

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Facultad de Psicología

Proyecto ID

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA TERAPEUTICO ORIENTADO A
DISMINUIR LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER DE SENO EN
TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN LA CLINICA
CARLOS ARDILA LULLE DE BUCARAMANGA

Trabajo de Grado para Optar al

Título de Psicólogos

Presentado por:

Miguel Ángel Gutiérrez

María del Pilar Vargas

Bajo la dirección de la Psicóloga Elvira Isabel Franco de Umaña

Bucaramanga, Mayo de 2003

Tabla de Contenido

Resumen.....	V
Efectividad de un Programa Terapéutico orientado a disminuir la ansiedad en pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lufle de Bucaramanga	1
Descripción de la Institución	2
Historia	2
Visión	2
Misión	3
■ Objetivos	3
Principios y valores	3
Problema	4
Hipótesis	5
Objetivo General	7
, Objetivos Específicos	7
Antecedentes Históricos Investigativos	8
Marco Teórico	14
Trastorno Oncológico	15
Epidemiología	18
Etiología	19
Cáncer de Seno	20
Etiopatogenia	21
Factores de Riesgo	22
, Detección y Diagnóstico	25
Implicaciones Psicológicas del Cáncer.....	31
La Ansiedad	34
La Ansiedad y el Cáncer	38
Programas Terapéuticos y Cáncer	41
Psicoeducación	42

Terapia de Grupo	42
Terapia por Visualización	43
Ejercicios / Técnicas de visualización	43
Método	46
Participantes	46
Instrumento	47
Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y descripción	47
Procedimiento	55
Resultados	56
Interpretación Estadística datos porcentuales	56
Datos Sociodemográficos.....	57
Análisis Comparativo de Promedios	59
Medidas Pre-test y Post-Test en el Grupo Experimental	59
Medidas Pre-test y Post-est en el Grupo Control	61
Análisis Estadístico Inferencial	65
Discusión.....	73
Sugerencias.....	78
Referencias.....	80
Apéndices.....	85
Apéndice A: Descripción del Programa Terapéutico	
Apéndice B: Historia Clínica	
Apéndice C: Cartilla Ilustrativa sobre Manejo del Cáncer	
Apéndice D: Folleto Ilustrativo sobre la Relajación	

Lista de Tablas.

	Pág
Tabla 1: Ficha del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado	47
Tabla 2: Confiabilidad test-retest (reaplicación) para universitarios No graduados	51
Tabla 3: Puntaje nivel de Ansiedad distribuido en rangos	51
Apéndice D; Correlación entre la escala A-Rasgo del IDARE y otras medidas de la Ansiedad-Rasgo	53

Lista de Figuras

	Pág
Figura 1: Resultados correspondientes a los datos sociodemográficos de la población denominada edad	57
Figura 2: Resultados correspondientes a los datos sociodemográficos de la población denominada estado civil	57
Figura 3: Resultados correspondientes a los datos sociodemográficos de la población denominada ocupación o labor que desempeña	58
Figura 4: Resultados correspondientes a los datos sociodemográficos de la población denominada nivel educativo	58
Figura 5: Comparación entre Pre y Post Escala A-Estado en el Grupo Experimental	59
Figura 6: Comparación entre Pre y Post Escala A-Rasgo en el Grupo Experimental	60
Figura 7: Comparación entre Pre y Post Escala A-Estado en el Grupo Control	61
Figura 8: Comparación entre Pre y Post Escala A-Rasgo en el Grupo Control	62
Figura 9: Comparación entre Post-test Escala A-Estado entre el Grupo Experimental y Grupo Control	63
Figura 10: Comparación en el Post-test Escala A-Rasgo entre el Grupo Experimental y Grupo Control	64

Resumen

El objetivo de la investigación fue el diseño, implementación y evaluación de un programa estratégico de intervención Terapéutico para reducir los niveles de ansiedad facilitando un mejor aprovechamiento y adaptación del tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia en Pacientes con Cáncer de Seno en la Clínica Carlos Ardila Lulle de la ciudad de Bucaramanga. Se seleccionó una muestra de 16 mujeres pacientes, para conformar el grupo experimental y control (ocho respectivamente); en edades entre 35 y 65 años, con una escolaridad básica primaria, estrato socioeconómico medio-bajo, de procedencia urbana y de estado civil casadas y con hijos. Este estudio Experimental con diseño pre-test y post-test tuvo como instrumento evaluativo el IDARE. En la aplicación del Programa se utilizaron las técnicas terapéuticas de psicoterapia breve, Psico-educación, disonancia cognitiva, entrevistas y relajaciones. A partir del análisis de la prueba se encontraron diferencias significativas entre los resultados del Pre-test y el Post-test, evidenciando que la intervención terapéutica permitió disminuir significativamente los niveles de ansiedad en el grupo experimental, mientras que el grupo control aumentaron y/o se mantuvieron. En relación a la Escala A. Estado en la medida Pre-test las medias fueron de 67,38 y en la medida post-test fue de 24,66; comprobándose con dichos resultados la diferencia significativa y la disminución de la Ansiedad Estado en el Grupo Experimental (gráfica 5 pg. 59).

En relación a la Escala A. Rasgo en la medida Pre-test y Post-test las medias fueron de 72,37 en el Pre y 33,49 en el Post; comprobándose así la diferencia significativa y la disminución de la A. Rasgo en el Grupo Experimental (gráfica 6 pg. 60).

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA TERAPEUTICO ORIENTADO A
DISMINUIR LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER DE SENO EN
TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN LA CLÍNICA
CARLOS ARDILA LULTE DE BUCARAMANGA

La presente investigación describe la Efectividad de un Programa Terapéutico orientado a disminuir la ansiedad en pacientes con Cáncer de Seno en tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia en La Clínica Carlos Ardila Lulte de la ciudad de Bucaramanga.

El proyecto surge como propuesta de investigación de la Universidad, en la línea de enfermedades catastróficas despertando en los estudiantes el interés por conocer y abordar con responsabilidad y conciencia la problemática de las mujeres que por diferentes factores biológicos, psicológicos y hereditarios padecen esta enfermedad.

La importancia de esta investigación, radicó en el aporte Psicológico al paciente oncológico, en tratamiento de quimioterapia y radioterapia a través de la realización del Programa, buscó ofrecer al enfermo alternativas para el manejo de la ansiedad en cuanto a sentimientos, pensamientos y comportamientos a los que se ve de un momento a otro enfrentado y ante los cuales no encuentra respuesta.

Por lo tanto se trata de abordar la enfermedad de una forma efectiva, teniendo en cuenta actitudes y situaciones que afectan al paciente: el miedo, la ansiedad y el estrés, las cuales inciden directamente en el éxito del tratamiento y por ende en el desempeño normal de la vida de la paciente.

Conocer el diagnóstico de cáncer, el proceso mismo de enfermedad, la forma como van a afrontar la enfermedad, el temor a morir etc., son circunstancias que producen en la paciente altos niveles de ansiedad, los cuales deben ser controlados. Es así como a través de la presente investigación se busca ofrecer a la paciente con cáncer, las herramientas necesarias para que enfrente su actual estado de salud.

Descripción de la Institución

Historia

Como respuesta a la necesidad de dar al Oriente Colombiano una medicina al alcance de todos, nació la Fundación Oftalmológica de Santander que en ese momento estuvo ubicada en el piso 11 del Hospital Universitario Ramón González Valencia. En 1979 se trasladó a una vieja casona, en donde con las restricciones tecnológicas de todo buen comienzo, se obtuvieron las primeras vivencias de servicio comunitario y se brindó atención oftalmológica durante dos años.

El 27 de Julio de 1982 fue inaugurado el edificio de la Fundación Oftalmológica de Santander. La necesidad de complementar el servicio de oftalmología con otras especialidades médicas para satisfacer la población del nor-oriente Colombiano, llevó a la creación de un centro asistencial que brindara servicios médicos hospitalarios integrales, a este sector del país.

La Clínica inició labores el 14 de Mayo de 1993. Funciona en una estructura de 9 pisos con 130 camas disponibles, 10 salas de cirugía, servicio de Urgencias, hospitalización en todas las especialidades, unidad de cuidado intensivo y cirugía ambulatoria.

Tiene dentro de su desarrollo la Fundación Cardiovascular, la Fundación paladar hendido, Órganos: tejidos y transplantes y la Unidad de Nefrología y diálisis.

La atención especializada ubican a la institución en una destacada posición para la prestación de un servicio de salud de tercer nivel en sus dependencias:

- (1) Centro de Cáncer,
- (2) Unidad de Litotripsia,
- (3) Unidad de Resonancia Magnética,
- (4) Fundación Cardiovascular.

Visión

La FOS-CAL será un centro de alta tecnología, que a través de un recurso humano de excelente calidad humana, profesional y ética, sea líder en el Nor-oriente Colombiano en la prestación de servicios de salud, consolidándose prioritariamente como centro de nivel terciario que incentive la investigación y producción científica, y atienda las necesidades de salud de la comunidad, con sentido social.

Misión

Es una entidad de servicio a la comunidad dedicada a la investigación y cuidado de la salud integral, generando beneficio social, bienestar a su recurso humano y liderazgo en la actualización científica y tecnológica.

Objetivos

1. Ofrecer a todos los estratos de la comunidad servicios éticos de salud con alta calidad humana, científica y tecnológica.
2. Capacitar humana, técnica y científicamente el recurso humano.
3. Fomentar el trabajo en equipo.
4. Desarrollar programas de prevención comunitaria.
5. Generar, buscar y mantener recursos financieros, técnicos y científicos que soporten los programas de la institución.
6. Establecer y mantener un ambiente laboral positivo.
7. Unir esfuerzos con entidades que se identifiquen con la misión de la institución.

Principios y valores

1. Prestación de servicios integrales de salud a todos los estratos de la comunidad.
2. Promoción y desarrollo de programas de prevención y cuidado de la salud en comunidad.
3. Respeto por las personas fomentando el desarrollo humano, ético y profesional.
4. Calidad de atención en los servicios integrales de salud.
5. Mejoramiento continuo institucional.
6. Trabajo en equipo, organización de grupos primarios.
7. Evaluación, desarrollo e implementación de los procesos administrativos.
8. Liderazgo científico y tecnológico.
9. Creer en la creatividad de las personas y facilitarle su expresión dentro de la institución.

Problema

El presente trabajo esta inscrito en la línea de investigación de Enfermedades Crónicas y catastróficas que viene adelantando la Universidad Autónoma de Bucaramanga, en la Facultad de Psicología, bajo la dirección de la Dra. Elvira Isabel Franco de Umaña. Una vez conocida por los estudiantes la propuesta de la Universidad despertó el interés por conocer la problemática de estas mujeres que afrontan tan difícil realidad; ya que la sospecha de que los síntomas que se tienen o los exámenes practicados puedan poner en evidencia la presencia de una enfermedad fatal, activa ansiedades, temores, ideas recurrentes y fantasías con respecto al futuro, que desorganizan la vida en forma notable. Luego, la confirmación del diagnóstico, y la certeza de que no se trata de una sospecha sino de una enfermedad ya comprobada, despiertan en el paciente una sensación agobiante de terror, de pánico, de incertidumbre, de desastre inminente.

La forma particular como cada paciente reacciona depende de varios factores como: la forma sorpresiva en el conocimiento del diagnóstico; o si por el contrario resultaba predecible; el momento del ciclo vital en que se manifiesta la enfermedad; las características de personalidad de la paciente; los mecanismos de adaptación que haya empleado con éxito en previos momentos difíciles, el balance que pueda hacer de su vida, el tipo de enfermedad y el futuro previsible, la manera como fue informado, el grado de apertura de la comunicación y el apoyo que pueda derivar de su familia.

De igual forma en muchos casos puede haber inicialmente una aparente ausencia de reacción y un enfrentamiento valeroso, confiado y tranquilo a la noticia, pero en el desarrollo de la enfermedad hasta la muerte la respuesta personal fluctúa, y así como se presentan períodos de negación en los que la persona sigue viviendo como si no tuviera ninguna enfermedad o como si no supiera que va a morir como consecuencia de ella, en otros momentos, al ceder la negación, surge la tristeza, el miedo paralizante, la angustia ante la muerte, muchas preguntas sin respuesta, la revisión de las tareas pendientes y el dolor de tener que separarse de los seres queridos, de todo lo suyo, de la vida. (Fonnegra, 1999).

Teniendo en cuenta lo anterior, en la investigación se busca plantear un Programa de Intervención Terapéutica dirigido a pacientes con cáncer de seno en tratamiento de

quimioterapia y radioterapia en la ciudad de Bucaramanga, dicho programa pretende ofrecer a la mujer víctima de esta enfermedad Asistencia Emocional, - entendida como la posibilidad de construir entre dos -el terapeuta y el enfermo - un espacio de confianza, definitivamente terapéutico. -; el objetivo es romper las barreras de incomunicación y facilitar al enfermo el hablar y depositar en otros los miedos, las angustias, incluso el terror, sin la preocupación de dañar o empeorar las cosas, en una palabra buscar mecanismos con el fin de canalizar su ansiedad ante la nueva condición.

Así mismo, el actual proyecto pretende orientar a los distintos profesionales como Médicos, Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeras, Trabajadores Sociales y familiares, que por trabajar cerca al paciente están presentes en estos procesos muchas veces sin el conocimiento o los medios necesarios para ofrecer consuelo, comprensión, acompañamiento y apoyo a estas personas.

En este orden de ideas, se plantea el siguiente problema: ¿Que nivel de efectividad tendrá la realización de un Programa Terapéutico orientado a reducir los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer de seno en Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de la ciudad de Bucaramanga?

Hipótesis

Las hipótesis plantean proposiciones tentativas acerca de las posibles relaciones entre dos o más variables (Baptista et al, 1998). Por eso, en éste estudio la hipótesis de investigación indica la presencia de diferencias significativas entre las pacientes con cáncer de seno del grupo control y el grupo experimental, y con ello la efectividad del programa terapéutico orientado a disminuir la ansiedad. De tal modo, ésta plantea que los pacientes con Cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia y radioterapia disminuyen su nivel de ansiedad y/o lo mantienen al recibir el programa terapéutico.

Por otra parte, la hipótesis nula, al refutar o negar lo que afirma la hipótesis de investigación, plantea la no efectividad del programa terapéutico orientado a disminuir la ansiedad, y por ende que los pacientes con Cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia y radioterapia no disminuyen ni mantienen su nivel de ansiedad al recibir el programa terapéutico.

Hipótesis de Investigación.

Hi: Se esperan encontrar diferencias significativas entre el grupo de pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia y radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga a quienes se les aplicó un programa terapéutico orientado a disminuir la ansiedad, en contraste con el grupo de pacientes a las cuales no se le aplicó el programa terapéutico.

Ho: No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia y radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga a quienes se les aplicó un programa terapéutico orientado a disminuir la ansiedad, en contraste con el grupo de pacientes a las cuales no se le aplicó el programa terapéutico.

H1; Existirá una reducción de los niveles de Ansiedad Estado en el grupo de pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia y radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga a quienes se les aplicó un programa terapéutico en contraste con el grupo de pacientes a las cuales no se les aplicó el programa terapéutico.

Ho: No Existirá una reducción de los niveles de Ansiedad Estado en el grupo de pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia y radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga a quienes se les aplicó un programa terapéutico en contraste con el grupo de pacientes a las cuales no se les aplicó el programa terapéutico.

H2: Existirá una reducción de los niveles de Ansiedad Rasgo en el grupo de pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia y radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga a quienes se les aplicó un programa terapéutico en contraste con el grupo de pacientes a las cuales no se les aplicó el programa terapéutico.

Ho: No Existirá una reducción de los niveles de Ansiedad Rasgo en el grupo de pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia y radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga a quienes se les aplicó un programa terapéutico en contraste con el grupo de pacientes a las cuales no se les aplicó el programa terapéutico.

H3: Existirá una reducción de los niveles de Ansiedad Estado con relación a la post-prueba en el grupo de pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia y radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga a quienes se les aplicó un programa terapéutico.

Ho: No Existirá una reducción de los niveles de Ansiedad Estado con relación a la Post-prueba en el grupo de pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia y radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga a quienes se les aplicó un programa terapéutico.

H4: Existirá una reducción de los niveles de Ansiedad Rasgo con relación a la Post-prueba en el grupo de pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia y radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga a quienes se les aplicó un programa terapéutico en contraste con el grupo de pacientes a las cuales no se les aplicó el programa terapéutico.

Ho: No Existirá una reducción de los niveles de Ansiedad Rasgo con relación a la Post-prueba en el grupo de pacientes con cáncer de seno en tratamiento de quimioterapia y radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga a quienes se les aplicó un programa terapéutico.

Objetivo General

Desarrollar e implementar un Programa Terapéutico con el fin de reducir y controlar los niveles de ansiedad y de esta forma facilitar un mejor aprovechamiento y adaptación del tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia en Pacientes con Cáncer de Seno en la Clínica Carlos Ardila Lulle de la ciudad de Bucaramanga.

Objetivos Específicos

- a. Construir la estructura del Programa Psicológico de asistencia emocional con el fin de reducir, manejar y controlar los niveles de ansiedad; apoyado en los referentes teóricos.
- b. Aplicar el Programa psico-terapéutico elaborado en sesiones (6) orientado a las pacientes con cáncer de Seno.
- c. Determinar la efectividad del Programa mediante la aplicación Pre-test y post- test de la Prueba IDARE (Inventario de Ansiedad: Rango-Estado)

CLÍNICA CARLOS ARDILA LULLE

Antecedentes Investigativos

La medicina en la actualidad ha alcanzado avances indudables en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con enfermedades cancerosas. Basados en el método científico y aplicado estos conocimientos a los seres humanos, los avances más notorios se evidencian en el tratamiento con radioterapia, inmunoterapia, cirugía, endocrinoterapia. Por fortuna en la literatura médica se encuentran varios artículos dedicados al tema y se diría que, particularmente en las dos últimas décadas, se han publicado trabajos, como un aporte importante de las ciencias de la conducta.

Por otra parte Moorey y Greer (citado por Ibáñez y Duré, 1990), han desarrollado un programa denominado: “Terapia Psicológica Adyuvante”, cuya finalidad primordial es modificar las estrategias de afrontamiento negativas utilizadas por algunos pacientes de cáncer. El tratamiento tiene su base en la Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck, a la que añaden técnicas de expresión de emociones. La evaluación se realiza por medio de una serie de cuestionarios desarrollados por los autores y la intervención propiamente dicha se estructura a lo largo de tres fases: La primera dedicada a enseñar al paciente los principios de la reestructuración cognitiva, así como a expresar de una forma adecuada sus sentimientos y síntomas; la segunda, en la que el paciente aprende a controlar sus pensamientos y a comprobar en la realidad la veracidad de los mismos; y una tercera que se dedica a la prevención de recaídas a planificar el futuro y a poner en práctica un estilo de “lucha activa contra el cáncer”.

De igual modo, Groosart - Maticsek (como se cita en Latorre, 1994) elaboraron un programa partiendo para su desarrollo de la denominada personalidad tipo C, un patrón que diversos autores han encontrado en muchos pacientes cancerosos y que se caracteriza por los siguientes rasgos: personas cooperativas, poco asertivas, con represión de emociones negativas y sobre todo la ira) y con estrategias de afrontamiento de indefensión, desesperanza e impotencia. A partir de ello y con el objetivo de modificar la respuesta inmunológica del paciente oncológico por los medios psicológicos, han propuesto lo que han denominado terapia de innovación creativa; básicamente se enseñó a los pacientes que determinadas conductas o cogniciones conducen a reacciones emocionales que influyen negativamente en la evolución de su enfermedad y que existen formas alternativas de comportamiento que no sólo favorece

su bienestar psicológico, sino que además resulta beneficioso de cara a la evolución y curso de aquella. La reducción de conductas indeseables y la construcción de alternativas se realizó de 3 formas: a) Utilizando la imaginación, b) a través de la sugestión y c) poniendo en práctica lo anterior en las experiencias cotidianas.*

Así mismo, en un estudio hecho en tres hospitales oncológicos de México, el 47% de los diagnósticos con cáncer dieron un nivel de trastornos equivalentes al que se observa en un auténtico desorden psicológico. Los problemas más comunes fueron, la angustia, la depresión o una combinación de ambas (Holland, 1996). Este estudio muestra la importancia de realizar una intervención psicológica con los pacientes de cáncer, sin desconocer que algunos conflictos emotivos los provocan los tratamientos y medicamentos cuyos efectos secundarios alteran la condición vital. Para poder transcribir la intervención más idónea es importante identificar la fuente del trastorno. Si no se echan de menos las medicaciones, pueden ser eficaces la psicoterapia u otras formas de asistencia, aunque a menudo también necesitan antidepresivos.

Una de las primeras cuestiones que deben ser tenidas en cuenta antes de realizar cualquier intervención de un paciente con cáncer, es la valoración psicológica, para conocer la capacidad de adaptación, así como la respuesta emocional y el estilo de afrontamiento que pone en marcha el enfermo oncológico desde el momento de conocer su diagnóstico (Gómez, 1999).

Respecto al efecto de los tratamientos, no es fácil separar las respuestas emocionales de la enfermedad en sí misma de las que se dan al tratamiento.

La quimioterapia (medicamentos capaces de destruir las células cancerosas o tumorales, impidiendo su crecimiento y multiplicación), en sí mismo no tiene expresión emocional propia, sino que en cada individuo, a través de su biografía y circunstancias personales, se expresará de un modo diferente Schavelzon, (citado en Moro, 1997).

La sintomatología anímica tanto de un paciente sometido a este tratamiento como el de sus familiares suele ser muy confusa. Se ha comprobado que la quimioterapia es lo que más deprime al paciente y es sentida como el tratamiento más perturbador (citado por Casalod, 2001).

Algunos pacientes se rehúsan a iniciar o continuar con los tratamientos médicos (entre 1 y el 5%), para esto se han puesto a prueba diversos procedimientos psicológicos

para combatirlos: relajación muscular, desensibilización sistemática, hipnosis. Todos aquellos han tenido buenos resultados y han demostrado su superioridad, con respecto a los fármacos, en la disminución de algunos efectos desagradables de la quimioterapia. La utilidad de las intervenciones psicológicas radica además, en que el paciente, al conseguir un cierto control sobre las reacciones de su organismo, puede ver aumentada su confianza para enfrentar la enfermedad (Benavides, 1986).

Por su parte, Latorre (1994) señala que en los pacientes existen reacciones conductuales (quejas, gemidos, gritos, expresiones faciales de sufrimiento) a las estimulaciones aversivas asociadas a los procesos de la enfermedad, que pueden producirle algunas ganancias psicosociales, como una mayor atención, dedicación por parte de los familiares y personal sanitario. De acuerdo a estos planteamientos y bajo los principios del paradigma operante, se puede fortalecer o incrementar las frecuencias de las manifestaciones externas del dolor, las cuales llegan a ser emitidas con independencia de las condiciones de estimulación aversiva interoceptiva que les dieron origen, por esta razón una acción puramente farmacológica puede ser insuficiente para calmar las manifestaciones de dolor de muchos pacientes con cáncer.

Teniendo en cuenta que la actual investigación se trata del diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención terapéutica para reducir los niveles de ansiedad en pacientes oncológicos a través de diversas técnicas terapéuticas, se hace necesario mencionar como antecedente investigativo el protocolo del programa de intervención propuesto por Méndez (1998), en el cual utiliza, de igual forma, estrategias terapéuticas en la práctica de cirugías abdominales.

El autor reporta tres procedimientos esenciales, que serán de gran valía para el planteamiento de los protocolos de intervención médica seguidos por acompañamientos terapéuticos. A continuación son mencionados los procedimientos médicos y la estrategia psicológica aplicada en cada uno de ellos

La primera técnica expuesta por Ebertg (1964) propone una cirugía Intra-abdominal, una información clara y específica por parte del personal médico y paramédico y una concientización de sensaciones por parte del paciente y por último unas instrucciones de afrontamiento.

El segundo procedimiento expuesto por el mismo autor es el comportamiento del dolor post quirúrgico comentado en sus resultados por Méndez (1998), en el que se redujo el medicamento, mejoró el estado físico del paciente y se disminuyó el período de hospitalización.

La tercera técnica es el Procedimiento quirúrgico: Cirugía abdominal, desarrollado por Schmitt y Wooldridge, la cual consiste en sesiones en grupo dirigidas por una enfermera las cuales incluían: discusión de sentimientos, información, orientación, sesión apoyo e información adicional si la solicitaban. Entre los resultados obtenidos con esta técnica están: Disminución en la retención urinaria, en la Tensión arterial, en la Medicación, en el tiempo de retorno en la ingesta oral, disminución en la estancia hospitalaria pero sin diferencias en cuanto a las náuseas, vómitos y cantidad anestésico, administrado.

El Procedimiento quirúrgico: Endoscopia, Se aplicaron técnicas tales como: Información sensaciones, Información procedimiento, Información mixta, instnicciones conductuales, y Grupo control. Los resultados obtenidos fueron: decremento en cuanto a las Náuseas, ninguna diferencia en pulso cardiaco, ni tensiones musculares en brazos y manos, y aumento en el tiempo en pasar el tubo de endoscopia.

En cuanto al procedimiento quirúrgico: Cirugía. En este proceso se desarrolló un programa para pacientes prequirúrgicos que incluía como técnicas: Relajación en cassette, descripciones de procedimiento, apoyo y Control: cuidado rutinario. Los resultados obtenidos fueron: Entre el grado de relajación subjetivo y la valoración de ansiedad prequirúrgico por el cirujano fueron negativos y, entre profundidad de relajación y rapidez de recuperación fueron Positivos.

El Procedimiento quirúrgico: cirugía, desarrollado por Langer, Janis y Wolfer. Consistió en ofrecer información mixta y entrenamiento cognitivo, y control (entrevista placebo). Los resultados hallados mediante esta técnica fueron: disminución de la ansiedad prequirúrgica y menor consumo de analgésicos.

También Jonson, Morrysey, Levanthal desarrollaron un proceso un procedimiento quirúrgico que consistió en Información sensorial, información procedimiento y control. Los resultados obtenidos mediante la aplicación en este procedimiento de técnicas terapéuticas y psicológicas fueron: disminución en cuanto a la ingesta de sedantes. En el

procedimiento quirúrgico con apoyo terapéutico, desarrollado por Williams y cois (Citados por Méndez, 1998).

