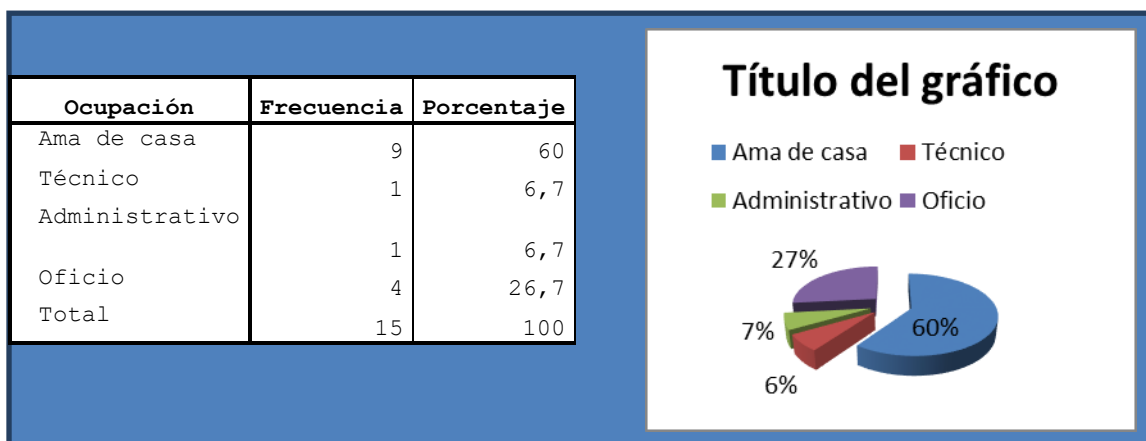
La muestra del estudio está conformada por un 40% de mujeres entre las edades de 40 a 49 años, seguida de un 26.7% entre edades de 30 a 39 y 50 a 59, finalmente un 6.7% entre edades de 20 a 29 años. La edad promedio de la muestra de estudio es de 43 años.

Cuadro N° 2: Estado civil



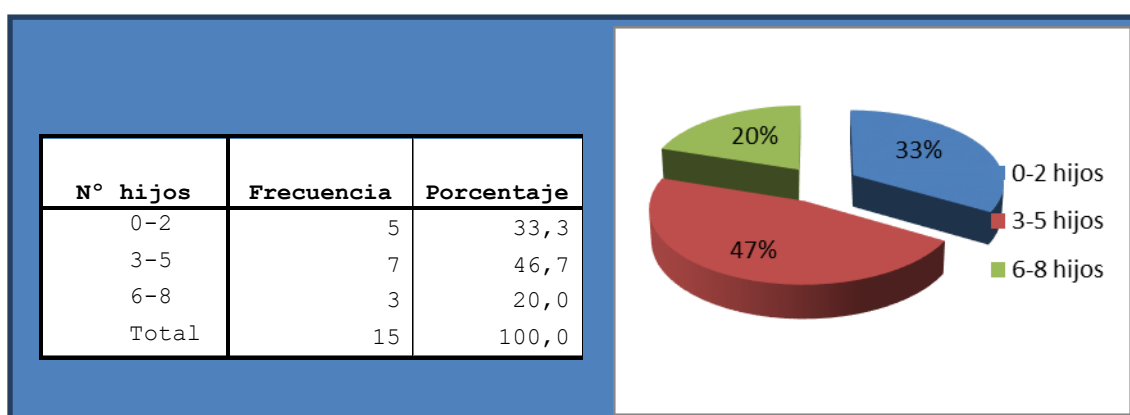
La muestra está conformada por un 53.3% de mujeres casadas, un 33.3% de mujeres convivientes, un 6.7% de mujeres separadas y el mismo porcentaje viudas.

Cuadro N° 3: Ocupación



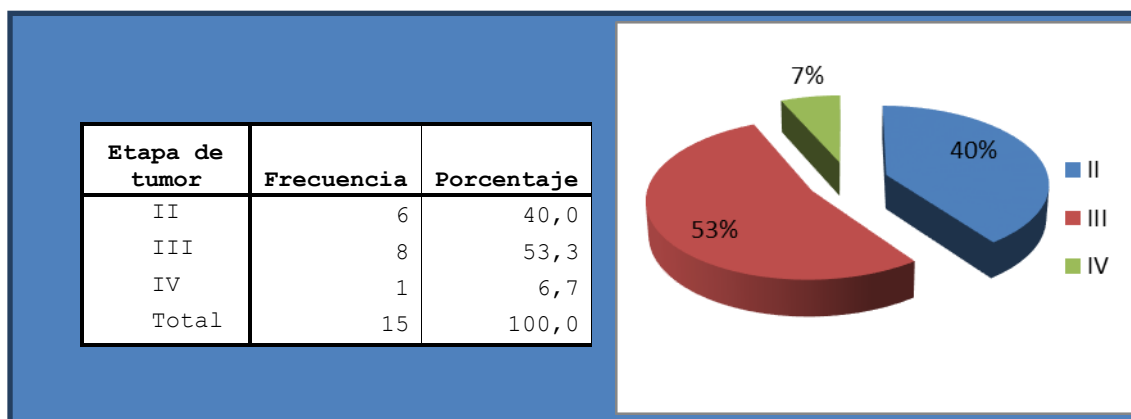
Respecto a la ocupación, se ve que el 60% de la muestra son amas de casa, mientras que el 26.7% se desempeñan en algún oficio, seguida del 6.7% que son administrativas y el mismo porcentaje desarrollan una actividad técnica. No se encontró mujeres que se desempeñen como: estudiantes, profesionales, empresarias o en cesantía.

CUADRO N° 4: Número de Hijos



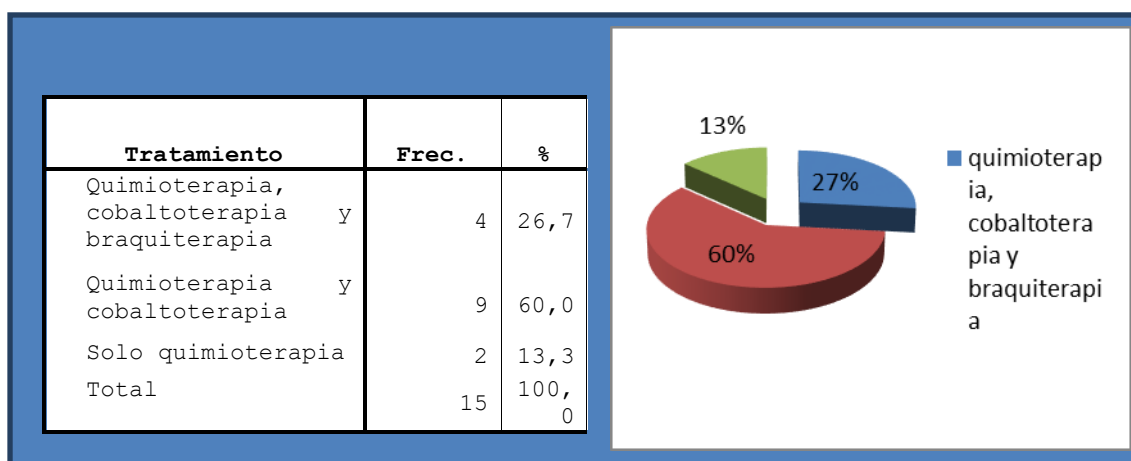
Respecto al número de hijos, se ve que el 46.7% de mujeres tienen entre 3 a 5 hijos, seguido del 33.3% hasta 2 hijos, y un 20% entre 6 a 8 hijos.

Cuadro N° 5: Etapa de tumor



Con relación a la etapa del tumor que presentan las mujeres con cáncer cérvico uterino en estudio, se puede observar que un 53.3% presenta un tumor en etapa III, un 40% en etapa II y solo un 6.7% en etapa IV, que es la más etapa más avanzada. No se presentaron casos en etapa I.

Cuadro N° 6: Tipo de tratamiento



En cuanto al tratamiento que realizan las mujeres de la muestra, se puede decir que un 60% realizan su tratamiento en base a la quimioterapia y cobaltoterapia, mientras que un 26.6% lo hacen en base a estos últimos sumado la braquiterapia; el 13.3% solo realiza quimioterapia como tratamiento.

4.2. Resultados significativos

A continuación se explicaran los resultados obtenidos del instrumento FECI aplicado a las 15 mujeres de la muestra con diagnóstico de cáncer cérvico uterino.

Se hará una descripción de los resultados obtenidos tanto en las escalas del FECI como en sus diferentes ítems, seleccionándolos por los paradigmas que compone el modelo. Respecto a las escalas se aplico la prueba T de Student para una muestra, lo cual nos mostrara el nivel de significación de cada escala (al 0,01) y como están funcionando en el grupo de estudio; por otro lado, para el análisis de los ítems se utilizo la prueba Chi Cuadrado de Pearson como prueba no paramétrica, la cual manifestara la significación de cada ítem, sin embargo solo se expondrán los que resulten ser significativos (al 0,05) en la muestra de estudio.

4.2.1. Paradigma biológico

4.2.1.1. Escalas FECI

Cuadro N° 7

Escalas	Valoración	Nivel	Significación
Depresión	3	Alto	0,00
Ansiedad	3	Alto	0,00
Neuroticismo	3	Alto	0,00
Extroversión	2	Medio	0,00
Psicoticismo	2	Medio	0,00
Mentira / deseabilidad social	3	Alto	0,00
Vulnerabilidad biológica	2	Medio	0,00

El cuadro 7 nos muestra que todas las escalas del paradigma biológico tienen un nivel de significación por debajo del 0,01 por lo que son representativas en esta población. Es así que se tienen las siguientes escalas con un nivel alto en cuanto a su valoración: síntomas de depresión y ansiedad, neuroticismo y mentira/deseabilidad social; se obtuvo en un nivel medio las escalas de: extroversión, psicoticismo y vulnerabilidad biológica. Esto nos indica que todas las escalas contempladas en el cuestionario E.P.Q. tienen un nivel de significación importante en esta población.

