

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Facultad de Psicología



PERFIL DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA
EN PROCESO DE RADIOTERAPIA

Elaborado por:

Amanda Manrique Mojica

Claudia Moreno Castro

Ménica Corredor Corredor

Trabajo para optar por el título de:

Psicólogas

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA	
VENDEDOR	18 NOV 2002
Obscario	TG/37.02
PRECIO	M 285p.
	9.1

Bajo la dirección de:

Doctora Cely Cristina Escobar

Bucaramanga, Noviembre de 2002

ACADEMIA DE PSICOLOGIA

Agradescimientos

A Dios por la Hermosa vida que nos regaló y por cumplir nuestro sueño.

A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional en este trabajo que conquistamos.

A las instituciones por abrirnos las puertas y permitirnos ampliar conocimientos; a los profesores por dedicar su tiempo orientando a fortalecer nuestras ideas.

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	1
PERFIL DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA	2
Problema	3
Descripción de la Institución	5
Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
Antecedentes investigativos	8
Marco teórico	14
Cáncer Enfoque Médico	14
Definición del Cáncer	14
Cáncer de Próstata	16
Síntomas del Cáncer de Próstata	17
Estadios o etapas del cáncer de próstata	18
Tratamiento del cáncer de Próstata	18
Pronóstico y Epidemiología	19
Implicaciones psicológicas del cáncer de Próstata	20
Masculinidad Amenazada	21
Personalidad	27
Teóricos de la Personalidad	30
Personalidad y Cáncer	38
Creencias Más Comunes asociadas al cáncer	39
Las respuestas psicológicas y la progresión del cáncer	43
Necesidades Psicológicas del Paciente con Cáncer	44
Intervención psicológica en pacientes con cáncer	45
Método	48

Tipo de Investigación	48
Participantes	48
Instrumento	49
Procedimiento	56
Variables	58
Variable Independiente	58
Variable Dependiente	58
Resultados	59
Análisis de los tres Campos de Acción y Escalas Significativas	61
Conclusión de la comparación por Campos de los dos grupos	67
Análisis a través de la prueba T	70
Perfil de personalidad del grupo Comparativo	74
Perfil de Personalidad del Paciente con cáncer de Próstata	75
Discusión	77
Glosario	83
Referencias	85
Apéndices	89

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1: Clasificación de las escalas del MIPS por grupos de acción	50
Tabla 2: Escalas del MIPS y su respectivo constnicto bipolar	50
Tabla 3: Definiciones de las Escalas del M_LPS	53
Tabla 4: Indicadores de Validez	56
Tabla 5: Promedio y Desviaciones Estándar para los dos grupos	59
Tabla 6: Puntuaciones Medias, Desviación y T por grupos	69

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 : Promedio con las puntuaciones P.P correspondiente a los grupos cáncer y comparativo en el campo de acción de Metas Motivacionales	61
Figura 2 : Desviación estándar con las puntuaciones P.P correspondiente a los grupos cáncer y comparativo en el campo de acción de Metas Motivacionales	62
Figura 3 : Promedio con las puntuaciones P.P correspondiente a los grupos de cáncer grupos de cáncer y comparativo del segundo campo de acción de los Modos cognitivos	63
Figura 4: Desviaciones Estándar con las puntuaciones P.P correspondiente a los grupos cáncer y comparativo del segundo campo de acción de modos cognitivos	63
Figura 5: Promedio con las Puntuaciones P.P correspondiente a los grupos de cáncer y comparativo del tercer campo de acción Comportamientos Interpersonales	65
Figura 6: Desviaciones Estándar con las Puntuaciones P.P correspondiente a los grupos de cáncer y comparativo del tercer campo de acción Comportamientos Interpersonales	65

Lista de Apéndices

	Pág.
Apéndice A: Perfil Gráfico del Grupo Comparativo	90
Apéndice B: Perfil Gráfico del Grupo con Cáncer de Próstata	91
Apéndice C: Ejemplo de Perfil Gráfico Paciente Grupo de Cáncer	92
Apéndice D: Autorización Theodore Millón	93

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue identificar el perfil de personalidad en pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en proceso de radioterapia de la Unidad de Oncología del HURGV y de la FOSCAL de la ciudad de Bucaramanga. El diseño fue cuantitativo- descriptivo de corte transversal y se contó con una muestra de 50 sujetos: 25 en el grupo oncológico y 25 en el grupo comparativo. El instrumento utilizado fue el MIPS. Los resultados finales indican la existencia de un perfil de personalidad propio de estos pacientes, definiéndolos como personas pesimistas, aislados socialmente, retraídas, inhibidas y descontentas; mostrando diferencias significativas frente al grupo comparativo.

PERFIL DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON CANCER DE
PROSTATA EN PROCESO DE RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMON
GONZALEZ VALENCIA Y LA CLINICA CARLOS ARDILA LULLE DE LA
CIUDAD DE BUCARAMANGA

Reconociendo la gran incidencia del cáncer de Próstata , y considerando que a nivel regional no se han llevado a cabo estudios donde se involucre el aporte psicológico en este tipo de cáncer, se decidió investigar el perfil de personalidad propio para el paciente con cáncer de Próstata; para este fin es necesario recurrir a los centros de cáncer donde asistan el mayor número de pacientes, considerando que la población fue limitada solo a aquellos pacientes que se encuentren en proceso de radioterapia.

Cabe retomarse lo argumentado por Hipócrates (año 400 A. d. C) , quien es citado por Alfonso, A. (1995), afirmando que “el cuerpo influye sobre la parte anímica, y la del alma sobre el cuerpo, señalándose una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de la enfermedad”. (P. 636).

Así mismo, Galeno (año 450 A. d. C.), citado por Alfonso, A. (1995), fue el primer autor que “consideró la influencia de la personalidad en el cáncer. En su tratado sobre los tumores ‘De Tumoribus’ señaló que las mujeres "melancólicas" eran más propensas que las "sanguíneas" a tener un cáncer de mama”. Desde entonces la relación y vinculación clínica entre tres variables, personalidad, estrés y cáncer es frecuente en las investigaciones realizadas sobre enfermedades crónicas. (P. 845).

Además García Roger (1991), quien es citado por Bayes, R (1994), menciona que: “Con la aparición de la llamada medicina psicosomática comenzaron a plantearse las relaciones entre los factores psicológicos y el cáncer. Los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el que esta se desenvuelve, influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades, y en el mantenimiento de un nivel Óptimo de salud. Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en todos los trastornos y enfermedades. Y a su vez, todos los trastornos y enfermedades, poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables

en el ámbito psicológico. La enfermedad cancerosa siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas, más o menos identificadas, el reconocimiento de esta situación ha llevado al desarrollo de la Psicooncología” (P. 89).

Tomando como referencia lo expuesto anteriormente, se plantea una investigación que busca retomar los aportes dados por la psicooncología en cuanto a la relación existente entre la personalidad y la presencia de signos y síntomas de cáncer de próstata.

En consecuencia se planteó un estudio Cuantitativo Comparativo-Descriptivo de corte Transversal dirigido a la población de pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en proceso de radioterapia de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia y del Centro de Urólogos de la Clínica Carlos Ardila Lulle.

La importancia de esta investigación está basada en reconocer las implicaciones psicológicas presentes en los pacientes con cáncer de próstata. Una vez establecido el perfil de Personalidad del paciente, contribuirá a facilitar la intervención médica y Psicológica.

Problema

El tema de investigación fue desarrollado debido a la incidencia del cáncer de próstata en la ciudad de Bucaramanga, teniendo en cuenta que a nivel regional ocupa el tercer lugar (según estadísticas realizadas por los centros de cáncer del H.R.G.V. y la FOSCAL para el año 2001). De esta manera se definió el tema a desarrollar y se contó con la aprobación de los directivos de los centros oncológicos anteriormente mencionados, quienes reconocen la importancia de un abordaje psicológico en este tipo de cáncer. Por estas razones se decide realizar un primer estudio que conlleve a identificar el perfil de personalidad de los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata.

A nivel nacional las estadísticas registradas por el Instituto Nacional de Cancerología durante el año 2000 diagnosticaron 4.056 casos nuevos de cáncer, lo cual representa un descenso leve frente al año anterior (4.196 casos) pero sin diferencias significativas. La disminución fue ligeramente mayor en el grupo de mujeres 5,4% que en el de hombres 1,3% con una relación hombre: mujer de 1:1,5. Las cinco localizaciones anatómicas más frecuentes de los casos de cáncer en el Instituto continúan siendo las mismas, el

cáncer de seno pasó del segundo al tercer lugar. El cáncer de cuello uterino ocupó el primer lugar, seguido de cáncer de piel, en un tercer lugar cáncer de seno, en cuarto lugar cáncer de estómago, y quinto lugar cáncer hematopoyético; ocupando el cáncer de próstata el séptimo lugar. El Instituto recibe el 6.6% del total de casos proyectados para Colombia en el año 2000 (GLOBOCAN 2000).

A nivel regional, y considerando las estadísticas del año 2001 para el Hospital Ramón González Valencia y la Clínica Carlos Ardi la Lulle, instituciones médicas que reciben el mayor número de pacientes con cáncer de próstata en el área metropolitana, demuestran que los tipos de cáncer más incidentes son: en primer lugar el cáncer de mama con un total de 315 casos, en segundo lugar de cuello uterino con un total de 135 casos registrados, en tercer lugar el de próstata con 123 casos, en cuarto lugar el de piel con un total de 79 casos, en quinto lugar el de ovario con 62 casos, en sexto lugar el de estómago con un total de 58 casos, en séptimo lugar el de colon con un total de 57 casos registrados, en octavo lugar el cáncer de del ojo con 39 casos, en noveno lugar el de párpado con 36 casos registrados y en décimo lugar el de encéfalo con 33 casos registrados. Estos tipos de cáncer son los más comunes; también se tienen en cuenta otros tipos de cáncer como el de bronquio y pulmón, el de vejiga y el de recto.

Teniendo en cuenta que la base fundamental del estudio es la personalidad, es importante considerar los aportes dados por Cueli Josép, (1990) quien sostiene que “El perfil de personalidad es una marca de referencia con la cual se puede identificar y clasificar a una persona como poseedora de rasgos y características particulares, ya que los rasgos de personalidad son estructuras auténticas de una persona que influyen en su conducta”. (P.27).

La muestra seleccionada para el estudio es de pacientes que se encuentran en proceso de Radioterapia, entendiendo ésta como el uso de radiaciones con fines terapéuticos, que se utiliza para el tratamiento de los tumores por medio de radiaciones ionizantes. En esta fase de la enfermedad, el paciente se encuentra en mejores condiciones físicas y con una mayor esperanza de recuperación, ya que considera que el tratamiento con radioterapia prolongará su vida.

Bayes, R. (1996), observó en algunos estudios sobre variables de personalidad que: “los pacientes con cáncer tenían como patrón común una mayor dificultad para descargar sus emociones y una tendencia a reaccionar de manera más inhibida y reprimida. En general, son personas más temerosas, hipercontroladas y mantienen una actitud defensiva permanente. Sus dos principales mecanismos de defensa son la represión y la negación, este último consistente en no ver una realidad que es evidente”. (P. 98).

Arraztoa (1997), argumenta que “El posible vínculo entre personalidad y cáncer ha sido abordado de manera sistemática y empírica desde hace unos años; viendo los estudios en su conjunto emerge una serie de rasgos y estilos de afrontamiento que puede constituir la "personalidad del cáncer" ”, (P. 129).

Según Restrepo (2000), “La psicooncología y diferentes investigaciones han considerado el ámbito psicológico y su importancia en el desarrollo de enfermedades de carácter crónico. Teniendo en cuenta la relación existente entre estos dos aspectos, los profesionales de la psicología y la oncología, bajo un trabajo multidisciplinar han abordado aspectos psicológicos y somáticos con el fin de mejorar la calidad de vida y el bienestar físico y psicológico del paciente.” (P. 134).

Considerando lo anterior, el presente estudio está orientado a identificar el perfil de personalidad de los pacientes con cáncer de próstata en proceso de radioterapia del Hospital Universitario Ramón González Valencia y el Centro de Urólogos de la Clínica Carlos Ardila Lulle.

Por tal motivo la pregunta de investigación está enfocada a identificar ¿Cuál es el perfil de personalidad en pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en proceso de radioterapia de la unidad de oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia y del Centro de Urólogos de la Clínica Carlos Ardila Lulle de la ciudad de Bucaramanga?

Descripción de las Instituciones

Clínica Carlos Ardilla Lulle

Inició en 1976 en el piso 11 del Hospital Universitario Ramón González Valencia, en donde lamentablemente la prioridad de otros servicios básicos no permitió su

desarrollo. 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, gracias a la labor del recurso humano profesional y paramédico.

La experiencia adquirida y la gran satisfacción de apreciar la consolidación de la naciente institución, hizo que el Doctor Virgilio Galvis Ramírez, médico director, visualizara una gran obra que además de proporcionar un calificado ejercicio de la profesión, desarrollara una estrategia social que permitiera la prestación de un servicio médico dirigido a todos los estratos sociales.

Quince meses después, el 27 de Julio de 1982 el imponente y moderno edificio de 5800 metros cuadrados de la fundación oftalmológica de Santander, era una realidad.

Posteriormente la necesidad de completar el servicio de oftalmología con otras especialidades médicas para atender la salud de la población del Nororiente colombiano llevó a la creación del gran complejo Clínica y Centro Médico Carlos Ardi la Lulle, inaugurado el 13 de Mayo 1993 y construido con todas las especificaciones técnicas en un área de 30.000 mts cuadrados, distribuidos en 9 pisos, con helipuerto, área de hospitalización, salas de cirugía, servicio de urgencias, unidad de cuidado intensivo y cirugía ambulatoria.

La experiencia adquirida durante varios años de trabajo le otorga hoy a la FOSCAL, una posición de liderazgo en materia científica y tecnológica, y reconocimiento a nivel nacional e internacional.

La misión de la FOSCAL es el de ser una institución fundacional, prestadora de servicios integrales de salud con calidad, calidez y talento humano comprometido, apoyada en la investigación, docencia y moderna tecnología. Su visión es la de ser líderes en salud con sentido social, considerando valores tales como: respeto, desarrollo y innovación científica, calidad con calidez, prestación de servicios integrales en salud, desarrollo humano, pertenencia y liderazgo.

La FOSCAL en respuesta a la necesidad de brindar atención especializada a los pacientes con enfermedades neoplásicas, pone en funcionamiento en Abril de 1994 el CENTRO DE CANCER, unidad de alto nivel científico y tecnológico, que ha ido

incorporando nuevos servicios para constituirse en el principal centro de referencia en Cáncer de la Zona Nororiental del país.

El Centro de Cáncer de la FOSCAL tiene como finalidad la atención integral del paciente con cáncer. Para ello cuenta con programas orientados a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, realizados con recursos de alta tecnología por personal médico y paramédico especializado, con gran compromiso ético, humano y social. Dentro de sus servicios se encuentra la junta Oncológica que se realiza con el objeto de discutir casos de difícil manejo. Es una junta multidisciplinaria de alto nivel científico donde participan médicos especialistas en todas las especialidades relacionadas con la oncología, patólogos, radiólogos, médicos nucleares entre otros. Allí se evalúan las indicaciones y pertinencia de los tratamientos propuestos al igual que las diferentes técnicas, optando por la conducta que a juicio del grupo médico sea la más acorde a cada caso en particular, siempre con racionalidad tecnicocientífica. Esta situación brinda gran seguridad al usuario y a su E.P.S.

Teniendo en cuenta las patologías más frecuentes se tienen organizado un paquete de promoción y prevención en cáncer. Las actividades además de educar, buscan fomentar el autocuidado en la población y generar hábitos saludables, establece jornadas para realizar exámenes médicos y pruebas de tamizaje en grupos de riesgo organizados por sexo y grupo étnico

Hospital Universitario Ramón González Valencia

Es una entidad pública de tercer nivel, descentralizada, de orden departamental, formador de especialistas en el área de salud y líder en la prestación de servicios integrales de salud en el nororiente Colombiano. Cuenta con una adecuada infraestructura física administrativa, asistencial organizada, biotecnológicamente dotada debidamente señalizada y con amplias zonas verdes. El personal que labora en la institución, se distingue por ser altamente calificado, comprometido y humanizado. Por otro lado, la empresa les brinda a sus funcionarios la posibilidad de participación respetando su libertad en el actuar e identidad en pro al bienestar de los demás.

El hospital ofrece además, tecnología que responde al avance científico y al desarrollo armónico de la entidad, procediendo constantemente con principios de

excelencia. El objeto social es brindar calidad en la atención a la población usuaria satisfaciendo las expectativas de los clientes.

Dentro de este contexto el hospital cuenta con servicios en cuidados intensivos, a nivel pediátrico y adultos, neurociugía, ortopedia, laboratorio clínico, consulta externa, urgencia, ginecobstetricia, clínica intrahospitalaria, pediatría, cirugía general, medicina interna, cirugía plástica y quemaduras, imágenes diagnosticas, urología y oncología.

Objetivos

Objetivo General

Identificar el perfil de personalidad en pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en proceso de radioterapia de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia y del centro de Urólogos de la Clínica Carlos Ardila Lulle, de la ciudad de Bucaramanga, por medio de la aplicación de la prueba “Inventario de Estilos de Personalidad - M1PS de Millón”, con el fin de aportar pautas estratégicas para el tratamiento integral del paciente.

Objetivos Específicos

Conocer el perfil de personalidad según el haremos establecido por la prueba, del grupo con cáncer de próstata y el grupo de comparación no oncológico.

Comparar el perfil de personalidad de los dos grupos objeto de estudio para efectos de validación de la prueba.

Determinar el perfil de personalidad de los pacientes con cáncer de próstata en proceso de radioterapia.

Antecedentes Investigativos

Según estudios sobre las relaciones entre variables psicológicas y cáncer, algunos investigadores se han centrado en buscar solamente asociaciones descriptivas entre ciertos rasgos de personalidad y el padecimiento del cáncer. Y ha sido otro grupo de autores el que ha establecido la relación existente entre ciertas emociones y la función inmune. En concreto, Levenson y Bemis (1996), analizan los resultados de distintos

estudios que investigan dos hipótesis: la primera plantea que ciertas variables psicosociales afectan al padecimiento y progresión del cáncer; la otra hipótesis planteada estudia la posibilidad de que ciertos factores psicológicos afectan al sistema inmune, que a su vez puede contribuir al padecimiento y progresión del cáncer.

Los seguidores de la psicooncología como disciplina científica, han investigado sobre la relación existente entre el cuerpo (soma) y la mente (psique), obteniendo como resultado diversos antecedentes que explican las relaciones entre estas dos dimensiones humanas. Tomando este referente, se eligieron los antecedentes investigativos más acordes a sustentar la utilidad de este estudio.

El Dr. Wulliemier F. de Lausana Suiza (1998), Realizó un estudio en Finlandia que se enfocó en determinar los miedos, las perturbaciones sexuales y la personalidad de hombres diagnosticados con cáncer de próstata. Su objetivo era determinar la ocurrencia de factores psicológicos relacionados con el cáncer de próstata en hombres Finlandeses. El asunto y método empleado fue un estudio basado en una mezcla de regiones de la población, dirigido a 2500 hombres con edades entre 20-59 años que viven en las dos provincias del Northermnost de Finlandia (Oulu y Lapland).

La proporción de la contestación final era 75% (1832 hombres). Los resultados obtenidos fueron: El miedo de tener cáncer de próstata no detectado, fue informado a través de 17% de los hombres en la población que había tenido cáncer de próstata, un valor significativamente más alto que en hombres saludables. Miedos de tener una enfermedad sexualmente transmitida y el pensamiento suicida también era ligeramente más común. Los hombres que habían tenido cáncer de próstata prefirieron estar solos en un retrete público durante el impacto (58% vs. 44%.) definiéndose así un estilo de personalidad pesimista y con poco Espíritu de Lucha. El trastorno Eréctil fue informado a través del 43% de los hombres con próstata sintomático y la libido disminuida a través de 24%. La misma valoración de personalidad, ajustado para la edad, mostró que los hombres con cáncer de próstata estaban más a menudo agitados y nerviosos que los hombres saludables, y que ellos tenían una actitud más meticulosa a la vida y sus problemas. Las dificultades matrimoniales fueron informadas a través de 17% de los hombres que habían tenido cáncer de próstata en algún punto de sus vidas, y el 4% se convenció que su enfermedad había causado su divorcio. El estado socioeconómico y el

bienestar social no tenían influencia clara en la ocurrencia de próstata. Las conclusiones del estudio fueron: Este estudio mostró que esa tensión psicológica es común en hombres con próstata. Los Urólogos y los practicantes generales deben considerar que una consulta con un psicólogo puede ser apropiada para los hombres diagnosticados con cáncer de próstata". (http://www.tercera.cl/diario/2000/05/27/t-27.29.3a_cys.SICOCANCER.html).

Otros autores como Grossarth-Maticek (1998), encontraron a través de un estudio seis estilos de reacción al estrés. Dos de ellos están muy relacionados con el cáncer:

Tipo Uno. Predisposición al cáncer. El sujeto tipo uno se caracteriza por presentar elevado grado de dependencia conformista respecto a algún objeto o persona con valor emocional destacado para él, e inhibición para establecer intimidad o proximidad con las personas queridas. Son personas que ante las situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales abiertas. La pérdida del objeto se mantiene como filente de estrés.

Tipo Cinco. Racional-antiemocional. Se define por la tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Este tipo de personas suele suprimir o negar las manifestaciones afectivas, encontrando dificultad para expresar las emociones. Debería denotar predisposición a la depresión y al cáncer. Hay predominio de lo racional sobre lo emocional. Otras características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo. Green y Shellenberger realizan un completo resumen sobre las características de personalidad en pacientes de cáncer.

De igual forma los mismos, Grossarth-Maticek (1998), a través de otra investigación, establecieron que este tipo de personas son más vulnerables a la enfermedad, en este caso a los procesos infecciosos, entre ellos el cáncer. No se trata de una relación directa, sino más bien de un aumento del riesgo a padecerlo. Parecen tener una serie de características comunes: a) Dependencia emocional: Ocultan cualquier signo de malestar o enfermedad para evitar preocupaciones a los que le rodean; b) Dificultad para hacer frente a situaciones conflictivas en la relación con los demás; c) Reacción depresiva ante el estrés: Es relativamente frecuente encontrar algún suceso estresante cercano a la aparición de un proceso canceroso, d) Ante pérdidas, como algo que quería alcanzar y

no han podido reaccionar con excesiva tristeza, desesperanza, pérdida de ilusión y sensación de incapacidad para seguir enfrentándose a la vida. Esa reacción se mantiene durante largo tiempo, porque permanecen anclados en lo que han perdido, e) La pasividad con que afrontan las situaciones estresantes hace que las vivan con mayor intensidad y que sus efectos se mantengan durante más tiempo, lo que afecta al sistema inmunológico, perdiendo paulatinamente la eficacia defensiva. f) Son sujetos introvertidos, obsesivos, y que interiorizan su reacción al estrés.

