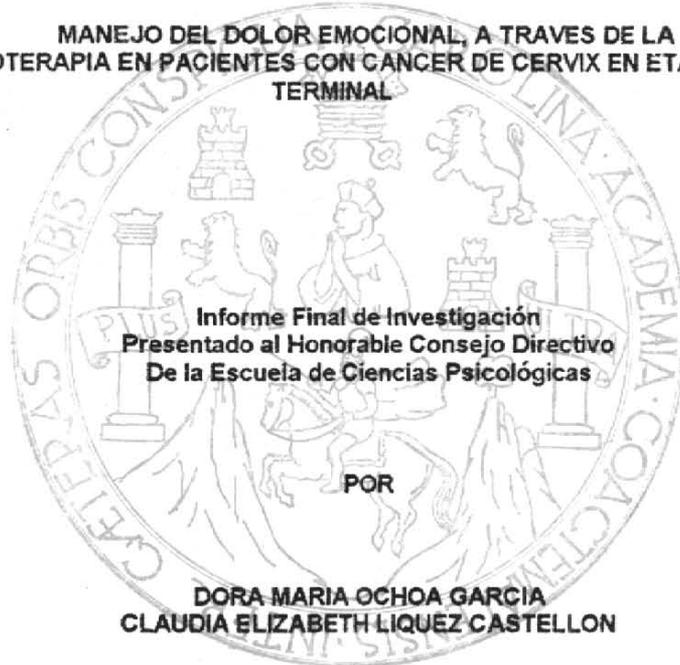


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

MANEJO DEL DOLOR EMOCIONAL, A TRAVÉS DE LA
LOGOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE CERVIX EN ETAPA
TERMINAL



Informe Final de Investigación
Presentado al Honorable Consejo Directivo
De la Escuela de Ciencias Psicológicas

POR

DORA MARIA OCHOA GARCIA
CLAUDIA ELIZABETH LIQUEZ CASTELLON

Previo a optar el título de:
PSICÓLOGAS

En grado académico de:
LICENCIATURA

Guatemala, Mayo de 1998

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

13
T(347)
C.4

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio B-5, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel. 4780700 y 4780705, ext. 400 y 401
DIRECCIÓN: 4700007, 4780710, los 4780414
e Mail: USAOP@UCA.GU
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 715-98

CODIPs. 394-98

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

Mayo 15 de 1998

Señoritas Estudiantes
Dora Maria Ochoa Garcia
Claudis Elizabeth Liquez Castellón
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DECIMO SEGUNDO (12o.) del Acta DIECISEIS NOVENTA Y OCHO (16-98) de Consejo Directivo, de fecha 06 de mayo del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "MANEJO DEL BOLON EMOCIONAL, A TRAVES DE LA LOGOTERAPIA EN PACIENTES CON CANCER DE CERVIX EN ETAPA TERMINAL, de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

CLAUDIA EILIZABETH LIQUEZ CASTELLON

CARNET No. 91-15278

DORA MARIA OCHOA GARCIA

CARNET No. 89-14262

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Vilma Galindo Avila y revisado por la Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada *Miriam Elizabeth Ponce*
SECRETARIA



/Rosy



Guatemala, 29 de abril de 1,998.

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarle que la Licenciada Mayra -
Fainé Luna de Álvarez, ha procedido a la revisión y aprobación del
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"MANEJO DEL DOLOR EMOCIONAL, A TRAVÉS DE LA LOGOTERAPIA
EN PACIENTES DE CÁNCER DE CERVIX EN ETAPA TERMINAL"**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NOMBRE:
DORA MARIA OCHOA GARCIA
CLAUDIA ELIZABETH LIQUEZ CASTELLON

CARNE No.
89-14262
91-15278

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes,
para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICDA. *Lucía J. Maldonado*
LICDA. LUCÍA J. MALDONADO

COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA



ERDM/eln
c.c. Docente Revisor
Archivo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio N.5, Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel. 4700790-4, 4700805, ext. 450-1
Depto. 4700000, 4700719, No. 4700014
c/ Mail UGAPESK@guat.net
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

CICPs. 23/98

Guatemala,
29 de abril de 1,998.

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle
que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION,
titulado:

**"MANEJO DEL DOLOR EMOCIONAL, A TRAVÉS DE LA LOGOTERAPIA
EN PACIENTES CON CÁNCER DE CERVIX EN ETAPA TERMINAL"**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOBRE

DORA MARIA OCHOA GARCIA
CLAUDIA ELIZABETH LIQUEZ CASTELLON

CARNE No.

89-14262
91-15278

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito
DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID JUSTITIA A TODOS"

LICDA. MAYRA ROSA LUNA DE ALVAREZ
DOCENTE REVISORA



c. c. Archivo
Docente Revisor

Guatemala 9 de marzo de 1988

Licenciada
Edith Roca de Maldonado, Coordinadora
Centro de Investigación en Psicología
Edificio

Licenciada de Maldonado:

Por medio de la presente doy fe que tuve a la vista el informe final, titulado:
"MANEJO DEL DOLOR EMOCIONAL, A TRAVES DE LA LOGOTERAPIA EN
PACIENTES CON CANCER DE CERVIX EN ETAPA TERMINAL"

Elaborado por: Dora Maria Ochoa Garcia y Claudia Elizabeth Liquez
Castroen.

El cual considero que llena los requisitos necesarios para su aprobación.

Atentamente,


LICDA. VILMA GALINDO AVILA
PSICOLOGA ASESORA

Vilma Galindo Avila
PSICOLOGA
COLEGIADA #160

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12
Tele. 4760780-4, 4760985, ext. 490-1
Directos: 4769902, 4767219, Fax. 4769914
GUATEMALA, CENTROAMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 715-96

CODIPs. 578-97

APROBACION DE PROYECTO DE
INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Junio 18 de 1997

Señoritas Estudiantes
Dora María Ochoa García
Claudia Elizabeth Liquez Castellón
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DECIMO CUARTO (14o.) del Acta DIECIOCHO NOVENTA Y SIETE (18-97) de Consejo Directivo, de fecha 28 de mayo del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "MANEJO DEL DOLOR EMOCIONAL, A TRAVES DE LA LOGOTERAPIA EN PACIENTES DE CANCER DE CERVIX EN ETAPA TERMINAL", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

DORA MARIA OCHOA GARCIA

CARNET No. 89-14282

CLAUDIA ELIZABETH LIQUEZ CASTELLON

CARNET No. 91-15278

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor a la Licenciada Vilma Galindo Avila."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada ~~Mirza Elizabeth Ponce Ponce~~
SECRETARIA



/Rosy

DEDICATORIA

Al creador por permitimos alcanzar una meta más.

A nuestros padres: Melecio Lickez, María Luisa de Lickez, Fernando Ochoa, Angela de Ochoa, por ser guías en el camino de nuestras vidas, orientándonos y corrigiéndonos los pasos del conocimiento.

A nuestros hermanos, sobrinos, primos especialmente a Sergio, familia en general, con amor.

A nuestras amigas y amigos por compartir gratas experiencias.

A todas las pacientes con cáncer, por permitir aplicar nuestros conocimientos, especialmente aquellas del servicio de Gineco-Oncología del IGSS.

BETTY

DORIS

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

ERIC:

Gracias por ser mi compañero, mi esposo y especialmente mi amigo.

SUCELY MARIAM:

Desde que supe de tu existencia has sido la fuente de muchas experiencias que sin ti nunca hubiera conocido, gracias por haberme dado tanta felicidad, sé que donde te encuentras estas en las mejores manos, pues te cuida la Virgen María. TE AMO.

BETTY

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos a todas las personas que ayudaron a la realización de esta investigación.

Especialmente a:

M.A. Edgar Larios Ovando

Licda. Vilma Galindo Avila

Licda. Mayra Luna de Alvarez

PADRINOS

Licenciada en Psicología Ana Mádel Rodríguez Lavarreda

Master en Psicología Clínica Edgar Larios Ovando

PROLOGO

Como parte del proceso, el impacto que ocasiona saberse enfermo de esa terrible enfermedad denominada cáncer, la persona se ve envuelta en un estado de malestar emocional superando este la intensidad del dolor físico, ya que invade más allá de ese cuerpo que ha sido vehículo para transitar por la vida. Es llamado dolor emocional, pues invade la verdadera esencia del ser humano provocando alteraciones, las cuales de no ser atendidas, seguramente llevarán al sujeto durante su última estancia en esta vida, por una senda de sufrimiento hasta el final.

Siendo la última fase de crecimiento y etapa final de la existencia humana, el contemplar la muerte como tal y sobre todo aprender a vivir con ella cuando se percibe su cercanía, es seguramente un paso que el ser humano debe dar. Conlleva una serie de situaciones, las cuales la persona tiene primeramente que enfrentar, para luego conocerlas y buscar una posible salida en función no solo de su propio significado, sino de la repercusión que éstos tendrán en el proceso de separación, para trascender a otro nivel de existencia, sin importar los valores y creencias que maneje.

Como un aporte al desarrollo humano, la Logoterapia pone al paciente con cáncer en una situación especial, en la cual sea capaz de encontrar alivio a ese dolor emocional, visualizándolo como un sentido más de su existencia. No obstante encausar dicho sentido requiere una serie de procedimientos para llevar al individuo a este punto crucial, que es ubicarse en sí mismo.

La presente investigación se encamina a esa ubicación y manejo del dolor emocional, pretendiendo con ello brindarle a los estudiosos de la psicología, a personas que se encuentren vinculadas con el tema y en especial a quienes padezcan de una enfermedad incurable, una herramienta vital mediante la experiencia obtenida en el trabajo aplicado a pacientes con cáncer de cérvix en etapa terminal, para hacer de dicho dolor, una experiencia más de crecimiento.

Mádel Rodríguez Lavareda
Psicóloga

CAPITULO I

INTRODUCCION

El cáncer de cérvix es una enfermedad espontáneamente agresiva que se manifiesta por células malignas que proliferan e invaden los tejidos del cuerpo. En las mujeres guatemaltecas se suele manifestar mayormente a nivel de cérvix, el cual se caracteriza en su fase temprana con flujos vaginales anormales abundantes de color amarillento y mal olor; En fase de alto riesgo se presenta hemorragias vaginales disfuncionales, con el avance de la enfermedad se producen metástasis a distancia es decir: la invasión de células malignas en otras áreas u órganos del cuerpo. También se considera como la transmisión de la enfermedad de un órgano o parte a otro no directamente conectado con él, puede ser debido a la transmisión de organismo patogénicos o bien a la transmisión de células como tumores malignos. La única característica de las neoplasias malignas es su gran capacidad de invadir y la responsable de la mayoría de los fracasos terapéuticos en la clínica oncológica. El problema inicia cuando la paciente es informada del diagnóstico médico pues se manifiestan en ella síntomas de dolor emocional como: depresión, preocupación, ansiedad, autoacusación, baja autoestima; también se puede encontrar negación, como mecanismo de defensa ante la enfermedad. Es aquí donde se observó la necesidad de utilizar en estas pacientes la Psicoterapia: que es el intercambio verbal y no verbal entre el paciente y el terapeuta encaminado a comprender lo que pasa en la mente de la paciente y los sentimientos fuertes y desagradables que ella experimenta; y dentro de ésta la tercera escuela vienesa de psicoterapia que es llamada también Logoterapia que contribuye a una curación mediante logos o sentido, se centra en el significado de la existencia humana así como en la búsqueda de dicho sentido por parte del hombre. También fue necesaria la Terapia de Apoyo, "que se basa en la hipótesis de que muchos trastornos del comportamiento sean causados por la pérdida

de la capacidad de introspección y autoanálisis del enfermo, que se ve envuelto en un círculo vicioso de reacciones y contrarreacciones por el ambiente que le rodea."¹

Asimismo se usó la Relajación Progresiva de Jacobson que denota las acciones de aflojar, soltar, descansar, reposar, etc., y que tienen por objetivo disminuir la tensión corporal por medio de ejercicios musculares de tensión y distensión, útiles para tranquilizar a pacientes ansiosos.

Por todo lo anterior se trató de establecer si lograron mediante el tratamiento manejar el dolor emocional, mediante la aplicación de la logoterapia, la terapia de apoyo y la técnica de relajación de Jacobson en el manejo del mismo.

El objeto de estudio se ubicó en el dolor emocional, que nace de situaciones que toda persona enfrenta en algún momento de su vida debido a frustraciones y limitaciones a metas trazadas por accidentes, enfermedades inesperadas tal es el caso del cáncer, enfermedad que se puede comprender mejor a través de los niveles de atención de E. Clark: iniciando con el momento en que la mujer decide realizarse el papanicolaú; en el segundo nivel se establece un diagnóstico precoz por medio de los diferentes exámenes de laboratorio; en el tercer nivel se trata de eliminar la enfermedad antes de que produzca más daño a través de procedimientos quirúrgicos; en el cuarto nivel se observan estadios avanzados de la enfermedad y se interviene por medio de tratamientos paliativos de radioterapia y quimioterapia, para ofrecer a la paciente la mejor calidad de vida en los últimos momentos. Por lo anterior el hombre suele relacionar el cáncer con la muerte y manifestar sentimientos de lastima hacia las personas afectadas con esta enfermedad mortal a largo plazo. Y en algunos casos produce autocompasión y ganancia secundaria.

Existen otros problemas afines que tienen relación directa con nuestro objeto de estudio como lo es el económico, que afectó grandemente debido a que las pacientes al ser suspendidas de sus labores por orden médica, su salario mensual se redujo a la tercera parte por política interna del seguro social, lo que afectó su presupuesto familiar y no fue suficiente para cubrir sus necesidades básicas eso sin mencionar a aquellos que no contaron con apoyo económico de padres, esposos u

¹ Paolo Pancheri. Manual de Psiquiatría clínica. (México, Editorial Trillas 1987) pp 377

otros familiares. Los problemas familiares se dan por la separación de la madre del núcleo familiar, debido a la necesidad de hospitalización, por lo avanzado de su enfermedad. Esto aumentó la preocupación principalmente en señoras con hijos menores de edad, porque desconocían el cuidado que los mismos recibían. En cuanto a la negligencia se dio debido a que la paciente permitió que su enfermedad avanzara, por no ponerle la debida importancia desde el inicio de la misma en la mayoría de casos por ignorancia. Es una dificultad también la poca actividad física ya que la mayoría de las pacientes eran madres de familia con responsabilidades de un hogar, las cuales se ven bloqueadas por la hospitalización y los malestares físicos de la enfermedad, todo esto influye grandemente en los altos niveles de dolor emocional.

Su ubicación en el área del conocimiento social, se basa en el entendido de que somos seres humanos que vivimos en comunidades y por ende necesitamos de comunicación constante, al vernos frente a una enfermedad de alto riesgo de muerte a largo plazo; como es el cáncer, que produce al enfermo ansiedad y angustia mayormente porque se le trata como si no fuera totalmente humano. Lo ansian de sus seres queridos, toman decisiones sin consultarlo y sin tener en cuenta sus deseos, raras veces se le comunica para qué sirve el tratamiento.

Según el área del conocimiento filosófico, los principios y causas, buscan una explicación a la existencia, toda disciplina científica tiene una filosofía y cada hombre tiene su propia filosofía. La logoterapia tiene bases existenciales y la filosofía existencial es una doctrina que hace posible la vida humana; el hombre no es otra cosa que lo que él hace. Este es el primer principio del existencialismo. ¿ Pero qué queremos decir con esto? Que el hombre tiene una dignidad mayor que la piedra, porque queremos decir que el hombre empieza por existir, es decir, que empieza por ser algo que se lanza hacia un porvenir, y que es consciente de proyectarse hacia el porvenir. El hombre es ante todo un proyecto que se vive subjetivamente. Así el primer paso del existencialismo es poner a todo hombre en posesión de lo que es, y a sentar sobre él la responsabilidad total de su existencia. El hombre no es nada más que su proyecto no existe más que en la medida en que se realiza, no es por lo tanto más que el

conjunto de sus actos. Y cuando el hombre se enfrenta ante frustraciones que no le permiten realizarse surge el dolor emocional, causando desequilibrio.

Según el área del pensamiento, las pacientes ante la noticia de la enfermedad pueden presentar reacciones que se comprenden mejor mediante la clasificación de Elizabeth Kübler Ross quien propone 5 fases:

Negación, que consiste en la incapacidad de la persona para reconocer y aceptar la enfermedad.

Ira o cólera, la persona trata de descargar su sufrimiento en forma de agresividad por ver interrumpidos sus planes de vida aunque ésta no está dirigida contra nadie en especial sino contra el mundo.

Regateo o Contrato, aquí todavía se evade la realidad y se hacen tratos o contratos con entes superiores como Dios, Santos, médicos etc.

Depresión, la cual se presenta cuando pierde la esperanza de recuperar su salud, lo que le produce decepción, frustración, llanto y tristeza.

Aceptación, en esta fase ya se tiene plena conciencia de la enfermedad y se da una reconciliación con Dios, con los demás, con la naturaleza y consigo mismo, desea vivir el momento. Si no se maneja adecuadamente el pensar de la paciente esto contribuiría a reforzar los altos niveles de dolor emocional.

También se pueden presentar ideas de delirio: que surgen cuando actúan las ideas de referencia, el individuo cree egocéntricamente, que es objeto de atención especial y animadversión de parte de los que lo rodean.

La disciplina que tiene mayor predominio en este estudio es la logoterapia, definidas anteriormente. Otra disciplina específica relacionada es la Oncología que se ocupa del estudio de las células malignas con gran potencialidad de división y crecimiento, en el organismo que se diagnostica por medio microscópico. El carcinoma de cérvix uterino es una de las neoplasias malignas más comunes, ocupa el cuarto lugar a nivel de cáncer. La incidencia es mayor en clases socioeconómicas bajas. Las mujeres con alto grado de predisposición, son aquellas que tuvieron: un primer matrimonio a temprana edad, relaciones sexuales tempranas, multiparidad, mala atención en el parto, higiene personal inadecuada, infelicidad y depresión.

Se realizó un estudio de casos con una muestra de 30 pacientes, en el servicio de gineco-oncología del hospital general de IGSS llevada a cabo del 5 de febrero al 18 de agosto de 1997, trabajando con las pacientes que permanecieron hospitalizadas por un tiempo de 30 días aproximadamente, con diagnóstico de cáncer de cérvix en etapa terminal (desde estadio II B hasta el IV B). Se realizaron aproximadamente 25 sesiones con cada paciente, las cuales fueron de 40 minutos, de lunes a viernes. Con cada señora se inició aplicando el test PII que sirvió para evaluar el grado de vacío existencial, después se recabaron datos a través de la historia clínica, la cual sirvió para conocer su pasado y ubicar las experiencias importantes que le indicaron a la paciente que su vida ha valido la pena, y que ha podido aportar a los seres que le rodean sus cualidades y habilidades personales, se analizaron también los fracasos y las vivencias dolorosas permitiéndole a las pacientes aumentar su grado de madurez y su experiencia. Ahora bien cuando la paciente se enfrentó al estadio final del cáncer fue el momento de analizar la existencia finita del ser humano, que la obligó a aprovechar el tiempo de vida limitado de que disponía y a no dejarlo pasar en balde, "si el hombre fuese inmortal podría con razón demorar cada uno de sus actos hasta lo infinito no tendría el menor interés en realizarlas precisamente ahora, podría dejarlas para mañana o pasado mañana, dentro de un año o diez."² Se procedió a dar tratamiento de logoterapia con lo que la paciente reencontró los valores de sus experiencias, actitudes, creaciones y el significado que estas tuvieron en su vida; finalizando con la relajación de Jacobson que ayudó a disminuir la tensión muscular que presentó este tipo de pacientes debido al dolor emocional y físico al que estuvieron sometidas por causa de la enfermedad, en todo momento se reforzó con terapia de apoyo con orientación logoterapéutica, con el fin de reducir la ansiedad y la agresividad, aumentado su capacidad de análisis en sus relaciones interpersonales e introspección. Ahora bien la logoterapia, la terapia de apoyo y la relajación de Jacobson manejaron el dolor emocional por medio del encuentro del sentido partiendo del refuerzo de los valores y por último se aplicó el cuestionario que indicó los resultados del tratamiento.

² Viktor E. Frankl. Psicoanálisis y existencialismo. (México: Fondo de Cultura Económica, 1987) pp 177

La investigación se justifica por la necesidad de ayudar a las pacientes con cáncer de cérvix a enfrentar el dolor emocional y manejarlo por medio de un tratamiento psicológico adecuado y también para aquellos profesionales como médicos y enfermeras a que se interesen por su aspecto psíquico ya que son los que se encuentran cerca de ellas en los momentos más difíciles. Desde el punto de vista Científico se pretendía dar a conocer que la logoterapia, la terapia de apoyo y la técnica de relajación que se utilizó en el proceso terapéutico son efectivas y de gran ayuda para la paciente que enfrenta la culminación de la existencia humana. La paciente fue beneficiada al aprender a manejar su dolor emocional producto de la enfermedad, que resulta ser dolorosa y lenta. Se buscó que el sufrimiento tuviera un sentido tal como lo expresa Viktor Frankl, "Este puede tener un sentido, si le cambia, a uno mismo y le hace mejor, en estos casos la paciente puede ser un ejemplo de valor para su familia y otras personas".³

Las investigadoras consideran que este tipo de experiencia ayuda a vivir la vida plenamente, valorando y disfrutando cada momento, para no tener que lamentarse de haber desperdiciado el tiempo. El trabajo se realizó con libertad de criterio en beneficio de las pacientes, logrando la aceptación de las pacientes respecto a su etapa terminal.

3 Viktor E. Frankl. Psicoterapia y Humanismo. (México: Fondo de Cultura Económica, 1984) pp 120

MARCO CONCEPTUAL

Para poder entrar a los elementos conceptuales de este trabajo es necesario hacer referencia de algunos antecedentes realizados con respecto al problema que nos ocupa, entre ellos se puede mencionar el trabajo realizado por Vilma León (1994) quién en su investigación sobre "Efectividad Del Taller De Relajación Para Disminuir Niveles De Estrés"; menciona que la técnica de relajación consiste en ejercicios específicos de relajación mental, corporal, muscular y de dominio del medio ambiente, para la obtención de un cambio positivo de actitud, el cual fue dirigido a un grupo de 19 estudiantes y llegó a la conclusión de que el taller de relajación es un instrumento terapéutico valioso para el estudiante que presenta algún nivel de estrés y por lo tanto, recomienda que el taller esté comprendido por un buen número de sesiones donde se incorporen más técnicas de relajación y se ejerciten las aprendidas. Este trabajo se relaciona con el nuestro porque utilizó la relajación como técnica para disminuir el estrés, pero la gran diferencia radica en que la presente investigación se utilizó la técnica de relajación de Jacobson con pacientes de cáncer de cérvix en etapa terminal, mientras que el estudio fue realizado con personas sanas. Ana Lucrecia Villegas González en su estudio titulado " La Necesidad de la Psicoterapia en Pacientes con Cáncer en Fase Terminal Hospitalizados en el INCAN"; trabajó la psicoterapia como un auxiliar del tratamiento en pacientes con cáncer en fase terminal y la utilizó para mantener la estabilidad emocional de los mismos. La Psicoterapia de apoyo es efectiva en éstos casos ya que es de gran ayuda en trastornos emocionales que se presentan al conocer su diagnóstico y ante el deterioro emocional, ayuda a no sentirse solos y que no son los únicos así. Ella encontró al inicio depresión y al final aceptación. Los resultados obtenidos en esta investigación sugieren la necesidad de realizar estudios más profundos a fin de contribuir en el tratamiento psicológico de los pacientes hospitalizados y no hospitalizados. Esta investigación tiene similitud ya que todos los pacientes tienen la característica de ser enfermos de cáncer en fase terminal

y que se encuentran hospitalizados, pero se diferencia porque la presente investigación involucra solo a la mujer con cáncer de cérvix en etapa terminal. Según Ana de León y Nancy Gónzales en su estudio de investigación titulado, "Actitudes que se Manifiestan en Pacientes con Cáncer en Fase Terminal Ante su Sentido de Vida"; manifiestan que los signos y síntomas de estos pacientes son depresión, angustia, negación, las fases según Kubler Ross (negación, cólera, negociación, depresión, aceptación). Aquí buscaban encontrar las actitudes de los pacientes sobre la base a sus valores logoterapéuticos, ante su sentido de vida. Luego del tratamiento logoterapéutico y una terapia de apoyo encontraron que un mayor número de pacientes tuvo actitudes positivas como: Responsabilidad, aceptación, comprensión, sumisión, dignidad, valor, optimismo. Aunque por cuestiones ajenas la muestra fue muy pequeña y poco significativa para generalizar, un porcentaje mínimo presentó actitudes negativas. Recomiendan realizar investigaciones en pacientes con cáncer en fase terminal, ante su sentido de vida, cuyas condiciones económicas, sociales y culturales sean diferentes a las que se tomaron en esta muestra, para comprobar: estas condiciones modifican las actitudes positivas. En esta investigación la similitud es la variable de fase terminal y en el tratamiento con logoterapia, aunque en esta investigación también fue importante manejar el dolor emocional que manifiesta la paciente con cáncer de cérvix en el proceso de su etapa final. En el estudio titulado "La Importancia del Apoyo Familiar en el Síndrome Depresivo del Paciente con Cáncer", Gilda Figueroa define el cáncer, la relación familiar, los problemas psicofisiológicos y la depresión; hace énfasis en lo difícil que es la falta de apoyo familiar y como ésta produce el mayor índice depresivo. El estudio evalúa la depresión encontrada en la muestra con cuatro niveles, encontrando más afectados a los pacientes originarios de departamentos, porque sus familiares no los podían visitar, la mayor parte fueron mujeres, esto da como resultado un síndrome depresivo hospitalario y concluye que es necesario el apoyo familiar en éstos pacientes, por lo que recomiendan que los familiares y amigos traten de acercarse más al paciente en cuanto a calidad y cantidad del afecto. La relación que guarda con esta investigación es que son pacientes con cáncer hospitalizados y con síndrome depresivo por lo que la

diferencia está en que no se trabajó con la familia, solamente con las pacientes ayudándoles con logoterapia a descubrir sus valores y por medio de estos su sentido de vida, el cual contribuyó a manejar su dolor emocional.

