

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**ESTUDIO DE LAS FASES DE LA "DRA. ELIZABETH KUBLER-ROSS,
EN PACIENTES CON CÁNCER DEL HOSPITAL
DR. BERNARDO DEL VALLE".**

**Informe Final de Investigación presentado al Honorable Consejo
Directivo de la Escuela de Ciencias Psicológicas**

POR

**IRIS ANABELA PIVARAL ALVARADO
MARIA JOSEFINA GONZALEZ SANDOVAL**

**Previo a optar el título de:
PSICÓLOGAS**

En el grado académico de Licenciatura

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1998

13

T(1188)

C. 4

TRIBUNAL EXAMINADOR

**Licenciado Abraham Cortez Mejia
DIRECTOR**

**Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA**

**Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS**



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M.S. Ciudad Universitaria, Zona 17
Tel. 476000-1, 476000-2 y 485-1
Dedecor. 476000, 485779, 485779B11
4 Mail URACPS@guat.net
GUATEMALA, CENTROAMÉRICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 768-97

CODIPs. 847-98

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL
DE INVESTIGACION

16 de octubre de 1998

Señoritas Estudiantes
IRIS ANABELA PIVARAL ALVARADO
MARIA JOSEFINA GONZALEZ SANDOVAL
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes, el Punto DECIMO SEXTO (16o.) del Acta TREINTA Y OCHO NOVENTA Y OCHO (38-98) de Consejo Directivo, de fecha 14 del mes en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "ESTUDIO DE LAS FASES DE LA DRA. ELIZABETH KUBLER-ROSS EN PACIENTES CON CANCER DEL HOSPITAL DR. BERNARDO DEL VALLE", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

IRIS ANABELA PIVARAL ALVARADO CARNE No. 82-14252

MARIA JOSEFINA GONZALEZ SANDOVAL CARNE No. 90-13040

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Edgar Arnoldo Larios Ovando 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 ENLACER A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce
SECRETARIA



/Rony

[Handwritten signature]
14/098



Guatemala, 12 de octubre de 1,998

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Calle 13-1 Ciudad Universitaria, Zona 1
Tel. 4957704, 4957705, ext. 4957
Dirección: 4957704, 4957705, ext. 4957704
e Mail: UESAC@CIENPSI.GU
GUATEMALA, CENTROAMÉRICA

INFORME FINAL

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS
RECIBIDO
13 OCT 1998
[Handwritten signature] 15:00 HORA

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Mayra
Trinidad Luna de Alvarez, ha procedido a la revisión y aprobación del
INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

**"ESTUDIO DE LAS FASES DE LA DRA. ELIZABETH KÜBLER-ROSS, EN
PACIENTES CON CANCER DEL HOSPITAL "DR. BERNARDO DEL VALLE"**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:
IRIS ARABELA PIVARAL ALVARADO
MARIA JOSEFINA GONZALEZ SANBOVAL

CARNE No.
82-14252
90-13040

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Handwritten signature]
LICDA. EDITH REOS DE MARSDONADO
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

ERDM/eda
c.c. Docente Revisor/a
Archivo





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M-3 Ciudad Universitaria, Zona 12
Tel. 4797700-4, 4799965, int. 400-4
Fax: 4799962, 4797219, int. 400934
e Mail: UNAC@UNIC.GU
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Guatemala,
12 de octubre 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:

**"ESTUDIO DE LAS FASES DE LA DRA. ELIZABETH KÜBLER-ROSS, EN
PACIENTES CON CÁNCER DEL HOSPITAL "DR. BERNARDO DEL VALLE"**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE
IRIS ARABELLA PIVARAL ALVARADO
MARIA JOSEFINA GONZALEZ SANDOVAL

CARNE No.
82-14252
90-13040

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 límites respectivos.

Atentamente,

"DÉJENLOS ENSEÑAR A TODOS"
[Firma manuscrita]
LICDA. CLAUDIA FRINE LUNA DE ALVAREZ
DOCENTE REVISORA

c.c. Archivo
Docente Revisor



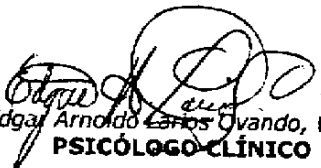
Guatemala,
04 de septiembre de 1998.

Licenciada:
Edith Ríos de Maldonado
Coordinadora del Departamento de Investigación
Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC.
Ciudad.

Doy mi aprobación como asesor de **CONTENIDO** al trabajo de investigación titulado: ESTUDIO DE LAS FASES DE LA Dra. ELIZABETH KÜBLER-ROSS, EN PACIENTES CON CÁNCER DEL HOSPITAL Dr. BERNARDO DEL VALLE (INCAN) realizado por las pasantes: IRIS ANABELA PIVARAL ALVARADO, carnet No. 82-14252 y MARÍA JOSEFINA GONZÁLEZ SANDOVAL, carnet No. 90-13040.

Por lo anteriormente expuesto solicito a usted hacer los trámites correspondientes para que las pasantes cuyos nombres aparecen registrados en el párrafo anterior se sometan al examen y se gradúen como psicólogas en el grado académico de licenciado.

Atentamente,


Edgar Arnaldo Larios Ovando, M.A.
PSICÓLOGO CLÍNICO

cc/archivo.



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Edificio M.S. Ciudad Universitaria, Zona 17
Tel.: 4783300-1, 4783385, ext. 480-1
Dirección: 4783302, 4787216, fax 4788914
e-mail: USACPSIC@esq.g
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 768-97

CODIPs. 409-98

**APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR**

Mayo 22 de 1998

Señoritas Estudiantes
Iris Anabela Pivaral Alvarado
María Josefina González Sandoval
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DECIMO PRIMERO (11o.) del Acta DIECISIETE NOVENTA Y OCHO (17-98) de Consejo Directivo, de fecha 13 de mayo del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "ESTUDIO DE LAS FASES DE LA DRA. ELIZABETH KUBLER-ROSS EN PACIENTES CON CANCER DEL HOSPITAL "DR. BERNARDO DEL VALLE", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

IRIS ANABELA PIVARAL ALVARADO

CARNET No. 82-14252

MARIA JOSEFINA GONZALEZ SANDOVAL

CARNET No. 90-13040

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 al Licenciado Edgar Arnoldo Larios Ovando."

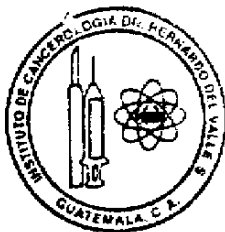
Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada ~~Miriam Elizabeth Ponce Ponce~~ Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy



6a. Av. 6-58 Zona 11 01011 - Guatemala, C. A.
Tels: 471 0332 - 473 6389 - 472 3841 - DIRECCION: Telefax: 471 3136

Guatemala,
Septiembre 4 de 1998

Licda. Edith Rios de Maldonado
Coordinadora Depto. De Investigación
Escuela de Ciencias Psicológicas
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licda. De Maldonado:

El Instituto de Cancerología "Dr. Bernardo del Valle" INCAN, por este medio hace constar que las estudiantes Iris Anabela Pivaral Alvarado, carnet No 82-14252; y María Josefina González Sandoval, carnet No. 90-13040, realizaron en esta Institución la investigación titulada: "ESTUDIO DE LAS FASES DE LA DOCTORA ELIZABETH KÜBLER-ROSS, EN PACIENTES CON CANCER DEL HOSPITAL DR. BERNARDO DEL VALLE", bajo la asesoría del M.A. Edgar A. Larios.

Atentamente,


Dr. Jorge Rodas
Director General


Vo.Bo. M.A. Edgar Larios
Asesor



6a. Av. 6-58. Zona 11 01011 - Guatemala, C. A. Tels. 473 6390 - 472 3353 472 3353

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO:

A: Nuestro Padre Celestial:

Por darnos la vida, fortaleza y su luz para poder cumplir esta meta

A: Nuestra familia:

Por su amor y apoyo incondicional

A: Los pacientes con cáncer:

por permitirnos aplicar nuestros conocimientos

A: Todas las personas que ayudaron en la realización de ésta investigación

Iris Anabela Pizaral Alvarado y María Josefina González Sandoval

Estudio de las Fases de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross en pacientes con cáncer del Hospital "Dr. Bernardo del Valle".

PROLOGO

El trabajo de la psiquiatra Dra. Elizabeth Kübler-Ross acerca del proceso psicológico que viven los y las pacientes afectados por entidades clínicas irreversibles, las cuales concluirán con la muerte, es un aporte científico de indudable e inmenso valor para la comprensión y la ayuda emocional que dichas personas pueden llegar a tener.

Este enfoque puede enmarcarse dentro de un enfoque existencial de psicoterapia, y a la vez integrarse a otra enfoque de esta orientación, como lo es la Logoterapia del Dr. Viktor Frankl, y de esta manera, dotar al psicoterapeuta de más instrumentos de trabajo para la ayuda emocional a estas personas.

La integración anterior puede muy bien sumarse a la labor de psicoterapia de apoyo que se ha venido realizando en nuestro medio; con estos problemas irreversibles y fatales en un alto porcentaje, y así lograr más efectivamente que estas personas vivan de la manera más digna y humana posibles, el tiempo que les resta por vivir antes del desenlace de un proceso biológico; así como manteniendo, en la medida de lo posible, el sentido de su existencia.

El presente trabajo de tesis de las Licdas. In-fieri: Iris Anabela Pivaral Alvarado y María Josefina González Sandoval, estudia a pacientes en fase no terminal, a diferencia de los trabajos de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross. Y considero que puede situarse dentro de los pioneros en nuestro medio con pacientes de este tipo, dentro de la perspectiva de la ayuda a través de la psicoterapia de apoyo.

Dr. Erick Von Ahn Rodas

**Docente de Sistemas de Psicoterapia, Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC.
Director del capítulo de Psicoterapia de la Asociación Psiquiátrica de Guatemala.**

Nosotras como investigadoras de este trabajo consideramos que el hombre como cualquier ser humano tiene sentimientos y emociones como: Odio, amor, enfado, fallas, errores, sueños, arrastra frustraciones, llora y tiene momentos de plenitud, teme a la muerte y le angustia la posibilidad de quedarse en paro, es violento y tierno, pero fundamentalmente es sensible a las experiencias. Cualquier experiencia que se tenga en la vida va a tener una causa efecto, el cáncer puede ser la causa en este caso y el efecto una alteración emocional. Se cree que el paciente es afectado por diferentes factores que lo predisponen a padecer ciertas reacciones de la enfermedad, en consecuencia se ve afectada la salud la que se define como un completo bienestar física mental y social no únicamente la ausencia de enfermedad.