Kaplan, H. y Sadock, B.(1998), contemplan un estudio acerca de las dimensiones imaginaria, simbólica y real del cáncer, en el cual, ante el diagnóstico de cáncer, la preocupación por la propia existencia no se desarrolla en el terreno hipotético de la especulación filosófica, sino en el terreno real y concreto de la amenaza del cese de la vida en el propio cuerpo. Se trata de la amenaza de la propia muerte. Si bien médicamente muchas otras enfermedades revisten igual o mayor riesgo para la vida, es prerrogativa del cáncer el que en el imaginario social se lo considere sinónimo de muerte. Esta asociación imaginaria cáncer-muerte, es causada principalmente por dos factores. El primero es que hasta hace unos cuantos años no existían terapéuticas realmente exitosas para lograr liberar de la enfermedad a los pacientes con cáncer, por lo cual generalmente tras el diagnóstico, sobrevenían la agonía y la muerte en poco tiempo; casi en toda familia o bien en familias allegadas, hay experiencia de estas situaciones, por lo que el temor a la enfermedad fue transmitiéndose de generación en generación. El segundo es la falta de una campaña informativa en el ámbito nacional, que ponga al tanto a la población de los avances científicos y los progresos terapéuticos que han modificado totalmente la situación.

De igual forma otro antecedente de interés, fue la Investigación realizada en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Virgen de Las Nieves en Granada y la Unidad de dolor y cuidados paliativos de Jaén (España), entre 1995 -1996 (Truncer 2000). Los objetivos de esta investigación eran determinar un perfil Biopsicosocial de los pacientes oncológicos con dolor, con base en las variables utilizadas que influyen en el riesgo de suicidio como las que no lo hacen; y por último detectar y exponer un método estadístico que permita predecir la probabilidad de riesgo de suicidio en este tipo de pacientes. Las variables del estudio eran: psico-sociales, relativas a la enfermedad neoplásica, relativas

al dolor, Cognitivas, Emocionales y Riesgo de Suicidio. La muestra constó de 104 pacientes entre los 24 y 98 años (69 hombres y 35 mujeres). Se concluyó que las características del perfil Biopsicosocial del paciente oncológico con dolor sometido a tratamiento analgésico en asistencia a un régimen ambulatorio, se han detectado 13 variables que influyen en el riesgo de suicidio. Ellas son: deterioro emocional, aceptación de la enfermedad y el tiempo de enfermedad. (www.psicooncologia.org/articulos/articulos_detalle.cfm?Art_ID=26).

En otro trabajo realizado en la Universidad de Murcia (España), Las Doctoras Maria Teresa Anarte, Alicia López, Carmen Ramírez y Rosa Estevez en su estudio dimensionalización del constructo de personalidad Tipo C, (2000), mencionan el posible vínculo entre personalidad y cáncer que ha sido abordado de manera sistemática y empírica desde hace unos años. Viendo los estudios en su conjunto emerge una serie de rasgos y estilos de afrontamiento que puede constituir la "personalidad predispuesta al cáncer. Constituye un patrón de conducta contrapuesto al "Tipo A" (predispuesto a la enfermedad coronaria) y diferente al "Tipo B" (tipo saludable). Los elementos que definen más especialmente al "Tipo C" son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira, y la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como, excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida. El estudio se realizó con una muestra de 203 pacientes con enfermedades crónicas (103 pacientes diabéticos y 100 pacientes con cáncer). Para evaluar el constructo tipo C se utilizó el autoinforme de personalidad tipo C (Amorós, Anarte, Esteve , López y Ramírez 1998). En los resultados arrojados por esta investigación, se encontraron diferencias significativa en este patrón de conducta entre pacientes con cáncer y personas sanas (Control, Racionalidad, Necesidad de Armonía), entre pacientes diabéticos y personas sanas (Control, Represión Emocional y Necesidad de Armonía) y entre pacientes con cáncer y pacientes diabéticos (Control, Racionalidad y Necesidad e Armonía). La conclusión obtenida por las investigadoras fue que el patrón de conducta tipo C no es exclusivo de personas con cáncer sino que más bien parece ser un patrón de conducta multitud intencional característico de personas que padecen una enfermedad crónica De

igual forma estos autores revisaron estudios realizados acerca de la dimensionalización del constructo de personalidad tipo C, han encontrado que el impacto emocional causado por el cáncer de próstata también ha estado rodeado de mitos y falsas creencias con respecto a la funcionalidad y masculinidad que este tipo de enfermedad y sus tratamientos pueden causar en los hombres.

Marco Teórico

Cáncer, Enfoque Médico

Para efectos de validación del estudio fíe necesario recurrir a algunos referentes teóricos que sustentaran la investigación, dentro de ellos encontramos al autor:

Miller, Henry (1980) quien argumenta que “La próstata es una de las glándulas sexuales masculinas. Es una glándula pequeña (cerca del tamaño de una nuez) y sirve para la producción de líquido seminal, que forma parte del semen o esperma. Está ubicada encima del recto y debajo de la vejiga de la orina. La próstata rodea la uretra -el tubo que lleva la orina desde la vejiga al pene- como una especie de "flotador", en el punto donde la uretra se conecta a la vejiga. Por ello, cuando la próstata crece, hay dificultades al orinar o en las relaciones sexuales”. (Pág. 346).

Definición del Cáncer

Diego Goyanes Alfredo y otros, (1970), dicen que el cáncer de Próstata es la transformación maligna de los componentes celulares de la glándula prostática con alteración funcional de dicha glándula y compromiso de la economía corporal en estadios avanzados de esta enfermedad. Cada una de las enfermedades cancerosas difieren en su origen, localización y manifestaciones, no obstante hay algo común en todas ellas que permite englobarlas bajo el término de cáncer. Llamamos cáncer a todo proceso que evoluciona con 4 características: Primero: Un aumento en el número de células sobre el que es normal para el funcionamiento del organismo, a lo que se llama Hiperplasia. Segundo: Un cúmulo en forma de masa o bulto, conocido como Neoplasia (formación de un tejido con carácter tumoral, maligno); como excepción gran parte de la masa se dispersa en la sangre en las leucemias; Tercero: Una serie de anomalías en la forma y función de las células, designadas como Heterotipia (es lo que da la especificidad al carácter canceroso); Cuatro: Un metabolismo incompatible con la vida del organismo portador, es decir que intrínsecamente es deletéreo (mortal).

Según Adler y Mathews (1994), “el cáncer se propaga cuando las células inmorales vagan por el cuerpo saltándose los controles que mantienen fijas en su debido asentamiento a las células normales. Nuestro cuerpo es una comunidad de células, en

la que cada una ocupa su debido sitio donde realiza las tareas asignadas en beneficio del organismo. Salvo los leucocitos, que patrullan por el cuerpo para evitar la invasión de microbios y la lesión de los tejidos, las células normales permanecen en el tejido del que forman parte. Muy distintas son las células cancerosas, verdaderos picaros que agreden e invaden otros tejidos. A la metástasis, diseminación del cáncer hasta sitios distantes del cuerpo, se debe el carácter letal de aquel, se entiende, pues, que la Metástasis y la invasión de tejidos sanos por células cancerosas constituyen las notas distintivas de los tumores malignos” (P. 213).

De igual forma Adler y Mathews (1994), sostienen que “la adquisición de la capacidad necesaria para emigrar a otro tejido es, por tanto, un hecho clave en el desarrollo del cáncer. Para acometer una metástasis, las células cancerosas deben abandonar su asentamiento de origen, invadir un vaso sanguíneo o linfático, viajar por la circulación hasta un lugar lejano y establecer una nueva colonia celular. En cualquiera de estas etapas han de sortear numerosos controles, los que cuidan que las células normales permanezcan en su sitio”.

En los tejidos normales, las células se adhieren entre sí, y a la matriz extracelular, constituyendo una red insoluble de proteínas que se extienden sobre el espacio intercelular. Las moléculas de adhesión intercelular ayudan a retener en su sitio las células. En las células cancerosas, sin embargo, estas moléculas o faltan o se hallan en una situación comprometida, así, varios tipos de cáncer pierden parcial o completamente la E- Cadherina, una molécula de adhesión intercelular. Por otro lado, la adhesión a la matriz extracelular les permite a las células sobrevivir y proliferar. En resumen, la invasión y metástasis son procesos que diseminan, con consecuencias letales, las células cancerosas por todo el cuerpo. Las células cancerosas comienzan por despegarse de su asentamiento primario, comúnmente el tejido epitelial y rompen la membrana basal separándola de otras capas de tejidos. Algunas de estas células invasoras logran atravesar la membrana basal que reviste al vaso sanguíneo y penetra en la capa de células endoteliales que lo revisten.

Las causas iniciales del cáncer son múltiples, el cáncer puede ser causado por agentes físicos como las radiaciones ultravioletas, las radiaciones ionizantes y la irritación crónica; por varios centenares de agentes químicos

inorgánicos y orgánicos y por diversos agentes biológicos que pueden ser víricos, parasitarios o bacterianos. También hace parte de la etiología del cáncer el tabaco, consumo de bebidas alcohólicas, la contaminación ambiental y la mala alimentación, algunos productos de la industria y de la minería, exposición excesiva al sol. En la mujer, las relaciones sexuales antes de los 19 años de edad y la promiscuidad sexual intervienen en la génesis del carcinoma del cuello uterino. Antecedentes familiares (padre, hermano, tío) de cáncer de próstata.

Ahora bien, el hecho de que la mayor parte de los agentes cancerígenos sea exógena no debe hacer perder de vista la importancia que tienen los factores endógenos en la patogenia del cáncer. Existe una predisposición genética a padecer algunos tipos de cáncer. Se ha determinado dicha predisposición en el cáncer de mama, estómago, colon, endometrio, próstata y pulmón. También influyen las alteraciones cromosómicas.

Los tipos de cáncer más conocidos son:

1. El cáncer de próstata.
2. cáncer de mama,
3. Cáncer de pulmón,
4. Cáncer coló rectal,
5. Cáncer de vejiga,
6. Linfoma
7. Cáncer de útero,
8. Melanoma (cáncer de piel),
9. Cáncer de riñón,
10. Leucemia,
11. Cáncer de Ovario y
12. Cáncer de páncreas.

Cáncer de Próstata

Solzheritsyn, Alexander (1992), dice que “El cáncer de próstata (cáncer prostético) es el segundo cáncer más común en los hombres, después del cáncer de piel, y la segunda causa principal de muerte por cáncer en ios hombres, después del cáncer del pulmón. El carcinoma de próstata es el tumor mas frecuente en el varón en los Estados Unidos de Norteamérica y en la comunidad europea ocupa el segundo lugar tras el cáncer de pulmón; es responsable de un 13% de todas los tumores del varón, provoca unas 85.000 muertes al año y tiene una incidencia de 35.2 casos/100.000 habitantes. Su incidencia ha aumentado durante los últimos años. En España su incidencia en 1990 fue de 39.8/100.000 habitantes y se espera que si mantiene el ritmo de crecimiento actual en el año 2000, 2010 y 2020 alcance un 49.1,

51.7 y 59/100.000 respectivamente. Su ritmo de crecimiento anual en nuevos casos es de un 8%”.

Cada año se diagnostica cáncer de próstata a casi 9000 españoles. Unos 8.800 españoles se añaden cada año a la lista de personas que padecen cáncer de próstata, la segunda enfermedad con mayor mortalidad después del cáncer de pulmón, según se ha señalado en unas jornadas a las que han asistido más de 150 especialistas para debatir sobre los últimos tratamientos.

Hombres de más de 50 años, fumadores crónicos y que trabajan con componentes considerados como cancerígenos en sectores como la pintura, el caucho, la marroquinería, el textil o la imprenta, son el prototipo de pacientes con cáncer de vía urinaria, mientras que la ingesta excesiva de grasas animales y poca fibra vegetal se asocia con una mayor incidencia del cáncer de próstata.

Como ocurre con muchos tipos de cáncer, la detección y el tratamiento temprano aumentan las perspectivas de curación. Además, el cáncer de próstata es un tipo de cáncer que crece lentamente. Cuando se desarrolla muy a finales de la vida, como es frecuentemente el caso, la repercusión de la enfermedad puede ser mínima. En efecto, muchos hombres con cáncer de próstata mueren con el tiempo de causas no relacionadas con el cáncer mismo.

El cáncer de próstata representa un serio riesgo para la salud y vida del hombre. La prostatectomía radical es un método seguro que permite modificar la historia natural de la enfermedad; para ser eficaz es necesario llevar a este procedimiento a pacientes con cáncer de próstata localizado, siendo en este momento el Antígeno Prostático Específico una de las herramientas básicas para su detección a tiempo; sin embargo los valores con que se cuenta en la literatura pertenecen a otros grupos raciales distintos al colombiano, sin contar hasta el momento con ningún estudio en esta población.

Síntomas del Cáncer de Próstata

Según Miller Henry (1980), argumenta que en su estadio más inicial, el cáncer de próstata puede no producir signos o síntomas; según crece el tumor, pueden notarse ciertos signos o síntomas, incluyendo: Uno: Dificultad al comenzar o terminar de orinar; Dos: Fuerza reducida del chorro de orina; Tres: Goteo al final de la micción; Cuatro:

Micción dolorosa o con ardor; Cinco: Orinar poca cantidad cada vez y frecuentemente, especialmente por la noche; Seis: Eyaculación dolorosa ; Siete: Sangre en la orina ; Ocho: Incapacidad para orinar; Nueve: Dolor continuo en la parte baja de la espalda, en la pelvis, o en la zona superior de los muslos.

Estadios o Etapas del Cáncer de Próstata

Según Harrison (2001), el cáncer es una enfermedad que presenta una serie de etapas, las describiremos brevemente:

Etapa I (A). El cáncer de próstata en esta etapa no se siente y no causa ningún síntoma. El cáncer se encuentra solamente en la próstata y se detecta de forma casual.

Etapa II (B). Las células cancerosas se encuentran en la glándula prostática únicamente. El tumor puede detectarse por medio de una biopsia por aguja, o por simple tacto rectal.

Etapa III (C). Las células cancerosas se han diseminado fuera del recubrimiento (cápsula) de la próstata a los tejidos circundantes.

Etapa IV (D). Diseminación (por metástasis) a los ganglios linfáticos (cerca o lejos de la próstata) o a los órganos y tejidos situados lejos de la próstata los huesos, el hígado o los pulmones.

Recidiva. El cáncer vuelve a aparecer después de haber sido tratado. Puede reaparecer en la próstata o en otra parte del cuerpo. (Pág. 582).

Tratamiento del Cáncer de Próstata

Según Harrison (2001), El tratamiento del cáncer de próstata es sumamente individualizado, y deben considerarse muchos factores, especialmente:

a) La etapa de enfermedad; b) antecedentes médicos generales del paciente; c) edad; d) estado general de salud; e) esperanza de vida. (pág. 627).

Dentro de las alternativas médicas para el tratamiento del cáncer de próstata se encuentran: La Radioterapia la cual es una de las principales modalidades de tratamiento en oncología. Se aplica aproximadamente al 60% de los pacientes. Utiliza radiaciones ionizantes de alta energía. Es considerada como una terapia local, ya que sólo afecta a las células de la zona radiada. Existen dos variedades de radioterapia:

externa e interna. La elección del tipo de radioterapia está en función de las peculiaridades del paciente y de la tunioración en cada caso.

Los diferentes tratamientos con radioterapia coinciden en:

L- Su administración suele ser en la mayoría de los casos, de forma diaria y en ocasiones a días alternos. 2.- En general, se trata de sesiones de corta duración. Apenas unos duran unos minutos. 3.- Su administración ocupa generalmente los días de la semana, descansando los fines de semana. 4.- La duración en numero de días de tratamiento, dependerá de la dosis final que deseemos alcanzar, por lo que este apartado puede variar de unos pacientes a otros. Se cuenta con la orientación de los médicos radioterapéutas y la participación del radiofísico y tecnólogos de amplia experiencia, se utilizan equipos de alto nivel tecnológico asistidos por computadora, para la aplicación de radiaciones con fines curativos o paliativos según el caso.

Los efectos secundarios posibles del tratamiento con radiación del cáncer de próstata pueden incluir los siguientes: colitis y diarrea con sangre en las heces o sin ella, problemas asociados con la micción. Cierta grado de impotencia (incapacidad de conseguir o mantener la erección), que puede ocurrir en un plazo de dos años después de recibir la radiación.

Otros tratamientos utilizados en los pacientes con cáncer de próstata son: La cirugía: la cual varía desde extirpar solo el crecimiento canceroso, a la extirpación de toda la próstata y de los ganglios linfáticos circundantes; la Prostatectomía Radical que consiste en la extirpación de la próstata y parte del tejido que la rodea, la cirugía se puede realizar mediante una incisión en el espacio situado entre el escroto y el ano (prostatectomía perineal) o mediante una incisión en al abdomen inferior (prostatectomía retropúbica). La prostatectomía radical se lleva a cabo solo si el cáncer no se ha diseminado fuera de la próstata. Por último la Criocirugía, tipo de cirugía en el que el cáncer se destruye por congelamiento.

Pronóstico y Epidemiología

Según Guerrero (2000), “la tasa de supervivencia a los 5 años es de 85 % para los pacientes con cáncer de próstata cuyos cánceres se descubren en una etapa precoz, y la

del cáncer de próstata en su conjunto ha aumentado hasta más del 70 % en los últimos 30 años” (P. 123).

El cáncer de próstata rara vez ocurre antes de los 55 años de edad. La mayoría de los hombres diagnosticados tienen 65 años o más. El cáncer de próstata se está volviendo más frecuente, posiblemente porque los hombres viven más. Los hombres de raza negra que viven en América tienen la tasa más alta del cáncer de próstata en el mundo, por razones desconocidas.

Dentro del diagnóstico diferencial del cáncer de próstata se encuentra: el cáncer de próstata localizado. La próstata crece a partir de los 40 años de edad en el hombre, de forma que es muy frecuente presentar a partir de los 50-60 años una próstata "agrandada" o hipertrofia prostética benigna (HPB), mucho más común que el cáncer de próstata. Los síntomas de la HPB son parecidos a los del cáncer de próstata, por ello no se debe confundir ambas patologías que coinciden en el mismo grupo de riesgo por edad: los varones mayores de 50 años.

Como ocurre con muchos tipos de cáncer, la detección y el tratamiento precoces aumentan las perspectivas de curación ya que aunque no hay forma de evitar el cáncer, si hay manera de prevenir que cause daños mayores por progresión. Hace 15 años, solo el 20% de los carcinomas de próstata se diagnosticaban cuando el tumor estaba localizado dentro de la glándula en fase curable. El 80% restante tenían invasión regional o metástasis.

Gracias a campañas informativas, que aumentan el número de varones que acuden al Urólogo para revisiones rutinarias, por estar en edad de riesgo o por tener modificaciones en el ritmo o en el flujo urinario, esas cifras se han invertido. En la actualidad el 75% de los carcinomas de próstata, se diagnostican cuando no tienen metástasis. (Estadio precoz: Cáncer de Próstata Localizado)

Implicaciones Psicológicas del Cáncer de Próstata

El ser humano como ser biopsicosocial, está determinado por todos aquellos factores en su significado emocional, familiar, interpersonal, vocacional y funcional, que construyen diariamente su calidad de vida; y que al considerarse amenazados por alguna enfermedad experimentan transformaciones. Es precisamente, al referencia! las

concepciones teóricas de Fawzy F. Fawzy N y otros (1995), donde se determina que “Los factores Psico-sociales como aquellos agentes que afectan a la persona Psicológica y socialmente. De esta forma, y en modo particular, los factores psico-sociales que afectan al cáncer de próstata en cada persona son diferentes, en la medida en que no se puede estandarizar, el que todos los hombres tengan la misma experiencia, forma de pensar o manifestar los sentimientos. Sin embargo, se pueden presentar algunas aflicciones y preocupaciones comunes, que pueden evidenciarse cuando a un hombre se le diagnostica el cáncer de próstata” (P. 98) .

Masculinidad Amenazada

Fawzy. F (1994), menciona que ‘Ta glándula prostática es crucial para la función sexual masculina; la posibilidad y el diagnóstico real del cáncer de próstata pueden infundirles temor y ansiedad a los pacientes, al tener en cuenta que su masculinidad se ve amenazada. Ellos temen que ya nunca volverán a ser "verdaderos hombres" en cuanto al desempeño sexual. Es por esta razón, que en vez de adoptar un curso de acción en respuesta a estos temores, es preferible informarse, para poder tomar las mejores decisiones posibles acerca de su salud. Las consideraciones del tratamiento varían, así como sus efectos en la función sexual. Es normal sentir temor, estar enojado o sentirse deprimido cuando se le confirma este diagnóstico. La buena noticia es que el cáncer de próstata es muy tratable’.

(<http://www.lafacu.com/apuntes/psicologia/tipoljmma/default.htm>).

Ante una situación como ésta, cada paciente, con su pareja o familiares, debe hacer lo posible para hablar sobre el diagnóstico del cáncer de próstata, manifestar sus sentimientos, y desahogarse con respecto a sus temores y expectativas; pues como toda enfermedad de esta índole, afecta no sólo al paciente sino también a las personas más cercanas a él.

De igual forma, Fawzy (1994), sostiene que algunas veces los hombres se sienten avergonzados o culpables por ignorar las posibles señales de cáncer de próstata o al evitar consultar a su médico debido a la naturaleza del examen. Otras veces, los hombres procuran no tener que regresar al médico una vez que se ha hecho el diagnóstico de cáncer de próstata, y prefieren "tratarse a sí mismos" con medicamentos alternativos, o

simplemente se niegan la posibilidad de aceptar el diagnóstico del cáncer. Es su responsabilidad ser sincero consigo mismo y con su proveedor de los cuidados de la salud, para que la colaboración con su médico se base en los principios de un diálogo sincero y franco que logre asegurar el mejor cuidado posible. Es normal buscar una segunda opinión e investigar todas las opciones de cuidados disponibles, hasta tomar la mejor decisión. Los médicos comprenden el deseo de obtener una segunda opinión para confirmar el diagnóstico o para proporcionar una perspectiva diferente en cuanto a las opciones de tratamiento.

Es normal experimentar sentimientos de soledad, desamparo o aislamiento, cuando se ha diagnosticado el cáncer de próstata. Por esto, es fundamental que se considere la posibilidad de asistir a un grupo de apoyo, donde el paciente encuentre la alternativa de socializar situaciones similares, ya vividas por otros hombres que están en igualdad de condiciones, y que en algunos casos han logrado de una u otra forma superarlas, para constituirse en una fuente de apoyo y esperanza para los demás enfermos.