Guatemala es un país con una extensión territorial de 109.066 kms.2, en donde habita una población de 13 millones aproximadamente, quienes frecuentemente se ven afectados en su salud por enfermedades como: varicela, tuberculosis, paludismo, sarampión, cólera, hepatitis, VIH/SIDA, cáncer, etc. Siendo el objeto de estudio de ésta investigación el cáncer, enfermedad de causa desconocida que ocurre en todas las poblaciones humanas, puede aparecer en cualquier tejido compuesto por células con potencialidad de división; donde el tejido celular está permanentemente alterado permitiendo su crecimiento progresivo e irreversible ya que pueden permanecer latentes por períodos prolongados. La correlación de la historia natural de cada enfermedad con el tipo de disposición celular visto a la microscopía de luz, ha permitido el reconocimiento empírico, la definición y clasificación del cáncer de cérvix que es una de las neoplasias malignas más comunes, ocupa el cuarto lugar a nivel de cáncer, la incidencia es mayor en clases socioeconómicas bajas, y las mujeres con alto grado de predisposición son aquellas que tuvieron un primer matrimonio a temprana edad, relaciones sexuales tempranas, multiparidad, mala atención en el parto, infelicidad y depresión, higiene personal inadecuada, infecciones por herpes.

Epidemiológicamente, el cáncer de cérvix es el más frecuente en Latino América; donde un 40% de los casos es la principal causa de muerte. Para su mejor estudio ha sido clasificado en estadios que son:

"Cambios inflamatorios; que son todas aquellas inflamaciones a nivel vaginal.

Cambios inflamatorios severos; que se dan a nivel vaginal y de cérvix o sea que van avanzando. (subiendo)

Carcinoma pre-invasivo:

Estadio 0: Es un carcinoma in situ, (que abarca el cuello del útero como inicio) carcinoma intraepitelial.

Los casos del estadio 0 no se deben incluir en las estadísticas terapéuticas para carcinoma invasivo.

Carcinoma Invasivo:

Estadio I: Carcinoma estrictamente limitado al cérvix.

Estadio IA: Carcinoma microinvasivo.

Estadio IB: Todos los otros casos de estadio I.

Estadio II: Aquí el carcinoma se extiende más allá del cérvix, pero no se extiende en la pared pélvica, se extiende hacia la vagina, pero respecto al tercio inferior.

Estadio IIA: No existe compromiso paramétrial evidente.

Estadio IIB: Existe compromiso paramétrial evidente.

Estadio III: El carcinoma se ha extendido a la pared pélvica al tacto rectal y la pared de la pelvis. El tumor invade el tercio inferior de la vagina, todo los casos con hidronefrosis o riñones no funcionales se deben incluir a no ser que se deba a otras causas.

Estadio IIIA: No existe extensión en la pared pélvica.

Estadio IIIB: Existe extensión en la pared pélvica, o hidronefrosis o riñones no funcionales.

Estadio IV: Aquí el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis, invade la mucosa de la vejiga o del recto.

Estadio IVA: Existe diseminación del crecimiento a órganos adyacentes.

Estadio IVB: Existe diseminación a órganos distantes, a este nivel se establece un diagnóstico de etapa terminal.

Las estadísticas nos muestran que esta enfermedad en sus variadas formas es la tercera causa de muerte en nuestra sociedad y que una de cada cuatro personas vivas, hoy en día tendrá cáncer en cualquier momento de su vida.⁴⁴

La reacción inicial de la paciente ante el diagnóstico está cargado predominantemente de incredulidad, sentimientos de shock y dudas que ello pudiera no ser cáncer, aun cuando se trate de alguien con nivel cultural elevado, puede ser muy difícil tolerar emocionalmente o comprender una disertación detallada de la enfermedad en el momento de oír por primera vez el diagnóstico. Ahora bien desde el

momento en que se informa el diagnóstico médico generalmente la paciente manifiesta, el dolor emocional que se define como: un estado afectivo complejo que tiene su origen en las situaciones que la persona afronta en el recorrido de su vida, las emociones pueden ser causadas por estimulaciones dolorosas, frustraciones, conflictos, etc. La emoción no solamente es la explosión o malestar inmediato que se siente y que se puede observar, sino también se refiere a los estados mentales persistentes tales como la ansiedad, hostilidad, humillación y otros semejantes como depresión, preocupación, angustia, autoacusación, culpabilidad, baja autoestima, negación, disgusto, sentimientos de desaliento, desánimo, ideas de suicidio presentes aún cuando no se expresen.

Para la búsqueda del manejo del dolor emocional en la paciente es necesario un proceso psicoterapéutico por lo que se utilizó en este trabajo, la logoterapia con el objeto de reencontrar los valores y por medio de estos su sentido, y como un auxiliar la terapia de apoyo, como reforzamiento de dicho proceso y la técnica de relajación de Jacobson para lo cual se da a continuación la definición básica de estos temas.

La logoterapia es una terapéutica mediante la búsqueda del logos o sentido, se centra en el significado de la existencia humana; es la primer fuerza motivante del hombre en la lucha por encontrarle un sentido a su propia vida. Desde el punto de vista histórico el creador de la también llamada tercera escuela Vienesa de psicoterapia, fue el psicólogo, psiquiatra y neurólogo vienés Dr. Viktor E. Frankl; catedrático de neurología y psiquiatría en la universidad de Viena, como profesor de logoterapia en la universidad internacional de San Diego California, ocupó diversas cátedras en la Universidad de Harvard, Dallas y Pittsburgh, pronunció conferencias en América, Austria, Asia y África. En Guatemala le fue conferido un Doctorado honoris Causa por parte de la Universidad Francisco Marroquín en el año de 1965. Legó 26 obras literarias que han sido traducidas a 18 idiomas. Durante 25 años fue director de la policlínica neurológica de Viena.

Frankl como psiquiatra se familiarizó con la escuela psicoanalítica de Sigmund Freud y la psicología individual de Alfred Adler con quienes colaboró escribiendo para

* Vincent T. Devita. Principios y Prácticas de Oncología (España. Salvat Editores, 1988) pp 944

sus revistas de psicoanálisis y psicología individual. Frankl fundamentándose sobre los descubrimientos de los autores mencionados penetró a una dimensión olvidada del ser humano; la dimensión espiritual.

Frankl estaba familiarizado con la corriente existencial en psicoterapia, razón por la que su teoría es considerada una versión moderna del análisis existencial, gracias a sus experiencias como prisionero en los campos de concentración Nasis durante la segunda guerra mundial, en donde sus ideas principian a convertirse en el análisis de la teoría y terapéutica del psicoanálisis freudiano. " A diferencia del psicoanálisis que puntualiza que la frustración sexual es el factor patogénico fundamental; la logoterapia afirma que es la frustración de la voluntad de sentido la principal causa de algunas neurosis, llamadas noógenas. Es la frustración existencial y no la sexual la que se encuentra en la base de muchos trastornos psicopatológicos."⁶

Finalmente para comprender la logoterapia, es importante señalar que la misma "no invalida en modo alguno, los profundos e importantes hallazgos de primera talla de Freud, Adler, Watson o Skinner".⁵ Gordon Allport, al referirse a este punto afirma que Viktor Frankl, a diferencia de otros existencialistas europeos "no es ni pesimista ni antireligioso; al contrario para ser un autor que se enfrenta de lleno a la omnipresencia del sufrimiento y a las fuerzas del mal, adopta un punto de vista sorprendentemente esperanzador sobre la capacidad humana de trascender sus dificultades y descubrir la verdad conveniente y orientadora".⁷ Con lo anterior se aclara el por qué debe situarse a la logoterapia en la línea existencial, pero la razón por la cual debe ubicarse dentro del campo fenomenológico es la siguiente: La logoterapia propone un análisis de los fenómenos humanos en su exacta dimensión; en la humana en la que más que meros productos de una dinámica de base psicológica u orgánica, son fenómenos intencionales. "Odio y Amor son fenómenos humanos porque son intencionales, porque el hombre tiene siempre motivos para odiar y para amar a alguien o a algo"⁸ Desde el punto de vista psicoanalítico Freud concibe

⁵USAC, Metamorfosis (Guatemala: Consejo Editorial, 1987) pp 11

⁶IBID. pp 12

⁷LOC CIT. pp 12

⁸LOC CIT. pp 12

el amor como un epifenómeno, es decir como un derivado de las tendencias inhibidas en cuanto a su objetivo o bien como una sublimación; mientras que la logoterapia concibe el amor como un fenómeno primordial de la existencia humana.

A continuación se presenta la definición de algunos términos básicos de esta escuela como: **La voluntad de sentido** que constituye la fuerza primaria del hombre, este sentido es único y específica en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo; Logos o sentido no es solo algo que nace de la propia existencia, sino algo que hace frente a la existencia, este sentido se descubre no se inventa. Otro término es la **frustración existencial**, que aparece cuando no hay voluntad de sentido y que no permite realizarse como humano en una existencia personal. Esta puede derivarse en una neurosis noógena, término que nace de los conflictos entre principios morales o de los problemas espirituales. " De hecho logos en griego no solo quiere decir significado o sentido sino también espíritu, que es el sentido potencial de la existencia que ha de cumplirse, permitiendo que el hombre anhele conscientemente encontrar un sentido y realice sus principios morales".⁹ Frank "afirma que las neurosis noógenas, como él las llamó, neurosis que, más que una enfermedad psíquica, son una pobreza espiritual y que pocas veces son consecuencia de un sentimiento radical de falta de sentido" ¹⁰ "En los casos en que la frustración existencial se reduce en síntomas neuróticos, nos enfrentamos con un nuevo tipo de neurosis, es decir, una neurosis noógena".¹¹ **La neurosis noógena** es pues una nueva enfermedad psíquica, cuya etiología radica en la frustración existencial y sus síntomas son similares a una neurosis de ansiedad o de depresión. Presenta síntomas como la angustia, la desesperación, una sensación de vacío interior, de tedio y aburrimiento.

El siguiente término es el **vacío existencial** fenómeno que inicia cuando el hombre pierde sus instintos animales básicos al inicio de la historia de la humanidad, continuando con la pérdida de las tradiciones. Carece pues de un instinto que le diga qué hacer, no tiene tradiciones que le indiquen qué debe hacer y en algunas

⁹ Viktor E. Frankl. El Hombre En Búsqueda De Sentido (Barcelona: Editorial Herder, 1993) pp 99

¹⁰ Viktor E. Frankl. El Hombre Doliente (México: Fondo de Cultura Económico, 1984) pp 15 y 16

¹¹ Viktor E. Frankl. La voluntad De Sentido (Barcelona: Editorial Herder, 1990) pp 175

ocasiones no sabe qué le gustaría hacer, en su lugar, desea hacer lo que otras personas hacen (conformismo) o hacen lo que otras personas quieren que haga (totalitarismo), por lo que caen en un estado de tedio.

Ahora bien, la Logoterapia se centra en tres grandes principios que son: La voluntad de sentido ya definida anteriormente. El sentido de la vida y la libertad. El **sentido de la vida** es el significado concreto que cada hombre le da a su vida en un momento dado, es la verdadera expresión de ser humano, de por sí de lo que hay de verdaderamente humano, en el hombre. A este se le está exclusivamente reservado el enfocar su propia existencia como algo problemático, el experimentar todo el carácter cuestionable del ser, el cual puede diferir de un hombre a otro, de un día a otro y de una hora a otra.

La **libertad** del hombre, no es una libertad de condicionamiento, ni de algo, sino, libertad para algo, libertad para tomar posición ante todos los condicionamientos. Y así el hombre sólo se manifiesta como verdadero hombre cuando alza el vuelo a la dimensión de la libertad. El ser libre es el aspecto negativo de un fenómeno total, cuyo aspecto positivo es ser responsable; por lo tanto la libertad puede dar arbitrariedad, si no es vivida con responsabilidad.

Por otro lado Viktor Frankl considera que el hombre debe poseer sentido ante la vida, el amor, el dolor o sufrimiento y la muerte. El **sentido del amor** como siguiente principio, es un fenómeno específicamente humano, es un acto que caracteriza la existencia humana y le da carácter de encuentro, lo que significa una relación de persona a persona, el amor es independiente de toda corporalidad puesto que no está sujeto a ella, ya que el sexo es solo un medio de expresión. Y el amor puede existir sin necesidad de eso, donde sea posible lo querrá y lo buscará pero cuando se imponga la renuncia, el amor no se enfriará ni se extinguirá. La falta de éxito no significa falta de sentido. Lo vemos claramente cuando consideramos el propio pasado en lo que se refiere, por ejemplo, a las experiencias amorosas. Preguntémosnos honradamente si estuviésemos dispuestos a suprimir de nuestra vida las experiencias desventuradas en materia amorosa, a borrar de ellas las vivencias dolorosas o desdichadas, y nos contestaremos, sin ninguna duda, que no. La plenitud de dolor no

significó, ni mucho menos el vacío de la vida. Por el contrario, el hombre madura en el dolor y crece en él; y estas experiencias desgraciadas le dan mucho más de lo que habrían podido darte muchos éxitos amorosos. Según una conferencia de Viktor Frankl con una paciente de cáncer en estadio final le dice: "Lo que importa en la vida es lograr algo, realizar algo. Y eso es precisamente lo que usted ha hecho con su sufrimiento. Se ha convertido en un ejemplo para nuestros pacientes por el modo que ha tenido que superar todo lo que ha sufrido. La felicito por haberlo conseguido y felicito también a los otros pacientes que han tenido la oportunidad de ser testigos de tal ejemplo."¹² Esto lo maneja Viktor Frankl como el sentido del dolor o del sufrimiento. Con relación al sentido de la muerte Viktor Frankl se pregunta, "cuántas veces se nos dice que la muerte hace problemático el sentido de la vida total, que en última instancia, todo carece de sentido, puesto que la muerte vendrá a la postre a destruirlo todo. ¿Puede realmente la muerte anular o menoscabar el sentido de la vida? Por el contrario si la vida no fuese finita no tendría el menor interés en realizar sus actividades con tiempo determinado".¹³ En cambio viviendo como vivimos en presencia de la muerte como el límite infranqueable de nuestro futuro y la inexorable limitación de todas nuestras posibilidades, nos vemos obligados a aprovechar el tiempo de vida limitado de que disponemos y a no dejar pasar en balde, desperdiciando, las ocasiones que solo se brindan una única vez y cuya suma finita compone la vida. Por tanto, la finitud, la temporalidad, no sólo es una característica esencial de la vida humana, sino que es, además un factor constitutivo del sentido mismo de la vida. El sentido de la existencia humana se basa precisamente en su carácter irreversible. Por eso, sólo podremos comprender la responsabilidad de vida de un hombre siempre que la entendamos como una responsabilidad con vistas al carácter temporal de la vida, que sólo se vive una vez.

Ante todo esto es de suma importancia tomar en cuenta los valores, pero partiendo del sentido, que no es algo que nace de la propia existencia y que lo descubrimos por medio de los valores. El hombre experimenta cierto alivio a

¹² Viktor E. Frankl. Psicoterapia y Humanismo (México: Fondo de Cultura Económica, 1987) pp 156

¹³ Viktor E. Frankl. Psicoanálisis y Existencialismo. (México: Fondo de cultura económica, 1987) pp 156

consecuencia de estos valores de orden general, moral y ético que constituyen la sociedad humana. Pero este alivio solo lo consigue al precio de verse sumido en conflicto, pues hay situaciones donde la diversidad de valores se contradicen y él debe decidir con libertad y responsabilidad. Los valores deben vivirse y descubrirse no imponerse, porque solo viviendo los valores, se puede encontrar el sentido de la vida. Los valores se subdividen en valores de creación, experiencia y actitud; **el valor de creación**, se considera que son los rasgos de la personalidad, intelectuales, motivacionales y temperamentales que permiten al hombre producir y crear fuerzas para formar, dirigir y utilizarlas a su conveniencia, es aquí cuando el hombre crea obras, utilizando elementos de su realidad que encontrará con gran emoción y satisfacción pues todo lo que haga le permitirá vivir de modo significativo y humano. **El valor de experiencia**, son las experiencias o vivencias que cada hombre toma del mundo como las amorosas, artísticas, científicas, filosóficas y deportivas. Percibir la belleza de la naturaleza es encontrar el significado de la vida, por eso cuando el hombre realiza actividades elegidas por él, adquirirá conocimientos que se desenvuelven y estructuran en la relación con los elementos que involucran la actividad y enriquecen su marco personal a través de las experiencias. **El último valor es el de actitud**, se sabe que se crece, madura y enriquece cuando se encuentra en la vida situaciones unidas al dolor, ya que pertenecen a la esfera más íntima y personal del hombre, el modo de comportarse ante el sufrimiento es lo que permite realizar el máximo significado de la vida.

Siendo el existencialismo la corriente con la que Viktor Frankl se familiarizó y tomó como base para su teoría logoterapéutica, definió cinco aspectos del análisis existencial y la logoterapia:

Análisis Existencial como explicación de la existencia personal.

Análisis Existencial como terapia de neurosis colectivas.

Análisis Existencial como cura médica de almas.

Logoterapia como terapia específica de Neurosis Noógenas.

Logoterapia como terapia no específica.

En esta investigación se utilizó la logoterapia como terapia específica de neurosis noógenas: es decir que la esencia de la logoterapia es una educación para la responsabilidad, y la responsabilidad del hombre es realizar el sentido concreto de su existencia personal. **La logoterapia aplicada a neurosis noógenas** se fundamenta en, que la causa de las neurosis está en un conflicto de conciencia y de valores, con una sintomatología que puede incluir angustia, depresión, trastornos fisiológicos, etc., por lo que necesita de una terapia que a de partir de lo espiritual; su tarea es ayudar al paciente a asumir la responsabilidad de realizar el sentido completo de su situación o de su existencia, donde el paciente debe descubrir por sí mismo el sentido de su vida y el terapeuta no debe imponer su escala de valores o concepción del mundo al paciente. Esta técnica es utilizada en los conflictos psicógenos. Otro aspecto del análisis existencial es la logoterapia como terapia inespecífica de las neurosis en donde la logoterapia esta indicada principalmente en tratamientos de angustia, fobias, problemas sexuales, obsesiones y drogadicción entre otros problemas humanos. La logoterapia ha descubierto dos fenómenos que se dan en una persona con los tipos de trastornos citados: La hiperreflexión y la hiperintención y para su tratamiento utiliza las técnicas de Derreflexión e Intención Paradójica.

Se denomina como **hiperreflexión** a la actitud de la persona que centra su atención en sí misma, a sus sentimientos, a sus pensamientos, en una forma excesiva. **La hiperintención** es un deseo exagerado de lograr algo. La persona que tiene el hábito de hiperintención se propone exageradamente el cumplir con un propósito, pero en ese mismo deseo exagerado de lograrlo, frustra su intención.

Para contrarrestar estos mecanismos defensivos, la logoterapia apela a dos recursos humanos: **el Autodistanciamiento y la Autotrascendencia.**

El autodistanciamiento "es la capacidad de poner distancia de las situaciones exteriores, de ponernos firmes con relación a ellos"¹⁴ pero también incluye la capacidad de poner distancia con nosotros mismos. **La autotrascendencia** "denota el hecho de que el ser humano siempre apunta y se dirige a algo o a alguien distinto de sí

¹⁴ Frankl, Viktor E. La Idea Psicológica del hombre (Madrid: Editorial Rialp, S.A., 1984) pp 19

mismo"¹⁵ En síntesis para el tratamiento de la hiperreflexión y la hiperintención, la logoterapia apela a la capacidad exclusiva humana del autodistanciamiento y la autotranscendencia. Para ello utiliza dos técnicas: derreflexión y la intención paradójica.

La derreflexión, no fue objeto de estudio porque se centra en el patrón patológico sexual neurótico, consiste en el olvido de sí mismo, en romper el egocentrismo: "los pacientes, en lugar de observarse a sí mismo, deben olvidarse de sí, pero no pueden olvidarse de sí mismos salvo que se den a otro"¹⁶ La logoterapia sostiene que gran parte de los problemas psíquicos del hombre se derivan de la atención centrada en sí mismo. En estudio se ha logrado constatar que la atención en sí perjudica la conducta humana, estos estudios se han centrado principalmente en trastornos sexuales, fobias, obsesiones y ansiedades. Para el problema de la hiperreflexión o hiperatención, como técnicamente lo define la logoterapia, la técnica apropiada es la derreflexión, es decir, el olvido de sí mismo, para darle la atención e importancia a la persona con quien está o en la tarea que debe realizar.

La técnica de la **Intención paradójica**, es quizá, la técnica más novedosa y difundida de la logoterapia donde para comprender la operatividad de ésta, debemos tomar como punto de partida la ansiedad anticipatoria (mecanismo de defensa de individuos neuróticos): donde un determinado síntoma evoca en el paciente un temor de que algo puede repetirse, el miedo provoca aquello que es temido, y por ello, la ansiedad anticipatoria desencadena lo que el paciente teme que suceda. El síntoma evoca la fobia, la fobia provoca el síntoma y la recurrencia del síntoma refuerza la fobia. Ejemplo " El deseo es el padre del pensamiento y el miedo es la madre del suceso".¹⁷ De esta forma el miedo hace que suceda lo que uno teme, una intención obligada hace imposible lo que uno desea a la fuerza, expone efectivamente al paciente a la situación por él temida, y viéndole deliberadamente que intente evocar las consecuencias temidas de su comportamiento, en el lugar de evitar las situaciones, cuando el sujeto se empeña deliberadamente en manifestar sus ansiedades anticipatorias, advierte que lo que surge es una reacción opuesta: sus temores seden y sí es utilizado el método

¹⁵ IBID. pp 26

¹⁶ IBID. pp 32

varias veces desaparecen por completo todos sus miedos. La intención paradójica es útil para el tratamiento de neurosis obsesivas, neurosis de ansiedad, trastornos sexuales, fobias, trastornos del sueño. En esta investigación se utilizó en los trastornos del sueño y miedo al dolor físico.

En esta investigación también se utilizó la terapia de apoyo como medio específico y haciendo uso de los principios que rigen a la logoterapia, con el fin de ayudar al paciente a lograr un mejor ajuste a su medio o inclusive a separarlo del mismo cuando dicha esperanza no es razonable. " De acuerdo a la teoría de Paolo Pancheri la terapia de apoyo se basa en la hipótesis de que muchos trastornos del comportamiento estén causados por la pérdida de la capacidad de introspección y autoanálisis por parte del enfermo, envuelto en un círculo vicioso de reacciones y contra reacciones con el ambiente que les rodea. Se basa en el logro de tres objetivos:

- a) Reducción de la ansiedad y la agresividad.
- b) Aumento de la capacidad de análisis de sus relaciones interaccionales con los otros.
- c) Aumento de la capacidad de introspección.¹⁸

Esta terapéutica puede ser prolongada o breve, según la naturaleza de los problemas del paciente.

Cada paciente fue ayudada, a planear y llevar a cabo cierto programa constructivo y de autorealización. Necesitó ayuda para valorar sus talentos y capacidades balanceándolos contra sus debilidades y deficiencias. Con bendiciones en las circunstancias actuales y empezó a desarrollar su capacidad para gozar de lo que tiene. Las terapeutas estuvieron preparadas para expresar opiniones críticas y algunas veces tomaron decisiones por la paciente, motivaron acciones específicas que resolvieron la situación del conflicto.

Así mismo unido a la terapia de apoyo se trabajó con la técnica de relajación progresiva de E. Jacobson, método que nace a partir de la fisiología y se deriva del verbo latino que significa "relaxare" y que denota la acción de aflojar, soltar, descansar,

¹⁷ Viktor E. Frankl. El hombre En Búsqueda De Sentido (Barcelona: Editorial Herder, 1993) pp 122

¹⁸ Paolo Pancheri. Manual de Psiquiatría Clínica. México, Editorial Trillas, 1987) pp 377

reposar, etc., el objetivo de la técnica es disminuir la tensión corporal por medio de ejercicios musculares de tensión y distensión que se pueden usar como medio de tranquilización en pacientes ansiosos. El movimiento puede iniciarse en el cerebro por un mecanismo volición o intención, o de forma refleja a través del sistema nervioso periférico (reflejos condicionados) con receptores en la piel, articulaciones y músculos. Una vez iniciado, el movimiento es controlado por células del interior del cerebro que transmiten impulsos a través de la médula espinal y el sistema nervioso periférico a los grupos musculares comprometidos en un determinado movimiento o en el mantenimiento de una postura particular. El grado de contracción o relajación de cada grupo muscular está gobernado por el cerebro y el resultado en la persona normal, es el movimiento controlado.

Se sabe que el cerebro es un órgano de reacción y no de acción porque puede iniciar y controlar el movimiento en respuesta a los mensajes que recibe, describiendo el mundo exterior y la relación del cuerpo con él y el estado interno con el tono o la posición de una parte de un miembro con relación a otra parte. Este retrocircuit sensorial desde los receptores propioceptivos de las articulaciones, músculos y tendones, receptores cutáneos, ojos y laberintos de los oídos conducen al cerebro la información que necesita para transmitir los adecuados impulsos de reacción a la periferia del sistema nervioso.

Sin un sistema sensorial normal e intacto, no puede haber movimiento-relajación ni adaptación, ni postura normal.

Por lo tanto es necesario comprender que la contracción-relajación es cuando la persona contrae voluntariamente, isotónicamente los músculos de las regiones anatómicas que se le piden y luego se relajan. El sostenimiento de esta relajación se logra cuando se opera un movimiento y la persona contrae isométricamente sus músculos (movimiento sostenido) durante el tiempo que se ordene y luego se relaja. Se demuestra que esta técnica es sencilla y eficaz para todas las personas y que se puede aprender y practicar.