Otro procedimiento quirúrgico: cirugía, desarrollado por Langer, Janis y Wolfer, (Citados por Méndez, 1998) se obtuvo: disminución en la tensión de brazos y manos, mayor quietud y, no se encontró diferencia en náuseas.

También se desarrollo el procedimiento quirúrgico: hernia y colecistectomia. Las técnicas empleadas en este procedimiento fueron: información procedimiento, relajación (cassette) e, información cognitiva. Los resultados obtenidos fueron: mejor recuperación menor estancia hospitalaria, disminución en el consumo de medicamentos, reacciones psicológicas negativas y altos niveles de ansiedad.

De otro lado, se realizó una preparación del paciente empleando técnicas conductuales en el procedimiento quirúrgico: desarrollado por Aitken y Hendricks (citados por Méndez 1998) entre estas técnicas están: la relajación más consejos de apoyo, el control: cuidado rutinario. Los resultados obtenidos fueron: menor tiempo de anestesia. Menor hipotermia. Y menor utilización de unidades sanguíneas trasfúndidas.

En el procedimiento quirúrgico: cirugía, desarrollado por Wilson (como se cita en Méndez, 1998). Como técnicas conductuales se utilizaron: relajación en cassette, información combinada y, hubo diferencias en la ansiedad. El resultado obtenido fue: menor estancia hospitalaria.

Por otra parte el siguiente estudio realizado en el HRGV (Hospital Ramón González Valencia) sobre el comportamiento del cáncer es un importante aporte en la actual investigación ya que contribuye a la actualización y ampliación los conocimientos existentes sobre el tema, procedencia de la población más afectada y el tipo de neoplasia que les aqueja en donde sobresale el cáncer en la mujer, aspectos básicos para el desarrollo de este trabajo (Castro y Cobos, 1999). El artículo fue publicado en la revista Médica UIS, la autoría es de Jiménez, Cobos, Corzo, Forero y Solier, titulado "Registro y Análisis del Comportamiento del Cáncer en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga durante los años de 1990 a 1995". El objetivo de este estudio fue estudiar la población que consulta por Cáncer a la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia (HURGV) para demarcar su verdadera zona de influencia, determinar las principales neoplasias

malignas que se presentan según edad y sexo y de esta manera en un futuro poder ofrecer parámetros para establecer estrategias de prevención y control del cáncer en la región. El método utilizado fue descriptivo retrospectivo donde se analizaron 2800 historias clínicas de pacientes que consultaron por enfermedad neoplásica maligna a la Unidad de Oncología del HURGV. Del total de historias revisadas 2113 cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados hallados del total de los pacientes incluidos en el estudio, 1434 (67,5%) fueron mujeres y 689 (32,5%) fueron hombres. La causa más frecuente de consulta fue cáncer de cuello uterino en mujeres de otras zonas. El cáncer de cabeza y cuello fue significativo tanto en la población femenina como en la masculina. El área de influencia de la Unidad de Oncología se encuentra distribuida principalmente en los departamentos de Santander, Cesar y Norte de Santander. En las conclusiones anotadas es importante resaltar que en la región existe un predominio de consulta por cáncer en mujeres. Además el cáncer de cabeza y cuello constituye un porcentaje significativo en las consultas oncológicas en este hospital y el área de influencia por fuera del departamento Santander. "Registro y Análisis del Comportamiento del Cáncer en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga durante los años de 1990 a 1995". (Médicas UIS, 2000).

Teniendo en cuenta que la actual investigación pretende desarrollar, implementar y evaluar un programa de intervención terapéutico para reducir los niveles de ansiedad en pacientes oncológicas. Se hace relevante mencionar el trabajo expuesto por Bedoya, Valencia, y Vinaccia (1998), el cual pretende aplicar un programa utilizando estrategias terapéuticas y psicológicas para disminuir la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica, antecedente pertinente puesto que en el se pretende mediante un programa disminuir los niveles de ansiedad a través de técnicas terapéuticas. La investigación consistió en la aplicación de un programa de preparación psicológica para disminuir la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica, el tiempo de duración de la misma, la cantidad de anestesia utilizada, y el tiempo de incapacidad postoperatorio. Dicho programa se desarrolló en el servicio odontológico de la Universidad de Antioquia (Medellín - Colombia) con cinco sujetos que conformaron el grupo experimental, y se conformó un grupo control con cuatro personas que igualmente

requerían de la extracción de los terceros molares; con este grupo no se desarrolló ningún trabajo específico aparte de la praxis odontológica normal. La variable independiente fue el trabajo de preparación psicológica, que consistió en información e inoculación de estrés. Las variables dependientes fueron la ansiedad medida a través de STAI (Spielberger et al, 1982), el tiempo de duración de la cirugía, la cantidad de anestesia utilizada y el tiempo de cicatrización, medidos a través de registros gráficos. Los resultados fueron analizados individualmente y grupalmente, comparando los grupos experimental y control: Para esto se utilizaron las pruebas T de Student para muestras pareadas, y T de Student para muestras independientes con el nivel de significación estadístico de 0.05, hallando significación solo en tres comparaciones con relación a la variable ansiedad; el tiempo de duración de la cirugía, la cantidad de anestesia utilizada y el tiempo de cicatrización fueron porcentualmente menores dentro del grupo experimental en comparación con el grupo control. "Odontología y Psicología disminución de la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía odontológica" (Revista Latinoamericana de Psicología, 1998).

Dentro de esta investigación los anteriores antecedentes cobran relevancia ya que son programas dirigidos, en el primer caso a pacientes con cáncer y en el segundo caso a controlar y reducir la ansiedad en pacientes mediante un programa de intervención psicológica.

Marco Teórico

Una aproximación teórica que reseñe los principales conceptos que serán manejados, su conexión entre sí y los antecedentes existentes de trabajos análogos anteriores se hace necesaria dentro de cualquier investigación, ya que de un adecuado conocimiento del tema se pueden extraer hipótesis e ideas, así como evitar desvíos en el desarrollo del actual estudio. Cabe mencionar que debido a que se trabajaran conceptos diferentes a los que se manejan desde la psicología y que son dominio de la medicina y la oncología, ésta última como rama directamente responsable de las enfermedades neoplásicas, se hizo necesario consignar un vocabulario y conceptualizaciones médicas pertinentes que resultaron útiles a los investigadores para ofrecer un manejo claro de las generalidades sobre las enfermedades cancerosas. Así mismo, se relacionaron las implicaciones psicológicas del cáncer y la ansiedad extractadas de las diferentes fuentes bibliográficas

y antecedentes Investigativos.

Galeno de Pérgamo, en la antigüedad había hecho ya la observación de que en la mujer melancólica era más frecuente el cáncer que en aquellas de tipo sanguíneo.; Guy (1759) Afirmó que el cáncer se veía con mayor frecuencia en mujeres sujetas a “quejas histéricas y nerviosas”, particularmente aquellas que sufrían melancolía.; Parker (1885) médico americano, afirmó que la tristeza esta especialmente asociada con el cáncer. Más tarde Amussat en Francia (1854) y Paget en Inglaterra (1870) estuvieron de acuerdo.

El advenimiento e incremento del psicoanálisis hizo posible una profundización en estos aspectos: Evanns (1926), escribe un libro “Estudio Psicológico del Cáncer” donde se refieren los resultados de 100 pacientes profundamente estudiadas. Dice que el paciente con cáncer típico ha perdido una parte importante de sus relaciones emocionales previamente al desarrollo de la neoplasia y es incapaz de asegurar una salida efectiva de su energía psíquica. Foque (citado por Bieger, 1931) plantea que si bien existen numerosos agentes cancerígenos, la célula debe estar “receptiva” y en esta etapa intervendría en forma trascendental el estado psíquico del individuo. Peller (citado en Bleger, 1952) demuestra que las personas que han perdido su cónyuge están más dispuestas a contraer un cáncer, separando todos los elementos genéticos, clases sociales, edad y sólo quedando en pie un especial estado Psíquico (Diazgranados ,1983).

Existen un sin número de reportes y estudios sobre la aparición del cáncer como tal y su tratamiento; así como observaciones y hallazgos de los investigadores en el terreno de los factores psicológicos, que contribuyen a la etiología del Cáncer.

Trastorno Oncológico.

El cáncer es un problema de salud pública en el mundo, tanto en los países industrializados como en aquellos en desarrollo. Si bien es cierto que la aplicación de las tecnologías modernas y el uso de métodos más efectivos de tratamiento pueden reducir la mortalidad, son los esfuerzos en prevención y diagnóstico temprano los que mayor impacto pueden tener para lograr ese objetivo (Llombart, 1989).

El Cáncer se puede definir como una enfermedad donde existe un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer, que puede originarse a partir de

cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen (Arraztoa, 1997).

En general, las células tumorales se multiplican más rápido que el tejido normal del cual se derivan sin cumplir correctamente el programa normal de diferenciación. Prácticamente en todos los tejidos del cuerpo existen células indiferenciadas con suficiente capacidad replicativa para reemplazar las células que normalmente mueren, estas células han recibido el nombre de “stem” o “madres”. Las células epiteliales presentes en la piel, intestino, tracto respiratorio, etc., se recambian a gran velocidad; otras células, como las neuronas y las células musculares difícilmente se regeneran: Las células “stem” son el blanco predilecto del cáncer; por este motivo la gran mayoría de tumores (llamados carcinomas) derivan de los epitelios, pero realmente cualquier célula con capacidad de replicación puede originar un tumor (Suinn, 1999).

El cáncer no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Cuando las células comienzan a multiplicarse sin ningún orden o control forman una masa llamada tumor. Este tumor puede ser benigno o maligno. Por fortuna las células de tumores benignos generalmente no invaden órganos ni tejidos cercanos ni ponen en peligro la vida del paciente; en cambio los tumores malignos o cancerosos invaden y dañan los órganos, formando nuevos tumores en otras partes del organismo. A esto se le llama metástasis (Fuentes, 2001).

Aún cuando se conoce unas 200 variedades diferentes de cáncer la mayoría de ellas son bastante raras. Las más comunes son el cáncer de pulmón, estomago, intestino grueso, mama y piel. Cada una de las enfermedades cancerosas difiere en su origen, localización y manifestaciones. No obstante, existen varios cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que

tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras. Estos factores ayudan a su clasificación (Latorre y Beneit, 1994).

El cáncer evoluciona con cuatro características: a) un aumento del número de células sobre el que es normal para el funcionamiento del organismo, a lo que se llama *hiperplasia*; b) un cúmulo en forma de masa o bulto, conocido como *neoplasia*. La Neoplasia es una masa anormal de tejidos cuyo crecimiento excede al de los tejidos normales, no está coordinado con el mismo y persiste cuando cesan los estímulos que dieron lugar al cambio. La masa no sirve a ningún propósito, consume aquello que lo alberga porque compete con células y tejidos normales para la obtención de energía y alimento y es virtualmente autónoma; como excepción, gran parte de la masa se dispersa en la sangre en las leucemias; c) una serie de anomalías en la forma y función de las células designadas como *heterotípia* y, d) un metabolismo incompatible con la vida del organismo portador, es decir, que es intrínsecamente incompatible con la vida del organismo portador, es decir, que es intrínsecamente deletéreo (Murphy, 2000).

Hoy por hoy se conoce que el cáncer es una enfermedad que afecta los genes, principalmente aquellos que controlan las funciones de replicación celular y de los programas de diferenciación, pero también aquellos encargados de prolongar el tiempo de vida y reparación del ADN. Los genes son estructuras bioquímicas definidas, localizados en las moléculas de ADN; ellos almacenan toda la información de las funciones que debe cumplir una célula: replicación, diferenciación, reparación, muerte, etc (Beneit, 1994).

En el proceso canceroso algunos genes maestros se alteran y las células no obedecen a los controles normales; unos se denominan *oncogenes* de los cuales se han descubierto más de 100; en condiciones normales las proteínas producidas por estos oncogenes funcionan como factores promotores de crecimiento, como receptores de la superficie celular, como transductores de señales desde el exterior de la célula al interior, como factores que la protegen a la célula de la muerte o como proteínas que controlan la expresión de otros genes. (Revista Colombiana de cancerología, 2001).

Las enfermedades cancerosas son conocidas también como tumores malignos, neoplasias malignas o neoplasmas malignos, Los sufijos “plasia” y “plasma” derivan de la palabra griega “plassos” que significa “formación”; neoplasia y neoplasma quieren decir, por tanto, “*nueva formación*” o “neoformación”. La heterotipia es lo que da la especificidad al carácter canceroso. En efecto, los tumores o neoplasmas benignos son también tejidos anormales de nueva formación, pero no son hetero-típicos y aunque pueden conducir a la muerte por motivos accidentales o contingentes, no son intrínsecamente deletéreos como los tumores malignos (Suinn, 1999).

Las células tienen la capacidad de crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo. Para denominar a los tumores se sigue una nomenclatura, según en el tejido que se originen. Los tumores que se originan en el tejido mesenquimal (hueso, músculo) se denominan sarcomas. Los que nacen en células epiteliales se denominan carcinomas y los que nacen en las glándulas o tienen patrón de crecimiento glandular, se denominan ademocarcinomas (Valladares, 1996).

Epidemiología

El cáncer es la segunda causa de muerte en los adultos en el mundo occidental, y es la principal causa de muerte en niños de 1 a 14 años. Existe una gran variación en la incidencia según el área geográfica. La mortalidad por cualquier tipo de cáncer en varones ajustada a la edad es de 246,5 por cien mil en Hungría (una de las más altas) y de 83,5 en México (una de las más bajas). En las mujeres, es de 179,2 en Dinamarca, y de 62,3 en la isla Mauricio. Para algunos tipos de cáncer, la incidencia en diferentes países puede variar en un factor de hasta 40. Estudios sobre poblaciones que han emigrado de un área geográfica a otra diferente sugieren que tales variaciones se deben más a diferencias en el estilo de vida que al origen étnico. Esto es comprensible, si se considera que la mayor parte de los cánceres se relacionan con factores ambientales más que con la herencia, pese a que ambos influyen (Fuentes, 2001).

Los cánceres que producen mayor mortalidad en Estados Unidos y en Europa son el cáncer de pulmón (primero en los dos sexos), el cáncer colorrectal (segundo si se suman ambos sexos), el cáncer de mama y de útero en las mujeres, el cáncer de próstata en los varones y el de estómago. Los mencionados son responsables de más del 55% de todas las muertes por cáncer. Las diferentes formas de cáncer cutáneo son la forma más

frecuente de cáncer con más de medio millón de casos al año que, salvo en el caso del melanoma maligno, no suelen ser mortales. Globalmente, en España, los cánceres más frecuentes son los del sistema respiratorio seguidos por los del estómago, próstata, colon y mama. Entre los tumores femeninos los de mama son los más frecuentes (Generalidades del Cáncer, 2001).

Cada año en E.E.U.U, se diagnostican más de 170.000 nuevos casos de cáncer de seno. En la Argentina se estima que 1 de cada 8 mujeres padecerá cáncer de mama en algún momento de su vida. El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta con la edad. De esa manera tiene una posibilidad del 12% durante su vida. Quienes no lo han padecido a los 50 años tienen un chance del 11% en el resto de su vida y a los 70 años un 7% en el resto de su vida. La evaluación del riesgo de padecerlo ha sido ampliamente considerada en ámbitos de la oncología clínica, pero en la atención primaria ha recibido poca atención. La evaluación del riesgo tiene implicancias en la toma de decisiones respecto de la edad de inicio del screening, utilización de reemplazo hormonal, uso del tamoxifeno o la realización de una mastectomía profiláctica (Rodríguez, 1996).

Etiología

Las causas de cáncer no son del todo conocidas, habiéndose identificado múltiples factores que pueden conducir a la enfermedad neoplásica; entre ellos factores genéticos, físicos, químicos, geográficos, culturales, Psicológicos etc (González, 1999).

Entre los agentes más representativos que inciden en la generación del cáncer se encuentran: los factores Hereditarios se calcula que menos del 20% de los casos de cáncer son de causa hereditaria (Weisburger, 1996). Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias. El cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma solo aparece cuando esta ausente un gen específico. Estos genes denominados genes supresores tumorales o anti-onco-genes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen la fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer; Factores Inmunes: Se cree que el sistema inmunológico es capaz de reconocer algunas formas de células malignas y producir células capaces de destruirlas. Algunas enfermedades o

procesos que conducen a una situación de déficit del sistema inmunológico son la causa del desarrollo de algunos cánceres. Esto sucede en el inmunológico congénito, o la administración de fármacos Inmuno-depresores Factores Ambientales: Se calcula que estos son la causa del 80% de los cánceres. La relación causa efecto más demostrado es el humo del tabaco, inhalado en forma activa o pasiva; es responsable de cerca del 30% de las muertes por cáncer. Exposición a agentes contaminantes ambientales (Gases expedidos por las fábricas); Exposición a las radiaciones del sol. Los factores alimentarios pueden ser responsables de un 40%, pero la relación causal no esta tan establecida, y no se conocen con exactitud los constituyentes de la dieta que son responsables. Dieta con gran cantidad de grasa y poca fibra La obesidad es un factor de riesgo para algunos cánceres como el de mama, el de colon, útero y próstata. El alto contenido de grasa y el pobre contenido de fibra de la dieta se asocia con una alta incidencia de cáncer de colon. Al igual que ocurre con el alcohol, las grasas y la obesidad, parecen actuar como promotores del mismo. Otros factores ambientales que causan cáncer incluyen: Exposición a niveles altos de rayos X; Exposición a radiaciones electromagnéticas; Consumo de tabaco; Abuso de bebidas alcohólicas o de determinadas drogas; Stress.

También existen factores intrínsecos de susceptibilidad genética a desarrollar cierto tipo de tumores. Se calcula que alrededor del 5% de todos los cánceres son definitivamente hereditarios; esto quiere decir que la enfermedad se transmite de una generación a otra a través de genes defectuosos. Uno de los grandes éxitos de la genética molecular ha sido la identificación y caracterización de estos genes de predisposición, conocimiento que ha permitido comprender los mecanismos genético-moleculares que conducen a la transformación maligna.

Cáncer de Seno

El cáncer por definición consiste en la transformación de células benignas en células malignas que crecen en forma autónoma y desordenada. Las células alteradas proliferan hasta conformar el tumor, en forma de nódulo o masa, el cual, en el caso de la mama, puede ser palpable mediante el autoexamen o por parte del médico, o tan pequeño que requiera medios especiales de diagnostico como la mamografía. El cáncer de seno o de la mama, puede derivarse de los diferentes tejidos o elementos que constituyen la

anatomía de la glándula mamaria (mama o seno), cuya función fundamental es la producción de leche en los primeros meses de la crianza del bebe (Arrazota, 1997).

Cada seno esta conformado por numerosos bulbos que producen leche, conocidos como lóbulos, que están conectados por unos conductos al pezón; el resto de la glándula esta conformado en su mayoría por grasa, la cual determina el tamaño del busto, ya que la estructura productora de leche son aproximadamente las mismas en todas las mujeres. A través de ese tejido graso también se entretrejen otros conductos: conductos linfáticos estos drenan linfa o líquido de los tejidos, el cual es retirado del seno y va hacia los ganglios linfáticos y de allí a la circulación general. Los conductos linfáticos concluyen en ganglios linfáticos, pequeñas estructuras con forma de frijol, que se agrupan y se localizan en varias partes del cuerpo, como en las axilas, cuello, tórax e ingle, entre otros lugares. Dentro de la mama no hay músculos, están por debajo, separándola de las costillas (De Vita, 1997).

La cercanía y relación estrecha entre los lóbulos, los conductos lácteos y los conductos linfáticos, determina que con frecuencia el tumor originado en las células de las estructuras lácteas invada o se extienda a los ganglios linfáticos de la región, que tienen entonces importancia en el diagnostico de la extensión de la enfermedad (Florez, 1993).

Extraer una porción de la glándula mamaria que se considera tumoral, y enviarla al patólogo, podrá reportar uno de varios tumores malignos siendo el más común (70%) el carcinoma o cáncer infiltrante, el cual comienza en las células de los conductos lácteos. El cáncer que comienza en los lóbulos se llama carcinoma lobular infiltrante, ocurre en un 10 a un 15% de los casos y se encuentra con mayor frecuencia localizado en ambos senos, a diferencia de otros tipos de cáncer que se localizan en uno solo de ellos.

Existen otros tipos de cáncer de seno menos comunes, como el inflamatorio, en el que el seno se encuentra caliente, inflamado y rojo (De Vita, 1997).

Etiopatogenia

En el mundo un cuarto de las mujeres con cáncer padecen cáncer de mama y cada año esa enfermedad reclama la vida de 5.000 mujeres cuyas edades oscilan entre los 50 y los 65 años. Una de cada 12 mujeres padecerá cáncer de mama en algún momento de su vida, máxime si existen antecedentes de historia familiar de cáncer de mama la cifra

se aumenta potencialmente, representando el tipo de cáncer que más muertes causa en las mujeres en el mundo (Balcazar, 1995).

El diagnóstico de supervivencia al cáncer de mama permanece estancado alrededor del 50% y esta cifra apenas ha variado durante los últimos 50 años. Y cuando se habla de tratamiento los médicos están muy lejos de llegar a un acuerdo.

Factores de riesgo

Diversos factores aparecen asociados al cáncer del seno, pero en menos del 70% de las mujeres, con este diagnóstico es posible identificar un factor de riesgo definido. Ciertos factores son capaces de provocar un cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre éstos se encuentran la herencia, las infecciones, las radiaciones ionizantes, los productos químicos y las alteraciones del sistema inmunológico. Los investigadores estudian como estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas, o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa. Probablemente una serie de mutaciones secuenciales conduce a la malignización de una única célula que se multiplica como un solo clon. En un principio se consideró que un clon maligno era completamente anormal, y que la única curación posible era la eliminación de todas las células anormales del organismo. En la actualidad, se sabe que el problema reside en la incapacidad de la célula de diferenciarse en su estado adulto y funcional, quizás por la ausencia de algún factor necesario para esa diferenciación (Cancemet, 2001).

A continuación se mencionan los diferentes factores de riesgos que pueden ser detonantes en cuanto a la aparición del cáncer (Bayes, 1987):

1. Factores hereditarios: Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogenes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos

trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

Sin importar cual sea la causa inicial por la que una célula normal se transforma en cancerosa y transmite a su descendencia esta alteración, es necesario que esta modificación se encuentre impresa en su ADN. Esto supone que todos los posibles agentes promotores o causales del cáncer actúan sobre un sustrato genético común dentro de la célula. Actualmente, se acepta que todos los factores cancerígenos (sustancias químicas, radiaciones, infecciones, etc) actúan sobre porciones del ADN que deben ser fundamentales en la regulación del crecimiento y diferenciación celular. Estas porciones reciben el nombre de protooncogenes y bajo la acción de diversos factores sufren pequeñísimas alteraciones que ocasionan el comienzo del fenómeno canceroso, desarrollándose el oncogén (Martínez, 1995).

2. Infecciones: Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cérvix y con el sarcoma de Kaposi (un tipo especial de cáncer que aparece en enfermos de SIDA). Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer.

Los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfoepiteliomas, el virus de la hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV, sin embargo, es del tipo ARN, o retrovirus, como la mayor parte de los virus asociados a tumores en animales. Produce una leucemia humana. En presencia de una enzima denominada transcriptasa inversa, induce a la célula infectada a producir copias en ADN de los genes del virus, que de esta manera se incorporan al genoma celular. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogén viral capaz de transformar las células normales en células malignas. Distintas investigaciones han demostrado que los oncogenes virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el protooncogén, u oncogén celular. Los productos de los oncogenes (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas

necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales (Cancemet, 2001).

3. Radiaciones: Las radiaciones ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años. En este intervalo puede producirse una exposición a otros factores (Martínez, 1995).

4. Productos químicos: El proceso por el que los productos químicos producen cáncer ha sido ampliamente estudiado. Algunos actúan como iniciadores. Sólo se requiere una única exposición, pero el cáncer no aparece hasta pasado un largo periodo de latencia y tras la exposición a otro agente denominado promotor. Los iniciadores producen cambios irreversibles en el ADN. Los promotores no producen alteraciones en el ADN pero sí un incremento de su síntesis y una estimulación de la expresión de los genes. Su acción sólo tiene efecto cuando ha actuado previamente un iniciador, y cuando actúan de forma repetida. El humo del tabaco, por ejemplo, contiene muchos productos químicos iniciadores y promotores. La actuación del tabaco como promotor es tal, que si se elimina el hábito de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón disminuye de forma rápida. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes, como el cáncer de pulmón en los fumadores. Los carcinógenos químicos producen también roturas y translocaciones cromosómicas.

Así mismo, se calcula que los factores ambientales son la causa del 80% de los cánceres. La relación causa efecto más demostrada es la del humo del tabaco, inhalado de forma activa o pasiva; es responsable de cerca del 30% de las muertes por cáncer. Los factores alimentarios pueden ser responsables de un 40%, pero la relación causal no está tan establecida, y no se conocen con exactitud los constituyentes de la dieta que son responsables. La obesidad es un factor de riesgo para algunos cánceres como los de mama, colon, útero y próstata. El alto contenido en grasa y el bajo contenido en fibra de la dieta se asocian con una alta incidencia de cáncer de colon. Al igual que ocurre con el alcohol, las grasas y la obesidad parecen actuar como promotores.

5. Factores inmunes: Se cree que el sistema inmunológico es capaz de reconocer algunas formas de células malignas y producir células capaces de destruirlas. Algunas enfermedades o procesos que conducen a una situación de déficit del sistema inmunológico son la causa del desarrollo de algunos cánceres. Esto sucede en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en enfermedades deficitarias del sistema inmunológico congénitas, o cuando se administran fármacos inmuno-depresores.

Se cree que la malignización es la consecuencia de una serie de alteraciones que comienzan con un gen alterado o una mutación somática (una mutación de una célula normal de un tejido corporal), seguida de la acción promotora de algún agente que estimula la expresión de uno o varios oncogenes, o inhibe los efectos de uno o varios antioncogenes; en consecuencia se liberan factores de crecimiento. Es posible que el primer evento sea la falta de producción de los metabolitos necesarios para la diferenciación celular normal. La estimulación por los factores de crecimiento produce la proliferación del clon de células indiferenciadas, y un defecto del sistema inmunológico permite que estas células alteradas escapen a la destrucción por el sistema de control del organismo (Generalidades del Cáncer, 2001).

Detección y Diagnóstico

Las pruebas de detección precoz en pacientes aparentemente sanos permiten realizar el diagnóstico antes del desarrollo de los síntomas, en una fase en la que el cáncer es más curable. Algunos de los cánceres más mortíferos, como los de mama, colon y recto, cuello uterino y próstata, pueden ser puestos en evidencia mediante pruebas de detección.