Reafirmando esta concepción, Fawzy, F (1994), sostiene que los efectos psicosociales de la enfermedad y su tratamiento, afectan el funcionamiento social, somático y psicológico de los pacientes, produciendo los siguientes cambios en estas tres áreas. A). Area Social: La mayoría de los enfermos sufren una pérdida de la estructura y equilibrio de la vida diaria, sus roles dentro de la familia, trabajo y entorno social son adversamente afectados, lo cual contribuye a la depresión y al aislamiento; la fatiga y debilidad producidas por el cáncer y su tratamiento limitan o impiden la participación del enfermo en ciertas actividades distanciándole incluso de sus seres más queridos. El cáncer constituye una crisis para la unidad familiar, de ahí la importancia de una comunicación sincera y abierta entre todos sus miembros, que deberán compartir emociones y expectativas. El enfermo experimenta una pérdida de control sobre su vida, ya que ha de depender totalmente del médico y familiares para suplir, incluso sus necesidades más básicas, en algunos casos. Esto lo fomenta también el hiperproteccionismo del enfermo por parte de su familia, ya que el entorno social del paciente se ve afectado por el aislamiento emocional que ocurre cuando la comunicación íntima con otros se ve interrumpida por la enfermedad. B). Area Somática: Los síntomas somáticos más frecuentes en el enfermo con cáncer son: debilidad, náuseas y

vómitos, dolor, anorexia, dificultades sexuales, alopecia, etc. Se ha comprobado que el 83% de los pacientes experimentan esta clase de manifestaciones propias de la enfermedad. Estos síntomas pueden resultar de la misma afección o de su tratamiento, en donde el dolor parece ser la queja que se presenta con mayor frecuencia, sin embargo las náuseas y vómitos son descritas por los mismos enfermos como los más nocivos y desagradables. Dichos elementos que suelen ser los más comúnmente experimentados, emergen como resultado de la quimioterapia y pueden estar inducidos farmacológicamente o ser el resultado de un proceso de condicionamiento pavloviano (Náuseas y vómitos). Otro de los problemas más significativos, que afectan de una u otra forma a los enfermos de cáncer de próstata, está relacionado directamente con la disfunción sexual, donde intervienen tanto factores fisiológicos como psicológicos. No está limitada a cánceres genitales y sus causas son múltiples: Daño estructural o funcional producido por el tratamiento (Por ejemplo, atrofia vaginal y estenosis producidos por radioterapia en carcinomas de cervix); disminución del deseo sexual por fatiga, ansiedad, depresión náuseas, etc.; reacción psicológica del paciente a su enfermedad y cambios en el concepto de sí mismo como consecuencia de alteraciones de la imagen corporal y reacción del cónyuge / pareja a la enfermedad, etc. Aquí la preparación para la caída del cabello y la reafirmación de que es solo temporal son los aspectos más importantes del apoyo psicológico. C). Area Psicológica: Los problemas psicológicos más frecuentes en pacientes oncológicos son distorsiones del estado de ánimo (ansiedad y depresión) y deterioro cognitivo (confusión, desorientación, olvido). La ansiedad y temores están generalmente producidos por miedo a la muerte y a lo desconocido así como al sufrimiento y al dolor; pérdida del autocontrol; soledad; incertidumbre ante los resultados de las pruebas diagnósticas. Por ejemplo, entre las secuelas de la mastectomía están el temor a perder la identidad sexual, a la desfiguración y al abandono. Aunque los síntomas depresivos son comunes no suelen ser indicadores de depresiones clínicas, ya que solo suelen presentarse las reacciones vegetativas de la depresión (anorexia, pérdida de peso, insomnio, pérdida de interés en el sexo y actividades diarias). Pueden producirse delirios (excitación mental caracterizada por confusión, falta de claridad sensorial, alucinaciones o ilusiones) y demencias (pérdida de

la función intelectual caracterizada por déficit en la memoria, razonamiento, concentración y juicio, confusión, desorientación, apatía y estupor).

Considerando el autor Rodríguez (1995), este sostiene que “En el momento de afrontar y asumir todo lo que conlleva una enfermedad crónica como el cáncer de próstata, lo ideal sería que el paciente asumiera un comportamiento adecuado ante la crisis que le supone la enfermedad tanto el diagnóstico como el tratamiento, Se ha convertido en todo un proceso, el hecho de intentar asimilar el manejo de este tipo de diagnóstico crónico en donde intervienen múltiples variables, las cuales determinan el éxito o el fracaso del mismo y por ende, la adaptación del individuo a la enfermedad” (P. 78).

Esas variables pueden verse también como una serie de tareas que se clasifican en siete categorías: 1) El paciente o enfermo debe reconocer sus síntomas, controlarlos y prevenir sus consecuencias cuando sea posible; 2) aceptar el tratamiento; decisión que depende de la naturaleza y las etapas de la enfermedad, la complejidad del mismo, la adaptación a los cambios comportamentales exigidos, los efectos secundarios del tratamiento, la estabilidad socio-familiar del paciente y el grado de información con que cuenta el individuo; 3) mantener relaciones adecuadas con el médico y demás personal sanitario; 4) tratar de establecer un equilibrio emocional. En el caso de la enfermedad crónica, el paciente y su familia deben afrontar los sentimientos de angustia asociados con la enfermedad.; 5) conservar la autoimagen, el sentido de autocontrol y competencia, en niveles satisfactorios. El paciente tratará de alcanzar un equilibrio personal entre la aceptación de ayuda y su acción participativa, al tiempo que debe llevar a cabo con éxito una vuelta a la independencia total después de un período de pasividad; 6) conservar las relaciones con la familia y los amigos.

En muchos casos, se deben superar las dificultades de comunicación y se deben encontrar métodos de adaptación para la familia.; 7) prepararse para posibles futuros inciertos y acostumbrarse a vivir con esa incertidumbre.

Según el mismo Rodríguez (1.995), el afrontamiento y la adaptación a la enfermedad crónica cumplen una serie de características. Al igual que las anteriores tareas, las características del afrontamiento tienen la importancia de ser determinantes en la

rehabilitación del enfermo y en el significado que tiene la enfermedad para el sujeto así como de las circunstancias o contexto que rodean a la enfermedad. Estas determinantes son cuatro:

a) El afrontamiento o adaptación a la enfermedad crónica es un proceso dinámico, es una continua negociación entre la persona y sus circunstancias, donde se pueden observar períodos de grao progreso seguido de regresiones que dependen en muchas ocasiones de cambios en la enfermedad y/o cambios en los patrones de respuesta individuales; b) un enfermo crónico puede reaccionar bien a nivel somático pero no llegar a ser capaz de realizar los cambios necesarios en su conducta social o puede estar psicológicamente equilibrado pero somáticamente alterado; c) el afrontamiento es evaluado desde diferentes perspectivas y por muchas personas - familiares, amigos, profesionales sanitarios, etc.-, cada uno de los cuales puede presentar variables en cuanto a criterios o expectativas; d) el afrontamiento o adaptación a la enfermedad crónica está influido por la creatividad individual.

A su vez, entre las respuestas comportamentales más comunes para el afrontamiento de la enfermedad crónica se pueden destacar las siguientes categorías (Rodríguez, 1.995):

Negación o minimización de la gravedad de la crisis. La cual tiene tres formas básicas: a) Negación del hecho de la enfermedad: El paciente actúa “normalmente”, como si no estuviera enfermo, lo cual, puede conllevar entre otras, a abandonar el tratamiento; b) negación del significado de la enfermedad: el paciente piensa que su enfermedad no representa peligro ni amenaza alguna para su vida; c) negación del estado emocional de la enfermedad: el paciente atribuye su estado emocional - depresión y ansiedad, por ejemplo - a factores independientes de su enfermedad.

Es de vital importancia entender que la negación no tiene porque ser necesariamente una respuesta desadaptativa, sino que en muchos casos puede considerarse como una respuesta adaptativa. Por lo que hace referencia a sus efectos, pueden ser tanto negativos como positivos.

Otra forma son las respuestas de acción directa de escape/evitación del acontecimiento. Este es el tipo de comportamiento que el paciente tiene cuando pospone

sistemáticamente alguna cita médica o cuando sale comedido de la sala de espera de algún centro asistencia!

Una tercera categoría es la búsqueda de información pertinente sobre la enfermedad, los procedimientos de tratamiento alternativos y sus posibles consecuencias. Por tal motivo se presentan:

Conductas confrontativas: son los esfuerzos activos centrados sobre los problemas, para aprender procedimientos específicos relacionados con la enfermedad, así como acciones más o menos directas que intentan cambiar la situación de alguna forma. Lastimosamente, no todas las actividades de esta categoría son necesariamente saludables.

Mantenimiento regular de rutinas: En la medida en que sea posible llevarse a cabo y con métodos concretos limitados, es decir, la planificación de actividades. En la enfermedad crónica, la planificación de las actividades diarias es muy importante para conseguir una buena adaptación.

Manejo de la autopresentación y la expresión de apoyo emocional de la familia, amigos y profesionales sanitarios: La manifestación de las emociones es una forma importante de afrontamiento, la incapacidad para exteriorizarlas, puede incrementar la actividad fisiológica.

Ensayo de consecuencias alternativas: Hace referencia a la preparación psicológica y discusión de las alternativas posibles con familiares y amigos.

Instalación o mantenimiento del sentimiento de control: el sentimiento de control sobre la enfermedad deriva de la creencia en el poder para controlarla o de la confianza que se tenga, en que tal control reside en otras manos. Las acciones sobre el entorno para cambiar la situación, es decir, acciones de control:

Encontrar o dar sentido positivo a la enfermedad.

Búsqueda y obtención de apoyo social: se ha observado que el apoyo social tiene un papel beneficioso en el afrontamiento de la enfermedad.

Comparación social con otras personas que tengan o no, su enfermedad.

En otro aspecto, dentro de los factores psico-sociales de riesgo se han identificado tres tipos de factores en la etiología del cáncer: a) Estrés: El estrés puede acelerar o inhibir el crecimiento del tumor dependiendo de factores tales como: localización del

tumor, historia previa de estrés y tipo de tumor. En el hombre, el valor subjetivo del estrés es más importante que sus características objetivas, b) Personalidad: la primera estudia la posible relación entre medidas de personalidad obtenidas años antes de la aparición del cáncer y el subsiguiente diagnóstico de éste. Por ejemplo, en un estudio se analizó que la represión emocional era mayor entre individuos en los que más tarde se desarrollaba alguna enfermedad maligna. En algunos casos, se ha asociado una determinada actitud del paciente a un curso favorable del cáncer. Por ejemplo, pacientes con melanomas malignos que se esforzaban menos por adaptarse a su enfermedad recidivaban y morían antes que aquellos con el mismo diagnóstico que aparecía “bien adaptados en el momento del diagnóstico”. Optimismo y un espíritu luchador también han sido asociados a una supervivencia sin recidiva de cinco años en enfermas mastectomizadas. C) Hábitos personales o conductas: la modificación de hábitos personales poco sanos como el fumar y la ingestión del alcohol. Ambos tipos de conducta son extremadamente resistentes al cambio. (Rodríguez 1995).

Teniendo en cuenta que la personalidad es uno de los factores que determinan la reacción psicológica de un paciente frente a la enfermedad, se considera necesario retomar este tema con el fin de establecer la relación entre cáncer de próstata y personalidad, variables de interés dentro del desarrollo de esta investigación.

La Personalidad

La ciencia de la psicología y el esfuerzo por comprender la personalidad dentro de un marco de referencia, conduce a plantearla como soporte teórico para este estudio en el intento por identificar el perfil de personalidad propio de los pacientes con cáncer de próstata, por esta razón se retoman los aportes más pertinentes para el esclarecimiento del estudio.

Según Morris (1990) cuando se habla sobre la personalidad de alguien, se refiere a lo que diferencia esa persona de los demás, incluso lo que les hace única. A este aspecto de la personalidad se conoce como diferencias individuales. Estos rasgos o características permiten categorizar o comparar a una persona con otra.

Teniendo como referencia los estudios adelantados por Cueli Josep, (1990), plantea que “el estudio de la personalidad surgió desde dos tradiciones diferentes, una de ellas,

considera a la personalidad como un fenómeno natural y por tanto susceptible de poder ser estudiada por la ciencia natural, la otra, tradición en la Edad Media, se consideraba la personalidad de origen sobrenatural. En ambos casos, lo primero que se debe referenciar para estudiar la personalidad, es clasificar las diferentes facetas que este constructo engloba. Los primeros estudios estaban basados en tipologías, los tipos son categorías de personalidad independiente, es decir, en función de los rasgos de un individuo se pertenece a un tipo u otro de personalidad, por ejemplo extrovertido o introvertido”.

Continuando con las referencias teóricas aplicadas para el estudio de la personalidad, Engler, Barbara (1994)., presenta un señalamiento etimológico, que se deriva del latín clásico del término "persona"; este término se utiliza para designar las máscaras o caretas que los actores romanos utilizaban en sus representaciones. Con el término personalidad “hace referencia a la máscara o lo que aparenta el individuo, de acuerdo con el contexto o la situación; puede referirse al papel que dicho actor representa en cada caso, el rol o los roles que se interpretan en cada situación. Una tercera acepción hace referencia al actor en sí mismo, que es un individuo constituido por un conjunto de características individuales y que son diferentes al papel que representa en cada momento y a cada circunstancia social” (P.3)

Los avances en el conocimiento, dejan al descubierto la existencia de que se presenta cierto tipo de ambigüedad en la definición de éste particular tanto en su explicación no sistemática, como en su determinación científica o sistemática.

De igual forma Engler, Barbara (1994) sostiene que a nivel no sistemático, se relaciona la perspectiva de la máscara, prestigio social, que se puede considerar como el conjunto de características que confieren una atractividad social a un sujeto. En este sentido, la personalidad se definiría como la configuración que de sus manifestaciones externas hacen los demás; según este punto de vista se podría atribuir distintas personalidades a un sujeto, en función de las personas que lo juzguen y en función de las situaciones en que se produzca el juicio. Estas caracterizaciones son además base real del comportamiento tanto del observador que hace la valoración como para el individuo o actor; estos juicios de valor tienen una utilidad predictiva y adaptativa para el observador que conoce de antemano una serie de conductas o datos que recibe del actor, cómo será su personalidad que es un constructo teórico o atribuciones que realiza el

observador sobre el actor. El observador que categoriza a la otra persona, explica el valor predictivo y adaptativo, que a su vez explicaría los estereotipos al igual que nuestro comportamiento se haya modelado con las etiquetas que los demás nos atribuyen.

A nivel sistemático o científico la personalidad, es un acercamiento al actor en sí mismo, en cuanto poseedor de un conjunto de cualidades y propiedades peculiares que le definen con independencia de la categorización que de él y de su comportamiento realizan los demás.

Es por esta razón, que hacemos alusión a Allport (1936); quien es citado por Barbara Engler (1994), quien realizó una clasificación de las diferentes definiciones del término personalidad, de la siguiente manera:

Definiciones aditivas u ómnibus: En este tipo, la personalidad se entiende como la suma de todas las características que poseen y definen a un individuo. Allport (1936), para mayor claridad hacia el término cita a Eysenck (1970) quien dice que “la personalidad es la suma total de los patrones de conducta actuales o potencial de un organismo en tanto que determinados por la herencia y el ambiente y que se originan y desarrollan mediante la interacción del sector cognitivo, conativo (carácter), afectivo (temperamento) y somático (constitución)”.

Definiciones integrativas o configuracional: Presenta mayor énfasis en la estructuración de las características o las relaciones entre ellas mismas y la forma como se organizan en el individuo.

Definiciones jerárquicas. Siempre existirá, una serie de jerarquías y habrá un factor relevante que organiza las estructuras de la personalidad. Hay un factor que rige las características de nuestra personalidad.

Definiciones en términos de ajuste. Se entiende la personalidad como un conjunto integrado y organizado de características de un individuo pero se determina el ajuste de la conducta al medio, si es una conducta adaptada al medio la personalidad esta integrada y si no es una conducta adaptada, habrá unas características que no se integran al medio.

En síntesis, el estudio de la personalidad dentro de la Psicología es amplio. Los Psicólogos no están de acuerdo con una definición única de la personalidad; pero si con

una definición actual en la que se concibe a la personalidad como la referencia a los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y que distinguen a una persona de otra, que se encuentra íntimamente relacionada con el temperamento y el carácter.

Teóricos de la personalidad

Los siguientes teóricos fueron seleccionados como base fundamental del estudio:

Los teóricos de la personalidad están interesados en la estructura del individuo y sobre todo en la estructura psicológica, es decir, como se “ensambla” una persona, como “funciona”, como se “disgrega”. Algunos teóricos van un paso más allá, sosteniendo que están buscando la esencia de lo que hace a una persona, o intentando comprender al ser humano individual. Por esta razón el campo de la psicología de la personalidad se extiende desde la búsqueda empírica simple de las diferencias entre personas hasta una búsqueda bastante más filosófica sobre el sentido de la vida. Adentrándose cada vez más, en esta vasta concepción científica del término personalidad, los autores Cueli Josep (1990) ha promulgado una amplia variedad de teorías para explicar no sólo los tipos comunes de personalidad, sino también cómo la gente desarrolla sellos psicológicos únicos, llamados personalidad. Existen múltiples teorías tales como ideográficas, conductuales, cognitivas, centralistas, nomotéticas conductuales, nomotéticas personales y culturales, que intentan dar cuenta del concepto de personalidad.

La teoría de los rasgos ha recibido mayor aceptación entre los psicólogos dedicados a la investigación científica positiva. Los rasgos se refieren a dimensiones continuas que poseen los individuos en varios grados, las teorías de los rasgos más actuales reconocen que los individuos varían en forma considerable con respecto a la misma característica; los principales exponentes de la teoría de los rasgos son; Raymond Catell, Gordon Allport y Hans Eysenck.

De la misma manera, pero teniendo en cuenta sus propias ideologías sobre el particular, Catell (1950) quien es citado por Barbara Engler, (1994), afirma que la personalidad permite predecir lo que hará una persona en una determinada situación. En el concepto de personalidad de Catell se habla de rasgos, como una estructura mental

que se obtiene de la observación coherente de un determinado comportamiento; se compone de rasgos únicos (individuales) y comunes (poseídos por todos los que conviven ciertas experiencias), de rasgos superficiales y de rasgos originarios (estos últimos son la base del comportamiento y son identificables mediante el análisis factorial). Es decir, que para Raymond, Cattell, la personalidad es lo que permite una predicción de lo que una persona hará en una situación determinada. La teoría de la personalidad desarrollada por Cattell tuvo su contribución más importante por medio de sus métodos y técnicas de investigación e identificación de los rasgos; Cattell creía que la exploración de los rasgos ayudaría a entender la estructura y función de la personalidad, así de esta forma; el conocimiento de los rasgos subyacentes permitiría hacer predicciones acerca de la conducta propia y de los demás.

Cattell (1950) distingue entre rasgos superficiales y rasgos fuente. Los rasgos superficiales son grupos de respuestas conductuales manifiestas que parecen ir juntos, tales como la integridad, la honestidad, autodisciplina y seriedad; los rasgos fuentes se refieren a las variables subyacentes que parecen determinar la manifestación superficial, en este caso la fuerza del yo. Así mismo, R. Cattell identificó dieciséis rasgos fuente básicos que representan los bloques constructores de la personalidad. Ciertos rasgos son indicativos de un temperamento sociable, mientras que otros indican una disposición más reservada.

1) Sociable/ Reservado; 2) más inteligente/ menos inteligente; 3) emocionalmente estable/ emocionalmente Inestable; 4) asertivo/ humilde; 5) despreocupado/ sensato; 6) conciencia fuerte/ carencia de normas internas; 7) aventurero/ tímido; 8) inflexible/ afectuoso; 9) confiado/ suspicaz; 10) imaginativo/ práctico; 11) perspicaz/ franco; 12) aprensivo/ seguro de si mismo; 13) experimental/ conservador; 14) dependiente del grupo/ autosuficiente; 15) casual/controlado; 16) relajado/tenso

Los rasgos fuente permiten resumir al describir a un individuo; tienen una influencia estructural genuina sobre la personalidad y, por tanto, determinan la manera en que se asume el comportamiento. De este modo, el conocimiento de un rasgo fuente particular, puede permitir ir más allá de la descripción y hacer, además predicciones respecto a conductas adicionales que se podían observar; los rasgos fuente pueden tener su origen en la herencia o en el ambiente.

Gordo» W. Allport, (1936), afirma que “la personalidad se desarrolla a partir de cierto número de datos constitucionales (disposiciones afectivas, régimen emocional de tipos de actividad, entre otros) y bajo la influencia del medio, entendido este en sentido amplio. Físico, social, ideológico, temporal, es decir, como el conjunto de los acontecimientos y traumatismos que constituyen la historia del individuo. Distingue varios aspectos de ese desarrollo: los procesos de maduración, de diferenciación y de integración”. (P. 146).

Un aspecto fundamental que motiva a los seres humanos, es la tendencia a satisfacer las necesidades biológicas de la supervivencia, a lo que Allport refirió como el funcionamiento oportunista. Él observó que el funcionamiento se puede caracterizar como reactivo y biológico. Sin embargo, Allport sentía que el funcionamiento oportunista era relativamente poco importante a la hora de entender la mayoría de los comportamientos humanos. La conducta humana, según él, es motivada por algo muy diferente, funcionando de una manera expresiva del uno mismo, a lo cual él llamó funcionamiento de uno mismo. La mayoría de lo que hacemos en vida es una cuestión de ser quiénes somos. El funcionamiento de uno mismo, se puede caracterizar como proactivo, futuro orientado, y psicológico. Poniendo tanto énfasis en el uno mismo, Allport deseó definirlo cuidadosamente. Él trabajó en esa tarea a partir de dos direcciones, la fenomenológica y la funcional.

De otra forma, Eysenck (1980), menciona su teoría nemotética personal del estudio de la personalidad a través del modelo factorial, en donde busca variables intermedias que puedan explicar las diferencias de las conductas en situaciones similares, junto con las consecuencias de las conductas. Define la personalidad como la suma total de patrones conductuales y potenciales del organismo, determinados por la herencia y por el medio social; se origina y desarrolla a través de la interacción funcional de cuatro factores principales dentro de los cuales están organizados estos patrones de conducta: El sector cognoscitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), sector afectivo (temperamento), y el sector somático (constitución)

El modelo jerárquico de la personalidad de Eysenck (1980), hace referencia a una estructura de cuatro niveles de organización del comportamiento:

Reacciones, respuestas o acciones específicas: (Plano inferior) Se trata de comportamientos que se observan una sola vez, en situaciones experimentales o cotidianas y pueden ser características o no del individuo.

Hábitos: Se apoya en aquellos componentes que revelan una cierta estabilidad en situaciones análogas de vida cotidiana, en el individuo, es decir, hay respuestas análogas en situaciones diferentes pero con cierta semejanza.

Rasgos de la personalidad: Son los constructores teóricos resultantes de interrelaciones o de relaciones de diversos hábitos de características como: exactitud, perseverancia, rigidez, entre otras.

Eysenck (1980), estableció dimensiones que dividen la personalidad: Introversión Extraversión y Emocionalidad - Estabilidad emocional.