La inquietud de elaborar una investigación de este tipo nació de la necesidad que presentaban las pacientes internadas en el hospital "Dr. Bernardo del Valle" como la de una atención psicológica, pues solamente el hecho de estar hospitalizadas por un periodo largo de tiempo ya ocasiona un desajuste emocional, ahora más sobre el hecho de saber que se tiene una enfermedad incurable, se vive una lucha interna por sobrevivir, aunado a las circunstancias de ser mujeres que han tenido una vida de sufrimientos, anhelos, aspiraciones que como seres humanos tenemos y que se están viendo truncados. De manera que este estudio tenía como principal objetivo el de contribuir al estudio y al adecuado manejo de las fases propuestas por la Dra. Elizabeth Köbler-Ross, en las pacientes con cáncer internadas en el hospital "Dr. Bernardo del Valle" y los objetivos específicos de observar los cambios conductuales que esto ocasiona utilizando para ello la psicoterapia de apoyo.

Otro de los propósitos de este trabajo es aportar conocimientos a la sociedad en general, especialmente a nuestros colegas quienes son los responsables de velar por la salud mental de los individuos para que utilicen este estudio, beneficiando a las personas a quienes se ofrece servicio psicológico, es preciso que los especialistas en el comportamiento humano puedan tener el interés de fundamentar sus ideas. Además se busca hacer conciencia de la importancia que tiene el análisis de estas fases y de no dejarlas pasar por alto porque si se sabe que estas fases existen ; lo que se ignora es la forma de como ayudar al paciente a superarlas.

LAS AUTORAS

CAPITULO I

INTRODUCCION

En Guatemala las causas más frecuentes del apareamiento del cáncer según estadísticas registradas por el Instituto de Cancerología, se deben principalmente a la falta de prevención primaria de la que forman parte la higiene y nutrición adecuada, así como algunas causas externas entre las que se pueden mencionar la multiparidad y las relaciones sexogenitales prematuras que fueron dadas a conocer por los médicos que atendieron a las pacientes en esta institución y formaron parte de las características significativas de la muestra elegida.

Se pueden mencionar otros factores como la pérdida objetiva que como los investigadores citan, es aquella situación en la que se ve envuelto un ser humano en el medio donde se encuentra y ocurre ya sea intempestivamente o bien algo ya esperado. esto no es más ni menos que una pérdida real en relación directa a la persona, como por ejemplo la muerte de un ser querido, pérdida de bienes materiales, pérdida de atractivo físico y así sucesivamente. Dependiendo de la personalidad del individuo así va a ser la respuesta a una pérdida; con esto se quiere indicar que los niveles de frustración juegan un papel determinante en las implicaciones que se tienen cuando se da una pérdida.

El problema de los afectos dolorosos junto con el duelo por la pérdida de objeto, son las experiencias de cambio como desencadenantes de alteraciones emocionales.

El cáncer como otras enfermedades incurables, trastorna el estado de ánimo de la persona afectada con expresiones o manifestaciones de ira, depresión, regateo, negación y aceptación. Fue la Dra. Elizabeth Kübler-Ross, quien en la práctica de su especialidad hace un estudio minucioso de los conceptos señalados en las líneas anteriores, quien basó sus observaciones en pacientes que recurrían a las clínicas o centros hospitalarios en busca de ayuda física u orgánica por el padecimiento de una enfermedad, el tratamiento que la Dra. Kübler-Ross, estaba enfocado a la observación y al manejo de las manifestaciones emocionales por las cuales los pacientes atravesaban y de esta manera mitigar y contribuir al tratamiento farmacológico.

Este estudio no tuvo la finalidad de hacer una comparación con el trabajo de la Dra. Kübler-Ross, sino hacer ver la importancia del estudio de estas fases, las cuales están enmarcadas dentro de los trastornos del estado de ánimo, que como se comprobó en el trabajo realizado, afectó el comportamiento y conducta de las pacientes, siendo éste el campo de la psicología clínica, la que pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación.

Otra disciplina relacionada con este estudio es la Oncología, que se ocupa del estudio de las células malignas con gran potencialidad de absorción y crecimiento en el organismo que se diagnostica por medio microscópico. Así mismo se relaciona la medicina, pues es la ciencia que permite el estudio de la salud y enfermedad.

Es evidente que ésta enfermedad no sólo aqueja orgánicamente a la persona sino también emocionalmente, por esta razón el estudio realizado se incluyó dentro del área de la salud la cual se define como un completo bienestar físico, mental y social, no únicamente como ausencia de enfermedad.

La disciplina que tiene mayor predominio en esta investigación es la psicoterapia, la cual constituye una técnica profesional sistematizada, mediante la cual los síntomas mentales pueden ser atenuados o el comportamiento puede ser controlado, por medio de una relación estructurada y progresiva entre psicoterapeuta y paciente.

Los profesionales de la psicología son los responsables de velar por una salud mental adecuada, este principio sirvió como base al hacer un plan de tratamiento; en donde se empleó la psicoterapia de apoyo.

La pacientes atendidas no solamente tienen que soportar una enfermedad orgánica sino problemas aunados como una situación económica precaria, este puede ser un precipitante para el desarrollo de una alteración emocional, la falta de dinero para sufragar los gastos de hospitalización y tratamiento, especialmente cuando es la paciente la proveedora de la familia lo cual viene a aumentar el nivel de ansiedad. Otros problemas que de una manera u otra influyen en el psiquismo del individuo se pueden citar las creencias sociales negativas, por ejemplo el comentario que más se escuchó en las pacientes fue el de que no iban a ser atendidas adecuadamente, mostrando renuencia algunas veces a recibir el tratamiento médico recomendado, así como asociar la situación de estar hospitalizadas en este centro hospitalario (INCAN) a la muerte. Luego está la influencia del pensamiento mágico, esto incluye ideas que quedan en el ámbito de la imaginación en el cual creen que fue por un daño que les hicieron por lo que están enfermas, o mostrarse renuentes al tratamiento quirúrgico, aduciendo que Dios las curará. La mayoría de la población atendida tienen poca o ninguna escolaridad, este factor se refleja en la poca información que la paciente tiene de su enfermedad, únicamente se basan en comentarios de otras personas quienes influyen de tal manera, ocasionando desánimo, hasta tener deseos de abandonar el hospital.

La investigación comprobó que se hace necesaria una atención adecuada y específica a cada paciente, pues cada una de ellas reaccionó de diferente manera debido indiscutiblemente a la formación de su personalidad. Gordon W. Allport lo puntualizó a través de la definición por él acuñada: "organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que van a determinar su conducta y pensamientos característicos." (1)

La ubicación del objeto de estudio corresponde al área del conocimiento que hace referencia a la composición orgánica del ser humano, la que se ve afectada por el desarrollo de la enfermedad desencadenando la alteración emocional.

Pudo encontrarse una relación entre el objeto de estudio y algunas corrientes filosóficas como el pragmatismo que subraya "El conocimiento tiene una estrecha conexión con el pensamiento y están insertados en la totalidad de la vida psíquica del hombre, el cual es un ser práctico, de voluntad y de acción." (2). Se pretendió que las pacientes con cáncer, logaran un cambio en su estado de ánimo, mediante el tratamiento psicoterapéutico el cual fue reforzado por el interés y voluntad.

El empirismo que se basa en la experiencia, siendo la única fuente de valor lógico y en la observación de donde se comprueban los hechos internos o externos, permitió conocer el cúmulo de experiencias vividas por las pacientes, así como analizar la difícil situación que ellas estaban atravesando por su enfermedad y por la estancia en el hospital.

El racionalismo guarda relación con la autocognición y juicio porque se buscaba que la paciente misma lograra una comprensión clara de la situación que estaba atravesando por ejemplo reconocer la importancia de ser hospitalizada, y el darse cuenta de cuales eran las actitudes dañinas que no le ayudaban en su recuperación física y mental; como la fase de depresión que contribuye a tomar una actitud pesimista frente a la vida o en la etapa de regateo que no permite aceptar un diagnóstico grave o repentino y buscar tratamiento médico oportuno, menos la ayuda psicológica para lograr una adecuada estabilidad emocional.

Se realizó este estudio de casos con una muestra de 20 pacientes que permanecieron internadas en el hospital "Dr. Bernardo del Valle", por un tiempo aproximado de 5 a 6 semanas, con diagnóstico de cáncer en diferentes partes del organismo del estadio IIB a IIIB, en fase no terminal. Se efectuaron 10 sesiones con cada paciente de 45 minutos. Mediante el tratamiento

(1). Gordon, Allport. PSICOLOGIA DE LA PERSONALIDAD. (Buenos Aires. Edit: PAIDOS 1,970) Pp. 576

(2). J. Hessen. TEORIA DEL CONOCIMIENTO. (Madrid. Editorial SPASA C AALPE 1957) Pp.45

psicoterapéutico previamente delineado como un proceso, el cual se dividió en tres fases que contemplo en todo momento el objetivo de ayudar a la paciente a recuperar el equilibrio anímico, siempre dependiendo del estadio en el que se encontrara el cáncer. Se puede decir que desde el punto de vista científico se logró lo que la investigación pretendía que era uno de los objetivos propuestos como el de ayudar a la paciente con cáncer en el manejo de las diferentes fases que presentara mediante la terapia de apoyo, teniendo como objetivo principal que lograra el equilibrio emocional. Las técnicas auxiliares de la psicoterapia de apoyo son de ayuda para este tipo de pacientes ya que presentan una carga emocional y que necesitan que alguien las ayude, fue de beneficio que las pacientes encontraran esta ayuda psicológica en el momento preciso.

MARCO CONCEPTUAL

Este estudio tiene como propósito principal contribuir al trabajo realizado por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross el cual inició con una observación directa del paciente encamado quien durante su estadío hospitalario manifestaba diferentes comportamientos que confusamente manejaban una mezcla de sentimientos encontrados en cuanto a sentirse triste o tener una negación de lo que está sucediendo, por ejemplo, negar que los resultados de las pruebas y exámenes practicados correspondían a su persona; también eran notorio accesos de cólera que aparentemente no tenían ninguna justificación. Cuando después de saber el diagnóstico donde ya era muy difícil dar marcha atrás para recuperar su salud llegaban a aceptar con resignación su enfermedad y lo único que pedían: "Que Dios les concediera un tiempo más largo de vida para poder arreglar y ordenar aspectos testamentarios o de alguna otra naturaleza que justificara un mayor tiempo de vida" (3)

En nuestro medio no se ha hecho ningún estudio si se quiere señalar, repetitivo de lo que la Dra. Elizabeth Kübler-Ross hizo en un primer momento y otros aún siguen haciendo.

El hombre dentro del continuum alfa y omega encuentra en ese recorrido de acuerdo a su condición psicobiosocial alteraciones que vienen a romper su equilibrio, provocando en la persona enfermedades que hacen necesaria la intervención de profesionales quienes como es sabido hacen su aporte dependiendo del área específica en la que se encuentra.

Hoy en día los sociólogos tratan de resolver los diferentes problemas que se vinculan dentro de una sociedad tratando de sobrevivir o sobrellevar de una manera digna y buscar las respuestas a esa sociedad enferma que tanta ayuda necesita.

Otro tanto hacen los médicos quienes desde Hipócrates hasta la fecha intentan prevenir, tratar y recuperar la salud del enfermo.