Mucha gente no sabe lo que significa relajarse, muchos lo asocian a tranquilidad física, mientras otros piensan que, es jugar un deporte o correr todas las

mañanas, pero la realidad es que eso es solo cambiar una actividad por otra y por consiguiente no hay relajamiento.

" **Relajarse** es aislarse lo más posible de los estímulos para que descansen a la vez, la mente y el cuerpo; etimológicamente relajarse significa disminución de la tensión (estado opuesto a la contracción) es pues, un estado de lasitud al cuerpo."¹⁹

En realidad, la relajación resulta difícil para la mayoría de las personas, porque rara vez nos sirve de algo el propósito de conservar la calma en situaciones de nerviosismo. En la vida real nos sentimos acosados por las exigencias que nos impone el trabajo, la familia y en general un medio ambiente tan conflictivo como el que nos ha tocado en suerte vivir. La reacción habitual de nuestro organismo a tales estímulos es un exceso de tensión que a su vez manifiesta en contracción sostenida de los músculos, aumento de la presión sanguínea, cefaleas y un sin número de enfermedades causadas o agravadas por esta sobre carga emocional y orgánica, entre las cuales figuran las úlceras del estómago, jaquecas, trastornos cardíacos y hasta cierto tipo de parálisis como la facial.

Este método se puede ensayar individualmente y colectivamente, en plena situación de apremio psíquico o practicarse habitualmente para mitigar la fatiga del diario vivir, ya sea en casa o en un hospital; el hecho es que practicado en una forma u otra cabe esperar los resultados inmediatos y duraderos.

¹⁹ Juan José Zaghi. Técnicas de relajamiento (Guatemala: CAMIP, 1995) PP4

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Esta investigación se efectuó en el encamamiento de Gineco-Oncología del Hospital General de Enfermedad Común del Seguro Social. En donde permanecen hospitalizadas un promedio de 25 pacientes con diagnóstico de fibromatosis uterina y fibroadenomas mamarios, el servicio se divide en 16 camas para ginecología y 14 camas para oncología, área donde se desarrolló la investigación. Las pacientes oscilaban entre los 25 a 80 años, de diferentes estratos sociales, estados civiles y que asistían en calidad de afiliadas, beneficiarias o jubiladas; de esta población se seleccionó la muestra no probabilística intencional por medio del kardex y expedientes que cumplió con las características de ser mujeres, hospitalizadas por periodos prolongados, con diagnóstico médico de cáncer de cérvix en estadios II B a IV B (etapa terminal), para poder cumplir con el objeto de estudio. Se atendió a 30 pacientes en el periodo del 15 de febrero al 18 de agosto de 1997; pero solamente 19 pacientes recibieron un tratamiento constante. Con 10 pacientes no fue posible terminar el tratamiento porque egresaron, fallecieron, o quedaron con tratamiento externo que no ameritaba hospitalización, y 1 de ellas no quiso recibir el tratamiento por desacuerdo con la filosofía del mismo. Con la muestra se utilizó: la observación, el test PTL, entrevista, historia clínica, terapia de apoyo, logoterapia y técnica de relajación. La observación, base esencial de toda investigación psicológica, se llevó a cabo mediante un proceso de percepción sistemática siguiendo directrices metódicas y con atención dirigida a la paciente para obtener el conocimiento más amplio y exacto posible sobre ella. Fue utilizada en todo el proceso terapéutico, para detectar los cambios de ánimo y conducta, durante el acercamiento a las unidades de encamamiento, en sus relaciones interpersonales con otras pacientes y con el personal paramédico. Para confirmar la problemática existencial se procedió a la

aplicación del test Pit (purpose in life test = test del propósito en la vida) el cual fue elaborado por James Crumbaugh y Leonard T. Mohalick, en 1,964, este consiste en una escala de actitudes que evalúa los propósitos de la vida, está bajo la orientación de la logoterapia, dado "logos" es igual a tratamiento para encontrar un significado en la vida, lo que va a conformar un sistema de terapia existencial originado por el Dr. Viktor Frankl.

Consta de 20 ítems en la parte A; la parte B tiene 13 frases que deben de completarse con lo primero que pase por la mente y en la parte C se le pide a la persona que elabore un párrafo en el que describa sus metas y aspiraciones. De acuerdo al objetivo de la investigación únicamente se utilizó la parte A y B del test, que evalúa el sentido de la vida.

Su estructura está diseñada para marcar parámetros de fuerza del 1 al 7 ó del 7 al 1, dependiendo qué sentimiento mande preguntar. La respuesta es 1 = nada, 4 = neutro, 7 = mucho, entre las indicaciones se le recomendó a la paciente que fuera honesta y sincera, que su respuesta debía ser veraz y lo más cercana a la realidad. La calificación consiste simplemente en sumar los valores numéricos elegidos en los 20 ítems para luego proceder a su interpretación, la cual se realizó por medio de puntajes brutos, ubicando los porcentajes brutos dentro de los siguientes rangos:

| Puntajes | Rangos |
|--------------|---------------------------------|
| 92 a 112 | Indeciso |
| mayor de 112 | Presencia definida de objetivos |
| menor de 92 | Presencia de vacío existencial |

Y fue aplicado de la siguiente forma: a las pacientes que sus condiciones físicas no les permitían contestar el test, se les auxilió leyéndoles las preguntas y anotándoles sus respuestas, mientras quienes sí podían responder solas, dispusieron de 20 minutos brindándole a cada paciente instrucciones para la ejecución del test. (ver anexo 1)

La entrevista es un medio de investigación que se conduce en forma de conversación libre pero sistemática, suministra material para la investigación y hasta para el diagnóstico. Se aplicó como medio de contacto entre el terapeuta y paciente.

Fue utilizada la versión clínica de esta o sea la anamnesis, que incluye el conjunto de datos referidos por la paciente acerca de los recuerdos más destacados de su pasado en forma de impresiones vividas, historia de su enfermedad o de la construcción de su universo personal. Este instrumento permitió conocer a las pacientes de forma individualizada, con él se inició el rapport que permitió mantener una buena comunicación (ver anexo 2).

Luego que se obtuvo la información a través del test PIL y la Historia Clínica, se estableció el conjunto de signos y síntomas que ayudaron a determinar el diagnóstico psicológico; posteriormente se inició la terapia de apoyo para darle un soporte a las pacientes en los momentos de crisis emocional (preocupación, angustia, ansiedad, etc.). También les ayudó a controlar las sensaciones de desesperanza e incapacidad. Se proporcionó al escucharles con atención, se valoró sus talentos y capacidades balanceándolos contra sus debilidades y deficiencias, que motivaron en acciones específicas en busca de resolver su conflicto.

Simultáneamente se trabajó la logoterapia que para Viktor Frankl es la cura de almas, y que se fundamenta en el encuentro del sentido de la vida, del sufrimiento y muerte, inter-relacionada con los valores de creación, actitud y experiencia. Se persuadió a las pacientes para que expresaran verbalmente su conciencia espiritual y moral; y que ventilaran claramente la razón de sus conflictos internos, con lo que aprendieron a manejar el dolor emocional en la etapa final de su vida.

Seguidamente se utilizó la relajación de Jacobson, técnica creada para el confort físico, mental y que proporciona un ambiente adecuado para la meditación, se trabajó con un fondo musical suave siguiendo los pasos descritos por el Lic. Juan José Zagui en su texto técnicas de relajamiento, con la finalidad de disminuir la tensión muscular que produce el dolor físico y el dolor emocional. (Ver anexo 3).

Al finalizar el tratamiento se procedió a la aplicación de un cuestionario, elaborado por las investigadoras para evaluar la eficiencia del mismo. Encaminado además a conocer el grado de emotividad, conducta social, afectividad y trastornos neuróticos de las personas que conforman la muestra. Este se fundamentó en la

logoterapia, la terapia de apoyo con orientación logoterapéutica y la relajación de Jacobson. Está compuesto por dos series de preguntas: la primera con 16 preguntas abiertas acerca de los sentimientos. La segunda con cuatro preguntas cerradas de 4 opciones, en total el cuestionario consta de 20 preguntas, de las cuales los No. 3, 4, y de la 8 a la 16 sirvieron para evaluar el tratamiento logoterapéutico; el tratamiento de apoyo con las No. 1, 2, 5, 6, 7; y para la técnica de relajación la segunda serie de 4 preguntas, todas con el objetivo de establecer si al finalizar el tratamiento con las pacientes se logró manejar el dolor emocional. (Ver anexo 4).

Interpretación del análisis estadístico: Se llevó a cabo un análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante el análisis cualitativo, así como el análisis cuantitativo mediante la técnica estadística descriptiva, que muestran los resultados obtenidos y que se presenta en el capítulo III.

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

La presente investigación fue realizada motivadas por la experiencia que se tuvo en el centro de práctica INCAN (Instituto nacional de cancerología) en los años 1,994 y 1995, lugar donde se trabajó con pacientes con cáncer, pero fué con los pacientes en etapa terminal con los que nos dimos cuenta que el trabajo psicológico era bastante necesario, ya que les ayudaba a reencontrar sus valores y de ésta forma el sentido de su vida para poder dar paso a la etapa final sin resistirse a ella. Notamos que muchos pacientes terminales no se sentían capaces de morir por miedo a la falta de una realización, lo que hizo pensar que si se delimitaba la muestra con mujeres de cáncer de cérvix en etapa terminal darían otros resultados, ya que en su mayoría son madres y les es difícil dejar a sus hijos y otras no han logrado ser madres y esto frustra todos sus anhelos de realización materna.

Por lo que se seleccionó el servicio de la Gineco - oncología del IGSS por el periodo del 15 de febrero al 18 de agosto de 1997 obteniendo una muestra de 30 pacientes hospitalizadas en reposo relativo debido a tratamientos médicos o falta de movilidad por lo avanzado de la enfermedad, con diagnóstico médico de cáncer de cérvix de II B a IV B (etapa terminal). Comprendidas entre las edades de 25 a 80 años.

El abordamiento para el manejo del dolor emocional se realizó de la siguiente forma: Seleccionando la muestra por medio del kardex y expedientes, buscando pacientes con problemas de cáncer en los estadios ya indicados; se les localizó en

sus unidades de encamamiento, se estableció el rapport y se administró el test PIL, en una sola sesión para detectar y definir el diagnóstico inicial, siguiendo con la recolección de la historia clínica en dos sesiones, que proporcionó el conocimiento de cada paciente y su problemática emocional, de acuerdo a la situación de la misma se dio terapia de apoyo y cuando se tuvo el conocimiento claro de la problemática de cada persona se establecieron las técnicas a utilizar en 10 sesiones; éste trabajo se desarrolló algunas veces en pareja y otras veces de forma alternada, se motivó a las pacientes para que ventilaran su problemática y se les brindó apoyo en los momentos necesarios. Con algunas pacientes se dejaron tareas como: reflexionar sobre sus valores, sentimientos, sufrimientos, metas y aspiraciones a corto plazo y el fin de la existencia, especialmente con las pacientes que estaban más cercanas al desenlace final. Por medio de éstas tareas se reforzaron también los valores y el sentido de la vida que aún no estaban bien definidos. En las pacientes cuyos tratamientos médicos las obligaban a permanecer mucho tiempo hospitalizadas y que los familiares por razones de distancia no las visitaban con frecuencia, se les proporcionó material para terapia ocupacional, como: cocer, bordar, etc. Se realizó sesiones de relajación con el fin de disminuir la tensión corporal y mental que manejaban las pacientes por la presencia del dolor físico y los síntomas de dolor emocional. Teniendo éxito en pacientes con problemas para dormir con quienes también se utilizó la intención paradójica; la liberación de cualquier sentimiento que no le permitiera tener un final tranquilo, por medio del encuentro del valor de actitud y el sentido del sufrimiento.

Una vez aceptado el sentido del sufrimiento se les introdujo en la preparación de la toma de decisiones que conllevó la etapa final, por ejemplo: una señora decidió elaborar su testamento, otras decidieron otorgar la tutela de sus hijos menores a familiares de confianza, otra decidió preparar a sus hijos mayores de edad para enfrentar su partida.

ANALISIS GLOBAL

La mayoría de la muestra había desarrollado cáncer de cérvix, debido a: que presentaron un primer matrimonio a temprana edad, relaciones sexuales tempranas, multiparidad, higiene personal inadecuada, algunas de ellas eran víctimas de infelicidad y depresión. De las 30 personas que se estudiaron 10 no recibieron el tratamiento psicológico completo, debido a su egreso, por las malas condiciones en que se encontraban quienes junto con sus familiares decidieron volver a sus hogares para esperar su desenlace final, otras recibieron tratamientos médicos externos que no ameritaron hospitalización; una paciente rechazó el tratamiento en la tercera sesión por no estar de acuerdo con la filosofía planteada, ella esperaba un acto milagroso debido a sus creencias milagrosas. Por tales razones solo se trabajó con 19 pacientes quienes al enterarse de su diagnóstico médico presentaron los siguientes signos y síntomas de dolor emocional: depresión manifestada por preocupación, ansiedad, autoacusación, baja autoestima, negación a la enfermedad, cólera, espera de una cura milagrosa. No todas las personas lo manifestaron en la misma forma, ni orden, ni intensidad. Estos fueron tratados de la siguiente manera: la ansiedad y la agresividad se redujeron a través de escuchar a la paciente, permitirle ventilar sus conflictos emocionales, dándole confort, tomándole su mano o su hombro cuando lloraba, luego se observó tranquilidad física y emocional. La mayoría de pacientes en algún momento se observaron en fase de regateo, lo cual está relacionado con la espera de un milagro para recuperar su salud, viéndose angustiadas ante la enfermedad, en tres de las pacientes se observaron ideas de delirio; una refirió haber visto un fantasma el día de su muerte, otra refirió ser visitada por ángeles, fantasmas y demonios; la otra comentó tener una misión encomendada por Dios que consistía en escribir peticiones de otras personas para dárselas a Dios al morir.

En las madres de hijos menores se observó que les preocupaba el futuro de los mismos, por tener dificultades económicas y falta de apoyo familiar al no saber qué

sería de ellos. Se observó que en las pacientes con hijos mayores e independientes aún persistía la preocupación por ellos y en algunos casos por nietos o padres. En éste momento se insistió en aumentar la capacidad de introspección por medio del análisis de sus cualidades y defectos para equilibrarlos y ayudarlas a reencontrar sus valores, motivándolas a encontrar lo positivo. También se motivó a la paciente a encontrar respuestas a sus preguntas y preocupaciones, se escucharon y se les ayudó a analizar y resolver algún conflicto en el proceso de su enfermedad.

Con relación a la autoacusación y baja autoestima, se manifestaron cuando las pacientes sintieron ser las únicas responsables del desarrollo de su enfermedad, por no haber tenido asistencia médica temprana, en esta fase las pacientes comprendieron que su enfermedad les permitió madurar y crecer como personas, centrando la importancia de la enfermedad en el para qué y no en el por qué, viviendo el aquí y el ahora.

Manejaron sus relaciones interpersonales y se logró persuadirlas para que expresaran los sentimientos de dolor o deseos reprimidos como pedir perdón o decir un te quiero sin esperar recibir algo a cambio, más que la satisfacción de haberlo hecho.

Desde el momento en que las pacientes fueron hospitalizadas por la gravedad de su enfermedad, automáticamente se les separó de su núcleo familiar y más aún cuando fueron señoras procedentes del interior de la república, porque las visitas al centro hospitalario no eran tan frecuentes por la distancia, lo que les provocó preocupación y sentimientos de abandono; una vez hospitalizadas recibieron diferentes tipos de tratamientos médicos sin una explicación amplia y sin un lenguaje acorde a su nivel cultural por el médico tratante, sumado a esto, los efectos hiatrogénicos (vómitos, diarreas, dolores de cabeza y náuseas) del tratamiento físico, les causaba incertidumbre, malestar y cólera. En busca de solucionar este cuadro se orientó a la paciente para que comprendiera la ausencia de sus visitas y se le motivó a preguntarle más a su médico tratante sobre las molestias físicas; en ocasiones se les explicó el efecto hiatrogénico y cómo disminuirlo mediante la dieta.

El test Pii mostró los siguientes resultados: 4 pacientes sus puntajes fueron ubicados en el rango de indecisos, no presentaron objetivos claros que las motivara a mejorar su estado de ánimo a tomar una decisión clara de lo que deseaban en el tiempo de que disponían de vida. Al cumplirse con las sesiones planeadas, las pacientes se plantearon objetivos para el tiempo de vida como: superarse en el trabajo, ver crecer a sus hijos, desarrollarse espiritualmente, aumentar la comunicación con familiares.

10 señoras su puntuación se clasificó en el rango de presencia definida de objetivos, relacionados con ver crecer a sus hijos, mejorar y mantener su actividad laboral y hogareña, preparar situaciones de índole económico pensando en el bienestar de sus hijos, a este grupo de pacientes se les brindó seguimiento y apoyo para mantener su equilibrio emocional. 2 de estas señoras fallecieron; una con un proceso evolutivo favorable debido a que trasladó sus bienes a nombre de sus hijos, preparó emocionalmente a sus familiares y planeó su sepelio; la otra paciente su objetivo de criar a sus 8 nietos no estaba de acuerdo a su situación física, por que desde que ingresó al hospital y al darse cuenta que su estancia sería larga entró en fase de negación manifestada por llantos, rechazo a los alimentos, bloqueo en sus relaciones interpersonales impidiendo el proceso terapéutico y esto aumentó con la ausencia de visitas familiares, ubicándose en la fase de cólera hasta su muerte.

5 personas sus puntajes cayeron en vacío existencial, manifestados con ausencia de objetivos en su vida, a quienes se les brindó el tratamiento psicológico planteado en forma constante. De estas señoras tres fallecieron, 2 de ellas al morir no lograron encontrar el propósito de su partida; y la tercera paciente al llegar a su desenlace final refirió el deseo de morir tranquila dentro del hospital, lo cual logró. De las 2 personas que no fallecieron, una se encontró en fase de regateo y la otra esperaba superar su dolor emocional.

De la muestra 8 señoras no presentaron neurosis noógena como diagnóstico. En este grupo se observó que a pesar de conocer claramente su enfermedad y su pronóstico médico se mantuvieron tranquilas, comunicativas y colaboradoras, de las

cuales una se encontraba en etapa terminal aguda y las restantes con tratamientos paliativos, todas estas pacientes recibieron seguimiento y apoyo para mantener su estado emocional.

6 personas presentaron diagnóstico de neurosis noógena manifestada por: desesperación, angustia, por problemas familiares, tristeza y desesperación por no mejorar físicamente, decaimiento por ausencia de visitas, sentimientos de abandono, sentimientos de culpa por hechos del pasado, etc. Al finalizar el tratamiento psicológico, 2 pacientes habían superado este diagnóstico, una falleciendo tranquilamente como lo deseó y la otra enfrentó sus problemas sin darse por vencida; de las otras 4 pacientes 3 fallecieron, una de ellas manifestaba su cólera escupiendo al personal, las otras 2 lo manifestaban bloqueando la comunicación y dieron signos de depresión al perder las esperanzas de seguir viviendo y la última paciente se encontraba en fase de regateo esperando un milagro.

Presentaron ambivalencia de objetivos 5 pacientes a quienes se les dificultaba decidir entre lo mejor para ellas y lo mejor para su familia, lo que les creaba conflicto interno y se manifestaba por pasividad, dificultad de expresarse, miedo a tomar decisiones, negación a su problemática existente (una de ellas prefería que su esposo tomara las decisiones). Por medio del tratamiento psicoterapéutico reflexionaron que dentro de las condiciones de su enfermedad ellas eran las únicas que podían decidir su destino, de las cuales 3 fijaron sus objetivos y las otras dos estaban en proceso de cambio o recuperación.

Se trabajó intención paradójica con el objetivo de auxiliar a los analgésicos en el proceso de reducir el dolor físico, se les indicó que imaginaran que el dolor era tan fuerte que no lo podía soportar, obteniendo como resultado que 15 pacientes lograron un control del dolor y la náusea a través de esta técnica. Con relación al deseo de dormir fue efectiva a esta técnica conjuntamente con la relajación.

Dentro de los valores se encontró que las mayores creaciones para las pacientes fue el crear una familia, dedicarse por completo a sus hijos, desarrollarse en

un trabajo, manifestar sus cualidades creativas por medio de manualidades. Los valores de experiencia en las pacientes se manifestaron a través de haberse desarrollado como amas de casa, haber tomado decisiones para el bienestar de sus hijos, recapacitando y cambiando comportamientos para mejorar relaciones interpersonales; compartiendo sus experiencias matrimoniales para orientar a parejas jóvenes, luchando en busca de la realización como mujeres, madres y trabajadoras. El valor de actitud en las pacientes se manifestó por medio de la madurez al decidir lo mejor para ellas y sus familias, el amor y la responsabilidad ante los problemas que la enfermedad provocó, optimistas y valientes especialmente ante el dolor físico, lo que les permitió realizarse ante el máximo significado de la vida. El reencuentro de los valores permitió el descubrimiento del verdadero motivo de sus vidas, ayudándolas a comprender que siempre hubo una razón para vivir y donde el amor trascendió más allá de lo material y lo superficial.

Con relación al sentido del dolor, recordaron las experiencias de fracaso pero esto no significó frustración porque crecieron y maduraron con el dolor. Analizaron el sentido de la muerte estando conscientes que es el límite para los propósitos planeados. Evaluaron sus metas relacionadas con ser madres, esposas, mujeres y trabajadoras, a lo cual la mayoría respondieron haberse realizado.

5 pacientes que se encontraron en etapa terminal aguda y que fallecieron se les pidió que planearan su sepelio, imaginaran como era la muerte y que interactuaran con su familia como ellos enfrentarían su partida; 2 de las pacientes manifestaron con claridad cómo querían que se les vistiera, adornara, e imaginaron el ambiente del sepelio, concibieron la muerte como un fenómeno espiritual y sin importar religión esperaban una trascendencia espiritual; con relación a la familia les fue más difícil que estos comprendieran su ausencia. 3 de las pacientes no desearon planearlo.

Otra técnica que se utilizó para dar tratamiento a la muestra, fue la relajación de Jacobson, encontrando que 11 señoras recibieron este tratamiento y 8 no lo

recibieron debido a que el tratamiento de radioterapia se recibe en instituciones privadas fuera de las instalaciones del IGSS sin costo, en horario vespertino que coincidía con el horario en que se realizaban las sesiones, lo que no permitió tener atención diaria sino esporádica y en las ocasiones en que se encontraban en su unidad de encamamiento se disponía de poco tiempo porque era horario de cena o visita. Dos pacientes no aceptaron la relajación debido a su mala condición física, pero sí fueron accesibles al tratamiento logoterapéutico. De las pacientes que recibieron la relajación, 10 lograron reducir la ansiedad y superar la fase de cólera, mejoraron sus relaciones interpersonales con familiares y les permitió meditar sus asuntos pendientes, refiriendo las pacientes sentirse cómodas porque lograron disminuir la tensión corporal, les fue agradable y les dejó una sensación de bienestar que las condujo a dormir y descansar luego de horas de molestia, algunas refirieron haber continuado en su casa. 1 paciente no obtuvo ningún cambio y quien al fallecer aún presentaba neurosis noógena.

12 pacientes cambiaron durante el proceso terapéutico los signos y síntomas del dolor emocional, por lo que se considera que lograron manejar el mismo, de éstas 2 fallecieron.

3 se encontraban en proceso de cambio de los signos y síntomas, una de estas falleció en este proceso.

4 pacientes de la muestra no manejaron el dolor emocional, ya que dos de estas al fallecer aún presentaban angustia; desesperación, aburrimiento, baja autoestima y las otras 2 pacientes además de continuar con el cuadro seguían esperando un milagro para su recuperación.

El cuestionario de evaluación no fue aplicado a 11 pacientes debido a que egresaron para recibir tratamientos externos, se presentaban a consulta por las mañanas y otras por fallecimiento. Las 8 señoras que contestaron el cuestionario dieron los siguientes resultados: con relación a la logoterapia, 6 refirieron positivamente que eran personas valiosas para sus familias, eran capaces de tomar

decisiones, que crecieron espiritualmente en busca de Dios, que eran el motivo de unión familiar, ser ejemplo para sus hijos etc. Las otras 2 pacientes que se manifestaron negativamente fue debido a no ser correspondidas afectivamente por sus hijos por lo que deseaban luchar por conseguirlo.

En la terapia de apoyo las pacientes respondieron sentirse bien espiritualmente, aunque físicamente con muchos malestares, tratando de adaptarse a los cambios que la enfermedad les producía y se sintieron preocupadas por sus seres queridos.

De 8 pacientes que respondieron el cuestionario 2 no tuvieron sesiones de la técnica de relajación de Jacobson por lo que este análisis se realizó con 6 señoras de las cuales 3 respondieron muy bueno y 3 bueno lo que indicó que las 6 pacientes que contestaron esta serie consideraron disminuir su dolor emocional por medio de esta técnica.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

PRESENTACIÓN DE CASOS

PACIENTE 1 de 48 años, nació en Chicacao en julio de 1949, procede de Chicacac Suchitepequez, alfabeta, es ama de casa, de religión evangélica, casada, asiste al seguro social en calidad de beneficiaria.

Ingresó al IGSS: por cáncer de cérvix II B.

Ha tenido hemorragia por dos meses y un flujo abundante sin mal olor, por lo que visitó a un doctor de Chicacao quien la refirió al IGSS de Mazatenango, donde fue enviada a Pamplona y luego a esta unidad de encamamiento con diagnóstico de cáncer de cérvix III B, donde recibió radioterapia por 6 semanas. Por desconocer la enfermedad, no le causó preocupación, pero sí el estar sola por lo que sus hijos la animaron a quedarse para verla mejorada.