Dimensión Introversión - Extraversión refleja el grado de sociabilidad o integración al grupo social que caracteriza al sujeto, que se establece de manera continua, es decir; que va desde el grado de interacción nulo hasta la total integración con los demás. La dimensión emocionalidad - estabilidad se refiere a la adaptación del individuo a su medio y la estabilidad de esta condición en un lapso de tiempo; esta dimensión recalca sobre el grado de integración psíquica de la persona que va desde el extremo estable hasta la personalidad neurótica y marcadamente emocional. Las dos dimensiones interactúan enmarcando 4 tipologías diferentes: Introversión - Emocional (Neurótica) , en la cual se manifiestan síntomas distímicos tales como obsesiones y fobias a causa de su condicionamiento exagerado dispuesto hacia estímulos normalmente neutrales; entre los rasgos característicos de esta tipología encontramos personas: taciturnas, ansiosas, rígidas, sensatas, pesimistas, reservadas, insociables y calladas.

En la dimensión Introversión - Estable; Extraversión - Emocional (Neurótica) , caracterizada por síntomas psicopáticos e histéricos que resultan de fallas en el condicionamiento que constituye el proceso normal de socialización en la niñez, entre los rasgos característicos de la tipología Introversión - Estable se encuentran personas pasivas, cuidadosas, mediativas, pacíficas, controladas, confiados, ecuanimes y calmadas; en la tipología Extraversión - Emocional se encuentran los siguientes rasgos: Susceptible, intranquilos, agresivos, excitables, variables, impulsivos, optimistas y activos.

Por último se encuentra la tipología Extrovertida - estable, los rasgos son: sociables, afables, comunicativos, responsivos, tolerantes, enérgicos, despreocupados y líderes.

En los últimos años Robert C. Cloninger (1998), y sus colaboradores

“han desarrollado un modelo psicobiológico de la personalidad, que está alcanzando una gran relevancia en la comunidad científica, a juzgar por la importante producción científica que ha suscitado en muy distintas áreas clínicas o de investigación básica y social. Éste modelo ha mostrado una gran aplicabilidad clínica por su carácter comprensivo, pues intenta integrar el substrato biológico de la personalidad, heredado en una parte importante, con los elementos sobreañadidos durante el desarrollo y por la experiencia socio-cultural, acercando paradigmas aparentemente antagónicos, como son los biológicos, los conductuales o los psicodinámicos. Pero también intenta superar la dicotomía existente entre las descripciones dimensionales y categoriales de la personalidad, desarrollando lo que él denominó una teoría biosocial unificada de la personalidad”.<http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/htm/informacionmanual/a7n6,htm>)

En este modelo con fines clínicos, se busca distinguir la personalidad normal de la patológica, pero también sirve para describir la personalidad normal.

Así, apoyándose en los trabajos de Eysenk (1980), Cloninger (1998) elige inicialmente un modelo dimensional, para dar respuesta a los problemas que plantea el diagnóstico y su aplicabilidad a la clínica de los trastornos de la personalidad, aunque incluye factores como el significado de la experiencia subjetiva o la historia vital del individuo; aspectos que tampoco son contemplados por las clasificaciones psiquiátricas actuales. Lo que subyace en la propuesta de Cloninger, es la creencia de que es necesaria una nueva forma de clasificar que permita abarcar la descripción de todos los pacientes que se ven en la clínica, y él opta por definir un número limitado de dimensiones capaces de dar cuenta de los fenómenos observados, y en las que los sujetos se situarían en un punto determinado de cada dimensión. Y propone que un grupo de factores con un gran peso genético en su origen y relacionados con módulos o sistemas identificables en el cerebro, interactúan con múltiples factores sociales y ambientales durante el desarrollo para influir en la conducta final.

Para desarrollar su modelo, Cloninger toma prestado el concepto de personalidad desarrollado por Allport (1936), que la define como: "la organización dinámica de aquellos sistemas psico-físicos que determinan la adaptación individual al ambiente".

Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta el análisis factorial, Cloninger describe: Cuatro dimensiones de la personalidad que incluyen automatismo: las respuestas preconceptuales a los estímulos percibidos, que reflejan inclinaciones probablemente heredables en los procesos de información del sistema de memoria perceptual. Estas dimensiones constituirían los factores del temperamento y tres factores que parecen estar basados en los conceptos que constituirían las dimensiones del carácter

Considerando a Theodore Millón (1998), como el sustento teórico fundamental para el estudio realizado, se menciona que los aportes rescatados por el autor en lo referente a la historia de la medicina, destacando de Hipócrates y Galeno, algunos principios básicos sobre la personalidad, siguiendo los desarrollos posteriores de, Freud y Jung, así como los aportes de Catell, Eysenck, entre otros.

En lo referente a Freud, se considera sus trabajos influyentes sobre instintos y vicisitudes donde se busca una comprensión mas clara de la mente. Freud argumenta que nuestra vida mental esta regida por tres polaridades: a). Sujeto (Ego/ Objeto (mundo externo); b). Placer/ dolor; c). Activo/Pasivo. Estas tres bipolaridades están interconectadas significativamente dentro de la mente. Dentro de la teoría del instinto de Freud el placer y el dolor son las principales fuerzas, pasando por la psicología del ego donde la actividad y la pasividad han sido los constructos centrales, hasta la más reciente psicología de si mismo y la teoría objeto relaciones, esta polaridad es el tema clave de Millón.

De igual forma Millón retomó los aportes dados por Jung quien proponía una orientación esencialmente cognitiva: extraversión/ introversión. No indicaban el estilo social del individuo, sino la dirección de su atención y sus intereses; extraversión indicaría que la atención es extraceptiva más orientada hacia el mundo externo que hacia el interno, e introversión la cual denota intraceptividad es decir, la dirección de la atención y los intereses se orientan hacia si mismos; en resumen extraversión e introversión, ios conceptos de personalidad más aceptados y permanentes de Jung no

pertenecen a los tipos de metas motivacionales o de comportamientos interpersonales, sino a estilos cognitivos.

Primero lo hizo desde una concepción bio-social, con el concepto de anclaje biológico y modelado por el aprendizaje, desarrollando desde 1990, una teoría integradora de la personalidad con una perspectiva evolucionista ecológica, observando a las variaciones de la personalidad como fenómenos adaptativos entre las fuerzas orgánicas y ambientales. Estos principios tienen una lógica y latericia, y funcionan como unidades de propósito, y se pueden representar en dimensiones bipolares. Los principios o fases en el desarrollo de la personalidad son: 1) Existencia: Placer / Dolor; 2) adaptación; Actividad / Pasividad; 3) replicación: Si mismo / Otros; 4) abstracción: Pensamientos / Sentimientos. Estos principios serán aplicados por Millón en la construcción de un andamiaje teórico que da sustento al desarrollo de la personalidad y a diversos caminos evolutivos-adaptativos.

La personalidad, según Millón (1998), es más comprensible en términos de sistema adaptativo, con ámbitos Estructurales y Funcionales que se autorregulan. Los Ámbitos Funcionales hacen referencia al Nivel Comportamental, comportamiento observable, comportamiento interpersonal, nivel fenomenológico, estilo cognitivo; y el Nivel Intrapsíquico se refiere a los Mecanismos de defensa y nivel biofísico. Desde otra perspectiva, los Ámbitos Estructurales se refieren a las Representaciones objétales, autoimagen, organización morfológica, estado de ánimo / temperamento.

Motivado en esta teoría, Millón intentó generar las categorías de la personalidad establecidas y reconocidas a partir de la reducción formal, a la vez que intentó mostrar su covariación con otros trastornos mentales. Millón estableció una serie de dimensiones para distinguir los diferentes tipos de personalidad entre las que se encuentran: la dimensión actividad-pasividad, se refiere a que el amplio abanico de comportamientos en los que puede verse involucrada una persona puede ser agrupado, en función de si el individuo toma la iniciativa para configurar los acontecimientos que le rodean, o si su comportamiento es básicamente reactivo a ellos. La distinción placer-dolor, reconoce que, las motivaciones apuntan hacia una de dos direcciones: tendencia hacia los acontecimientos que son atractivos o refuerzan positivamente frente a tendencia a alejarse de los que son aversivos o refuerzan negativamente. De forma

parecida la distinción sujeto-objeto, reconoce que entre todos los objetos de nuestro entorno existen dos, que destacan entre los demás por su poder para afectarlos: nosotros mismos y los otros.

A partir de este esquema tripartito, Millón (1998) derivó patrones de personalidad de afrontamiento concebidos como formas complejas de comportamiento instrumental es decir, formas de conseguir un refuerzo positivo y de evitar una estimulación aversiva.

Estas estrategias reflejan el tipo de refuerzo que las personas aprenden a perseguir o evitar (placer-dolor), dónde intentan obtenerlo (el si mismo-los otros) y cómo han aprendido a comportarse para evitarlo o escapar de él (actividad-pasividad). Mediante la combinación de la naturaleza (positiva ó placer frente a negativa o dolor), el origen (el si mismo frente a los otros) y los comportamientos instrumentales (activos frente a pasivos) implicados en la consecución de los distintos refuerzos; de los cuáles se derivaron ocho patrones de afrontamiento básicos y tres variantes. Una de las principales distinciones derivadas fije que las personas podían diferenciarse en función de si encontraban su principal fuente de refuerzo en ellos mismos o en los demás. Esta distinción corresponde con los denominados patrones dependiente e independiente. Las personalidades dependientes han aprendido que es mejor obtener de los demás los sentimientos asociados con el placer o la evitación del daño (sentirse bien, seguro, confiado, etc.). Comportamentalmente, estas personas muestran una fuerte necesidad de apoyo y atención externos y en el caso de ser privados de afecto y cuidado presentan un acusado malestar, tristeza y ansiedad. Los patrones de personalidad independientes, por el contrario, se caracterizan por la confianza en si mismo, han aprendido que obtienen el máximo placer y el mínimo daño si dependen más de si mismo que de los otros. No todos los tipos de personalidad muestran compromisos también definidos, como algunos, en los que el autor Millón denomina ambivalentes, no están seguros de qué camino tomar y se encuentran en permanente conflicto respecto a si depender de si mismos o de los demás para la obtención de refuerzos. Algunos de estas personas oscilan entre dirigirse a los demás, adaptándose en algunas ocasiones, y volverse hacia si mismos, intentando ser independientes; otras personalidades ambivalentes presentan una franca dependencia y sumisión, por debajo de estos comportamientos aparentemente conformistas y muestran fuertes deseos de afirmación independiente, así como a

menudo sentimientos e impulsos hostiles. Finalmente algunos pacientes se caracterizan por una incapacidad para experimentar placer o dolor; otro grupo se distingue por una incapacidad para experimentar refuerzos placenteros, aunque son extremadamente sensibles al dolor, la vida se concibe como muy poco gratificante y muy angustiada.

Ambos grupos comparten un déficit de la capacidad para sentir los refuerzos placenteros, aunque uno de ellos es hiperreactivo al dolor, que es denominado por Millón como patrones desvinculados a ambos grupos ya que son incapaces de experimentar recompensas procedentes de ellos mismos o de los demás, y oscilan entre aislamiento social y los comportamientos de alineación.

Personalidad y Cáncer

Según Belloch (1995), la idea de que ciertas características psicológicas puedan jugar un papel relevante en el desarrollo del cáncer ha sido ya abordada desde la época de Galeno, quien señala que las mujeres melancólicas eran más susceptibles al cáncer que las sanguíneas. Se ha mantenido la idea de que la aflicción y la incapacidad de expresar emociones aparecen con especial frecuencia en el historial de pacientes con cáncer de mama. De ahí que, desde un contexto no sistemático, los individuos predispuestos al cáncer se han descrito a menudo como personas apaciguadoras, no asertivas defensivas y extremadamente pacientes. La investigación científica, basada en estudios psiquiátricos o psicológicos, ha puesto de relieve dos tipos de características psicológicas como factores precursores del cáncer. Por una parte, la inhibición, represión y negación de las reacciones emocionales especialmente la inhibición de las expresiones agresivas y de la ira. Además, la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general en todos los ámbitos de la vida. Este tipo de variables contribuyó al desarrollo del constructo denominado personalidad tipo C (Belloch 1987), como un patrón de conducta contrapuesto al tipo A (predispuesto a la enfermedad coronaria) y diferente al tipo B (tipo saludable)

Los elementos que definen más especialmente al "Tipo C" son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira, y

la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como, excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida. Algunos autores retratan a esta personalidad como la "típica buena persona" que está deseando siempre complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto.

Actualmente existen numerosos artículos que defienden la existencia de unos ciertos rasgos de personalidad, o estilos "copia", como factores de predisposición al cáncer o que ejercen efectos negativos en el curso de la enfermedad. Estos rasgos se describen habitualmente como personalidad Tipo (C) cáncer (Tipo C). Las personalidades Tipo C parecen tener dificultad en expresar las emociones y tienden a sentirse poco útiles y a perder la esperanza. Las publicaciones no indican con suficiente claridad este hecho y la única conclusión posible es que los datos empíricos no ofrecen resultados definitivos al respecto.

Creencias más Comunes Asociadas al Cáncer

Arraztoa, J. (1997), sostiene que alrededor del fundamento relacionado entre la personalidad de un individuo y la posibilidad de contraer enfermedades como el cáncer se han tejido una serie de expectativas, a nivel socio cultural, que datan desde la segunda mitad de nuestro siglo, a través de elementos paradójicos en donde cobra fuerza la creencia de que "cáncer equivale a muerte", algo que para su época era manejado de forma bastante discreta por parte de los galenos, quienes solían ocultar su diagnóstico al paciente y solo informaban a la familia; esta, a su vez, escondía la enfermedad como si se tratara de algo de lo que hubiera que avergonzarse. Hoy en día, el proceso de socialización de la enfermedad ha evolucionado, hasta el punto de que el estigma asociado al cáncer ha desaparecido en el mundo civilizado. A los pacientes se les proporciona abundante información acerca de su enfermedad y se establece un diálogo directo; caracterizado por la total franqueza entre el médico y el enfermo.

Los patrones culturales arraigados al interior de nuestra sociedad, han influenciado de manera contundente el imaginario desarrollado por parte de los individuos diagnosticados con esta enfermedad, tan estigmatizada como el cáncer, la cual se concibe como una afección de alto riesgo para la salud física, amenazando el equilibrio emocional necesario para mantener la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, la influencia de las percepciones negativas del cáncer pueden verse modificadas mediante la adquisición de información actualizada y el cambio en la evolución del pensamiento cultural. Sin embargo, la manifestación inadecuada de las creencias culturales durante el diagnóstico de cáncer se hace evidente a través de un fuerte choque emocional que ocasiona una ruptura en el estilo de vida y una serie de cambios que normalmente conducen a una crisis tanto para el paciente como su familia (Arraztoa, 1.997; Campos y Triana, 1.997). Este proceso ocurre en diversas fases con distintos problemas que el enfermo debe ir afrontando con el ánimo de adaptarse a la situación.

Estas fases pueden resumirse en tres aspectos: antes del diagnóstico, durante la comunicación del diagnóstico y después de conocer el diagnóstico. Antes del diagnóstico, se genera tensión y angustia por la incertidumbre provocada ante la práctica de los exámenes médicos, así como una latente expectativa frente a los resultados negativos para cáncer; de igual forma la comunicación del diagnóstico genera en el paciente sentimientos de desesperanza, desesperación, ansiedad, depresión, ira, dificultad para concentrarse y mantener las funciones y actividades diarias; finalmente después de conocer el diagnóstico se generan pensamientos automáticos distorsionados que se manifiestan en ataques de angustia, depresión, insomnio, concentración pobre, pérdida de interés, aislamiento, evitación y angustia; incluso, se generan pensamientos mágicos (Arraztoa, 1.997).

Campos y Triana, (1997), afirman que la reacción inicial en el diagnóstico es predominantemente de incredulidad, sentimientos de choque, pensamientos distorsionados y creencias irracionales - negación de la enfermedad - que pueden persistir durante días o semanas.

Restrepo (2000) afirma que la mayoría de los pacientes vieron afectada su calidad de vida, en la medida que presentaron dificultades familiares y sociales, malestar psicológico, dificultades en hábitos cotidianos, síntomas físicos, valoración general,

autoeficacia percibida y expectativa de resultados debido al diagnóstico y sus implicaciones.

Desde otro ámbito psicológico Bayes, R (1991) comenta que “la Psicooncología o psicología oncológica es una subespecialidad en continuo desarrollo, que surge como punto de encuentro entre la psicología de la salud, la oncología, la medicina conoportamental y la psiquiatría, lo cual ha llevado a entender el cáncer como un proceso multifactorial. Así mismo, una de las áreas más desarrolladas en la psicooncología son las psicoconsecuencias. En este aspecto se ha tratado de estudiar y modificar las respuestas psicosociales del paciente oncológico ante el diagnóstico y el tratamiento médico de su enfermedad, buscando que el enfermo logre un mejor afrontamiento de la crisis que le suponen tales circunstancias.” (P.134).

De igual manera para Bayes (1991), una de las principales metas de la psicooncología es desarrollar modos de medir toda capacidad funcional del paciente, obviamente, teniendo en cuenta que el impacto psicológico del cáncer puede ser devastador porque aún y a pesar de los esfuerzos por combatir la desinformación con respecto a la enfermedad, la palabra por sí sola, suscita temores de muerte, desfiguración, dependencia física e incapacidad para proteger a los seres queridos.

Todavía, algunas personas a las que se les diagnostica el mal suelen responder con incredulidad y sobresalto. No es raro que piensen “Esto no puede ocurrirme a mí, “se han equivocado en los análisis” atravesando así; por una fase de profunda inquietud, de turbación y depresión, que puede incluir obsesiones, angustias, pérdida del apetito, insomnios, escasa concentración e incapacidad de cumplir con las rutinas normales. En la situación deseable, al cabo de una semana o dos, los pacientes se van dando cuenta de que no todo está perdido y comienzan a buscar alternativas en el tratamiento médico. Al cabo de varias semanas o meses, aprenden a manejar con un poco más de optimismo la abrumadora realidad. La forma en que un paciente se las arregla a largo plazo con su cáncer depende mucho de la anterior preparación de esta persona para enfrentarse a los problemas y crisis de la vida cotidiana. Hay quienes afrontan los desafíos de la enfermedad de un modo bastante tranquilo y constructivo mientras que otros, en especial quienes padecieron antes trastornos psicológicos pueden estar emocionalmente en batiera (bloqueo u obstáculo, impidiendo logros).

Continuando con la aplicación de la psicología en el ámbito oncológico, el autor Bakal, D. (1996), manifiesta que se hace necesario considerar el campo de la psicología de la salud, ya que ha logrado importantes hallazgos, principalmente enfocados a las enfermedades crónicas como el cáncer. Las enfermedades crónicas han sido definidas desde la psicología de la salud como aquellos trastornos orgánico-funcionales que obligan a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable persistan a largo plazo. Además, según este pensamiento investigativo, las personas que padecen una enfermedad crónica deben asumir psicológicamente el papel de paciente crónico y adaptarse así; a un trastorno que bien puede durar mucho tiempo y/o puede llevarlo a la muerte.

Otra de las respuestas psicológicas que suelen experimentar de manera muy típica los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas es la depresión (Alfonso, 1.995; Bakal, 1.996 Rodríguez y Martínez 1.998). Esta reacción aparece habitualmente de forma retardada debido a que debe pasar cierto tiempo hasta que los individuos comprendan las implicaciones de su condición de enfermos crónicos. Esta depresión puede ser grave y prolongada con intensos sentimientos de indefensión y desesperanza, asociada con sentimientos de pérdida, lo que puede impedir que el paciente adopte el papel activo que sería deseable para el manejo de su enfermedad (Frank, 1.998).

De igual forma Frank (1998), argumenta que el proceso depresivo se caracteriza por tristeza profunda, pérdida del interés y de la capacidad de obtener placer en situaciones y actividades que antes agradaban, disminución de la concentración y dificultad en la toma de decisiones, pensamiento lento y centrado en contenidos negativos - sentimientos de culpa y desvalorización personal, visión pesimista del futuro -, baja de peso, insomnio, ideación suicida, alteración en el apetito y enlentecimiento o agitación motora. Dentro del cuadro cancerígeno, que presentan los pacientes afectados con este padecimiento, se encuentra la posibilidad de presentar un estado depresivo que guarde estrecha relación con el grado de severidad de la enfermedad y la intensidad de los síntomas afectivos, aumentando en la medida que halla una mayor amenaza vital. (Arraztoa, 1.997; Holland, 1.998).

Tanto la ansiedad como la depresión deben ser consideradas para su evaluación bajo los criterios diagnósticos del D.S.M. IV, ya que ese manual contiene una descripción

precisa y exacta de cuando estas reacciones psicológicas ante la enfermedad son parte del afrontamiento y cuando son manifestaciones patológicas como los trastornos del estado de ánimo, trastornos de la ansiedad, trastornos adaptativos mixtos u otro tipo de trastorno que esté relacionado con una incapacidad funcional del individuo en diversas áreas de su vida. Principalmente, dicha evaluación psiquiátrica se basa en antecedentes personales o familiares de trastornos psiquiátricos y alteraciones severas en el funcionamiento social junto a un rango amplio de características para cada trastorno. Sin embargo, en los pacientes oncológicos dichos criterios deben ser cuidadosamente aplicados ya que los pacientes padecen una enfermedad orgánica y no una enfermedad mental, presentan alteraciones temporales y generalmente, se adaptan ya sea bajo intervenciones psicosociales o como parte normal del proceso de adaptación que se da cuando el paciente aprende a vivir en las nuevas condiciones, aunque teniendo en cuenta que las intervenciones psicosociales conducen a una adaptación más adecuada a la situación (Holland, 1.998; Rabasca, 1.999; Saranson y Saranson, 1.996),

Las respuestas psicológicas y la progresión del cáncer

Según Arraztoa (1997) , los aspectos psico-sociales afectan de forma directa al fenómeno clínico del ser humano como unidad biopsicosocial. Las reacciones emocionales que presenta el paciente según este autor son: Ansiedad, Irritabilidad, Insomnio, Anorexia y Dificultades de Concentración. Las reacciones emocionales más frecuentes al enfermar son: Negación, Rabia, Depresión y Miedo.

La enfermedad neoplásica siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas más o menos identificadas; el reconocimiento de esta situación ha llevado al desarrollo de la psicooncología . Donde el médico oncólogo reconoce la gran carga psicológica que supone la enfermedad cancerosa dentro del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Bacon y Cois (1952), revisaron un estudio llevado a cabo en Inglaterra con mujeres portadoras de cáncer de mama se evaluaron las respuestas psicológicas y la progresión del mismo presentes en dichas pacientes. La evaluación de actitud mental de estas pacientes fue dividido en cuatro categorías: Espíritu de lucha, Negación, Aceptación Estoica e Impotencia desesperanza. Las pacientes mantenían un estado

clínico similar a nivel histológico y de condición inmunológica. A los cinco años de seguimiento, las pacientes cuyo ajuste mental de espíritu de lucha o de negación, estaban de manera significativa vivas y libres de recurrencia en contraste con las pacientes que respondieron con aceptación estoica o impotencia - desesperanza quienes se vieron mucho más afectadas por la enfermedad.