Toca el papel al psicólogo como tal, dar respuestas a las interrogantes sobre el comportamiento del individuo y las implicaciones que él mismo tiene cuando se rompe el equilibrio y sea que adquiere la condición de enfermo.

(3)Elizabeth Kübler-Ross. ON DEATH AND DYING. (Estados Unidos: Edit. Mac Millan. 1,996)

En el medio, investigaciones que toquen o repitan el trabajo hecho por Elizabeth Kübler-Ross con relación al manejo de las diferentes fases por las que atraviesa un enfermo no se han dado.

La diferencia entre el presente estudio y las investigaciones de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross, estriba en las características no terminales de los pacientes estudiados, caso contrario en el trabajo de la Dra. puesto que estudiaba estas fases en paciente terminales. La investigación pretendió establecer que la paciente aún no en fase terminal atraviesa por estas fases investigadas por la Dra. Kübler-Ross y que estas se pueden manejar aplicando psicoterapia de apoyo. Esto es parte de lo que se planteó en esta investigación.

Así como los estudios que realizó la Dra. Kübler-Ross en personas que padecían una enfermedad irreversible, el presente estudio estuvo dirigido a pacientes con cáncer el cual afecta a las células sanas volviéndolas débiles y confusas. La información genética puede ser incorrecta debido a la exposición de sustancias químicas nocivas, o haber sido dañadas por otras causas externas que tienen relación con el ambiente, por ejemplo la contaminación, exposición al sol, etc., o simplemente porque en el proceso constante de reproducción de los miles de millones de células del organismo, de vez en cuando sale una imperfecta, si esta célula dañada o incorrecta activa otras células con la misma información genética incorrecta, entonces empieza a formarse un tumor compuesto de una gran cantidad de estas células imperfectas. Por lo general el sistema inmunológico del cuerpo reconoce a estas células y las destruye, o por lo menos impide que se puedan extender. Cuando estas células son malignas dan cambios celulares favoreciendo una reproducción rápida, desordenada y como resultado comienza la invasión a tejidos vecinos. En las células defectuosas, el tumor puede comenzar a bloquear las funciones del organismo, pueden aplastar algún órgano o impedir su funcionamiento.

La clasificación que a continuación se detalla sirve para explicar con claridad los estadios en los que se divide el cáncer y las características de los elegidos.

0 = in situ no se ha extendido a otras estructuras.

I = tumor está solamente en un lugar.

II = tumor se está extendiendo o agrandando.

III = tumor comienza a invadir otros órganos además del dañado. El II y el III son los estadios de la muestra estudiada, no importando la parte afectada del organismo.

IV = el tumor ha comenzado a dañar órganos lejanos al afectado es aquí donde ya no hay remedio, esto es lo que se conoce como metástasis.

SUSTANCIAS CANCERIGENAS: "Existen sustancias nocivas, como las anilinas, los asbestos, los alquitranes y otros productos químicos que pueden afectar la información genética de las células y producir cáncer". (4) Estos autores mencionan que se realizó una investigación, donde se comprobó experimentalmente con animales, que al suministrarles por un período largo de tiempo estas sustancias, sus efectos dañinos adquirieron la condición de "carcinógenos" o agentes productores de cáncer.

Uno de los hechos que apoya el argumento de que estas sustancias son la causa del cáncer, es el nivel tan alto de industrialización, por eso mismo esta enfermedad ocupa uno de los primeros lugares en los Estados Unidos y Europa Occidental así como en países industrializados. Un ejemplo que es importante mencionar es la "contaminación ambiental" que es producto de tanta industrialización que llega a afectar el organismo de los pobladores de estos países "una comparación de estadísticas que llama la atención es la de las naciones de la Unión Soviética y Estados Unidos donde la incidencia de cáncer en la Unión Soviética es menor a la de Estados Unidos debido al resultado del retraso industrial" (5)

En Guatemala una de las principales causas productoras de cáncer detectada es la falta de prevención en las personas la cual consiste en ignorar la sintomatología de la enfermedad, dejando pasar el tiempo hasta llegar a un grado avanzado.

La multiparidad puede incluirse como otra de las causas que favorecen el apareamiento de cáncer.

Las relaciones sexuales promiscuas es otra posible causa para enfermar de cáncer. Las características mencionadas se han observado en pacientes guatemaltecas atendidas en el hospital, que quizá por no tener la información precisa; que a diferencia de los países desarrollados, que tienen programas relacionados con mejor asistencia sanitaria donde pueden controlar o curar enfermedades que no son fatales, cosa contraria de los países en vías de desarrollo, donde la gente está más propensa a contraer cáncer. Pero realmente esto no da una explicación satisfactoria de qué causa cáncer,

(4). Carl, Simonon y Stephanie Simonon. RECUPERACIÓN DE LA SALUD.(España: Ed. RAICES. 1984) Pp.51

(5). Ibid. Pp. 52.

Algunas estadísticas guatemaltecas por ejemplo las que ofrece el Registro Nacional del Cáncer que en el año 1,993 se trataron 195 casos de cáncer de mama en mujeres y 893 pacientes con cáncer en el cuello del útero.

PREDISPOSICION GENETICA: Este argumento se dio al ver que unas personas contraen cáncer y otras no, de lo cual se llegó a la conclusión que hay organismos con mayor predisposición genética que hace crecer o proliferar células anormales.

"El Dr. Vernon Riley de la universidad de Washington, tomó a un grupo de ratones y los sometió a altos niveles de estrés, mientras el grupo control estaba en un ambiente libre de estrés, esperaban que el 80% desarrollaran cáncer, pero el resultado fué impectante porque el 92% de las ratas bajo estrés también lo contrajeron". (6) Una de las características de este experimento es que las ratas tenían predisposición genética y a pesar de los estudios realizados, es difícil asegurar que el cáncer se transmita de forma genética, pero es probable que el estrés causado por la industrialización influya en el desarrollo de esta enfermedad, sin pasar por alto que todos los seres humanos tienen diferentes reacciones, las cuales son regidas por el tipo de personalidad que los caracteriza.

RADIACION: Se sabe que la radiación puede provocar mutaciones en las células, que se pueden reproducir y desarrollar cáncer. La tierra está siendo bombardeada desde el espacio exterior lo que se conoce con el nombre de "radiación cósmica". Si esta radiación es una causa fundamental del cáncer en todos los países sería igual.

También se ha mencionado que los rayos x u otras radiaciones, no son cause del cáncer, pero se han encontrado personas que han tenido una exposición relativamente baja y han desarrollando la enfermedad.

DIETA: Este factor como causante del cáncer, es reciente. La cantidad de grasas que muchas veces forman parte de nuestra alimentación diaria está bastante relacionada con el cáncer. "Un experimento con animales ha demostrado que cuando la cantidad de calorías disminuye, la incidencia de cáncer disminuye, parece ser que el cáncer como otras enfermedades degenerativas golpea fuertemente a los sobrealimentados."(7) La dieta occidental típica, no elimina la posibilidad de que la baja incidencia del cáncer en Japón esté relacionada con la

(6). Ibid. Pp. 53

(7). Ibid. Pp.56

dieta. Cuando los sentimientos y las creencias juegan un papel en la enfermedad, es posible que los factores culturales puedan ser importantes en el desarrollo de diferentes niveles de incidencia del cáncer, los modelos culturales condicionan las creencias y los sentimientos de la gente.

Ninguna explicación de estas teorías investigadas da una respuesta satisfactoria de cuál es la causa del cáncer, porque en todas hay ciertos aspectos que son catalogados como predisponentes que no se cumplen dejando como resultado serias dudas. Con el experimento mencionado se quiere dar una respuesta a la pregunta ¿Porqué aparece el cáncer? Sabiendo que no será del todo segura puesto que existen otros factores que son desencadenantes de esta enfermedad.

El cáncer es una enfermedad conocida como mortal, que no tiene cura, siendo ésta una realidad y que en la cual solamente se da una ayuda a la paciente para enfrentar ésta alteración orgánica. Cuando una persona se entera que tiene éste diagnóstico, súbitamente vienen a ella pensamientos de muerte, el estado de ánimo que más prevalece es el depresivo.

La depresión tiene la característica que afecta el sistema inmunológico y como es de nuestro conocimiento, baja las defensas, si aunado a este problema emocional esta el de padecer cáncer, la persona que experimenta estas dos situaciones o tan solo una, será el campo propicio para que la enfermedad se desarrolle fácilmente. Por esto la paciente con cáncer necesita tratamiento profesional adecuado que le ayude a superar dicha situación.

Es importante mencionar los niveles de prevención para este tipo de enfermedad: NIVEL PRIMARIO, consiste en la divulgación de la sintomatología y de las causas. NIVEL SECUNDARIO, es el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, todavía el cuerpo puede responder. Ejemplo: el papanicolaou. NIVEL TERCIARIO, es buscar ayuda médica u hospitalaria para recibir el tratamiento adecuado, no olvidando la ayuda emocional, puesto que es necesaria por las implicaciones que acarrea esta enfermedad.

Hace poco tiempo se comenzó a estudiar la relación existente entre mente y enfermedad, hay un grupo de investigadores interesados en el estudio de la conexión entre emociones, características de la personalidad y enfermedad, especialmente el cáncer. " Los resultados manifiestan que si hay relación entre las emociones, el desarrollo del cáncer y el pronóstico de dicha enfermedad."(B)

(B). Overholser, Felton Ross. LAS ALTERNATIVAS DEL CÁNCER. (Madrid: Edit. EDAF. 1,995)

Pp. 251

Existen diferentes alteraciones psicológicas que contribuyen al proceso de la enfermedad (cáncer): depresión, estrés, el miedo de no poder controlar la situación que vive, actitud negativa y el no tener apoyo moral y económico adecuado. Al encontrar un paciente con todas las características anteriores es predecible una evolución desfavorable. Es importante señalar que "la depresión es una característica significativa de los pacientes cancerosos, estudios realizados en la escala de depresión MMPI eran dos veces más propensos a desarrollar cáncer en el transcurso de su vida. Hay actitudes que las pacientes manifiestan como negar que tienen una enfermedad incurable, es el caso del cáncer; y se les escucha decir frases como "no tuve cáncer el doctor solo me extirpó el pecho como medida de precaución"(9), es sorprendente como la negación es de gran ayuda en este caso pues es un factor que viene a poner de manifiesto la lucha que la paciente tiene por sobrevivir, esto colabora en la creación de expectativas y logra concentrarse en metas actuales; ya que existe un motivo que impulsa a estas personas a seguir luchando, razón suficiente para que el sistema inmunológico esté alerta, definiendo el bienestar del organismo, por esto se espera un pronóstico favorable; el problema está en que no podrá ocultarse siempre la verdad y menos tomar una actitud indiferente ante la situación, por lo tanto es necesario dar un apoyo adecuado en el momento de confrontar a la paciente con la realidad, esto servirá para que se tomen las medidas necesarias indicadas por el médico.