El diagnóstico precoz de las formas de cáncer para las que no existe una prueba práctica de detección depende de la identificación por parte del paciente de los signos tempranos de la enfermedad. Los síntomas enumerados en la siguiente lista pueden señalar la existencia de un cáncer: Cambios en el ritmo intestinal o urinario, Heridas que no cicatrizan, Hemorragias inhabituales, Bultos en las mamas o en otras regiones del organismo, Dificultad para tragar alimentos, Cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas, Tos persistente o ronquera, Pérdida de peso, Pérdida de apetito.

El cáncer de seno, en sus primeras etapas el cáncer suele detectarse como una pequeña protuberancia en el cuadrante superior y exterior del pecho (aunque puede

aparecer en cualquier punto de la manta). En ocasiones, la piel sobre el bulto aparece arrugada o hundida, y en las etapas avanzadas puede producirse una ulceración. Otras señales de alarma incluyen una supuración sanguinolenta por el pezón o un pezón que se invierte. Solo uno de cada cinco bultos es maligno, pero el auto-examen regular de las manos constituye una parte importante del cuidado de esta parte del cuerpo, y, si se perciben cambios inusuales, es vital acudir inmediatamente al médico (Generalidades del Cáncer, 2001).

El mejor momento para examinarse las mamas es después de la regla, pues por lo general se llenan de protuberancias internas en los días previos a la menstruación. La mujer debe observar atentamente sus mamas en un espejo, además de palparlas. Un modo de detectar pronto el cáncer de mama es la mamografía.

Si se detecta un bulto sólido, los médicos llevarán a cabo una biopsia o extirpación de una parte del tejido para establecer si es maligno. En caso de malignidad, una biopsia de los ganglios linfáticos revelará si el cáncer se ha extendido. La radioterapia, la quimioterapia y el tratamiento hormonal son tres de las alternativas que se recomiendan, mientras que la cirugía intentará conservar la mayor cantidad posible de tejido de la mama. También existe la posibilidad de recurrir a la cirugía estética y la reconstrucción de la mama. Con la detección y el tratamiento precoces del cáncer de mama aproximadamente el 85% de las mujeres sobreviven durante al menos 5 años (Roberts y Padgett-yawn, 1999).

Tratamiento.

Las medidas terapéuticas tradicionales incluyen la cirugía, la radiación y la quimioterapia. En la actualidad se estudia la utilidad de la inmunoterapia y la modulación de la respuesta biológica. El tratamiento del cáncer de seno es multidisciplinario y se realiza según el concepto de la Clínica de Seno, grupo compuesto por un Oncólogo clínico, cirujano mastólogo, radiólogo con experiencia en imagenología mamaria, radioterapeuta, cirujano plástico reconstructor, Psiquiatra, Fisiatra y trabajador Social o psicólogo. Los lineamientos generales del manejo son definidos según el estado clínico. Así mismo, el tratamiento depende también de la edad, el estado de salud, estado clínico y tipo de tumor. Lo más importante que se debe tener en cuenta es que cualquier

diagnostico hecho a tiempo puede salvar muchas vidas (Asociación Española contra el cáncer, 1991).

1. Cirugía: Mastectomía. La principal estrategia para el tratamiento curativo del cáncer es la excisión de todas las células malignas mediante una intervención quirúrgica. Las mejoras en las técnicas quirúrgicas, los conocimientos en fisiología, en anestesia y la disponibilidad de potentes antibióticos y hemoderivados, han permitido realizar cirugías más limitadas, con menos secuelas y más pronta recuperación. Sin embargo, muchos cánceres están demasiado extendidos en el momento del diagnóstico para que la cirugía curativa sea posible. Si la extensión local del tumor afecta a tejidos vecinos que no pueden ser resecados, o si existen metástasis a distancia, la cirugía no será un tratamiento curativo. Sin embargo, puede ser beneficiosa para el alivio sintomático de ciertas situaciones como la obstrucción, o puede tener el objetivo de disminuir la masa tumoral para permitir una mejor respuesta al tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico sucesivo.

En una época, cualquier mujer a quien se le diagnosticaba cáncer de mama debía esperar automáticamente que se le extirparan un pecho. Sin embargo, los estudios han demostrado que la mastectomía o que una cirugía mamaria más extensa, opuesta a la mera extirpación del tumor, no produce mayor supervivencia. (A pesar de que el riesgo de que el cáncer recurra en el pecho afectado, es mayor si solo se extirpa el tumor). Este riesgo puede reducirse mediante tratamiento ulterior con radioterapia.

Sus alternativas dependerán del tipo de cáncer y de si hay alguna evidencia de que se ha extendido en otras partes del cuerpo.

En el cáncer de mama temprano, es decir cuando el tumor tiene menos de 5cms de diámetro y no hay evidencias de que haya difundido (metástasis), la cirugía es el primer tratamiento. Puede adoptar diversas formas:

- a. Extirpación del tumor: Se extirpa el tumor y una pequeña zona de tejido circundante.
- b. Mastectomía parcial: Se extirpa una parte mayor del seno
- c. Mastectomía total: Se extirpa el seno, los ganglios linfáticos, pero se conservan los músculos.

d. Mastectomía radical: Se extirpa el seno, los ganglios linfáticos de la axila y los músculos. Esta operación se practica mucho menos actualmente que en el pasado.

Cuando hay varios tumores o una gran parte del seno afectada, la mastectomía puede ser el mejor tratamiento quirúrgico, o tal vez se prefiera para prevenir la recurrencia del cáncer en el mismo pecho, o si quiere evitar radioterapia.

El tratamiento de apoyo (terapia coadyuvante) tiende a eliminar cualquier célula cancerosa que quede.

2. Radioterapia: En este procedimiento se utiliza el radioisótopo cobalto 60 como fuente de la radiación gamma. La elevada dosis de radiación se aplica mediante un láser dirigido sobre un área de tratamiento determinada. Martín Dohrn/Science Source/Photo Researchers, Inc. Las radiaciones ionizantes pueden ser electromagnéticas o por partículas y producen una destrucción tisular. La radiación electromagnética incluye los rayos gamma, una forma de emisión radiactiva, y los rayos X, que se producen cuando un haz de electrones impacta en un metal pesado. La radiación de partículas incluye haces de electrones, protones, neutrones, partículas alfa (núcleos de helio) y piones (Véase Física: Partículas elementales).

La sensibilidad de los tumores a las radiaciones es muy variable. Son tumores sensibles aquellos cuya sensibilidad es superior a la de los tejidos vecinos normales. Cuando tales tumores son además accesibles —los tumores superficiales o los tumores en órganos como el útero en el que se puede introducir una fuente de radiación— pueden ser curados mediante radioterapia. La propiedad de la radiación de respetar hasta cierto punto los tejidos normales permite el tratamiento de tumores en localizaciones donde no es posible la cirugía por la proximidad de tejidos vitales o porque el tumor ha empezado a infiltrar estructuras adyacentes que no pueden ser sacrificadas. La radioterapia también se emplea con frecuencia como tratamiento paliativo, sobre todo en las metástasis. La radioterapia puede ser útil como coadyuvante a la cirugía. La radiación preoperatoria puede esterilizar las células tumorales con rapidez, impidiendo su diseminación en el acto quirúrgico. También puede disminuir la masa tumoral facilitando la cirugía, o transformando un tumor

inoperable en otro operable. En otros casos la radioterapia se emplea en el postoperatorio (Suinn, 1999).

3. Quimioterapia: Consiste en la utilización de fármacos para el tratamiento del cáncer. Puesto que los fármacos se distribuyen en el organismo a través del sistema circulatorio, la quimioterapia es útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o a la radioterapia. Existen multitud de fármacos anticancerosos, la mayor parte de los cuales actúan interfiriendo la síntesis o función del ADN. Por tanto las células en división son más sensibles a la quimioterapia.

El tejido canceroso tiene una mayor proporción de células en división que los tejidos normales (en los que las células de soporte o de relleno están en una fase quiescente y son por tanto resistentes a los efectos del fármaco). Dentro de los tejidos normales, los que tienen una tasa de proliferación más rápida son la médula ósea y las células de recubrimiento del tracto gastrointestinal. Son los dos tejidos más sensibles al efecto de la quimioterapia y del grado de lesión de éstos depende la toxicidad, que limitará la máxima dosis tolerable de los fármacos anticancerosos (Florez, 1991).

Para que el tratamiento sea efectivo, la sensibilidad del tumor debe ser superior a la del tejido normal más sensible. Mientras algunos tumores son varias veces más sensibles, otros sólo son ligeramente sensibles. Por fortuna, las células de la médula ósea pueden dividirse a mayor velocidad que las células malignas y por tanto se recuperan con mayor rapidez. Si se repite un ciclo del fármaco en este momento, el tumor no ha tenido tiempo de crecer demasiado. Los ciclos repetidos reducen de forma paulatina el tumor antes de la aparición de resistencias. La sensibilidad de ciertos tumores a la quimioterapia es tal que es posible la curación en un alto porcentaje: esto sucede en el cáncer uterino; las leucemias agudas (sobre todo en los niños); la enfermedad de Hodgkin y los linfomas difusos de células grandes; el carcinoma de testículo; el carcinoma de ovario; los carcinomas de células pequeñas del pulmón, y gran parte de los cánceres infantiles. Muchas veces estos procesos cancerosos se han diseminado en el momento del diagnóstico y no existe otra opción terapéutica. Otros cánceres avanzados tienen buena respuesta a la quimioterapia y

pueden ser controlados durante periodos prolongados, por lo que se utiliza con frecuencia como tratamiento paliativo (Shapiro, 1988).

Los dos principales problemas que limitan la utilización de la quimioterapia son la toxicidad y la resistencia. Las técnicas que evitan o controlan la toxicidad y disminuyen el riesgo de resistencias se han ido perfeccionando. Es importante la instauración precoz del tratamiento, la utilización de dosis óptimas del fármaco, la repetición de los ciclos con intervalos cortos si es posible, siempre que se permita la recuperación del paciente de los efectos tóxicos. Es eficaz la utilización de múltiples fármacos. Los protocolos de quimioterapia utilizan diferentes fármacos (a menudo entre 3 y 6 al mismo tiempo), cada uno de los cuales es eficaz de forma aislada. Se combinan fármacos con diferentes mecanismos de acción para evitar la aparición de resistencias cruzadas, y con diferentes tipos de toxicidad para poder emplear la dosis óptima de cada fármaco, sin producir toxicidad aditiva que puede resultar fatal. Se puede utilizar la quimioterapia junto a la cirugía o a las radiaciones en la denominada terapia combinada. Muchas veces se utiliza como tratamiento coadyuvante cuando la cirugía es la principal modalidad terapéutica. Suele administrarse tras la cirugía. Esta terapia es muy eficaz en el cáncer de mama. El objetivo principal de la quimioterapia como coadyuvante es la eliminación de las micrometástasis que pudieran existir previamente a la cirugía. Es más reciente la utilización de la quimioterapia previa a la cirugía como tratamiento coadyuvante, que puede además reducir la masa del tumor y facilitar su operabilidad (Simón, 1993).

4. Terapia hormonal: Muchos cánceres procedentes de tejidos que son sensibles a la acción hormonal, como la mama, la próstata, el endometrio y el tiroides, responden al tratamiento hormonal. Consiste en la administración de diferentes hormonas o antihormonas o en la anulación de la hormona estimulante correspondiente.
5. Otras estrategias: Se están empezando a emplear nuevas estrategias, algunas de ellas prometedoras, en el tratamiento del cáncer. Se pueden utilizar agentes biológicos denominados moduladores de la respuesta biológica, para modificar la respuesta del organismo (y en especial del sistema inmunológico) al cáncer. Otro

planteamiento es utilizar agentes biológicos para estimular a determinadas células a que ataquen a las células malignas. El mejor ejemplo es la utilización de la interleuquina 2 para estimular a los linfocitos killers sensibles a linfoquinas (células LAK). Se ha investigado en profundidad la existencia de antígenos específicos de algunos tumores que permitan la elaboración de anticuerpos antitumorales: éstos atacarían el cáncer de manera directa o constituyendo el vehículo para un fármaco quimioterapéutico. Así, el anticuerpo identificaría la célula maligna a la que se adheriría permitiendo al fármaco ejercer su acción.

Incluso en el caso de conseguirse la curación, el cáncer puede haber producido serias secuelas. Se debe intentar ofrecer al paciente la mejor calidad de vida posible, mediante técnicas de rehabilitación que pueden incluir cirugía reconstructiva. Cuando no es posible la curación, el tratamiento paliativo tiene por objetivo brindar al paciente la mejor calidad de vida y función durante los siguientes meses o años. El dolor puede controlarse en la actualidad de manera mucho más eficaz que en otras épocas (Instituto Nacional de Cáncerología, 2001).

Implicaciones Psicológicas del Cáncer

Las pacientes con cáncer experimentan el impacto de su enfermedad de muchas maneras y en momentos muy diferentes. No obstante, como grupo, comparten algunas preocupaciones comunes e importantes: La amenaza de la pérdida de la vida, las dificultades que supone la enfermedad para las relaciones de la paciente con los demás, los temores sobre la pérdida de la independencia, el trabajo y la carrera profesional, y las preocupaciones sobre la integridad de su cuerpo y sus funciones. Estos temores, centrados en primer lugar en la amenaza a la propia existencia y, después, a la calidad de vida, constituyen para la paciente oncológica el significado básico del cáncer.

La edad de la paciente y la amplitud con que la enfermedad amenace sus objetivos y actividades vitales modifican este significado. Para una persona anciana, el cáncer puede significar sobretodo convertirse en una carga para los demás a lo largo de la evolución de su grave enfermedad; en una paciente más joven, se ven amenazadas su carrera, su sexualidad y su vida familiar. Los ancianos pueden sufrir una mayor depresión mientras que los jóvenes pueden mostrar más ira y una actitud menos

cooperadora como expresión de aquella. A cualquier edad, la alteración de la función, aunque sea transitoria, resulta perturbadora cuando afecta las actividades consideradas como vitales y obliga a modificar los motivos personales.

Las reacciones de cada paciente ante el cáncer y su tratamiento deben ser contempladas como una sucesión de acontecimientos relacionados que se inicia con la primera manifestación de los síntomas y continua a través del conocimiento del diagnóstico de cáncer, del tratamiento, la convalecencia y la curación o la muerte. Resulta muy difícil prever las reacciones de las pacientes y para ello se necesita un considerable conocimiento de las pautas de conducta básicas del individuo y de su capacidad para desarrollar modelos compensadores (Madrid, 2001).

Con frecuencia, muchas clases de cáncer y terapias oncológicas están relacionadas con una disfunción sexual. Debido a que el cáncer de mama es el más frecuente de los tumores en la mujer, los problemas sexuales en general se han visto más relacionados con la mastectomía que con otro tipo de neoplasia. Quitar una o ambas mamas es obviamente traumático. El efecto colateral es que la mujer se siente poco atractiva, ya que nuestra sociedad considera a las mamas como parte esencial de la belleza femenina, por lo cual una cirugía en esta área suele producir inseguridad en la mujer en la relación sexual con su pareja (Pellicer, 1991).

Luego de la mastectomía radical algunas mujeres suelen tener dolor crónico en el pecho y hombro. Cuando la cirugía remueve solo el tumor, la mama puede quedar cicatrizada con diferente forma y tamaño.

Durante el tratamiento de radioterapia la piel se torna roja e hinchada y la mama se sensibiliza, no obstante las sensaciones pueden permanecer normales. La cirugía o radiación no merma la capacidad física de sentir deseo, de tener lubricación vaginal normal, tener sensaciones genitales o de alcanzar el orgasmo (Creus, 1991).

Cuando el cáncer de mama es hormono-dependiente, se considera que los altos niveles de hormonas durante el embarazo, pueden incrementar el riesgo de recurrencia. Por eso se aconseja esperar 5 años a partir del tratamiento oncológico antes de embarazarse. Se utiliza este periodo de tiempo porque la mayoría de las recurrencias ocurren en este lapso de tiempo (Castro, 2000).

La competencia del sistema de inmunización puede disminuir si no se tiene en cuenta el tratamiento integral tanto físico como Psíquico. Las pacientes con cáncer luchan contra la enfermedad y la depresión y se ven a sí mismas como ineficaces, poco importantes, carentes de significado e incluso indignas de ser amadas (Bragado, 1994).

El cáncer está asociado a graves e inevitables dolores, a desfiguración e incapacidad, a rechazo social e incluso a censura moral. Esto es perjudicial, ya que notamos que cuando la mujer sospecha que puede tener cáncer suele tener muchas dificultades para manejar esta situación, lo que produce retraso en la consulta y obtura la posibilidad de diagnóstico precoz (Bayes, 1996).

La esperanza de vida de una persona con proceso neoplásico depende del momento en que se efectúe el diagnóstico. Si este es precoz, las posibilidades de curación son máximas.

Todo tipo de intervención o tratamiento sobre los órganos sexuales femeninos, es vivido como un ataque a la base de la femineidad, repercutiendo en la sexualidad integral de la mujer. Estas intervenciones implican una sensación de deformidad (vulvetomía) lo que repercute negativamente en el auto-concepto y autoestima de la mujer. Los órganos femeninos son imprescindibles en la auto-imagen de la mujer, siendo fundamental en su vida social, de relación y de pareja. Debido a esto es normal que cambien en su comportamiento, presenten problemas en su vida afectiva y familiar e incluso modifiquen sus hábitos en el vestir y en la interacción social (Campos, 1992). Esta es una experiencia traumática que conduce a un profundo proceso de represión psicológica, de inhibición y especialmente de represión sexual. Al mismo tiempo aparecen penosos sentimientos de culpa asociados al valor simbólico de la función perdida del cuerpo, de la pareja y del ser madre. La frustración es total, hiere lo más profundo de la sexualidad femenina. Esto es vivido en forma de temor, que emerge como ansiedad frente a la posibilidad de una reactivación del proceso neoplásico (Bayos, 1991).

Otra de las manifestaciones que está dada a través de los celos en la relación de pareja, debido a la inseguridad que produce la pérdida de la función sexual, significada como femineidad. La gratificación amorosa se ve afectada porque la mujer experimenta

este trauma como castración. La depresión sexual consecuente produce culpa, depresión, así como sentimiento de impotencia e inseguridad.

La enfermedad, intervención y/ o los tratamientos coadyudantes dan lugar a una serie de pautas inhibitorias eróticas y extra-eróticas que se derivan de una depresión aguda.

El modo de conducirse, el lenguaje, los gestos, la conducta en general cambia apareciendo conductas disfuncionales como la frigidez, dispareunia e insatisfacción sexual. Por esto podemos decir que la pérdida de la función sexual supone un traumatismo psíquico elevado que repercute en la vida integral de la mujer (Seifert y Rial, 2000).

La ansiedad

De todos los trastornos mentales, los trastornos de ansiedad son, probablemente los más habituales y los que se han visto más afectados por los cambios de criterio de diagnósticos del DSM IV. En los últimos veinte años, el mayor conocimiento de los factores biológicos que afectan a la ansiedad ha alterado los conceptos sobre estos trastornos, al cambiar las bases diagnósticas desde la formulación psico-dinámica de la neurosis a criterios válidos, fiables y reconocibles (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995).

Lazarus (1976), tratando de superar las definiciones de ansiedad en términos de estímulo o respuesta, predominantes hasta esa fecha, la define como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. En estos términos, los procesos críticos de la relación medio-individuo son la evaluación cognitiva y el afrontamiento.

La definición de Lazarus es un paso más en una dirección cada vez más aceptada: considerar la ansiedad no como una variable, sino referida a un cierto número de variables que la integran, y a un tipo particular de relaciones entre ellas. La ansiedad constituiría así un campo, un conjunto de variables, algunas de ellas presentes en otros fenómenos psicológicos, donde lo que interesa es su delimitación operativa, y la clase de relación que se produce entre sí. La ansiedad, en cualquier caso no sería identificable con ninguna de las variables, o relación particular entre ella, sino con el conjunto del sistema.

La ansiedad es un fenómeno humano universal, es decir, que se da en todas las personas cuyo rango, en palabras de Ayuso (1988), oscila desde una respuesta adaptativa a un trastorno incapacitante. En la mayoría de casos no requiere tratamiento alguno, sólo cuando se hace suficientemente intensa como para constituir un problema de salud, desbordar la capacidad adaptativa del sujeto o interferir en la vida diaria debe considerarse el tratamiento.

Normalmente, la función de la ansiedad sería movilizar, activar, al individuo frente a situaciones consideradas amenazantes de forma que pueda neutralizarlas, abordarlas o asumirlas satisfactoriamente. En algunos casos, en función de la estrategia defensiva, puede actuar no como promotor de la acción sino como inhibidor.

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente (Rojas, 1989).

Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales. En estos casos no estamos ante un simple problema de "nervios", sino ante una alteración. Existen varios tipos de trastornos por ansiedad cada uno con sus características propias.

Los pacientes que presentan una ansiedad patológica requieren una evaluación Neuro-psiquiátrica completa y planes de tratamiento individuales. Es de resaltar, que la ansiedad es un síntoma asociado a otra patología médica como es la depresión; mientras que la ansiedad normal es una respuesta aprendida ante una situación amenazante, este tipo de ansiedad suele estar acompañada por crecimiento individual, cambios, nuevas experiencias y descubrimientos de identidad y del sentido de vida. Un cierto nivel de ansiedad es necesario para la ejecución óptima de muchos comportamientos: se ha podido demostrar que el rendimiento en muchas tareas humanas mejora cuando los niveles de ansiedad son moderados, y en función

de diferencias individuales de base (Eysenck, 1967). Por el contrario, la ansiedad patológica, en virtud de su intensidad y duración, es una respuesta inapropiada a un estímulo dado. El sujeto catalogado clínicamente como ansioso responde a un patrón típico de descripción: a) sensaciones subjetivas de amenaza, aprensión, temor, incertidumbre, desasosiego, en general vagas y no referidas a ningún antecedente concreto o específico; b) Molestias físicas de muy diversa índole: palpitaciones, taquicardias, trastornos gástricos o intestinales y; c) Conducta externa observable, menos explícita, pero normalmente tipificable ante situaciones muy variados: vacilaciones, dudas o titubeos motores (desorganización de la conducta motora dirigida hacia un objetivo, hiperactividad motora o cese de movimientos), incremento de la tensión muscular, alteraciones de la emisión verbal (temblor, tartamudeo, carraspeos, lapsus) (Woodruff, 1974).

La ansiedad, puede definirse como: “un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro” (American Psychiatric Association, 1994). Es importante anotar que la ansiedad es difícil de estudiar ya que en los seres humanos puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas (preocupación, angustia, inquietud) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada de tensión muscular (Papalia y Sally, 2002).

La ansiedad es, sobre todo, algo que se siente. No es un pensamiento, sino que provoca un sentimiento de malestar difuso que se manifiesta tanto en el ámbito psíquico como en el somático. En este sentido, se establecen las diferencias entre ansiedad y angustia: la ansiedad (etimológicamente incomodidad) se refiere más al sentimiento psíquico, la angustia (etimológicamente estrechez) se relaciona con las sensaciones corporales.

En la práctica se equiparan ansiedad y angustia, y se utilizan como sinónimos. Desde una perspectiva fenomenológica, la ansiedad corresponde a una emoción, se trata de un estado afectivo de presentación habitualmente aguda, producto muchas veces de un estímulo externo y acompañado de un correlato psicofisiológico manifiesto y evidente; la ansiedad es propia de un modo de vivir rápido, fugaz, dirigido al futuro. En cambio, en la angustia el miedo se siente respecto de algo,

surge en medio de lo inexplicable, donde el peligro es vago e indefinido; esto angustia más, hay incertidumbre y se llega a desear el peligro como realidad palpable (Roa, 1995).

El sentimiento psíquico que provoca la ansiedad puede ser tan intenso que el sujeto crea que va a volverse loco o tenga una sensación de muerte inminente. En el ámbito somático origina una multitud de síntomas que dependen, sobre todo, de una disfunción del sistema nervioso autónomo (palpitaciones, diarrea, parestesias, sensación de dificultad respiratoria, temblor, sudoración, entre otros.) (Reyes, 1990).

Otra distinción frecuente es la de ansiedad de rasgo o de estado. En Medicina se considera rasgo lo que permanece durante toda la vida de un individuo o su mayor parte (si puede ser modificado con tratamiento), por ejemplo el color de la piel; el estado se refiere a una situación recortada en el tiempo, aunque sea de forma prolongada, por ejemplo una neumonía. Un ejemplo de ansiedad de rasgo es la asociada a un trastorno de personalidad; la ansiedad secundaria a una fase depresiva es un ejemplo de ansiedad de estado.

Las reacciones de ansiedad pueden presentar diferentes formas de manifestación, dando lugar, así mismo, a distintos cuadros clínicos o categorías de trastorno de ansiedad.

La ansiedad no es un fenómeno unitario (Sandin y Chorot, 1986). Desde hace bastante tiempo se conoce que la ansiedad, al igual que cualquier otra emoción, implica al menos tres componentes, modos o sistemas de respuestas: subjetiva (o cognitivo), fisiológico (o somático) y motor (o conductual). De forma resumida, el contenido de la ansiedad según estos sistemas es como sigue:

1. Subjetivo-Cognitivo: también denominado verbal-cognitivo, es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Así, por ejemplo, a esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma e inquietud. La persona con ansiedad experimenta un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente a la ira y tristeza y semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo

2. Fisiológico-somático: La experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Los cambios fisiológicos más característicos consiste en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento en la tensión muscular entre otras) como internos (aceleración cardiaca, descenso de la salivación y aceleración respiratoria) algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias. La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad.
3. Motor-conductual: Corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape y evitación.

La ansiedad y el Cáncer

La ansiedad a menudo se manifiesta en individuos en diversos momentos durante las pruebas de detección del cáncer, o su diagnóstico, o tratamiento, a veces, puede afectar al comportamiento de las personas en lo referente a su salud, contribuyendo así al retraso o descuido en medidas que pueden prevenir el cáncer. Por ejemplo, cuando las mujeres con altos niveles de ansiedad se enteran que tienen un nivel genéticamente inferior de riesgo de cáncer de mama de lo que habían creído anteriormente, puede que se hagan auto-examen de mama con más frecuencia. Los pacientes pueden experimentar ansiedad moderada o severa mientras esperan los resultados de las pruebas de diagnóstico. Para los pacientes que reciben tratamiento, la ansiedad también puede aumentar la posibilidad de sufrir dolor, otros síntomas de angustia y trastorno de reposo, y puede ser un factor principal en la náusea y los vómitos previsores. Se ha mostrado que, de dejarse sin tratar, la ansiedad puede conducir a la muerte prematura (Reig, 1983). “La ansiedad, independientemente de

su grado, puede reducir sustancialmente la calidad de vida de los pacientes con cáncer y de sus familias, por lo tanto, debe evaluarse y tratarse”.