Necesidades Psicológicas del Paciente con Cáncer

Según lo mencionado anteriormente, en la fundamentación teórica de las implicaciones psicológicas en este tipo de enfermedades, hay que partir del reconocimiento del ser humano como esencia psico social, tal y como lo reseñan Carmody, T., Matarazzo, J. (1991), al plantear que en el proceso de lucha por la vida y por una mejor calidad de ésta; hay aspectos que deben recordarse en relación a lo que el enfermo requiere emocionalmente:

a) La mayoría de las personas se benefician de estar bien informadas acerca de la enfermedad y el tratamiento, así como de llegar a tener confianza en que las molestias físicas serán atacadas a fondo.; b) igualmente es importante que sientan la seguridad de que se encuentran en manos profesionales, que se preocupan de atenderlos y proporcionarles una buena calidad de vida., c) los pacientes requieren sentirse necesitados, y que se les demuestre en toda clase de manifestaciones; es la contrapartida de ese pensamiento muy frecuente en el enfermo de "ser una carga para los otros"; d) comprensión y empatía; los pacientes necesitan que sus familiares comprendan la severidad de su enfermedad, pero al mismo tiempo que se les apoye en el manejo racional de las preocupaciones, para vivir cada día, el aquí y el ahora.; e) Independientemente de su condición, apariencia física, humor y exigencias, los pacientes necesitan aceptación; deben sentir que siguen siendo las mismas personas amadas que eran antes de contraer la enfermedad.

La vida, pues, exige respuestas y una de las más importantes, la voluntad de vivir, es la condición imprescindible para disfrutar lo que el aquí y el ahora nos ofrece, y seguir protagonizando esa particular novela de aventuras que es nuestra biografía individual.

Una vez consideradas las necesidades psicológicas del paciente con cáncer, se hace necesario reconocer la importancia de la terapia psicológica en la evolución y tratamiento del cáncer, es por esto que se retoman los aportes dados por Arraztoa, J. (1997) quien sostiene que “Habitualmente las líneas de tratamiento de la psicooncología se desarrollan en las siguientes áreas: prevención, información al paciente, preparación a la hospitalización y al tratamiento, efectos secundarios al tratamiento, dolor, relaciones familiares, fase terminal, entrenamiento al personal sanitario y adaptación general a la enfermedad.”

Además de estas áreas, se puede buscar otros objetivos con la psicoterapia. Hay diversos estudios que intentan demostrar la influencia de la terapia psicológica en enfermos con cáncer con una mayor supervivencia. Es ya clásico el estudio de Spiegel de 1989, desarrollado durante diez años que demuestra que mujeres con cáncer de mama metastásico que recibieron tratamiento psicológico, tenían mayor supervivencia que un grupo control que no recibían este tratamiento.

Greer y Morris (1990), en una investigación longitudinal de más de quince años con pacientes con cáncer de mama, encuentran que las mujeres que se enfrentaron abiertamente a su enfermedad o la negaron, en los primeros meses que siguieron al diagnóstico, consiguieron unas tasas de recidivas muy inferiores a las que afrontaron la enfermedad con actitudes depresivas o de aceptación fatalista

Intervención Psicológica en Pacientes con Cáncer

El marco referencial para la sustentación de esta concepción, presenta sus inicios en los autores Greer S, Monis T. (1990), quienes investigaron que “durante las dos últimas décadas ha aumentado la comunicación sobre cuestiones psicológicas entre pacientes y médicos. Hoy son cada vez más los enfermos que reclaman que se preste atención al “lado humano” de sus cuidados.”

Por su parte, la mayoría de los médicos han llegado a comprender que el dar malas noticias y otros modos de relacionarse con sus pacientes pueden causar un profundo efecto en la moral de los enfermos y, por tanto, en su respuesta al tratamiento, de igual forma; las enfermeras se han ido concientizando de la importancia del tratamiento psicológico en el manejo de la enfermedad, con el objeto de que presten

igual o mayor atención a la exteriorización de los sentimientos de los pacientes en su propio estado, de la misma manera que a sus dolores y reacciones psíquicas. Sin embargo, al cuerpo médico aún le resulta difícil determinar cuándo los normales sentimientos de tristeza y ansiedad de un paciente se han trastornado tanto como para requerir intervención terapéutica. Uno de los principales obstáculos en la consecución de los objetivos trazados, es que muchos pacientes evitan hablar de lo que sienten para no ser tomados por débiles. Ante lo cual, un profesional de la salud, con poca preparación en psicología o en psiquiatría quizás eluda también; la responsabilidad de tener que preguntar a sus pacientes por su estado emocional, al considerarse incompetente para explorar el campo psicológico o al negar la importancia de este factor para el tratamiento.

Greer (1990), sostiene que entre los tratamientos psicológicos empleados en oncología se encuentran los siguientes: A). El médico, juega un papel fundamental en la rehabilitación psicológica del enfermo. Como cualquier otro profesional, el galeno está altamente influenciado por sus valores personales y motivaciones. Nunca debe funcionar contra su código moral, pero debe tener cuidado de no actuar bajo influencias de conflictos internos no resueltos. Debe ofrecer al paciente tanta información como el enfermo; se encuentre en capacidad de escuchar o desee oír, y asegurarle que no le abandonará, haciendo énfasis en las disposiciones médicas que se pueden tomar ante diferentes situaciones. El médico es sin duda, el mejor terapeuta para el paciente y no debe privarse él mismo de la posibilidad de llegar a serlo. B). Medicación Psicotrópica: para tratar el dolor y agonía física, los síntomas de depresión y el delirio. C). Técnicas de Modificación de Conducta: dirigidas principalmente a aumentar el autocontrol en el paciente. Son empleadas con éxito para controlar las náuseas y vómitos anticipatorios, aumentar la ingestión de alimentos, aliviar dolor y ansiedad, aumentar la cooperación del paciente con el personal sanitario, eliminar fobias y temores. Entre estas técnicas se encuentran: relajación, hipnosis, desensibilización sistemática. D) Una de las técnicas más utilizadas como estrategia psicológica de intervención en la práctica clínica es la relajación. El entrenamiento en relajación se emplea prácticamente en todas aquellas situaciones cuyo tratamiento requiere o aconseja la reducción de la tensión muscular en el organismo.

Otra de las referencias para abordar esta clase de tratamientos, es la descrita por, Anarte, M.T.; Ramírez, C.; López, A.E. y Esteve, R, (1999), En donde, la fuente principal de apoyo psicológico para el enfermo de cáncer suele ser su familia. También es de suma importancia contar con un médico bien informado, accesible y atento. El siguiente nivel de apoyo lo constituyen los amigos y los organismos de la comunidad, proporcionando alivio a los individuos, a través de colectivos sociales como las agrupaciones religiosas y el clero. Los grupos de organizaciones solidarias y los dedicados profesionalmente a asistir a los enfermos de cáncer, ayudan a los individuos a sentirse menos solos, a compartir sus sentimientos con personas que les entienden y a darse cuenta de que no son los únicos que padecen esta clase de enfermedades.

Lo anteriormente descrito, representa para esta investigación las bases fundamentales para sustentar el estudio, resaltando el factor personalidad y sus características y los aportes dados por el autor Theodore Millón, quien es el teórico fundamental de esta investigación. Reconociendo el perfil de personalidad como una marca de referencia que permite identificar y clasificar a una persona con rasgos y características particulares manifestadas como estructuras auténticas que influyen directamente en su conducta.

Método

Tipo de Investigación

Una vez definida la clase de problemática ha desarrollar y con el fin de organizar una estructura coherente a los parámetros establecidos, se identificó el tipo y el diseño de investigación, teniendo como ejes conceptuales los fundamentos teóricos trabajados en el Libro Metodología de la Investigación de los autores Hernández Sampieri Roberto y otros. La investigación es Cuantitativa - Descriptiva de Corte Transversal.

« El tipo de Investigación es Cuantitativo por que se basa en la medición estadística como su principal herramienta de trabajo. El principal objetivo de este método es la medición de los fenómenos sociales, lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de hipótesis que expresan relaciones * esperadas entre las variables formuladas en forma deductiva. Estas relaciones conceptuales se examinan y ponen a prueba mediante el análisis de la interacción entre indicadores que operan como referentes empíricos de los conceptos. Tal indicador en este caso es el perfil psicológico de los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en proceso de radioterapia de el Hospital Universitario Ramón González Valencia y el Centro de Urólogos de la Clínica Carlos Ardila Lulle de la Ciudad de Bucaramanga. El diseño es descriptivo transversal porque busca especificar las propiedades importantes de las personas, midiendo o evaluando diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar, en este caso, el perfil psicológico de personalidad. Es de corte transversal por que no se va a considerar situaciones dadas en el pasado y futuro sino experiencias actuales.

Participantes

La población utilizada para la investigación está conformada por los pacientes de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia y del centro de Urólogos de la Clínica Carlos Ardila Lulle de la ciudad de Bucaramanga que presentan el cuadro clínico de cáncer de próstata y se encuentran en proceso de radioterapia, y un grupo comparativo correspondiente a pacientes sintomáticos con diagnóstico negativo a la patología. La muestra corresponde a 25 pacientes por cada grupo de estudio.

Instrumento

Una vez estudiadas varias pruebas de medición, se optó por elegir la que más se adapta a la problemática, con el fin de realizar un estudio confiable. El instrumento mejor calificado para dar alcance a los objetivos propuestos es la Prueba “Inventario de Estilos de Personalidad” de Millón - MIPS, la cual ofrece una nueva y completa medida de la personalidad evaluando rasgos y estilos de carácter en adultos; así mismo la utilidad del MIPS sirve para detectar las relaciones entre los estilos de personalidad, los objetivos de vida y la satisfacción vital.

El MIPS consta de 24 escalas agrupadas en doce pares. Cada par contiene 2 escalas yuxtapuestas. Los doce pares de escalas de el MTPS se organizan en tres áreas importantes: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Comportamientos Interpersonales. Además de las doce pares de escalas del MIPS, contienen tres indicadores de validez: impresión positiva, Impresión negativa y consistencia. La organización del instrumento es válida y útil ya que contiene 24 escalas que permiten un diagnóstico completo y flexible; se toman en consideración el universo de rasgos y estilos interpersonales que existen en la población normal y se proponen tres áreas para definir las y medirlas (Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Comportamientos Interpersonales), de enorme importancia para comprender y abarcar la mayoría de los comportamientos humanos y las diferencias individuales. La inclusión de puntuaciones de prevalencia permite un diagnóstico mucho más exacto de la persona, al tener en cuenta la prevalencia de ese rasgo en su población de referencia.

Ficha Técnica

Autor: Theodore Millón (1994)

Nombre: Inventario de estilos de Personalidad de Millón (MIPS)

Nombre original: MIPS, Millón Index of Personality Styles

Procedencia: The Psychological Corporation San Antonio, EEUU

Adaptación: Española: M.P. Sánchez López, J.F. Díaz Morales y M. Aparicio García,

Universidad Complutense

Aplicación: Individual y Colectiva, adolescentes y adultos

Duración: Tiempo Variable, entre 30 y 40 minutos

Finalidad: Evaluación de 24 escalas de personalidad y tres de validez de las respuestas

Material: Manual, cuadernillo, hoja de respuestas especial (con posibilidades de lectura óptica) y soporte informático (Disco) para la obtención de resultados

Baremación: Puntuaciones de prevalencia (PP), para cada sexo y muestra total, en adultos de la población general y en estudiantes universitarios.

Tabla 1: Clasificación de las escalas del MIPS por Grupos de acción

Metas Motivacionales	Modos Cognitivos	Comportamientos Interpersonales	Indices de control
Expansión	Extraversión	Retraimiento	Impresión Positiva
Preservación	Introversión	Sociabilidad	Impresión Negativa
			Consistencia
Modificación	Sensación	Indecisión	
Adecuación	Intuición	Decisión	
Individualidad	Pensamiento	Discrepancia	
Protección	Sentimiento	Conformismo	
	Sistematización	Sumisión	
	Innovación	Dominio	
		Descontento	
		Aquiescencia	

Con base en la teoría biopsicosocial, Theodore Millón desarrolló la prueba "Inventario de Estilos de Personalidad" se manejan tres campos de acción que constan de 24 escalas de personalidad agrupadas en doce pares:

Tabla 2: Escalas del MIPS y su respectivo Constructo Bipolar

Nombre de la Escala	Constructo Bipolar
Metas Motivacionales	
^Expansión /Preservación	» Placer/ Dolor
^Modificación/ Adecuación	o Actividad/ Pasividad
^Individualidad/ Protección	« Hacia si mismo/ Hacia los demás
Modos Cognitivos	

^Extraversión/ Introversión	*Externa/Interna
*Sensación/Intuición	*Tangible/Intangible
^Pensamiento/ Sentimiento	*Intelecto/Afecto
*Sistematización /Innovación	* A si mi l acción/ l magi n acción

Comportamientos Interpersonales

^Retraimiento/ Sociabilidad	*Distanciamiento físico y emocional/ Gregarismo
^Indecisión/ Decisión	^Inseguridad/ Seguridad
^Discrepancia/ Conformismo	^Desacato/ Obediencia
* Sumisión/ Dominio	^Sumisión/ Dominio
*Descontento/ Aquiescencia	^Descontento/ Afinidad

Metas Motivacionales.

Este ámbito se encuentra relacionado directamente con el trabajo de Freud y están íntimamente vinculadas a conceptos tales como: necesidad, estímulo, afecto y emoción. Pertenecen a los esfuerzos y metas que estimulan y guían a los seres humanos, los propósitos y fines que los conducen a uno u otro estilo de comportamiento.

La primera bipolaridad (referida a la existencia se encuentra la escala que se basa en la motivación llamada Expansión, que pertenece al objetivo de mejorar la propia vida o reforzar la propia capacidad para sobrevivir.

La segunda bipolaridad se relaciona con la adaptación y se refiere a la forma de mejorar y preservar la vida.

La tercera bipolaridad hace referencia a la individualidad, donde se sitúa el grado en que se busca lograr y satisfacer sus propios potenciales antes que la de los demás

Modos Cognitivos.

El segundo grupo de las bipolaridades, modos cognoscitivos, se relacionan con el trabajo de Cari Jung. Esta dimensión sobre la personalidad incorpora las fuentes empleadas para recolectar conocimiento de la vida y la manera en la cual se transforma la información. Aquí, estamos mirando “estilos que ponen en contraste la cognición”.

Estas son diferentes entre la gente, en lo que se atiende para experimentar y aprender sobre la vida y, segundo en lo que habitualmente hacen para volver este conocimiento significativo y útil así mismos.

Cuatro bipolaridades constituyen esta sección de las MIPS. Los primeros dos pares refieren a las fuentes de información que proporciona conocimiento. En un par de escalas opuestas se aborda la disposición de mirar hacia fuera de sí mismo, para inspiración y orientación, llamada extraversión frente a la disposición a recurrir así, a su propio interior, la introversión.

El segundo sistema de escalas pone en contraste las predilecciones por las experiencias que se pueden observar directamente, que son de naturaleza tangible, material y concreta; esta es la “sensación”; contrastada con aquellas predilecciones derivada de los fenómenos intangibles, ambiguos, simbólicos y abstractos, “la intuición”.

Las terceras y cuartas bipolaridades de los modos cognoscitivos se relacionan con los procesos cognitivos para transformar o procesar la información y experiencias aprendidas e incorporadas. El primero de estos sistemas de escalas transformacionales distingue los procesos basados esencialmente en el intelecto, la lógica, la razón y la objetividad denominada “pensamiento”; diferenciada de aquellos que dependen de la empatía afectiva, los valores personales, las emociones y la subjetividad, que se llaman “sentimientos”.

Comportamientos Interpersonales.

El tercer grupo de escalas bipolares representa la manera interpersonal de relacionarse con otros. El estilo de comportamiento social se deriva en parte a la interacción entre metas Motivacionales y de los modos cognitivos característicos de la persona. El primer par de escalas en la sección de los comportamientos interpersonales pertenecen a los grados que ponen en contraste la sociabilidad. El segundo par de escalas se relaciona con su nivel de comodidad y desenvoltura en contextos sociales. El tercer par se refiere al grupo de convencionalismo y diferencias sociales (normas ciudadanas y costumbres culturales). La cuarta bipolaridad se refiere al dominio/sumisión que corresponde no solo a las personas sumisas sino también a las poco

seguras de si mismas; a diferencia de los dominantes, voluntariosos y enérgicos en búsqueda de poder. El quinto y último grupo se refiere a la dimensión de negativismo social frente a la complacencia social.

Tabla 3: Definiciones de las Escalas del MIPS

ESCALAS DEL MIPS	DEFINICION
METAS MOTIVACIONALES	
1A - Expansión	- Optimistas en cuanto al futuro. Les resulta fácil pasarlo bien y aceptan los altibajos de la existencia.
1B - Preservación	- Concentración en los problemas de la vida, agravándolos. Consideran su pasado desafortunado y piensa que irá a peor.
2A - Modificación	- El futuro depende de ellos, por lo que intentan cambiar su entorno para conseguir sus deseos.
2B - Adecuación	- No intentan dirigir sus vidas. Se acomodan a las circunstancias creadas por otros. No tienen iniciativa.
3A - Individualidad	- Orientados a sus propias necesidades, sin preocuparse de los demás. Independientes y egocéntricos.
3B - Protección	- Motivados a satisfacer primero a los demás.
MODOS COGNITIVOS	
4A - Extraversión	- Recurren a los demás para buscar estimulación, mantener alta su autoestima y para que les conforte.

4B - Introversión - Utilizan sus propios pensamientos y sentimiento como recurso. Su fuente de inspiración son ellos mismos.

5 A - Sensación - Derivan sus conocimientos de lo concreto. Confían en la experiencia directa y en lo observable.

5B - Intuición - Prefieren lo simbólico y lo desconocido. Buscan lo abstracto y lo especulativo.

6A - Pensamiento - Procesan los conocimientos por medio de la lógica y lo analítico. Decisiones basadas en juicios objetivos.

6B - Sentimiento - Forman sus juicios respecto a sus propias reacciones afectivas y guiándose por sus valores personales.

7A - Sistematización - Organizados. Transforman información nueva adecuándola a lo conocido. Perfeccionista y eficientes.

7B - Innovación - Creativos, asumen riesgos. Disconformes con lo predecible. Buscan consecuencias imprevistas.

RELACIONES

INTERPERSONALES

8A - Retraimiento - falta de emotividad e indiferencia social. Silenciosos, pasivos, y renuentes a participar.

8B - Sociabilidad - Buscan estimulación y atención. Simpáticos,

	brillantes y también exigentes y manipuladores.
9A - Indecisión	- Tímidos y nerviosos en situaciones sociales. Desean ser aceptados pero temen el rechazo. Sensibles y emotivos. Propensos a aislarse.
9B - Decisión	- Creen ser talentosos y competentes. Ambiciosos, egocéntricos y seguros de sí mismos.
10A - Discrepancia	- Actúan de modo independiente y no conformista. No acatan normas tradicionales.
10B - Conformismo	- Honrados, con autodominio. Respetan la autoridad. Cooperativos. No espontáneos.
11A - Sumisión	- Habitados al sufrimiento. Sumisos ante los demás.
11B - Dominio	- Enérgicos, dominantes y socialmente agresivos. Se ven como intrépidos y competitivos. Ambiciosos y obstinados.
12A-Descontento	- Pasivos- agresivos, y malhumorados. Estado de ánimo y conductas variables.
12B - Aquiescencia	- Simpáticos socialmente, establecen vínculos afectivos y lealtades muy fuertes. Ocultan sus sentimientos negativos.

Además de estas 24 escalas el MTPS contiene 3 indicadores de Validez: Impresión

positiva, Impresión negativa y Consistencia.

Tabla 4: Indicadores De Validez

1. Impresión Positiva (IP)	- Identifica a las personas que intentan producir una impresión demasiado favorable en el test.
2. Impresión Negativa (IN)	- Identifican a las personas cuyas respuestas tienden a ser asociadas con una autopercepción negativa generalizada de sí mismos.
3. Consistencia (C)	- Es la validez de los datos recogidos y si son consistentes las respuestas dadas a determinados ítems.

Procedimiento

A continuación se presentan el proceso a través del cual se llevó a cabo la presente investigación. Esta descripción se hace con el fin de ofrecer claridad acerca de la realización de este estudio. Los pasos que se llevaron a cabo para el desarrollo de esta investigación fueron los siguientes:

1. Definición del problema de investigación: Una vez analizadas las líneas de investigación propuestas por la Facultad, se escogió Psicología de la Salud. Posteriormente se seleccionó el tema de estudio optando por Cáncer de Próstata; reconociendo que es una problemática que no ha sido objeto de estudio a nivel regional.

2. Se establecieron contactos con el Dr. JESUS INSUASTY, Oncólogo del Hospital Universitario Ramón González Valencia y con el Centro de Urología de la Clínica Carlos Ardila Lulle, para seleccionar la población objeto de estudio.

3. Se formularon los Objetivos y pregunta de investigación para orientar de forma más clara y precisa el estudio.

4. Se recolectaron datos bibliográficos y antecedentes de estudios similares para buscar una viabilidad conceptual del estudio y darle un soporte teórico. Se eligieron estudios homogéneos a la problemática a través de diferentes canales de información como Bibliotecas, Centros Médicos e Internet.

5. Se revisó la literatura, seleccionando información relevante y necesaria que justificara el problema de investigación.

Se prosiguió a establecer el Marco Metodológico determinando el tipo de investigación, variables e instrumento a utilizar y se definió la técnica a emplear para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos.

6. La muestra seleccionada se extrajo de la población de pacientes diagnosticados con cáncer de próstata en proceso de radioterapia del Hospital Universitario Ramón González Valencia y del Centro de Urólogos de la Clínica Carlos Ardila Luíle, correspondiente a una muestra no probabilística de 25 hombres, teniendo en cuenta que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en fórmulas de probabilidad sino que depende del proceso de toma de decisiones del grupo de investigación, evitando decisiones subjetivas que sesguen la prueba. El elegir una muestra no probabilística dependió de los objetivos del estudio, del esquema de investigación y de la contribución que se piensa hacer con dicho estudio. Por otra parte se seleccionó un grupo control con una muestra de 25 hombres no oncológicos.

7. Se aplicó el instrumento de medición y se codificaron y analizaron los datos obtenidos.

8. Se identificó el perfil de personalidad para los pacientes con cáncer de próstata y para el grupo de comparación..

9. Conclusiones y Discusión

10. Presentación de Resultados: Elaboración y presentación del reporte de investigación de la siguiente manera:

Una vez ingresados los puntajes brutos dentro de una matriz de datos, se escogió el Baremo Español como referencia para obtener las puntuaciones de prevalencia (P.P) de cada uno de los pacientes, obteniendo así, el perfil gráfico para los sujetos basado en el soporte informático para la obtención de resultados; esto se realizó con el fin de obtener un puntaje promedio dentro de cada una de las escalas que mide la prueba tanto para el grupo de cáncer como para el grupo comparativo.

Posteriormente, se presenta una tabla que corresponde al promedio y desviaciones estándar basada en las puntuaciones de prevalencia para cada uno de los grupos. Procedimiento estadístico que permite identificar las escalas significativas para

realizar el análisis de las diferencias entre el grupo de cáncer de próstata y el grupo comparativo. El análisis de resultados se presenta en base a la descripción de los tres campos de acción y las escalas con diferencia significativa. De igual forma se realiza una conclusión de las comparaciones entre campos de acción y escalas para los dos grupos.