Un estudio que revisó cuidadosamente las pruebas relacionadas con los factores emocionales y sociales que afectan a los pacientes con cáncer concluyó que "la incapacidad para expresar la emoción particularmente en relación con la ira es un factor real que contribuye al progreso del cáncer. En 1979 se realizó un estudio que demostraba que los pacientes con cáncer que si cooperaban en su recuperación vivían más tiempo". (10) En los casos que se atendieron durante el servicio de práctica en el hospital "Dr. Bernardo del Valle", se observó que las pacientes que manifiestan ira y se encierran en si mismas, no ventilan su situación, la enfermedad se agrava por estar constantemente en conflicto con ellas mismas y con los demás.

Las personas que reciben el diagnóstico de cáncer experimentan sentimientos de lucha contra la enfermedad, la negación hasta la total desesperación. Cabe mencionar que los sentimientos juegan un papel importante en el apareamiento de enfermedades.

(9). Ibid. Pp. 252.

(10). Ibid. Pp. 253.

Puede suceder en algunos casos donde la paciente al saber del diagnóstico médico llega a un punto de exageración de respuesta que puede crear un cuadro neurótico o histérico, es aquí donde se ve la importancia de que la paciente reciba un tratamiento psicológico donde se empleen las técnicas precisas de psicoterapia.

En el apareamiento de trastornos psicológicos que alteran la condición física se hace evidente la secuela de un trauma que no ha sido resuelto o enfrentado. Uno de los ejemplos que llama la atención es en los casos de leucemia infantil la cual se desarrolla curiosamente en el momento preciso del nacimiento de otro miembro de la familia. Por esta razón se hace mención de situaciones que sirven como estímulo en la precipitación o desarrollo de trastornos emocionales.

Experiencias en la infancia que suponen la decisión de ser un cierto tipo de persona. El individuo es sacudido por una sucesión de acontecimientos estresantes. "Las investigaciones realizadas y observaciones a los pacientes concuerdan en que grandes cantidades de estrés suelen ser precursoras del cáncer". (11)

Estos acontecimientos crean un problema que el individuo no sabe manejar. El individuo no ve modo de cambiar sus reglas de acción y se siente desamparado para resolver el problema.

El individuo se distancia del problema, haciéndose estático, incambiable y rígido.

Esta rendición frente a la vida tiene un papel importante al interferir con el sistema inmunológico y puede, mediante cambios en el equilibrio hormonal, llevar a un incremento en la producción de células anormales. El cáncer es una enfermedad que provoca que la paciente caiga en un estado depresivo como se puede corroborar en la literatura biológica de los neurotransmisores encargados de controlar o mantener al organismo en estado de alerta, la depresión provoca que las defensas del organismo disminuyan; "físicamente crea el clima adecuado para el desarrollo del cáncer". (12) Otro contribuyente es el trastorno psicológico que afecta la condición física que a lo largo de la vida del ser humano son como significantes que se establecen y se encuentran como una repetición de un traumatismo que nunca ha sido resuelto; esto puede interferir en la inmunidad del organismo, produciendo cambios que pueden afectar o ayudar en la evolución de la enfermedad.

(11). Jean Glear. PSICOSOMÁTICA Y CÁNCER. (Buenos Aires: Edit FADE. 1984) Pp 13-16.

(12). Ibid. Pp. 16.

Es también el caso del estrés el cual puede ocurrir como el resultado de fuerzas físicas que chocan contra la persona y a veces alcanzan un grado abrumador. El factor precipitante más común que inicia de manera súbita o aguda un trastorno psíquico que es una falla en el funcionamiento del yo o de la adaptación al estrés de la vida.

Los tipos de estrés que amenazan la vida son por ejemplo, las enfermedades graves como el cáncer, las mutilaciones, o los desastres catastróficos de la guerra o de la vida cotidiana, pueden atravesar en cierta medida la barrera de estímulos del individuo y producirle fallas en la personalidad, un factor importante sino es que el principal, es la respuesta afectiva ante la ruptura o la pérdida de una relación personal preciada, tomando esto como característica significativa de la población que se eligió, y que se detectó por medio de la historia clínica donde se comprobó que antes del apareamiento de la enfermedad han sufrido una pérdida objetal.

"El estrés para el ser humano se da por experiencias afectivas que se despiertan durante las relaciones interpersonales, y también por los cambios que se producen intrínsecamente como consecuencia de la alteración en la "esfera biofísica". (13) Una respuesta a situaciones de estrés pueden ser las manifestaciones de cólera, tristeza o enfermedades orgánicas, aclarando que en este estudio no se asegura lo escrito en las líneas anteriores ; es decir que el apareamiento de la enfermedad sea debido a pérdida o ruptura .

Cuando las personas se enfrentan a situaciones difíciles en la vida diaria, van acumulando tensiones a tal grado que causan desequilibrio emocional afectando al individuo, todo se deberá a la capacidad que ella tenga para enfrentar y solucionar problemas de una manera adecuada utilizando el sentido común.

El estrés es un factor que influye significativamente en la fluctuación de los comportamientos propuestos por la Dra. Kübler-Ross los cuales son más frecuentes en los pacientes hospitalizados que padecen cáncer por el conflicto interno que padece cada una de ellas y por sus diferentes situaciones familiares o socioeconómicas que contribuyen a favor de la enfermedad.

Existe unión entre el estrés y la enfermedad, dependiendo del nivel de estrés al que está sometido una persona, es fácil predecir la enfermedad. El investigador Hans Selye

(13). Lawrence C. Kolb. PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA. (México: Edit. Prensa Médica Mexicana. 1,992) Pp. 184

en la Universidad de Praga, durante los años 20, comenzó a relacionar el estrés y la enfermedad, años más tarde revelaron y confirmaron los descubrimientos de Selye, "los cuales evidenciaron que como respuesta al estrés que el individuo maneja, genera procesos fisiológicos y estos pueden crear susceptibilidad a la enfermedad ". (14) Estos descubrimientos tienen mucha importancia para quienes estudian el comportamiento de los pacientes con cáncer puesto que refieren que el estrés emocional suprime el sistema inmunológico, impidiendo que luchan contra el cáncer; razón por la cual hay personas con un historial cargado de estrés que sufren esta enfermedad.

Los médicos han observado que la enfermedad es más frecuente que se presente después de acontecimientos muy estresantes por los que atraviesa una persona, este factor que se vive diariamente de diversas formas y de diferentes niveles contribuye enormemente al desarrollo de enfermedades susceptibles de ser influidas emocionalmente (úlceras, presión arterial alta, enfermedades del corazón, dolores de cabeza, enfermedades infecciosas, dolores de espalda e incluso accidentes)

Holmes y Rahe "diseñaron una tabla en la que se puede medir el estrés o trastorno emocional de una persona, donde toman como experiencias estresantes la muerte del cónyuge, el divorcio, la pérdida de un empleo pero lo curioso o llamativo es que aquí entran las vivencias felices personales como el matrimonio, el embarazo, y logros excepcionales, en lo que afecta eso es en el cambio de hábitos, de autoimagen, etc." (15). Estos investigadores diseñaron la tabla refiriéndose a situaciones estresantes, las cuales se han tomado como pérdida objetal, basados según lo menciona la corriente psicoanalítica, pero además incluyeron en esta tabla experiencias que dependiendo de la personalidad del individuo tomará actitudes adecuadas para los cambios que se le presenten en la vida cotidiana. Pueden ser experiencias positivas, pero también exigen una mayor interiorización, e incluso pueden lograr que conflictos emocionales no resueltos salgan a flote. La clave de todo esto, está en la adaptación al cambio, así sea en dirección positiva o negativa.

(14). Carl, Simonton y Stephanie Simonton. RECUPERACIÓN DE LA SALUD. (España: Edit. Raíces. 1,994) Pp. 70

(15). Ibid. Pp. 71-72

Una de las características significativas de la población explicada más adelante, es la pérdida objetal, en el párrafo anterior se asocia el estrés con una experiencia dolorosa, es el caso del divorcio, la pérdida de un empleo, etc. Estos factores son considerados de peso para el apareamiento de la enfermedad.

Los niveles elevados de estrés emocional incrementan la susceptibilidad a la enfermedad. El estrés emocional afecta el sistema inmunológico, provoca un desequilibrio emocional e incrementa la producción de células anormales.

"Estudios realizados dieron a conocer que personas que estuvieron bajo altos niveles de estrés no enfermaron, por lo que se concluye que la forma como las personas reaccionan a los acontecimientos cotidianos es única". (16)

Casi todas las personas se enfrentan a circunstancias que van a producir ciertas alteraciones en su estado anímico, claro que esto dependerá del grado de adaptación que el individuo tenga. Una situación abrumadora que viene a consecuencia del estrés o fuerzas físicas que producen incomodidad, varias veces se pierde el equilibrio y se puede llegar al punto de perder la salud.

Hay cambios significativos en la vida que pueden convertirse en factores desencadenantes de reacciones depresivas intensas porque son vividos a nivel de pérdidas, estas experiencias que ocurren bruscamente se manifiestan en las pacientes pasando rápidamente de la tristeza a un estado de persecución, hostilidad; crítica desmedida, que pueden sorprender al psicoterapeuta. El problema de los efectos dolorosos junto con el duelo por la pérdida de objeto y de las partes del yo involucradas en estas pérdidas, son las experiencias de cambio como desencadenantes de alteraciones emocionales, es el caso de la depresión que está estrechamente vinculada con el concepto de duelo y forma parte del proceso que ocurre en el individuo como consecuencia de la pérdida de un objeto querido, como lo es en este caso la pérdida de la salud.

"La depresión no está constituida por un único afecto sino que abarca un conjunto de manifestaciones dolorosas complejas desencadenadas por el significado o el no significado, que

(16). Ibid. Pp. 72.

la experiencia de pérdida puede tener para cada individuo. Toda pérdida tanto de un objeto como de aspectos vitales, pueden acarrear el sentimiento de que el deseo de recuperación es irrealizable". (17)

Las personalidades depresivas muestran una intolerancia a las frustraciones, separaciones, pérdidas y experiencias de cambio en general. Es por esto que se hace necesario recabar información que permita detectar que las pacientes hospitalizadas previo a su enfermedad han sufrido una pérdida y como ha sido la tolerancia ante esta experiencia.

"La capacidad de seguir sintiéndose uno mismo en la sucesión de cambios constituye un factor importante en la elaboración de los duelos y forma la base de la experiencia emocional de la identidad. Implica mantener la estabilidad a través de circunstancias diversas y de todas las transformaciones y cambios del vivir".(18)

Es importante tener información de la paciente acerca de las experiencias infantiles de separación y pérdida, y como fueron toleradas o afectaron de tal grado que en la actualidad se manifiesta con sentimientos depresivos ocasionando en varios casos un vacío existencial el cual se da en individuos que de la noche a la mañana resultan con un padecimiento como el cáncer o también en personas que no tiene ningún padecimiento, muy en el fondo de sus emociones llega a experimentar la mayoría de veces sentimientos de soledad o vacío por saber que cada día que pasa su organismo se deteriora, sintiéndose impotente para encontrar solución o aprender a vivir con la experiencia, es aquí donde se encuentra la relación del vacío existencial y el estudio que se realizó porque al final de todo lo mencionado anteriormente la paciente llega a hundirse en la depresión hasta morir si no se le atiende adecuadamente.