4.2.1.2. Síndrome pre menstrual

Cuadro N° 8

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Se pone sensible al menstruar (ausencia)	12	80,0	0,02
Se pone irritable al menstruar (ausencia)	12	80,0	0,02
Se pone triste al menstruar (ausencia)	13	86,7	0,005
Se angustia al menstruar (ausencia)	14	93,3	0,001

El cuadro 8 nos muestra que respecto a los síntomas y manifestaciones del síndrome pre menstrual, algunos de estos están ausentes en la población de estudio, y son significativos en este grupo ya que los porcentajes de ausencia son elevados. Se obtuvo que en los días de menstruación: un 80% no se pone sensible y/o irritable, un 86,7% no experimenta tristeza, y un 93,3% no se angustia.

Por lo que se puede inferir que las mujeres con cáncer cérvico uterino no presentan cambios emocionales o de ánimo importantes relacionado con su menstruación.

4.2.1.3. Antecedentes perinatales

Cuadro N° 9

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Problemas en el embarazo (ausencia)	12	80,0	0,02

En el cuadro 9 se puede ver que no se dieron complicaciones o problemas durante el nacimiento de la población de estudio, lo que sugiere que el nacimiento en general fue normal, ya que un 80% lo reporta así.

4.2.1.4. Condición médica

Cuadro N° 10

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Exámenes neurológicos (ausencia)	12	80,0	0,02
Salud física actual (regular)	9	60,0	0,016

Respecto a la condición médica, el cuadro 10 nos muestra que un 80% no realizó ningún tipo de examen neurológico; por otro lado un 60% considera que su salud física actual es regular, esto puede estar relacionado a la presencia del cáncer en su organismo.

4.2.1.5. Actividad física

Cuadro N° 11

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Práctica de deportes (ausencia)	14	93,3	0,01

El cuadro 11 nos muestra que un 93,3% de las mujeres no practica ningún tipo de deporte actualmente, por lo que se puede inferir que el realizar deporte no está dentro de sus actividades en casi la totalidad de la muestra.

4.2.2. Paradigma Cognitivo

4.2.2.1. Escalas FECI

Cuadro N° 12

Escalas	Valoración	Nivel	Significación
Escala de Irracionalidad Cognitiva	2	Medio	0,0
Escala de autoeficacia	2	Medio	0,0
Escala de perfeccionismo	2	Medio	0,0
Escala de autoimagen	2	Medio	0,0

Dentro del paradigma cognitivo, el cuadro 12 nos muestra que las escalas de irracionalidad cognitiva, autoeficacia, perfeccionismo y autoimagen son significativas ya que están por debajo del 0,01, y todas ellas tienen una valoración 2, lo que implica que se presentan a un nivel medio.

Esto implica la presencia de algunas ideas irracionales o sesgos cognitivos, una percepción de sentirse medianamente capaz para desempeñarse en diferentes

áreas, un nivel de perfeccionismo aceptable y normal, y una buena percepción de sí misma.

4.2.3. Paradigma afectivo

4.2.3.1. Escalas FECI

Cuadro N° 13

Escala	Valoración	Nivel	Significación
Autoestima	2	Medio	0,00
Satisfacción de necesidades	2	Medio	0,00
Ansiedad social	3	Alto	0,00
Tolerancia a la frustración	1	Bajo	0,00

El cuadro 13 nos muestra las escalas significativas del paradigma afectivo, las cuales son: autoestima, satisfacción de necesidades, ansiedad social y tolerancia a la frustración. Todas ellas obtuvieron una significación de 0,00, que está por debajo del valor 0,01, lo que hace que la diferencia entre la media obtenida y la de la población sea significativa.

El nivel y valor obtenido en las escalas del paradigma afectivo es diferente: se puede observar que las mujeres en estudio tienen una baja tolerancia a la frustración, seguida de un nivel medio de autoestima y satisfacción de necesidades, y finalmente una alta ansiedad social.

4.2.3.2. Emociones

Cuadro N° 14

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Pena (muchafacilidad)	13	86,7	0,00
Rabia (muchafacilidad)	12	80,0	0,001
Entusiasmo (muchafacilidad)	10	66,7	0,22
Angustia (muchafacilidad)	11	73,3	0,005
Envidia (pocafacilidad)	11	73,3	0,005
Miedo (muchafacilidad)	10	66,7	0,022
Vergüenza (muchafacilidad)	10	66,7	0,022

En el cuadro 14 vemos que la población de estudio experimenta con mucha facilidad varias emociones como: pena (86,7%), rabia (80%), entusiasmo (66,7%), angustia (73,3%), miedo (66,7%), y vergüenza (66,7%); por otro lado experimentan con poca facilidad la envidia (73,3%).

Entonces se puede decir que esta muestra experimenta con más facilidad emociones displacenteras como la pena, rabia, angustia, miedo y vergüenza, y solo una emoción placentera como el entusiasmo.

4.2.3.3. Sentimientos

Cuadro N° 15

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Experiencia de sentimientos (relativa frecuencia)	11	73,3	0,22
Culpa (muchísima facilidad)	12	80,0	0,001
Desprecio (poca facilidad)	10	66,7	0,022
Gratitud (muchísima facilidad)	9	60,0	0,041
Inferioridad (muchísima facilidad)	10	66,7	0,022

En el cuadro 15 podemos ver que el 73,3% de la muestra en estudio presenta con relativa frecuencia experiencias afectivas prolongadas o estables que pueden formar parte de su mundo afectivo. Se puede observar que los sentimientos que experimentan con mucha facilidad son: culpa (80%), gratitud (60%), e inferioridad (66,7%); con poca facilidad solo el desprecio con un 66,7%.

Es decir, que las mujeres son muy propensas a experimentar sentimientos desagradables de culpa e inferioridad, lo cual puede afectar a sus relaciones interpersonales; por otro lado la presencia de gratitud y la ausencia de sentir desprecio puede dar lugar a una afectividad más positiva.

4.2.4. Paradigma ambiental conductual

4.2.4.1. Escala FECI

Cuadro N° 16

Escala	Valoración	Nivel	Significación
Escala de Repertorio de conductas sociales	2	Medio	0,00
Escala de Asertividad	1	Bajo	0,00
Escala de satisfacción de pareja	2	Medio	0,00

En el cuadro 16 podemos apreciar que las escalas de conductas sociales, asertividad y satisfacción de pareja obtuvieron una significación de 0,00 lo que implica que estas escalas son estadísticamente significativas en el grupo de estudio, siendo representativas del paradigma ambiental-conductual. Respecto a la valoración de cada una de las escalas significativas del paradigma ambiental-conductual, se puede observar tanto en el repertorio de conductas sociales como en la escala de satisfacción de pareja obtuvieron un nivel medio, mientras que en la escala de asertividad un nivel bajo.

4.2.4.2. Relación con el padre

Cuadro N° 17

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Rel. Cercana - Lejana (cercana)	8	53,3	0,39

Respecto a la relación con el padre, el cuadro 17 nos muestra que esta se caracteriza por ser cercana ya que el 53,3% de la muestra así lo expreso. Esto nos da a entender que la relación padre-hija se inclina a ser positiva, y tal vez con la presencia de buenos vínculos afectivos.

4.2.4.3. Características de los padres

Cuadro N° 18

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Padre egoísta (poco)	9	60,0	0,041
Madre castigadora (mucho)	10	66,7	0,008
Madre irritable (mucho)	10	66,7	0,008
Madre honesta (mucho)	9	60,0	0,046
Madre angustiada (mucho)	9	60,0	0,030
Madre simpática (mucho)	9	60,0	0,046

El cuadro 18 nos muestra las características de los padres del grupo de estudio que resultan significativas. Se tiene como característica significativa padres poco egoístas (60%); respecto a la madre se obtuvo lo siguiente: muy castigadora (66,7%), muy irritable (66,7%), muy honesta (60%), muy angustiada (60%) y muy simpática (60%). Como se puede ver las características más significativas son las referentes a las madres del grupo de estudio, caracterizándose por ser muy castigadoras, irritables, honestas, angustiadas y simpáticas, por lo que se puede inferir que las características de esta figura son de más peso e influyentes dentro de este grupo.

4.2.4.4. Valores transmitidos por los padres

Cuadro N° 19

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Valores poco claros (ausencia)	14	93,3	0,001

En el cuadro 19 podemos ver que respecto a los valores transmitidos por los padres estos son considerados claros, ya que un 93.3% de la muestra tuvo esa evaluación en esta área. Esto indica que los valores inculcados por los padres se caracterizaron por ser entendibles y consistentes dentro del grupo familiar.

4.2.4.5. Evaluación relación de pareja de los padres

Cuadro N° 20

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Relación de pareja de los padres (aceptable)	10	66,7	0,22

El cuadro 24 nos muestra la evaluación hecha por la muestra de estudio respecto a cómo ellas consideran fue la relación de pareja de sus padres, a lo que el 66,7% respondió que la evalúa como aceptable, es decir, que pudo haber un buen clima familiar gracias a una buena relación entre sus padres.

4.2.4.6. Calidad de vida con los padres

Cuadro N° 21

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Calidad de vida con los padres (regular)	9	60,0	0,010

En el cuadro 21 podemos ver que respecto a la calidad de vida con los padres, un 60% de las mujeres en estudio la evalúa como regular, por lo que se puede deducir que la forma de vida en el ambiente familiar y el bienestar percibido de esta interacción posiblemente no cubrió con las necesidades personales de la muestra en estudio.