Seguidamente se realizó un proceso de comparación de medias a través de la prueba T student para comprobar que las escalas escogidas anteriormente si presentan diferencias significativas.

Finalmente se identifica un perfil de personalidad gráfico y un análisis descriptivo para cada uno de los grupos, se toman las escalas significativas como referencia para la comparación de perfiles entre los dos grupos con el fin de concluir la presencia de un perfil único de personalidad para los pacientes con cáncer de próstata. Basados en este análisis de resultados se procede a realizar la discusión y las respectivas sugerencias del estudio.

Variables

Variable Dependiente

Personalidad

Variable Independiente

Cáncer de Próstata

Resultados

Los resultados presentados en esta investigación permiten identificar el perfil de personalidad propio de los pacientes con cáncer de próstata, y se establece una diferencia con el perfil de personalidad de los pacientes del grupo comparativo.

A continuación se presentan los datos arrojados por la aplicación del MIPS en lo que respecta al promedio y las Desviaciones Estándar basadas en las Puntuaciones de Prevalencia, tanto para los sujetos del grupo de cáncer de próstata como para el grupo comparativo.

Tabla 5: Promedio y Desviaciones Estándar para los dos grupos.

METAS MOTIVACIONALES	Promedio PP * Cáncer	Promedio PP * Comparativo
Expansión	33,04	81,68
Preservación	72,6	23,88
Modificación	65,84	77,56
Adecuación	37,25	22,28
Individualidad	78,28	87,68
Protección	35,16	52,48
MODOS COGNITIVOS		
Extraversión	20,64	84,76
Introversión	87,2	32,48
Sensación	80,52	69,6
Intuición	33,32	36,12
Pensamiento	85,08	68,82
Sentimiento	24,68	43,96
Sistematización	68,44	41,12
Innovación	33,76	55,8
COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES		
Retraimiento	85,36	24,36
Sociabilidad	31,04	85,28
Indecisión	79,28	29,24
Decisión	52,48	79,4

Continuación Tabla 5

Discrepancia	69,24	57,4
Conformismo	68,08	67,28
Sumisión	17,8	20,22
Dominio	19,53	25,48
Descontento	21,08	13,94
Aquiescencia	17,68	39,28
METAS MOTIVACIONALES		
	D.E PP Cáncer	D.E PP Comparativo
Expansión	24,27	13,47
Preservación	21,05	11,27
Modificación	16,86	17,55
Adecuación	20,39	15,38
Individualidad	11,44	10,26
Protección	17,7	17,27
MODOS COGNITIVOS		
Extraversión	18,05	11,5
Introversión	14,43	17,69
Sensación	15,1	19,17
Intuición	10,87	16
Pensamiento	16,05	18,18
COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES		
Retraimiento	17,76	13,26
Sociabilidad	23	14,74
Indecisión	17,06	9,52
Decisión	23,62	14,46
Discrepancia	21,4	21,93
Conformismo	20,37	21,28
Sumisión	17,8	20,22
Dominio		25,48
Descontento	21,08	13,94
Aquiescencia	17,68	39,28

* Puntuaciones de Prevalencia (P.P). Baremos Españoles para Varones Adultos.

Tabla 6: Puntuaciones Medias, Desviación y T por grupos

Metas Motivacionales	Media PP Cáncer	Media PP Comparativo	D.EPP Cáncer	D.E PP Comparativo	T	P - Valué
Expansión	33,04	81,68	24,27	13,47	-11,1464	*** 0,0
Preservación	72,6	23,88	21,05	11,27	10,2045	*** 0,0
Modificación	65,84	77,56	16,86	17,55	-5,82179	4,687
Adecuación	37,25	22,28	20,39	15,38	1,80169	0,0778762
Individualidad	78,28	87,68	11,44	10,26	-6,78743	1,55774
Protección	35,16	52,48	17,7	17,27	1,60752	0,114499
Modos Cognitivos						
Extraversión	20,64	84,76	18,05	11,5	14,9832	*** 0,0
Introversión	87,2	32,48	14,43	17,69	11,9865	*** 0,0
Sensación	80,52	69,6	15,1	19,17	-0,818732	0,416986
Intuición	33,32	36,12	10,87	16	-0,723597	0,472825
Pensamiento	85,08	68,82	16,05	18,18	0,783564	0,437145
Sentimiento	24,68	43,96	16,73	21,21	-5,92584	3,25373
Sistematización	68,44	41,12	21,75	17,8	3,08135	* 0,00340772
Innovación	33,76	55,8	14,12	10,21	-5,46513	***0,0000016
Comportamientos Interpersonales						
Retraimiento	85,36	24,36	17,76	13,26	13,7601	*** 0,0
Sociabilidad	31,04	85,28	23	14,74	-9,92767	*** 0,0
Indecisión	79,28	29,24	17,06	9,52	12,8072	*** 0,0
Decisión	52,48	79,4	23,62	14,46	-4,86036	***0,0000129
Discrepancia	69,24	57,4	21,4	21,93	1,93207	0,0592653
Conformismo	68,08	67,28	20,37	21,28	-1,35047	0,183199
Sumisión	32,2	28,12	17,8	20,22	6,32547	7,96498
Dominio	56,6	67,16	19,53	25,48	-1,64461	0,106585
Descontento	72,8	26,44	21,08	13,94	9,76292	*** 0,0
Aquiescencia	36,6	60,72	17,68	39,28	2,97027	*0,00463567
* P<0,05	**P<0,01	***P<0,00				

Análisis de los tres Campos de Acción y sus respectivas escalas significativas para el Grupo de Pacientes con Cáncer de Próstata y el Grupo Comparativo

Se realizó el análisis de las diferencias significativas entre perfiles por Campos de Acción mostrando en cada uno de ellos las escalas representativas y de esta forma dar a conocer el análisis descriptivo de los rasgos de personalidad propios para cada grupo. En lo referente a este estudio, se pudo establecer que para el Campo de Acción Metas Motivacionales la escala significativa para el grupo oncológico es Preservación y para el grupo comparativo Expansión; para el Campo de los Modos Cognitivos las escalas con diferencia significativa para el grupo oncológico son Introversión y Sistematización y para el grupo comparativo Extraversión e Innovación; finalmente en el Campo de los Comportamientos Interpersonales las escalas con diferencia significativa para el grupo oncológico son Retraimiento, Indecisión y Descontento y para el grupo comparativo Sociabilidad, Decisión y Aquiescencia.

A continuación se presentan las gráficas de los promedios y las desviaciones estándar y el respectivo análisis de las escalas significativas para los dos grupos objeto de estudio.

Metas Motivacionales

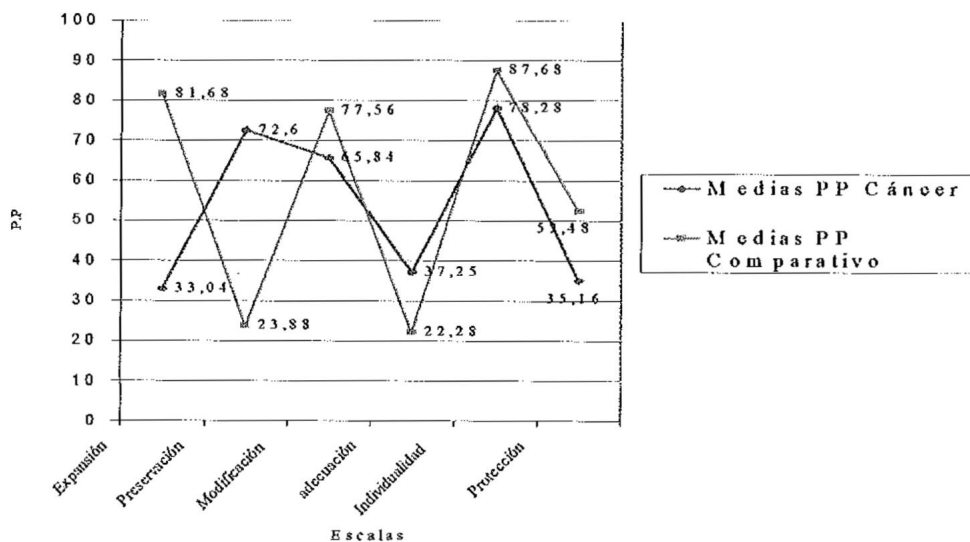


Figura 1 : Promedio con las puntuaciones P.P correspondiente a los grupos cáncer y comparativo en el campo de acción de Metas Motivacionales.

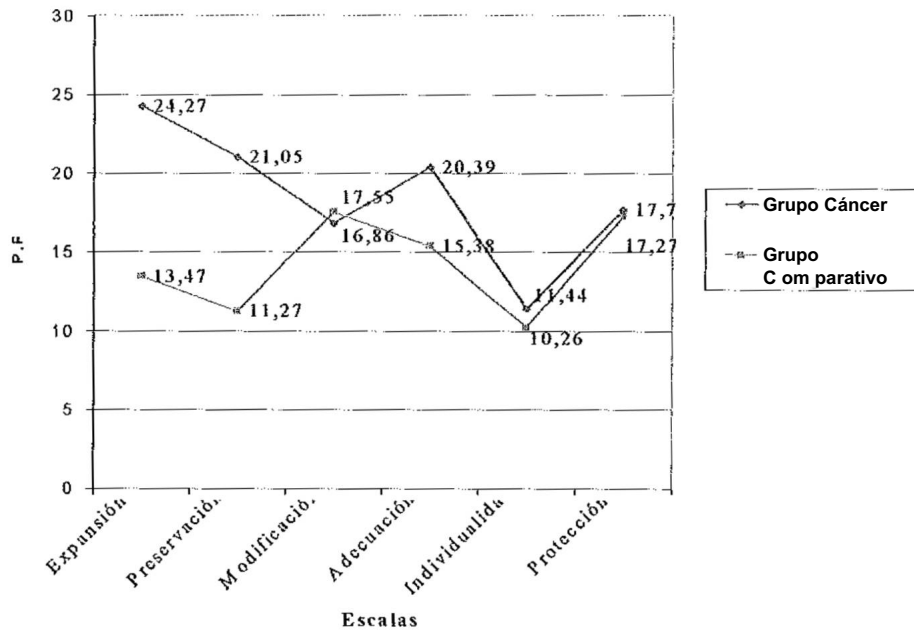


Figura 2 : Desviaciones Estándar con las puntuaciones P.P correspondiente a los grupos cáncer y comparativo en el campo de acción de Metas Motivacionales.

Expansión-Preservación.

La escala preservación, característica del grupo oncológico define a este grupo como individuos que tienden a centrar su atención en los problemas y los agudizan, perciben su pasado como algo personalmente problemático y siempre están esperando que algo nuevo salga mal, son pesimistas en la medida que sienten que las cosas probablemente irán de mal en peor. Se molestan fácilmente con las mínimas preocupaciones y decepciones lo que puede conducirlos a desconectares de las relaciones diarias y de las experiencias placenteras. La mayor parte del tiempo evitan con éxito los riesgos y peligros innecesarios, lo cual los lleva a disminuir sus emociones positivas y experiencias felices, obteniendo como resultado un comportamiento propio de seres inhibidos, reprimidos, ansiosos y pesimistas.

Por otro lado los sujetos del Grupo Comparativo pertenecientes a la escala de expansión se identifican por una marcada tendencia a mirar el lado positivo de la vida donde fundamentalmente poseen actitudes y comportamientos diseñados para impulsar y enriquecer todos sus propósitos con miras a la realización personal, que a la vez generan alegría, placer, satisfacción, realización y, de ese modo, fortalecen su capacidad de

permanecer competentes física y mentalmente. Se muestran optimistas con respecto a las posibilidades futuras y, por consiguiente, les resulta fácil divertirse y enfrentar sus altibajos con ecuanimidad.

Modos Cognitivos

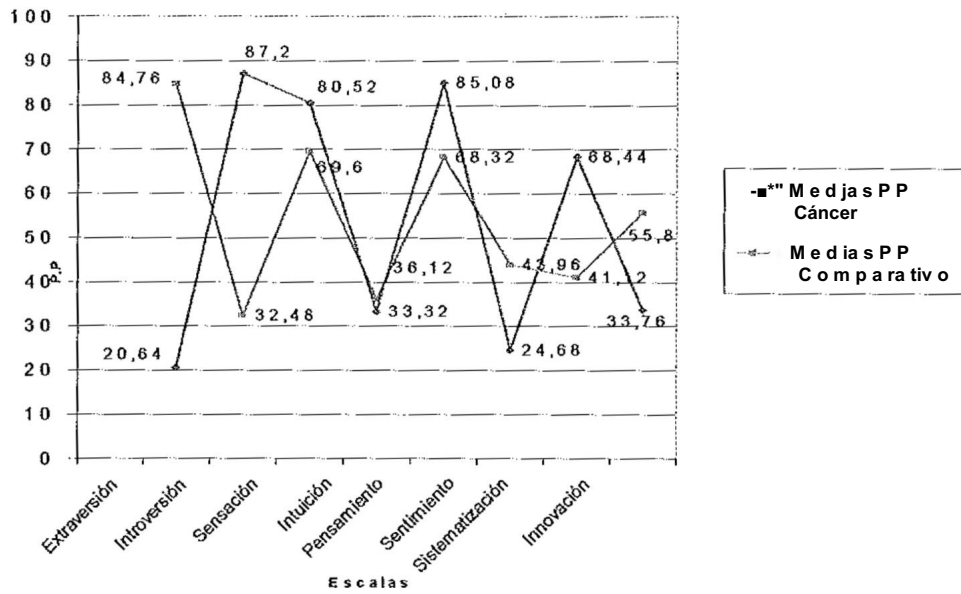


Figura 3 : Promedio con las puntuaciones P.P correspondiente a los grupos cáncer y comparativo en el Campo de Acción de Modos Cognitivos.

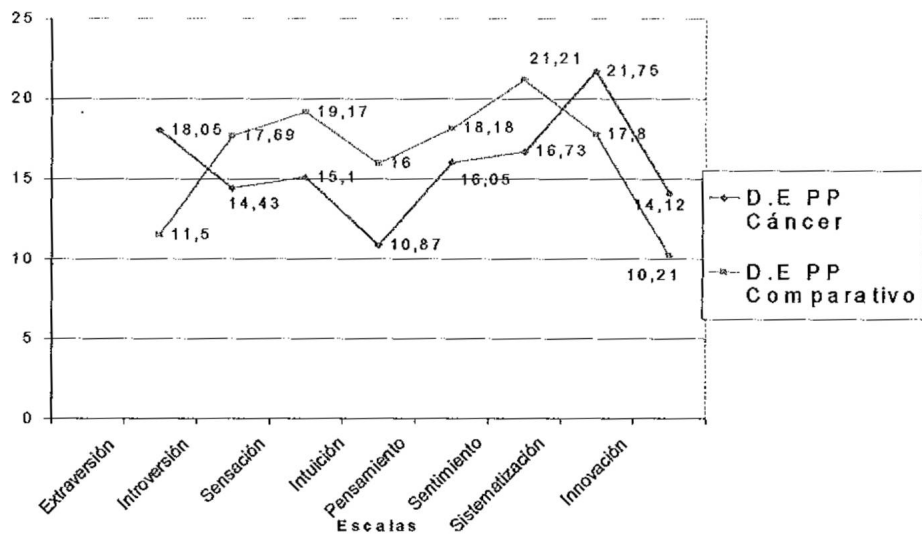


Figura 4: Desviaciones Estándar con las puntuaciones P.P correspondiente a los grupos cáncer y comparativo del segundo Campo de Acción de Modos Cognitivos.

Introversión- Extraversión.

Los sujetos del guipo oncológico obtuvieron un puntaje alto en la escala de introversión, definiéndolos como personas que prefieren utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recursos, fundamentalmente obtienen más inspiración y estímulo de ellos mismos que de los demás. Estos individuos se definen como introvertidos ya que se sienten más serenos y cómodos al distanciarse de los demás y de las dientes externas; estos sujetos toman sus decisiones considerando solo su propio punto de vista; para ellos comunicarse consigo mismo es un placer, su interior constituye un refugio seguro. Los cambios que realizan sobre sus vidas los hacen con autonomía y con recursos propios. Son personas poco comunicativas, se mantiene distante de las relaciones sociales y no se involucran; para ellos comunicarse consigo mismo les resulta un placer.

Por otro lado el guipo comparativo se identifica con la escala de extraversión, lo cual indica que recurren a los demás para encontrar estímulo y ánimo, utilizan a sus amigos y compañeros como fuente de ideas, guías, inspiración y energía, así como también para acumular confianza en sí mismos, se sienten reconfortados con la presencia de personas con los cuales establecen lazos afectivos.

Sistematización-Innovación.

En otro aspecto los sujetos que pertenecen al guipo oncológico obtuvieron un puntaje alto en la escala de Sistematización, indicando que son personas muy planificados y predecibles en cuanto organización de sus vidas; adaptan sus nuevos conocimientos a los ya habituales y son cuidadosos, cuando no perfeccionistas, al ocuparse incluso de los mínimos detalles. Como resultado de esto, se les consideran metódicos, meticulosos y eficientes. Normalmente, estos individuos son convencionales planificados, decididos, disciplinados, concienzudos, leales y dedicados.

La escala Innovación presenta una puntuación alta en el guipo comparativo, lo cual indica que son individuos que prefieren ser creativos y arriesgados, están dispuestos a cambiar y dar nuevas formas a cualquier cosa que se les presente. Estas personas parecen descontentos con la rutina y lo predecible, modifican en forma espontánea lo que está dado siguiendo sus presentimientos y buscando provocar

resultados originales e inesperados; su modo imaginativo está normalmente asociado con el hecho de ser de mentalidad receptiva, espontánea, e ingeniosa.

Comportamientos Interpersonales

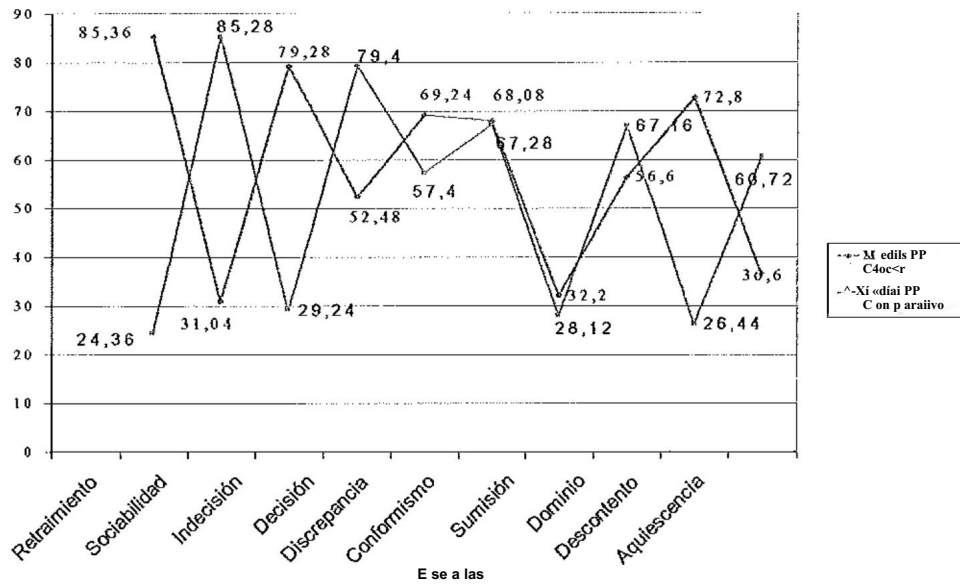


Figura 5: Promedio con las Puntuaciones P.P correspondiente a los grupos de cáncer y comparativo del Campo de Acción Comportamientos Interpersonales.

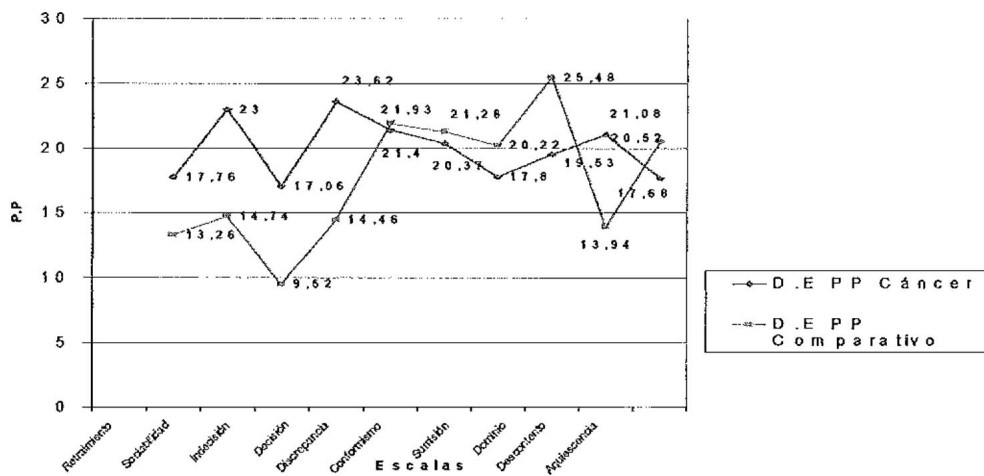


Figura 6: Desviaciones Estándar con las Puntuaciones P.P correspondiente a los grupos de cáncer y comparativo del Campo de acción Comportamientos Interpersonales.

Retraimiento- Sociabilidad.

Los sujetos del grupo oncológico obtuvieron una puntuación alta en la escala de Retraimiento, lo cual indica que estos individuos se caracterizan por no demostrar sus emociones y por su indiferencia social, tienden a ser tranquilos, pasivos y a desligarse del mundo externo que los rodea; es probable que las demás personas los consideren callados y aburridos, incapaces de hacer amigos y también apáticos e indiferentes. Pocas veces expresan a los demás sus pensamientos o sentimientos íntimos, parecen estar más a gusto cuando se les deja solos ya que prefieren trabajar en forma lenta, tranquila y metódica, pueden considerárseles carentes de espontaneidad y vitalidad.

Los sujetos del grupo comparativo, se identifican con la escala Sociabilidad indicando que estos sujetos con frecuencia reaccionan en forma exagerada ante las situaciones que tienen a su alrededor; no obstante, normalmente pierden el interés con mucha facilidad. Aunque con rasgos mundanos, llamativos y encantadores, también pueden ser exigentes y manipuladores; llaman la atención con su dramatismo, y todo lo que consiguen es ser el centro de los acontecimientos sociales, se aburren con facilidad especialmente cuando se enfrentan a tareas repetitivas y rutinarias, se caracterizan por sus intensos y cambiantes estados de ánimo considerándoseles inconstantes y fácilmente excitables.

Indecisión - Decisión.

Por otra parte, los sujetos del grupo oncológico son representados por la escala indecisión, la cual los identifica como individuos generalmente cohibidos, tímidos y nerviosos en contextos sociales, desean fervientemente gustar y ser aceptados temiendo ser rechazados. Al mismo tiempo que son sensitivos y emocionalmente sensibles, son desconfiados solitarios y se aíslan. Una vez que se sienten aceptados pueden ser más abiertos, más amistosos, cooperadores y participar con otros de un modo productivo.