La ansiedad se presenta en grados variables en pacientes con cáncer y puede aumentar según la enfermedad progresa o el tratamiento se toma más agresivo.

Algunos investigadores han descubierto que el 44% de los pacientes con cáncer han declarado tener alguna ansiedad; de ellos, el 23% declaró tener un grado de ansiedad significativa. La ansiedad puede formar parte de la adaptación normal al cáncer. En la mayoría de los casos, las reacciones se limitan al momento y pueden motivar a los pacientes y sus familias a tomar medidas para reducir la ansiedad (por ejemplo, obtener más información sobre los beneficios), lo cual les puede ayudar a adaptarse a la enfermedad. Sin embargo, las reacciones de ansiedad que se prolongan o son extrañamente intensas se clasifican como trastornos de ajuste. Estos trastornos pueden afectar la calidad de vida negativamente y dificultar la capacidad de un paciente de cáncer para funcionar social y emocionalmente, por lo que requieren intervención terapéutica. Otros trastornos específicos de la ansiedad como la ansiedad generalizada, la fobia, o el trastorno del pánico no son comunes entre estos pacientes y preceden generalmente al diagnóstico de cáncer. “El estrés causado por un diagnóstico de cáncer y su tratamiento puede precipitar una recaída a trastornos de ansiedad preexistentes. Estos trastornos pueden incapacitar y dificultar el tratamiento, por lo que requieren un diagnóstico inmediato y un control eficaz” (Kaplan y Sandock, 1996).

De otro lado, la investigación realizada por Guerra, (1996) valoró la incidencia de Psicopatología en pacientes intervenidas por cáncer de mama. El 43% de las enfermas presentaron patología psicológica significativa. Entre estas, el 46% padecían un trastorno entre leve y moderado y el resto moderado grave la ansiedad fue el factor más frecuente; no se hallaron diferencias significativas entre pacientes mastectomizadas o las sometidas a tratamiento conservador.

Así mismo (Salvatierra, 1995) confirma lo anterior pues dice que el estrés del cáncer de mama no se debe a la mutilación con pérdida de autoestima, sino al miedo al cáncer como tal, a sus complicaciones y a la amenaza a la vida.

Algunos factores pueden aumentar la probabilidad de incubar trastornos de ansiedad durante el tratamiento de cáncer incluyen antecedentes de trastornos de ansiedad, dolor intenso, ansiedad al momento del diagnóstico, limitaciones funcionales, carencia de apoyo social, avance de la enfermedad e historial de trauma: Muchas afecciones e intervenciones medicas pueden causar trastornos de ansiedad, incluyendo las *metástasis* al sistema nervioso central, el cáncer del pulmón y tratamiento con corticosteroides y otros medicamentos. La experiencia de un paciente con cáncer u otras enfermedades puede reactivar asociaciones y memorias de enfermedades anteriores y contribuir a la ansiedad aguda. Ciertos factores demográficos, como ser mujer y desarrollar cáncer en una edad temprana, se asocian con mayor ansiedad en situaciones médicas. Los pacientes que tienen problemas comunicándose con sus familias, amigos, y médicos también corren un mayor riesgo de padecer ansiedad.

“En el paciente con enfermedad avanzada, la ansiedad a menudo no la causa el temor a la muerte, sino temas como el dolor incontrolado, el aislamiento, el desamparo y la dependencia. Muchos de estos factores pueden controlarse cuando se evalúan y tratan adecuadamente” (Avia, 1991).

Es importante resaltar estudios como el realizado por Janis (1958) sobre la base de tres estudios experimentales con pacientes quirúrgicos y estudiantes. Encontró una relación curvilínea entre miedo-ansiedad preoperatorio (pre-q) y miedo postquirúrgico (post-q). Propuso que la ansiedad cumple una función preoperatoria, ya que el paciente se implica en una actividad mental preparatoria (que Manis denomina “el trabajo de preocuparse”) y que, además de la cantidad, es la calidad de esta preocupación la que determina el estado emocional post-q. Si los pacientes experimentan muy poca ansiedad, no realizan previamente el “el trabajo de preocuparse” y, por tanto, no están preparados para el dolor, las molestias y las restricciones del período post-q. La experiencia post-q les provoca distrés y manifestación de irritabilidad y angustia expresada a las enfermeras y otros miembros del personal. En el caso de los pacientes con alta ansiedad su preocupación incluiría, además, un amplio rango de aspectos no relativos a la amenaza quirúrgica inmediata, con el resultado de un nivel tan alto de preocupación

que les impide estar preparados para el período post-q. Una cantidad moderada de ansiedad preoperatoria permite la preparación mental preoperatoria óptima, resultando en un mejor estado emocional post-q (Carpenter, 1980),

Así pues, según los resultados del estudio de Janis, los pacientes con miedo “moderado” antes de la intervención mostraron menos desequilibrios emocionales post-q. El miedo moderado habría ejercido un papel positivo en la motivación del individuo para prepararse al peligro. Las expectativas irreales de los pacientes con niveles de miedo bajos o la sobresensibilización de los sujetos con niveles altos, habría bloqueado pautas adaptativas de preparación para el estrés quirúrgico (Johnston, 1980).

Programas Terapéuticos y Cáncer

Los estudios realizados por Holland (1996), demuestran que el cáncer puede presentar mejorías significativas con las intervenciones psicológicas independientemente de los enfoques utilizados y de las técnicas ya sean estas a nivel individual o grupal. También se ha demostrado que en aquellos individuos que tienen el apoyo de relaciones sociales es menor la mortalidad que entre los que carecen de ese apoyo.

La psicoterapia breve se entiende como una modalidad de intervención realizada en un número breve de sesiones, desde 15 hasta 40, con una intensidad de uno a dos sesiones semanales de 50 minutos de duración. El objetivo del tratamiento se centra en un conflicto emergente de la vida del consultante (Castelnuevo - Tedesco, 1975).

La técnica en esta variedad de psicoterapia, está fundamentada en la teoría psicodinámica que postula la existencia de un conflicto y de un sistema de defensas inconscientes, originadas en la vida temprana y que en la actualidad son proyectados a otras personas emocionalmente relacionadas.

A diferencia del psicoanálisis, la psicoterapia breve aborda lo que se conoce como el conflicto focal, con una intervención interpretativa más rápida que no de margen a una relación transferencia! intensa y regresiva.

La brevedad del tratamiento exige una gran habilidad del terapeuta para una rápida evaluación psicodinámica del conflicto central, a la vez que, una muy definida

capacidad para el control del vínculo transferencial y el momento oportuno para la interpretación (Brodle, 1983).

Es así como la psicoterapia con el enfermo oncológico debe centrarse principalmente en la enfermedad y sus implicaciones, explorándose únicamente aquellos aspectos de la vida pasada y presente del paciente que afecten su adaptación al cáncer. Generalmente se emplean psicoterapias de apoyo breve, orientadas a solucionar crisis, en las que se facilita la expresión de sentimientos y temores acerca de la enfermedad y sus consecuencias, lo que permiten explorar, aclarar e interpretar temas que son relevantes en la situación inmediata (Brodle, 1983).

Por tal motivo se ha hecho uso eficaz de los tratamientos psico-oncológicos en el control de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia; de la angustia, y de la ansiedad producidas por el tratamiento con radioterapia del dolor crónico y agudo; de la ansiedad y dolor asociados a pruebas diagnósticas y de trastornos sexuales secundarios a la enfermedad o su tratamiento (Reed, 1982). También se han utilizado eficazmente para mejorar la calidad de vida y la adaptación emocional del paciente.

Psico-educación

Greenly A. (1991), teniendo en cuenta que al margen de la experiencia de desesperanza ligada al diagnóstico, este supone reajustes psicosociales derivados de la rigidez del tratamiento, a las frecuentes hospitalizaciones, a las experiencias de indefensión y de incomprensión hacia la enfermedad, estas imágenes son voluntarias, creadas libremente en forma consciente y con propósito de diversión o intención espiritualista y se puede tomar la forma de imágenes mentales de las células de la enfermedad.

De esta manera la realización de la psicoeducación va orientada a que los pacientes vean la enfermedad como un desafío, utilizando como estilo de afrontamiento el espíritu de lucha o la evitación positiva, y de esta forma mejorar su esquema de supervivencia.

Terapia de Grupo

Según Seifert C. (2000) los grupos de apoyo en psiconcología son un campo de acción en el cual los integrantes del grupo se benefician de la observación de los otros. Esta observación es facilitadora de cambios en la autopercepción y el

conocimiento de sí mismo. Sus efectos tienden a expandirse sobre el conjunto de comportamiento de los individuos.

La relación grupal permite una interacción social destinada al enriquecimiento mutuo por medio de la vivencia de los sentimientos que se desarrollan entre sus miembros.

El grupo permite, además, una interacción con expresión de sentimientos y actitudes que, en la vida corriente del individuo, permanecen fuertemente reprimidos, por carencia de los estímulos provenientes de otros miembros igualmente enfermos. La dinámica suscitada dentro del grupo, es a la vez, estimulada, orientada y finalmente interpretada por el psicoterapeuta que maneja el grupo (Coderch, 1975).

Terapia por Visualización

Los programas para la supervivencia de los pacientes oncológicos, Simonton y Mathemathews-Simonton (citado en Ibáñez y Durá, 1990) han puesto en práctica una técnica que se fundamenta en las actuales teorías acerca de las imágenes mentales y que es conocida como Terapia por Visualización. Su objetivo fundamental es modificar la percepción que el paciente tiene de su enfermedad así como potenciar sus mecanismos inmunológicos de defensa. Las dos estrategias fundamentales de este programa, practicadas 3 veces al día en sesiones de 10 a 15 minutos, consisten, por una parte en tratar de visualizar mentalmente la acción positiva de las defensas naturales del organismo y del tratamiento medico, frente a la proliferación de células cancerosas; y por otra en la practica de relajación.

Los ejercicios como técnica de visualización se refieren a un grupo de ejercicios que emplean imaginación consciente intencional, utilizando la auto-sugestión para propósitos psicológicos y fisiológicos. La técnica consiste en comenzar un proceso de meditación durante el cual el practicante de la técnica viaja mentalmente hacia lugares que ha visitado anteriormente y en los cuales ha experimentado un estado de relajamiento y paz. En otras palabras, es como coger unas "vacaciones mentales". Uno de los aspectos importante de esta técnica es tratar de visualizar la mayor cantidad posible de detalles. Por ejemplo, si el practicante viaja hacia el Yunque (o un bosque tropical), cerca de un riachuelo y cascada, debería visualizar y vivir el

sonido del agua que corre del a través del riachuelo y la cascada a bajar, escuchar pajaritos o cotorras cantando, el fresco y caricias de la brisa sobre su piel y observar como estas mueven las hojas de los árboles, sentir el aire fresco y puro que entra por sus pulmones, en fin, detalles de la naturaleza ecológica en la cual se encuentra sumiso e integrado el visualizante, las cuales promueven la relajación. Todos estos detalles ayudaran para la respuesta de relajamiento. Cuando regrese de dichas vacaciones "mentales", habrá de sentirse bien relajado y preparado para las tareas que le esperan en su día de trabajo. Estas técnicas se han utilizado también con frecuencia para combatir ciertas condiciones patológicas (enfermedades) terminales, tales como los tumores cancerosos y el SIDA (Zimbrado, 1982).

Desde el decenio de los veinte, los médicos saben que muchos casos de verrugas pueden curarse por sugestión hipnótica. Aunque este fenómeno ha sido objeto de numerosos estudios científicos durante largos años, nadie sabe exactamente cómo se produce. La mayoría de los investigadores creen que de alguna forma la hipnosis permite que todo el sistema inmunitario se movilice y combata el virus causante de la verruga. Entre las verrugas y el cáncer parece haber un gran salto, pero algunos médicos están utilizando técnicas de visualización para potenciar los efectos de la terapia tradicional contra el cáncer, y para combatir enfermedades como la artritis reumatoide y ciertas infecciones. Esto no quiere decir en modo alguno que las técnicas psicológicas por sí solas sean suficientes para tratar el cáncer, pero en algunos casos las técnicas de visualización pueden estimular el sistema inmunitario. La mayoría de los médicos que utilizan técnicas psicológicas junto con medicación convencional están convencidos de que no causa ningún daño y siempre es una ayuda (Mora, 1995).

En primer lugar, se explica al paciente de forma simple cuáles son las funciones del sistema inmunitario. A continuación, se le enseña auto-hipnosis o alguna otra técnica de relajación y se le dan instrucciones para que visualice el sistema inmunitario en funcionamiento y enfrentándose al invasor. Bernard Newton, psicólogo, que dirige el Newton Center for Clinical Hypnosis, en Los Ángeles, ha estudiado los casos de 203 pacientes con cáncer avanzado que no respondían a tratamientos convencionales y que fuerón remitidos a ese centro. A estos pacientes

se les enseñó auto-hipnosis y se les dieron instrucciones para que formaran imágenes lo más reales posible de su sistema inmunitario combatiendo el cáncer. También se les dieron sugerencias hipnóticas para aumentar el sentimiento de autocontrol y para reducir los sentimientos negativos sobre sus probabilidades de supervivencia. De los 203 pacientes estudiados, el 54% de los que habían sido tratados durante al menos diez sesiones en un período de tres meses seguía vivo en el momento del estudio, mientras que sólo vivía el 11 % de los que habían sido sometidos a menos de diez sesiones de visualización, en el mismo período de tiempo. Estas diferencias en los resultados no estaban relacionadas con la gravedad de la dolencia, el tipo de cáncer, la edad, el sexo o el tipo de tratamiento médico. Cuando Newton analizó los resultados obtenidos, observó que las personas con más probabilidades de combatir el cáncer con éxito eran aquellas capaces de responder de un modo positivo y enérgico, sin rendirse (Overholser, 1997).

Método

La presente investigación es de tipo Experimental. Este diseño incluye dos grupos, uno recibe el tratamiento experimental y el otro no (grupo control). Los diseños Experimentales manipulan deliberadamente al menos una variable Independiente (Programa Terapéutico) para ver su efecto y relación con una o más variables Dependientes (Ansiedad), y solamente difieren de los experimentos "verdaderos" en el grado de seguridad o confiabilidad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los dos grupos. Además, los sujetos no son asignados al azar a los grupos; sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento. Son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se formaron fueron independientes o a parte del experimento) (Baptista, Fernández y Hernández, 1998, p.169). Finalmente, cuando concluye el período experimental, a ambos grupos se les administra una medición sobre la variable dependiente en estudio.

Wiersma (1986) comenta que de preferencia la post prueba debe ser administrada inmediatamente concluya el experimento, en especial si la variable dependiente tiende a cambiar con el paso de la enfermedad (muerte de las participantes, retiro etc.) La post prueba se aplica simultáneamente en los dos grupos. La comparación entre las post pruebas nos indica si hubo o no efectos de la manipulación. Si ambas difieren significativamente, esto nos indica que el tratamiento experimental tuvo un efecto a considerar. Si no hay diferencias, ello indica que no hubo un efecto significativo del tratamiento experimental. (Metodología de la Investigación, Segunda edición, Hernández Roberto, Fernández Carlos}, Baptista Pilar, McGraw-Hill 1999 Pág. 138)

El diseño buscó describir la situación que afrontan las pacientes de cáncer de seno sometidas a tratamiento de quimioterapia y radioterapia, circunstancia esta generadora de ansiedad en la Clínica Carlos Ardila Lulle de la ciudad de Bucaramanga.

Participantes

Se trabajó con una muestra de 16 mujeres, pacientes con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga; 8 pertenecientes al grupo control y 8 del grupo experimental, tomadas por conveniencia de casos reportados y diagnosticados en la consulta médica,

psicológica y oncológica de la Institución, entre los meses de Julio y Agosto del año 2002, los sujetos fueron seleccionados de manera intencional a la muestra de aplicación. Las pacientes están a cargo de la Dra. Sara Jiménez Sanguino, Psicóloga de la Clínica Carlos Ardila Lulle.

Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: Edad entre 35 y 65 años de edad, que presentan cáncer de mama, con escolaridad mínima primaria, estrato socioeconómico medio, de procedencia urbana y de estado civil casadas con hijos. De igual manera se tuvo en cuenta que las participantes presentaran un estado funcional adecuado sin alteraciones cognitivas y/o conductuales como retraso mental o enfermedad psiquiátrica. Los casos fueron seleccionados utilizando el tipo de muestra no probabilística pues la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación y la disposición de la muestra. La muestra se tomó por conveniencia con sujetos voluntarios, diagnosticadas con cáncer que actualmente se hallen en tratamiento médico.

Instrumento

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

Tabla 1. Ficha del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

Nombre	Inventario de Ansiedad Rasgo- (IDARE)
Área de Evaluación	Aptitudes
Autor	Spielberger y Díaz-Guerrero
Administración	Individual y/o colectiva
Tiempo de Aplicación	De 6 ^a 10 minutos por escala
Id País	México
Población	Jóvenes entre 1-17 años adolescentes y adultos
Material	Manual Instructivo 25 Inventarios 1 clave de clasificación
Significación	Apreciación de escalas de Ansiedad Rango y Ansiedad Estado en jóvenes Adolescentes y universitarios; esto a través

De 40 afirmaciones que permitan su identificación

Tipificación Puntuaciones Rango percentil, para estudiarlo se recomienda:

1. De + la muestra normativa que parece ser la más apropiada para el caso en cuestión y consultarse el cuadro para esa muestra.
2. Busquese la puntuación en bruto obtenida en la columna a la extrema izquierda o extrema derecha.
3. Léase la puntuación To Rango percentil. _____

El inventario de ansiedad rasgo-estado esta constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) la llamada Ansiedad Rasgo (A-rasgo), y 2) Ansiedad Estado (A-Estado). Inicialmente se desarrolló este inventario para investigar los fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que también es útil en la medición de ansiedad en estudiantes de secundaria y bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiatricos, médico y quirúrgicos.

La escala A-Rasgo del inventario de ansiedad consiste de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente, la escala A-Estado consiste igualmente en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran en una misma hoja, una en cada lado de ella.

La Ansiedad Estado (A-Estado) es conceptuada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la ansiedad de la A-Estado.

La construcción del IDARE se inicio en 1964 con la meta de desarrollar una sola escala, que proporcionara medidas objetivas de auto-evaluación tanto en la ansiedad-estado como en la ansiedad-rasgo. Durante el curso del desarrollo del inventario, los

hallazgos producto de la investigación, llevaron a cambios importantes en nuestras concepciones teóricas de la ansiedad y especialmente, en nuestras suposiciones respecto de la naturaleza de la A-Rasgo. A medida que nuestra concepción de la ansiedad cambiaba nuestra meta en la construcción del inventario y en los procedimientos utilizados resultaron modificados.

En el desarrollo del IDARE se presupuso, que los reactivos con la relación demostrada con otras medidas de la ansiedad, serían más útiles en un inventario diseñado para medir tanto la ansiedad-estado como la ansiedad-rasgo. Puesto que la mayoría de las escalas de ansiedad existentes median la ansiedad-rasgo (Spielberger, 1966) un gran número de reactivos cuyo contenido tenía comprobada relación con las escalas A-Rasgo más ampliamente usadas, fue reestructurado, de tal manera que permitiese que cada reactivo fuera utilizado como una medida tanto de A-Estado como de A-Rasgo. El resultado fue una sola escala, el IDARE (Forma A) que podría ser aplicada con diferentes instrucciones para medir tanto A-Estado, como A-Rasgo.

Pronto se descubrió, sin embargo, que las propiedades psico-lingüísticas de algunos reactivos del IDARE (Forma A) más precisamente, las connotaciones de las palabras clave en estos reactivos, llevaban consigo significados que interferían en su utilización como medidas, tanto de A-Estado como A-Rasgo. Más aún, la mayoría de los mejores reactivos de ambas clases habían sido excluidos de la Forma A por la modificación de las instrucciones para estos reactivos, no podría superar la fuerte connotación de estado o rasgo de los términos clave en los mismos.

La estrategia de la construcción de IDARE fue subsecuentemente modificada, en el sentido de seleccionar un grupo de reactivos que incluyera los mejores que se habían desarrollado para la medición de A-Estado, y otro grupo de reactivos que permitiera la mejor medición posible de A-Rasgo. Las escalas resultantes del IDARE fueron SXR (A-Rasgo) y SXE (A-Estado). Aun cuando pocos reactivos resultaron ser igualmente útiles como medidas tanto de A-Estado como de A-Rasgo, la mayoría de los reactivos solo llenar los criterios de validación para una de las dos escalas. Hay 5 reactivos que se han incluido tanto en la escala A-Rasgo, como en la A-Estado. Tres de éstos han sido expresados exactamente en la misma forma en cada escala y dos contienen los mismos términos claves. Los restantes 15 reactivos de cada escala son suficientemente diferentes

en contenido o connotación, como para ser considerados como reactivos independientes. Ansiedad-estado. Estado o condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión o aprensión subjetivos concientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

Ansiedad rango. Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia de responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado. Como un concepto Psicológico, la A/R puede ser tomada como “esas disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos, de la situación” es decir, disposiciones comportamentales adquiridas (residuos reexperiencias pasadas que predisponen a ver el mundo de una manera como a manifestar sus tendencias de respuesta vinculada al objeto”.

El IDARE es un instrumento útil y versátil para la medición, tanto de la ansiedad-estado y su contenido, su validez de construcción y concurrente se comparan favorablemente con otras pruebas de ansiedad publicadas.

Confiabilidad.

En la tabla 2 se presentan los datos acerca de la confiabilidad test-retest del IDARE de los 5 subgrupos de sujetos que fueron incluidos en la muestra normativa de estudiantes universitarios no graduados. Los estudiantes que recibieron el retest después de una hora, fueron expuestos sucesivamente durante el intervalo entre una y otra aplicación, a las siguientes condiciones experimentales: un periodo breve de entrenamiento en relajación, una prueba difícil para medir el cociente intelectual y una película en la cual se presentaron accidentes en los que se produjeron lesiones graves o la muerte de los participantes. Como se notará en la tabla 2 las correlaciones de test-retest para la escala A-Rasgo, fueron bastante altas variando desde .73 para un intervalo de 104 días, a .86, mientras que las correlaciones para la escala A-Estado fueron relativamente bajas, variando desde .16 a .54 con una mediana para las correlaciones de sólo .32 para los 6 subgrupos. Las correlaciones bajas para la escala A-Estado fueron anticipadas desde luego, ya que una medida válida de A-Estado deberá reflejar la influencia de factores situacionales únicos que se presenten en el momento del examen.

Tabla 2. Confiabilidad test-retest (reaplicación) para universitarios no graduados.

Lapso:	T/R 1 hora		T/R 20 días		T/R 104 días		r
	N	r	N	r	N	r	
A-Rasgo							
Varones	88	.84	38	.86	25	.73	
Mujeres	109	.76	75	.76	22	.77	
A-Estado							
Varones	88	.33	38	.54	25	.33	
Mujeres	109	.16	75	.27	22	.31	

Dada la naturaleza transitoria de los estados de ansiedad, las medidas de consistencia interna, tales como el coeficiente alfa, proveen un índice más adecuado de la confiabilidad de las escalas A-Estado que las correlaciones de test-retest. Los coeficientes alfa para las escalas del IDARE fueron calculados a partir de la fórmula K-R 20 con la modificación introducida por Cronbach (1951) utilizando las muestras normativas. Estos coeficientes de confiabilidad que variaron de .83 a .92 para A-Estado. Así pues, la consistencia interna de las dos escalas del IDARE es bastante buena.

Las puntuaciones permiten la identificación de niveles de ansiedad distribuidos en los siguientes rangos que se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Puntuaciones Niveles de ansiedad distribuidos en rangos.

Rango	Nivel de Ansiedad
20-40	Ansiedad baja
41-60	Ansiedad Media
61-80	Ansiedad alta

Una evidencia adicional acerca de la consistencia interna de las escalas del IDARE ha sido obtenida a través de correlaciones de reactividad contra escala calculadas para las muestras de estudiantes universitarios y de bachillerato.

La correlación medida de reactivo contra escala en A-Estado, fue de .55 para los estudiantes de bachillerato, .45 para los estudiantes de primer año de universidad y .55 para los estudiantes universitarios no graduados. Las correlaciones de reactivos contra escala correspondiente a la subescala A-Rasgo, fueron de .54, .46 y .53, respectivamente. Para más de la mitad de los reactivos de cada escala, las correlaciones de reactivo contra escala fueron de .50 o más altas. Todos, excepto uno de los reactivos de A-Rango y 18 de los 20 reactivos de A-Estado, obtuvieron una correlación de reactivo contra escala de .30 o mayor.

Los coeficientes de confiabilidad alfa son típicamente más altos para la escala A-Estado, cuando ésta es aplicada bajo condiciones de tensión psicológica.

Los coeficientes de correlación reactivo contra escala, resultan también incrementados para los reactivos aislados cuando la escala A-Estado es aplicada bajo condiciones de mayor tensión. Esto es particularmente cierto para aquellos con los coeficientes más bajos de correlación reactivo contra escala en condiciones relajadas. La correlación mediana de reactivo contra escala para la escala, fue de .61 después de la aplicación de una prueba de inteligencia difícil; de .65 cuando fue aplicada después de ver una película desagradable, pero solamente de .46 cuando se aplicó después de un entrenamiento en relajación. Las de reactivo contra escala para los reactivos individuales de la escala A-Estado aplica bajo condiciones de tensión variable. En resumen, la confiabilidad test-retest (estabilidad) de la escala A-Rasgo del IDARE es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-Estado del IDARE tienden a ser bajos, como era de anticiparse en una medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales. Tanto la escala A-Rasgo como la A-Estado tienen un alto grado de consistencia interna.

Validez

El IDARE provee medidas operacionales de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo tal cual estas locuciones empíricas fueron definidas con anterioridad. En la construcción del IDARE se requirió que los reactivos individuales llenaran los criterios de validez prescritos, para la ansiedad-estado y para la ansiedad-rasgo, es cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario a fin de poder ser conservados para la evaluación y validación. (Spielberger y Gorsuch, 1966; Spielberger, et. al, 1968.)