4.2.4.7. Evaluación de la vida escolar

Cuadro N° 22

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Tipo de alumno (regular)	8	53,3	0,031
Evaluación vida escolar (insatisfecho)	8	53,3	0,023

El cuadro 22 muestra la evaluación de la vida escolar de las personas en estudio; se puede apreciar que un 53,3% considera que en su vida escolar fueron "regulares" como alumnas, es decir, que no alcanzaron el desempeño académico esperado. Al realizar una evaluación global de su vida escolar, un mismo porcentaje (53,3%) se encuentran insatisfechas en esta área, lo que se puede asociar al regular desempeño académico percibido.

4.2.4.8. Historia laboral

Cuadro N° 23

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Satisfacción con el tipo de trabajo realizado (mucho)	10	66,7	0,010
Satisfacción con cantidad de trabajo (mucho)	9	60,0	0,030
Satisfacción con su rendimiento laboral (mucho)	11	73,3	0,033

El cuadro 23 nos muestra que respecto a la historia laboral, el primer ítem significativo, con un 66.7% es el

de satisfacción con el tipo de trabajo realizado, el cual es puntuado como mucho; con un 60% se tiene la valoración de mucha satisfacción con la cantidad de trabajo y finalmente, mucha satisfacción con el rendimiento laboral, con un 73,3%. Este panorama nos muestra que las mujeres de estudio se sienten satisfechas con varios aspectos referentes a su trabajo y su fuente laboral.

4.2.4.9. Historia social

Cuadro N° 24

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Liderazgo asumido (casi nunca)	10	66,7	0,015

El cuadro 24 nos muestra que en su mayoría (66.7%) las mujeres del grupo casi nunca asumieron una actitud o una posición de liderazgo, lo que refleja una actitud más pasiva en su entorno social.

Cuadro N° 25

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Balance de vida social (relativamente satisfactoria)	9	60,0	0,041

En el cuadro 25, se puede observar que las mujeres de estudio en su mayoría perciben su balance de vida social en la categoría de "relativamente satisfactoria" (60%), lo que indica cierto monto de insatisfacción en sus relaciones sociales.

4.2.4.10. Historia sexual

Cuadro N° 26

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Formación sexual recibida (inadecuada)	11	73,3	0,004
Frecuencia actividad sexual (no tiene)	9	60,0	0,016
Importancia satisfacción de nec. sexuales (poca)	7	46,7	0,042

El cuadro 26 muestra los ítems significativos respecto a la historia sexual del grupo de estudio. En el mismo se puede ver que en relación a la formación sexual recibida, ya sea en su familia o en la escuela, se obtuvo que un 73.3% considera que esta fue inadecuada, es decir, que no se contó con un ambiente formativo e informativo respecto a esta área; por otro lado, respecto a la frecuencia de actividad sexual se puede evidenciar que un 60% no tienen actividad sexual actualmente, esto se puede atribuir al proceso oncológico ya que se les prohíbe este tipo de actividad por un lapso de tiempo, sin embargo solo un 60% lo cumple. Finalmente, en relación a la importancia de la satisfacción de necesidades sexuales esta es percibida como "poca" (46,7%) lo que refleja poco interés en su vida sexual.

4.2.4.11. Historia de relaciones de pareja

Cuadro N° 27

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Cantidad de noviazgos (pocos)	10	66,7	0,008

Respecto a la cantidad de noviazgos, el cuadro 27 nos muestra que el 66,7% de la muestra afirma que tuvieron pocos novios o relaciones de pareja, antes de comprometerse con su actual o última pareja.

4.2.4.12. Uso del tiempo libre

Cuadro N° 28

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Trabajar (mucho)	11	73,3	0,004
Estudiar (poco)	14	93,3	0,001
Deportes (poco)	13	86,7	0,000
Cine (poco)	14	93,3	0,001
Leer (poco)	10	66,7	0,015
Convivir con la familia (mucho)	10	66,7	0,015
Jugar cartas o juegos de salón (poco)	13	86,7	0,001
Asistir al teatro, conciertos (poco)	14	93,3	0,001
Otra (poco)	14	93,3	0,001

El cuadro 28 muestra la frecuencia que las pacientes en estudio tienen para realizar algunas actividades; como se puede apreciar la mayoría de ellas declaran realizar poco las siguientes actividades: estudiar (93,3%), deportes (86,7%), cine (93,3%), leer (66,7%), jugar cartas o juegos de salón (86,7%), asistir a teatros, conciertos (93,3%), y otras actividades (93,3%). Esto nos muestra que dichas actividades no son realizadas en su tiempo libre ya que

posiblemente no tengan preferencia por estas o no cuentan con las condiciones socio ambientales para hacerlo.

4.2.4.13. Actitud frente al Ambiente

Cuadro N° 29

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Eficiente-ineficiente (eficiente)	10	66,7	0,015
Simpática-antipática (simpática)	10	66,7	0,002

El cuadro 29 nos muestra la evaluación que las personas de estudio hacen de su conducta frente a su medio ambiente, donde un 66,7% consideran que esa actitud es eficiente y simpática, aspectos considerados positivos para un buen desenvolvimiento social.

4.2.4.14. Eventos estresantes

Cuadro N° 30

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Accidentes (ausencia)	13	86,7	0,005
Separación matrimonial (ausencia)	12	80,0	0,020
Fracaso académico (ausencia)	13	86,7	0,005
Otros (ausencia)	14	93,3	0,001

Dentro de los eventos estresantes que cualquier persona puede tener en su vida cotidiana, el cuadro 30 nos muestra la ausencia o no presencia de los siguientes eventos dentro de esta población de estudio: accidentes

(86,7%), separación matrimonial (80%), fracaso académico (86,7%), y otros eventos (93,3%). Estos eventos que pueden ser estresantes y estar presentes en la vida de algunas personas, no operan en este grupo de estudio.

4.2.4.15. Relación de pareja

Cuadro N° 31

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Umbral de satisfacción (ambos por igual)	9	60,0	0,009

Respecto a la relación de pareja, el cuadro 31 nos muestra el tipo de umbral de satisfacción dado en la pareja, refiriéndose a lo que cada persona espera, necesita y exige en la relación, aspectos que pueden ser diferente en uno y otro integrante de la pareja. En el grupo de estudio se obtuvo que un 60% considera que el umbral de satisfacción en su relación es igual para ambos.

4.2.4.16. Características como madres

Cuadro N° 32

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Cariñoso (autoevaluación como madre)	13	86,7	0,005
Comprensivo (autoevaluación como madre)	13	86,7	0,005
Cercano (autoevaluación como madre)	12	80,0	0,020
Buen modelo (autoevaluación como madre)	12	80,0	0,008

El cuadro 32 nos muestra algunas características significativas que las mujeres de estudio evaluaron respecto a cómo son ellas en su rol de madres (autoevaluación), obteniendo los siguientes porcentajes: cariñosas (86,7%), comprensivas (86,7%), cercanas (80%) y un buen modelo de madres (80%). Esto nos da pautas de la presencia de características que pudieron favorecer a una buena relación de ellas con sus hijos.

4.2.4.17. Grupo familiar

Cuadro N° 33

	Frecuencia	Porcentaje	Significación
Influencia del grupo familiar (bastante)	8	53,3	0,023

Respecto a la influencia del grupo familiar sobre las personas en estudio, el cuadro 33 nos muestra que la familia ejerce bastante influencia en la vida de las personas, lo cual puede ser positivo o negativo dependiendo de las características del grupo familiar como los acontecimientos dados dentro del grupo.

4.2.5. Paradigma inconsciente

4.2.5.1. Escala FECI

Cuadro N° 34

Escalas	Valoración	Nivel	Significación
Escala alexitimia	2	medio	0,00

El cuadro 34 nos muestra que dentro del paradigma inconsciente, su única escala es significativa al obtener una significación de 0,00, con una valoración de 2 lo que implica un nivel medio de alexitimia, lo que implica cierta dificultad para el contacto con el mundo interno.

4.3. Prueba Anova de un factor

Se analizó las variables poblacionales (edad, estado civil, ocupación, N° de hijos, etapa del tumor y tratamiento) con cada escala del FECI para poder observar la presencia de diferencias significativas en la interacción de las escalas con las variables de la población de estudio; a continuación se exponen los datos significativos que se obtuvieron mediante esta prueba.

4.3.1. Variable N° de Hijos Vs. Escalas

Cuadro N° 35

Escala	Significación
Psicoticismo (medio)	0,050

Cuadro N° 36

Variable N° de hijos	Media	Des. típica
0-2	1,8000	,83666
3-5	2,8571	,37796
6-8	2,0000	1,00000

El cuadro 35 nos muestra la escala de psicoticismo como la única escala en la que se presenta una variación en interacción con la variable N° de hijos de la muestra de estudio; esta escala obtuvo un 0,050 de significación. En el cuadro 36 se ve que la variación de psicoticismo se

presenta en mujeres que tienen entre 3 a 5 hijos, ya que este grupo tiene la media más alta (2,85), lo que implica una variación en su grado de psicoticismo a diferencia de los otros grupos.

4.3.2. Variable Etapa del tumor Vs. Escalas

Cuadro N° 37

Escala	Significación
Autoestima (medio)	0,016
Vulnerabilidad Biológica (medio)	0,013

Cuadro N° 38

Variable etapa del tumor	Autoestima		Vulnerabilidad Biológica	
	Media	Des. típica	Media	Des. Típica
Grado II	2,3333	,51640	1,5000	,54772
Grado III	1,3750	,51755	2,3750	,51755
Grado IV	2,0000	.	1,0000	.