La tarea del psicoterapeuta o médico es ayudar a la paciente a llegar a una visión de los valores y del mundo (que sea la propia de la paciente) es tanto más apremiante en una época como en la actual donde que alrededor del "20% de los trastornos psicológicos están condicionados y causados por un sentimiento de carencia de sentido que se denomina el vacío existencial". (19)

(17). Leon Grimberg. TEORÍA DEL PSICOANÁLISIS. (Madrid, España: Edit. PAIDOS 1,981) Pp. 94-97.

(18). Viktor E. Frankl, PSICOANÁLISIS Y EXISTENCIALISMO. (México: Edit. Fondo de Cultura Económica 1,950) Pp. 31.

(19). Ibid. Pp.32

Es evidente que ocasionalmente puede ser aconsejable proporcionar una especie de primeros auxilios, cuando se trata de casos en que las pacientes no sólo dudan del sentido de su vida, sino que están desesperadas y en peligro de atentar contra su vida. Se hace mención de lo anterior porque hay pacientes que reaccionan con cólera que como se sabe puede llevar a la persona a la autoagresión y en su dimensión última al suicidio.

El problema del sentido de la vida radica en hacer consciente a la paciente que a pesar de las circunstancias tan adversas, la vida aun puede tener un propósito que podría encontrarse una salida que facilite al individuo seguir viviendo. "El sentido de la vida no se plantea de un modo típico solamente en los años de la adolescencia sino que en ocasiones es como si dijéramos, el propio sentido quien lo plantea, por ejemplo de una vivencia cualquiera que sacuda y haga estremecer al hombre". (20)

Lo mencionado anteriormente dependerá de la estructura de la personalidad de cada individuo como se ha dicho en otros temas, según Gordon W. Allport la personalidad es: "La organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que van a determinar su conducta y pensamientos característicos". (21)

La personalidad es el conjunto de características que definen a un individuo que lo diferencia de otro, la personalidad se ve afectada por causa de una alteración orgánica, que muchas veces llega a ser fatal para la persona que la experimenta, se puede dar el caso de un individuo que antes de la enfermedad era alegre, extrovertido, hasta cierto punto positivo, en el momento de recibir el diagnóstico de su padecimiento, el panorama antes mencionado para él cambia, por lo tanto es importante poner especial atención en la personalidad premórbida, que no es más que saber cómo era su vida antes de enfermar, conocer con que potenciales contar para la aplicación psicoterapéutica.

En el estudio de las fases de Elizabeth Kübler-Ross, la personalidad premórbida interesa para establecer las diferentes reacciones que se tengan ante la situación de saber que tiene la enfermedad.

(20). Ibid. Pp. 33.

(21). Gordon, Allport. PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD. (Buenos Aires: Edil. PAIDOS 3a. edición 1970) Pp. 576

El trabajo de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross enfatiza la personalidad del individuo la cual está influenciada por factores predisponente y precipitantes que contribuyen al desarrollo de la enfermedad física y emocional. "Los trastornos mentales emergen por la interacción de una personalidad predispuesta en su composición estructural básica y evolución dinámica, y las causas de estrés que se le imponen. Cada personalidad individual lleva en sí misma diversas resistencias y predisposiciones con las que reaccionará ante las causas dianas de estrés durante su vida". (22)

Uno de los factores precipitantes más común es cuando existe una alteración en la estructura de la personalidad, o de la adaptación con que cada persona maneja las situaciones estresantes que le toca vivir.

La teoría de la comunicación proporciona un esquema que facilita interrelacionar la organización que forma la estructura del hombre, su ambiente y la influencia que ejercen la experiencias sociales sobre él.

Al existir un trastorno del cerebro o de tejidos corporales que tengan influencia para recibir, percibir e integrar la información de su ambiente, con las experiencias pasadas, dará como resultado un funcionamiento psicosocial inadecuado por lo tanto habría como consecuencia alteración en la personalidad.

Por lo observado en las pacientes con cáncer se ha detectado cierto déficit del área sensorial debido a que la paciente se envuelve en su situación actual y le es difícil recordar hechos pasados, también la permanencia larga y el estar bajo un tratamiento médico delicado predispone a la paciente a un trastorno del estado de ánimo así como a una alteración de la personalidad.

Cuando una persona tiene dificultades físicas impide que su entendimiento sea adecuado, así mismo no tendrá la capacidad para entender a los demás, ni hacerse entender, esto no producirá un proceso efectivo de comunicación.

(22). Lawrence C., Kolb. PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA. (México: Edit. Prensa Médica Mexicana, 1,992) Pp. 179

Los factores genéticos que establecen la constitución de cada individuo interactúan en el transcurso de la vida con las fuerzas ambientales que influyen en él. Mediante se acrecienta el desarrollo, es más difícil establecer cuales son factores genéticos, debido a la variedad y rasgos de personalidad en el individuo que va creciendo y madurando.

El profesor John Rainer ha comentado, "La genética humana en la actualidad se ha convertido en la ciencia del desarrollo humano". (23)

Los avances técnicos han contribuido a la elaboración de un perfil que da a conocer el número de síndromes patológicos que es cada vez mayor.

Es importante mencionar que un gran número de casos de anomalías congénitas del organismo, que provocan alteraciones cerebrales y retraso mental, se deben al factor genético.

El cáncer es una enfermedad que puede afectar diversas partes del organismo, esta puede ser heredada pero las consecuencias psicológicas no, cada individuo reaccionará dependiendo de la estructura de la personalidad.

El organismo se puede catalogar como una parte de la organización del individuo que viene de los genes, las influencias prenatales y de los primeros meses de vida, sin enfocar el aprendizaje adquirido, a través de las experiencias interpersonales.

Por lo mencionado anteriormente se puede decir que la constitución física determina las diferentes conductas que son la base de la personalidad. Los estudios realizados en animales y hombres han demostrado que las funciones orgánicas cambian debido a la adaptación e influencias patógenas, inmunológicas y como respuesta al estrés psicosocial. El tipo de estructura corporal puede tener mucha relación con diversos tipos de reacción bioquímica pero aún no se conocen las causas biológicas, todo esto sirve como predisponente a ciertos trastornos emocionales. La relación que existe con los pacientes que sufren cáncer y la explicación anterior es que todos los organismos tienen diferentes reacciones ante ciertas situaciones de enfermedad, dependiendo de la personalidad y del nivel de frustración de cada ser humano.

Se ha sugerido que la edad a la que una persona desarrolla un trastorno psicológico es indicador de la deficiente tolerancia a la frustración o a los conflictos.

(23). Ibid. Pp.184

La edad influye considerablemente en las alteraciones psicológicas, un problema que tiene mucho que ver es la integración del sexo al modelo de la personalidad, como también los problemas sociales, de trabajo y todo lo que significa el independizarse de los padres. La mayoría de las pacientes con cáncer están en un rango entre los 20 y 50 años, observándose aquí un marcado nivel de trastorno emocional debido a que en esta edad están en la etapa generadora de seguridad y otros dependen de ellas, en este caso los hijos, por esta razón se agudiza la situación de resolución de problemas, manifestado a través de las fases de cólera, regateo, prevaleciendo la depresión, por la impotencia que sienten poder evitar la situación que está viviendo.

Al parecer el sexo es un factor predisponente para cualquier trastorno psicológico; todo depende del equilibrio que se tenga para manejar situaciones de tensión, en ocasiones el hombre reacciona de formas adecuadas ante ciertas experiencias, las cuales pueden ser difíciles para la mujer, quizá él adopte medidas como: prestarle importancia al problema sin ser extremista; al contrario empleará el tiempo en la búsqueda de soluciones adecuadas.

Muchas de las pacientes con cáncer atendidas en el hospital proceden del interior de la república esto la mayoría de las veces es un arma contra la estima de cada persona, puesto que dependiendo de donde es originario y de su nivel socioeconómico, así será el trato que reciba de los demás miembros del círculo social donde él se desenvuelve. "Estudios realizados en Estados Unidos, demuestran que en los hospitales a los pacientes negros y latinos les dan atención inadecuada hasta cierto punto pues aplican el racismo y la discriminación". (24)

Cuando las pacientes reciben un trato inadecuado, tienen que pasar por exigencias que no pueden resolver, provocando en ellas, algún tipo de alteración como ansiedad y preocupación. Es por esta razón que es imprescindible resaltar el factor grupo humano, por el daño que produce, así mismo contribuye a que la persona dependiendo de su situación de enfermedad como ejemplo el cáncer no reciba una atención especial, se desanime y caiga en el abismo al que puede estar predispuesta y de como resultado trastornos psicológicos. Es importante señalar que las personas cuya predisposición a padecer algún malestar orgánico o psíquico se encuentran muchas veces sólo a la espera de factores precipitantes que contribuyen al rápido desarrollo o estimulen en la aparición de diferentes problemas de orden psíquico.

(24). Ibid. Pp.176

En los factores precipitantes se tiene que establecer el ambiente en el que se desenvuelve la paciente, especialmente el familiar y su relación personal, como también la forma de adaptarse al sistema de valores que maneja.

Además la cultura y el nivel socioeconómico ejercen presión dependiendo del status social y económico en el que se encuentra debido a que la misma sociedad la hará sentirse incómoda por la imagen corporal o su deterioro físico.

Una de las ventajas de la relación familiar adecuada es la ayuda que pueda brindar en ocasiones de tensión y de dificultades diarias. A través de los patrones de conducta, ésta ayuda familiar donde las relaciones familiares son positivas, el apoyo a recibir en momentos de tensión es de mucha importancia. Recuérdese como los patrones de crianza afianzan en cada uno de los miembros, el comportamiento a seguir de acuerdo a los estímulos recibidos en el medio donde se vive. El apoyo emocional es clave para obtener resultados favorables durante el curso de la enfermedad.

Otro factor precipitante para el apareamiento de trastornos emocionales es el socioeconómico pues se ve en las personas que viven al día, no están en la posibilidad de hacer gastos extras pues se salen de su presupuesto familiar, prefieren dar de comer a sus hijos antes que visitar al médico siendo la mayoría de las veces necesario pero como no sienten dolor lo dejan al tiempo. Las personas que son hospitalizadas lo hacen con la ansiedad de no saber cuanto será la cantidad que tendrán que pagar. Este es un factor muy poderoso en el desarrollo de trastornos psicológicos.