La evidencia acerca de la validez concurrente de la escala A-Rasgo del IDARE se presenta en la tabla 4. En ella se observan las correlaciones con la Escala de Ansiedad IPAT (Cattell y Séller, 1963), la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) de Taylor (1963) y la lista de adjetivos afectivos de Zuckerman (1960). (AACL), en su Forma General. Es de notarse que las correlaciones entre el IDARE, el IPAT y el TMAS, son moderadamente altas tanto para los estudiantes universitarios como para los pacientes. Dado que las Inter,-correlaciones entre estas escalas se acercan a las confiabilidades de las escalas es razonable concluir que las tres escalas pueden consideradas como medidas alternativas de A-Rasgo. En contraste, el AACL Forma General, resulta sólo moderadamente correlacionado con las otras medidas de A-Rasgo.

Tabla 4. Correlaciones entre la escala A-Rasgos del IDARE y otras medidas de la ansiedad-rasgo.

Escala de: Ansiedad	Mujeres universitarias (N = 66)			Varones universitarios (N= 126)			Pacientes NP (N=126)	
	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT
IPAT	.75			.76			.77	
TMAS	.80	.85		.79	.73		.83	.84
AACL	.52	.57	.53	.58	.51	.41	--	--

Correlación entre las Escalas A-Rasgo y A-Estado.

La correlación entre las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE dependen fundamentalmente del tipo de la intensidad de tensión que caracteriza a las condiciones bajo las cuales la escala A-Estado es aplicada. Las correlaciones entre las escalas variaron entre .44 y .55, cuando el IDARE fue aplicado con instrumentos estándar a cuatro muestras distintas de estudiantes no graduados del sexo femenino. En cambio, las correlaciones entre las escalas para los varones en estas muestras, variaron entre .51 y .67. El consistente hallazgo de que las correlaciones entre las escalas son típicamente más altas para los hombres que para las mujeres, sugiere que los hombres que obtienen

altas calificaciones en A-Rasgo están generalmente más predispuestos a experimentar estados de ansiedad, que las mujeres con alta calificación en A-Rasgo.

Para determinar la correlación entre las escalas, bajo condiciones experimentales diferencialmente tensionantes, la escala A-Rasgo fue aplicada al principio y al final de una sesión de examen psicológico en la cual se expusieron estudiantes universitarios a cantidades variables y a distintos tipos de tensión experimental. La escala A-Estado fue aplicada en cuatro ocasiones durante la misma sesión. Para las mujeres, las correlaciones entre las escalas de A-Estado y A-Rasgo, variaron entre .11 y .53 con una correlación mediana de .30. Las correlaciones correspondientes para los varones, variaron entre .37 y .67 con una correlación mediana de .74.

Por lo general, se obtienen correlaciones más altas entre las escalas bajo condiciones en las que hay alguna amenaza a la autoestima o bajo circunstancias en las cuales se evalúa la eficacia personal, que cuando se obtienen medidas en situaciones caracterizadas por peligros físicos. Los cambios en A-Estado provocados por amenaza de peligro físico aparentemente no están relacionados con el nivel de A-Rasgo (Hodges, 1967; Hodges y Spielberger, 1966; Lamb, 1969). Las correlaciones de A-Estado con A-Rasgo tienden a ser ligeramente más altas cuando las escalas del IDARE son aplicadas una inmediatamente después de la otra, en la misma sesión de examen, pero tales correlaciones son marcadamente menores si los sujetos son expuestos o amenazados con algún tipo de peligro físico.

Procedimiento

La presente investigación fue desarrollada a través de las siguientes etapas:

1. Selección del terna y análisis de la situación objeto de estudio, definición del problema de investigación, organización de la información en la línea de investigación de enfermedades catastróficas de la UNAB y conceptualización teórica de la misma (Construcción del referente conceptual).

2. El aporte de investigaciones anteriores y consultas bibliográficas (fuentes primarias y secundarias). Para establecer una base sólida en el ámbito conceptual y establecer unos referentes sobre el interés manifestado por otros investigadores en temas correlacionados, se inicio un proceso de revisión documental en diferentes bibliotecas, hemerotecas y vía Internet. Como resultado se recoge una cantidad considerable de información que garantiza una mayor profundidad y mejores bases para el trabajo propuesto.

3. Establecimiento del Marco Metodológico: Durante esta etapa se establece el tipo de investigación, el instrumento a utilizar y se define la técnica utilizada para el procedimiento y análisis de los datos obtenidos (Medida Pre-test y Post test).

4. Contacto preliminar con el Dr. Alvaro Torres, Subdirector de la Línea de Investigación, la Dra. Sara Jiménez, Oncóloga y la Dra. Nubia Andrade Psicóloga de la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga, con el fin de iniciar el contacto directo con las Historias Clínicas de las pacientes diagnosticadas con Cáncer Cervical y de mama y paralelamente ir seleccionando la muestra con la cual se desarrolló la investigación.

5. Implementar estrategias encaminadas a dar solución a la problemática.

6. Recolección y análisis de la información: mediante la aplicación del instrumento.

7. Análisis diagnóstico: a partir de los resultados.

8. Diseño del programa de Intervención.

9. Aplicación.

10. Evaluación Pre-Post (Estudio Comparativo).

11. Análisis de resultados.

12. Discusión y Recomendaciones.

Resultados

Interpretación Estadística datos porcentuales

Los resultados totales (medias aritméticas) obtenidos en las etapas Pre-test y Post-test en ambos grupos de estudio se analizaron por medio de gráficos comparativos, con fin de hacer una interpretación detallada de resultados y así poder determinar si existen diferencias significativas entre ambos grupos de estudio.

Con el fin de facilitar el proceso de interpretación, en primer lugar, se presentan los datos sociodemográficos. Enseguida, se recolectaron los datos arrojados por el instrumento IDARE por escalas separadas de auto evaluación utilizadas para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: la ansiedad-rango (sentir generalmente) y la ansiedad-estado (sentir en un momento dado). Inicialmente la medida Pre-test y luego la Medida Post-test expuestos en diagramas de barras. Acto seguido se realizó una comparación entre las dos medidas (Pre y Post). Estos ilustran el nivel de ansiedad que seha evaluado.

Para finalizar aparecen la discusión y recomendaciones.

Datos Sociodemográficos

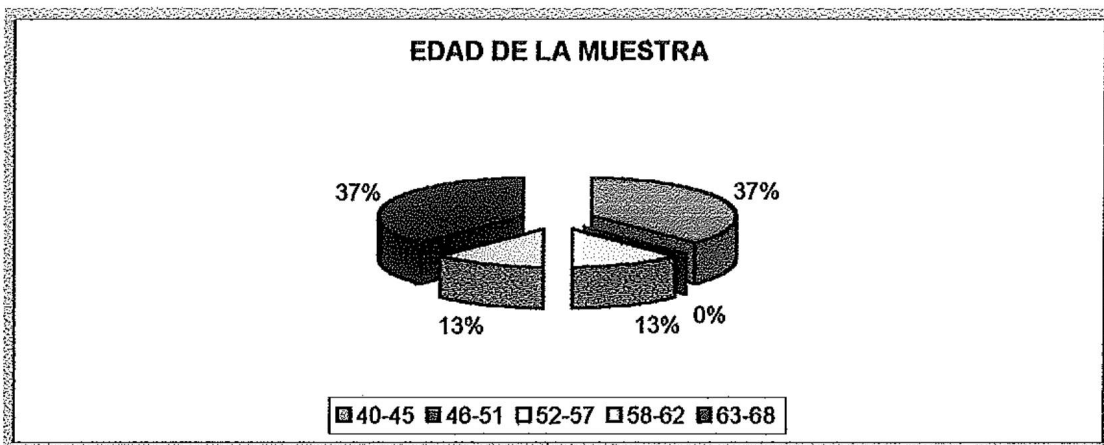


Figura 1. Edad de las pacientes con Cáncer de Mama.

Las pacientes con cáncer de mama que participaron en la muestra, se encuentran en su mayoría en los rangos de edad entre 40 a 45 años y 63-68 años de edad con un 37% respectivamente. Además, encontramos a las pacientes cuyos rangos de edad oscilan entre 52 a 57 años y 58 a 62 años con un 13% respectivamente.

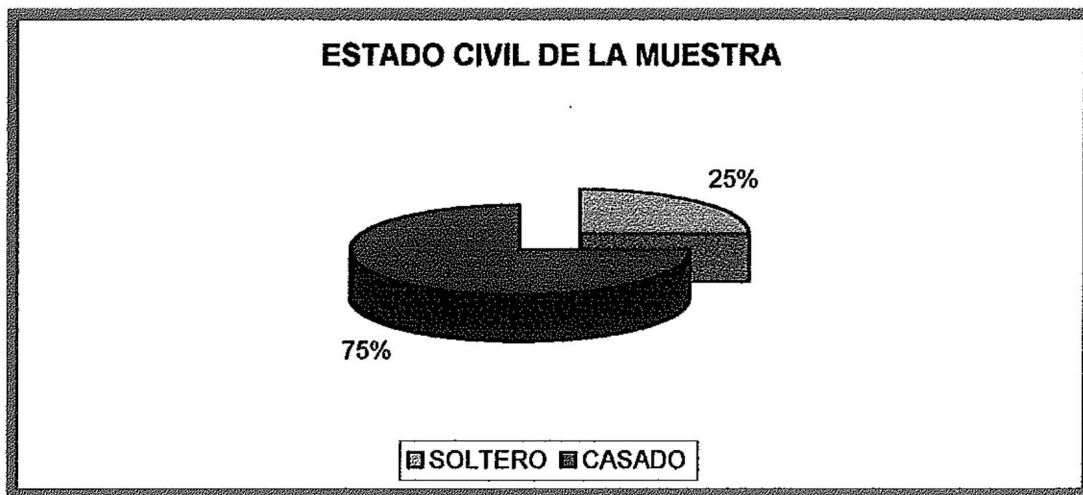


Figura 2. Estado civil de las pacientes con Cáncer de Mama.

Como se puede observar en la gráfica, un 75% de la muestra están casadas y un 25% de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia y

radioterapia que se encuentran en la Clínica Carlos Ardila Lulle de Bucaramanga, son solteras.

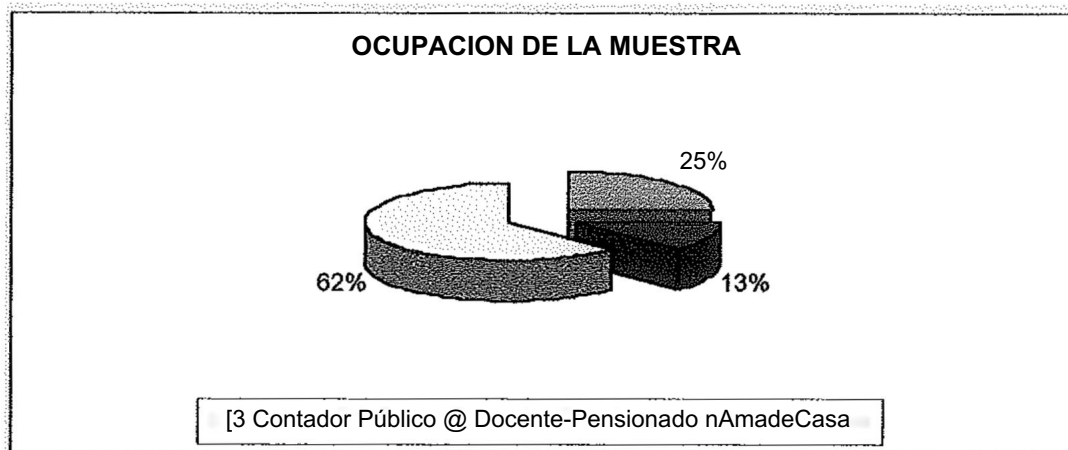


Figura 3. Ocupación de las Pacientes con Cáncer de Mama.

La muestra estuvo conformada por un 62% de las pacientes participantes, las cuales son amas de casa; el 25% de profesionales, y el 13% restante se desempeña actualmente como docentes.

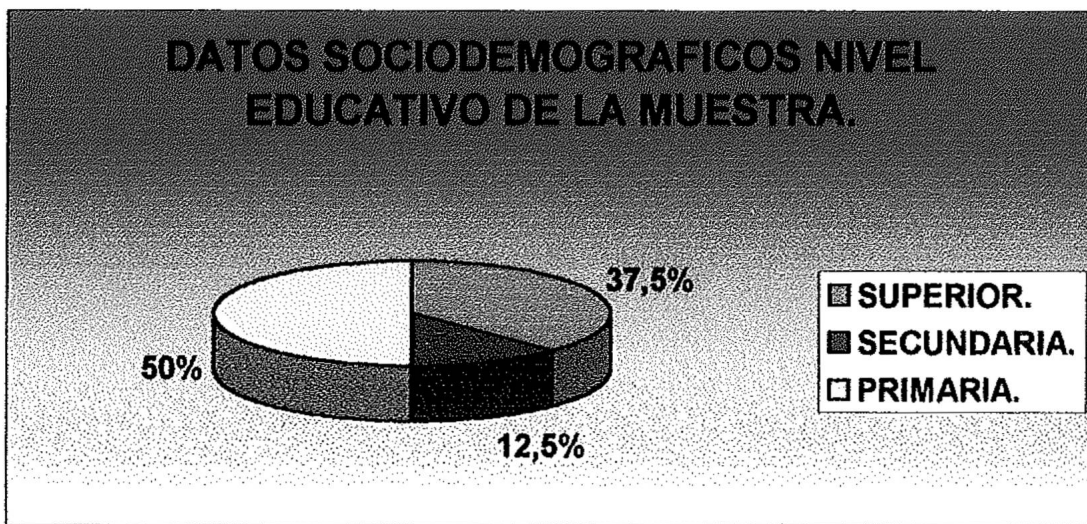


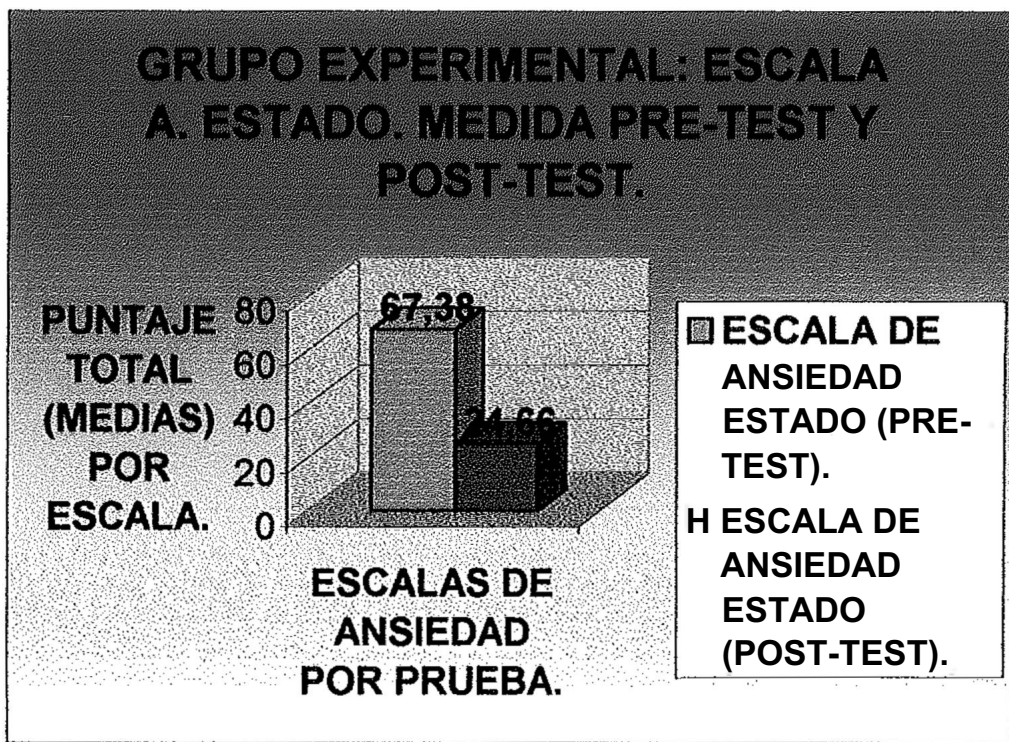
Figura 4. Nivel Educativo de la muestra.

El 50% de las pacientes realizaron solamente estudios primarios; el 12,5% alcanzó

un nivel de secundaria y el 37.5% restante de las pacientes encuestadas tienen estudios superiores.

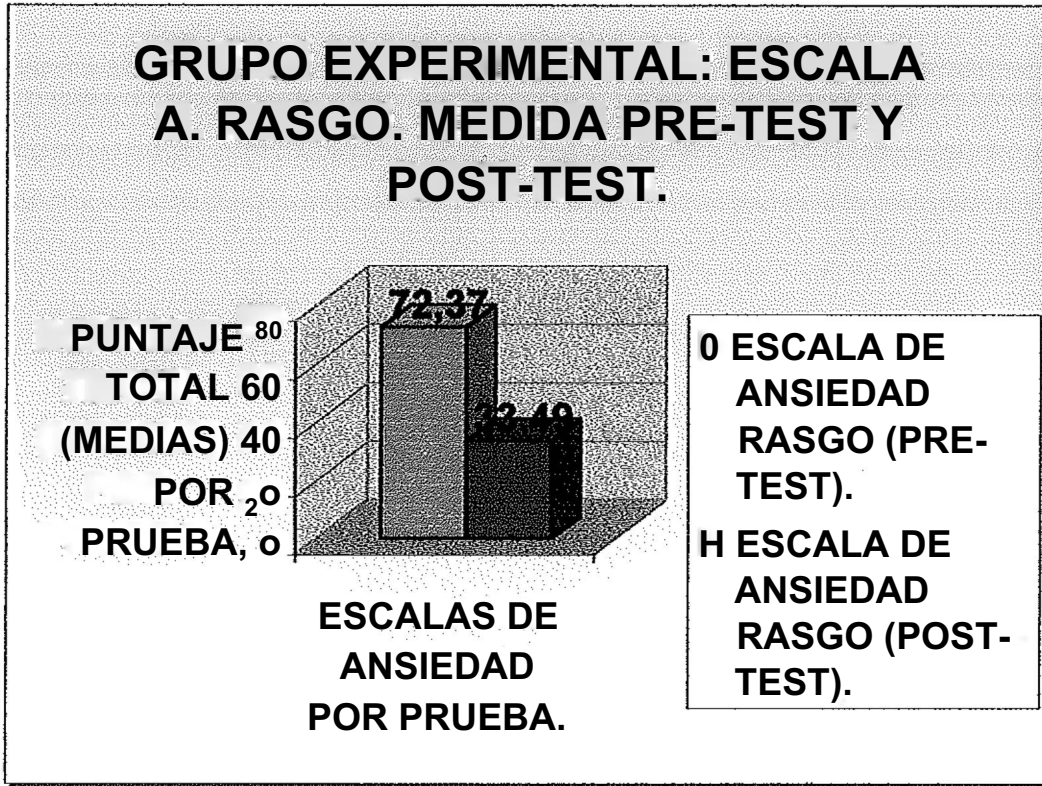
ANÁLISIS COMPARATIVO DE PROMEDIOS :
 MEDIDAS PRE-TEST Y POST-TEST EN EL GRUPO EXPERIMENTAL.

Figura 5. Resultados Totales de las medias aritméticas entre el Pre-test y el Post-test en el grupo Experimental: Escalas (A.-Estado) y (A.-Rasgo).



En la figura 5, se pueden apreciar los puntajes totales (medias aritméticas) por medidas en la Ansiedad Estado en el Grupo Experimental. En cuanto a la Ansiedad Estado, en la medida Pre-test el puntaje total obtenido fue de 67,38. En cuanto a la medida post-test se refiere, en la Ansiedad Estado, el puntaje obtenido fue de 24,66.

Figura 6 Resultados Totales de las medias aritméticas entre el Pre-test y el Post-test en el grupo Experimental: Escalas (A,-Estado) y (A.-Rasgo).

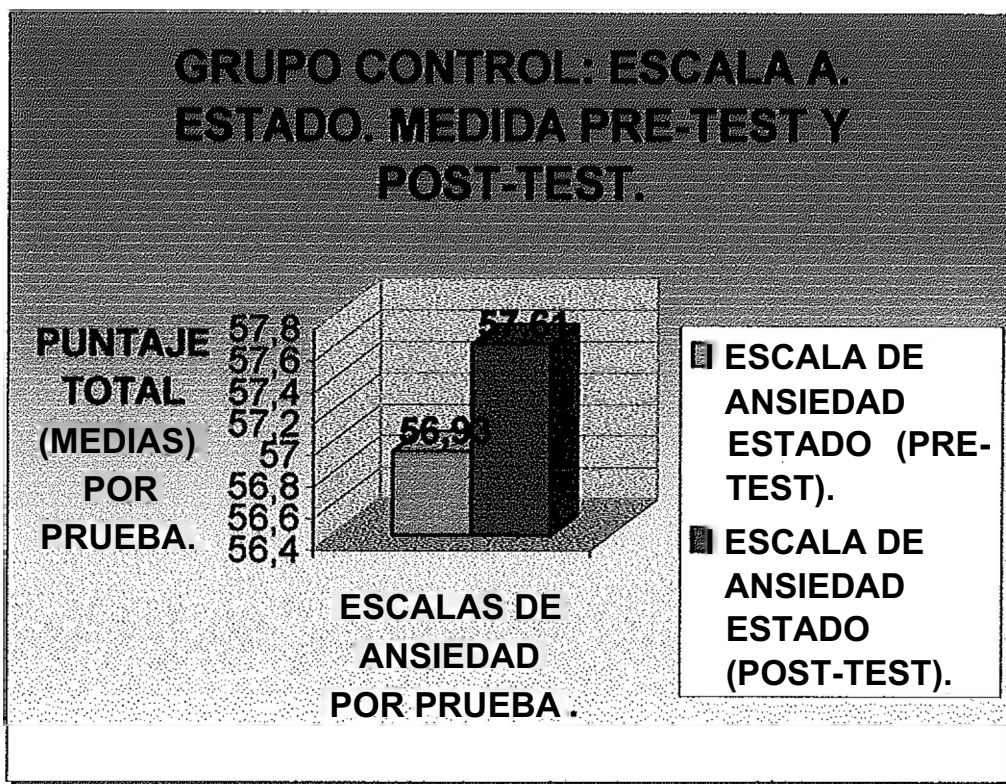


En la figura 6, se pueden apreciar los puntajes totales (medias aritméticas) por medidas en la Ansiedad Rasgo en el Grupo Experimental. En cuanto a la Ansiedad Rasgo, en la medida Pre-test el puntaje total obtenido fue de 72,37. En cuanto a la medida post-test se refiere, en la Ansiedad Rasgo, el puntaje obtenido fue de 33,49.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

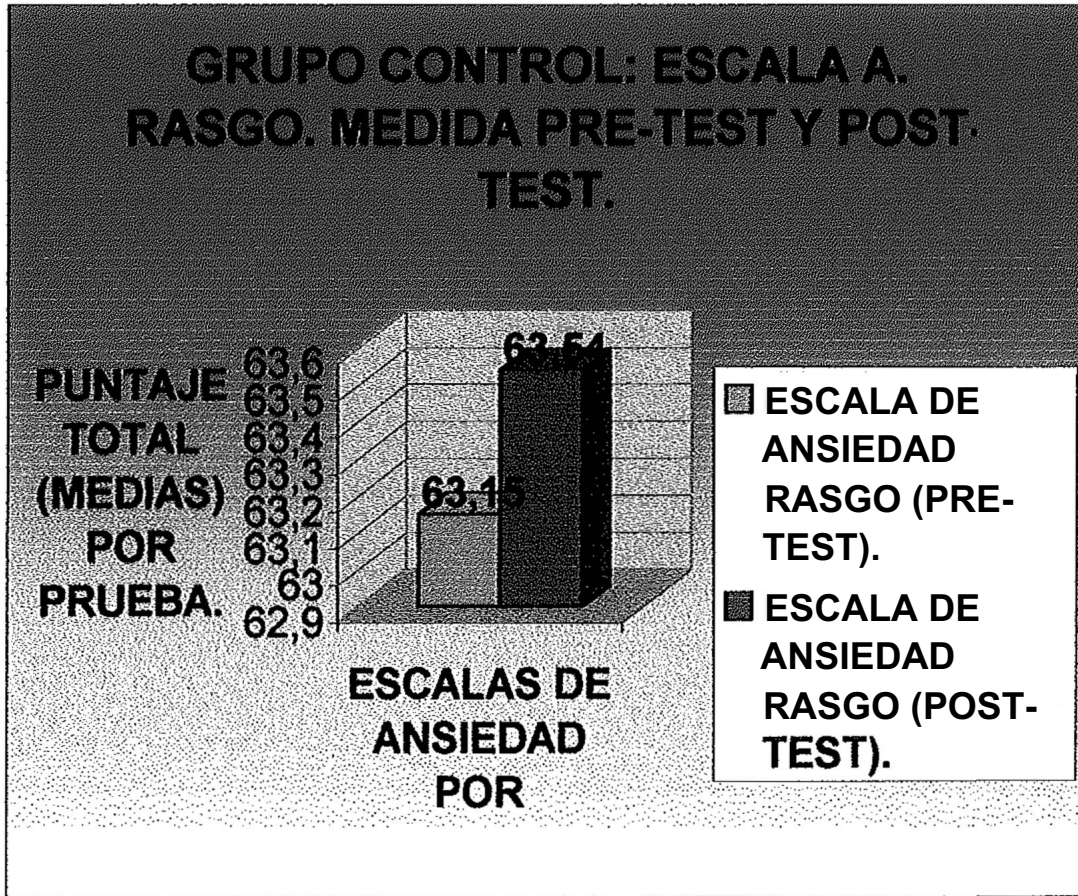
ANÁLISIS COMPARATIVO DE PROMEDIOS ;
MEDIDAS PRE-TEST Y POST-TEST EN EL GRUPO CONTROL.

Figura 7 Resultados Totales de las inedias aritméticas entre el Pre-test y el Post-test en el grupo Control: Escalas (A.-Estado) y (A.-Rasgo).



En la figura 7, se pueden apreciar los puntajes totales (medias aritméticas) por medidas en la Ansiedad Estado en el Grupo Control. En cuanto a la Ansiedad Estado, en la medida Pre-test el puntaje total obtenido fue de 56,93. En cuanto a la medida post-test se refiere, en la Ansiedad Estado, el puntaje obtenido fue de 57,61. Como se ha podido observar no existen diferencias significativas entre el puntaje obtenido en la Ansiedad Estado en la medida Pre-test y el puntaje obtenido en la Ansiedad Estado en la medida Post-test.