Es la cuarta hija de seis, su padre murió cuando ella estaba pequeña, de niña jugaba muñecas, de comprar en el mercado, con niños y niñas; mantenía buena relación con sus hermanos y padres. Al ir creciendo le asignaron tareas como ir por agua al tanque, lavar trastes y un poco más grande, a lavar los pañales de sus hermanos. Con el fallecimiento de su padre, su madre se dedicó a la agricultura por lo que le asignaron el cuidado de la casa. Se ha enfermado únicamente de gripes, según recuerda.

A los 16 años conoció a un muchacho en la finca donde siempre ha vivido, se enamoró y se casó con él; cuando él tenía 20 años, fueron a vivir a casa de su suegra, quien le enseñó todo lo que tenía que hacer para cuidar de su esposo; con el tiempo se pasaron a vivir solos a otra casa de la finca, al año de casados nació su primera hija, con 2 ó 3 años de espaciamento tuvo sus otros 7 hijos; dos de ellos ya se casaron y viven separados de la familia pero viviendo en la misma finca. Uno de sus hijos se vino a Guatemala hace 3 años a trabajar aquí en la capital, regresó de visita una vez y nunca más volvió, como no sabe dónde buscarlo ella lo da por muerto.

Vive con 4 hijos de 14, 10, 8 y 4 años. Se dedica al cuidado de su esposo y sus hijos, realiza las labores del hogar y luego va a los alrededores a conseguir hierba mora

para la cena, su esposo le proporciona Q100.00 o Q75.00 de gasto mensual y compra otras cosas. Sus relaciones familiares son buenas, "siempre obedece a su esposo" aunque él es bastante comprensible. Pelea con sus hijos cuando no hacen caso, aunque luego de pegarlos los contempla.

No asistió a la escuela porque su madre no tenía dinero, con ayuda de sus hijos aprendió a leer y escribir un poco.

Nunca ha trabajado formalmente porque antes la mantenía su madre y ahora el esposo, quién trabaja para toda la familia.

Es amiga de vecinas y de todas las señoras con las que asiste al culto.

Su menarquia se presentó a los 13 años, esto le provocó mucho miedo y llorando acudió a su mamá, quien la orientó sobre lo que debía hacer y cómo utilizar las toallas sanitarias. No recuerda cuantos años tenía cuando inició el crecimiento del busto, pero no sentía vergüenza. Su primera relación sexual fue a los 16 años la cual fue molesta, dolorosa y con temor por el sangrado. La frecuencia de sus relaciones era una vez al día por petición de su esposo, ella "no siente nada de placer" situación que no le molesta. Ha tenido 8 embarazos y 8 partos normales, nunca planificó.

Paciente delgada, demacrada, de cabello largo, negro, liso y trenzado, tez morena clara, estatura baja, peso 89 lbs. Con frecuencia se muestra sonriente y despreocupada, en algunas ocasiones llora. Recuerda acontecimientos de su infancia, con dificultad recuerda el proceso de su enfermedad y los acontecimientos del día. Trata de resolver los conflictos de la vida diaria con influencia de su esposo a quién cree que le debe obediencia. Sabe cuál es su problema médico pero no sabe cuánto le afecta. Sabe quién es, en donde está, se desorienta en días pero no en horas. Sus pensamientos están dirigidos al momento de irse a su casa. Atiende la entrevista pero se distrae con factores ambientales. Su lenguaje es fluido, rápido con tono de voz suave, acento maya. Su ánimo la mayoría de veces es alegre, sin motivo aparente, le preocupa estar lejos de la familia.

RESULTADO TEST PIL: Presencia de Objetivos

DIAGNOSTICO: No presentó neurosis noógena.

CONCLUSIÓN:

La paciente tenía baja autoestima, porque permitía ser dirigida por las decisiones de su esposo; a pesar de esto se observó alegre, animada, consciente, colaboradora y siempre buscaba compañía de otros pacientes, logró manejar su dolor emocional y aceptó su enfermedad sin pasar por ninguna otra fase, porque no comprendía su problemática física, ya que estaba acostumbrada a que su esposo era el que se ocupaba de todo. Al finalizar el tratamiento psicológico había aumentado su capacidad de introspección, comprendiendo el objetivo de la radioterapia. Pero continuaba siendo sumisa a las decisiones de su cónyuge debido a su cultura.

Creó una familia, se dedicó a sus hijos y tomaba decisiones para el bienestar de ellos cuando no estaba el padre. Tuvo la experiencia de realizarse como ama de casa.

En las sesiones siempre manifestó agrado por la conversación y el apoyo.

No recibió sesiones de relajación porque recibía tratamiento de radioterapia en horario vespertino.

PACIENTE 2 de 36 años, reside en zona 18, estudió hasta 1ro. primaria, trabaja como operaría, su religión es evangélica, es viuda, asiste al seguro social en calidad de afiliada.

Ingresó al IGSS por Cáncer de cérvix II B.

Refiere que desde el mes de enero de 1997, comenzó a tener hemorragias abundantes durante su período menstrual, por lo que asistió a consulta en el hospital de la zona 6, donde le dejaron cita para el mes de agosto. El 17 de mayo asistió a la emergencia de la zona 9 donde es hospitalizada. El día 19 de mayo de 1997 es informada por el médico que su problema era cáncer en el útero, en ese momento ella le pide al doctor "que la opere, por que no quiere morir, ya que sus hijos están pequeños." El médico le comunica que en este momento únicamente le puede dar tratamiento de radioterapia y posiblemente después quimioterapia. "Cuando fue informada del cáncer se imaginó inmediatamente la muerte."

Viene de una familia formada por 5 hermanos varones, un padrastro y su madre, recuerda que su madre le pegaba mucho de pequeña; en una ocasión le dijo " que no quería a su verdadero papá y que hubiera sido mejor que ella no naciera". Actualmente tiene 36 años y considera que en su tiempo de vida nunca ha padecido enfermedades graves o delicadas; se unió a su esposo a la edad de 17 años con quién tuvo dos hijos, su vida era bastante tranquila aunque siempre se mantenía angustiada ya que él trabajaba de policía y falleció en un accidente de moto. Luego se fue a México con la intención de dirigirse a los EE.UU. con sus hermanos, pero al llegar a ciudad Hidalgo, conoce a un muchacho, quién es el padre de su tercer hijo, pero se separa de él y se viene a Guatemala un mes antes de dar a luz, porque la familia de él la amenazó con quitarle a su niño al nacer. Actualmente no tiene ningún compañero en su vida; se dedica exclusivamente a cuidar a sus hijos.

Vive con su mamá de 52 años y tiene tres hijos de 15,13 y 6 años, también está su padrastro quien la reconoce como hija adoptiva desde que tenía dos años. Vive con sus hermanos, con quienes tiene buena relación a excepción del hermano de 20 años, quien se muestra muy agresivo con sus hijos y poco colaborador desde el punto de vista económico con su madre. Su relación con su madre desde que ella se recuerda ha sido muy mala, hasta el punto que la culpa por estar enferma de diabetes; muchas veces la ha "echado" de la casa y le ha reprochado su comportamiento. La relación con sus hijos es un poco áspera, alejada, molesta y se la han demostrado, comentando que cuando ella está en su casa es muy aburrido por el hecho de que ella los regaña mucho. A pesar de eso sus más grandes metas giran alrededor de sus hijos y una de ellas es comprarles una casa para que no los sigan humillando como a ella. Su mamá la humilla constantemente, la culpa siempre por todo lo malo que pasa en su casa.

Estudió solo primero primaria, porque a sus padres no les fue posible pagarle los estudios; pero cree que hubiera sido muy buena estudiante, porque sabe leer, hacer cuentas y firmar.

Actualmente trabaja en una maquila, donde está todo el día de pie. Empezó a trabajar a la edad de 15 años en oficios domésticos.

Tiene muy pocas amistades, sólo se relaciona con compañeros de trabajo.

Su menarquia se presentó a los 13 años, "siempre fue muy desarrollada" inició su actividad sexual a los 17 años con su esposo, con quién sus relaciones sexogenitales siempre fueron agradables y placenteras, de igual forma con su segunda pareja sexual; no ha tenido enfermedades venéreas. Ha tenido tres embarazos y tres partos normales.

Paciente morena, alta, poco obesa, cabello corto, negro y ondulado, accesible y comunicativa. Los recuerdos de su infancia son muy claros pero escasos y dolorosos, los recuerdos de su enfermedad están presentes aunque no comprenden algunos detalles médicos, recuerda acontecimientos del día de hoy. De manera inteligente reserva su diagnóstico a su madre para evitarle problemas con la diabetes y únicamente lo comenta a su padre. Atiende la entrevista con interés; sabe quién es, en donde está y qué día es hoy. Sus pensamientos están centrados en su curación y en lo que les sucede a sus hijos. Sabe cuál es su enfermedad y cuáles serían las consecuencias si no sigue el tratamiento. Su lenguaje es fluido, claro, con un tono de voz alto y ameno. Tiende a preocuparse por sus hijos y por la situación económica, constantemente le pide a Dios su recuperación por el bienestar de su familia.

RESULTADO TEST PIL: Presencia de objetivos

DIAGNOSTICO: No presentó neurosis noógena.

CONCLUSIÓN:

La paciente se mostró preocupada, deprimida, triste, con temor a morir, pero al notar mejoras físicas esto fue desapareciendo; La comunicación con sus hijos y madre era difícil, le producía autoacusación por lo que decidió cambiar ella y aceptar a su familia tal como es.

Creó una familia, se realizó en su trabajo, el valor de creación lo encontró al mejorar las relaciones familiares; tomó una actitud responsable y optimista ante la muerte, dándole la libertad de decidir a su familia al presentarse está; pasó por las fases de regateo, depresión y aceptación, logró manejar el dolor emocional. Recibió sesiones de relajación que la ayudaron a reducir la tensión corporal, el apoyo

psicológico contribuyó a mejorar las relaciones interpersonales y disminuir la ansiedad. Con ayuda del tratamiento comprendió que La enfermedad aumentó su fe en Dios y buscaba organizarse emocionalmente.

PACIENTE 3 de 46 años, nació en Rabinal Baja Verapaz en agosto de 1950, reside en la capital, estudió hasta 6to. primaria, trabaja como tramitadora en agencia de aduanas, de religión católica, está separada, asiste al seguro social en calidad de afiliada.

ingresó al IGSS: Para tratamiento de quimioterapia debido a cáncer de cérvix recurrente III B.

Su médico de cabecera al principio no le dio importancia a los malestares, pero al ver la insistencia la refiere con un ginecólogo quien por medio de un examen vaginal le diagnostica cáncer; acto que la molesta con su médico por tenerla engañada, le reclama y él responde que ese diagnóstico no es cierto, y continua engañada. Debido a las molestias que le causaban preocupación y temor un compañero de trabajo la refiere con el ginecólogo de su esposa, quién le informa que su enfermedad "es parecida al cáncer" y le confirma el diagnóstico de cáncer a su hermano. Es operada en el IGSS por dicho médico y continua con tratamiento de quimioterapia por seis ciclos, luego 25 sesiones de radioterapia más implante; tres meses más tarde presenta una recurrencia por lo que le administran quimioterapia hasta la fecha.

Recuerda que en su niñez jugaba de electrizado, ventas, ayudaba en el oficio de la casa, realizaba sus deberes, recogía leña luego de dejarle comida a su padre. También asistía al parque con frecuencia a jugar, a los 10 años ya casi no jugaba; sus salidas tenían que ser acompañadas de familiares con quienes iba a la iglesia, al campo de fut-ball y basquet-ball que era lo que le gustaba hacer.

Es la tercera hija de nueve hermanos, siendo la primera mujer de todas; actualmente hay siete vivos, cuatro son mujeres y tres son hombres, siempre tuvo buena relación con sus padres, su madre murió a la edad de 36 años de un cáncer de

cárvix, ella quedó de 17 años. Luego de este suceso su padre los dejó y se fue con otra mujer, por lo que ella y su hermano mayor se hicieron cargo de criar a 5 hermanos, se dedicó a trabajar para sacar adelante a sus hermanas, no les permitía trabajar por miedo a que les pasara algo. Pero poco a poco se fueron independizando, porque notaban que ella rechazaba a los pretendientes para seguir cuidándolos. A la edad de 24 años se unió a un hombre, celoso, alcohólico, con quien tuvo su primera hija y 6 años después queda embarazada de su segunda hija, pero a consecuencia de tantos celos y problemas se separó de él, con un mes de embarazo. Luego de algunos meses un hombre menor que ella inició a pretenderte pero previniendo una desavenencia futura con sus hijas, (como por ejemplo un abuso).

Sus hijas tienen 21 y 15 años, la mayor estudia química y la menor magisterio parvulario. Mantiene buena relación con sus hijas, les agrada viajar a Rabinal a una casa que tiene ella. El padre de sus hijas las visita todos los sábados, con quien se siente bien aunque no le da confianza, ayuda en la educación y sostenimiento de sus hijas.

Estudió hasta sexto primaria ya que no podían darle estudios más avanzados debido a problemas económicos. Siempre tuvo buena relación con sus maestros y sus compañías eran más varones que mujeres.

Desde que inició a trabajar lo hizo como asistente de agente de aduanas, desde la edad de 17 años, lleva en este trabajo 28 años, solo ha cambiado de jefes en tres oportunidades (agentes de aduanas). Con el primer agente que estuvo duró 10 años pero él murió antes de cancelarle su tiempo. Su trabajo le da la facilidad de tratar a mucha gente.

Por su trabajo le es fácil entablar relaciones con las personas, sus amistades tienen relación con su trabajo, en su tiempo libre borda, cose rafia, etc., le gustan las manualidades.

A los trece años notó el apareamiento de busto, a los quince se presenta su menarquia y se asustó pues no sabía nada. A los 24 años tuvo su primera relación sexual la cual fue dolorosa y molesta por desconocimiento. Las relaciones siguientes fueron agradables y satisfactorias, la frecuencia era una o dos veces a la semana, la

iniciativa era más de él a ella. Sus partos fueron normales, planificó con pastillas. Luego de la separación con su esposo le hizo falta el contacto sexual pero fue acostumbrándose.

Señora de tez morena, escaso cabello, peso aproximado de 145 lbs, estatura 1.60 cm, amable, colaboradora, constantemente en reposo. Recuerda los acontecimientos a lo largo de su vida, el proceso de su enfermedad y situaciones recientes. Sabe resolver las dificultades de la vida diaria. Atiende la entrevista sin poner atención a distracciones del ambiente. Sabe quién es, en donde se encuentra y qué día es hoy. Sus pensamientos giran entorno a su enfermedad y el sacar adelante a sus hijas. Sabe cual es su enfermedad y comprende el proceso del tratamiento que recibe. Su lenguaje es claro, fluido, con tono de voz normal y ameno. Su ánimo suele ser estable.

RESULTADO TEST PIL: Presencia de objetivos.

DIAGNOSTICO: No presentó neurosis noógena.

CONCLUSIÓN:

La paciente se sintió preocupación por la responsabilidad que tenía con sus hijas pero con ayuda del tratamiento reaccionó positivamente, de buen ánimo, madurez y responsabilidad, logró manejar el dolor emocional luego de haber atravesado las fases de depresión y aceptación de la enfermedad.

Creó una familia, se realizó en su trabajo. Tuvo la experiencia de tomar decisiones para el bienestar de sus hijas tomando una actitud madura y responsable. La terapia de apoyo le permitió aumentar su introspección y darse cuenta que sus hijas eran capaces de salir adelante. En las sesiones manifestó agrado por la atención brindada.

Recibió sesiones de relajación refiriendo sentirse cómoda, con sensación de bienestar que le permitía dormir y descansar, continuó practicándola en su casa.

PACIENTE 4 de 46 años, nació en Guatemala en octubre de 1950, reside en la capital, se graduó de secretaria, y trabaja como secretaria, de religión católica, es soltera, asiste al seguro social en calidad de afiliada.

Ingresó al IGSS: por un cáncer de cérvix III B, con tratamiento de quimioterapia.

Aproximadamente hace un año inició con dolor en la pelvis, donde se palpaba una bolita a la que no le dio importancia por pena de ir al doctor. En diciembre buscó un doctor por medio de la guía telefónica, quien le efectuó una biopsia y le diagnosticó cáncer de cérvix III B, dándole la orden de internarse inmediatamente. Ella guardó silencio y no le dio importancia por no faltar en el trabajo; el 15 de diciembre su hermana se dio cuenta y ella se sintió acosada y presionada por la atención que le daban, les contó todo y se vio obligada a buscar la medicina con ayuda familiar.

Sus recuerdos no tienen edad, pero comentó que jugaba con cajas de fósforos, barro, y materiales de desecho por la pobreza en la que vivía; pero no fue frustrante ni envidiaba a otras personas. Su familia se componía de tres hermanas y sus padres. Desde niña no acostumbraba a decir lo que le pasaba, siempre fue muy reservada y en vista de que no afectaba la vida familiar no le "corrigieron ese comportamiento". Su relación familiar siempre fue adecuada, es la mayor de tres hermanas. Su padre murió hace 7 años de un cáncer de próstata; él nunca refirió sentirse mal o comentaba que asistiría al médico pero no lo hacía, cuando se manifestó más la enfermedad, lo llevaron a tratamiento pero falleció a los 7 meses. Tuvo tres novíos con quienes no funcionaron las relaciones, no sabe por qué no se casó, "solo pasó el tiempo y ahora es tarde".

Vive únicamente con su mamá con quien tiene buena relación, son visitadas por sus hermanas y sus sobrinos, y las relaciones familiares no son problemáticas, existe mucha unión familiar.

Siempre estudió en lugares de señoritas la escuela de niñas, el instituto y el secretariado, siempre fue reservada en sus tareas y no manifestaba descontento por nada. Tenía buena relación con los maestros, nunca tuvo problemas.

Ha tenido 5 trabajos y en todos ha permanecido por bastante tiempo, actualmente tiene 16 años de laborar para una compañía de tarjetas de crédito. No se ha cambiado de trabajo por miedo a ser examinada, a tener menos salario, y a no ser aceptada por la edad; pero si le ofrecieran un trabajo con el mismo salario que tiene ahora si lo aceptaría.

Le es muy difícil hacer amistades o entablar pláticas, pero si alguien le habla ella corresponde. No tiene ninguna distracción social; se preocupa por no poder expresar sus sentimientos, pero los bloquea por miedo. La relación con los hombres es buena pero no apegada.

Su menarquia se presentó a los 12 años, la que fue traumática por que no sabia nada, pero su mamá pronto la ayudó; No recuerda a que edad fue el apareamiento de busto, nunca ha tenido relaciones sexuales.

Paciente robusta, su cabeza esta cubierta por un pañuelo de colores, usa anteojos para leer, de tez blanca, piezas dentales completas, estatura aproximada de 1.60 cm. Permanece sentada o acostada en su cama sin muchos movimientos fisicos. Recuerda acontecimientos de su niñez pero no la edad, recuerda cada acontecimiento del proceso de su enfermedad y la intervención de sus hermanas, recuerda los acontecimientos de hace 10 minutos. Sabe resolver las dificultades de la vida diaria, sus ideas están centradas a su realidad. Atiende cada momento de la entrevista sin distraerse. Sabe quién es, que se encuentra hospitalizada en el IGSS y la hora es 4:30 PM. Sus pensamientos giran entorno a la recuperación de su enfermedad y a la incorporación a su trabajo. Siente que no hay sentido para todo lo que esta pasando. Sabe que su enfermedad es grave, que dejó pasar mucho tiempo sin atenderse, e hizo mal pero que su personalidad no la ayudó a ser más abierta. Habla correctamente, su producción verbal es normal, su tono de voz es suave pero no baja. Su ánimo es depresible, muestra varias veces deseos de llorar, pero lo retiene y no lo manifiesta, se siente optimista a pesar de todo.

RESULTADO TEST PIL: Indeciso

DIAGNOSTICO: Ambivalencia de objetivos.

CONCLUSIÓN:

La paciente presentó ansiedad al ver la evolución de su enfermedad y autoacusación por la poca comunicación con su familia, se le observó dificultad para llorar, situaciones que la llevaron a pasar por las fases de negación y depresión donde manifestó indecisión para acceder al apoyo familiar. La terapia de apoyo contribuyó a la reducción de la ansiedad, mejoró la comunicación familiar, aceptando el apoyo de la misma. Luego de la cirugía su estado de ánimo mejoró considerablemente. Dándose cuenta que su enfermedad era grave y que debía poner atención a su persona con lo cual pasó a la fase de aceptación y logrando manejar el dolor emocional. Refinó agrado por las conversaciones que la llevaron a reflexionar, siendo muy útiles.

El valor de creación fue su realización laboral. La experiencia contribuyó a mejorar sus relaciones familiares, con actitud optimista y valiente ante el dolor físico.

No recibió relajación por recibir tratamientos externos.

PACIENTE 5 de 37 años, nació en Escuintla en octubre 1960, reside en Siquinalá, Escuintla. Estudió hasta 6to. primaria, trabaja como agricultora, es de religión católica, su estado civil es unida y asiste al seguro social en calidad de afiliada.

Ingresó al IGSS: por cáncer de cérvix II B

Refiere que su problema inició con un dolor a nivel del ombligo, luego una amiga le dijo que se hiciera un papanicolau (en agosto 96), porque también tenía flujo y hemorragia; al llegar al hospital de Escuintla le hicieron una biopsia y el resultado se lo dieron en octubre 1996, donde el médico le informa que está muy delicada y necesita referirla a la capital; es así como en noviembre del 96 viene a su primera cita en Pamplona. Aquí le realizan sus exámenes de rutina y el 20 de enero 97 la trasladan a oncología para tratamiento de quimioterapia, siendo en esta fecha cuando le informan que tiene cáncer, esto le causa preocupación por miedo a morir y disminuir su ingreso económico por la suspensión laboral.

Es unida desde la edad de 16 años, fue su primer noviazgo. Luego de que se unieron iniciaron los problemas porque ella no resultaba embarazada, por lo que se separaron por dos años, a los 19 años nace su primer hijo; su esposo era alcohólico y con frecuencia peleaban, pero cuando nació su tercer hijo, su esposo se volvió responsable. Cuatro de sus embarazos fueron atendidos por comadrona, el quinto fue en área hospitalaria y es operada para ya no tener familia. Actualmente vive con su esposo, hijos y madre de 72 años, su padre falleció hace siete años.

Con toda su familia mantiene buenas relaciones, a pesar de que la mayoría de tiempo la pasa en su trabajo, al regresar se dedica al quehacer doméstico, justificando que nadie la ayuda, pues todos son varones a excepción de su hija pequeña. Lamenta el no poder compartir más tiempo con sus hijos pequeños a consecuencia del trabajo.

Inició su educación escolar a la edad de 7 años, siempre le agradó la escuela pero solo estudió la primaria porque su padre no tenía posibilidades para sostenerle más estudios.

Trabajó durante 13 años cortando café en los almácigos, actualmente continua trabajando en ese lugar ganando Q16.00 diarios; lo que utiliza para la comida y escuela de sus tres hijos. Su esposo trabaja en el ingenio Magdalena cortando caña. Siente que en su trabajo se autorealiza porque le gusta y le agrada.

Se considera una persona líder que le gusta dirigir actividades dentro del trabajo (convivios y cumpleaños), sus compañeros de trabajo dicen que cuando ella no está, no hay quién organice actividades sociales. Es miembro del comité de vecinos (vocal), también participa en actividades de la Iglesia.

Su menarquia se presentó a los 13 años, le asustó debido a la poca información que había recibido de su madre. Su primera relación sexogenital fue a los 16 años con su única pareja sexual, fue dolorosa, molesta pero con el tiempo mejoraron y fueron siendo satisfactorias; actualmente evita las relaciones sexuales por molestias de la enfermedad. Tuvo cinco gestas, cinco partos, 4 de ellos atendidos por comadrona y el último atendido en área hospitalaria, donde es operada para ya no tener familia.

Paciente morena, de estatura baja, cabello negro, largo y liso, con peso aproximado de 130 lbs., su semblante refleja inquietud y deseos de conversar, permanece por largo tiempo sentada en su cama. Recuerda los acontecimientos de su adolescencia, de la evolución de su enfermedad y situaciones recientes. Piensa en recuperarse por el bien de sus hijos; su primer pensamiento con relación a su diagnóstico, fue que es una enfermedad peligrosa que llega hasta la muerte. Sabe cual es su enfermedad y que tan peligrosa es, si no lleva a cabo su tratamiento. Planifica muy bien todas su actividades cotidianas y sociales para realizarlas con éxito. Atiende la entrevista con anhelo. Está orientada en persona, espacio y tiempo. Su lenguaje es claro, fluido con un tono de voz adecuado. Su estado de ánimo decae por la ausencia de visitas por parte de parientes y amigos.

RESULTADO TEST PIL: Indeciso

DIAGNOSTICO: Ambivalencia de objetivos.

CONCLUSIÓN:

Se manifestó preocupada por morir y la disminución del ingreso económico, colaboradora y sociable. Su preocupación se redujo con el apoyo de su esposo y familia; atravesó las fases de regateo y depresión afectándole más cuando no tenía noticias de su esposo porque le era difícil tomar decisiones sin el apoyo de él. La terapia de apoyo le permitió introyectar la realidad de su enfermedad, aceptarla y enfrentarla; comprendió que la ausencia de visitas por parte de su esposo se debía a responsabilidades laborales.

Se sentía complacida con las sesiones que le ayudaron a manejar su dolor emocional.

Creo una familia, se realizó en el trabajo, tuvo la experiencia de desarrollarse como ama de casa y logró una actitud optimista y valiente ante el dolor físico.

Recibió sesiones de relajación logrando disminución de la tensión corporal.