El grupo comparativo presenta mayor puntuación en la escala Decisión, lo cual indica que son individuos que tienden a sentir que son más competentes y que tienen más talento que las personas que los rodean. A menudo son ambiciosos, egocéntricos y seguros de sí mismos. Además tienen el encanto suficiente como para atraer a los demás hacia sus propios fines y propósitos; su falta de reciprocidad social y su sentido

de tener derecho sobre las cosas pueden constituir un problema; dan por supuesto que lo que quieren les corresponde.

Descontento - Aquiescencia.

Por último, los pacientes con cáncer de próstata obtuvieron una puntuación alta en la escala Descontento, indicando que son sujetos que se caracterizan por su tendencia a ser pasivos - agresivos, hoscos y, en general insatisfechos. Su ánimo y su comportamiento son inmensamente cambiantes. En ocasiones, se relacionan con los demás de modo sociable y amistoso, en otras ocasiones son irritables y hostiles, y dicen que son incomprendidos y no valorados .

Por otra parte, los sujetos del grupo comparativo se identifican con la escala Aquiescencia indicando que estas personas suelen agrandar muy fácilmente y con frecuencia se relacionan con los demás de una manera dócil. Establecen fuertes vínculos y son muy leales con los demás. Sin embargo, disimulan cualquier sentimiento negativo, especialmente cuando estas manifestaciones puedan ser censurables a los ojos de aquellos a los que quieren agrandar.

Conclusión de la Comparación de Campos de Acción y sus respectivas Escalas

Significativas del Grupo Oncológico y el Grupo Comparativo

Se puede concluir que a nivel motivacional los pacientes oncológicos muestran una marcada tendencia a evitar situaciones de riesgo que en un momento dado puedan terminar con la vida, mantienen una actitud pesimista creyendo que la vivencia de experiencias placenteras siempre dejan consecuencias negativas; la diferencia con el grupo comparativo es que ellos sostienen que la existencia humana es algo más que el solo hecho de preservar la vida y evitar el dolor, por esta razón buscan experiencias y desafíos que les proporcionen vigor y así aumentar su vitalidad y realización personal

Dentro del campo de Acción Modos Cognitivos se puede concluir que los sujetos del grupo de cáncer son organizados, planificados y meticulosos, mientras que los sujetos del grupo comparativo prefieren ser creativos y arriesgados y con una muy

buena capacidad de improvisación, por el hecho de ser flexibles se les facilita modificar y hacer cambios frente a la rutina.

A nivel de Comportamientos Interpersonales los sujetos del grupo de cáncer son apáticos e indiferentes frente a las actividades sociales, pocas veces expresan sus pensamientos y sentimientos, son cohibidos, tímidos y desconfiados. Generalmente se muestran insatisfechos con los acontecimientos diarios. Por el contrario los sujetos del grupo comparativo son personas que buscan la atención, el entusiasmo y el estímulo social, tienden a sentirse más competentes y con más talento que las personas que les rodean, además suelen agradar muy fácilmente manteniendo buenas relaciones interpersonales.

Con el objetivo de confirmar si las diferencias entre las escalas son significativas para los dos grupos y poder identificar un perfil de personalidad para cada grupo, se realizó un análisis de puntuaciones de comparación de Medias a través de la prueba T Student, la cual se utiliza para muestras pequeñas.

Análisis a través de la prueba T para el grupo con cáncer de próstata y el grupo comparativo

Una vez corroboradas las escalas por medio de la prueba T Student, se logró identificar las escalas que presentan diferencias significativas para los dos grupos, las cuales se describen a continuación:

Se realizó un proceso de comparación de medias para determinar si las diferencias gráficas son significativas, mediante la prueba T la cual se calcula con la siguiente fórmula:

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2 + S_2^2}{n_1 + n_2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2 + S_2^2}{m} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

\bar{X}_1 = Media del grupo con cáncer

\bar{X}_2 = Media del grupo comparativo

S_1 = Varianza del grupo con cáncer

S_2 = Varianza del grupo comparativo

n_1 = Muestra di grupo con cáncer

n_2 = Muestra del grupo comparativo

Toda puntuación T tiene una probabilidad asociada (P valué) que corresponde al error alfa de 0,05; entre mas pequeña es la probabilidad (menor a 0.05) mas significativa es la diferencia entre las escalas.

Metas Motivacionales

El promedio correspondiente a la escala de Preservación para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($\bar{X}_1 = 72.6$ y $\bar{X}_2 = 23.88$); con desviaciones estándar de ($S_1 = 21.05$ y $S_2 = 11.27$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T = 10,2045$ P valué de 0.0), mostrando diferencias significativas entre los grupos; determinando así que esta escala pertenece al grupo oncológico, lo cual indica que estos sujetos son negativos, pesimistas y se preocupan por

pequeños detalles. Mientras que el promedio correspondiente a la escala de Expansión para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($X_1= 33,04$ y $X_2= 81,68$); con desviaciones estándar de ($S_1=24,27$ y $S_2= 13,47$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T = -11,1464$, P valúe de 0,0), mostrando diferencias significativas entre los grupos; determinando así que esta escala pertenece al grupo comparativo lo cual indica que estos sujetos son optimistas, positivos, y aventureros.

Modos Cognitivos

El promedio correspondiente a la escala de Introversión para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($X_1=87.2$ y $X_2= 32.48$), con desviaciones estándar de ($S_1=14.43$ y $S_2=1 7.69$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T = 11,9865$ P valúe de 0.0) , mostrando diferencias significativas entre los grupos, determinando así que esta escala pertenece al grupo oncológico, lo cual indica estos sujetos son personas tendientes a aislarse de los demás para entender sus propios pensamientos y sentimientos. La otra escala significativa para este grupo fue sistematización, donde el promedio correspondiente para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($X_1= 68.44$ y $X_2= 41.12$); con desviaciones estándar de ($S_1=21.75$ y $S_2=17.8$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T= 3,08135$ y P valúe de 0,00340772); mostrando diferencias significativas entre los grupos, determinando que los sujetos del grupo con cáncer son cuidadosos, perfeccionistas, meticulosos y eficientes.

A diferencia, el grupo comparativo presenta como escala significativa Extraversión donde el promedio correspondiente a esta escala para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($X_1= 20.64$ y $X_2= 84.76$); con desviaciones estándar de ($S_1 =18.05$ y $S_2 =11.5$ respectivamente y comparado mediante la correlación de promedios con prueba T ($T = 14,9832$ y P valúe de 0.0) , mostrando diferencias significativas entre los grupos, lo cual indica que los sujetos pertenecientes a este grupo son enérgicos, confiados de sí mismo y con buenas relaciones interpersonales. De igual forma otra de las escalas significativas para este grupo es Innovación donde El promedio correspondiente a esta escala para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son

respectivamente ($X_1=33.76$ y $X_2= 55.8$); con desviaciones estándar de ($S_1= 14.12$ y $S_2=10.21$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T = -5,46513$ y P valúe de $0,00000162681$); mostrando diferencias significativas entre los grupos , lo cual indica que estos sujetos son creativos, arriesgados y dispuestos al cambio.

Comportamientos Interpersonales

Dentro de este campo de acción se encuentran tres escalas significativas para el grupo oncológico, una de ellas es Retraimiento donde el promedio correspondiente a esta escala para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($X_1=85.36$ y $X_2=24.36$); con desviaciones estándar de ($S_1=17.76$ y $S_2=13.26$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T = 13,7601$ y P valúe de $0,0$); mostrando diferencias significativas entre los grupos, lo cual indica que estos sujetos son tranquilos, pasivos, callados, a los cuales se les dificulta relacionarse. La segunda escala significativa para este grupo es Indecisión donde el promedio correspondiente a esta escala para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($X_1=79.28$ y $X_2= 29.24$); con desviaciones estándar de ($S_1= 17.06$ y $S_2=9.52$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T = 12,8072$ y P valúe de $0,0$); mostrando diferencias significativas entre los grupos, lo cual indica que estos sujetos temen ser rechazados, son desconfiados, solitarios y se asilan. Finalmente la tercera escala significativa para este grupo es Descontento donde el promedio correspondiente a esta escala para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($X_1=72.8$ y $X_2= 26.44$); con desviaciones estándar de ($S_1=21.08$ y $S_2=13.94$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T = 9,76292$ y P valúe de $0,0$); mostrando diferencias significativas entre los grupos, lo cual indica que estos sujetos son pasivo- agresivos, hoscos y en general insatisfechos.

A diferencia del grupo oncológico, el grupo comparativo presenta tres escalas significativas; una de ellas es Sociabilidad donde el promedio correspondiente a esta escala para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($X_1=31.04$ y $X_2=85.28$); con desviaciones estándar de ($S_1= 23$ y $S_2=14.74$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T = -9,92767$ y P valúe de $0,0$); mostrando

diferencias significativas entre los grupos, lo cual indica que estos sujetos son activos, encantadores y con un grado de entusiasmo social. La segunda escala significativa para este grupo es Decisión donde el promedio correspondiente a esta escala para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($\bar{X}_1 = 52.48$ y $\bar{X}_2 = 79.4$); con desviaciones estándar de ($S_1 = 23.62$ y $S_2 = 14.46$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T = -4,86036$ y P valor de $0,0000129492$); mostrando diferencias significativas entre los grupos, lo cual indica que estos sujetos son competentes, ambiciosos, francos y seguros de sí mismo. Por último, la tercera escala significativa para este grupo es Aquiescencia donde el promedio correspondiente a esta escala para el grupo de cáncer y el grupo comparativo son respectivamente ($\bar{X}_1 = 36.6$ y $\bar{X}_2 = 60,72$); con desviaciones estándar de ($S_1 = 17.68$ y $S_2 = 39.28$); confirmado mediante la comparación de promedios con prueba T ($T = 2,97027$ y P valor de $0,00463567$); mostrando diferencias significativas entre los grupos, lo cual indica que estos sujetos les gusta agradar fácilmente, se relacionan con los demás de manera dócil, estableciendo fuertes vínculos afectivos.

Perfil de Personalidad del Grupo Comparativo

En el área de las metas motivacionales, se encontró diferencia significativa en la escala de expansión que mostró una dirección hacia puntuaciones altas (Ver tabla 6); lo cual indica que estos sujetos tienden a mirar el lado positivo de la vida, se muestran optimistas con respecto a las posibilidades futuras, les es fácil divertirse y enfrentan sus altibajos con ecuanimidad. En el área de Modos Cognitivos se encontró diferencia en las escalas extraversión - innovación, mostrando puntuaciones altas (ver tabla 6); indicando que son personas que recurren a los demás para encontrar estímulo y ánimo; utilizan sus amigos y compañeros como fuente de ideas, guía, inspiración y energía, así como también para acumular confianza en si mismos; prefieren ser creativos y arriesgados, están dispuestos a cambiar y dar nueva forma a cualquier cosa que se les presente, parecen descontentos con la rutina y lo predecible, modifican en forma espontánea lo que está dado buscando provocar resultados originales e inesperados; buscan la atención el entusiasmo y el estímulo social con frecuencia reaccionan en forma exagerada ante las situaciones que tienen a su alrededor, no obstante normalmente pierden el interés con mucha facilidad, pueden ser exigentes y manipuladores.

En el área donde se encontró mayor significancia es en el de los comportamientos interpersonales, en las escalas sociabilidad, decisión y aquiescencia las cuales mostraron una puntuación alta (ver tabla 6); identificando a estas personas como sociables, que hacen todo lo posible por aumentar sus habilidades sociales, conocer personas nuevas y conocer sobre sus vidas; tienden a sentir que son más competentes y que tienen más talento que las personas que les rodean. Se caracterizan por una excesiva creencia en sus talentos y un natural sentido de liderazgo, tienen el encanto suficiente como para atraer a los demás hacia sus propios fines y propósitos. Suelen agrandar muy fácilmente, establecen fuertes vínculos y son muy leales; sin embargo, disimulan cualquier sentimiento negativo, especialmente cuando ese sentimiento pueda ser censurable a los ojos de aquellos a los que quieren agrandar. Estas personas dentro de su estilo interpersonal son cooperadores y convencionales actuando de forma comprometida y beneplácita. Sus relaciones interpersonales se caracterizan por la cordialidad y la amistad

Perfil de Personalidad del Paciente con Cáncer de Próstata

Como resultado del proceso investigativo emprendido dentro del área oncológica en un grupo de hombres con reacción positiva para el cáncer de próstata, se establecen características propias que determinen el perfil de Personalidad adecuado para el objeto de estudio. Este ordenamiento identifica y clasifica a los pacientes con Cáncer de Próstata, como individuos poseedores de rasgos y características particulares como la tendencia a agudizar y centrar sus problemas en sí mismos, percibir el pasado como algo problemático y mantenerse a la espera de que algo nuevo salga mal. En el área de Metas Motivacionales se encontró diferencia significativa en la escala de Preservación que mostró una dirección hacia las puntuaciones altas (Ver tabla 6); lo que indica que las motivaciones de estas personas están dirigidas e impulsadas hacia el polo del pesimismo y la inconformidad. En el área de Modos Cognitivos se encontraron diferencias significativas en las escalas de Introversión y Sistematización, que mostraron una dirección hacia puntuaciones altas (Ver tabla 6); determinando que en la escala de introversión los procesos cognitivos empleados para transformar o procesar la información se perciben como convencionales, debido a que las experiencias vividas en su enfermedad los llevan a ser unos sujetos ensimismados, que prefieren utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recursos, invalidando los canales comunicativos que los mantienen distantes de los hechos que suceden en su mundo externo; no se involucran, se sienten en su mundo, donde los únicos cambios son realizados de forma voluntaria, demostrando así un alto grado de dependencia y coherencia cuando no rigidez en su actuación. De igual forma la escala de sistematización, describe que son personas predecibles, convencionales, rigurosos, metódicos y excesivamente planificados. En el área de Comportamientos Interpersonales se evidenciaron las mayores diferencias, debido a que fue el área donde se presentaron las escalas con mayor dirección hacia las puntuaciones altas, las cuales son retraimiento, indecisión y descontento (Ver tabla 6); lo que indica que el estilo de comportamiento social de estos sujetos los clasifica como indiferentes, en la medida en que no buscan comprometerse con los demás, tendiendo a ser interpersonalmente poco comunicativos.

Se caracterizan por interiorizar sus emociones, con una marcada tendencia hacia la tranquilidad, pasividad y hasta es posible, que los demás les consideren callados e incapaces de hacer amigos. Tienden a ser sensibles a la indiferencia o rechazo social, se sienten inseguros de sí mismos y se preocupan ante las situaciones nuevas, especialmente ante aquellos actos que tienen un carácter social o interpersonal; son intranquilos y tímidos. Su estado de ánimo y su comportamiento son cambiantes, se sienten incomprendidos y no valorados; les parece que las oportunidades no han dado buenos resultados. A pesar de ser cooperadores y en ocasiones comprometidos con su tratamiento, el fracaso o la deficiente evolución de éste, conlleva a hacerlos sentir desesperanza lo cual los impulsa a rehusar cualquier ayuda, optando por aislarse de su entorno social y familiar.

De esta forma, la enfermedad y su tratamiento afectan el funcionamiento somático y psicológico, produciendo cambios en el área Social, ya que la mayoría de estos pacientes sufren una pérdida de la estructura y equilibrio de la vida diaria; sus roles dentro de la familia, trabajo y entorno social son adversamente afectados, lo cual contribuye a la depresión y al aislamiento. En ese momento es cuando el enfermo experimenta una pérdida de control sobre su vida, ya que ha de depender totalmente del médico y familiares para cubrir incluso sus necesidades primordiales.

De esta manera queda al descubierto un panorama general de rasgos de personalidad constituidos a partir de estructuras establecidas y auténticas del paciente con cáncer de próstata, que influyen directamente en su conducta.

Discusión

En el marco de la investigación realizada se logró cumplir con el objetivo propuesto al establecer un perfil de personalidad propio para el paciente con cáncer de próstata en proceso de radioterapia; las siguientes conclusiones se obtuvieron por medio del análisis de los grupos de acción y sus respectivas escalas significativas (ver página 61).

Con respecto al anterior análisis de resultados, es fundamental realizar una comparación con la literatura y antecedentes investigativos que se enunciaron al inicio de este trabajo, especialmente si se tiene en cuenta que, muchos de los resultados que se encuentran allí plasmados coinciden con algunos de los arrojados en esta investigación; uno de ellos, es el elaborado por los autores Rodríguez y Martínez (1998), quienes afirman que es importante señalar que una de las respuestas psicológicas que suelen experimentar los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, es la depresión, asociada a sentimientos de indefensión y desesperanza con manifestaciones de pérdida, lo cual puede impedir que el paciente adopte el papel activo que sería deseable para el manejo de su enfermedad; y por el contrario que llegue acompañada de una inminente caracterización, delimitada por una tristeza profunda, pérdida del interés y de la capacidad de obtener placer en situaciones y actividades que antes agradaban, con una visión generalizada de pesimismo e incertidumbre ante el futuro. Lo que se pudo constatar en nuestro estudio ya que los pacientes Oncológicos presentan rasgos de personalidad que a nivel motivacional los caracterizan como personas tendientes a centralizar la atención en las potenciales amenazas a su propia seguridad emocional y física, lo cual puede conducirlos a desconectarse de las relaciones interpersonales diarias y de las experiencias placenteras, obteniendo como resultado un comportamiento propio de seres inhibidos, reprimidos, ansiosos y pesimistas, con demasiada preocupación por las dificultades de la vida diaria.

Los aspectos desarrollados en las teorías trabajadas a la luz de estos autores, permiten establecer rasgos similares a los expuestos por Theodore Millon en su manual "Inventario de Estilos de Personalidad" (2001), donde retoma los aportes otorgados por la teoría biopsicosocial, en donde se sostiene que el individuo no es tan solo una gestal que se derive de la experiencia ni de su vinculación a la cultura; sino es una compleja

cohesión intrínseca de reacciones particulares frente a diversas situaciones (complejo de adaptaciones y estrategias). Es decir, que en relación con esta proposición, el individuo presenta dos formas de motivación básica frente a la existencia: La primera; que se deriva de la expansión o enriquecimiento de la vida a partir de la renovación personal, en la cuál el individuo es consciente de recrear, reforzar y conservar ecológicamente cada uno de los organismos viables; así mismo, teniendo en cuenta un segundo aspecto en el que se relaciona directamente, la preservación y el instinto de conservación de la vida, es decir estos individuos producen mecanismos defensivos frente a la supervivencia y la seguridad, evitando situaciones que puedan terminar con la vida. Es por esto que los pacientes oncológicos frente a un conflicto, tienden a centralizar la atención en amenazas que pongan en riesgo su seguridad emocional y física, a prever signos negativos y a desconectarse de las relaciones diarias evitando experiencias placenteras. Con base en el tratamiento investigativo reposado sobre las concepciones expuestas por Theodore Millón, en relación a posibles reacciones frente a diversos conflictos, se logró determinar en la consecución del estudio, que el paciente con cáncer de próstata, presenta una serie de características de personalidad similares a las expuestas por el autor como negación, pesimismo, aislamiento, retraimiento, inhibición y descontento.

En el estudio realizado, se logró establecer que el área más afectada de los pacientes con cáncer de próstata son los comportamientos interpersonales, por este motivo se retoman investigaciones hechas por otros autores que han señalado la influencia del cáncer en los factores psico-sociales como lo reseña; el autor Steiner, (1996), quien afirma que “el paciente ante el diagnóstico de cáncer tiende a mostrar conductas desadaptativas sociales producto de un pensamiento pesimista que los lleva a buscar el aislamiento y la soledad”.

Según otros estudios realizados entre variables psicológicas y cáncer, algunos investigadores han buscado única y exclusivamente, las asociaciones descriptivas entre ciertos factores psico-sociales y el padecimiento del cáncer, como lo demuestran, Holland y Rowland (1989), quienes argumentan que “el paciente con cáncer muestra una tendencia acentuada de desconfianza hacia las personas que los rodean, ya que se

sienten inseguros de sus buenas intenciones. Manifiestan conductas de inhibición, aislamiento y poca expresión emocional”.

Desde otros ámbitos de la percepción y asimilación de la enfermedad crónica, se encuentra de igual forma como principal exponente de la literatura, el énfasis de las repercusiones psico-sociales del enfermo, según se ha exteriorizado en las obras de autores tan reconocidos como Fawzy, F (1995), quien sostiene que “los efectos psico-sociales de la enfermedad y su tratamiento afectan el funcionamiento social, somático y psicológico de la enfermedad, produciendo cambios en el área social. La mayoría de los enfermos sufren una pérdida de la estructura y equilibrio de la vida diaria, sus roles dentro de la familia, trabajo y entorno social, se ven directamente afectados, lo cual contribuye a la depresión, aislamiento, fatiga y debilidad producidas por el cáncer, en cuyo tratamiento, comienzan a surgir limitaciones que impiden la participación del enfermo en cierto tipo de actividades, distanciándole incluso de sus seres más queridos”.

Retomando lo anteriormente expuesto por los autores, en el estudio se pudo establecer que el paciente con Cáncer de Próstata a nivel de relaciones interpersonales, manifiestan poco interés social o grupal. Estos individuos prefieren involucrarse en pocas relaciones interpersonales y no desarrollan lazos fuertes de afectividad con las demás personas. De igual forma son seres intranquilos y tímidos, anticipan tanto las posibilidades como las dificultades y manifiestan temor al sentirse incómodos durante el proceso de interrelación.

Se concluye que los efectos psico-sociales de la enfermedad y su tratamiento afectan directamente el funcionamiento social y familiar, si se tiene en cuenta que la edad en la que se encuentran estos pacientes es de independencia y realización personal, es por esto, que se les dificulta aceptar, por su nueva condición física, un sometimiento al tratamiento, seguido de un rechazo al hecho de tener que depender del médico o de la familia para suplir sus necesidades más básicas.

Desde otra perspectiva, la concepción de una enfermedad oncológica presenta una marcada tendencia desde el sentir cultural y popular, a partir de una serie de imaginarios y referentes arraigados en las creencias humanas, al proyectar esta afección como un estado crónico, terminal e irreversible, en donde el equilibrio emocional para los pacientes esta siendo amenazado de forma permanente en su relación con el entorno.

Resulta evidente reconocer que los sujetos, por el hecho de presentar una enfermedad crónica como el cáncer, mantienen la creencia de que pronto van a morir ; como indicador de esta situación, encontramos que es frecuente identificar cierto tipo de comentarios encaminados hacia sentimientos negativos como: desilusión frente al avance del tratamiento; malestares físicos secundarios a la radioterapia, lo cual genera sentimientos de inconformidad y abandono, al identificarse como personas inútiles, que lo han perdido todo; predominando una fuerte dosis de pesimismo frente a la recuperación de la enfermedad.