Cualquier experiencia que se tenga en la vida va a tener una causa-efecto, el cáncer puede ser la causa en este caso y el efecto una alteración emocional. Se cree que el paciente es afectado por diferentes factores que lo predisponen a padecer ciertas enfermedades en consecuencia se ve afectada la salud lo cual se define como: un "completo bienestar físico, mental y social no únicamente la ausencia de enfermedad". (25) La persona participa en su salud o enfermedad en todo momento, la mecánica que cada persona tiene en la recuperación o en el mantenimiento de la misma es vital. Se asume la idea que la sanación es algo que tiene mucho que ver con la responsabilidad que cada uno maneje, si tenemos un problema físico,

(25). Whool Group. SALUD MENTAL COMO BASE. (Facultad de Ciencias Médicas. Salud Pública. 1994) Pp. 10.

debe buscarse un médico que nos ayude a sanar, por supuesto que esto tiene algo de cierto pero solo es una parte de la historia.

La participación de las pacientes en la recuperación de la salud emocional, tiene que ver con las creencias, los sentimientos y la actitud hacia la vida, de un modo más directo mediante la dieta y el ejercicio. Además la respuesta hacia el tratamiento médico está influenciado por el sistema de creencias sobre la efectividad del procedimiento fisiológico y por la confianza que se tiene en el equipo internista. Según la Organización Mundial de la Salud, a través de su grupo de trabajo "Calidad de Vida", ha establecido la siguiente definición de calidad de vida: "La percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".(26)

La definición anterior encierra factores que afectan la existencia del sujeto estos son: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia en el que se desenvuelve, las relaciones sociales, las experiencias más significativas de su entorno y todo lo concerniente a las creencias personales (espiritualidad-religión).

Se puede mencionar que la Calidad de Vida, es un estado actual del sujeto, que implica el valor que él le da a su historial personal y a lo que espera del futuro.

El tema de la salud está inmerso dentro de la investigación ya que interesa conocer en que proporción es afectado el valor salud emocional en las pacientes con cáncer al atravesar por los estadios de enfermedad que la Dra. Kübler-Ross, ha estudiado porque uno de los propósitos de este estudio es que la paciente alcance una estabilidad emocional, lo cual forma parte de la salud.

Los comentarios anteriores concluyen que la calidad de vida del individuo abarca el estado funcional, psicológico, social, los efectos iatrogénicos del tratamiento, soporte moral y la relación con el entorno, por lo tanto es importante destacar el factor psicológico pues juega un papel decisivo en el apareamiento o agravamiento de una enfermedad.

"Del mismo modo que alguien puede enfermar psíquicamente, también alguien que esté enfermo puede moverse en la otra dirección y llegar a estar psíquicamente sano. El proceso en cualquier dirección tiene características inconscientes" (27)

(26). Ibid. Pp. 11.

(27). Friederich Dorsch: DICCIONARIO DE PSICOLOGIA (Barcelona: Edit. HERDER. 1981) Pp. 376

El concepto de trastorno del estado de ánimo que afecta la condición física, suele utilizarse para indicar el origen de una patología física. Se cree que durante la vida del sujeto se establecen ciertos significantes que actualizan el funcionamiento de un conjunto de genes, estos serán responsables de ciertas lesiones que se producirán en la vida del sujeto, uno o varios fenotipos menos. En el trastorno del estado de ánimo que afecta la condición física nos encontramos frente a la repetición de un traumatismo que nunca ha sido asumido. Un ejemplo de esto es una paciente con cáncer que tiene una rendición frente a la vida, esta actitud interfiere con su sistema inmunológico y puede provocar que la enfermedad avance más rápido.

El factor económico, por la influencia nociva que ejerce en el triángulo de la salud formado por lo psicológico, biológico y social, es mencionado varias veces por autores que estudian este tema, consideran esta circunstancia como determinante en muchos casos para lograr recuperar la salud o acelerar el proceso final del crecimiento, en particular cuando el propósito de la vida se ha perdido, apareciendo casi de inmediato un vacío existencial y sobreviniendo el desenlace final, la muerte.

La tensión económica baja la autoestima del individuo, provoca ansiedad, angustia y depresión, precipita rupturas dentro de su marco social y familiar y desorganiza la vida familiar. Además, "la tensión económica puede agregar una carga adicional a tensiones sociales y familiares que ya existían y a predisposiciones del individuo, para alteraciones emocionales".(28) Cuando la persona no puede cubrir sus necesidades básicas y no sabe manejar situaciones difíciles buscará salidas poco saludables o patológicas.

Otro factor que se debe tomar en cuenta para gozar de salud es lo biológico que implica prevenir, curar, aliviar síntomas o dolor, prevenir complicaciones, prolongar la vida; porque dependiendo de la salud física así será la adecuada interrelación que existirá con los otros aspectos antes mencionados, ya que la definición citada al principio dice que salud es el bienestar físico, social y psicológico.

Lo social incluye la "influencia de la vida social sobre los procesos psíquicos del individuo, manifestaciones socialmente determinadas, como las formas de conducta y cualidades propias". (29)

(28). Ibid. Pp. 266

(29). Ibid. 793

Este aspecto es importante tomarlo con la debida atención, porque dependiendo de las relaciones interpersonales que el individuo establezca con los demás, así será el manejo adecuado o inadecuado de las diferentes situaciones que experimenta; puesto que el hombre es un ser social, no puede vivir aislado y necesita de los demás para sobrellevar los problemas de la cotidianidad.

Como parte de la salud integral es indispensable lograr una salud mental, es importante que el individuo mantenga un ajuste con el mismo primeramente y luego dentro de su entorno con la máxima efectividad, satisfacción, regocijo, aceptación social y con la capacidad de afectar positivamente.

El hombre como cualquier otro de sus congéneres tiene sentimientos y emociones miedo, odio, amor, enfado, fallas, errores, sueños, arrastra frustraciones, llora y tiene momentos de plenitud, teme a la muerte y le angustia la posibilidad de sufrir un paro, es violento y tierno, pero fundamentalmente es sensible a las experiencias.

Partiendo de la base de que nadie es perfecto, siempre será posible dar un paso hacia la autorealización en cualquier aspecto. Se ha clasificado a las personas en dos categorías, según sea su estilo de vida, de sus expectativas y de su forma de enfrentar los acontecimientos vitales que le afectan: LOS LUCHADORES y LOS FATALISTAS.

Las personas luchadoras tienen características como planificar objetivos a mediano y largo plazo, luchan por alcanzar sus metas, conocen bien sus limitaciones, se sienten responsables de los éxitos como de los fracasos que van cosechando. Son seres de control interno. Suelen ser gente equilibrada y responsable, saben aceptar el fracaso como un aspecto inherente al éxito, en pocas palabras saben COMO VIVIR SU VIDA.

"Los fatalistas, son todos aquellos que se consideran juguetes del destino, piensan que ya todo está predeterminado y escrito, que lo que ha de acontecer ocurrirá irremediamente. Son fieles a su concepción derrotista de la vida, simplemente viven el día, sin marcarse objetivos ni planificar caminos para llegar a alcanzarlos, estas personas dejan su vida en manos de la casualidad o de los demás, por ello son infelices, se sienten inseguros y se desmoronan fácilmente". (30)

(30). Whool Group. SALUD MENTAL COMO BASE. (Facultad de Ciencias Médicas. Salud Pública. 1994) Pp. 14

El Dr. Elmer Green, pionero en el campo del biofeedback, dijo en una ocasión que cuando alguien desea influir en su salud, es muy importante que tenga en cuenta los pensamientos, actitudes y comportamientos implicados tanto en el proceso de enfermar como en el de sanar.

Cuando las personas saben bien de que se trata y conocen su padecimiento, colaboran de una manera más consciente en todo el proceso de recuperación. El organismo de cada ser humano está compuesto por mecanismos homeostáticos, al romperse este equilibrio es muy importante que se le preste atención adecuada a los pensamientos y comportamiento de las personas que atraviesan dichas experiencias. Al aparecer la enfermedad, las reacciones de estrés, son perjudiciales para el restablecimiento psicológico.

En el proceso de enfermar a través de la mente, el cuerpo y las emociones, puede ser que las personas descuiden su alimentación (grasas o el ejercicio, quizá hayan atravesado periodos largos de tensión sin tener momentos de descanso ni relajación, satisfaciendo necesidades de otras personas olvidándose de las propias. Al ignorar estas necesidades se está participando en la enfermedad, "al no satisfacer las necesidades del cuerpo y la mente, el cuerpo da una señal de alarma sobre la falta de atención expresado a través de la enfermedad". (31)

La persona puede participar tanto en el desmejoramiento de la salud, como también en la recuperación de la misma. Es cuestión de decisión de cuál sería la postura que adopte ante la realidad de tener expectativas positivas.

Si todos los pacientes se enteraran de su diagnóstico desde el momento de ser detectada, puede ser que él mismo contribuya en la recuperación de su salud emocional. Este tema se considera básico para este estudio porque es evidente el cambio de emociones, el estado de ánimo que prevalece en una paciente que quiere participar en su recuperación.

Recuperar la salud describe lo que se puede hacer, conjuntamente con el tratamiento médico, para alcanzar y mantener la deseada salud. Para que una persona pueda participar en la "recuperación de la salud", tiene que establecerse como primer paso un nivel de comprensión de cuanto puede hacerse contra la enfermedad. Cuando las personas diagnosticadas incurables creen que sólo el tratamiento médico puede ayudarles, y resulta que los médicos han dicho que la

(31). Carl Simonton y Stephanie Simonton, RECUPERAR LA SALUD. (España: Edit. Raíces. 1994) Pp. 133

medicina ya no puede hacer nada por ellos, reaccionan sintiéndose hundidos, atrapados, desamparados. Pero si por el contrario los pacientes movilizan sus propios recursos y participan activamente en su recuperación emocional, pueden superar sus expectativas de vida y alterar de modo significativo su cotidianidad.

El punto de partida para recuperar la salud es el deseo de vivir, por lo que la paciente quiere luchar hasta alcanzar lo anhelado tanto como es su salud. Una característica que diferencia a los pacientes que luchan por obtener la salud y los que se dejan atrapar por la enfermedad, es la frustración existencial, aquí cabe mencionar la famosa frase mencionada por Friedrich Nietzsche: "quién tiene un por qué para vivir puede soportar casi cualquier cómo". (32) Estos pacientes cooperan y tienen una actitud diferente hacia la enfermedad y una postura positiva ante la vida.

La actitud de los pacientes juega un papel determinante en la recuperación de la salud o calidad de vida. Otro paso que los enfermos deben dar es creer sobre la efectividad del tratamiento, la potencia de las defensas naturales del cuerpo.

"Un estudio realizado comprobó que los pacientes que consideraban el tratamiento positivamente solían tener menos efectos secundarios". (33)

Un médico eminente afirmó que cuando alguien desea influir en su salud es muy importante que tenga en cuenta los pensamientos, actitudes y comportamientos implicados tanto en el proceso de enfermar como en el de sanar. Cuando a una persona se le informa el proceso de la enfermedad y sobre las expectativas que existe para obtener la salud, este puede participar de un modo más consciente y activo en dicha recuperación. El Dr. Carl Simonton expone algunas de sus ideas para recuperar la salud, a continuación y explican brevemente :

1. Participar en la salud ; aquí se debe ayudar al paciente a identificar cómo participar en el desencadenamiento de la enfermedad, puesto que su participación puede ser beneficiosa para su salud.