Respecto a la etapa del tumor, el cuadro 37 nos muestra que las escalas en las cuales se dieron diferencias significativas en interacción con esta variable fueron la de autoestima (0,016) y vulnerabilidad biológica (0,013).

Respecto a la escala de autoestima, se puede observar en el cuadro 38 que hay una variación importante (nivel medio) de esta escala en personas con grado II de tumor en el cuello uterino; por otro lado, la escala de vulnerabilidad biológica se presenta de una manera particular (nivel medio) en mujeres con grado III de tumor cérvico uterino.

Esto quiere decir que de acuerdo a la etapa del tumor la escala de autoestima varía, lo mismo que la escala vulnerabilidad biológica. Las demás escalas no sufren cambios.

4.3.3. Variable Edad Vs. Escalas

Cuadro N° 39

Escala	Significación
Ansiedad social (alto)	0,040

Cuadro N° 40

Variable edad	Media	Des. típica
20-29	3,0000	.
30-39	1,7500	,95743
40-49	3,0000	,00000
50-59	2,5000	,57735

En el cuadro 39 podemos ver que la escala de ansiedad social (0,040) presenta cambios significativos en presencia de la variable edad, dentro de la muestra de estudio. Así, podemos ver en el cuadro 40 que tanto en mujeres entre 20 a 29 años como de 40 a 49 años presentan una alta ansiedad social a diferencia de otros grupos con edades diferentes.

4.3.4. Variable Ocupación Vs. Escalas

Cuadro N° 41

Escala	Significación
Neuroticismo (alto)	0,027
Irracionalidad Cognitiva (medio)	0,016

Cuadro N° 42

Variable ocupación	Neuroticismo		Irracionalidad cognitiva	
	Media	Des. típica	Media	Des. típica
Ama de casa	2,7500	,46291	2,6250	,51755
Técnico	2,0000	.	2,0000	.
Administrativo	1,0000	.	1,0000	.
Oficio	2,7500	,50000	1,5000	,57735

El cuadro 41 nos muestra que tanto en la escala de neuroticismo (0,027) e irracionalidad cognitiva (0,016) se presentan diferencias significativas en interacción con la variable ocupación; en el cuadro 42 podemos ver que, respecto al neuroticismo, tanto amas de casa como mujeres que se dedican a un oficio en particular, presentan niveles más altos de neuroticismo a diferencia de mujeres con otras ocupaciones dentro de la muestra; en cuanto a la irracionalidad cognitiva, se puede ver que las mujeres amas de casa presentan un nivel significativamente diferente de esta escala (nivel medio) en comparación con las demás.

Esto nos indica que amas de casa tienen presente las escalas de neuroticismo (alto) e irracionalidad cognitiva (medio), lo cual posiblemente las puede hacer más vulnerables a presentar afectos disfóricos, cogniciones negativas, inestabilidad y poco control de sus emociones.

A manera de resumen, todo lo expuesto en el presente capítulo se lo sintetizará en el diagrama del Modelo Integrativo Supraparadigmático. (ver pág. siguiente)

V. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

En base a los objetivos que se plantearon en la presente investigación, a continuación se detallaran las conclusiones del estudio.

Dado que como objetivo central se tiene "Determinar el Perfil Psicológico de pacientes con cáncer cérvico uterino", se hará un análisis desde cada uno de los paradigmas del Modelo Integrativo Supraparadigmático, tomando en cuenta todas las variables que resultaron significativas en el grupo de estudio.

- **Paradigma biológico**

Respecto al paradigma biológico, se puede apreciar que las mujeres en estudio tienen un alto componente biológico a la base, ya que obtuvieron niveles altos en cuanto a la sintomatología ansiosa y depresiva, lo cual concuerda con las diferentes investigaciones y estudios en población oncológica, que afirman que dentro de las alteraciones más comunes están la depresión y ansiedad. Sin embargo, respecto a este punto, se puede señalar que cumplen un papel importante los tratamientos que reciben las pacientes, ya que por las características, componentes y efectos secundarios de dichos tratamientos (como la quimioterapia y cobaltoterapia), no es de extrañar la presencia de síntomas asociados a la depresión, y sobre todo a la ansiedad, como las náuseas, vómitos, mareos, sequedad bucal, entre otros. Sin embargo, no se descarta la posibilidad de que algunos síntomas (depresivos y ansiosos) podrían haber estado presentes antes de la

enfermedad (síntomas pre mórbidos), y con el diagnóstico del cáncer se incrementaron.

Por otro lado, la muestra obtuvo un neuroticismo alto, lo que implica un alto nivel de labilidad emocional que da lugar a poca estabilidad y poco control de reacciones y procesos emocionales, lo cual pudo dar lugar posibles cambios afectivo-emocionales ante el diagnóstico de cáncer, y ante el tratamiento. La presencia del neuroticismo alto es mayor en mujeres amas de casa y las que se dedican a un oficio en particular, ya que se dio una asociación significativa entre ambos datos. No existen investigaciones que respalden lo hallado, sin embargo puede ser un punto interesante de investigación. Es importante mencionar como posible hipótesis que, el neuroticismo al ser una característica que suele mantenerse en el tiempo (por tener un componente biológico a la base) puede ser considerado como característica psicológica pre mórbida en esta población; esto nos sugeriría el poder clasificarlo como factor predisponente al cáncer y tomarlo en cuenta en terapias preventivas en mujeres con factores de riesgo de cáncer cérvico uterino, así también en las que la padecen, mediante la aplicación de técnicas que ayuden a manejar y/o controlar los efectos de un neuroticismo alto (esto en caso de que evidentemente se presente esta relación).

En cuanto a la escala de mentira y deseabilidad social se obtuvo también un nivel alto, por lo que estas personas tienen una alta tendencia a mostrar conductas aceptadas socialmente. Este punto se asocia y relaciona con las investigaciones realizadas por profesionales de la Universidad de México, donde concluyeron que las mujeres con cáncer cérvico uterino presentan una personalidad

denominada tipo C: un patrón comportamental caracterizado por ocultar o disimular emociones socialmente negativas como la ira o la tristeza, manteniendo la compostura y una expresión agradable hacia los demás, incluso cuando están experimentando una pena o preocupación. Posiblemente la presencia de un alto nivel en la escala de deseabilidad social tenga que ver con la presencia de este tipo de personalidad en la muestra. Sin embargo un punto a tomar en cuenta es el hecho de que la Ficha de evaluación (FECI) no fue aplicada como auto reporte, por lo que puede ser que el alto nivel de esta escala se asocie a la mentira o disimulo al responder dicho cuestionario frente al investigador.

En las escalas de extroversión, psicoticismo y vulnerabilidad biológica se alcanzó un nivel medio, lo que significa que las mujeres de estudio están orientadas tanto a su mundo interno como externo, pueden presentar cierto grado de terquedad, impulsividad y/o agresividad, como también se evidencia la presencia de algunos elementos de base orgánica que pueden estar relacionados con cambios a nivel psicológico, lo que hace más vulnerable a la persona a una posible inestabilidad y/o desajuste psicológico. La vulnerabilidad biológica evalúa algunos indicadores de alteraciones de daño orgánico, en relación a ello en la muestra de estudio se obtuvo que no hubo problemas o complicaciones durante el nacimiento, no presentaron ninguna alteración a nivel neurológico y no se presentan cambios emocionales (sensibilidad, tristeza, irritabilidad, angustia) durante el periodo pre menstrual.

Respecto a la escala de psicoticismo, se vio que mujeres que tienen entre 3 a 5 hijos presentan un nivel mas marcado (nivel medio) en esta escala, lo cual

hipotéticamente podría deberse a algunos factores, por ejemplo el tener varios hijos puede traer mayores exigencias, mayor responsabilidad en sus labores de madre y/o un nivel de vida más precario lo cual las predispone a un descontrol emocional e impulsividad, hipótesis que puede ser estudiada posteriormente. Así también, se vio que de acuerdo a la etapa del tumor se dan diferencias significativas en la escala de vulnerabilidad biológica, siendo que en mujeres en etapa III de cáncer cérvico uterino la presencia de esta escala (a nivel medio) es más evidente.

Respecto a la auto percepción de su salud física actual, las mujeres de estudio consideran que está en regular estado, lo más probable por la presencia del cáncer, sin embargo no perciben su salud como mala a pesar del deterioro que implica dicha enfermedad; esto puede dar pautas de fortaleza a nivel físico y/o psicológico que ayudan a la persona a tolerar los efectos del proceso oncológico. La escasa actividad deportiva y física se puede atribuir a su condición delicada de salud y a la prohibición de la misma por parte del equipo médico.

- **Paradigma cognitivo**

Dentro del paradigma cognitivo se obtuvo como datos significativos en la muestra la presencia de todas las escalas que componen este paradigma.

Es así que respecto a la escala de irracionalidad cognitiva, se pueden presentar, en cierto grado, pensamientos que deterioran e interfieren el logro de sus metas básicas o importantes, con la posibilidad de crear

desajustes a nivel emocional y/o conductual. Sin embargo esta escala obtuvo un nivel medio, por lo que este panorama se puede presentar o no con relativa intensidad; el proceso oncológico al cual se ven sometidas puede agravar esta perspectiva ya que las ideas irracionales acerca de la enfermedad, cuando las haya, pueden perturbar su mundo afectivo-emocional. Lo anteriormente citado puede ser, en la población de estudio, más frecuente en mujeres amas de casa o que se dedican a algún oficio en particular, ya que resulto ser significativa la asociación de esta escala con las mencionadas ocupaciones de la muestra. Esto puede deberse a que esta población (específicamente amas de casa), como se mencionó anteriormente, presentan niveles significativamente altos de neuroticismo (a comparación de otras ocupaciones) lo cual está asociado a un alto nivel de emocionabilidad; en una investigación realizada para ver la validez y confiabilidad de las escalas se pudo evidenciar que la variable "emocionabilidad" presenta una correlación significativa con la escala de "ideas irracionales" (Bejer, 2010), lo cual puede explicar en cierta forma la presencia de la misma en este grupo de mujeres.