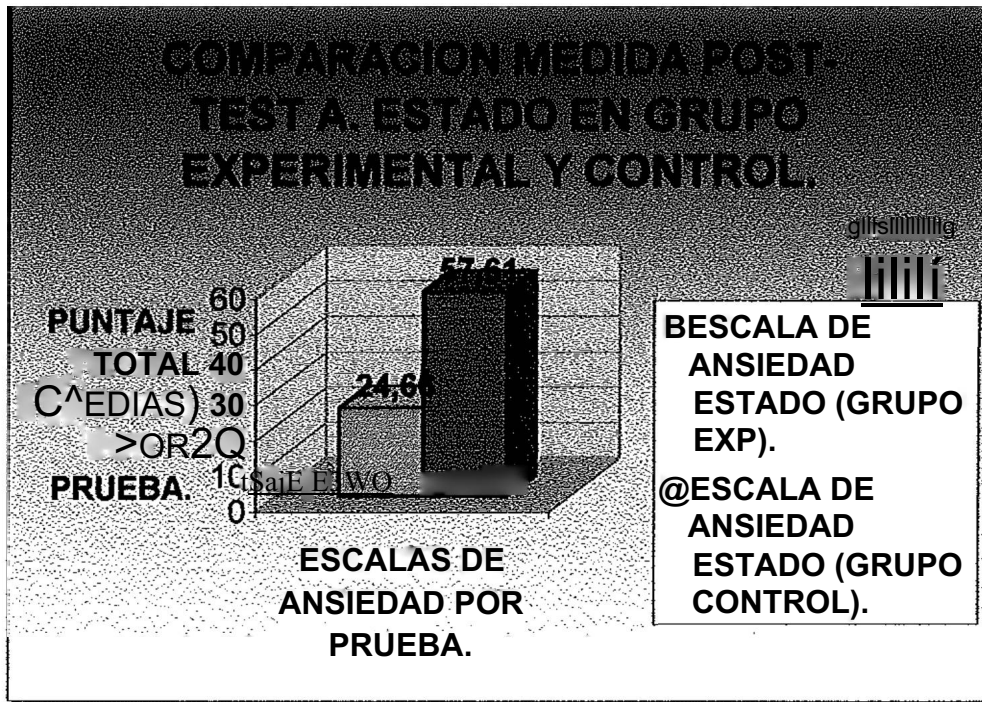
Figura 8 Resultados Totales de las medias aritméticas entre el Pre-test y el Post-test en el grupo Control: Escalas (A.-Estado) y (A.-Rasgo).



En la figura 8, se pueden apreciar los puntajes totales (medias aritméticas) por medidas en la Ansiedad Rasgo en el Grupo Control. En cuanto a la Ansiedad Rasgo, en la medida Pre-test el puntaje total obtenido fue de 63,15. En cuanto a la medida post-test se refiere, en la Ansiedad Rasgo, el puntaje obtenido fue de 63,54. Como se ha podido observar no existen diferencias significativas entre el puntaje obtenido en la Ansiedad Estado en la medida Pre-test y el puntaje obtenido en la Ansiedad Estado en la medida Post-test.

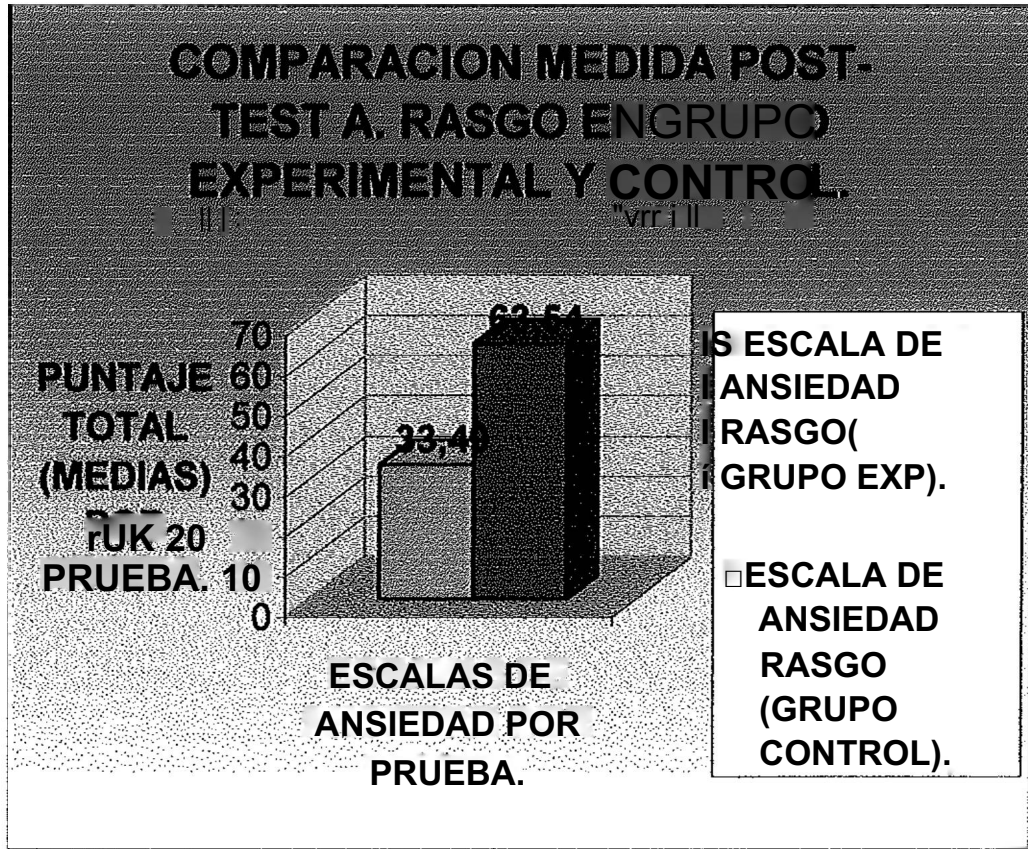
ANÁLISIS COMPARATIVO DE PROMEDIOS :
COMPARACIÓN MEDIDA POST-TEST EN GRUPO EXPERIMENTAL Y
GRUPO CONTROL.

Figura 9 Resultados Totales de las medias aritméticas en el Post-test entre el grupo Experimental y el grupo Control: Escalas (A.-Estado) y (A.-Rasgo).



En la figura 9, se pueden apreciar los puntajes totales (medias aritméticas) en la medida Post-test en la Ansiedad Estado entre el Grupo Experimental y el Grupo Control. En cuanto a la Ansiedad Estado, en el Grupo Experimental el puntaje total obtenido fue de 24,66. En la Ansiedad Estado, en cuanto al Grupo Control se refiere, el puntaje obtenido fue de 57,61. Como se ha podido observar existen diferencias significativas en la Ansiedad Estado entre los dos Grupos de estudio, comprobando con esto la efectividad de la variable Independiente (Programa Terapéutico) sobre la variable Dependiente (Ansiedad), logrando con esto que se de una reducción en los niveles de Ansiedad Estado en cuanto al grupo Experimental se refiere, al haberse aplicado el Programa Terapéutico.

Figura 10 Resultados Totales de las medias aritméticas en el Post-test entre el grupo Experimental y el grupo Control: Escalas (A.-Estado) y (A.-Rasgo).



En la figura 10, se pueden apreciar los puntajes totales (medias aritméticas) en la medida Post-test en Ansiedad Rasgo entre el Grupo Experimental y el Grupo Control. En cuanto a la Ansiedad Rasgo, en el Grupo Experimental el puntaje total obtenido fue de 33,49. En la Ansiedad Rasgo, en cuanto al Grupo Control se refiere, el puntaje obtenido fue de 63,54. Como se ha podido observar existen diferencias significativas en la Ansiedad Rasgo entre los dos Grupos de estudio, comprobando con esto la efectividad de la variable Independiente (Programa Terapéutico) sobre la variable Dependiente (Ansiedad), logrando con esto que se de una reducción en los niveles de Ansiedad Rasgo en cuanto al grupo Experimental se refiere, al haberse aplicado el Programa Terapéutico.

Análisis Estadístico Inferencial.Tabla 5. Estadígrafos para la comparación entre el Pre-test y el pos-test del grupo Experimental.

S	AEPRE	AEPOST	D ²	ARPRE	ARPOST	D ²
1	67	21	2116	69	28	1681
2	62	20	1764	75	20	3025
3	67	21	2116	68	28	1600
4	76	20	1764	74	20	2916
5	66	20	1764	71	20	2601
6	68	21	2116	66	28	1444
7	62	32	900	74	47	729
8	69	33	1296	80	47	1089
\bar{X}	67,38	24,66		72,37	33,49	
S	4,23	5,74		4,26	11,36	
S			13836			15085

Nota: S hace referencia al sujeto.

AEPRE a la Ansiedad Estado en el Pre-test.

AEPOST a la Ansiedad Estado en el Post-test.

ARPRE a la Ansiedad Rasgo en la Pre-test.

ARPOST a 1 Ansiedad Rasgo en la Post-test.

D a la diferencia entre los dos datos (del Pre y el Post).

\bar{x} a la media aritmética.

S a la desviación estándar.

S a la sumatoria.

Para la Ansiedad Estado del Grupo Experimental:

S	AEPRE	AEPOST
1	67	21
2	62	20
3	67	21
4	76	20
5	66	20
6	68	21
7	62	32
8	69	33
\bar{X}	67,38	24,66

Nota: S hace referencia al sujeto.

AEPRE a la Ansiedad Estado Pre-test.

AEPOST a la Ansiedad Estado Post-test.

\bar{X} a la media aritmética.

$$1. \text{ x } \bar{P}re = 67,38$$

$$\bar{X}Post = 24,66$$

$$2. \quad S = \frac{\sqrt{13836 - (67,38 - 24,66)^2}}{8}$$

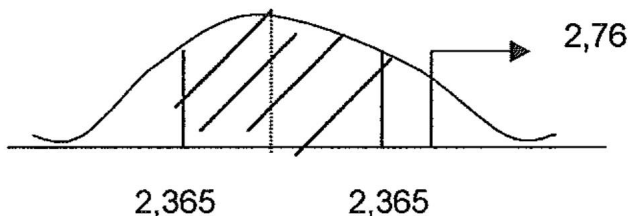
$$S = 41,07$$

$$3. \quad Gdíf = \frac{41,07}{2,65}$$

$$Gdíf = 15,50$$

$$4. \quad t \text{ Calculado.} = \frac{42,92}{15,50} = 2,76 \text{ t}$$

5. $GL = 7 = 2,365$ (Ver tab|Q t Asociado $p=0.05$ t)



Si existen diferencias significativas entre el Pre y el Post en la Ansiedad Estado, luego el programa si logró reducir el nivel de Ansiedad en las pacientes con cáncer de mama, es decir, fue efectivo, comprobándose así la H_1 (hipótesis de investigación) para el Grupo Experimental del estudio.

Para la Ansiedad Rasgo del grupo Experimental:

S	ARPRE	ARPOST
1	69	28
2	75	20
3	68	28
4	74	20
5	71	20
6	66	28
7	74	47
8	80	47
\bar{X}	72,37	33,49

Nota: S hace referencia al sujeto.

ARPRE a la Ansiedad Rasgo Pre-test.

ARPOST a la Ansiedad Rasgo Post-test.

\bar{X} a la media aritmética.

$$1. \bar{x}_{Pre} = 72,37 \quad \bar{x}_{Post} = 33,49$$

$$2. S = \sqrt{\frac{15085}{8} (72,37 - 33,49)^2}$$

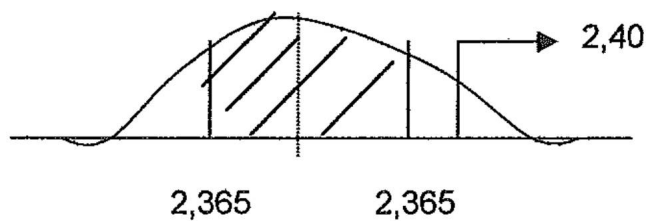
$$S = 42,97$$

$$3. G_{dif} = \frac{42,97}{2,65} = 16,22$$

$$4. t_{Calculado} = \frac{38,88}{16,22} = 2,40$$

$$5. GL = 7 > 2,365 \text{ (ver tabla t) } t_{Asociado} P=0.05$$

6.



Si hay diferencia significativa entre el Pre y el Post en la Ansiedad Rasgo, luego el programa si logró reducir el nivel de ansiedad en las pacientes con cáncer de mama, es decir, fue efectivo, comprobándose así la H_1 (hipótesis de investigación) para el grupo experimental del estudio.

Con relación al comportamiento de la muestra para la Ansiedad Estado en el post- test tanto del grupo experimental como el grupo control tenemos:

S	AEPOST (GRUPO EXP).	AEPOST (GRUPO CONTROL).
1	21	60
2	20	53
3	21	74
4	20	53
5	20	35
6	21	60
7	32	53
8	33	58
\bar{X}	24,66	57,61

Nota: S hace referencia al sujeto.

AEPOST a la Ansiedad Estado Post-test en el Grupo Experimental.

ARPOST a la Ansiedad Estado Post-test en el Grupo Control.

\bar{X} a la media aritmética.

$$1. \quad \bar{X}_I = 24,66 \qquad \bar{X} = 57,61$$

$$2. \quad S_I = 5,74 \qquad S = 9,70$$

$$3. \quad G\bar{X}_I = 2,17 \qquad G\bar{X} = 3,68$$

$$4. \quad Gd_{if} = \sqrt{(2,17)^2 + (3,68)^2}$$

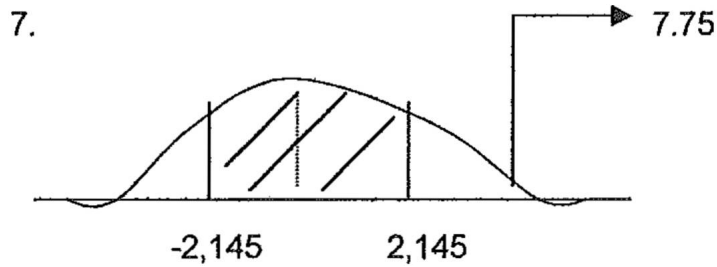
$$Gd_{if} = \sqrt{4,714 + 13,4}$$

$$Gd_{if} = 4,25$$

5.
$$t = \frac{24,66 - 57,61}{4,25}$$

t Calculado = 7,75

6. GL = 14 $\text{---} > 2,145$ (ver tabla t) **t Asociado P = 0.05**



Si hay diferencia significativa entre la Ansiedad Estado con relación al Post-test del Grupo Experimental y el Grupo Control, con ello se comprueba que el programa fue efectivo al lograr disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes con Cáncer de mama en cuanto al Grupo Experimental se refiere, corroborando las H_1 y H_0 (hipótesis de investigación) para los grupos de estudio.

Con relación al comportamiento de la muestra para la ansiedad Rasgo en el post- test tanto del grupo experimental como el grupo control tenemos:

S	ARPOST (GRUPO EXP).	ARPOST(GRUPO CONTROL).
1	28	61
2	20	64
3	28	75
4	20	56
5	20	53
6	28	75
7	47	54
8	47	62
\bar{X}	33,49	63,54

Nota: S hace referencia al sujeto.

ARPOST a la Ansiedad Rasgo Post-test en el Grupo Experimental.

ARPOST a la Ansiedad Rasgo Post-test en el Grupo Control.

\bar{X} a la media aritmética.

$$1. \bar{X}_i = 33,49$$

$$\bar{X} = 63,54$$

$$2. S_i = -11,36$$

$$S = 8,28$$

$$3. G\bar{X}_i = 4,29$$

$$G\bar{X} = 3,12$$

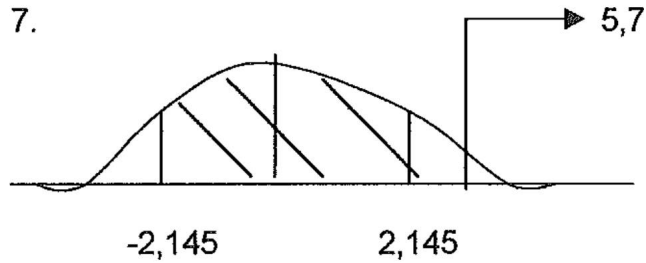
$$4. Gdif = A/(4,29)^2 + (3,12)^2$$

$$Gdif = 5,30$$

$$5. t = \frac{33,49 - 63,54}{5,30}$$

t Calculado = 5,7

6. GL = 14 (Ver tabla t) **t Asociado P = 0.05**



Si hay diferencia significativa entre la Ansiedad Rasgo en el post del grupo Experimental y el grupo Control, comprobando así las H_1 y H_0 (hipótesis de investigación) para los grupos de estudio.

Con el procedimiento anterior, se logró comprobar la reducción del nivel de ansiedad o control de la misma, a través de la participación de las pacientes con cáncer de mama en el programa terapéutico elaborados por los investigadores, demostrándose así la alta efectividad del mismo.

Discusión

Al concluir la presente investigación se puede afirmar que fue posible desarrollar un Programa Psicológico con el fin de reducir en la mayoría del los casos la intensidad de la tensión causante de la ansiedad, lográndose manejar y controlar los niveles de ansiedad por estado (general) y por Rasgo (personal) y facilitar un mejor aprovechamiento y adaptación del tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia en Pacientes con Cáncer de Seno en la Clínica Carlos Ardila Lulle de la ciudad de Bucaramanga. De igual forma, durante las sesiones se pudo ofrecer la asistencia emocional necesaria a fin de contribuir a resolver inquietudes que proporcionaban angustia a las pacientes, se logro canalizar dicha angustia y manejar la ansiedad, objetivo de la presente investigación.

Las mujeres participantes en el Programa terapéutico se encuentran en un rango de edad entre 40 a 45 años y 63 a 68 años; en el cual el 75% de las pacientes que participaron en la investigación están casadas y un 25% de dichas pacientes son solteras, con un nivel educativo de básica primaria del 50%, de secundaria 12,5%, de estudios superiores del 37,5% y en su mayoría amas de casa. Mediante la Aplicación del Programa Terapéutico se logró que se disminuyera la ansiedad de las pacientes del grupo Experimental dando respuesta a la pregunta del problema sobre la efectividad del Programa, puesto que se hallaron diferencias significativas entre la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo en las medidas Pre-test y post-test. En cuanto a la Ansiedad Estado para el grupo Experimental en el Pre-test encontramos una media aritmética o puntaje obtenido de 67,38, en el Post-test encontramos una media aritmética o puntaje de 24,66, un puntaje t calculado de 2,76, grados de libertad (GL) de 7 (2,365) con un nivel de significancia del ($P = 0.05$); comprobando con estos resultados que si existen diferencias significativas entre el Pre-test en la Ansiedad Estado y se acerca a ser una distribución Normal. En cuanto a la Ansiedad Rasgo para el Grupo Experimental en la medida pre-test encontramos una media aritmética o puntaje obtenido de 72,37, en el post-test encontramos una media aritmética o puntaje obtenido de 33,49, un puntaje t calculado de 2,40, grados de libertad (GL) de 7 (2,365) con un nivel de significancia del ($P = 0.05$); comprobando con estos resultados que si existen diferencias significativas entre el Post-test en la Ansiedad Rasgo y se acerca a ser una distribución normal.

UNIVERSIDAD DE BUARAMANGA

En cuanto a la Ansiedad Estado para el Grupo Experimental y el Grupo Control en la medida Post-test se obtuvieron medias aritméticas o puntajes totales de 24,66 (Grupo Experimental) y de 57,61 (Grupo Control); además de un puntaje t calculado de 7.75, grados de Libertad (GL) de 14 (2,145) con un nivel de significancia del ($P = 0.05$); comprobando con estos resultados que si existen diferencias significativas entre el Grupo Experimental y Control en la medida Post-test para la Ansiedad Estado y que con estos resultados se acerca a ser una distribución normal.

En cuanto la Ansiedad Rasgo para el Grupo Experimental y el Grupo Control en la medida Post-test se obtuvieron medias aritméticas o puntajes totales de 33,49 (Grupo Experimental) y de 63,54 (Grupo Control); además de un puntaje t calculado de 5.7, grados de Libertad (GL) de 14 (2,145) con un nivel de significancia del ($P = 0.05$); comprobando con estos resultados que si existen diferencias significativas entre el Grupo Experimental y Control en la medida Post-test para la Ansiedad Rasgo y que con estos resultados se acerca a ser una distribución normal.

Con el análisis anterior podemos comprobar si el programa logró reducir el nivel de Ansiedad en las pacientes con cáncer de mama, es decir, se ha podido demostrar así la efectividad de la variable Independiente (Programa Terapéutico) sobre la variable Dependiente (Ansiedad), para los grupos de estudio; teniendo en cuenta que la ansiedad es como la define Lazarus (1976), una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar, independientemente de su grado, puede reducir sustancialmente la calidad de vida de los pacientes con cáncer y de sus familias, por lo tanto, debe evaluarse y tratarse.

En estos términos, los procesos críticos de la relación medio-individuo son la evaluación cognitiva y el afrontamiento. Los pacientes pueden experimentar ansiedad moderada o severa mientras esperan los resultados de las pruebas de diagnóstico. Para los pacientes que reciben tratamiento, la ansiedad también puede aumentar la posibilidad de sufrir dolor, otros síntomas de angustia y trastorno de reposo, y puede ser un factor principal en la náusea y los vómitos precursores. Se ha mostrado que, de dejarse sin tratar, la ansiedad puede conducir a la muerte prematura (Reig, 1983).

La ansiedad es considerada como un compendio de variables que estas mujeres

desarrollan desde el momento mismo en que se enteraron del diagnóstico de su enfermedad hasta el día de hoy. Este estado permanente de incertidumbre y desasosiego que en la mayoría de los casos persiste en este tipo de pacientes desata otros fenómenos psicológicos que no facilitan el proceso patológico sino por el contrario lo entorpecen repercutiendo en el bienestar integral de la paciente oncológica.

(Rojas, 1989).plantea que cuando la ansiedad sobrepasa los límites se convierte en un problema de salud que aunado al diagnóstico de cáncer, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales. Como se evidencia en los resultados encontrados a lo largo de la investigación.

En la actual investigación se tuvo en cuenta la ansiedad por Estado-Rango; siendo predominante la Ansiedad por Rasgo. En Medicina se considera rasgo lo que permanece durante toda la vida de un individuo o su mayor parte (si puede ser modificado con tratamiento), por ejemplo el color de la piel; este tipo de ansiedad prevaleció sobre la ansiedad por estado en las pacientes oncológicas de la Clínica Ardila Lulle.

Lo anterior puede deberse a que el proceso patológico del cáncer no es un fenómeno individual (Sandin y Chorot, 1986). Sino más bien involucra la propia experiencia interna del paciente, los cuales se reflejan tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento en la tensión) como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación y aceleración respiratoria) La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad. De igual forma implicar cambios de conducta, como la expresión facial y movimientos o posturas corporales hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape y evitación.

Lo anterior descrito por el autor, corrobora los resultados obtenidos a lo largo de las sesiones en donde se evidencia claramente la situación descrita por las pacientes, la cual se manifestaba en: angustia, temor, ansiedad e incertidumbre después de conocer el diagnóstico, Se preocupan por las recaídas, el deterioro y el final de la enfermedad. Temen al dolor se sienten rechazadas por sus esposos, sienten que la vida sexual se acaba, Expresaban sentimientos de intolerancia e inaceptación de su cuerpo, cambios

físicos etc. Manifestaban desinterés por su apariencia personal, sentimientos de ambivalencia frente a la aceptación de si mismas, sentimientos de lastima por parte de la familia y una sensación de inutilidad para la sociedad, expresados en falta de apoyo, de afecto familiar y expresiones de inutilidad social. Describían así mismo sentimientos de nostalgia e impotencia, culpa por no haber asistido al médico con tiempo, finalmente, expresaban haber perdido el sentido e interés por la vida, lo cual se puede asociar a los sentimientos de tristeza y depresión.

Otro factor relevante en estos casos es la edad, como se observa en los gráficos de los datos sociodemográficos, para una persona anciana, el cáncer puede significar sobre todo convertirse en una carga para los demás a lo largo de la evolución de su grave enfermedad; en una paciente más joven, se ven amenazadas su carrera, su sexualidad y su vida familiar. Los ancianos pueden sufrir una mayor depresión mientras que los jóvenes pueden mostrar más ira y una actitud menos cooperadora como expresión de aquella. A cualquier edad, la alteración de la función, aunque sea transitoria, resulta perturbadora cuando afecta las actividades consideradas como vitales y obliga a modificar los motivos personales.

Unido a lo anterior, en algunos casos particulares, las señoras que asistían a la terapia venían directamente del tratamiento de quimioterapia y radioterapia razón por la cual expresaban dolores en distintas partes del cuerpo (estómago, brazos) mareos, falta de concentración etc.

Cabe anotar que como lo menciona Fonnegra (1996) cuando hace referencias a la forma particular como cada paciente reacciona, lo que depende de varios factores, entre ellos que tan sorpresivo es el diagnóstico, si por algún motivo resultaba esperable, el momento del ciclo vital en que se manifiesta la enfermedad, las características de su personalidad, los mecanismos adaptativos que haya empleado con éxito en previos momentos difíciles, el balance que pueda hacer de su vida, el tipo de enfermedad y el futuro previsible, la manera como fue informado, el grado de apertura de la comunicación y el apoyo que pueda derivar de su familia. Aunque en muchos casos puede haber inicialmente una aparente ausencia de reacción y un enfrentamiento valeroso, confiado y tranquilo a la noticia, en el curso del recorrido que va desde el diagnóstico hasta la muerte la respuesta personal fluctúa, y así como se presentan

períodos de negación en los que la persona sigue viviendo como si no tuviera ninguna enfermedad o como si no supiera que va a morir como consecuencia de ella, en otros momentos, al ceder la negación, surge la tristeza, el miedo paralizante, la angustia ante la muerte, muchas preguntas sin respuesta, la revisión de las tareas pendientes y el dolor de tener que separarse de los seres queridos, de todo lo suyo, de la vida.

De todas formas, resulta muy difícil prever las reacciones de las pacientes y para ello se necesita un considerable conocimiento de las pautas de conducta básicas del individuo y de su capacidad para desarrollar modelos compensadores.(Rehabilitación de pacientes con cáncer y medidas generales de apoyo).