(32). Viktor E. Frankl. PSICOANÁLISIS Y EXISTENCIALISMO. (México: Edit. Fondo de Cultura Económica, 1,990)

(33). Carl Simonton y Stephanie Simonton. RECUPERAR LA SALUD. (España: Edit. Raíces, 1,994) Pp.98

2. Beneficios de la enfermedad ; la cultura obliga a que las personas por las diversas actividades que realizan no contempla un momento para liberar emociones que están ocultas como son la tristeza, dolor, ira y hostilidad. Quizá por primera vez se dan permiso de hacer muchas cosas que no harían si estarían sanos, ejemplo: pedir ayuda o amor y expresar infelicidad. La enfermedad es una razón justificable para no aceptar situaciones estresantes.

3. Aprender a relajarse y a visualizar la recuperación, el aprendizaje de técnicas que ayudan a crear y a reforzar creencias en que cada paciente tiene la capacidad de participar en la recuperación de la salud.

El beneficio de estas es que rompe el ciclo de tensión y miedo, tan frecuente en pacientes que se enteran del diagnóstico de enfermedad grave. Además de proporcionar ayuda física muchos individuos descubren que su forma de pensar y actuar no son las mismas, tienden a mejorar, lo que permite enfrentarse positivamente hacia la vida y a la enfermedad.

4. Valor de las imágenes mentales positivas, la enseñanza de la creación de imágenes mentales positivas para combatir la enfermedad.

5. Superar el resentimiento, es de vital importancia desarraigar cualquier sentimiento de ira o resentimiento, porque esto contribuye al aumento de un sentimiento negativo que alimenta en una gran proporción el estrés y la tensión, inhibiendo la recuperación.

6. Establecer metas, es tener propósitos en la vida que ayuden a tener una alta calidad de vida, no solamente encaminadas hacia el deber sino también al placer (disfrutar de la vida).

7. Encontrar el propio guía interno para la salud. Es formarse una imagen mental que ayude a la recuperación de la salud, tales como un ángel, sol brillante, etc. ; ideas que te brinden energía y esperanza de que la enfermedad va a decrecer.

8. Controlar el dolor.

9. Ejercicio, a través de la actividad física que es necesaria para liberar el estrés y las tensiones acumuladas, es un método efectivo para cambiar el propio estado de ánimo.

10. Enfrentarse a los miedos, a la recaída y a la muerte. La persona tiene que empezar por enfrentar sus propios miedos especialmente al momento de sufrir recaídas y además no evadir, sino comprender y aceptar la muerte. Se hace mención de estos pasos para ver lo importante y necesario que es la participación de la paciente en la recuperación de la salud emocional.

En el estudio de las fases de Elizabeth Kübler-Ross interesa sobremanera observar la fluctuación que experimenta la paciente, esto sucederá de acuerdo a las expectativas de vida que ella tiene o sea su sentido de vida. Si tiene una frustración existencial prevalecerá la fase

depresiva dando paso al deterioro físico cada vez más rápido. Por lo tanto su participación y motivación que tenga le ayudará a recuperarse y a tener lo que todo ser humano desea la "salud".

Dependiendo de como la paciente participe en la recuperación de la salud emocional, así colaborará en los tratamientos médicos recomendados. No quiere decir con esto que ella va a recuperar su salud física (el cáncer es irreversible en fases avanzadas) lo que se pretende es ofrecer a la paciente una ayuda para el control de sus emociones.

Se ha abordado la influencia que ejerce sobre el comportamiento el padecer de una enfermedad irreversible como lo es el cáncer. Su estado de ánimo sufre una alteración, el sujeto es descrito deprimido, triste, desesperanzado y desanimado. En las entrevistas por medio de observación se nota que la paciente está a punto de llorar aunque esté negando que está triste.

Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos muestran una alta irritabilidad (por ejemplo, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás o sentimientos exagerados de frustración por cosas sin importancia).

Normalmente el apetito disminuye y en muchos sujetos deben esforzarse para ingerir alimentos. El insomnio tiene como característica despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse. Los cambios psicomotores incluyen agitación por ejemplo: incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto, o entrecimiento del lenguaje y pensamiento, movimientos corporales como frotarse las manos, tocar su cabello, etc.. Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una paciente puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico.

Otro episodio afectivo que es caracterizado por un estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, especialmente cuando se contradicen los deseos del sujeto por ejemplo: cuando se le aconseja seguir el tratamiento y la paciente insiste en retirarse del hospital. Cuando hay tardanza en el inicio del tratamiento médico. Un ejemplo de expansivo es cuando la paciente exagera la situación.

Este estado de ánimo puede cambiar muy rápidamente de la ira a la depresión. Los síntomas depresivos pueden durar unos momentos, horas o días. No es raro que los síntomas depresivos y los síntomas de irritabilidad aparezcan simultáneamente.

El estudio de las fases de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross en pacientes con cáncer se refiere a un trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad física "La característica esencial del estado de ánimo debido a enfermedad física es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad orgánica. La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de intereses o del placer o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable". (34)

La paciente sufre de una alteración emocional por padecer cáncer, al hacer esta afirmación se debe realizar un estudio cuidadoso por medio de una historia clínica completa donde nos demuestre que la alteración comenzó al mismo tiempo que la enfermedad. Al tratar este tema hay que tener cuidado porque no es lo mismo dictaminar una alteración emocional a consecuencia de sustancia o de otro trastorno mental.

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica con síntomas depresivos aumenta el riesgo de que la paciente atente contra su vida. "Las tasas de suicidio son variables dependiendo de la enfermedad médica en particular, si bien las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas por ejemplo: el cáncer, lesiones medulares, úlcera péptica, enfermedad de Huntington, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), insuficiencia renal terminal y lesiones cerebrales". (35)

El estudio de las fases de enfermedad de la Dra. Elizabeth Kubler Ross, comprenden: Negación, es usualmente una defensa temporal porque no usan la negación tan extensivamente, estos pacientes pueden hablar brevemente sobre la realidad de su situación. Esta defensa que las personas adoptan lo hacen porque no desean enfrentar su situación. La menor negación parcial no dura solamente los primeros estadios de una enfermedad, sino hasta que la persona quiere enfrentarlo, para que logre esto debe ser ayudado, el psicoterapeuta debe saber reconocer la etapa y llevar un control de cuanto ha durado este estadio.

(34). DSM IV. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. (España: Edil. MASSON, S.A. 1,995) Pp. 334.

(35). Ibid. 376

Se considera sin temor a equivocarse casi usual que los pacientes reaccionen ante el conocimiento de una enfermedad incurable con una expresión como: "a mi no, no puede ser cierto"(36).

Algunos pacientes son tan convincentes en su propia conclusión, como apoyo a su negación como por ejemplo: "que las radiografías las confundieron y son de otra persona".

La segunda fase es Regateo, en esta fase, las pacientes quiere hacer un arreglo, algo que permita posponer lo inevitable. Los niños muestran ejemplo de lo que pueden lograr regateando "si yo soy bueno toda la semana, y lavo los trastos cada semana mis padres me permitirán ir a jugar" Esto es una proposición o chance natural, el niño obtendrá lo que antes fue negado.

Así es en los pensamientos del paciente, existe con una idea que se puede considerar como otra opción. Estas reacciones son familiares con la negación. Por medio de la psicoterapia de apoyo el psicoterapeuta perseguirá que la paciente exteriorice lo que le está molestando, analizar su estado de ánimo, luego utilizar una de las técnicas de la psicoterapia de apoyo, por ejemplo la tranquilización y persuasión para lograr que la paciente se mantenga. Por lo tanto el psicoterapeuta tiene que ser hábil para poder reconocer su estado emocional, porque puede estar triste como también puede estar enojada en el segundo periodo, porque la paciente se dice algo como esto "Si Dios no escucha mis súplicas y me lleva de esta tierra, tal vez enojada puedo hacer que me entiendan."

La Tercera fase es ira o cólera, esta fase aparece cuando la negación no se puede mantener más, entonces aparecen los sentimientos de ira y cólera, furia envidia y resentimiento. La pregunta lógica es ¿POR QUE YO?

A diferencia de la etapa de negación, la etapa de ira es muy difícil enfrentar. Desde el punto de vista de la familia no saben como tratar al paciente y se preguntan de dónde puede venir esta cólera; esto se debe al hecho de que la ira tiene una dirección proyectada casi sin rumbo fijo, ninguna puerta es buena, no encuentran una explicación no saben que exámenes exigir, por la situación de pasar demasiado tiempo internados en el hospital o no respetan sus deseos, como aspectos de privilegios especiales.

(36). Elizabeth Kübler-Ross. ON DEATH AND DYING. (Estados Unidos Edit. Mac Millan. 1,996)
Pp.51

Las enfermeras son a menudo el blanco de la ira de los pacientes, todo lo que ellos tocan está mal. Cuando la familia los visita es recibida con poca alegría y la anticipación del encuentro será un evento doloroso, entonces ellos responden ya sea con ansiedad y lágrimas, culpa o vergüenza o evitan las posteriores visitas, lo cual solamente aumenta la incomodidad del paciente y su cólera.

La siguiente fase es cuando un paciente con una enfermedad incurable ya no puede negar su enfermedad, cuando es forzado a más cirugía u hospitalización por un tratamiento y empieza a tener más síntomas a causa de la enfermedad, esto lo vuelve más débil y delgado, es aquí cuando ya no puede esconderlo. Su adormecimiento, estoicismo, su enojo y rabia será reemplazado por un sentimiento de gran pérdida.

Con un tratamiento extensivo y hospitalización se agregan las cargas financieras, los gastos que no pueden sufragar como las sumas inmensas de la hospitalización y tratamientos que en años recientes han forzado a los pacientes a vender las únicas posesiones que tenían.

Podrían ser añadidas la pérdida de un trabajo debido a muchas ausencias o incapacidad para funcionar, son madres y esposos que proveen para el hogar, empieza la falta de atención a los hijos. Cuando las madres se enferman los pequeños tienen que ser cuidados por otros añadiendo a la tristeza un sentimiento culpa por haberlos dejado.

Todas estas razones de depresión son bien conocidas para todo el que tiene que tratar con pacientes, lo que a menudo se tiende a olvidar. Sin embargo a la ansiedad preparatoria que el paciente percibe con relación a la enfermedad irreversible tiene el psicólogo que intervenir a fin de prepararle para la separación final de este mundo.

Si se intentara diferenciar las dos clases de depresión se consideraría una, como una depresión reactiva y otra como depresión preparatoria. Se deben tratar con diferencia, pues la primera es diferente por naturaleza, se debe de determinar la causa y aliviar algunas culpas irrales o de venganza que a menudo acompañan a la depresión.

La segunda es por causas que son obvias ejemplo: la mujer que está preocupada porque ya no será mujer, se le debe elogiar por algunas características femeninas.