Respecto a la escala de perfeccionismo, la muestra obtuvo un nivel medio en la misma, lo que indica que son personas que tienen un grado de autoexigencia personal aceptable, ya que tratan de hacer las cosas lo mejor que pueden, pero esto para ellas no es motivo de preocupación o angustia, ya que esta exigencia es acorde a sus capacidades y limitaciones.

Con relación a la autoeficacia, las mujeres de estudio se perciben, en algunas ocasiones, capaces de desarrollar

conductas adecuadas en el plano social, sexual, de relación de pareja, intelectual y laboral, sin embargo esto puede verse aminorado por la presencia de posibles cambios a nivel afectivo, cognitivo y/o conductual que pueden alterar la autoeficacia; estos cambios podrían darse ante la presencia del cáncer, enfermedad que limita (a nivel pragmático y/o psicológico), muchas veces, el buen desempeño en varios ámbitos de la vida. Sin embargo, los resultados muestran que estas personas aún se sienten capaces, en cierta medida, de poder desempeñarse en algunas áreas, a pesar de que por su enfermedad ya no lo puedan hacer como antes.

Así también, podemos relacionar lo anterior con una buena percepción que tienen de sí mismas, ya que en la escala de autoimagen obtuvieron un nivel medio, lo que indica que en su auto observación rescatan tanto los aspectos positivos como negativos de su persona, lo cual puede ser un factor de ayuda para ir formando una mejor actitud hacia sí mismas, ya que tanto su autoestima y autoeficacia (que se presentan en un nivel medio) pueden interrelacionarse con su autoimagen y potenciar sus aspectos positivos; sin embargo la presencia de un psicoticismo medio y un alto neuroticismo en la muestra puede afectar negativamente a la autoimagen en ciertos momentos, ya que estas escalas inducen a una inestabilidad en lo afectivo, cognitivo y conductual.

- **Paradigma afectivo**

Respecto al paradigma afectivo y en relación a sus escalas, se puede observar que las mujeres en estudio poseen una baja tolerancia a la frustración lo que indica

que tienen un bajo nivel de adaptación y aceptación de situaciones en las que no pueden obtener lo deseado o lograr el objetivo al cual aspiran, por lo que pueden experimentar sentimientos disfóricos ante posibles frustraciones que se les pueden presentar en su diario vivir, no contando así con la habilidad para controlar ese malestar emocional lo cual puede ser un factor que repercute en su salud física y mental, sobre todo al relacionarlo con el cáncer, ya que esta enfermedad en algunos momentos puede estar latente y en otros manifestarse de manera abrupta, por lo que no es extraño que las pacientes experimenten frustraciones durante todo el proceso; al no contar con este recurso, las mujeres de estudio pueden estar propensas a una inestabilidad emocional. Sin embargo, sería interesante investigar si esta baja tolerancia a la frustración está presente antes de la enfermedad o bien es producto de ella, lo cual podría tener importantes consecuencias a nivel de la terapia en grupos de riesgo y en pacientes con cáncer cérvico uterino.

En la escala de satisfacción de necesidades no evaluaron una satisfacción completa, ya que algunas de ellas, como las necesidades de trascendencia y de amor, no cubren con las expectativas y requerimientos de las mujeres de estudio, esto puede deberse a que el ambiente y las condiciones de vida no sean del todo gratificantes debido a los posibles cambios a nivel familiar, económico y personal por la presencia del cáncer, cambios que pueden dar lugar a una mayor demanda de atención, afecto y apoyo de su entorno.

En relación a la escala de autoestima, se asume que las mujeres de estudio tienen la capacidad de valorarse,

respetarse y apreciarse, reconociendo sus defectos y virtudes, sin embargo pueden tener momentos de inseguridad respecto a sus habilidades y a su estima por sí mismas, lo cual puede ser efecto de la presencia de su enfermedad que muchas veces puede poner en juego la valía personal por los efectos negativos que trae consigo para la vida de la persona, efectos que se manifiestan en cambios a nivel: físico, de relación de pareja, laboral, social, etc. Este panorama esta mas presente en mujeres en etapa II del cáncer, ya que se dio una asociación significativa entre esta etapa con la escala de autoestima. Esto podría ser explicado, a manera de hipótesis, por el hecho de que en mujeres en etapa II del cáncer no hay mucho desgaste a nivel físico ya que se encuentran en mejor estado de salud, como también los tratamientos son menos agresivos, por lo que sus efectos secundarios son menores. En etapas avanzadas (III y IV) el daño físico que el cáncer produce es más evidente ante los demás (por los tratamientos y el deterioro orgánico), por lo que la autoestima de la persona puede sufrir cambios dando como resultado una actitud más negativa de sí misma y una baja en su valía personal. Al ser un análisis hipotético, se sugiere pueda ser investigado posteriormente a profundidad ya que resulta ser interesante para el ámbito de la psicooncología.

Así también, se obtuvo que el grupo de estudio presenta altos niveles en la escala de ansiedad social, por lo que se puede inferir la presencia de malestar psicofísico en diferentes situaciones sociales, lo cual se manifiesta con una sensación de intranquilidad e inseguridad ya que vivencian estas situaciones como amenazantes o peligrosas para su persona; esto puede estar

relacionado con la presencia de ideas irracionales y síntomas ansiosos en el grupo de estudio, por lo que estos factores se pueden potenciar e interferir negativamente en la vida social de las personas de estudio. La presencia de ansiedad social posiblemente pueda relacionarse, también, con el miedo "al qué dirán", o al estigma social (citado en la teoría), ya que el cáncer en nuestra sociedad es visto como una enfermedad invalidante para la persona por lo que el aislamiento social podría ser un escape muy común para evitar sentirse rechazadas, tanto por la presencia de su enfermedad como por sus efectos secundarios, en especial los visibles ante los demás (delgadez, cara deformada por corticoides, quemaduras en la piel, erupciones en la boca, etc.). Se evidenció que las personas con mayor índice de ansiedad social, respecto a la edad, son las que tienen entre 20 a 29 años y las de 40 a 49 años, ya que se obtuvo diferencias significativas en estos grupos en relación a esta escala. Cabe mencionar que por el tamaño de la muestra no se puede hacer generalizaciones que abarquen a toda la población, sin embargo, este estudio da pautas y señales de lo que puede estar pasando en el grupo de manera general.

Por otro lado, en la muestra se encontró mayor presencia de emociones displacenteras como la pena, rabia, angustia, miedo y vergüenza. La pena puede ir en la línea del tener que afrontar su enfermedad, lo cual da lugar a muchos cambios en su estilo de vida; la rabia puede estar relacionada con la poca tolerancia a la frustración citada anteriormente, lo que respaldaría su presencia; la angustia, el miedo y la vergüenza pueden también estar relacionados con la presencia del cáncer en sus vidas lo cual afecta de sobremanera a su bienestar emocional; así también se puede relacionar estas emociones con la ansiedad

social que está presente en la población. Se pudo encontrar la presencia de una emoción placentera y muy relevante en el grupo de estudio: el entusiasmo, emoción que es experimentada con mucha facilidad, lo cual nos da la pauta de que a pesar de todo lo negativo de su situación disfrutaban de los momentos de alegría y diversión. Sin embargo, esta emoción podría darse como defensa hipomaniaca ante el sufrimiento, o tal vez como una característica asociada a la personalidad tipo C, al querer mostrarse mejor de lo que están; así también afirman experimentar muy poco la envidia, por lo que pueden complacerse por el bien ajeno.

En cuanto a los sentimientos, la muestra puede tener con relativa frecuencia estas experiencias afectivas prolongadas y estables; los sentimientos de culpa, inferioridad y gratitud son fácilmente experimentados, y el desprecio poco. Este panorama de sentimientos se relaciona con lo que anteriormente se había mencionado: la personalidad tipo C presente en mujeres con cáncer cérvico uterino. Posiblemente en el afán de querer complacer a los demás y mostrarse mejor de lo que son en realidad, pueden experimentar culpa por no haber dicho o hecho algo y así poder evitado la molestia del otro; el sentimiento de inferioridad también puede darse por el hecho de poner al otro por encima de sí mismas, lo que resta valor a su persona; la experiencia de gratitud podría llevarlas a agradecer a cualquiera que les haga sentir de manera distinta, y finalmente se tiene la poca facilidad de sentir desprecio, lo cual se relaciona con lo anterior, ya que este sentimiento se caracteriza por la falta de respeto o aversión hacia otra persona. (lo que no estaría permitido por las características de la muestra). Respecto a las

investigaciones realizadas por un equipo de profesionales de la Universidad Autónoma de México (2009) acerca de la personalidad tipo C presente en esta población, mencionan la posibilidad de que estas características de personalidad sean pre mórbidas; sin embargo psicólogos de la Universidad Nacional de Colombia (2006) concluyen que es necesario investigar la posibilidad de que estos factores puedan darse a causa del cáncer, opción que no es descartada para estos profesionales.

- **Paradigma ambiental conductual**

Este paradigma nos muestra en relación a sus escalas que, respecto al repertorio de conductas sociales, estas mujeres pueden contar con un variado set de habilidades sociales, competencias comportamentales y/o respuestas de enfrentamiento, sin embargo estas pueden no estar desarrolladas completamente.