Tomando como referencia, el estudio realizado por Grossarth-Maticek (1998), argumenta la influencia de la personalidad Tipo C en el cáncer, describiendo que “Este tipo de personas son más vulnerables a la enfermedad, en este caso a los procesos infecciosos, entre ellos el cáncer. No se trata de una relación directa, sino más bien de un aumento del riesgo a padecerlo. Parecen tener una serie de características comunes: a) Dependencia emocional: Ocultan cualquier signo de malestar o enfermedad para evitar preocupaciones a los que le rodean; b) Dificultad para hacer frente a situaciones conflictivas en la relación con los demás; c) Reacción depresiva ante el estrés: Es relativamente frecuente encontrar algún suceso estresante cercano a la aparición de un proceso canceroso, d) Ante pérdidas, como algo que quería alcanzar y no han podido reacciona con excesiva tristeza, desesperanza, pérdida de ilusión y sensación de incapacidad para seguir enfrentándose a la vida. Esa reacción se mantiene durante largo tiempo, porque permanecen anclados en lo que han perdido, e) La pasividad con que afrontan las situaciones estresantes hace que las vivan con mayor intensidad y que sus efectos se mantengan durante más tiempo, lo que afecta al sistema inmunológico, perdiendo paulatinamente la eficacia defensiva, f) Son sujetos introvertidos, obsesivos, y que interiorizan su reacción al estrés.

Algunos de los rasgos anteriormente mencionados respecto a la personalidad tipo C como: desesperanza, pérdida de ilusión, introversión y sensación de incapacidad para seguir enfrentándose a la vida, fueron encontrados en la población oncológica objeto de estudio, mientras que otros rasgos de personalidad como: dependencia emocional y pasividad para enfrentar situaciones estresantes, no fueron hallados dentro del perfil de estos pacientes. Cabe resaltar que a pesar de hallar estos rasgos de personalidad en los

paciente con Cáncer de Próstata, no se puede indicar la existencia de factores de personalidad que predisponen el desencadenamiento de enfermedades crónicas como el cáncer. Se deja evidente el interrogante para futuras investigaciones si el cáncer afecta la personalidad o es la presencia de rasgos específicos de personalidad los que desencadenan dicha enfermedad.

El objeto de haber logrado identificar un perfil específico de personalidad en pacientes con cáncer de próstata, contribuye a que el personal médico reconozca de manera particular algunas de las características psicológicas presentes en estos pacientes durante el tratamiento integral de la enfermedad. Por esta razón se sugiere al equipo médico responsable del diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, formas estratégicas de intervención como:

La importancia de una adecuada comunicación del diagnóstico al paciente, enfatizando así en una adecuada relación empática.

Establecer vínculos de alianza con la familia del paciente, con el fin de facilitar el afrontamiento de la enfermedad, ya que éste se va a tornar distante en ciertas actividades familiares; de ahí la importancia de una comunicación sincera y comprensiva facilitando un espacio para la expresión de emociones.

Es importante que conozcan que este tipo de pacientes atraviesan por unas condiciones personales, médicas y terapéuticas tan delicadas que les hacen proclives a la presentación de problemas y complicaciones a nivel psico-social de gran importancia, lo que conlleva a sufrir una merma en su calidad de vida; es por esto que se hace necesaria una intervención que considere la globalidad del paciente y el trabajo en equipo multiprofesional (médicos oncólogos, enfermeras, psicólogos, trabajador social, entre otros), con el fin de propiciar un tratamiento integral para el paciente.

De igual forma se sugiere la importancia de una intervención psicológica para el paciente con cáncer de próstata en lo relacionado con su estado emocional y estilos de afrontamiento frente a la enfermedad y al tratamiento indicado. La intervención puede enfatizarse en psicoterapias de apoyo; intervención individual y familiar donde se pueda reforzar la esperanza de vida y las relaciones familiares.

Se sugiere para futuras investigaciones afines, seleccionar aleatoriamente a los pacientes que ingresan a los Centros de Urología y que asistan con el temor de presentar

cáncer sin tener un diagnóstico médico confirmado, ya que esto permitirá esclarecer la presencia o no de estos rasgos de personalidad antes o después de confirmarse el diagnóstico clínico.

Como todo proceso investigativo se presentaron dificultades , se hace alusión de forma directa al complicado proceso de selección en la recolección de la muestra, debido a que esta población fue limitada hacia los pacientes en proceso de radioterapia, ya que se tomó en cuenta que se encuentran en mejores condiciones físicas para la resolución de la prueba.

Glosario

Altruismo: Esmero y complacencia en el bien ajeno, aun a costa del propio, y por motivos puramente humanos. Se trata del servicio al bienestar de los otros, de la disposición al sacrificio de los intereses personales en aras del beneficio de los demás.

Carcinoma: Tumor epitelial maligno; configura una neoplasia epitelial maligna que tiende a invadir los tejidos circundantes y a provocar metástasis en regiones distantes del organismo.

Criocirugía: Un tipo de cirugía en el que el cáncer se destruye por congelamiento.

Deletéreo: Mortífero, venenoso.

Hipertrofia prostática benigna (HPB): Es el aumento del tamaño de la glándula prostática producido por un aumento relativo de los estrógenos (hormonas femeninas) sobre la testosterona (hormona masculina) que aparece con la edad en los hombres

Neoplasia: La neoplasia de células plasmáticas es una enfermedad en la que ciertas células de la sangre (llamadas células plasmáticas) se convierten en cáncer. Las células plasmáticas son producidas por glóbulos blancos llamados linfocitos. Estas células producen anticuerpos, los cuales combaten las infecciones y otros factores nocivos para el cuerpo. Cuando estas células se convierten en cáncer, pueden producir demasiados anticuerpos y hacer que se encuentre en la sangre y en la orina una sustancia llamada proteína M.

Metástasis: reproducción de una enfermedad en órganos distintos de aquel en que se presentó primero.

Patogenia: Parte de la patología que estudia el modo de engendrarse un estado morbooso o maligno.

Personalidad: Es única en cada ser humano, si bien hay quienes tienen muchos rasgos en común con otros. Ella expresa las características o forma de ser de una persona en tanto diferente de todas las demás ya que es la síntesis de la forma más habitual de conducirse física, psicológica y socialmente en las distintas circunstancias de la vida de cada uno.

Próstata: Órgano glandular, propio del sexo masculino, situado en la porción inicial de la uretra por debajo de la vejiga urinaria, que segrega un líquido que, durante la eyaculación, se mezcla con el espermatozoide y favorece el avance y supervivencia de los espermatozoides.

Prostatectomía Radical: Consiste en la extirpación de la próstata y parte del tejido que la rodea. La cirugía se puede realizar mediante una incisión en el espacio situado entre el escroto y el ano (prostatectomía perineal) o mediante una incisión en el abdomen inferior (prostatectomía retropúbica). La prostatectomía radical se lleva a cabo sólo si el cáncer no se ha diseminado fuera de la próstata.

Psicooncología: O psicología oncológica es una subespecialidad en continuo desarrollo, que surge como punto de encuentro entre la psicología de la salud, la oncología, la medicina comportamental y la psiquiatría, lo cual ha llevado a entender el cáncer como un proceso multifactorial.

Radioterapia: Uso de radiaciones con fines terapéuticos curativos o paliativos según sea el caso; La radioterapia se administra externamente desde una máquina dirigida al cáncer dentro del cuerpo del paciente. La radioterapia administra radiación ionizante al cáncer, destruyendo las células cancerosas.

Resección Transuretral: Consiste en la extirpación del cáncer de próstata empleando un instrumento que se introduce en la próstata a través de la uretra. Esta operación a veces se hace para aliviar los síntomas causados por el tumor antes de aplicar otro tratamiento, o en los hombres que no pueden soportar una prostatectomía radical debido a la edad u otra enfermedad.

Referencias

- Alfonso, A. (1995). Miller, H. (1980) Evaluación en Psicología Clínica y de la salud.
Londres: Pengium.
- Allport, G., Odbert, H. (1936). Trait ñames a Psicho-lexical study. Psychologycal Monographs, New York: Wiley.
- Anarte, M., Ramírez, C., Gómez (1994). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor crónico oncológico y benigno.
Málaga: Benalmádemá
- Arraztoa, J. (1.997). Cáncer. Diagnóstico y Tratamiento. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Bakal, D. (1.996). Psicología y Salud, Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Bayes, R. (1.991). Psicología Oncológica. Madrid: Martínez Roca.
- 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, Madrid: Panamericana.
- Belíoeh, A. (1995). Manual de Psicopatología. Madrid: Editorial Me Graw Hill.
- Blumberg EM, Fawzy (1994), Wets PM. and Eellis FW. (1954). Possible relationship between psychological factors and human cancers. Oxford: Psychosomatic Medical.
- Carmody, T., Matarazzo, J. (1991). Health Psychology (edited by Hersen, M., Kazdin, A., Bellack, A.), The Clinical Psychology Handbook, (Second Edition). New York: Pergamon Press

Campos, C., Triana, M. (1992). Efectos de un taller cognoscitivo comportamental en pacientes con cáncer ginecológico en el grado de afrontamiento al diagnóstico, Santa fe de Bogotá: Universidad Católica

Cueli, Jozep. (1990). Teorías de la Personalidad. México: Trillas.

Diego, G. (1970). Manual de Oncología Básica. Revista de la Asociación Española Contra el Cáncer, Volumen 15 (1), 79-175.

Estadísticas Globocan 2000.

Eysenck, Hans (1980), Texto de Psicología Humana. México: Editorial Me Graw Hill.

Engler, Bárbara. (1994). Introducción a las Teorías de la Personalidad. (4ª Ed.). México: Editorial Me Graw Hill..

Fawzy, F., Fawzy, N., Arndt, L., Pasnau, R. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. México: Me Graw Hill.

Franks, J. (1998). Aspectos psicológicos y comportamentales de la enfermedad y del tratamiento. Revista Latinoamericana de Psicología. Volumen 20 (1), 45 - 54.

Fox, B. (1981), Hans Seyle (1936). Psychosocial Factors and the Immune System in Human Cancer. New York: Academic Press.

Guerrero, M. (2000). Neoplasias malignas. (En red):
www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v2n2/Rev225.htm

Grassi, Coppellari (1988), Greer (1989). Tratamiento y Pronóstico del Cáncer. Revista Medica del Cáncer, Volumen 6 (3), 23-30.

Greer, Steven, Monis T, (1990). Psychological Response to Breast Cancer. Effect on Outcomes. Canadá: Lancet.

Grossarth-Matick (1990). Personality, Stress and disease: Description and validation of a new inventory. New York: Cambridge University Press.

Harrison, (2001). Tratado de Medicina Interna. México: McGrawHill.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación. México: Me Graw Hill.

Holland, J. (1989). Historial Overviem, New York: Oxford University Press. En Holland, J. y Rowland, J. (Ed.) (1989), Handbook of Psycho-oncology: Psychological care of the patient with cáncer. New York: Oxford University Press.

http://www.lafacu.com/apuntes/psicologia/tipol_huma/default.htm

[http:// www.cancer.med.umich.edu/prostcan/prostcan.html](http://www.cancer.med.umich.edu/prostcan/prostcan.html)

Kaplan, H., Sadock, B.(1997). Dimensiones Imaginarias y Reales sobre el Cáncer. Revista Interamericana de Psicología, Volumen II. (6ª Ed.), 25-45.

López, A.E.; Esteve, R. ; Ramírez, C. y Aliarte, M.T. (1998). Dimensionalización del constructo Personalidad Tipo C. *Psyche.* 7, 1,3-12.

Material Reservado de la Unidad Oncológica del Hospital Erasmo Méoz. Cúcuta. (2000).

Material reservado del Instituto de Cancerología Bogotá. (2002).

Millón, Theodore. (1998). Trastornos de la Personalidad. Barcelona, España: Editorial Masson.

Monis, G. C (1990). Teorías de la personalidad. México: Editorial Trillas.

Passtnore, R. (1971). Tratado de Enseñanza Integrada de la Medicina, Madrid: Científico Médica.

Restrepo, M. (2.000). Psicooncología y Calidad de Vida. Santa fe de Bogotá: Universidad Nacional.

Robert C. Cloninger. Teoría Biopsicosocial. en internet (en red) disponible en: http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a7n6.1i tm, buscador Manma.

Rodríguez, J. (1.995) y Cois (1990). Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis.

Rodríguez, P. y Martínez, F. (1.998). Reacciones Psicológicas en Pacientes Somáticos: Conducta de enfermedad. España: Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina y Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Saranson, I. (1996). Psicología Anormal. 17ª Ed.) México: PrenticeHall

Steiner (1996), Stavrazy KM, Solzhentsyn A (1992). Psychological factors in the puteóme of human cáncer. Bélgica: Mardaga.

Truncer, M. (2000). Evaluación del Riesgo de Suicidio en Pacientes Oncológicos. (En red): www.psicooncologia.org/articulos/articulos_detalle.cfm?Art_ID=26

Watson M, Havilant JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM, Influence of psychological response on survival in breast cáncer: a population-bases cohort study. Canadá: Lancet.

Wulliemier F. De Lausana Suiza (1998) Estudio en Finlandia, en Internet (en red) disponible en: <http://www.tcrpera.cl/diario/2000/05/27/t-27.29.3a.cvs.SICOCANCER.html>.

APÉNDICES

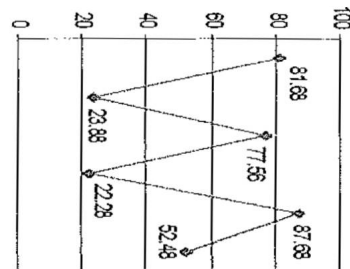
Apéndice A: Perfil Gráfico del Grupo Comparativo

PERFIL GRAFICO DEL GRUPO COMPARATIVO

Promedio con Puntuaciones de Prevalencia (P.P)

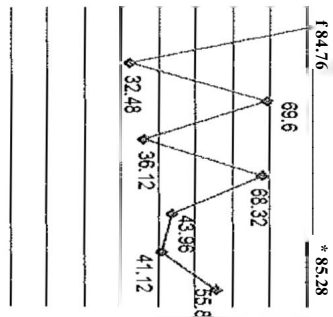
METAS MOTIVACIONALES P.P

MIPS Expansión	* 81.68
MIPS Preservación	23.88
MIPS Modificación	77.56
MIPS Adecuación	22.28
MfPS Individualidad	87.68
MTPS Protección	52.48



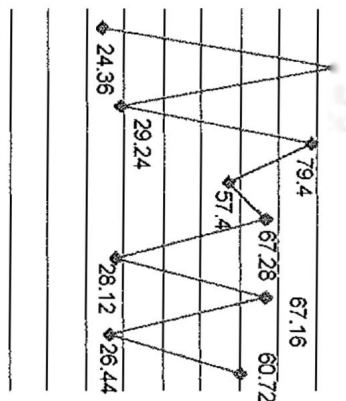
MODOS COGNITIVOS

MIPS Extraversión	* 84.76
MIPS Introversión	32.48
MIPS Sensación	69.6
MIPS Intuición	36.12
MIPS Pensamiento	68.32
MIPS Sentimiento	43.96
MTPS Sistematización	41.12
MIPS Innovación	* 55.8



COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES

MIPS Retraimiento	24.36
MIPS Sociabilidad	* 85.28
MIPS Indecisión	29.24
MIPS Decisión	* 79.4
MIPS Discrepancia	57.4
MIPS Conformismo	67.28
MIPS Sumisión	28.12
MIPS Dominio	67.16
MIPS Descontento	26.44
MIPS Aquiescencia	* 60.72



* Escalas significativas para el grupo comparativo.

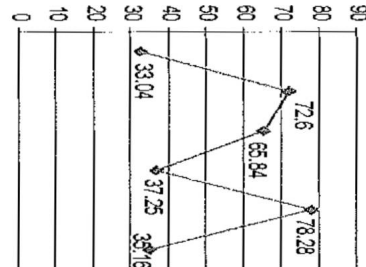
Apéndice B: Perfil Gráfico del Grupo con CaP

PERFIL GRAFICO DEL GRUPO CON CANCER DE PROSTATA

Promedio con Puntuaciones de Prevalencia (P.P)

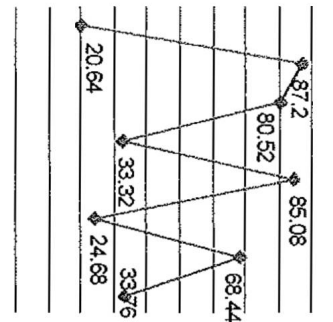
METAS MOTIVACIONALES P.P

MTPS Expansión	33,04
MTPS Preservación	* 72.6
MTPS Modificación	65,84
MIPS Adecuación	37.25
MIPS Individualidad	78.28
MIP S P rotección	35.16



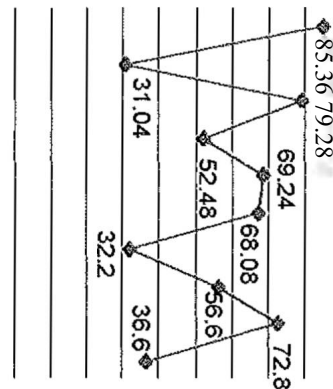
MODOS COGNTTIVOS

MIPS Extraversión	20.64
MIPS Introversión	* 87.2
MIPS Sensación	80.52
MIPS Intuición	33.32
MIPS Pensamiento	85.08
MIPS Sentimiento	24.68
MIPS Sistematización	* 68.44
MIPS Innovación	33.76



COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES

MIPS Retraimiento	* 85.36
MIPS Sociabilidad	31.04
MTPS Indecisión	* 79.28
MIPS Decisión	52.48
MTPS Discrepancia	69.24
MTPS Conformismo	68.08
MTPS Sumisión	32.2
MTPS Dominio	56.6
MTPS Descontento	* 72.8
MTPS Aquiescencia	36.6



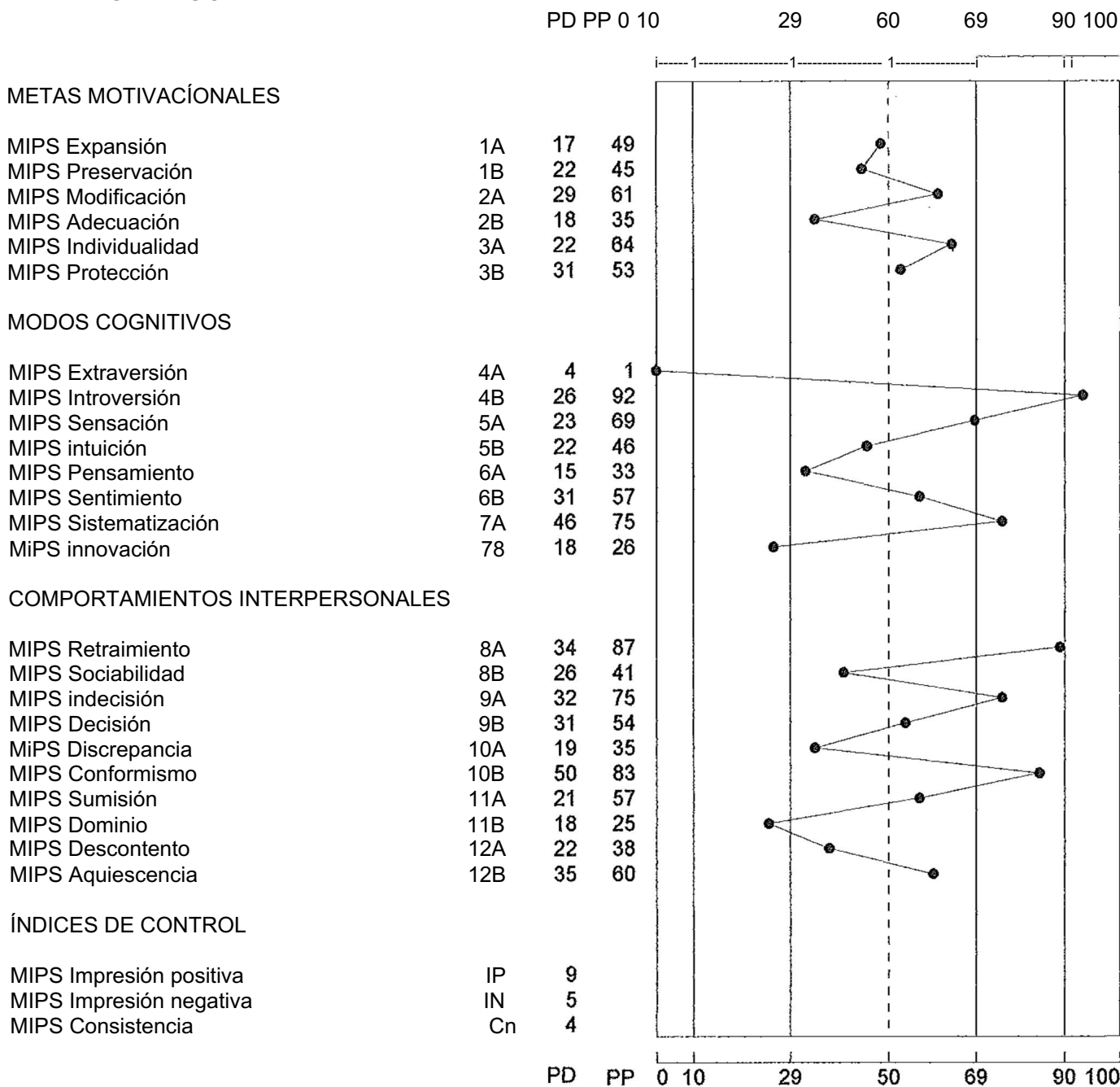
* Escalas significativas para el grupo con cáncer de próstata.

Apéndice C: Ejemplo de un Paciente Guipo de Cáncer de Próstata

DATOS PERSONALES

Identificación: 13'323.468 Nombre: Juan Ortíz Muñoz
 Edad: 64 Sexo: Varón Fecha: 28/8/2002
 Responsable: ESTUDIANTES PSICOLOGIA UNAB
 Jaremo: España Adultos varones

PERFIL GRÁFICO



índice de ajuste (Iaj) PD = -1 Típica = 38



Correo de claudiamoreno56@latinmail.com

III Bandeja de Entrada

responder a todos re direccionar borrar <? iBonsajo > imprimir

Fecha: 11/09/2002 11:00:38

De: IASPP@aol.com [añadir a libreta de direcciones]

Tema: WPS authorlization

Para: claudiamoreno56@latinmail.com

C.C.:

To Claudia Moreno:

This is to authorize your use of the MIPS (or any other Millón Inventory) in your project studying the role of personality factors in patients with prostate cáncer.

Best wishes,

TM

Theodore Millón, Ph.D., D.Sc.
Dean and Scientific Director,
Institute for Advanced Studies
in Personology and Psychopathology
5400 Fairchild Way
Coral Gables, FL 33156
305-661-8888 (Phone & Fax)
IASPP@aol.com (email)
www.Millon.net (website)

responder responder a todos re direccionar borrar \$ mensaje & © imprimir



Contáctanos [Ayuda | FAQ Protección de datos | términos deLservido | Política de privacidad

Los nombres e iconos de- LatinRed son marcas titularidad do cvosMas Interactiva S A -3 eres-viás Interactiva \$A 2002. Iedo's ios derechos resotvados

J&r.eshiás l.Acerca _de_e.resMas [CoillaÁta_c_QA eresMas {Publicidad

eresMas