PACIENTE 6 de 45 años, nació en una aldea de Jutiapa y reside en el mismo lugar, estudió hasta 3ro. primaria, es ama de casa, de religión católica, es casada, asiste al seguro social en calidad de beneficiaria.

Ingresó al IGSS: por un cáncer de cérvix II B.

Refiere que desde hace 5 meses no observó sus períodos menstruales y el mes pasado tuvo una hemorragia vaginal fuerte por un periodo corto, y este mes vuelve a presentar hemorragia vaginal severa que ameritó consultar con un médico particular quién la internó en el hospital de Jalapa donde la trasladan para la capital, a la unidad de oncología para realizarle sus laboratorios de rutina y dar tratamiento de quimioterapia y al enterarse de su enfermedad se mostró calmada.

Recuerda que de 5 a 6 años jugaba, se ha enfermado de varicela, sarampión y tosferina. Es parte de una familia de 9 hermanos, siendo la sexta hija; de pequeña no la dejaban hacer oficio, solo jugaba con sus primas; a los 15 años realizaba tareas domésticas, acarreaba agua de un pozo comunal, se encargaba de los animales de la casa. Su padre falleció hace 9 años, de 76 años por hipertensión, su madre de una neumonía once días después que su padre. Tuvo dos novios; y a los 19 años decidió irse de la casa con su novio y al regresar la casaron.

Tiene 26 años de casada, 8 hijos (25, 23, 21, 18, 15,12,9,y 2.5 años) Su último parto fue gemelar pero la niña murió de 9 meses. Tiene dos hijos casados.

Su contexto familiar está conformado por 8 hijos y su esposo, dos de sus hijos ya no viven en su residencia porque están casados y viven aparte. Con el resto de sus hijos sostiene muy buena relación, los corrige cuando es necesario, los hijos mayores la ayudan en el cuidado de los hijos menores y los quehaceres del hogar ahora que está imposibilitada de hacerlo.

A los 7 años ingresó a la escuela, repitió segundo y únicamente llegó a tercero, porque en su aldea no llegaban maestros para dar clases y la escuela pública quedaba demasiado lejos. Le gustaba más estar con las niñas y se dedicaba a estudiar.

Nunca ha trabajado, solo se ha dedicado a ser ama de casa.

Se relaciona con sus vecinos y otra gente de la aldea, asiste a la iglesia católica, a misa. En sus ratos libres cose a mano ropa de niños.

El apareamiento de busto fue a los 14 años al igual que su menarquía; su primera relación sexual fue a los 19 años con su esposo. Le agradó "El gusto de uno y se quiere". Sangró un poco. La frecuencia de sus relaciones sexuales era casi a diario, luego una vez por semana, pero desde hace 8 meses que no son agradables; casi siempre él toma la iniciativa, ella muy pocas veces. Ha tenido 8 embarazos y el último gemelar, con 8 partos normales. Nunca ha planificado, 2 de sus partos fueron atendidos en hospitales y los demás por comadrona.

Señora de altura 1.60, delgada, tez clara, cabello castaño, liso, hasta el hombro, como de apariencia tímida pero accesible, permanece acostada. Tiene recuerdos de su niñez y desarrollo, de como fue ingresada al hospital y de acontecimientos recientes. Es una persona dependiente de las decisiones de su esposo, aunque toma decisiones que afectan a sus hijos cuando es necesario. Atiende la entrevista sin distraerse. Sabe quién es, en donde está y qué día es hoy. Sus pensamientos están centrados en su hijo de dos años y medio, quién le preocupa que se enferme. No sabe qué enfermedad tiene y que tan delicada es al no tener tratamiento. Su lenguaje es claro, y su tono de voz es suave, con bastante amabilidad. Mantiene un equilibrio en su estado de ánimo.

RESULTADO TEST PIL: Presencia de objetivos

DIAGNOSTICO: No presentó neurosis noógena.

CONCLUSION:

La paciente era tranquila, colaboradora, deseosa de vivir, persiste en su tratamiento médico, es dependiente de las decisiones de su esposo lo que indica una baja autoestima, la cual no cambio por ser parte de su cultura pero contribuyo a la aceptación de la enfermedad, porque sintió apoyo de su esposo logrando manejar su dolor emocional. La terapia de apoyo la ayudó a reducir la ansiedad especialmente cuando los periodos de hospitalización eran prolongados.

Creó una familia y se dedicó a ella, permitiéndose tener la experiencia de realizarse como ama de casa.

Se trabajaron sesiones de relajación experimentando sensación de bienestar y comodidad que la conducían a dormir y descansar.

El tratamiento le ayudó a comprender que el sentido de la enfermedad fue el acercamiento a Dios y que era una persona importante para su familia.

PACIENTE 7 de 36 años, nació en Cuilapa en agosto de 1960, reside en la capital, estudió hasta 6to. primaria, trabaja como dependiente de Paiz, cree en Dios, está separada de su cónyuge, asiste al seguro social en calidad de afiliada.

Ingresó al IGSS: Cáncer de cérvix III B con tratamiento de quimioterapia.

Al iniciar su tratamiento médico en enero de 1995, fue intervenida quirúrgicamente (laparotomía exploradora). Por este medio se diagnostica cáncer de cérvix III B, manifestando miedo porque su madre murió de cáncer con mucho dolor, e inicia tratamiento de quimioterapia, recibiendo 10 ciclos de quimioterapia en un hospital privado, por tener derecho a un seguro médico; pero al finalizar esté y debido a la falta de recursos económicos fue trasladada al seguro social, donde recibe dos ciclos más de quimioterapia y tratamientos paliativos para el dolor.

Recuerda poco de su niñez, uno de sus recuerdos es cuando salía a vender comida que hacía su mamá para mantenerlos, ya que cuando ella tenía meses de nacida, su padre los abandonó, (según le contó su mamá) porque él esperaba que ella fuera varón y al no ser así se decepcionó.

Aproximadamente a la edad de 16 años llegaron unos hombres a su pueblo, que solían bajar de la montaña a robar mujeres y en esta ocasión se la llevaron a ella, el hombre que se la llevó, abusó de ella sexualmente y físicamente durante aproximadamente 7 u 8 meses. Hasta que un día cansada de tanto maltrato y de oír como maltrataban a otras mujeres esperó a que se dieran las 9:00 p.m. de un día que él no llegó, "agarró alguna ropa, se la puso en la cabeza " y con 7 meses de

embarazo decidió huir por los sembrados hasta su pueblo, A su llegada la recibió su madre, se dedicó a trabajar, dio a luz a un niño, a quien no llegó a tratar como hijo, al poco tiempo del alumbramiento, él hombre llegó para matarla con un machete, y al intentar degollarla, ella metió su mano que quedó casi mutilada desde la base de los dedos, corrió al hospital del IGSS donde rescataron su mano, mientras su madre lo sujetaba a él. Llegó a esta ciudad, para trabajar mientras su cuñada, (esposa de su hermano), se encargó del niño. "Creo que él sería mi hermano y no mi hijo por el trato y porque yo estaba muy joven cuando él nació." Estando aquí en la capital, conoció a un muchacho, con quién se unió y dio a luz 2 hijas; Actualmente ella está separada, pero su marido se hace cargo de sus niñas, más ahora que ella no tiene dinero. Sus hijas tienen 8 y 11 años, su madre murió hace 11 años de cáncer de cérvix.

Vive en un cuarto de alquiler, con sus dos hijas, su exmarido llega todos los días a dejar comida para ellas, a pesar de la separación, la ha apoyado bastante en su enfermedad, ha pagado ciertos gastos médicos. La relación con sus hijas es buena, como no puede movilizarse mucho auxilia a sus hijas en sus tareas desde su cama, por las tardes, sus hijas son muy calladas y no le comentan nada. Con su exmarido hablan de sus hijas y ha decidido que cuando ella falte, sus hijas vivan con él, ya que es el padre.

Su madre la ayudó en su pueblo a estudiar hasta sexto primaria. Más tarde cuando se encontraba trabajando en Paiz, estudió Técnico en Administración Comercial, para manejo de personal y control de áreas.

Su primer trabajo fue en la finca de Cuilapa de Mario Sandoval, donde se dedicó a la agricultura un año. Después del accidente se vino a trabajar a la capital en Distral Embutidos donde trabajó por 3 años. Se trasladó a Supermercados Gala por 3 años y luego se trasladó a Paiz, donde el 4 de abril cumplió 13 años de laborar. (Último año suspendida por el IGSS.) Sus relaciones de trabajo fueron buenas; los cambios laborales eran por mejoras salariales.

Es bastante accesible y comunicativa, sus amistades son del área de trabajo.

El apareamiento de busto fue a los 11 años, su menarquía se presentó a los 14 años, su primera relación sexual fue a los 16 años, misma que fue traumatizante pues fue violada y abusada por un periodo de 7 meses. Sus 3 embarazos y partos fueron normales, no ha tenido enfermedades vaginales o de índole sexual.

Paciente de apariencia física en mal estado, delgada, abdomen aumentado, piezas dentales bastante dañadas, ojos hundidos, tez pálida; accesible a la entrevista; mueve sus brazos y piernas con frecuencia, en reposo constante. Recuerda acontecimientos de su niñez, del proceso de su enfermedad y del día de hoy. Sus ideas y pensamientos están centrados en su realidad. Atiende la entrevista sin distraerse. Está orientada en persona, espacio y tiempo. Piensa en que no desea sufrir y no quiere que sus hijas sufran como ella sufrió con la muerte y el sufrimiento de su madre. Desea morir sin una agonía larga. Se siente preparada y desea morir en su casa. Está consciente de su enfermedad y de su tratamiento, que funciona para evitar su muerte y el dolor pero no cura. Su lenguaje es claro y preciso, tiende a alargar sus relatos por momentos. Su ánimo es depresible, con aburrimiento por la inactividad.

RESULTADOS TEST PIL: vacío existencial

DIAGNOSTICO: Neurosis Noógena.

CONCLUSION:

La paciente se encontraba muy ansiosa por el hecho de imaginarse lo que era tener dolor físico, porque recordaba el dolor que pasó su mamá con el cáncer. Cuando tenía dolor se presentaba la fase de ira y manifestó ideas de referencia " las enfermeras no me curan porque dicen que tengo mal olor". A pesar de esto aceptó su enfermedad y el hecho de morir pero deseaba que esto fuese rápido y sin agonía, la noche en que falleció se mostró comunicativa, animada y compartió con otras pacientes. Se considera que comenzaba a manejar su dolor emocional. Con la terapia de apoyo se logró reducir la ansiedad y agresividad que mostraba cuando el dolor físico era muy intenso.

Creó una familia y se realizó en su trabajo. De acuerdo a su experiencia decidió ceder la tutela de sus hijas al padre.

No recibió relajación debido a su mal estado físico.

PACIENTE 8 de 70 años, nació en Cuilapa Santa Rosa en 1927, reside en Cuilapa Santa Rosa, estudió hasta 6to. primaria, es ama de casa, de religión evangélica, es viuda, asiste al seguro social en calidad de beneficiaria.

Ingresó al IGSS: por cáncer de cérvix IV A más metástasis de hígado.

Hace 5 años fue tratada en I INCAN por un diagnóstico de cáncer de cérvix. Con un poco de confusión recuerda que en febrero del 97 consultó el hospital de gineco-obstetricia por inflamación en los pies y fuerte dolor en el abdomen, que mejoró con medicamentos comunes. Luego vuelve a consultar por dolor a nivel del hígado y el ano. Se muestra desconcertada por no tener un diagnóstico preciso.

Siempre ha sido una persona activa que le gusta cocinar; Ha padecido de enfermedades pépticas y gastritis nerviosa, tiene dificultad para dormir. Se casó a la edad de 18 años, al principio de su matrimonio fue muy difícil, pues ella era muy celosa, al extremo que en tres ocasiones la tuvieron presa porque se peleaba con las mujeres que creía eran amantes de su esposo. Su esposo trabajó al principio de barbero y luego con el ejército, al inicio de su matrimonio sufrió pobreza y le tocaba trabajar en oficios domésticos, lavar y planchar a otras familias, también se dedicó a la crianza de gallinas, puercos y animales domésticos, actividad que le gustaba. Su esposo falleció hace 15 años. Refiere que ella mantuvo su matrimonio por dos razones: primero siempre complació a su esposo con la comida y luego en la cama.

Su familia está conformada por 11 hijos, una de sus hijas tiene 36 años y tiene retraso mental, es por quien más se preocupa, uno de sus hijos está preso desde hace 6 meses, fue acusado de narcotraficante, pero ella sabe que la policía le introdujo marihuana en los bolsillos. Otra de sus hijas vive en los estados unidos y tiene mucho

tiempo de no verla; sus otros hijos los tienen cerca y constantemente esta compartiendo con ellos.

Estudió únicamente la primaria, porque en el lugar donde ella vivía no existían escuelas cercanas, para continuar sus estudios.

Nunca ha trabajado formalmente, solo al inicio de su matrimonio, que se dedicaba a lavar ropa ajena, y cuando la campaña del Lic. Cerezo, trabajó de cocinera para la familia de él. Después de esto solo se ha dedicado a los oficios de su casa.

Es una persona líder en su iglesia, se dedica a la consejería especialmente con jóvenes, con sus vecinos tiene buena comunicación, siempre se comparten recetas y comida. Mantiene comunicación tanto con hombres como con mujeres.

Su menarquia fue a los 17 años, posterior a esto no presentó ninguna molestia, todo transcurrió sin problemas. Su primera relación sexual fue a los 18 años, con su única pareja sexual, las cuales siempre fueron satisfactorias, piensa que satisfacía a su esposo y dice que "una técnica que le fue placentera, fue la de moverse y participar mucho en las relaciones sexuales. También el presionar fuerte el miembro de su esposo con la vagina". Nunca contrajo enfermedades venéreas.

Señora senil, físico delgado, tez morena, pelo liso, largo y canoso; ambulatoria, con demostraciones afectivas. Tiene recuerdos de su matrimonio, sobre sus enfermedades y de acontecimientos cercanos. Sus ideas giran en torno a Dios y su religión. Atiende la entrevista sin distraerse. Sabe quién es, en donde se encuentra y en que día está. Sus sentimientos se concentran en lo que puede estar pasando su hija con deficiencia mental, y su hijo que está preso. Desconoce la realidad de su enfermedad y le preocupa que cada día se le dificulte el respirar. Su lenguaje es fluido, claro, con tono de voz suave. Su ánimo es optimista, aunque en momentos decae por las molestias.

RESULTADO TEST PIL: Indeciso

DIAGNOSTICO: Ambivalencia de objetivos.

CONCLUSION:

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

La paciente al inicio manifestó preocupación y desconcierto, por tener esperanzas en vivir, para cuidar de su hija de retraso mental y su hijo que se encuentra preso, o bien, el morir con tranquilidad, (ambivalencia). Se desanimaba cuando tenía molestias físicas, momentos en los que pedía milagros para sanar. En las últimas sesiones refinó desear irse a su casa y vivir lo que Dios le permita. Aceptó desde su ingreso que estaba enferma con probabilidad de una recurrencia cancerosa, pero deseaba comprender bien lo que le sucedía, luego de varios estudios médicos no lograron establecer el problema específico, esto le creó momentos depresivos, mostrándose pasiva, pero al finalizar las sesiones y con ayuda de la introspección comprendió que lo único que debía hacer era esperar la decisión de Dios tranquilamente en su casa.

Creó una familia, sus experiencias le permitieron realizarse en el arte culinario, compartir experiencias matrimoniales orientando a parejas jóvenes, realizándose como mujer y esposa mantenía una actitud optimista y valiente ante el dolor físico.

Planeó su sepelio con música, cantos y predicación y que la sepultaran junto a su familia. Recibió sesiones de relajación, obteniendo bienestar, comodidad que la conducían a dormir y descansar. La enfermedad aumentó su fe en Dios, consideró que valió la pena vivir y sintió estar preparada para morir, siempre mostró agrado por la atención que se le brindaba.

PACIENTE 9 de 43 años, nació en Escuintla, reside en el mismo lugar, estudió hasta 4to. primaria, es ama de casa, de religión católica, es casada, asiste al seguro social en calidad de beneficiaria.

Ingresó al IGSS: por cáncer de cérvix IV A más metástasis a ovarios. Complicaciones cardíacas.

La paciente consultó en el hospital de Escuintla, porque aproximadamente hace un mes, inició con dolor en el área del hepigástrico y presencia de masa abdominopélvica. El día 27/5/97 fue trasladada a la ginecología con sospecha de un

cáncer de ovario. Refiere que hace un año fue operada de una histerectomía abdominal por cáncer de cérvix. (No quitaron ovarios).

Esta noticia le causó preocupación por sus hijos, dejándola desanimada.

Paciente comenta que es la mayor de cinco hermanos, con quienes tiene muy poca comunicación debido a que se encuentran en el extranjero, su madre falleció hace 16 años (fue asaltada) en manos de delincuentes, su padre es una persona de edad avanzada que vive en la Democracia. Por lo tanto su única y verdadera familia, son sus tres hijos (15, 17 y 18 años) y su esposo.

Vive con sus tres hijos y esposo, con quienes mantiene muy buena comunicación y mucha unión. Considera que ella ha sido muy estricta con sus hijos, porque cuando el mayor perdió quinto Perito Contador, decidió que fuera a trabajar y que hasta el próximo año lo inscribiría nuevamente. Su esposo es un hombre trabajador en el área de la electricidad.

Solamente estudió hasta cuarto primaria no continuó por motivos económicos y de distancia, aunque le agradaba estudiar.

Nunca ha trabajado, siempre se ha dedicado a las tareas del hogar.

Cuenta que tiene muchas amigas cercanas a su casa, a una de sus vecinas la quiere como a su hermana, varias veces la ha visitado en el hospital y la mantiene enterada de sus hijos, les ayuda en los quehaceres de la casa; Y lo que se refiere a sus demás vecinas, le han enviado saludos, porque no pueden visitarla personalmente. Otra de sus vecinas es su comadre a quién le tiene mucha confianza; por lo general todas sus amistades son vecinas.

A los 14 años se presenta su menarquia, sostiene su primera relación sexo genital a los 24 años, con su esposo quien es su única pareja sexual. Tuvo tres gestas y tres partos sin ninguna complicación. Nunca ha padecido de enfermedades venéreas.

Señora de 43 años, cabello corto, negro, liso, de tez morena, delgada, con aspecto decaído; la mayoría de veces se encuentra acostada con poco movimiento de sus músculos. Recuerda los acontecimientos a lo largo de su vida, de su enfermedad y

situaciones recientes. Toma decisiones sobre su vida diaria. Le es difícil atender la entrevista cuando está fatigada. Sabe quién es, en donde está y qué día es hoy. Sus pensamientos giran al rededor de su enfermedad y el bienestar de sus hijos. Esta consciente de la enfermedad que tiene y de sus consecuencias. Su lenguaje es lento y muy suave, se le dificulta expresar sus sentimientos. Constantemente se observó triste, decaída y un tanto apática.

RESULTADO TEST PIL: Indeciso

DIAGNOSTICO: Ambivalencia de objetivos.

CONCLUSION:

La paciente se encontró preocupada y ansiosa por la separación familiar, iniciando una fase depresiva, este estado de ánimo provocó una recuperación quirúrgica lenta, pero cuando las visitas de sus familiares se hicieron más constantes, mostró mejorías físicas y emocionales. La terapia de apoyo contribuyó a reducir la ansiedad; aceptó la enfermedad pero no el morir, porque consideraba que sus hijos aun la necesitaban. Se encontraba en proceso de cambiar el dolor emocional

Creó una familia y se dedicó a ella, experimentó la realización de ser madre a través de tomar decisiones para el bienestar de sus hijos, mostró una actitud protectora. No recibió relajación por lo delicado de su estado físico. Con el tratamiento comprendió que la enfermedad aumentó su fe y unió a su familia, considerando que ha valido la pena vivir.

PACIENTE 10 de 61 años, nació en Guatemala en julio de 1935, reside en la capital, se graduó de secretaria comercial, es ama de casa, de religión católica, es viuda, asiste al seguro social en calidad de beneficiaria.

Ingresó al IGSS: por cáncer de cérvix III B con tratamiento de quimioterapia.

En mayo de 1996 observa flujos vaginales abundantes por lo que consulta al centro de salud de su colonia, donde le proporcionaron unos óvulos, que la aliviaron,

pero en noviembre inicia con hemorragias vaginales constantes y es referida al Roosevelt, donde la atienden de emergencia. Aquí diagnostican cáncer de cérvix III B, pero no se lo informan. Por tal razón inicia tratamiento de quimioterapia en la unidad de oncología del IGSS; siendo su primera dosis el 3 de febrero de 1997 y la segunda el 3 de marzo de 1997.

Su madre era originaria de Jalapa, falleció hace 36 años de una insuficiencia renal y su padre era de origen Oriental (China- Cantón), hace 24 años que falleció de una diabetes.

Recuerda que a los 6 años, se paraba detrás de una puerta a tomar pacha porque le daba vergüenza, que a su edad tomara pacha. Jugaba con sus juguetes y sus hermanos, siendo la tercera de 5 hermanos. Vivían en la zona 1, su padre tenía una fábrica de camisas en la que ayudaba toda la familia a coser o vender. También ayudaba en los quehaceres de su casa, aunque siempre hubo servidumbre" su mamá les dejaba tareas para que aprendieran el trabajo de la casa."

A los 12 años visitaba a su mamá en el hospital, por que ella sufría de "ataques", nunca supo la enfermedad exacta que padecía, pero por cortos tiempos asistía al hospital durante un periodo de 5 años; mientras su mamá no estaba eran atendidos por la servidumbre. Recuerda que se enfermaba de hemorragia nasal, varicela, sarampión, paperas, ulcera gástrica. La relación entre su familia fue buena, su padre tuvo problemas económicos y fracasa su almacén por mala administración, lo que la obligó a trabajar y dejar sus planes de estudios universitarios.

A los 18 años tuvo su primer novio, pero fue hasta el tercer novio que decidió casarse a la edad de 25 años, él era músico, tenían buena relación y antes de casarse fueron novios 3 años, refiere que al principio le costó adaptarse pues él tomaba mucho, pero sus suegros le ayudaron mucho para mantener su matrimonio.

Consideró que llevaba una buena vida, no le faltaba nada, Tenía casa propia y el dinero suficiente para poder cuidar de sus hijos, sin tener que trabajar, tuvo tres hijos varones a quienes se dedicó siempre. Su esposo la engañó con una enfermera del hospital general, con quién tuvo una hija, y decidió abandonarla para irse a vivir con ella (por 1 año) pero continuó dándole dinero, pero la otra señora no lo aguantó y lo

saco de su casa; ella lo aceptó de nuevo, sin molestarle porque él siempre fue responsable económicamente. Murió de cirrosis, le hace mucha falta, aunque gracias a él aun disfruta de su pensión, por la que recibe su dinero y su tratamiento hospitalario, lo que aun le agradece.

Actualmente vive con dos de sus hijos, dos nueras, y 5 nietos. Mantiene buena relación con sus nueras, han tenido desavenencias a consecuencia de los niños, pero sin importancia ni consecuencias. Defiende a sus nueras de sus hijos para que las respeten. Le agrada cuidar a sus nietos, pero lo hace en compañía de una nuera que no trabaja. A los otros tres nietos los cuidan sus consuegros, pues su nuera prefiere no ponerle trabajo. Su otro hijo vive en EE.UU. de quien recibe noticias cada cierto tiempo.

A los 7 años inició sus estudios de párvulos en el colegio Inglés Americano, donde estudió hasta graduarse de Secretaria Comercial en Inglés. Siempre tuvo buena relación con sus maestros y autoridades, solía reunirse más con las niñas de su edad; asistía a las actividades deportivas y sociales del colegio donde mantenía contacto con los compañeros. Refiere que debía sacar equivalencias de bachillerato para continuar en la universidad, fue en esta época cuando su padre fracasó y tuvo que abandonar sus estudios.

Desde la edad de 10 años ayudó en la fabrica de sus padres. Laboró 4 años como secretaria en Café Corona. Luego 3 años en la Distribuidora Eléctrico Musical y por su cuenta, acompañada de sus hermanos por dos a tres años aproximadamente. Luego del nacimiento de su primer hijo dejó de trabajar para dedicarse a sus hijos.

Comenta que tiene muchas amistades en su colonia, a quienes visita por la tarde, también teje, cose y otras manualidades para entretenerse. Visita la iglesia.

Notó el apareamiento de busto a los once años y también se presentó la menarquia, la cual le impresiona por no estar informada, pero la muchacha de servicio le explica, ya que su madre estaba hospitalizada, al regresar esta la orienta. A los 23 años, inicia su vida sexo genital con un médico, con quien las relaciones eran agradables y satisfactorias, pero solo fueron tres veces, ya que ella descubrió que él

era casado y no le gustó seguir la relación así. Al casarse sus relaciones eran agradables, la frecuencia era según la demanda de su esposo, ella se insinuó pocas veces. Tuvo tres gestas, tres partos normales, y estuvo contagiada una sola vez de una enfermedad venérea.

Señora de edad senil, de tez blanca, pelo escaso y canoso, permanece acostada en su cama, canalizada. Recuerda acontecimientos de su niñez, las actividades que ejecutó al ingresar al hospital y los acontecimientos de hace 10 minutos. Cuando hay una dificultad en casa, ella la resuelve de la mejor forma. Atiende la entrevista sin distraerse. Sabe quién es, en donde está y qué hora es. Sus pensamientos se concentran en que ha tenido una vida buena sin penas económicas. Desea comprender la enfermedad que tiene, pues sospecha que es grave, por el tratamiento que recibe. Su lenguaje es claro y normal y su producción verbal es buena. Su ánimo es optimista y amable.

RESULTADO TEST PIL: Presencia de objetivos.

DIAGNOSTICO: No presentó Neurosis noógena.