Entre las fortalezas encontradas por los investigadores está la participación, el anhelo y la disposición que en todo momento manifestaron la mayoría de las participantes enriqueció la investigación toda vez que expresaron sus sentimientos, pensamiento, temores para que otras personas en su misma condición puedan darse cuenta que lo que les sucede y experimentan les ha sucedido a otras mujeres que decidieron enfrentar con valor la enfermedad sin importar el desenlace final.

SUGERENCIAS

De otro lado, cabe anotar, que a lo largo de la investigación se presentaron dificultades en el momento de la escogencia de la institución clínica. Inicialmente se contactó al director médico del Hospital Ramón González Valencia quien inicialmente aceptó pero luego fue imposible conseguirlo a fin de que garantizara el acceso y la permanencia en la institución. Inmediatamente se comenzaron las diligencias a fin de ubicar al Director médico de la Clínica Carlos Ardila Lulle, quien por sus múltiples ocupaciones remitió a los investigadores a las oncólogas, psicólogas e incluso a patólogos a fin de que ellos supervisaran y facilitaran el trabajo al interior de la institución, el cual después de muchas largas filé permitido el acceso de los investigadores.

Una vez fijadas las fechas de intervención entre la psicóloga a cargo y los investigadores en repetidas ocasiones dichas fechas fueron cambiadas sin previo aviso por parte de la psicóloga de la Clínica, viendo los investigadores la necesidad de citar telefónicamente de nuevo a cada una de las pacientes y garantizar que no se cancelaría de nuevo. Esto fue un factor determinante para la asistencia de algunas de ellas ya que en algunos casos tenían que contar con los hijos o el esposo para que les diera el permiso de asistir incluso las transportará.

Finalmente cabe resaltar de manera importante el hecho de establecer de una forma más eficiente y eficaz canales de comunicación entre el personal médico de la institución y el personal Docente como también los futuros estudiantes que presenten proyectos de investigación en las diversas áreas que ofrezca la facultad de Psicología; ya que en la mayoría de las ocasiones al estudiante se le orienta indagar, buscar, establecer y contactarse con muchas instituciones para poder realizar la aplicación de su proyecto encontrándose en la mayoría de los casos con muchos inconvenientes administrativos; es decir, si existen convenios con instituciones y organizaciones en las cuales le colaboren al estudiante en la realización de sus proyectos de grado, que dichos convenios faciliten los trámites administrativos para que los estudiantes puedan tener un acceso fácil a la muestra o a su población objeto de estudio y no por el contrario enrutarse en un círculo vicioso en el cual salen variables que demoran y dificultan el acceso y la manipulación

de la población por parte de los estudiantes, logrando con esto demoras en la aplicación, elaboración y redacción de resultados entre otros aspectos.

Referencias

- Albonico, H. (2001). Medicina, fascinación y desafío: Trastornos de Ansiedad (cap. 5,146). Argentina: Edit. Nike. American Psychiatric Association (1994)
- Arraztoa, J (1997). Cáncer. Diagnóstico y Tratamiento. Madrid, Editorial Mediterráneo.
- Arrivillaga, M. (2.000). Aspectos claves de la intervención psicológica ante el diagnóstico de una enfermedad crónica: Una experiencia con cáncer de cuello de útero. 5º Congreso iberoamericano de Psicología de la salud: Cartagena.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (1.995). DSM IV. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masón: Barcelona.
- Avia, M. (1991). El fenómeno del pánico: Modelos conceptuales e implicaciones para el tratamiento. Clínica y Salud.
- Ayuso, J.I (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Martínez Roca.
- Azar, B. (1.999). The stress of a cáncer diagnosis affects lives and treatment. A.P.A. Monitor, special issue on psychology and cáncer. 30. 6.
- Bárrelo, O. y Pedrozo, y. (1.999). Programa de intervención cognitivo conductual a familiares de pacientes que padecen cáncer en fase terminal. Tesis de grado. Universidad Pontificia Bolivariana: Bucaramanga.
- Bayes, R. (1.996). Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer: El impacto psicológico del cáncer. En: González, M. Tratado de Medicina paliativa y de soporte en el enfermo con cáncer Panamericana: Madrid.
- Bayos, R. (1.991). Psicología Oncológica. Madrid: Martínez Roca.
- Beneit, (1994). Psicología de la salud.
- Botella, L. y Feixas, G. (1.994). Eficacia de la Psicoterapia: Investigaciones de resultados. Valencia: Promolibro
- Bragado, C. (1.994). Terapia de Conducta: Trastorno de ansiedad. Madrid: Fundación Universitaria Empresa.
- Brodle, (1983). Signs & Svmpptoms in Psychiatry Lippincott. Philadelphia, 1983.
- Campos, C. y Triana, M. (1.992). Efectos de un taller cognoscitivo comportamental en pacientes con cáncer ginecológico en el grado de afrontamiento al diagnóstico.

Investigación Institucional. Santa fe de Bogotá: Universidad Católica.

Casalod, (2001). La Psiconcología. Un Nuevo Enfoque México. Editorial Prentice hall 1956.

Cancermail@icicc.nci.nih.Gov

Castelnuevo - Tedesco, (1995). Brief Psychotherapy American Handbook of Psychiatry Basic Books. New York. 1995.

Castellanos, C. (1.997). Elaboración de una cartilla guía para el cuidado del paciente en fase terminal en casa. Tesis de grado. Santa fe de Bogotá:

Universidad Católica.

Castro C. (2002) Gula de Práctica Clínica de enfermedades neoplásicas.

Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología.

Castro y Cobos. (1999). El artículo Revista Médica UIS, Titulado “Registro y Análisis del Comportamiento del Cáncer en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga durante los años de 1990 a 1995”.

Castro, M. (1999). Remodelación del servicio de oncología de la E.S.E. HURGV de Bucaramanga Santander. Bucaramanga: Unidad Oncológica de E.S.E.

Coderch, I (1975). Psiquiatría dinámica. Herder: Barcelona.

Creus, M. (1.991).). Evaluación de la Sexualidad en pacientes oncológicas. Análisis y Modificación de Conducta.

De la Gándara, M. (1999) Ansiedad y Angustia: causas, síntomas tratamiento. Madrid: Pirámides.

Diazgranados, D. (1983). (Psiquiatría de Enlace en Cancerología). Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XI!, No. 1.

Diccionario Círculo de Lectores 1984.

(Evanjis 1926). Psiquiatría de enlace en cancerología: Revista Colombiana de Psiquiatría Vol.XILNo.1, 1983.

Seifert, C y Rial, B. (2002). Efectos Psicológicos en el paciente con Cáncer Ginecológico. Pág. 1-5. Buenos Aires, Argentina, (en red)

amauta@pinos.com

Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1.999). Emociones y salud. Editorial Ariel Psicología.

- Florez, Luis (1991). La Psicología de la Salud y sus Relaciones con la Medicina Conductual. Revista de Psicología. Vol. XXVI.
- Fonnegra, I. (1999). Preguntas y Respuestas. De cara a la muerte, (pág. 157). Editorial Intermedio. Circulo de Lectores.
- Fuentes, H. (2001). Revista Virtual de Patología Cervical y Colposcopia.
<http://www.cáncercuellouterino.com>.
- Gómez (1994). El Psicólogo y las necesidades psicológicas del Enfermo terminal. España, Editorial Cultura Latina Arán.
- Groossart - Maticsek, citado por Latorre, (1994). Revista Latinoamericana de Psicología. Vol 30. 1998 No. I.
- Guías de práctica Clínica en enfermedades neoplásicas, instituto Nacional de Cancerología, Bogota-Colombia. Pág 87-88-89 2001
- Holland (1996). Psychoterapeutic Interventions. Psychological care of the patients with cáncer. New York: Oxford University Press 1989).
- <http://www.cancer.gov/frastomos> de la Ansiedad PDQ®.: servicio de información del Cáncer. 1-800-422-6237.
- <http://wwwv.psiconcologia.org/articulos>.
- Guerra D, (1996). Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Instituto nacional de cancerología, Bogota-Colombia.
- Ibáñez y Durá. (1990). Artículo revista Latinoamericana de Psicología (Vol 30).
- Madrid, V. (2001). Rehabilitación de pacientes con cáncer y medidas generales de apoyo. <http://www.Psico-oncologia.otg/articulos>).
- Romero, (2001). Instituto Nacional de Cancerología. Publicaciones de la Revista Medicas UIS.
- Kaplan, H y Sandock, B. (1996). Sinopsis de Psiquiatría Clínica (8ª edición, cap. 16, 657). Editorial panamericana.
- Llombart, (1989). Manual de Oncología Básica. Barcelona, Asociación Española Contra el Cáncer y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Médicas UIS. (2000). 14: 92-7
- Méndez, X. (1998). Intervención en programas de prevención, en contextos comunitarios (170-273). Madrid: Síntesis Psicología.

- Mora, G. (1995). Valores Humanos y Actitudes Positivas. Santa Fé de Bogotá. Me Graw Hill, 1995.
- Murphy, L. (2000). Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society, segunda edición. Editorial Espinosa.
- Overholser, (1997). Las Alternativas de la Terapia del cáncer. Madrid, Edat. 1995.
- Papaba, D. y Sally. (2002). Trastornos físicos y Psicología de la salud . Sistema inmunológico y trastornos físicos.
- Patón, R. (1995). Las Alternativas de la Terapia del cáncer. Madrid, Edat. 1995.
- Piamonte, M. (1991) Universidad Nacional de Colombia. Facultad de ciencias humanas.
Artículo: Aspectos Psicológicos relacionados con los procedimientos quirúrgicos en el tratamiento del cáncer de cerviz: Revista de Psicología. (XXVI 73-92 No. 1, vol. 1).
- Pellicer, I. (1991). Evaluación de la Sexualidad en pacientes oncológicas. Análisis y Modificación de Conducta.
- Reed, W.H. Andrikowsky M. (1988) Behavioral intervention in cancer treatment controlling aversive reactions to chemotherapy. Masón: Barcelona.
- Reig, A (1983). Intervención psicológica en trastornos cardiovasculares. Análisis y modificación de conducta. (Vol. 2, cap. 9 271-308). Nueva York: Me Graw-Hill.
- Revista Colombiana de cancerología - Agosto 2001, vol., No. 2
- Revista latinoamericana de Psicología Vol. 30,1998 No.1
- Reyes, M. (1990). Conocimientos sobre el cáncer y actitudes frente a la enfermedad de pacientes que asisten al Instituto Nacional de Cancerología. Tesis de grado. Universidad Nacional: Santa Fe de Bogotá.
- Roa, A. (1995). Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. CEPE: Madrid.
- Roberts A y Padgett-vawn, B. (1999). Amor y sexualidad (p. 197).
- Rojas, E. (1989). La ansiedad como diagnóstico y superación del estrés. las fobias y las obsesiones. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Sandin y Chorot (1986), Perspectivas actuales y futuras de las evaluaciones psicológicas. Aportaciones recientes en psicopatología. Madrid: Novamedic.
- Salvatierra, (1995). Repercusiones del cáncer de mama. Revista de psicología general aplicada, (vol. 1, No 1). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: Facultad de

ciencias humanas.

Shapiro, D. (1988). Hacia una Medicina Comportamental Comprensiva. Revista Latinoamericana de Psicología.

Sexualidad y Cáncer Cervicouterino.: [http:// www.seer.cancer.gov /cancer.gov/sexualidad](http://www.seer.cancer.gov/cancer.gov/sexualidad) PDQ® 1997.

Simón , M. (1993). Psicología de la Salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Pirámide: Madrid.

Spielberger y Díaz-Guerrero. Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE) Aptitudes. Bogotá: TEA ediciones.

Suinn, R. (1999). Cáncer a Special Look. A.P.A. Monitor, special issue on Psychology and cáncer.

Valladares, (1996). Epidemiología y factores causales de cáncer, pág 11.

Weisburger, J. Y Williams, G. Oncología Clínica.: Causas del Cáncer, (pág. 11-21)

Zimbrado, (1982) Influencia Sobre las actitudes y modificación de la conducta. Santa Fé de Bogotá. Presencia 1982.

ANEXOS.

ANEXO 1

Programa Terapéutico Orientado a Disminuir la Ansiedad en Pacientes con Cáncer de

Seno

Este programa fue elaborado con el objetivo de ofrecer un aporte significativo en cuanto al manejo y/o control de la ansiedad se refiere, con el fin de mejorar la calidad de vida de las participantes. Además se pretendió a través de los diferentes temas ofrecer a la paciente espacios propicios para la expresión de sentimientos.

En él se encontraron estrategias y herramientas que les permitió obtener un mejor manejo y dominio de la nueva situación.

Cabe resaltar que el éxito del presente programa dependió en gran medida del interés y la motivación que se despertó en las participantes.

El programa consta de seis (6) sesiones. En la primera se recogieron los datos personales y se aplicó la medida Pre-test "IDARE", tanto al grupo control como al experimental. En las sesiones 2 a la 5 se desarrolló el contenido, con el grupo de estudio. En la sesión seis (6) se aplicó tanto al grupo control como experimental la medida Post-test.

Enfoque del Programa

Los estudios realizados por Holland (1996), demuestran que el cáncer puede presentar mejorías significativas con las intervenciones psicológicas independientemente de los enfoques utilizados y de las técnicas ya sean estas a nivel individual o grupal. También se ha demostrado que en aquellos individuos que tienen el apoyo de relaciones sociales es menor la mortalidad que entre los que carecen de ese apoyo.

La psicoterapia breve se entiende como una modalidad de intervención realizada en un número breve de sesiones, desde 15 hasta 40, con una intensidad de uno a dos sesiones semanales de 50 minutos de duración. El objetivo del tratamiento se centra en un conflicto emergente de la vida del consultante.

La técnica en esta variedad de psicoterapia, está fundamentada en la teoría psicodinámica que postula la existencia de un conflicto y de un sistema de defensas inconscientes, originadas en la vida temprana y que en la actualidad son proyectados a otras personas emocionalmente relacionadas.

A diferencia del psicoanálisis, la psicoterapia breve aborda lo que se conoce como el conflicto focal, con una intervención interpretativa más rápida que no de margen a una relación transferencial intensa y regresiva.

La brevedad del tratamiento exige una gran habilidad del terapeuta para una rápida evaluación psicodinámica del conflicto central, a la vez que, una muy definida capacidad para el control del vínculo transferencial y el momento oportuno para la interpretación.

Es así como la psicoterapia con el enfermo oncológico debe centrarse principalmente en la enfermedad y sus implicaciones, explorándose únicamente aquellos aspectos de la vida pasada y presente del paciente que afecten su adaptación al cáncer. Generalmente se emplean psicoterapias de apoyo breve, orientadas a solucionar crisis, en las que se facilita la expresión de sentimientos y temores acerca de la enfermedad y sus consecuencias, lo que permiten explorar, aclarar e interpretar temas que son relevantes en la situación inmediata.

Por tal motivo se ha hecho uso eficaz de los tratamientos psico-oncológicos en el control de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia; de la angustia, y de la ansiedad producidas por el tratamiento con radioterapia del dolor crónico y agudo; de la ansiedad y dolor asociados a pruebas diagnósticas y de trastornos sexuales secundarios a la enfermedad o su tratamiento (Reed, 1982). También se han utilizado eficazmente para mejorar la calidad de vida y la adaptación emocional del paciente.

Psico-educación

Greenly A. (1991), teniendo en cuenta que al margen de la experiencia de desesperanza ligada al diagnóstico, este supone reajustes psicosociales derivados de la rigidez del tratamiento, a las frecuentes hospitalizaciones, a las experiencias de indefensión y de incompreensión hacia la enfermedad, estas imágenes son voluntarias, creadas libremente en forma consciente y con propósito de diversión o intención espiritualista y se puede tomar la forma de imágenes mentales de las células de la enfermedad.

De esta manera la realización de la psicoeducación va orientada a que los pacientes vean la enfermedad como un desafío, utilizando como estilo de afrontamiento el espíritu de lucha o la evitación positiva, y de esta forma mejorar su esquema de supervivencia.

Terapia de Grupo

Según Seifert C. (2000) los grupos de apoyo en psicología son un campo de acción en el cual los integrantes del grupo se benefician de la observación de los otros. Esta observación es facilitadora de cambios en la autopercepción y el conocimiento de sí mismo. Sus efectos tienden a expandirse sobre el conjunto de comportamiento de los individuos.

La relación grupal permite una interacción social destinada al enriquecimiento mutuo por medio de la vivencia de los sentimientos que se desarrollan entre sus miembros.

El grupo permite, además, una interacción con expresión de sentimientos y actitudes que, en la vida corriente del individuo, permanecen fuertemente reprimidos, por carencia de los estímulos provenientes de otros miembros igualmente enfermos. La dinámica suscitada dentro del grupo, es a la vez, estimulada, orientada y finalmente interpretada por el psicoterapeuta que maneja el grupo (Coderch 1975),

Terapia por Visualización

Los programas para la supervivencia de los pacientes oncológicos, Simonton y Mathemathews-Símonton (como se cita en Ibáñez y Durá, 1990) han puesto en práctica una técnica que se fundamenta en las actuales teorías acerca de las imágenes mentales y que es conocida como Terapia por Visualización. Su objetivo fundamental es modificar la percepción que el paciente tiene de su enfermedad así como potenciar sus mecanismos inmunológicos de defensa. Las dos estrategias fundamentales de este programa, practicadas 3 veces al día en sesiones de 10 a 15 minutos, consisten, por una parte en tratar de visualizar mentalmente la acción positiva de las defensas naturales del organismo y del tratamiento médico, frente a la proliferación de células cancerosas; y por otra en la práctica de relajación.

Se refiere a un grupo de ejercicios que emplean imaginación consciente intencional, utilizando la auto-sugestión para propósitos psicológicos y fisiológicos. La técnica consiste en comenzar un proceso de meditación durante el cual el practicante de la técnica viaja mentalmente hacia lugares que ha visitado anteriormente y en los cuales ha experimentado un estado de relajamiento y paz. En otras palabras, es como coger unas "vacaciones mentales". Uno de los aspectos importante de esta técnica es tratar de

visualizar la mayor cantidad posible de detalles. Por ejemplo, si el practicante viaja hacia el Yunque (o un bosque tropical), cerca de un riachuelo y cascada, debería visualizar y vivir el sonido del agua que corre del a través del riachuelo y la cascada a bajar, escuchar pajaritos o cotorras cantando, el fresco y caricias de la brisa sobre su piel y observar como estas mueven las hojas de los árboles, sentir el aire fresco y puro que entra por sus pulmones, en fin, detalles de la naturaleza ecológica en la cual se encuentra sumiso e integrado el visualizante, las cuales promueven la relajación. Todos estos detalles ayudaran para la respuesta de relajamiento. Cuando regrese de dichas vacaciones "mentales", habrá de sentirse bien relajado y preparado para las tareas que le esperan en su día de trabajo. Estas técnicas se han utilizado también con frecuencia para combatir ciertas condiciones patológicas (enfermedades) terminales, tales como los tumores cancerosos y el SIDA.

Desde el decenio de los veinte, los médicos saben que muchos casos de verrugas pueden curarse por sugestión hipnótica. Aunque este fenómeno ha sido objeto de numerosos estudios científicos durante largos años, nadie sabe exactamente cómo se produce. La mayoría de los investigadores creen que de alguna forma la hipnosis permite que todo el sistema inmunitario se movilice y combata el virus causante de la verruga. Entre las verrugas y el cáncer parece haber un gran salto, pero algunos médicos están utilizando técnicas de visualización para potenciar los efectos de la terapia tradicional contra el cáncer, y para combatir enfermedades como la artritis reumatoide y ciertas infecciones. Esto no quiere decir en modo alguno que las técnicas psicológicas por sí solas sean suficientes para tratar el cáncer, pero en algunos casos las técnicas de visualización pueden estimular el sistema inmunitario. La mayoría de los médicos que utilizan técnicas psicológicas junto con medicación convencional están convencidos de que no causa ningún daño y siempre es una ayuda.

En primer lugar, se explica al paciente de forma simple cuáles son las funciones del sistema inmunitario. A continuación, se le enseña auto-hipnosis o alguna otra técnica de relajación y se le dan instrucciones para que visualice el sistema inmunitario en funcionamiento y enfrentándose al invasor. El Dr. Bernard Newton, psicólogo, que dirige el Newton Center for Clinical Hypnosis, en Los Ángeles, ha estudiado los casos

de 203 pacientes con cáncer avanzado que no respondían a tratamientos convencionales y que fueron remitidos a ese centro. A estos pacientes se les enseñó auto-hipnosis y se les dieron instrucciones para que formaran imágenes lo más reales posible de su sistema inmunitario combatiendo el cáncer. También se les dieron sugerencias hipnóticas para aumentar el sentimiento de autocontrol y para reducir los sentimientos negativos sobre sus probabilidades de supervivencia. De los 203 pacientes estudiados, el 54% de los que habían sido tratados durante al menos diez sesiones en un período de tres meses seguía vivo en el momento del estudio, mientras que sólo vivía el 11 % de los que habían sido sometidos a menos de diez sesiones de visualización, en el mismo período de tiempo. Estas diferencias en los resultados no estaban relacionadas con la gravedad de la dolencia, el tipo de cáncer, la edad, el sexo o el tipo de tratamiento médico. Cuando el Dr. Newton analizó los resultados obtenidos, observó que las personas con más probabilidades de combatir el cáncer con éxito eran aquellas capaces de responder de un modo positivo y enérgico, sin rendirse.

Sesión 1: Psico-educación sobre el cáncer, apoyo emocional.

Objetivo General.

Desarrollar un espacio en el cual la paciente oncológica junto con el terapeuta establezca una adecuada relación psicoterapéutica que facilite el logro de los objetivos del presente programa.

Objetivos Específicos

- > Facilitar a la paciente oncológica la expresión de sentimientos e ideas sobre su enfermedad y tratamiento con lo cual se le pueda inducir a un clima de apoyo emocional.
- > Tomar información relevante con el fin de incluirla en el formato de auto-registro
- > Explicar la respuesta psicológica de la paciente ante el cáncer de seno.
- > Brindar información médica y psicológica a la paciente sobre las implicaciones físicas, emocionales, afectivas, cognoscitivas y conductuales que tiene el tratamiento del cáncer de seno en la paciente oncológica.

- > Inducir a la paciente a reconocer sus cogniciones distorsionadas y sus pensamientos automáticos acerca del cáncer basadas en la información que se le ha proporcionado.

Metodología.

La sesión se realizó a nivel grupal.

Se usó la Técnica de Psico-educación.

Duración de la sesión.

La sesión tuvo una duración de 90 Minutos aproximadamente.

Materiales.

Los siguientes materiales fueron utilizados en todas las sesiones:

Formato de auto-registros.

Lápiz, borrador.

Folleto informativo.

Procedimiento.

Al iniciar la sesión se realizó la presentación de los terapeutas y de los pacientes. Seguidamente el terapeuta expuso de manera clara los objetivos, metodología, procedimiento y alcances del programa.

Después de dicha presentación, se realizó una breve introducción y se señalaron los costos-beneficios a las pacientes participantes. Se habló de la relevancia y generalidades del Programa tales como: la necesidad de aprovecharlo dado que en la mayoría de los casos, se estaba afrontando una crisis producto del diagnóstico y del tratamiento del cáncer, la cual era un obstáculo importante en la recuperación del paciente y en la actitud que el mismo tomaba, con relación a su enfermedad.

Es así como se logró inducir a las pacientes a expresar sus sentimientos e ideas acerca del tema. En el caso en que las pacientes no lograran expresar adecuadamente sus sentimientos, los terapeutas podrían realizar las preguntas necesarias para que se introdujera poco a poco al tema. Esta última idea generó en las pacientes la percepción de haber comprendido los aspectos importantes a tener en cuenta para la aplicación del programa, al tiempo que les estaba sirviendo de apoyo emocional.

El apoyo emocional dado a las pacientes les permitió comprender que dichas conductas y sentimientos son normales en una persona que está atravesando por su misma situación; y deben ser tratados, ya que de lo contrario pueden dificultar su

afrontamiento de la situación y por tanto, peijudicar la rehabilitación que se tenga frente a la enfermedad. Luego, si desea afrontar adecuadamente la enfermedad es necesario tratar esas ideas, sentimientos y conductas.

Realizado lo anterior, se llegó a determinar cuáles fueron los elementos acerca del cáncer que estaban siendo manejados por las pacientes al tiempo que se indagó acerca de los sentimientos, creencias y cogniciones que provocan la enfermedad y el tratamiento en las pacientes. Las preguntas que principalmente se realizaron fueron:

¿Qué enfermedad tiene usted? - o ¿Cómo se llama su enfermedad? Hágame un dibujo del lugar donde se encuentra su problema, (el seno) ¿Me puede dibujar toda el área? ¿Cuándo se descubrió el problema por primera vez? ¿En que pensó cuando se le informó? ¿Cuál tratamiento le brindarán para combatir su enfermedad? ¿Cuánto durará su tratamiento? ¿Qué es lo que generalmente siente cuando piensa en su enfermedad y en su tratamiento? ¿Cuáles han sido los principales pensamientos, sentimientos y conductas que ha presentado durante el tiempo que lleva de haber sido diagnosticado con el cáncer? ¿Existen explicaciones alternativas?

Al haber realizado dicho cuestionamiento, se realizaron las preguntas necesarias tendientes a llenar la historia clínica.

Desarrollo de la temática.

Se expuso de manera sencilla y clara los elementos médicos más relevantes del cáncer de seno; así como los aspectos más importantes de las respuestas emocionales, cognoscitivas y conductuales de las pacientes ante la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento de este tipo de cáncer.

Contrastar la información.

Teniendo como base la información que las pacientes poseían al iniciar la sesión - la cual fue consignada en los registros del terapeuta o en la hoja llenada por la paciente - se inició, un proceso en el cual se buscaba hacer un paralelo con la información que se acaba de presentar. La idea no era discriminar al paciente, por el contrario, lo que se buscaba era inducir al paciente para que examinara y contrastara los dos tipos de información, es decir, desarrollara la técnica de la disonancia cognoscitiva. Llegado a este punto, se analizaron los sentimientos y cogniciones que la paciente haya podido modificar gracias a la adquisición de nueva información sobre su enfermedad, y al

contraste entre la información errónea que poseía sobre la misma con la suministrada por el terapeuta, modificación que influiría posteriormente en su conducta.

Reforzamiento de los conocimientos adquiridos

Seguidamente, se hizo entrega de un folleto denominado:.. “Cartilla informativa para pacientes con Cáncer de Seno.”.(Ver anexo 1) Esta guía se le suministró a la paciente con el fin de reforzar los contenidos propuestos en la sesión, así como se facilitaron algunas pautas encaminadas al afrontamiento y a la adhesión al tratamiento. Dicha guía también cumplió la función de tarea para casa, puesto que al pedirle a la paciente la lectura de la guía, se le estaba preparando para que retomara algunos puntos a tratar en la siguiente, o siguientes sesiones.