En relación a la asertividad, los datos muestran que son poco capaces de expresar lo que piensan y sienten en el momento adecuado, con la persona correcta y de la forma adecuada; también pueden ser poco capaces para defender sus derechos, lo cual puede estar relacionado con la personalidad tipo C, como también con la ansiedad social presente en la muestra. A pesar de contar con un set relativamente amplio de habilidades sociales, como nos muestra los resultados obtenidos de esa escala, posiblemente estas habilidades no sean utilizadas adecuadamente ya que la asertividad del grupo presenta un nivel bajo.

Por otro lado, evalúan a su relación de pareja como una relación relativamente estable, donde factores como la comunicación, amor mutuo, vida sexual, intereses, etc., no son una constante, pero están presentes y pueden fortalecer, en algunos momentos, el bienestar de ambos miembros de la pareja.

El paradigma ambiental nos muestra respecto al ámbito familiar lo siguiente:

Las personas de estudio se caracterizan por haber tenido una relación cercana con su padre, figura que presenta como característica significativa el ser poco egoísta. Esto puede indicar la presencia de mejores vínculos afectivos con el padre ya que se lo ve como más bondadoso y altruista; por otro lado, la madre posiblemente haya sido una figura más de autoridad y poder dentro de la familia, ya que la perciben como muy castigadora e irritable, al igual que angustiada, por lo que posiblemente la relación no haya sido muy afectuosa, como en el caso del padre; se ve a una figura materna más emocional y posiblemente con poco control en esa área; así también la madre se caracteriza por ser honesta y simpática, es decir, una madre que se expresa con coherencia y sinceridad, además que es agradable en su trato con los demás. Todas estas características hacen ver a una figura materna con aspectos positivos y negativos, aspectos que pudieron haber influido de una u otra manera en la crianza y formación de sus hijos. Al ser la madre autoritaria en la crianza, simpática ante otros y honesta en sus acciones, nos remite a características de una figura muy complacientes con los demás, actitud que pudo ser aprendida por la hija, ya que la descripción de la personalidad Tipo

C presente en mujeres con cáncer cérvico uterino nos remite a estas particularidades.

Por otro lado, se muestra que ambos padres llevaron una buena relación de pareja, posiblemente se pudieron haber presentado algunos problemas entre ellos sin embargo estos no afectaron su relación a un nivel mayor, por lo que consideran como aceptable la relación que llevaron sus padres. Así también, los valores que les transmitieron sus padres desde pequeñas fueron claros y consistentes, lo cual pudo haber sido un aspecto positivo para una buena formación en lo humano, ya que también reportan el haber sido consecuentes con los valores enseñados por sus padres.

Respecto a la calidad de vida que tuvieron con sus padres, no perciben que esta haya sido del todo buena, sino mas bien regular, posiblemente por necesidades no atendidas que fueron de importancia para ellas en esa etapa de su vida pero no las pudieron tener, como la necesidad de afecto, protección, entre otras; esto podría relacionarse con un entorno poco cálido y afectivo, posiblemente esto más por la madre ya que la perciben como una figura distante en lo afectivo, a diferencia del padre, que es visto como generoso, posiblemente por ser el proveedor de la familia.

En cuanto a la escolaridad, se perciben como alumnas regulares, lo cual indica que posiblemente no lograron el desempeño académico esperado, esto se puede relacionar con la insatisfacción percibida en la evaluación global de su vida escolar, mostrándose así descontentas en esta área de su vida. Tal vez esta insatisfacción se deba a que no alcanzaron el nivel académico esperado en su unidad

escolar, abandono de estudios, o se presentaron acontecimientos desfavorables, los cuales pudieron ser los causantes de su insatisfacción y una posible frustración en esta área, asumiendo la baja tolerancia a la frustración como una característica pre mórbida.

Distinta es la figura en el ámbito laboral, ya que se sienten muy satisfechas en cuanto: al tipo de trabajo que fueron realizando en los últimos años (siendo que la mayoría son amas de casa y se dedican a diferentes oficios), a la cantidad de trabajo y a su rendimiento laboral. Esto nos da un panorama de que en esta área se desempeñaron muy bien, sin embargo ante la enfermedad del cáncer muchas posiblemente tuvieron (o tendrán) que renunciar temporalmente a su oficio; tomando en cuenta su baja tolerancia a la frustración, pueden no comprender y aceptar esta situación y considerarla como un fracaso, lo cual podría dar lugar a emociones y sentimientos disfóricos, lo que puede repercutir negativamente en su salud.

Respecto a la evaluación de su vida social, la perciben como relativamente satisfactoria; esto se puede relacionar con la presencia de ansiedad social, anteriormente mencionada, la cual puede ser un factor negativo al momento de mantener contacto con el entorno social, lo que da lugar a que no se disfrute del todo estos momentos por la presencia de emociones y pensamientos negativos, o bien se evite este tipo de contacto. Posiblemente por esta razón también reportan que no asumen posiciones de liderazgo habitualmente, ya que su actitud es más pasiva en su medio social.

A pesar de la presencia de esta emoción disfórica (ansiedad social), posiblemente se esfuercen por llevar una vida social más activa y placentera ya que tienen una actitud eficiente y simpática en su ambiente (ya sea familiar, social o laboral) lo cual aporta a un mejor desenvolvimiento en su entorno más cercano.

Así también reportan que el uso del tiempo libre no lo utilizan para actividades como las siguientes: estudiar, leer, practicar deportes, ir al cine, al teatro o jugar juegos de salón; mientras que si lo utilizan para trabajar y convivir con la familia. Como se puede ver, estas personas no utilizan su tiempo libre para actividades de esparcimiento o diversión, esto puede deberse a que no tengan mucha preferencia por ellas o tal vez porque su ambiente no les proporcione las condiciones para hacerlo; esto se relaciona a lo expuesto por Middleton, que nos indica como un factor causal del cáncer el no hacer un buen uso del tiempo libre, como también una baja tolerancia a la frustración, indicadores que están presentes en el grupo de estudio. Sin embargo, no se puede descartar la posibilidad de que las pocas actividades de esparcimiento se deba a la presencia del cáncer en sus vidas, lo cual las limita y desmotiva a realizarlas. Por otro lado, el convivir con la familia es para ellas muy importante y gratificante por lo que se dedican a esto con frecuencia; el trabajar en su tiempo libre puede ser sinónimo de mucha exigencia en lo laboral, lo que puede ser un factor estrés en sus vidas.

Se observó que en la población no se identificó situaciones que puedan ser causantes de estrés, al contrario, se identificaron situaciones de estrés que no se presentaron en los últimos años, como ser: accidentes,

separación matrimonial y fracaso académico; sin embargo la presencia de enfermedad puede ser considerada un factor de estrés, por lo que, si bien no aparece como dato significativo en la muestra, tendría que ser un dato importante a considerar, ya que todas las personas de estudio están atravesando un cuadro médico de cáncer, lo cual (y según la teoría) tendría que activar montos más altos de estrés en gran parte de las mujeres.

En cuanto a la historia sexual de la muestra, se tiene que, respecto a la información sexual recibida esta no fue la adecuada, ya que posiblemente tanto padres como profesores consideraron un tabú hablar de estos temas, tomando en cuenta que nuestro país, y sobre todo la ciudad de Sucre, se caracteriza por tener una cultura conservadora, unacultura de miedo y tabú respecto a lo sexual, por lo que la faltade información de la sexualidad se hizo evidente. Esto pudo dar lugar a que se sientan desorientadas respecto a este tema durante su adolescencia y juventud, y posiblemente conflictuadas por las restricciones de su ambiente acerca de no tener pareja, no salir con chicos, etc. ya que reportanhaber tenido muy pocas relaciones de pareja.

Refiriéndonos al ámbito de pareja, se puede argumentar que en esta área se pudieron haber presentado cambios importantes debido a la presencia del cáncer en las mujeres de estudio, ya que como se muestra en los resultados (cuadro 26) actualmente ellas no tienen actividad sexual, esto debido a la prohibición de la misma durante su tratamiento, así también se puede ver que le otorgan poca importancia a la satisfacción de sus necesidades sexuales, lo cual puede ser consecuencia del proceso al que se ven

sometidas, o a una posible restricción cultural al referirse a su vida sexual.

Si bien esta situación altera la vida sexual en la pareja, no se presentan problemas marcados a causa de esto, al contrario, manifiestan que tanto ellas como sus parejas tienen un mismo umbral de satisfacción afectivo, lo que da a entender que la pareja puede ser una fuente de apoyo y soporte ante la situación de enfermedad, y trata de comprender y adaptarse a todos estos cambios; ambos están satisfechos uno con el otro, lo cual es un buen indicador de bienestar emocional y equilibrio afectivo.

En su rol de madres, se perciben como cariñosas, comprensivas, cercanas y un modelo a seguir, lo que nos plantea que se puede dar un buen vínculo entre ellas y sus hijos; resulta positiva la presencia de dichas características para una relación segura, estable, gratificante y consistente. Se puede ver que las características que afirman tener como madres distan mucho a las que tuvieron sus madres con ellas, ya que se perciben como más cercanas y cálidas con sus hijos.

Posiblemente la importancia que le dan al grupo familiar sea mucha, ya que los acontecimientos o hechos que se presentan en sus familias (tanto positivos como negativos) afectan e influyen en su bienestar emocional.