CONCLUSION:

La paciente mantenía buen ánimo, tranquila y optimista, consideraba que su vida era buena ya que siempre tuvo solvencia económica, parecía no preocuparle la enfermedad o la quimioterapia, con lo que mostraba una depresión encubierta que fue superando con la realización de introspección en el transcurso del tratamiento, logrando manejar su dolor emocional.

Se orientó a la paciente a comprender que el tratamiento de quimioterapia que recibía era por problemas de cáncer, a lo que respondió aceptando su enfermedad con una actitud optimista y valiente.

Creó una familia y se dedicó a ella por completó, le agradaba realizar manualidades y consideró que estas experiencias le ayudaron a realizarse como madre, Recibió sesiones de relajación donde logró disminuir la tensión corporal y sentirse cómoda. Siempre mostró agradecimiento por las visitas realizadas.

PACIENTE 11 de 57 años, nació en una la aldea del Progreso en 1940, reside en Ciudad Peronia, estudió hasta 2do. primaria, es comerciante, de religión evangélica, es viuda, asiste al seguro social en calidad de beneficiaria.

Ingresó al IGSS: por Cáncer de cérvix IV B

En febrero de 1996 fue ingresada por hemorragias disfuncionales y luego de estudios diagnosticaron cáncer de Cérvix III B, lo que le provoca miedo a morir por remordimientos del pasado, iniciando con tratamiento quirúrgico (histerectomía abdominal) continuando con tres ciclos de quimioterapia, posterior a esto aun presentó leves hemorragias. Recayó e ingresa nuevamente en condiciones poco favorables, para tratamiento paliativo.

La paciente refiere que de niña jugaba con primos hermanos y amigos. Ayudaba a cuidar los animales de la granja y a sus hermanos pequeños, a traer paja, además en otros quehaceres como cuidar colmenas; recuerda que de niña padeció abuso físico (fue golpeada) y luego abandonada por sus padres. A los 16 años se vino a la capital para trabajar en oficios domésticos. Su padre falleció de un cáncer de hígado y su madre de un derrame. A los 20 años se unió a su primer pareja con quien procreó 2 hijos y fue abandonada, por lo que optó dejar a sus hijos regalados con vecinos y familiares. A los 25 años se unió a su segundo marido, con quien procreó tres hijos y falleció, ebrio en un accidente.

Vive con su última hija de 15 años, quien la cuida, piensa que sus hijos mayores son ingratos y no la apoyan. Tiene tres nietos; pero no tiene relación con ellos.

Refiere que estudió hasta segundo año, pero no le gusta escribir por que su letra es muy "chueca" y lee poco. No continuó sus estudios por "pereza".

No recuerda a que edad inició a trabajar en oficios domésticos, fue propietaria de una cantina por varios años, luego cuando tenía mucha necesidad fue a solicitar un puesto a la terminal y comenzó a trabajar en su propio comedor, forma en la que se ganó la vida últimamente.

Refiere que tiene amistades por su casa, en la terminal, aunque también hay enemigas, por que ella tenia mucha clientela.

La primera relación sexogenital fue a los 20 años, la cual fue dolorosa y al continuar dejaron de serlo, "estaba loca ese día"; con su otro esposo "discutían en la cama", por problemas. Cuando fue propietaria de la cantina, tuvo muchas parejas sexuales. Tuvo 5 gestas y cinco partos.

Señora de aspecto senil, delgada, pelo pintado al hombro, canoso, liso y desarreglado, mantiene sus ojos cerrados y en pocas ocasiones los abre; Su piel (en lo que se observa, brazos, pecho, cara) es muy reseca; refiere tener sed, toma agua, manifiesta nauseas, se queja con sonidos guturales, vomita en ocasiones. Refiere que se le olvidan las personas, sabe que le colocaron el suero ayer, su nivel de raciocinio está decayendo, pues le es difícil comprender o no desea entender por qué no regresa a su casa, por qué no mejora y por qué no camina. Imagina fantasmas, ángeles, demonios, ve que hablan entre ellos, no sabe exactamente si oye voces. Atiende la entrevista aunque suele fijarse en el tema de su elección y con dificultad se logra seguir la entrevista. Sabe quién es, en donde está y qué día y hora son. Su pensamiento es variable, hoy piensa en su relación hombre - Dios, y en su curación. También mencionó que no puede morir porque le debe a una persona Q700.00 y que debe pagarlos para descansar. Sabe qué enfermedad tiene y su gravedad pero no la acepta. Su lenguaje es lento, pero fluido, con tono ronco, y gargareado; es difícil de entenderle porque aumenta y disminuye el tono de voz. Su animo es depresivo, aburrido, a la vez desesperada e inquieta.

RESULTADO TEST PIL: Vacío Existencial

DIAGNOSTICO: Neurosis noógena.

CONCLUSION:

La paciente se mostró angustiada, preocupada, desesperada por la evolución de la enfermedad, con baja autoestima y culpa por los hechos del pasado y especialmente por no tener el amor de sus hijos por habertos regalado. Manipulaba la atención del personal y se mostraba colérica cuando no lo conseguía, los

remordimientos le producían temor a morir, ubicándola en fase de regateo. En los últimos días antes de su muerte refinó alucinaciones visuales y auditivas, como ser visitada por familiares muertos, ángeles y demonios. Hubieron varios momentos de catarsis manifestados por llanto, gritos, acompañados de irritabilidad corporal, para llamar la atención del personal paramédico, sin lograr disminuir su ansiedad y agresividad. En varias ocasiones se le solicitó a grupos religiosos para que oraran por ella y alcanzar el perdón de Dios, sentimiento que no logró desaparecer debido a que ella nunca se pudo perdonar, razón por la cual no logró manejar su dolor emocional.

La paciente se sintió bien con las visitas, pero por su estado emocional no le agradaba enfrentar el sentido del sufrimiento.

Recibió sesiones de relajación sin notarse ningún cambio. Tuvo un desenlace lento y angustioso, permaneció en coma por tres días convulsionando.

PACIENTE 12 de 23 años, nació en Tiquizate en diciembre de 1973, reside en la capital, estudió hasta 3ro. primaria, trabaja como operaria de maquila, cree en Dios, es soltera, asiste al seguro social en calidad de afiliada.

Ingresó al IGSS: por cáncer de cérvix II B

Refiere que antes de quedar embarazada observó un flujo blanco con mal olor, durante el embarazo recibió tratamiento para infección urinaria, y cesaron las molestias. Después del parto, tuvo 20 días de sangrado, permaneció bien por 5 días y al cabo de este tiempo, inicia con hemorragia disfuncionales nuevamente, sintiéndose mareada y débil, es llevada a la emergencia del IGSS; en donde luego de análisis le diagnostican un cáncer de cérvix II B, pero no se lo informaron, por tal razón no comprendía la importancia del tratamiento médico.

Recuerda poco de su niñez, jugaba con otros niños, con juguetes y otros materiales ya que eran pobres; a los 14 años vino a la capital para trabajar en una casa cuidando a un niño. Un día al salir a comprar sola se perdió y al cruzar la calle la

atropelló un microbús, fue hospitalizada durante tres meses, por múltiples fracturas en piernas y pecho.

Se fue a su pueblo y después de un año regresó a trabajar con los mismos patrones, pero atendiendo una panadería, donde conoció a su marido quien trabajaba de chofer de camioneta, se unió con él a la edad de 16 años y fue a vivir a Tierra Nueva con su suegra, quien no la aceptaba por ser 10 años menor que su hijo; pero luego de quedar embarazada de su primer hijo, ya la fue aceptando. Cuando estaba embarazada de su 2do. Hijo, su esposo no llegó por 3 días y ella pensando en que estaría sucio por su trabajo le llevó ropa, donde lo encontró con otra mujer y decidió iniciar la separación legal para que pasara la pensión de sus hijos, por unos meses la pasó, luego tuvo que ser detenido por incumplimiento de responsabilidad y desde esa vez ella no lo ha molestado más, desea sacar a sus hijos adelante sin ayuda de nadie para sentirse orgullosa de sus hijos. Hace más de un año inició una relación con un muchacho de su edad quien le ha pedido formalizarse pero ella no desea unirse, ni tener compromiso con nadie; hace 1 mes tuvo un hijo de él, ella refiere que él es bueno quiere a sus otros hijos y sabe que sería muy bueno como padre pero no desea compromisos con nadie.

Su familia se compone de sus tres hijos y ella; refiere que como sus hijos están pequeños no le dan problema, los cuida su suegra y actualmente los cuida su madre; extraña a sus hijos.

Estudió solo hasta tercero primaria, porque no le gustaba la escuela y prefirió trabajar.

Su primer trabajo fue a los 14 años de niñera en esta ciudad, luego del accidente se retiró de trabajar por 6 meses, luego regresa y se ubica con los mismos patrones en una panadería donde no trabajó el año completo, porque se unió a su marido. Luego de separarse vendía tostadas con su mamá; actualmente tiene casi un año de trabajar en una maquila de la zona 1, donde le agrada trabajar porque le pagan según su esfuerzo, ha llegado a recibir Q2, 000.00 mensuales y lo menos Q600.00 cuando no hay trabajo. Tiene buena relación laboral y no ha tenido problemas con nadie.

Comentó que entabla conversaciones con las personas con facilidad, si ellas inician una plática. Tiene muchas amistades de su trabajo a quienes visita a veces, en su casa no conoce a mucha gente porque no pasa tiempo allí, por su trabajo.

Desarrolló a los 13 años, no recuerda a qué edad apareció el busto, pero si que le dolía al tocarlo, su primera relación sexual fue con su marido a los 16 años, fue molesta y dolorosa pero con el tiempo fue satisfactoria. Ha tenido dos parejas sexuales, su actual pareja, padre de su tercer hijo con quien aun mantiene relaciones sexuales, son agradables y satisfactorias. No ha tenido enfermedades venéreas, solo infecciones vaginales. Sus tres partos han sido normales y sin complicaciones.

Señora joven, de estatura media, pelo liso, negro, al hombro, tez morena clara, delgada; permanece en reposo y muy accesible a la conversación. Con dificultad recuerda acontecimientos de su niñez, pero tiene presentes los sucesos de su desarrollo, comenta el inicio de su enfermedad y acontecimientos del día de hoy. Planea objetivamente su vida especialmente en lo relacionado con la vivienda (pensando en el futuro de sus hijos). Atiende la entrevista y participa de ella. Sabe quién es, en donde se encuentra y qué día es hoy. Sus pensamientos se ubican en el bienestar de sus hijos y en obtener una casa para ellos. No sabe con claridad qué enfermedad tiene y los riesgos que la misma implica. Su lenguaje es claro, fluido, con voz normal. Su ánimo decae cuando está hospitalizada, ya que se ve separada de sus hijos al igual que le es imposible trabajar.

RESULTADO TEST PII: Presencia de objetivos.

DIAGNOSTICO: No presentó neurosis noógena.

CONCLUSION:

La paciente se preocupaba por estar lejos de sus hijos pero se mostraba animada, comunicativa, colaboradora, se esforzaba por alcanzar sus metas motivada por sus hijos. Aceptó la situación de su enfermedad manejando su preocupación por medio de autoanálisis, comprendió que necesitaba estar hospitalizada y recibir tratamiento médico para mejorar físicamente, beneficiándose ella y sus hijos con lo cual logro manejar su dolor emocional.

Creo una familia, se realizó laboralmente motivada por el amor a sus hijos y tuvo una actitud valiente y madura ante la vida a pesar de su corta edad. No recibió sesiones de relajación, por permanecer periodos muy cortos en hospitalización. Manifestó agrado en las sesiones por el apoyo que se le brindaba.

PACIENTE 13 de 71 años, nació en Guatemala en 1926, reside en la capital, estudió hasta 6to. primaria es ama de casa, de religión católica, es separada, asiste al seguro social en calidad de jubilada.

Ingresó al IGSS por cáncer de cérvix IV B con metástasis a colón.

Considera que su enfermedad inició en el año 1993, a partir de un quiste en el ovario, el cual fue operado, posteriormente en el INCAN luego de una evaluación, le detectaron cáncer de cérvix y le administraron radioterapia, pero esta le causó quemaduras, luego la enfermedad continuó avanzando lentamente hasta que le causó una fístula, es aquí cuando ella consulta al IGSS donde después de varias evaluaciones y exámenes deciden realizarle colostomía. (7/6/97) Por que tenía metástasis en colon. A partir de este momento ella permaneció hospitalizada hasta el 24/3/97 día en que falleció. Al confirmar el avance de su enfermedad se mostró tranquila pues lo sospechaba y consideraba que había vivido su vida.

Se crió en una familia integrada, pero su padre fue un hombre alcohólico, que le hizo la vida imposible a su madre, fueron siete hermanos (cuatro mujeres y tres hombres), donde ella ocupa el quinto lugar. Se casó a la edad de veinticuatro años, al inició su matrimonio fue muy bonito, pero empezó a sufrir pronto porque su esposo era alcohólico y jugador de billar y la dejaba mucho tiempo sola.

La paciente manifiesta sentir mucho dolor emocional, por recuerdos de su vida, uno de ellos es por haberse separado hace muchos años de su primer esposo y se siente culpable porque se debió a que ella era muy celosa y cree que su esposo se cansó de eso, por lo que él decidió irse a vivir a Venezuela. A partir de ese momento su vida fue un tormento llena de culpas y confiesa que asistió a centros de brujería

para ver si volvía, pero todo fue inútil. Pasado algún tiempo trató de hacer su vida con otro hombre, pero con él nunca se sintió feliz, porque siempre la hizo de menos y hoy se da cuenta que el recuerdo de su primer esposo aún permanece vivo, y cree que si ella no hubiera sido tan celosa, toda su vida fuera diferente y sus hijos hubieran disfrutado del cariño de su padre.

Su círculo familiar actual se limita exclusivamente a sus dos hijos, dos nietos, nuera y yerno. Vive en casa de su hija, cuando se agudizó su enfermedad decidió y prefirió permanecer hospitalizada (9 meses) para que su hija no tuviera que lavar ropa ni cuidarla porque también tenía que cuidar a sus hijos pequeños.

Su padre le dio estudios, solo hasta sexto primaria, de lo cual recuerda ser muy inteligente, le gustaba ir a la escuela y le hubiera agradado continuar los estudios pero no podían sostenerla.

Inició a trabajar desde la edad de 18 años como ayudante de transcripción en la aduana, luego de estar en ese cargo por mucho tiempo paso a ser oficinista (secretaria), donde se jubila luego de 20 años de trabajo.

Recuerda que desde pequeña sus amigas siempre fueron mujeres, esto fue porque a su papá no le agradaba que se comunicara con los hombres. Cuando ella se casó su esposo le impedía tener amigos, así que su círculo de amistades siempre fue reducido y exclusivo, de amistades femeninas.

Su menarquía se presentó a los 14 años y el apareamiento de busto a los 12 años, su primera relación sexogenital fue a los 24 años, con su primer esposo, la cual le pareció agradable, satisfactoria, a pesar de sus dificultades. Las relaciones con su segunda pareja sexual fueron frustrantes, pues ella sentía no amarlo, lo cual le impedía sentirse bien con él. Tuvo dos embarazos y dos partos normales sin complicaciones.

Paciente de rostro pálido, tez clara, cabello corto, liso y canoso, delgada. Su conducta por lo general es pasiva, siempre se le observó en reposo y con poca movilización. Tiene presentes recuerdos de su niñez, de toda la evolución de su enfermedad y de las visitas del día de ayer. Capaz de resolver problemas suscitados a consecuencia de su enfermedad. Esta orientada en persona espacio y tiempo. La

mayoría de pensamientos giraron con relación a Dios y su religión. Estaba consciente de su enfermedad y del desenlace de esta. Su lenguaje fue claro, coherente, preciso y con tono de voz suave. Su ánimo la mayoría de veces depresivo.

RESULTADO TEST PIL: Vacío existencial

DIAGNOSTICO: Neurosis noógena.

CONCLUSIÓN:

La paciente ventiló libremente su problemática, manifestando sentimiento de culpa, baja autoestima por los acontecimientos con sus cónyuges, a través de la introspección comprendió que aunque actuó mal con ellos ya no tenía que sentirse culpable porque Dios la había perdonado. También mostró aburrimiento y pasividad por el largo período de hospitalización en reposo y sin movilidad. Tenía esperanzas de recobrar su salud, pero con el transcurso de las sesiones comprendió que había llegado el momento de esperar el desenlace final, en donde podría realizar la misión que Dios le encomendó y que consistía en recabar peticiones en un cuaderno y que al morir debía llevarse a él. En las últimas sesiones se observó el manejo del dolor emocional, lo que le permitió un desenlace tranquilo como lo había planeado.

Creo una familia, se realizó laboralmente y como madre su actitud fue optimista y valiente ante el dolor físico.

Recibió sesiones de relajación permitiéndole disminuir su ansiedad, meditar asuntos pendientes y la conducía a dormir y descansar. Manifestó agradecimiento por el apoyo brindado.

PACIENTE 14 de 49 años, nació en Santa Lucía Cotzumalguapa 1948, reside en la capital, estudió hasta 6to. primaria y auxiliar de enfermería, es ama de casa, de religión católica, es viuda, asiste al seguro social en calidad de jubilada.

Ingresó al IGSS: por cáncer de cérvix IV B.

Su problema inició cuando el estómago se le empezó a "inflamar" de un día para el otro, causándole preocupación, por lo que inmediatamente fue al médico quien le hizo un ultrasonido y al tener el resultado le dijo que tenía que operar rápido; ella lo platicó con sus hijos quienes estuvieron de acuerdo. Por lo tanto fue operada en una clínica particular. Posteriormente los médicos le informaron que debían darle tratamiento con quimioterapia, por lo que decide consultar el IGSS; porque ese tratamiento está fuera de sus alcances económicos, al ser evaluada por el doctor Campbell le ordena 6 ciclos de quimioterapia durante un año, al terminar fue evaluada nuevamente y los resultados de tomografía revelaron que su enfermedad había desaparecido. Pero meses después vuelve a tener molestias y observó que el abdomen le crecía y se le dificultaba respirar, por lo que consultó al doctor García, quien le da ingreso para tratamientos paliativos.

Proviene de una familia integrada, fue hija única; a la edad de 16 años se casó, con quien vivió 16 años y engendraron dos hijos varones, recuerda que fue un hombre muy responsable amoroso, cariñoso, dedicado a su familia. La tenía con todas las comodidades, compartían todo, tiempo, viajes, dinero, etc. Recuerda con exactitud que al regresar de un viaje sufrieron un accidente y su esposo muere al instante, quedando ella sumamente lesionada (fracturada), su recuperación se llevó más de un año, tiempo en el cual planeó suicidarse, porque no aceptaba, ni soportaba la muerte de su esposo; pensaba que ella no era necesaria para sus hijos, que su mamá los podría cuidar. Pero lamentablemente su madre al año y medio falleció su esposo muere; este hecho la enfrenta a la vida, sola y donde tenía que luchar por sus hijos.

Su familia ha estado formada por sus dos hijos. Actualmente vive en la casa de su hijo mayor, con su nuera y dos nietos, pero también es muy frecuentada por su hijo menor y nuera, mantiene buena comunicación con la familia.

Estudió únicamente hasta sexto primaria, recuerda que fue una buena estudiante, asistió a una escuela pública, fue muy apegada a la maestra porque la consentía. No continuó estudiando porque su padre no tenía las posibilidades

económicas, para cubrir sus gastos. Cuando tenía 45 años, decidió estudiar para auxiliar de enfermería, donde se recibió con buenos resultados. Pero no trabajó en esto, porque sus hijos le dijeron que no era necesario; Por lo que se dedicó a servir a los ancianos del asilo.

Por ser hija única, sus padres trataron de solventar sus necesidades sin lujos, al casarse su esposo fue un hombre muy responsable quién pensaba no debía trabajar. Cuando este falleció y su indemnización se terminó se vio obligada a trabajar en una zapatería donde laboró por tres años; se retiró por mejoras laborales a otra zapatería, este trabajo le permitió sacar adelante a sus hijos, quienes se graduaron en la universidad.

Considera que es una persona sociable, le gusta comunicarse, tiene pocos amigos pero piensa que cuando existe verdadera amistad son pocas con las que se puede dar. No se le dificulta el hablar con los hombres, incluso puede llevarse bien con personas jóvenes.

Únicamente tuvo una pareja sexual que fue su esposo con quién compartió una vida sexual muy activa y siempre expresaron sus deseos. Después de la muerte de su esposo no hubo otra pareja sexual. Tuvo dos embarazos y dos partos normales.

Es una señora de edad adulta, alta, delgada, pelo corto y canoso, tez clara, su aspecto es demacrado, pero refleja que es una persona cuidadosa de su limpieza e higiene; permanece siempre en reposo en su cama. Recuerda acontecimientos trágicos y alegres, como la muerte de sus familiares y la satisfacción de sus hijos, recuerda claramente como inició su enfermedad, y las visitas que recibió ayer. Toma decisiones y resuelve sus problemas legales para el beneficio de sus hijos al morir ella. Atiende la entrevista y participa de la misma. Esta consciente del lugar donde ésta, de la fecha y de quién es. Tiene pensamientos variados, como familia, enfermedad, negocios, etc. Acepta que su enfermedad es terminal y que su vida tendrá un final corto, pero mientras tanto disfruta y aprovecha lo que tiene. Su vocabulario es fluido, con tono de voz normal. Es animada.

RESULTADO TEST PIL: Presencia de objetivos.

DIAGNOSTICO: No presentó neurosis noógena.

CONCLUSIÓN:

Paciente comunicativa, tranquila, consciente de su problemática, satisfecha por el logro de sus metas; Consideraba que nadie se muere ni antes ni después de lo planeado por el creador y esperó su desenlace tranquilamente. El autoanálisis la ayudó a comprender que era necesario prepara a su familia para enfrentar su partida.

Creó una familia, se realizó como mujer, madre y trabajadora; la experiencia de la perdida de su esposo la ayudó a tomar decisiones hasta el día de su muerte. Su actitud fue madura, optimista y valiente ante el dolor y el sufrimiento.

Recibió sesiones de relajación logrando comodidad, bienestar, descanso y meditar asuntos pendientes, refinó haber continuado esta técnica en su casa. Su enfermedad y sufrimiento aumentó su fe y consideró que valió la pena vivir. Mostró agradecimiento por la ayuda recibida en varias ocasiones.

PACIENTE 15 de 52 años, nació en Escuintla en julio 1944, reside en Nueva Concepción, alfabeta, ama de casa y comerciante de alimentos básicos, de religión evangélica, es separada, asiste al seguro social en calidad de beneficiaria.

Ingresó al IGSS: Cáncer de cérvix IV A

Refiere que pasó 6 meses con "aguajal" vaginal muy molesto y luego siguió con sangrados por lo que asistió al hospital de Tiquizate, donde la refieren al INCAN lugar donde le diagnosticaron un cáncer de cérvix y le dan tratamiento con radioterapia pero por cuestiones económicas solo recibió una semana y tramita la atención al seguro social, donde continuó recibiendo su tratamiento de radioterapia. No deseaba recibir tratamiento médico porque le desagradaba estar lejos de sus nietos y el no tener actividad.

Comentó que su niñez fue muy triste, su papá murió cuando ella tenía 7 años, en un accidente en el campo, quedando en la mayor de las pobreza, como su mamá no estaba acostumbrada al trabajo, se dedicó a vender tortillas y días comían y días no, a veces tenían ropa y no podían calzarnos porque eran 6 hijos, siendo ella la tercera; con el tiempo se fueron a vivir a la costa donde ayudaban a su mamá a pescar y camaronear. A los 12 años se independizó y empezó a camaronear sola, cuando tenía 17 años había un hombre que la pretendía, pero a ella no le gustaba, entonces se la robó, la drogó y la hizo suya, a los tres días la encontró la policía en la casa de él, su madre quiso casarla, pero ella no quiso; quedó embarazada al mes de vivir con él a la fuerza, pues la dejaba encerrada bajo llave, nunca lo quiso, tuvo dos hijos con él, pero siempre le daba el gasto incompleto y metía a otras mujeres en su casa y en su cama, estando ella presente (a veces dormían los tres en la misma cama). A los 8 años de vivir con él tomó la decisión de dejarlo y se fue con su niña, por que su niño murió a los tres meses "de mal de ojo". Al llegar con su mamá la regañó pues a ella sí le simpatizaba el hombre, se fue a trabajar en la agricultura, mientras su mamá cuidaba a la niña; luego de un tiempo se unió a un hombre que consideró bueno y se enamoró, con quien tuvo 4 hijos más pero hace 14 años se fue por mujeriego y boto. Hace 5 años adoptó a un niño (una señora ebria se lo vendió por Q15.00). En el último embarazo sufrió una caída en el quinto mes, le realizaron una cesárea y su bebe estuvo en incubadora, pero era muy pequeño y murió. Murieron dos de sus hijos del segundo matrimonio pero no recuerda de que.

Actualmente viven con ella 2 hijos, 7 nietos, una nuera, un yerno. Ella se dedica a cuidar sus animales de corral y a sus siete nietos que tiene a su cargo desde que su hija los dejó y se fue a vivir con otro hombre, su yerno le proporciona dinero para la crianza de sus 7 hijos ya que él también vive con ella. Su hija se fue hace tres años, tiempo en el que se ha dedicado de lleno a sus nietos. La relación con sus nietos es buena, los corrige a veces, pero la relación con su yerno es muy cortante e indiferente. Con sus otros hijos es poca la comunicación.

Comenta que no estudió por la falta de dinero y el desempleo de su madre, aprendió a leer y escribir un poco, con sus hijos y nietos.

Desde muy temprana edad inició a laborar. Pero a los 12 años lo hizo para su beneficio personal, camaroneando y de ésta forma ayudaba a su mamá. A los 15 años se fue a Tiquizate como cocinera en el banco Hipotecario, al separarse de su marido se fue a trabajar en casa de cocinera y de cultivar algodón. Actualmente vende en su casa pollo y verdura, para ayudar a su hijo y yerno quienes ganan muy poco.