Finalmente, se evaluó con la paciente el trabajo realizado durante la sesión, al tiempo que se le animó a que continuara en el proceso, conforme a lo expuesto al iniciar la sesión. Igualmente, se le animó a que expresara sus preguntas e inquietudes y se concretara el horario para las siguientes sesiones. Se dejaron por escrito las ideas y pensamientos expresados en los auto-registros.

Sesiones No.2 a la No.5

“Implementación de Técnicas Cognoscitivo Conductuales para la Reducción de Ideas Irracionales, pensamientos Distorsionados en los afectos y en las conductas Desadaptativasl^

Objetivo General

Reducir los niveles de ansiedad a través de técnicas cognitivo-conductuales en pacientes que están afrontando una crisis por el tratamiento y diagnóstico del cáncer de seno.

Objetivos Específicos

> Identificar, modificar y/o reemplazar los pensamientos distorsionados, las ideas irracionales, los afectos y las conductas desadaptativas mediante el uso de la psicoterapia breve y el uso de técnicas de afrontamiento como la relajación, la

terapia por visualización las cuales complementan la modificación de pensamientos distorsionados e ideas irracionales.

- > Comprobar las modificaciones en los pensamientos distorsionados, ideas irracionales, en los afectos y en las conductas desadaptativas, mediante la asignación de tareas para la casa.

Metodología.

La sesión se desarrolló mediante el uso de técnicas cognoscitivo conductuales, Psicoterapia Breve, las tareas para casa, la terapia por visualización (Imágenes mentales) y la técnica de relajación Pasiva.

La dinámica se realizó en forma grupal, sesión por sesión.

Materiales.

Los materiales descritos a continuación se utilizaron durante todas las sesiones:

Hoja de Auto-registros.

Hojas de papel en blanco

Lápiz, Borrador

Duración.

Una hora y media aproximadamente.

Procedimiento.

En este apartado se hará una descripción lo más fielmente posible de los elementos que se trabajaron en las sesiones 2, 3, 4 y 5 del programa.

Sesión 2: "Implementación de técnicas Cognitivas Conductuales en la reducción de ideas irracionales"

Objetivo.

Reconocer los lazos existentes entre pensamientos distorsionados y creencias irracionales.

Metodología y Procedimiento.

Para desarrollar y cumplir con el objetivo propuesto en la sesión, se realizó una evocación del trabajo elaborado en la sesión anterior, en la que se buscaba identificar estos nexos pero haciendo referencia a los conocimientos médicos que el paciente tuviera sobre el cáncer. El paciente al no poder lograr hacer dicha evocación, se le podría

ayudar mostrándole ejemplos cotidianos en los que viera claramente la relación entre la cognición y las ideas irracionales.

En este mismo punto no era muy importante que el paciente identificara en si mismo los errores cognoscitivos que lo estaban afectando, ya que esto se buscaría en la siguiente sesión, la esencia de esta sesión conllevó al paciente a que reconociera y entendiera el mecanismo y las consecuencias implícitas en dicha conexión.

Posteriormente, el terapeuta expuso la existencia de determinadas estrategias de afrontamiento, que son medios para adaptarse al diagnóstico y al tratamiento del cáncer, dando a conocer uno de ellos: *La relajación Pasiva*. Al iniciarse el proceso el terapeuta expuso e indicó los mecanismos biológicos bajo los cuales se sustenta la relajación.

De esta forma, el proceso general llevado a cabo con las pacientes filé el siguiente:

1. Concentración pasiva en la respiración.
2. Inducción en sensaciones de pesadez.
3. Regulación de los latidos del corazón.
4. Sensación de tranquilidad y confianza en sí mismo por medio de la imaginería.

Al finalizar esta sesión se hizo una síntesis de lo trabajado a lo largo de ella, haciendo una distinción entre los dos aspectos principales: el reconocimiento de la conexión entre las cogniciones distorsionadas, e ideas irracionales, de lo que se dejó una tarea para la casa que consistía en identificar las cogniciones distorsionadas por parte del mismo paciente y cómo estas influirían en sus conductas. Dicha actividad quedó consignada en el formato de auto-registros.

El segundo aspecto clave para el desarrollo de la sesión fue la presentación de los puntos claves en la relajación como estrategia facilitadora del afrontamiento de la crisis de la paciente, de cuya actividad quedo también una tarea para casa: consistió en que el paciente practicara en su casa todos los días - al iniciar y al finalizar el día la respiración que se utiliza en la relajación pasiva, razón por la que el terapeuta debió explicar claramente cómo es el proceso. Para facilitar esta sesión se pidió al paciente evaluarla y dar a conocer sus dudas para aclarar posibles dudas e inquietudes.

Sesión 3: "Implementación de técnicas cognitivas conductuales en la reducción de pensamientos distorsionados en los afectos."

Objetivos.

Identificar los errores cognoscitivos, tales como pensamientos distorsionados, y las consecuencias de los mismos en los afectos, el estado de ánimo y por ende en la conducta de la paciente.

Lograr la concentración pasiva en la respiración, objetivos que se le darán a conocer a la paciente.

Metodología y Procedimiento.

En esta sesión se les pidió a las pacientes que señalaran los resultados obtenidos de la tarea para la casa, haciendo una evaluación de los mismos. Después de dicha evaluación se les pidió que expresaran si les fue o no posible identificar algunas cogniciones erróneas y cómo dichas cogniciones estaban afectando su estado de ánimo y su conducta.

Partiendo de estos resultados se empezó a hacer un análisis más profundo de cada una de esas cogniciones y cómo estas, han influido en otros aspectos de su vida, al tiempo que se intentaron identificar otras conexiones más que se les hubiesen podido pasar por alto a las pacientes. En caso que las pacientes no logren identificar alguna conexión - cogniciones erradas - afectos y conductas - los terapeutas evaluarían con la paciente las razones por las cuales no se pudo lograr el objetivo para luego iniciar el proceso de identificación. Es importante que el terapeuta tome nota detallada de las conexiones que se han identificado puesto que estas serán utilizadas en las siguientes sesiones.

Para finalizar esta parte de la sesión se les presentaron a las pacientes el formato de auto registro haciendo una explicación detallada de los pasos a seguir para su elaboración. El terapeuta les pidió a las pacientes que a partir de ese día - al final del mismo durante el resto de las sesiones -llenaran el formato tratando de ser lo más descriptivo posible.

En la segunda parte de la sesión se evaluaron con las pacientes los ejercicios de respiración que realizaron en sus hogares, valorando principalmente si existieron

dificultades o facilidades. Con ello, las pacientes iniciaron la fase de la concentración pasiva en la respiración siguiendo los pasos descritos por Schultz para este fin - citado por Caballo, 1.995 -.

Al terminar la actividad, se les asignó como tarea para la casa seguir realizando el ejercicio tal cual se practicó en la sesión pero valorando de 1 a 10 su nivel de tensión, esto lo hará al inicio al final del ejercicio, teniendo en cuenta que el 1 es el mayor nivel de relajación y el 10 es el mayor nivel de ansiedad,

Para finalizar la sesión se les pidió hacer una evaluación de la misma. También expresar sus dudas e inquietudes, al tiempo que describieran las tareas que tenían que realizar en casa y la forma de como deberían realizarlas.

Sesión 4: "Implementación de técnicas cognitivas y conductuales en la reducción de conductas desadaptativas"

Objetivos.

Identificar y reemplazar las conexiones entre los pensamientos distorsionados e ideas irracionales y sus efectos sobre el estado de ánimo y la conducta de la paciente. Con las conexiones encontradas por la paciente en sus auto registros y con las consignadas por el terapeuta en la sesión anterior se busca cumplir con este primer objetivo de la sesión.

Metodología y Procedimiento

La modificación de las conexiones se realizaron de manera gradual - es decir, partiendo de aquellas que al parecer tienen menor significado a las más significativas para la paciente -. La metodología de este proceso se debe seguir bajo los parámetros descritos por Ellis para tal fin. Para lograr los cambios propuestos en el programa, fue necesario ponerlos a prueba en "la vida real" de la paciente, por ello las tareas para la casa en adelante fueron dirigidas a que la paciente, realice lo mejor posible los cambios que se ha propuesto en la sesión del programa, al tiempo que la paciente siguiera registrando su evolución y la presencia de nuevas conexiones. El proceso descrito hasta este punto en la presente sesión es el mismo que se utilizó hasta la sesión 5 junto con los ejercicios de relajación que se han descrito en cada sesión.

Con respecto a la relajación, se realizó una valoración de los ejercicios que las pacientes realizaron en su casas haciendo énfasis en las evaluaciones anteriores y

posteriores. Luego, se pasó a trabajar en la inducción de las pacientes hacia las sensaciones de pesadez según las ha descrito Schultz. Al finalizar estos ejercicios se les deja como tarea para la casa la implementación e integración de los dos pasos de la relajación autógena vistos hasta ahora, es decir, la concentración pasiva en la respiración y la inducción en sensaciones de pesadez, siguiendo con las evaluaciones Pre y Post como se realizó a partir de la sesión anterior.

Sesión 5

Objetivo General.

Integrar los elementos abordados en el Programa desde el apoyo emocional hasta la sesión Grupal, realizando una revisión detallada de los efectos de las técnicas y su aplicación en la paciente.

Objetivos Específicos.

1. Generar un espacio mediante el cual la paciente ponga en práctica sus habilidades en la ejecución de diversas estrategias de afrontamiento.
2. Ofrecer orientación a la paciente oncológica (Responder sus inquietudes) de modo que le permitan retomar los elementos manejados en las sesiones.
3. Evaluar los objetivos propuestos para el Programa.
4. Aplicar la medida Post.

Metodología.

Seminario-taller

Procedimiento.

El primer paso es realizar junto con la paciente un recuento breve sobre las anteriores sesiones y las técnicas propuestas en las mismas. Evaluar la aplicación que la paciente pudo hacer de las técnicas y el aprovechamiento de dichas herramientas, en cuanto a los resultados relacionados con el manejo y/o control de la ansiedad en cada caso particular. El terapeuta debe estar atento a tomar nota de los aciertos y errores que la paciente manifieste. En esta etapa el terapeuta logró identificar respecto a las estrategias de

afrontamiento y la evolución de cada una de las pacientes participantes del programa durante la sesión anterior o de apoyo grupal

De igual manera se les invitará a realizar la relajación nuevamente y en esta ocasión el terapeuta anotará y evaluará la ejecución de la misma, con el fin de determinar aspectos a mejorar tanto en la paciente como en el Programa.

Se aprovechará para retroalimentar al grupo. Al finalizar se valorarán los resultados y los aspectos que han facilitado y/o dificultado el adecuado desarrollo del Programa y se recibirán las respectivas sugerencias.

Por último se aplicará la medida Post: IDARE y se darán los agradecimientos respectivos.

ANEXO 2

UNAB - BIBLIOTECA MEDICA

Apéndice B
HISTORIA CLINICA.

Fecha: _____

PACIENTE No. _____

DATOS PERSONALES:

NOMBRES: _____

EDAD: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

LUGAR _____ **Y** _____ **FECHA** _____ **DE** _____

NACIMIENTO: _____

OCUPACION: _____ **RELIGIÓN:** _____

FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ **TELEFONO:** _____

CON QUIEN VIVE: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES MEDICOS:

ENFERMEDADES PADECIDAS: _____

CIRUGÍAS: _____

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS FORMULADOS: _____

HA TOMADO CON FRECUENCIA ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO ANTES DE SER DIAGNOSTICADA: CUAL? _____

EVENTOS TRAUMÁTICOS: _____

FAMILIARES CON ALGUNA PATOLOGÍA:

ESCOLARIDAD

ADAPTACIÓN: _____

ULTIMO GRADO CURSADO: _____

HABILIDADES Y DESTREZAS: _____

HISTORIA FAMILIAR:

RELACION CONYUGAL ACTUAL:

TIPO DE RELACION CON:

CÓNYUGE: BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

HIJOS: BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

PADRES: BUENA _____ REGULAR _____ MALA _____

NUMERO DE HERMANOS: _____ **LUGAR QUE OCUPA:.** _____

RELACIONES LABORALES Y SOCIALES EN GENERAL:

BUENA _____ REGULAR MALA _____

ASPECTOS A NIVEL AFECTIVO Y SEXUAL:

BUENA _____ REGULAR MALA _____

PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS: _____

OBSERVACIONES DEL PACIENTE:

COMO SE SIENTE AHORA: _____

CIAB INSTITUCION

A QUIE LE TEME: _____

QUE PREGUNTA DESEA HACER: _____

QUE NO SE ATREVE A PREGUNTAR: _____

CON QUIEN DESEARIA COMPARTIR SU SITUACIÓN: _____

QUE ESPERA: _____

OTROS: _____



OBSERVACIONES DEL TERAPEUTA.
SESION INICIAL. _____

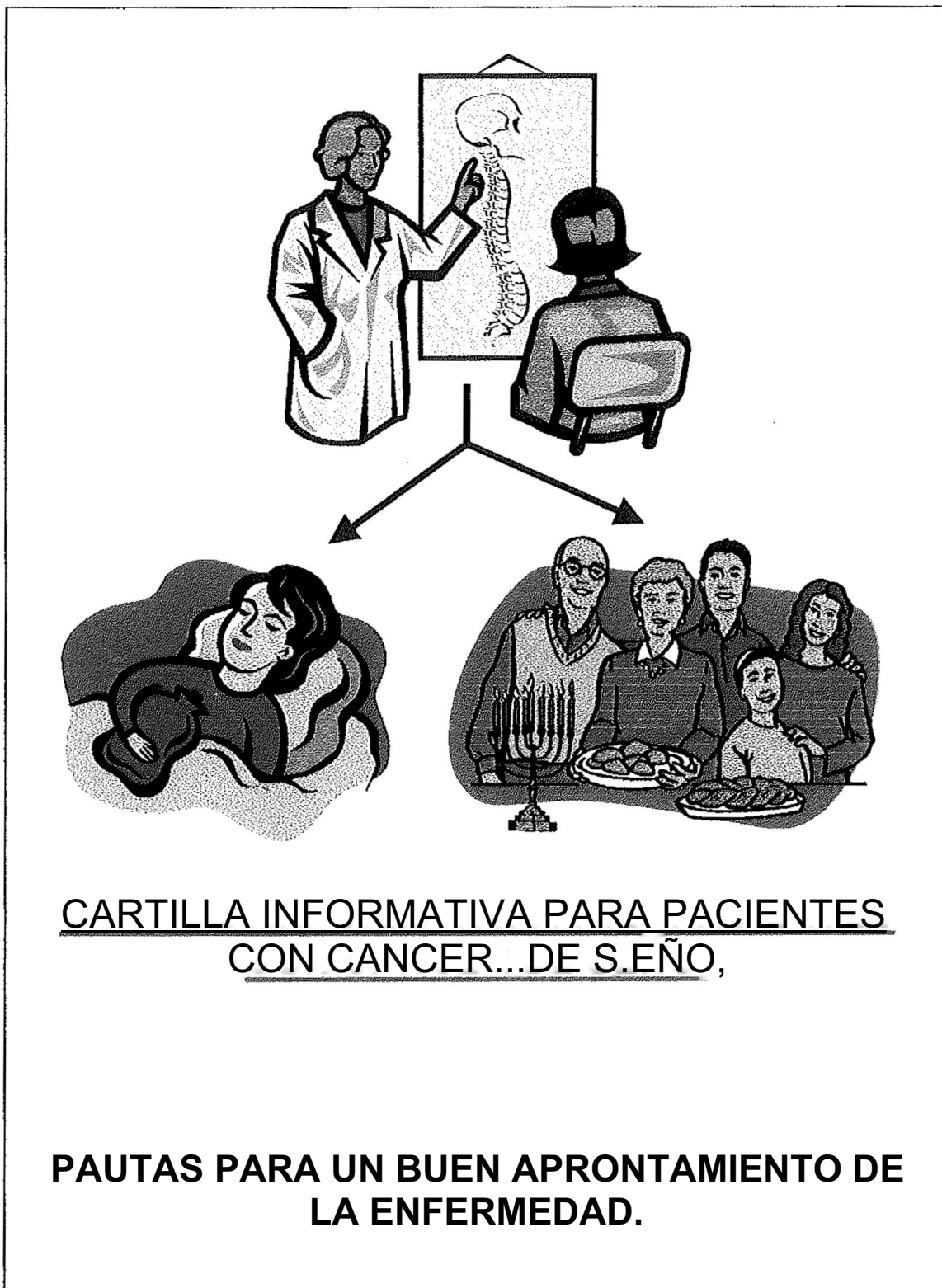
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

TRATAMIENTO: _____

ASPECTOS RELEVANTES DE LA HISTORIA PERSONAL: _____

ANEXO 3

Apéndice C



CARTILLA INFORMATIVA PARA PACIENTES
CON CANCER...DE S.EÑO,

**PAUTAS PARA UN BUEN APRONTAMIENTO DE
LA ENFERMEDAD.**

Cáncer de Seno



El cáncer es una enfermedad compleja y no existe una manera simple de evitarlo. Ciertos cánceres afectan a familias, por ejemplo el cáncer de mama se da con mayor frecuencia entre parientes de mujeres que han padecido la enfermedad. Es poco lo que se puede hacer con respecto a los genes, pero el medio ambiente en que se vive y la conducta individual también puede predisponer al cáncer, algunos médicos creen que ciertos rasgos de personalidad pueden predisponer al cáncer. En el mundo un cuarto de las mujeres con cáncer padecen cáncer de mama y cada año esa enfermedad reclama la vida de 5.000 mujeres cuyas edades oscilan entre los 50 y los 65 años. Una de cada 12 mujeres padecerá cáncer de mama en algún momento de su vida, máxime si existen antecedentes de historia familiar de cáncer de mama la cifra se aumenta potencialmente, representando el tipo de cáncer que más muertes causa en las mujeres en el mundo.

Factores de riesgo: Diversos factores aparecen asociados al cáncer del seno, pero en menos del 70% de las mujeres con este diagnóstico es posible identificar un factor de riesgo definido. Un factor de incremento en el riesgo es la mayor duración de la vida menstrual, como resultado de menarquia precoz y/o menopausia tardía. Las mujeres nulípara exhiben un mayor riesgo, así como las mujeres cuyo primer embarazo se presenta después de los 30 años de edad. El uso de estrógenos en mujeres postmenopausicas ha demostrado disminución en el riesgo de osteoporosis y de enfermedad coronaria, pero también un leve incremento en el riesgo de cáncer de seno con el uso continuo de anovulatorios orales parece ser obviado con el uso de concentraciones mucho menores de estrógenos. No hay evidencia de que la dieta rica en grasa aumente el riesgo de cáncer de seno.

La presencia de una lesión benigna no proliferativa no se asocia con aumento en el riesgo de cáncer de seno, en tanto que una lesión proliferativa con atipia sí lo aumenta; el diagnóstico de hiperplasia atípica es considerado como premaligno.

Aproximadamente el 5% a 10% de las pacientes con historia familiar de cáncer de seno puede ser parte del Síndrome de Cáncer Heredo-familiar.

Diagnóstico:



En sus primeras etapas el cáncer suele detectarse como una pequeña protuberancia en el cuadrante superior y exterior del pecho (aunque puede aparecer en cualquier punto de la mama). En ocasiones, la piel sobre el bulto aparece arrugada o hundida, y en las etapas avanzadas puede producirse una ulceración. Otras señales de alarma incluyen una supuración sanguinolenta por el pezón o un pezón que se invierte. Solo uno de cada cinco bultos es maligno, pero el autoexamen regular de las manos constituye una parte importante del cuidado de esta parte del cuerpo, y, si se perciben cambios inusuales, es vital acudir inmediatamente al médico.

El mejor momento para examinarse las mamas es después de la regla, pues por lo general se llenan de protuberancias internas en los días previos a la menstruación. La mujer debe observar atentamente sus mamas en un espejo, además de palparlas. Un modo de detectar pronto el cáncer de mama es la mamografía.

Si se detecta un bulto sólido, los médicos llevarán a cabo una biopsia o extirpación de una parte del tejido para establecer si es maligno. En caso de malignidad, una biopsia de los ganglios linfáticos revelará si el cáncer se ha extendido. La radio terapia, la quimioterapia y el tratamiento hormonal son tres de las alternativas que se recomiendan, mientras que la cirugía intentará conservar la mayor cantidad posible de tejido de la mama. También existe la posibilidad de recurrir a la cirugía estética y la reconstrucción de la mama.

IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DEL CÁNCER DE MAMA.



Con frecuencia, muchas clases de cáncer y terapias oncológicas están relacionadas con una disfunción sexual. Debido a que el cáncer de mama es el más frecuente de los tumores en la mujer, los problemas sexuales en general se han visto más relacionados con la mastectomía que con otro tipo de neoplasia.

Quitar una o ambas mamas es obviamente traumático. El efecto colateral es que la mujer se siente poco atractiva, ya que nuestra sociedad considera a las mamas como parte esencial de la belleza femenina, por lo cual una cirugía en esta área suele producir inseguridad en la mujer en la relación sexual con su pareja.

La imagen corporal se ve afectada y también sus relaciones con el entorno debido a que estos órganos tienen la función de la reproducción sexual y remiten a la integridad corporal, ya que constituyen el símbolo de la femineidad, por eso cualquier destrucción es un atentado contra la estructura psíquica del sujeto; siendo el resultado más frecuente la ansiedad, depresión y la desesperanza de la paciente. Por eso es importante acompañar a la paciente para afrontar su depresión ya que esta repercute en su integridad física en su resistencia inmunológica y en su capacidad de supervivencia.

El cáncer está asociado a graves e inevitables dolores, a desfiguración y a incapacidad, a rechazo social e incluso a censura moral. Esto es perjudicial, ya que notamos que cuando la mujer sospecha que puede tener cáncer suele tener muchas dificultades para manejar esta situación, lo que produce retraso en la consulta y obtura la posibilidad de diagnóstico precoz.

PARA RECORDAR...



Es vital detectar el cáncer de seno lo mas pronto posible, de ahí, como se mencionó anteriormente, es relevante el autoexamen cada mes, gracias a él cada mujer aprende a conocer sus propios senos y notar con facilidad cualquier cambio que se produzca en ellos. Si se es mayor de 40 años se debe realizar la mamografía o radiografía del seno anualmente, Y si tiene factores de riesgo tales como: El tener varias parejas, si se fuma, si tiene verrugas, lunas sospechosos o demasiado grandes, antecedentes familiares etc., este examen se debe realizar desde los 35 años de edad cada año.

No abandone Si tratamiento: A pesar que el tratamiento puede provocar algunas molestias (como náuseas, vómito, caída temporal del cabello; etc.) , estas molestias nunca serán peores que los efectos que produce abandonar el tratamiento, ya que abandonarlo generalmente conduce a la muerte.

Cumpla con ios compromisos, tareas y actividades adquiridas en ©i proceso Psicoterapéutico: Al cumplir con las actividades y los objetivos propuestos durante el proceso Psicoterapéutico, usted esta generando cambios positivos tanto a nivel de pensamiento como también a nivel emocional y conductual.

Continúe con tos Controles: Los controles son una forma de observar que todo está bien en un paciente con cáncer de seno. De ahí que sea importante que asista puntualmente a todos los controles, sin importar que usted se sienta muy bien y crea que ya no necesita asistir al médico.

No ©MU® **que...** El cáncer es una enfermedad que se puede curar. Para ello es necesario que el paciente y su familia colaboren con el personal médico que le atiende. De esta manera se pueden lograr mejores resultados.



María del Pilar Vargas—Miguel Angel Gutiérrez O.
Estudiantes X Semestre de Psicología
UNAB.

ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS

LA RELAJACION.



LA RELAJACION COMPLETA: La relajación Completa esta constituida por dos pasos fundamentales:

1. EL CONTROL DE LA RESPIRACION: Todo esfuerzo **debe** ir dirigido a centrar la atención en la respiración, **Poco a poco**, usted irá notando cómo su respiración se hace más lenta, hasta conseguir un ritmo natural. Para

conseguirlo tome el aire por la nariz y suéltelo por la boca, pero sin agobios, dejando que su organismo actúe libremente. Imagínesse por dónde pasa el aire, note cómo sube y baja de su pecho al inspirar y espirar... Lo más importante es sentir cómo el ritmo de su respiración se va haciéndose más lento.



2. LA VISUALIZACION: Antes de iniciar un ejercicio de **relajación**, es muy útil recordar sucesos e imágenes agradables. Una vez relajados los músculos que se haya propuesto, traiga a su mente estos pensamientos. Busque palabras, imágenes o recuerdos que pueda asociar fácilmente con la calma y tranquilidad (las olas del mar, el sonido de las aves...). Poco

a poco, irá asociando estas situaciones con la relajación y cuando se encuentre tensa en cualquier situación, podrá tranquilizarse con sólo recordar esas imágenes.



La actitud básica debe consistir en la eliminación de toda expectativa de "tener que hacer*" o "tener que lograr", ya que cualquier esfuerzo por lograr la relajación directamente resulta contraproducente.

Su logro repercutirá en un mayor autocontrol de sus conductas emocionales, comportamentales e intelectuales.

PARA RECORDAR...

La visualización también puede centrarse en aquellas situaciones a las que usted tiene que centrarse y en las que desea conseguir el éxito, en cuyo caso consta de las siguientes fases:

- ♦ Descubra que es lo que desea conseguir (superar el estrés, la ansiedad).
- ♦ Centre toda su atención en ese objetivo, como si fuera una experiencia que estuviese viviendo en el momento.
- ♦ Imagínese a sí mismo viviendo esa situación; observe cómo se está comportando, qué es lo que piensa y siente y cómo consigue el éxito.

MARIA DEL PILAR YARGAS GIL,
MIGUEL ANGEL GUTIERREZ O,
Estudiantes Psicología X Semestre.

UNAB.

FOLLETO INFORMATIVO PROGRAMA
PSICOLOGICO PARA PACIENTES
CENTRO DE CANCER.
CLINICA CARLOS ARDILA ULULE.
BUCARAMANGA.

LA RELAJACION.



El objetivo principal es conseguir unos niveles adecuados de activación fisiológica. Con la relajación conseguimos reducir la frecuencia cardiaca y respiratoria y disminuirá la tensión muscular y arterial, lo cual influye en nuestro modo de percibir e interpretar la realidad.