- **Paradigma inconsciente**

En este paradigma se tiene un nivel medio de alexitimia, esto indica que las mujeres de estudio pueden tener cierta dificultad para contactarse con su mundo

afectivo, percibir y describir apropiadamente los sentimientos y expresar sus emociones. Esto puede parecer ser una especie de represión ya que el mundo interno puede verse afectado por los muchos cambios que se dieron ante el diagnóstico del cáncer, como la presencia de: emociones y sentimientos disfóricos, ideas irracionales, síntomas depresivos y ansiosos que posiblemente se traten de ocultar o reprimir para no hacer consciente todo ese cuadro y más bien mostrarse (ante ellas mismas y los demás) mejor de lo que realmente están (tanto a nivel físico y psicológico). Esto se relacionaría con la personalidad tipo C, investigada recientemente, la cual también fue estudiada como una característica pre mórbida, y en relación a este punto nos indica que se da en las mujeres con cáncer cérvico uterino una represión emocional o inhibición de la expresión de emociones negativas, que puede producirse por una carencia en la conexión con sus emociones (alexitimia) por lo que tampoco fácilmente las podrán expresar; el cumulo de toda esta carga afectiva puede originar enfermedades, como el cáncer. Por esta razón, la alexitimia también puede ser considerada un factor predisponente a esta enfermedad.

Los resultados de la presente investigación dan cuenta de que evidentemente existen factores en común en mujeres con cáncer cérvico uterino de la población de estudio; estos factores se presentan de manera particular en cada uno de los paradigmas del modelo, por lo que se puede avizorar un panorama más o menos claro en cuanto al funcionamiento psicológico de esta población de estudio.

No se puede dejar de mencionar un aspecto por demás importante al momento de analizar lo obtenido en la

investigación, lo cual nos remite a una pregunta: ¿este perfil psicológico de mujeres con cáncer de cuello uterino se da por la presencia de la enfermedad, o bien es un perfil pre mórbido?, a lo cual se puede responder que existe la posibilidad de que, por una parte, estas características psicológicas se den a consecuencia del diagnóstico, tratamiento y proceso oncológico en sí, lo cual nos sugeriría que la persona *adquiere* estas características psicológicas, que anteriormente no las tenía; por otra parte, también puede darse la posibilidad que estas características sean pre mórbidas, es decir, que la persona ya las presentaba y formaban parte de su personalidad, por lo que ante el diagnóstico y tratamiento se podrían haber intensificado o aminorado, pero no originado. Y más relevante que esto, sería su rol como eventuales factores predisponentes o de desprotección frente a este tipo de cáncer. Por esta razón, es muy importante el que se realicen investigaciones al respecto lo cual nos brindaría información valiosa para saber a ciencia cierta si este perfil psicológico es pre mórbido o a causa del cáncer. La presente investigación detectó las características psicológicas de la población en estudio, mas no se puede afirmar si son o no características dadas por el cuadro oncológico presente.

Sin embargo, se pudo describir, desde el Modelo Integrativo Supra paradigmático, un perfil psicológico aproximado de las mujeres de estudio con el diagnóstico de cáncer cérvico uterino, lo cual constituye un aporte para futuras intervenciones con esta población, ya que lo que sí se puede aseverar es la presencia de algunas alteraciones a nivel afectivo, conductual, biológico y cognitivo que evidentemente se presentan en esta población, por lo que

las técnicas e intervenciones terapéuticas pueden ir encaminadas a tratarlas y/o aminorarlas.

Así también se sugiere el análisis del Sistema Self en esta población, ya que el estudio abarcó solo la descripción de los paradigmas mas no de esta entidad importante para la comprensión más profunda de la personalidad, por lo que sería interesante conocer su funcionamiento y como se presenta en la población oncológica.

Si bien en nuestro país el cáncer de cuello uterino es el de más presencia entre todos los tipos de cáncer, y por lo mismo esta investigación se enfocó hacia esta patología, sería de mucho aporte investigaciones nuevas que puedan mostrar las características psicológicas o perfiles psicológicos en otros tipos de cáncer, para así poder apreciar si existen diferencias significativas entre un tipo y otro de cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

- Almanza, MJ; Holland, JC. (2000). *Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras*. Revista Cancerología. Vol. 3 (46). 196-206 Recuperado en julio de 2010, de: <http://www.medigraphic.com/>
- Anarte, M., Lopez, A., Ramirez, C., & Esteve, R. (2000). *Evaluacion del Patron tipo C en pacientes crónicos*. Anales de Psicología, 133-141. Recuperado en diciembre de 2010, de: <http://redalyc.uaemex.mx/>
- Antonio, R. (1994). *Psicologia Medica*. España: Espaxs.
- Arauzo, G. (2009). *Epidemiología del carcinoma del cuello uterino*. Recuperado en septiembre de 2010, de Geosalud: <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/epicancercervical.htm>
- Arnaldo, E. (2009). Enciclopedia Jurídica, Vol 6 (1). 64-65. Edicion: La ley, Madrid-España.
- Arranz, P. (enero de 2007). *Soporte a los familiares del paciente*. Recuperado en agosto de 2010, de Familia y Cancer : www.familiaycancer.org.
- Arrarás, J.; Dueñas, T.; Meiriño, R.; Prujá, E.; Villafranca, E.; Valerdi, J. (2007). *La Calidad de Vida en el paciente oncológico: estudios del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el Grupo de Calidad de Vida de la EORTC*. Revista Anales, 21 (1). Recuperado el 10 de julio de 2011, de Anales:

[http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/n1/revi
s2a.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/n1/revi
s2a.html)

- Arraya, M., & Lizarraga, S. (febrero de 2006). *Mala noticias y apoyo emocional*. Recuperado en abril de 2010, de Anales : www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/
- Artigas, Y., Moreno R. (2009). *Programa de intervención psicológica de enfoque cognitivo que fomente una actitud emocional positiva para la recuperación del cáncer de mama*. Proyecto de la Universidad Arturo Michelena, San Diego. Recuperado el 15 de julio de 2011, de Scribd: <http://es.scribd.com/doc/50548921/Proyecto-FINAL-Cognitivo-conductual>
- *Aspectos psicológicos del paciente superviviente al cáncer* . (julio de 2007). Recuperado en febrero de 2010, de Psicooncología : www.psicooncologia/supervivientes_cancer/.com
- Bagladi L, Verónica. (2003) "Variables inespecíficas en psicoterapia y Psicoterapia Integrativa" Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de San Luis. Argentina.
- Bejer, Texia (2003). *Confiabilidad y Validez de constructo de las escalas de la ficha de evaluación clínica integral (FECI): Autoimagen, satisfacción matrimonial, satisfacción de necesidades, tolerancia a la frustración y perfeccionismo*. Tesis para optar al grado de Magister en psicología clínica: mención Psicoterapia Integrativa. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile

- Bejer, Texia. (2005). *Confiabilidad y Validez de constructo de las Escalas de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI)*. Aportes en Psicología Clínica: Psicoterapia Integrativa. Vol 1. Pag. 136-137.
- Bejer, Texia (2010). *Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI): características, validez y confiabilidad de las Escalas Clínicas*. Aportes en Psicología Clínica: Psicoterapia Integrativa. Vol 2. Pag. 38-52.
- Biurrun, G. (junio de 2008). *Presentación de un protocolo de tratamiento psicológico (grupal cognitivo-conductual) en pacientes con dolor crónico en Navarra*. Recuperado en agosto de 2010, de Anales:
www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/n1/salud
- Blasco, T. (1997). *Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia*. Anuario de Psicología (72) ,1-90. Recuperado en agosto de 2010, de:
www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/
- Cano, A. (enero de 2007). *Aspectos psicológicos en el paciente superviviente al cáncer*. Recuperado en octubre de 2010, de Fundacion Anna Vasquez:
<http://fundacionannavazquez.wordpress.com/>
- Carranque, G. (junio de 2004). *Entrenamiento autógeno de Schultz: instrucciones (Autorrelajación concentrativa)*. Revista Digital, 10 (73). Recuperado el 18 de julio de 2011, de efdeportes.com:
<http://www.efdeportes.com/efd73/schultz.htm>

- Carvajal, Mónica; Navarrete, Ma. Cristina. (1999) "El Self en pacientes con trastorno bipolar desde la perspectiva del modelo Integrativo Supraparadigmático" Tesis para optar al título de especialista en Psicoterapia Integrativa. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile.
- Castellon, G. (abril de 2007). *Importancia de la imagen y el equilibrio interno durante la lucha contra el Cáncer*. Recuperado en septiembre de 2010, de Relookmed: www.relookmed.com/pages/cancer
- Casique, A.; López, J. (enero de 2007). *El locus de control*. Revista Panorama Administrativo, 1 (2), 193-195. Recuperado en agosto de 2010, de: www.catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos
- Centros para el control y la prevención de enfermedades (3 de febrero de 2011). *Día Mundial contra el Cáncer*. Recuperado en julio de 2011, de CDC: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/dcpc/resources/world_cancer_day.htm
- Chuco, G. A. (2008). *Epidemiología del carcinoma del cuello uterino*. Recuperado en octubre de 2010, de Geosalud: <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/epicancercervical.htm>
- Cruzado, J. (2000). *La formación en Psicooncología*. Psicooncología 0 (1), 9-19.