Refiere tener buena relación con los vecinos, asiste a las actividades de la iglesia, reuniones o descansa en la hamaca.

El desarrollo de su busto fue a los 12 años y su menarquia a los 15 años, lo que la asustó y escondió su ropa, no dijo nada; con los meses le preguntó su mamá si ya había desarrollado y le explicó.

Cuando la robó el pretendiente la violó varias veces, por dos meses lo que fue muy molesto, él la buscaba cada 8 días y ella no se acostumbró nunca. Con su segundo marido las relaciones fueron más agradables por el amor que le tenía, la frecuencia de las relaciones fue cada dos o tres días, vivieron juntos 7 años. Tuvo 7 embarazos, 6 partos normales en casa, 1 cesárea en el hospital. Nunca planificó; tomó medicina de la comadrona por no poder concebir al inicio de la relación con su segundo marido.

Señora de tez morena, estatura baja, pelo negro, corto y ondulado, dentadura en mal estado, se comporta evasiva, algunas veces enojada y otras triste acompañada de llanto. Recuerda acontecimientos de su niñez, de su enfermedad y de las actividades del día de ayer. Resuelve las dificultades que se le presentan a diario. Afirma la entrevista aunque algunas veces pareciera que la evade. Sabe quién es, en donde está y qué hora es. Piensa con frecuencia en sus nietos y en lo que les puede pasar, porque su yerno tiene otra mujer y esto le preocupa. Sabe que tiene pero no lo quiere aceptar y se niega a recuperarse. Su lenguaje es suave, lento, decaído. Su ánimo es depresible, preocupado y con frecuencia llora o se manifiesta enojada e indiferente.

RESULTADO TEST PIL: Presencia de objetivos

DIAGNOSTICO: Neurosis noógena.

CONCLUSIÓN:

La paciente presentó un diagnóstico de neurosis noógena a pesar que el test pñ mostró presencia de objetivos, debido a que cuando ella ingresó al hospital su único objetivo era el criar a sus 8 nietos y esto solo lo podía lograr negando la enfermedad, pero al darse cuenta que está no le permitiría realizar esta meta se muestra triste, decaída, aburrída, angustiada por sus nietos, manifestó cólera, por la ausencia de visitas ya que se sentía abandonada. En las últimas sesiones no aceptaba comunicación con nadie, ni alimentos, se provocaba el vómito, con lo que provocó un muy mal estado físico, por lo que le suspendieron el tratamiento de radioterapia. Falleciendo el día de egreso en su casa. Por la mala condición en que se encontraba la terapia de apoyo no logró sus objetivos, por consiguiente no tuvo cambios en el manejo del dolor emocional.

Su único valor fue el crear una familia y realizarse como madre.

No recibió sesiones de relajación por el mal estado físico.

PACIENTE 16 de 46 años, nació en Jalapa en mayo de 1951, reside en Villa Canales, alfabeta, se dedica a la agricultura, religión evangélica, viuda, asiste al seguro social en calidad de afiliada.

Ingresó al IGSS: Cáncer de cérvix III B y tratamiento de quimioterapia.

Su enfermedad inició con fuertes hemorragias vaginales, por lo que consultó a la unidad de ginecología en marzo 96, y luego de una biopsia, le diagnosticaron cáncer de cérvix III B, iniciando con tratamiento de radioterapia por cinco semanas, continuando con implante uterino de radiación. Posteriormente egresa y se presenta a citas periódicas durante un año. Continuando con un ciclo de quimioterapia, consulta e ingresa el 3 de marzo de 1997 nuevamente por fuertes dolores a nivel sacro-lumbar, que le imposibilita movilizarse libremente, por lo que ha permanecido por

largo tiempo en reposo absoluto, causándole angustia y preocupación el estar lejos de sus hijos.

Refiere que ella se crió con una familia desde los dos años, porque su madre falleció y su padre la regaló con una familia de dinero. Tuvo una niñez difícil, pues le reprochaban lo que comía, lo que vestía y debía trabajar para ganarse el sustento en las fincas. A los años de soportar maltratos se escapó de su casa por dos días, cuando la encontraron la golpearon y por este motivo intentó matarse. Al cumplir 15 años conoció a sus hermanos, (son 4 hermanos mayores). A esta edad decidió casarse para poder dejar a la familia con la que vivía y se casó con un hombre alcohólico, que la golpeaba y la trataba muy mal al igual que a sus hijos. En varias ocasiones la engañó con otras mujeres, como incluso en una oportunidad que estuvo preso por cinco años una joven de 13 años vecina de ella, lo iba a visitar al presidio y a pesar de eso ella lo visitaba cada 15 días y le llevaba dinero. Cuando él quedó en libertad ella ya había cambiado y cuando él quiso pegarle nuevamente tomó la ropa necesaria, a sus hijos y se fue de la casa, pero antes de esto quemó lo que quedaba en su casa; fue así como logró separarse de él. Pasado algunos años y cuando tenía 36 años se une a su segundo esposo con quien tiene cuatro hijos, de los cuales viven tres, vivió con él 8 años porque él muere de un tumor en el cuello.

Su familia está conformada por tres hijos menores de edad (3,5,9 años), por quienes se preocupan, ya que actualmente están a cargo de su hijo mayor y su nuera pero a ella no le queda tiempo para atenderlos bien; por lo que su hija y su hermana los visitan constantemente. Mantiene un gran amor por sus hijos y los orienta en todo momento, está orgullosa de su hija de 9 años quien ha tomado la responsabilidad de sus hermanos sin quejarse y comprendiéndola.

Refiere que no fue a la escuela, porque las personas que la criaron, eran de la opinión que las mujeres no necesitaban estudio, porque rápido se casaban; a pesar de eso sabe hacer algunas cuentas, leer y escribir poco, que aprendió con sus hijos mayores.

Cree que toda su vida ha trabajado pero no formalmente, comenzó a trabajar fuera de su casa después de casarse, en una finca donde se dedicaba a la agricultura,

este ha sido su único trabajo durante 25 años. Actualmente esta tramitando su jubilación.

Asiste a una congregación religiosa (evangélica) en donde mantiene muy buena comunicación con todos los miembros, no se le dificulta conversar con hombres. También tiene buena comunicación con sus vecinos, quienes la ayudan con víveres para sus hijos.

Su menarquia fue a los 14 años, su primera relación sexual fue molesta, no sabía nada de lo que tenía que hacer. Cuando su esposo llegaba ebrio muchas veces la obligó a tener sexo y recuerda casi al final de su matrimonio a ella no le gustaba tener sexo con él, no recuerda haber sentido placer nunca. Pero con su segundo esposo cree que fue diferente, aunque al principio ella aceptó unirse, solo para que su primer esposo la dejara tranquila; el comportamiento de su segundo esposo fue muy diferente porque él era muy cariñoso y tenían relaciones solo cuando ella estaba de acuerdo.

Señora que refleja ser una persona humilde, sumisa, muy educada, sumamente creyente de la religión evangélica, con mucha paciencia; físicamente es morena, cabello negro, liso, trenzado, largo, permanece siempre en reposo. Recuerda los momentos difíciles que pasó en su niñez, la satisfacción de su segundo matrimonio, los síntomas de su problema lumbar y la visita de ayer. Se ingenia la forma de transportarse de su cama al baño, auxiliada de objetos. Atiende todas las entrevistas y comparte anécdotas de su vida, se siente agradecida de ser visitada. Sabe su nombre, que se encuentra en la gineco-oncología del IGSS y qué día es hoy. Su pensamiento gira alrededor de su fe en Dios a quien constantemente le pide, le conceda un tiempo más de vida para ver crecer a sus hijos. Es una persona que sabe que está enferma, pero a pesar de eso cree y tiene mucha fe que Dios puede hacer un milagro en ella. Su lenguaje es fluido, con tono de voz suave. Su estado de ánimo es por lo general pasivo, aferrado a la fe en Dios, aunque en las ocasiones de dolor físico se desesperaba llorando y gritando.

RESULTADO TEST PIL: Presencia de objetivos.

DIAGNOSTICO: No presentó neurosis noógena.

CONCLUSIÓN:

En las primeras sesiones se mostró comunicativa, triste y preocupada por sus hijos, debido a que su hospitalización fue sumamente larga, pasó por periodos de depresión y desesperación, a consecuencia del dolor físico, momentos en los cuales la Terapia de apoyo contribuyó a disminuir la ansiedad, acompañada de intención paradójica como complemento al malestar físico. En las últimas sesiones mejoró su estado de ánimo y se mostró más participativa, pero no abandonó la idea de que Dios haría un milagro para sanarla, debido a que a lo largo de su hospitalización fue evaluada por diversos especialistas, quienes no lograron establecer un diagnóstico preciso y en última instancia le administraron tratamiento fisioterapéutico.

El valor de creación lo encontró en su familia, su trabajo y elaborando manualidades, las experiencias la llevaron a realizarse como ama de casa y tomar decisiones para el bienestar de sus hijos. Mantenía una actitud responsable y madura.

A pesar de que no deseaba morir en corto tiempo planeó su sepelio en una forma sencilla y se sentía preparada para morir. Logró manejar su dolor emocional.

Recibió sesiones de relajación que le permitieron sentirse cómoda con sensación de bienestar que la conducían a dormir y disminuir su tensión corporal. Con la enfermedad aumentó su fe y amor a Dios. Consideró que la terapia le permitió organizar los objetivos de su vida.

PACIENTE 17 de 35 años, nació en Mazatenango en 1962, reside en la capital, estudió hasta 3ro. primaria, trabaja de empleada de servicios varios, religión católica, es unida, asiste al seguro social en calidad de afiliada.

Ingresó al IGSS: por cáncer de cérvix IV B.

Refiere que su problema inició aproximadamente hace un año, fue tratada en el INCAN por un tumor en su matriz, detectándole un cáncer de cérvix por lo que recibió

tratamiento de radioterapia por cinco semanas y luego implante uterino de radiación. Al terminar el tratamiento, los médicos le informan que su problema está resuelto y solo debía asistir a sus controles cada dos o tres meses; pero ahora vuelve a manifestársele con fuertes dolores a nivel pélvico, con salida de flujo amarillento, hemorragia, produciéndole náuseas y al asistir a la emergencia del IGSS el doctor le informó que tenía cáncer, esta noticia la dejó decaída, triste, pero a la vez se encomienda a Dios. Actualmente están completándole su protocolo de laboratorio para administrarle quimioterapia con fines paliativos.

Recuerda que a los 8 años falleció su papá, momento en el cual tuvo que verse obligada a trabajar para ayudar a su mamá ya que es la mayor de 6 hermanos; sus recuerdos son muy escasos pues su infancia terminó con la muerte de su papá; a los 16 años vino a la capital para continuar trabajando, pero a los 24 años conoce a su esposo, quién desde el inicio fue una persona alcohólica, irresponsable, y consentido por su madre, (advertencia que recibió por parte de sus cuñadas antes de unirse) pero a pesar de eso lo aceptó, y procrearon dos hijos varones (10 y 6 años).

Su familia está conformada por su esposo y dos hijos, residen en una casa que comparten con su suegra, y una cuñada, quien es la que se hace cargo de sus hijos en su ausencia. Actualmente está pensando en que antes de entrar a cualquier procedimiento ella quiere que su esposo le firme una carta donde sede la tutela de sus hijos a su cuñada en el caso de que ella falte. Debido a que ellos tienen las posibilidades económicas y porque su esposo no es una persona apta para cuidarlos, ya que cuando él está ebrio asusta y angustia a sus hijos. Pero a pesar de eso ahora que ella está enferma y hospitalizada su esposo se ha mostrado cariñoso y le propone que se casen cuando ella este mejor.

Refiere que solo estudió hasta tercero primaria, no siguió estudiando porque al ser la mayor la obligó a contribuir en su casa y luego a trabajar para aportar económicamente.

Inició a trabajar desde los 10 años en un almacigo, luego vino a la capital a trabajar en un colegio como encargada de la limpieza, por varios años y se retiró por

mejoras salariales a una empresa donde realiza actividades de limpieza y servicios varios.

No tiene amistades, solo compañeros de trabajo y se relaciona con su suegra y cuñada.

Su menarquia se presentó a los 14 años, su vida sexual la inició a la edad de 17 años, cuando era novia de su esposo, esta fue molesta pero la deseaba, lo único que lamenta es el hecho que ese día su esposo estaba sumamente ebrio, posteriormente, en muchas oportunidades las relaciones se dieron cuando el estaba ebrio y últimamente fueron muy escasas por que le producían mucho dolor.

Señora de apariencia joven pero sumamente demacrada, con pelo castaño, liso, corto y desarreglado, su tez es morena clara, de una estatura aproximada de 1.52 metro, permanece en reposo absoluto. Tiene recuerdos de su niñez muy escasos, sabe en que fecha la ingresaron al hospital y tiene recuerdos de los hechos suscitados al medio día. Es una persona que coordina y resuelve los problemas suscitados con su esposo y sus hijos. Está orientada porque sabe que esta en el hospital, sabe quién es y qué día es hoy. Sus pensamientos están centrados en la preocupación por sus hijos, quienes prácticamente se mantienen solos. Cuando se conversa con ella hay momentos en los que se distrae, especialmente cuando tiene dolor, sabe que enfermedad tiene, y de acuerdo a sus condiciones sabe que está en un estado terminal, aunque no desea morir. Su producción verbal es normal, su tono de voz es bajo en algunas ocasiones. Su animo es depresivo la mayoría de veces que incluso por momentos no desea conversar.

RESULTADO TEST PIL: Vacío existencial

DIAGNOSTICO: Neurosis noógena.

CONCLUSIÓN:

Paciente decaída, triste, insegura, frustrada, desesperada, aburrida, se deprimía por falta de apoyo de su esposo; manifestó cólera cuando tenía dolor físico y no era controlado por los analgésicos, en las últimas sesiones refirió haber mejorado la comunicación con su esposo y empieza a confiar en él. Sumado a esto el tratamiento

le dio mejoría física, disminuyendo el dolor y controlando la hemorragia vaginal, lo que mejoró su estado emocional, pero le creó una esperanza y el deseo de un milagro, razón por la que no logró manejar el dolor emocional. Esta situación podría parecer contradictoria, pero en realidad este tipo de pacientes suelen reaccionar bien a las primeras dosis de quimioterapia, pero en el transcurso del tratamiento se manifiestan severamente los efectos hiatrogénicos que llevan a la paciente a deprimirse.

Su valor de creación fue su familia y la realización en el trabajo. Tuvo la experiencia de tomar decisiones para el bienestar de sus hijos.

La terapia de apoyo y la relajación, contribuyeron a la reducción de la ansiedad y estados de cólera, mostró agrado por las visitas recibidas y en la última sesión sus pensamientos se concentraban en el deseo de vivir, lejos de su realidad.

PACIENTE 18 de 42 años, nació en Guatemala en noviembre de 1955, reside en Santa Catarina Pinula, estudió hasta 3ro. primaria, trabaja como cocinera, de religión católica, es casada, asiste al seguro social en calidad de afiliada.

Ingresó al IGSS: por cáncer de cérvix III B.

Refirió que hace seis meses notó el apareamiento de flujo vaginal abundante, alternado con hemorragia; con el tiempo el sangrado aumentó, sé automedicó "inyecciones para cortar hemorragia y tabletas orales para el flujo sin ningún resultado." Había estado en control en la policlínica de la zona 5 por problemas nerviosos, sin comentar las hemorragias porque asumía que era la menopausia. El 21 de enero de 1997 le informaron que tenía cáncer y sintió miedo de que el cáncer le pase a otro lugar del cuerpo, porque sabe que no tiene cura. Inició tratamiento de quimioterapia el 17 de febrero de 1997 y al momento solo refiere un poco de dolor de cabeza, manifiesta que su jefe le ha enseñado a tener fuerza de voluntad y por eso no desea tener náusea.

Proviene de una familia muy numerosa, su madre la ha apoyado mucho siempre, aunque ella también ha tenido que ser el apoyo económico para su madre desde muy niña. Ha padecido enfermedades como pancreáticas y de la vesícula.

Tuvo varios novios antes de casarse con su esposo; al inicio su matrimonio era muy bueno, procreó a sus hijos con mucho amor; a pesar de las pobreza que pasaban era muy feliz, pero cuando su esposo comienza a embriagarse con frecuencia lo descubre con otra mujer, es aquí donde se siente traicionada.

Hace 11 meses comenzó una relación amorosa con un compañero de trabajo, con él se siente comprendida, escuchada, protegida, porque él es un apoyo para sus problemas. Lo que le agrada más de la relación es que nunca discuten por dinero, siempre se apoyan económicamente, ya que él también está casado. Se ven después del trabajo, pero ahora que ha estado suspendida no ha podido verlo.

Su familia está conformada por su esposo y cuatro hijos. Su esposo es alcohólico y hace 4 meses su hija mayor inició a embriagarse y al preguntarle por qué lo hacía, ella refirió que para desahogarse de lo que le hacía su padre, (seducción y negar que sea su hija). Comenta que de un tiempo para acá solo ha tenido malas noticias pues su casa se quemó el año pasado, su hija mayor no quiso estudiar y se está convirtiendo en una alcohólica, su esposo no le da gasto suficiente por emborracharse y pagar mujeres, y ahora le da la noticia de que tiene cáncer y un día antes de ingresar al hospital le piden que desocupe el terreno donde vive alquilando. Comenta "todos los problemas nacieron para mí." Su hijo de 7 años le pidió que no se muriera, ya que es la única que lo quiere, comenta que la relación con el niño es bastante apegada.

Estudió en la escuela nocturna un año pero como era muy ágil y aprendía muy rápido, por lo que de primero primaria la pasaron a tercero primaria, y es el único año que estudió. De niña no asistió a la escuela por que eran pobres.

Refirió que inició a trabajar a la edad de 7 años en una casa realizando tareas domesticas, lugar donde trabajó hasta los 15 años, luego se pasó a otra casa donde trabajó por tres años, al casarse dejó de trabajar, pero por las condiciones de su esposo inició a trabajar en una fábrica de empacadora durante 7 años; su siguiente trabajo fue en otra fábrica donde se encargaba de verificar la producción y actualmente cumplirá 4 años de trabajar de cocinera en el Chinito Veloz, donde comenta muchas experiencias agradables y desagradables, ha renunciado dos veces a

este trabajo, una por exceso de tareas y otra por un descuento con el cajero, pero sus patronos no la han dejado renunciar. Su sueldo es de Q500.00 más una bonificación de Q.150.00

La paciente comenta que tiene amigas pero muy pocas, le es fácil hacer amistades ya que ella le habla a las personas y si le siguen la platica continua; en su trabajo trata de no discutir pero si se da a respetar y sabe llevarse con todos.

Notó el aparecimiento de busto a la edad de 10 u 11 años, su menarquia a los trece fue una sorpresa pero su mamá ya le había explicado que tenía que hacer, pero por una desobediencia a su padre le pegaron y del susto se suspendió el sangrado que apareció de nuevo a los 6 meses. Ha tenido tres parejas sexuales, un novio antes de casarse, su esposo y su compañero de trabajo. Su primera relación fue dolorosa y sin sentido, pero con su esposo fue algo satisfactorio y agradable mientras que con su otra pareja no son nada agradables, ni molestas (indiferentes), situación que no comprende, (esta con él por el apoyo moral).

Ha tenido 4 embarazos sin complicaciones, cuatro partos normales y no ha tenido enfermedades de transmisión sexual.

Paciente obesa, de estatura aproximada 1.55 mts, cabello negro, ondulado y corto, tez morena, piezas dentales completas y una corona de oro en el incisivo derecho, permanece acostada en su unidad de encamamiento, con las piernas elevadas. Recuerda la edad en que inició a trabajar, el momento en que le dieron la noticia de su enfermedad y como se sintió, las visitas que recibió hoy. Cuando supo la noticia de su enfermedad deseó morir en la operación, para que terminaran sus problemas, imaginó que puede morir si lo desea, con la anestesia. Resuelve los conflictos familiares para lograr lo que se propone. Atendió toda la entrevista. Sabe quién es, en donde está y qué hora es. Sus pensamientos giran en el restablecimiento de su salud motivada por sus hijos. Otro pensamiento que sostiene es el temor a la calvicie que le dará el tratamiento, porque adora su pelo y no desea estar "pelona". Sabe cual es su condición medica y que cuidados debe tener. Su lenguaje es claro, animado, su tono de voz es fuerte y claro, su producción verbal es normal. Su ánimo

es alegre, positivo, jovial y pareciera que no le afecta nada, pero a pesar de eso guarda algo que no desea mostrar.

RESULTADO TEST PIL: Presencia de objetivos

DIAGNOSTICO: Neurosis noógena.

CONCLUSIÓN:

La paciente presentó diagnóstico de neurosis noógena a pesar que el test pil mostró presencia de objetivos, debido a los múltiples problemas familiares y emocionales que la atormentaban. Se mantenía preocupada, ansiosa y se autoacusaba por la conducta de su hija y la desintegración familiar. A la vez justificaba su distanciamiento por la necesidad de trabajar, siempre fue comunicativa y expresó que buscaba soluciones a sus problemas, aunque en un inicio deseó morir para evadir los mismos. Manifestó las fases de regateó, depresión antes de aceptar que estaba enferma, pero se aferraba a la vida, porque hasta el momento no había encontrado sentido a su vida en la realización familiar.

La paciente se mostró accesible al tratamiento, pero debido a su problemática no logro manejar su dolor emocional y consideró que no había valido la pena vivir.

El valor de creación solo lo encontró al realizarse como trabajadora, el de experiencia la llevó a cambiar conductas histéricas y agresivas. El autoanálisis fue un método que contribuyó a mantener una actitud consciente ante sus problemas.

No recibió relajación por que sus hospitalizaciones fueron por períodos cortos.

PACIENTE 19 de 32 años, nació en Escuintla en diciembre de 1965, reside en Siquinalá Escuintla, estudió hasta 3ro. primaria, es ama de casa, de religión católica, es unida, asiste al seguro social en calidad de beneficiaria.

Ingresó al IGSS: Cáncer de cérvix II B.

Señora refiere que hace 5 meses dio a luz en un hospital departamental luego de un trabajo de parto muy laborioso, desde ese momento no ha dejado de tener hemorragias; pero los dos últimos meses las hemorragias han sido con mal olor y dolor que se extiende a la pierna derecha. Por lo que consultó en el hospital de Escuintla, donde le realizan una biopsia diagnosticándole un cáncer de cérvix, posterior a esto fue trasladada a la gineco-oncología para tratamiento de radioterapia. Ante esto se mostró tranquila porque su esposo le brindó apoyo.

Es la segunda de tres hermanas, recuerda que desde pequeña siempre acompañó a su madre a vender frutas al mercado y que le gustaba jugar con las hijas de las demás vendedoras. Cuando ella tenía aproximadamente 10 años inició a darse cuenta que a pesar de que era la que más ayudaba a su mamá, está siempre consintió más a su hermana menor, situación que le causaba mucho "coraje". Por esto cuando ella escapó con su esposo no le importó que su madre sufriera; pero cuando está la engañó y tuvo que separarse se fue a vivir nuevamente con su mamá, quién cuando ella se une a su segundo esposo le pide que le deje a sus dos hijos para que ella inicie un nuevo hogar solo, es así como sus dos hijos mayores no la reconocen como madre y ella cree que quieren más a la abuela.

Su familia la conforman tres hijos de 4, 3, años y uno de 5 meses, su esposo y cercanos a ella viven su cuñada y su suegra, quienes son una ayuda incondicional. Actualmente a sus tres hijos los cuida su cuñada quién incluso, amamanta a su hijo de 5 meses. Su esposo es una persona muy dominante, ejerce la autoridad sobre ella y le indica cada cosa que debe hacer. Situación que ella acepta sin ningún problema. La relación con su madre y hermanas no es muy satisfactoria.

Asistió a la escuela pero solo hasta tercero primaria, porque a ella no le gustó estudiar.

Nunca ha trabajado, cuando se separó de su primer esposo éste le pasaba una mensualidad con la cual mantenía a sus hijos y actualmente su segundo esposo cubre los gastos de la familia.

Cuenta que tiene muchas amistades, se lleva bien con todas sus vecinas, pero prefiere no hablarles mucho a los esposos de sus vecinas para que su esposo no se ponga celoso.

Su menarquia fue a los 14 años, su madre nunca le explicó nada, pero si se enteró por una amiga. Cuando se une a su primer esposo a los 16 años sostiene su primera relación sexo genital, la que fue muy dolorosa y tenía mucho miedo, posteriormente le fueron agradables y frecuentes, hasta que descubre que él la engañó. Con su segundo esposo su vida sexual es muy activa aunque a veces no muy placentera pero tiene que cumplir como esposa, desde el nacimiento de su último hijo no han tenido relaciones sexuales debido a su enfermedad. Ha tenido 5 gesta y 5 partos sin complicaciones.

Señora delgada, de baja estatura físicamente luce demacrada, despeinada y pálida, tez morena clara, cabello liso, negro y largo, de conducta pasiva, siempre sentada. Tiene presentes algunos momentos de su niñez especialmente la preferencia de su madre por su hermana, recuerda lo laborioso de su último parto y el proceso de su enfermedad, recuerda las visitas de ayer. Es capaz de resolver las dificultades de su hogar pero espera la aprobación o dirección de su esposo debido a su falta de iniciativa. Atiende la entrevista sin distraerse. Sabe quien es, en donde se encuentra y que día y hora es. Sus pensamientos se dirigen a su pronta recuperación. Sabe que su enfermedad es cáncer de cérvix y que si no se cuida y recibe el tratamiento podría morir. Su lenguaje es claro, con tono de voz suave y producción verbal normal, utilizando palabras y un acento propio del lugar de origen. Su estado de ánimo es pasivo, pareciera no tener ánimos de vivir realmente, no se preocupa por ninguno de sus hijos.

RESULTADO TEST PIL: Vacío Existencial

DIAGNOSTICO: Ambivalencia de objetivos.

CONCLUSIÓN:

La paciente presentó diagnóstico de ambivalencia de objetivos a pesar de que el test pil mostró vacío existencial, debido a que la personalidad de la paciente era

introvertida, no tenía preocupaciones, ni metas, ni aspiraciones, porque su esposo era quien tomaba las decisiones y se preocupaba por el bienestar de todos, lo que ella aceptaba tranquilamente, pues la libraba de toda responsabilidad. Mantenía un conflicto interno de amor-odio, con sus hijos mayores, lo cual reconoció por medio del autoanálisis, que era culpa de ella ya que los había abandonado. Se encontraba en fase de regateo pues constantemente le pedía a Dios curarse.

Su única realización fue como ama de casa. Agradecía las visitas y refirió sentirse cómoda, encontrando que iniciaba un proceso de cambio del dolor emocional.

No recibió relajación ya que coincidía con el horario de la radioterapia.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La mayor parte de la muestra desarrolló cáncer de cérvix debido a: que presentaron un primer matrimonio a temprana edad, relaciones sexuales tempranas, multiparidad, higiene personal inadecuada, algunas eran víctimas de infelicidad y depresión. No se puede describir con certeza quienes desarrollaron cáncer de cérvix por causas específicas, ya que aún la ciencia médica no lo ha descubierto, estos solo son los factores predisponentes más cercanos en esta investigación.

Los 19 casos evaluados manifestaron los síntomas de dolor emocional como depresión, preocupación, ansiedad, autoacusación, baja autoestima; en algún momento del proceso terapéutico, pero no todas en la misma forma o intensidad, debido a la separación familiar, problemas económicos en las pacientes afiliadas, mala condición física, desconocimiento del diagnóstico médico, inactividad y preocupación por los hijos menores dejados a cargo de otras personas.

Desde que se inicia la hospitalización la paciente es separada de su núcleo familiar, lo que ocasiona en algunas señoras sentimientos de abandono por la escasez de visitas.

Al ser hospitalizadas las pacientes reciben diferentes tipos de tratamiento médico que causan efectos hiatrogénicos, sin una explicación amplia y sin un lenguaje acorde a su nivel cultural por el médico tratante, les causa incertidumbre, malestar y cólera, pues cuando hay malestar físico no es fácil ser paciente.

El test PTL es una herramienta valiosa en el diagnóstico de problemas existenciales, obteniendo los siguientes resultados en la presente investigación: 10 señoras tenían objetivos definidos, 4 se encontraban indecisas y 5 presentaron vacío existencial.

Las 19 pacientes recibieron intención paradójica con el objetivo de auxiliar a los analgésicos en el proceso de reducir el dolor físico, obteniendo como resultado que 15 pacientes lograron el control del dolor y la náusea.

Con la utilización de la terapia de apoyo, las pacientes manifestaron tranquilidad emocional y física, cuando eran escuchadas, ya que les permitió ventilar sus conflictos emocionales manifestados con llanto, sintiendo que no estaban solas y contribuyó a la reducción de la ansiedad y la agresividad, mejoró las relaciones interpersonales y aumentó la capacidad de introspección.

Según las etapas de la Dra. Elizabeth Kübler Ross, la mayoría se observó en fase de regateo, pues esperaban un milagro para recuperar su salud, pocas pacientes presentaron fase de cólera, manifestándose más cuando el dolor físico se hacía incontrolable por los analgésicos.

Un alto porcentaje de la muestra con facilidad logró encontrar el sentido de la vida, la libertad y el amor; descubrieron que el sufrimiento tenía sentido porque maduraron y crecieron espiritualmente, preparándose para aceptar la muerte que es el límite a todo propósito.

Los valores que se encontraron en las pacientes tuvieron relación con ser parte de una familia, dedicarse a ella, a las labores del hogar, manualidades y realizarse en

las áreas de trabajo. Este reencuentro de valores permitió el descubrimiento del verdadero motivo de sus vidas y las ayudó a comprender que valió la pena vivir.

La muestra presentó los siguientes diagnósticos: 8 pacientes no presentaron neurosis noógena y mantuvieron su estado emocional, 6 pacientes tenían neurosis noógena y 5 pacientes presentaron ambivalencia de objetivos, de estos 2 grupos 4 pacientes superaron el diagnóstico.

El 90% de las pacientes que recibieron relajación lograron reducir la ansiedad, meditar asuntos pendientes, disminuyeron la tensión corporal, conciliando el sueño luego de horas de molestia.

La muestra manifestó agrado al plan psicoterapéutico planeado y a la atención prestada en momentos difíciles, como el afrontar una enfermedad terminal.

Se logró establecer que el tratamiento brindado a las pacientes fue efectivo en un 63%, reduciendo la ansiedad, preocupación, autoacusación, baja autoestima, ayudando a descubrir sus valores de experiencia, actitud y creación, así como lo que esto a significado en su vida.

Se lamenta que el 21% de la muestra no lograra reducir el dolor emocional, debido a que su problemática emocional no se limitaba a la enfermedad, sino a diversos conflictos familiares.

2 pacientes en fase terminal aguda lograron tener un final como lo planearon, gracias al reencuentro de sus valores y al encuentro del sentido del sufrimiento y la muerte, logrando manejar el dolor emocional en la etapa final de su vida.

Se logró manejar por medio de actividades manuales la ansiedad que presentaban las pacientes que permanecían hospitalizadas por periodos muy largos, sin recibir visitas y con poca actividad.

Todas las pacientes ingresadas en el servicio de Gineco-Oncología tienen cierto protocolo de admisión, mismo que es lento, con lo cual la situación física de las pacientes se agrava. Las pacientes con muy mala condición física ingresan rápidamente por emergencia pero algunas veces es demasiado tarde.

Una parte de la muestra refería malestar físicos y emocionales por el tipo de comida que les proporcionaban y las condiciones en que la misma estaba por lo que no la ingerían, debilitándolas y aumentando los efectos hiatrogénicos que los tratamientos médicos producían.

Recomendaciones

El IGSS como institución de salud debe rehumanizar al personal médico y paramédico, quienes deben de orientar a las pacientes acerca de su enfermedad, tratamiento y efectos adversos de forma amplia, acorde a su nivel cultural, con tono de voz adecuado, ya que las señoras por sus condiciones son susceptibles a cualquier comentario o respuesta inadecuada o impropia.

Es lógico que las pacientes mostraran dolor emocional, ante los problemas, físicos, económicos, familiares, emocionales, etc., ya que como seres humanos es normal que sean sensibles. Por lo que se recomienda a los profesionales de la medicina del IGSS, que a este tipo de pacientes las refieran a psicólogos para recibir una terapia adecuada y complementaria.

A futuros investigadores se recomienda que el trabajo terapéutico se amplíe a los familiares que muchas veces se ausentan por no estar preparados para afrontar el sufrimiento de sus seres queridos, y brindar apoyo y orientación a los familiares que si visitan a sus pacientes.

Algunos estudios han tratado de determinar si la depresión e infelicidad son causas de cáncer, por lo que se recomienda a futuros tesisistas hacer estudios más profundos.

Se recomienda el uso del test PIL para investigar poblaciones con sospechas de vacío existencial.

La técnica de intención paradójica debe ser utilizada únicamente por terapeutas que tengan conocimiento teórico práctico de la misma.

La Escuela de Ciencias psicológicas debe recomendar el uso de la terapia de apoyo en toda investigación con pacientes que necesiten ventilar los problemas existentes, para realizar introspección y crear un ajuste emocional con su medio ambiente.

Se recomienda evaluar las fases de Kübler Ross en investigaciones similares a esta o en pacientes terminales.

Recomendamos que en investigaciones con muestras similares, se utilice la logoterapia, la terapia de apoyo, y la técnica de relajación como primera opción en su tratamiento, siendo el tratamiento más adecuado para pacientes en fase terminal, contribuyendo a la preparación del desenlace de la existencia.

Es recomendable que en futuras investigaciones con muestras similares, se cuente con un plan de tratamiento que contribuya al beneficio de las pacientes con diversidad de conflictos emocionales y aumentando el tiempo de atención psicológica.

Se recomienda a él IGSS que cree programas de terapia ocupacional para pacientes que permanece por periodos largos de hospitalización, si están en condiciones, con el fin de bajar los niveles de ansiedad.

Se recomienda a la administración del IGSS realizar reingeniería en la atención a los pacientes y darles prioridad a los casos de alto riesgo para evitar la evolución de esta enfermedad que en algunos casos causa orfandad al morir las madres.

Se sugiere al personal encargado de las dietas del hospital general del IGSS, evaluar y vigilar las condiciones de los alimentos, pues son ingeridos por pacientes, que por su condición necesitan una alimentación balanceada para mejorarse y restablecerse.

BIBLIOGRAFIA

- BELLAAK, LEOPOLD Manual de Psicoterapia, Breve, Intensiva y de Urgencia. Traducido de Psic. María Elba Arizmendi Espinoza. México: El manual Moderno, 1986.
- CASO M., AGUSTIN, Fundamentos de Psiquiatría. México: Editorial Limusa. Tercera Edición, 1984.
- DEVITA, VINCENT, Principios y Práctica de Oncología. Segunda Edición, España: Editorial Salvat Editores, S.A., 1988.
- L'ORSCH, FRIEDERICH, Diccionario de Psicología. Barcelona: Herder, 1981.
- EY, HENRY, Tratado de Psiquiatría. Traducción de C. Ruiz Ogara, Segunda Edición, Barcelona España: Masson Toray, S.A. 1989.
- FRANKL, VIKTOR, La Presencia ignorada de Dios. Octava Edición. Barcelona: Editorial Herder, 1991.
- FRANKL, VIKTOR, El Hombre en Busca de Sentido. Decimocuarta Edición. Barcelona: Editorial Herder, 1993.
- FRANKL, VIKTOR, Psicoterapia y Humanismo. Tercera Edición. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.
- FRANKL, VIKTOR, Psicoanálisis y Existencialismo. Segunda Edición. México: Fondo de Cultura Económico, 1987.
- FRANKL, VIKTOR, La idea psicológica del hombre. Madrid: Editorial Rialp, S.A., 1984.
- FRANKL, VIKTOR, El hombre doliente. México: Fondo de cultura económica, 1984.
- FRANKL, VIKTOR, La voluntad de sentido. Barcelona: Editorial Herder, 1990.
- HARPER, ROBERT, 36 Sistemas de Psicoanálisis y Psicoterapia. Traducción de Ana Murran, México, D.F.: Herrera Hnos. Sucs. S.A., 1960.
- KAPLAN, HAROLD, Compendio de Psiquiatría. Segunda Edición. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1991.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE LOS RIOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

- KOLB, LAURENCE, Psiquiatría Clínica Moderna. Sexta Edición. México: Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana, S.A. 1988.
- PANCHERI, PAOLO, Manual de Psiquiatría Clínica. México: Editorial Trillas, 1987.
- SARASON, IRWIN, Psicología Anormal, los Problemas de la Conducta Desadaptada. México, Trillas, 1988.
- SECPAL, Cuidados Paliativos. Madrid España: Ministerio de Sanidad y Consumo en Madrid, 1993.
- SLUCHEVSKI, I.F., Psiquiatría. Traducción del Dr. Villa Landa. México, D.F. Grijalbo, S.A., 1960.
- RUBIN, PHILIP, Oncología Clínica. Quinta edición, N.Y. E.E.U.U.: Sociedad Americana del Cáncer Universidad de Rochestr.
- USAC Metamorfosis. Guatemala: Consejo editorial, 1987.
- ZAGHI, JUAN JOSE Técnicas de relajamiento. Guatemala: Campi, 1995.

ANEXOS

ANEXO 1

PIL

TEST DEL PROPOSITO EN LA VIDA

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones:

A continuación encontrará varias oraciones que expresan algunos sentimientos. Estos sentimientos van desde un extremo a otro totalmente opuestos. El número que aparece sobre los calificativos del sentimiento va del 1 al 7 o bien del 7 al 1. En cada caso usted deberá circular el que crea que más se acerca a lo que usted siente. La palabra neutral significa que no tiene un calificativo personal para ese sentimiento. Trate de usar este calificativo lo menos posible.

1. Usualmente estoy:

| | | |
|------------------------|---------|---------------------------|
| 1 2 3 | 4 | 5 6 7 |
| Completamente aburrido | neutral | Muy animado, entusiasmado |

2. La vida me parece:

| | | |
|-------------------|---------|-------------------------|
| 7 6 5 | 4 | 3 2 1 |
| Siempre excitante | neutral | Completamente rutinaria |

3. Tengo en la vida:

| | | |
|---------------------------|---------|---------------------------------|
| 1 2 3 | 4 | 5 6 7 |
| Ni metas, ni aspiraciones | neutral | Metas y aspiraciones muy claras |

4. Mi existencia personal es:

| | | |
|-----------------------------|---------|----------------------------------|
| 1 2 3 | 4 | 5 6 7 |
| Sin sentido y sin propósito | neutral | Con bastante propósito y sentido |

5. Cada día es:

| | | |
|---------------|---------|----------------------|
| 7 6 5 | 4 | 3 2 1 |
| Siempre nuevo | neutral | Exactamente lo mismo |

6. Si yo pudiera escoger:

1 2 3

4

5 6 7

Preferiría nunca haber nacido

neutral

Me gustaría vivir otras nueve vidas
exactamente como ésta

7. Después de jubilarme:

7 6 5

4

3 2 1

Haría algunas cosas que siempre quise

neutral

Haraganearía completamente el resto
de mi vida.

8. En el logro de mis metas:

1 2 3

4

5 6 7

No he prosperado en nada

neutral

He prosperado en todo

9. Mi vida es:

1 2 3

4

5 6 7

Vacia, llena de cosas sin importancia

neutral

Excitante, desbordante de buenas cosas.

10. Si tuviera que morir hoy, sentiría que mi vida:

7 6 5

4

3 2 1

Ha valido la pena

neutral

Ha carecido completamente de valor

11. Al pensar sobre mi vida:

1 2 3

4

5 6 7

A menudo me pregunto para que existo

neutral

Siempre encuentro una razón para existir.

12. Cuando veo el mundo en relación con mi vida:

1 2 3

4

5 6 7

El mundo me parece confuso

neutral

El mundo encaja con sentido de mi vida.

13. Yo soy:

1 2 3

4

5 6 7

Una persona muy irresponsable.

neutral

Una persona muy responsable

14. Con relación a que el hombre es libre para hacer sus propias elecciones, yo creo:

7 6 5

4

3 2 1

El hombre es absolutamente libre para hacer todas las elecciones en su vida.

neutral

La libertad del hombre esta completamente limitada por la herencia y el ambiente.

15. Con relación a mi muerte:

7 6 5

4

3 2 1

Estoy preparado y no tengo miedo

neutral

No estoy preparado y me aterra.

16. Con relación al suicidio:

1 2 3

4

5 6 7

Pienso seriamente que es una salida.

neutral

Nunca he pensado ni un segundo en el suicidio.

17. Con relación a mi capacidad para encontrar un sentido, propósito o misión en la vida, la encuentro:

7 6 5

4

3 2 1

Muy placentera

neutral

Prácticamente no la encuentro.

18. Pienso que mi vida:

7 6 5

4

3 2 1

Esta en mis manos tengo control sobre ella.

neutral

Fuera de mis manos y controlada por factores externos.

19. El enfrentar mis tareas diarias es:

7 6 5

4

3 2 1

Una fuente de placer y satisfacción

neutral

Una penosa y aburrida experiencia.

20. He descubierto:

1 2 3

4

5 6 7

Que no hay misión y propósito en mi vida neutral Que mis metas son claras en el propósito
de mi vida.

Parte II

Haga una oración completa para cada una de las siguientes frases. Trabaje rápidamente llenando los espacios en blanco con lo primero que pase por su mente:

1. Más que nada quiero _____
2. Mi vida es _____
3. Espero poder _____
4. He logrado _____
5. Mi mayor aspiración _____
6. La cosa más desesperanzadora _____
7. El completo propósito de mi vida _____
8. Me aburro _____
9. La muerte es _____
10. Estoy llevando acabo _____
11. La enfermedad y el sufrimiento pueden ser _____
12. Para mí toda la vida es _____
13. El pensamiento de suicidio _____

ANEXO 2
HISTORIA CLINICA
(Anamnesis)

DATOS GENERALES:

Nombre: _____ Sexo _____ Edad _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Lugar de procedencia _____ Estado Civil _____

Profesión u Oficio _____ Religión _____

Escolaridad _____

¿Por qué vino al I.G.S.S.? _____

Historia del problema actual _____

Historia personal _____

Historia familiar _____

Historia escolar _____

Historia social _____

Historia laboral _____

Historia sexual _____

Personalidad premorbida _____

Examen mental:

Aspecto General y Conducta

Sensorio: Memoria remota, reciente e inmediata

Ideación

Inteligencia

Atención

Orientación en persona, espacio y tiempo

Cálculo Contenido del pensamiento

Autocognición y juicio

Lenguaje

Estado de ánimo

Análisis de signos y síntomas

Impresión clínica _____

Diagnóstico _____

Pronóstico _____

Plan de tratamiento _____

ANEXO 3

TECNICA DE RELAJACION

Debe practicarse en un local tranquilo, que puede ser una habitación, un jardín interior o al aire libre, cada persona tendrá una colchoneta y un par de almohadas, para su mayor bienestar y comodidad, los grupos deben ser de 8 a 12 personas aunque se puede trabajar con un mayor número.

Creemos que la mejor manera de ubicar a las personas es en círculo y quien dirige la sesión debe estar en medio para mejor control, de esa manera todas las personas oirán perfectamente las indicaciones, el terapeuta podrá darse cuenta del aflojamiento de los músculos y de la liberación de tensión, que es el motivo principal del programa; aunque también se puede grabar las instrucciones en cinta magnetofónica.

FASE I

En el lugar escogido se coloca a las personas que participarán en el programa en su respectiva colchoneta en posición decúbito supino, con una almohada bajo la nuca y otra bajo los huecos popliteos (atrás de las rodillas) para que se encuentre cómodo, de acuerdo a la preferencia del participante. Como primer paso se indica: cierre los ojos suavemente, coloque los brazos junto al cuerpo y mantenga las piernas estiradas sin doblarlas o cruzarlas; debe aflojar o quitarse toda prenda de vestir que le queden apretada, zapatos, cinturones, cuellos, corbatas, etc.

A continuación contraerá y relajará una por una las diversas regiones anatómicas del cuerpo debiendo procurar que las contracciones duren cada vez más hasta llegar a 10: la persona tendrá que efectuar 10 contracciones es decir 10 veces cada ejercicio y los progresará hasta 10 procurando poner los músculos cada vez más tensos. Seguidamente de cada contracción, que deberá ser más prolongada, relájese, afloje la tensión muy lentamente y sienta como sus músculos se relajan poco a poco. El orden de éstas contracciones o ejercicios es el siguiente:

1. Apriete con fuerza los puños, los dos a la vez y relaje gradualmente hasta llegar a 10.

2. Con los puños cerrados, flexione los codos plegando el antebrazo sobre el brazo y contraiga con fuerza los bíceps.

3. Manteniéndolos rígidos, estire los brazos y relájelos.

4. Arrugue la frente hasta sentir la tensión muscular bajo el cuero cabelludo.

5. Contraiga enérgicamente las facciones para que se ponga en tensión toda la musculatura de la cara.

6. Cierre los párpados apretándolos lo más posible.

7. Aprete los dientes y note la tensión en la mandíbula, las mejillas y el cuello.

8. Pegue la lengua contra el paladar.

9. Haga firme presión con la nuca contra la almohada o el piso.

10. Oprima la barbilla contra el tórax y estire hacia adelante la cabeza.

11. Encoja los hombros hasta la altura de las orejas.

En este punto haga una pausa, trate de concentrar la mente en la sensación de relajamiento que lo invade desde la punta de los dedos hasta el cuero cabelludo, para bajar después a la nuca y los hombros.

FASE II

Concéntrate ahora en la región abdominal; haga una profunda inhalación y retenga el aire en los pulmones, ahora empiece a sacarlo lentamente, repita el ejercicio 10 veces.

1. Ponga en su máxima tensión los músculos abdominales, pero sin sumir la barriga.

2. Suma el vientre y progrese al igual que los anteriores en la misma posición.

3. Arquee la espalda y téngala encorbada hasta 10 segundos 5 veces.

Haga una nueva pausa, respire profundamente y repita el ejercicio 10 veces y piense en el estado de relajamiento que se extiende desde la cabeza a los hombros y brazos, imagínese que esa misma sensación de relajamiento le invade profundamente el pecho, la espalda y el estómago.

FASE III

Concéntrese ahora en las piernas y los pies.

1. Oprima con fuerza los talones contra el piso, sosténgalo

Y relaje. repítalo 10 veces y progréselo siempre hasta 10 segundos.

2. Estiro los pies y sus dedos haciendo que se alejen lo más posible de la cabeza, progréselo como los ejercicios anteriores hasta 10 segundos.

3. Apunte con los dedos de los pies hacia la cabeza y haga la misma operación que con los ejercicios anteriores.

Disfrute de su estado de relajamiento muscular todo el tiempo que quiera, si en este instante vuelve a sentirse tenso, intente recuperar la sensación de dejarse llevar que experimentó antes.

Lic. Juan José Zaghi

PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE TRATAMIENTO

I SERIE

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan una serie de preguntas que deberá contestar, con la respuesta que más se adecue a sus sentimientos.

1. ¿Cómo se siente últimamente? _____
1. ¿Cómo es su vida actualmente? _____
3. Considera que sus metas y aspiraciones en la vida las ha alcanzado: _____
¿Por qué? _____
4. Considera que en la vida usted ha tenido la oportunidad de tomar sus propias decisiones: _____
¿Por qué? _____
5. Hay algo que actualmente le preocupa: _____ ¿Por qué? _____
6. Actualmente hay alguna razón para que usted se sienta angustiada: _____ ¿Cuál es? _____
7. Se siente culpable de algo: _____
8. La experiencia que ha vivido por su enfermedad, ha cambiado su forma de ser: _____
¿Como? _____
9. El suicidio es una salida para su situación: _____ ¿por qué? _____
10. Se siente preparada para enfrentar la muerte: _____
¿Por qué? _____
11. Si hoy le tocará morir, considera que su vida ha valido la pena _____

¿Por qué? _____

12. ¿Que significado le encuentra a su enfermedad y sufrimiento? _____

13. ¿Qué opinión tiene usted de su persona? _____

14. Si usted tuviera la oportunidad de planear su sepeño, ¿cómo lo haría? _____

15. ¿Cómo imagina que reaccionará su familia a su partida? _____

16. ¿Qué metas tiene para el tiempo que aún le queda? _____

II SERIE

INSTRUCCIONES:

Encierre en un círculo la respuesta que usted considera adecuada.

1. Cómo se siente de iniciar un proceso de relajación?

Muy Bien bien regular mal

2. Cómo es el resultado que encuentra después de la relajación?

Muy Bien bien regular mal

3. Cómo es el resultado que le da la relajación a su estado emocional?

muy bien bien regular mal

4. El nivel en que la relajación reduce su dolor emocional es?

muy bien bien regular mal

INDICE GENERAL

PAGINAS

| | |
|--|----|
| 1. PROLOGO | 8 |
| 2. CAPITULO I | 9 |
| 2.1 Introducción | |
| 2.2 MARCO CONCEPTUAL | 15 |
| 2.2.1 Antecedentes | |
| 2.2.2 Definición de cáncer | 17 |
| 2.2.3 Cáncer de cérvix y estadios | |
| 2.2.4 Dolor emocional | 18 |
| 2.2.5 Logoterapia | 19 |
| 2.2.6 Viktor Frankl | |
| 2.2.7 términos básicos de la logoterapia | 20 |
| 2.2.7.1 Voluntad de sentido | |
| 2.2.7.2 Frustración existencial | 21 |
| 2.2.7.3 Neurosis noógena | |
| 2.2.7.4 Vacío existencial | |
| 2.2.7.5 Sentido de la vida | |
| 2.2.7.6 La libertad | 22 |
| 2.2.7.7 Sentido del amor | |
| 2.2.7.8 Sentido del dolor o del sufrimiento | 23 |
| 2.2.7.9 Sentido de la muerte | |
| 2.2.8 Valores | |
| 2.2.8.1 Creación | |
| 2.2.8.2 Experiencia o vivencial | 24 |
| 2.2.8.3 Actitud | |
| 2.2.9 La logoterapia como terapia específica de neurosis noógena | |
| 2.2.10 La logoterapia como terapia no específica | 25 |
| 2.2.10.1 Hiperreflexión e hiperintención | |
| 2.2.11 Técnicas | |
| 2.2.11.1 Derreflexión | |
| 2.2.11.2 Intención paradójica | 26 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.2.12 | Terapia de apoyo | |
| 2.2.13 | Técnica de relajación progresiva de Jacobson | 27 |
| 3. | CAPITULO II | 30 |
| 3.1 | Técnicas e instrumentos | |
| 3.1.1 | Observación | |
| 3.1.2 | Test Pil | |
| 3.1.3 | Entrevista | 31 |
| 3.1.4 | Terapia de apoyo | 32 |
| 3.1.5 | Logoterapia | |
| 3.1.6 | Técnica de relajación | |
| 3.1.7 | Cuestionario de evaluación | |
| 4. | CAPITULO III | 34 |
| 4.1 | Presentación y análisis de resultados. | |
| 4.2 | Análisis Global | 36 |
| 4.3 | Presentación de casos | 43 |
| 5. | CAPITULO IV | |
| 5.1 | Conclusiones | |
| 5.2 | Recomendaciones | 77 |
| 5.3 | Bibliografía | 79 |
| 5.4 | Anexos | 81 |