- DCPC. (febrero de 2011). *Día Mundial contra el cáncer* . Recuperado el marzo de 2011, de Centros para el control y la prevención de enfermedades:
www.cdc.gov/spanish/cancer/dcpc/resources/world_cancer_da_y.htm
- El Diario. (10 de septiembre de 2010). *Cáncer uterino mata a nueve bolivianas cada dos días*. Periódico Nacional. Pag 8
- Estape, T. (abril de 2005). *Psico-oncología: entrevista a la profesora Lea Baider* . Recuperado en septiembre de 2010, de Medico Sur: www.medicosur.com.mx
- Estevan, M. (2001). Técnicas de Relajación. Recuperado en marzo de 2011, de Ideasapiens:
http://ideasapiens.blogspot.com/psicologia/clinica/tec_%20nicas_%20d_%20relajaci_on.htm
- Fernández Alvarez, H.; Opazo Castro, Roberto.(2004) "La integración en psicoterapia: Manual de aplicación" Editores.
- Florez, L. (20 de junio de 2004). *Psicología de la Salud*. Recuperado en marzo de 2010, de Universidad Nacional de Colombia: www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia
- Fundación contra el Cáncer (8 de febrero de 2011). *Evolución de la autoimagen a lo largo del tratamiento en pacientes con cáncer de mama*. Recuperado en octubre de 2010, de Fundación contra el cáncer:
<http://www.fefoc.org/doc.php?op=noticias2&id=968&ap=act>

- Gonzales, E. (junio de 2007). *Actualizaciones en Cáncer*. Recuperado el julio de 2010, de ABC Medicus :
www.abcmedicus.com

- Guzman, R. (diciembre de 2007). *Psicoterapia cognitivo-conductual en pacientes con cáncer*. Recuperado en marzo de 2010, de www.tuotromedico.com

- Iglesias, A., Apolonio, V., Bastida, E., Gomez, E., & Gutierrez, A. D. (junio de 2006). *El proceso de duelo en pacientes* . Recuperado en noviembre de 2010, de la Revista electrónica de Psicología "La Misión":
<http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/>

- Instituto Nacional del Cancer (INC). (abril de 2006). *Informacion general sobre el cáncer de cuello uterino*. Recuperado en octubre de 2010, de Universidad de Bonn:
www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/

- Instituto Nacional del Cáncer (10 de septiembre de 2010). *Hoja Informativa: Estadificación del cáncer*. Recuperado en julio de 2011, de:
<http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/cancer/estadificacion>

- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografías (INEGI) (febrero de 2010). *Estadísticas a propósito del día mundial del cáncer*. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografías .Recuperado en junio de 2010, de:
www.inegi.org.mx

- Ferlay, J. (marzo de 2001). *Cáncer de cuello uterino*. Recuperado el octubre de 2010, de Globocan: www.dep.iarc.fr/globocan/globocan.htm
- La Razón (03 de 09 de 2008). *BOLIVIA: cada vez más mujeres contraen cáncer uterino*. Periódico Nacional. pág. 12.
- Malvezzi, T. (mayo de 2003). *Psicoterapéutica comportamental en Psicooncología: una mirada hacia los pacientes*. Recuperado en julio de 2010, de Hipnosis net: http://www.hipnosisnet.com.ar/Cancer_Psicooncologia_Psico logia_Hipnosis_Clinica.htm
- Marks, D; Rodriguez, J. (octubre de 1995). *EFPPA: Psicología de la Salud (Nº 61)*. Recuperado en septiembre de 2010, de Papeles del Psicólogo: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero>.
- Medlineplus. (diciembre, 2010). *Cáncer cervical*. Recuperado en julio de 2011, de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000893.htm>
- Middleton, J. (junio de 2002). *Psico-oncología en el siglo XXI*. Recuperado de Revista Actualidad Psicológica, en julio de 2011, de:

http://www.conversandoenpositivo.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=463:psico-oncologia&catid=50:medicina-integrativa&Itemid=100

- Ministerio de Salud. (abril de 2004). *Diagnóstico y tratamiento cáncer cérvico uterino*. Recuperado de Ministerio de Salud Chile, en julio de 2010, de: http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/4/5/054-Chile_Cacu.pdf
- Moix, J. (2002). *La hipnosis en el tratamiento del dolor*. Revista de la sociedad Española del Dolor, 9: 525-532.
- Molina, C., Hernandez, O., & Jesus, Z. (2009). *Patrón de personalidad tipo C y su relación con el cancer de mama y cervico uterino*. Revista de Psicología Iztacala , 171-190.
- MSD (2005). *Diagnóstico del cáncer*. Recuperado en julio de 2011, de: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_15/seccion_15_164.html
- Murillo, M., & Alarcon, A. (2006). *Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer*. Revista Colombiana de Psiquiatria Vol. 35 , 92-111. Recuperado en agosto de 2010, de: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=39464&id_seccion=1783&id_ejemplar=3723&id_revista=115
- Murphy, G.; Lawrence, W.; Lenhard, R. (1996). *Oncología Clínica: Manual de la American Cancer Society*. Edición Second. Washington DC, Estados Unidos.

- National Cancer Institute (NCI). (1 de febrero de 2003). *El cáncer y la relajación: ejercicios de relajación para enfermos de cáncer*. Recuperado en octubre de 2010, de Instituto Nacional del Cancer : www.akirelax.com
- Navarro, J. (2003). *Enfermedad y muerte*. Sucre, Bolivia. Manuscrito no publicado.
- Navarrete, M. (2004). *Función de significación del Self en pacientes mujeres con trastorno bipolar tipo II, en fase depresiva*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica: mención Psicoterapia Integrativa. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile
- Oncology Resource Center, (1998). *Tratamiento del Cáncer*. Recuperado de CancerConsultants.com, en julio de 2011, de:
http://patient.spanish.cancerconsultants.com/CancerTreatment_Cancer_Cervical.aspx?LinkId=5600
- Organización Mundial de la salud (OMS) (2004). *Cáncer*. Recuperado en septiembre de 2010, de OMS: <http://www.who.int/es/>
- Organización de la Naciones Unidas. (4 de febrero de 2011). *Día Mundial del Cáncer: OMS afirma que ejercicio ayuda a evitar algunos tipos*. Recuperado en julio de 2011, del Servicio de noticias de la Naciones Unidas: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=20207&criteria1=cancer&criteria2=deporte>

- Organización de la Naciones Unidas. (20 de mayo de 2011). *Doce millones de casos nuevos de cáncer cada año*. Recuperado en julio de 2011, del Servicio de noticias de la Naciones Unidas:
<http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=20997>
- Opazo, Roberto, 2001. "Psicoterapia Integrativa: Una delimitación Clínica". Ediciones ICPSI. Santiago - Chile
- Periago, M. R. (06 de 03 de 2007). *Epidemiología del carcinoma de cuello uterino*. Recuperado en octubre de 2010, de OPS: www.ops.org.bo/servicios/
- Puntal. (12 de diciembre de 2006). *Avances Tecnológicos para tratar el cáncer*. Recuperado en octubre de 2010, de Puntal.com.ar: www.puntal.com.ar/noticia.php?id=6978
- Sociedad Americana del Cáncer (julio de 2008). *Radioterapia: una guía para los pacientes y sus familiares*. Recuperado el agosto de 2010, de Sociedad Americana del Cancer: www.radiologyinfo.org
- Richardet, M. (2007). *Factores de riesgo, medidas preventivas, síntomas y diagnóstico*. Recuperado el noviembre de 2010, de Instituto Oncológico de Córdoba : <http://www.ionc.com.ar/fundacion/prevencion/articulos.htm>
- Riveros, A. (2008). *Apoyo a familiares de pacientes oncológicos*. Recuperado en junio de 2010, de <http://www.mailxmail.com/curso-apoyo-familiares-pacientes-oncologicos/duelo-silencio-culpa>

- Rodríguez, I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. Tesis Doctoral. Madrid, España.
- Rosen, L. (junio de 2011). *Resumen sobre el cáncer de cuello uterino*. Recuperado de American Cancer Society, en julio de 2001, de:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/resumen/resumen-sobre-el-cancer-de-cuello-uterino-early-diagnosed>
- Roses, M. (6 de marzo de 2007). *Salud y Día Internacional de la Mujer*. Recuperado en agosto de 2010, de Organización Panamericana de la Salud-Bolivia, de:
<http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=11973&SE=SN>
- Rosenfel, C. (27 de agosto de 2005). *Aportes de la Psicoterapia Cognitiva-Conductual en Tratamiento de Pacientes con Cáncer*. Recuperado en julio de 2010, de Centro de Terapia Cognitiva:
www.centrodeterapiacognitiva.com
- Ruiz, M., Garde, S., Ascunce, N., & Del Moral, A. (agosto de 2004). *Rehabilitación psicológica de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama*. Recuperado en diciembre de 2010, de Psicología online:
<http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/terapia-cancer-de-mama.html>
- Salaberry, O. (julio de 2008). *Actualidades en Psicooncología*. Recuperado en marzo de 2010, de Psicooncología:

<http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/psiconcologia.html>

- Sanz, J., & Modolell, E. (febrero de 2004). Oncología y Psicología: Un Modelo de Interacción. *Psicooncología*, 3-12. Recuperado en julio de 2010, de:
http://grupos.emagister.com/documento/oncologia_y_psicologia_un_modelo_de_interaccion/1000-319695
- Silva, C. (2006). *Trastorno depresivo mayor: variables etiológicas y estrategias terapéuticas desde el modelo Integrativo Supraparadigmático*. Tesis para optar al grado de magíster en Psicología Clínica. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. Santiago, Chile.
- Tierney, L. (2007). *Diagnóstico y tratamiento clínico*. Mexico D.F.: Manual Moderno.
- Valiente, M. (2006). *El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer*. *Revista de Psicooncología* 3 (1), 19-34. Recuperado de:
<http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606130019A.PDF>
- Vargas, W. *Consideraciones psicológicas sobre la hipnosis aplicada al manejo del dolor*. *Revista Enfermería actual en Costa Rica*, 8 (4). Recuperado el 7 de julio de 2011 de REVENF, de:
http://www.revenf.ucr.ac.cr/files/Archivos_Ediciones/Edicion8/hipnosis.pdf