En el segundo tipo de depresión se anima a los pacientes a ver el lado amable de la vida y todas las cosas positivas que le rodean. La depresión es un sentimiento que puede ser exteriorizado, expresado y se hace mejor con el contacto de una mano, con el simple hecho de sentarse con él o ella para escuchar.

La última fase y la más saludable es la aceptación, un paciente ha tenido suficiente tiempo, y si se le ha dado la ayuda correspondiente podrá asumirse que la psicoterapia dio sus resultados.

Ella alcanzará una etapa en la cual ni se sentirá deprimida ni se enojará por su insuficiencia, él podrá entonces expresar sus sentimientos, su envidia por la vida y por la salud, su ira hacia aquellos que no tienen que enfrentar este final. Ella contemplará el inminente final con cierto grado de tranquilidad y expectación, se sentirá cansada y en muchos casos con deseos de dormir por intervalos largos que se diferencian de la necesidad de dormir durante los tiempos de depresión. Esto no significa que se dé por vencida, resignada y desesperada. "Un sentido de lo que es querer viajar o un ya no puedo luchar más." (37)

No se debe de confundir por una etapa feliz, es casi carencia de sentimientos, es como si el dolor se hubiera ido, la lucha terminó y entonces llega el tiempo de "el descanso final antes del largo viaje". (38)

La investigación requirió implementar un plan de tratamiento en el cual se delinearon los pasos a seguir con las pacientes, siendo específicos en emplear las técnicas psicológicas adecuadas.

El plan de tratamiento es una acción mentalmente elaborada antes de su ejecución dirigida a aliviar el trastorno emocional y promover el funcionamiento normal del sujeto. Según el autor de la Psiquiatría Clínica Moderna Dr. Lawrence Kolb, se deben considerar los siguientes objetivos:

- ✓ Tener el cuidado de no dañar al paciente.
- ✓ Aliviar el sufrimiento.
- ✓ Ayudar al proceso de recuperación emocional.
- ✓ Facilitar el desarrollo de un estado más sano y flexible.
- ✓ Aliviar el malestar emocional de la paciente.

Se tomaron en cuenta los objetivos de la investigación, para que el plan de tratamiento pudiera cumplir su objetivo principal el cual es: Ayudar a las pacientes en el manejo de la fase de enfermedad de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross. Se hizo necesario usar psicoterapia, la que se define como "el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales por medios psicológicos";

(37). Ibid. 80

(38). Ibid. 86

eligiendo en este caso es la Psicoterapia de Apoyo con sus respectivas técnicas: ventilación, tranquilización, persuasión.

La psicoterapia constituye un medio, mediante el cual los síntomas mentales pueden ser atenuados, o el comportamiento desordenado puede ser controlado mediante una relación estructurada progresiva entre psicoterapeuta y paciente. Debe distinguirse la psicoterapia de muchas formas no profesionales, mediante las cuales una persona puede influenciar o ayudar a otra, a través de amabilidad, consejo, educación, persuasión, exhortación o inspiración.

Los investigadores han hallado gran dificultad para determinar si la psicoterapia hace realmente lo que afirma. Existen variables para controlar la validez de una psicoterapia y los resultados que se esperan; estas pueden ser: tipo y grado de padecimiento, motivación del paciente, clase de psicoterapia, características personales del psicoterapeuta, de las cuales depende en gran medida que el paciente sienta que es ayudado e importante para alguien, estas características son las siguientes:

- Poder: percepción que debe proyectar el psicoterapeuta sobre la personalidad del paciente para que este participe en su recuperación emocional favoreciendo el cambio.
- Potencia: es como la energía que tiene el psicoterapeuta para influir en el paciente y lograr una participación responsable en éste.
- Persuasión: es la labor de convencimiento que hace el psicoterapeuta al implantar en la mente del paciente pensamientos, actitudes con argumentos razonables para lograr cambios.

En cuanto a las actitudes del paciente, se espera que este tenga una dosis de motivación para acatar las condiciones del contrato psicoterapéutico y mantener su mente orientada hacia la obtención de resultados positivos, aún cuando algunas sesiones le lieven a pensar que las cosas no van a resultar como lo esperaba.

Para la realización de este trabajo se hizo una revisión de otros estudios sobre el cáncer, sus efectos psicológicos y tratamientos, para así establecer la diferencia con este; entre los más recientes están: "La necesidad de la psicoterapia en el paciente con cáncer en fase terminal hospitalizado en el INCAN." (1983), elaborado por Ana Lucrecia Villegas y otros. Este trabajo buscó comprobar la necesidad de asistencia psicológica a los pacientes que han llegado a la última fase de la enfermedad debido a lo incomprensible que resulta para ellos enfrentarse a la muerte de una forma tan dolorosa tanto física como psíquica. Señalaron que los pacientes que no han llegado a la fase terminal están en mejor disposición de recibir ayuda psicológica que los prepare a encarar lo doloroso de la fase terminal.

Utilizaron como instrumentos de psicodiagnóstico el test del Arbol, la Figura Humana de Machover, T.A.T. y Medición de la Depresión. La Psicoterapia de Apoyo fue el instrumento de

base para el tratamiento tomaron una muestra de ambos sexos entre las edades de 13 a 80 años. La investigación estuvo orientada en el estudio de casos.

Otra tesis revisada fue la realizada por Aura Montiel de Aguilar y otros., titulada: "Niveles de depresión en pacientes hospitalizados en el Instituto de Cancerología, según su medio cultural". Utilizaron para ello la Escala de Depresión Zung, entrevista dirigida y observación sistemática. Para el procesamiento de datos usaron la técnica estadística paramétrica para observar las diferencias.

Este trabajo pretendió evidenciar que todo paciente con cáncer sufre de depresión y que ésta varía según su nivel cultural. Establecieron que los pacientes de mayor posición cultural sufren más que los que son de baja posición cultural. La Psicoterapia de Apoyo fue el medio psicoterapéutico para dar tratamiento.

El último trabajo revisado fue el titulado: "La psicoterapia como medio de superación de la ansiedad y la depresión en el paciente con cáncer". Elaborado por Rosa Pérez de Chavarría.

Este estudio comprobó que el paciente con cáncer experimenta trastornos emocionales en su personalidad, siendo los más significativos la ansiedad y la depresión. La muestra manejó ambos sexos. Utilizaron la Escala de Depresión de Zung, características del procedimiento psicoterapéutico: estudio de casos, psicoterapia de apoyo.

Las tres tesis revisadas se diferencian del presente estudio en los siguientes aspectos:

- Se pretendió hacer un "Estudio de la enfermedad a través de las fases investigadas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross en pacientes con cáncer del hospital Dr. Bernardo del Valle", teniendo como objetivo que la paciente logre el manejo de las fases de enfermedad mediante la Psicoterapia de Apoyo.
- En términos generales, el contenido central de este trabajo puede quedar sintetizado en las siguientes premisas:
 1. - Toda persona que sufre una enfermedad grave o pérdida objetiva, atraviesa experiencias como cambios en su comportamiento a las que la Dra. Elizabeth Kübler-Ross denomina como fases de enfermedad.
 2. - Que una persona sufra cambios en su comportamiento por situaciones que experimenta por lo regular es normal, lo anormal o perjudicial es que la persona no logre enfrentar adecuadamente esas situaciones que le crean conflictos y dañan su salud o impiden su recuperación.

3. - Cuando la persona no recibe la ayuda psicoterapéutica para el manejo de las fases es posible que la enfermedad física, en este caso el cáncer avance y se extienda más rápidamente debido a que el paciente se encierra en sí mismo lo que le impide encontrar soluciones o no le permite luchar contra la enfermedad para obtener una mejor calidad de vida.

4. - El medio sociocultural que rodea al paciente también influye, tomando en cuenta los hábitos y costumbres que forman parte importante de su vida personal y social, lo cual muchas veces le limita para buscar o encontrar ayuda adecuada a su padecimiento.

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Esta investigación se realizó en el encamamiento del hospital "Dr. Bernardo del Valle" INCAN, institución donde permanecen hospitalizados un promedio de 80 pacientes hombres y mujeres, con diagnóstico de cáncer en diferentes partes del cuerpo. La mayoría de los pacientes son mujeres, quienes tienen el promedio más alto de padecimiento de cáncer de cérvix y de mama.

Se tomó una muestra intencional de pacientes mujeres de las salas No. 1 y 3 que padecieran cualquier tipo de cáncer y que las edades oscilaran entre los 20 años en adelante, sin importar los estratos sociales y estado civil. Se seleccionó esta muestra usando el kardex y expedientes que cumplieran las características de ser mujeres, hospitalizadas por un largo periodo de tiempo, con diagnóstico médico de cáncer en un estadio de IIB a IIIB, o sea que no estuvieran en la fase terminal para establecer si ofreciendo un tratamiento psicológico específico cambiaba el estado emocional y al mismo tiempo sería útil en el manejo de la enfermedad, la recolección de la muestra para la investigación estuvo comprendida entre los meses de julio de 1997 a diciembre de 1997.

Las 20 pacientes fueron sometidas a los mismos procedimientos: el tratamiento se concluyó con 18 porque 2 de ellas decidieron seguir con tratamiento ambulatorio, se utilizó la entrevista inicial, la observación, levantado de historia clínica, el test de colores de Lüscher en aplicación inicial y reaplicación, el plan de tratamiento y la psicoterapia de apoyo a pacientes con el uso de sus técnicas auxiliares de ventilación, persuasión y tranquilización, estas técnicas se utilizaron de acuerdo al material verbal que se tuvo en las sesiones que fueron aproximadamente entre doce a quince sesiones con cada una de las pacientes.

Se procedió a hacer una entrevista dirigida antes de iniciar el tratamiento psicológico en ésta se contemplaron las cinco fases propuestas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross, fue elaborada por las investigadoras con preguntas directas que ayudaron a ubicar a las pacientes en la fase que se encontraban, se hizo en el transcurso de una sesión de 45 minutos. La estructura que siguió la entrevista se presenta en el anexo No. 1.

La observación como uno de los instrumentos sirvió durante todo el proceso psicoterapéutico que permitió hacer una esquematización de la conducta y comportamiento de la paciente, observándole en forma individual así como en sus relaciones con otras pacientes, con el personal médico y de enfermería, además permitió el hacer evoluciones diarias para detectar la fluctuación de una o dos de las fases propuestas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross. La guía para el uso de esta técnica se presenta en el anexo No. 2.

El levantado de historia clínica se realizó en dos sesiones con la finalidad de conocer un poco más a fondo a la paciente así como para obtener datos relevantes de su enfermedad y las diferentes esferas de su vida en general, estos permitieron elaborar un plan de tratamiento adecuado que permitiera ayudarla al restablecimiento de su estabilidad emocional, la guía para la recolección de la historia clínica se presenta en el anexo No. 3.

El test de colores de Lüscher, como técnica proyectiva de la personalidad, permitió establecer el estado de ánimo de la persona. Al analizar los resultados obtenidos se evidenciaron los focos de tensión, ansiedades y compensaciones que estaba manejando la paciente. El test de colores consta de ocho tarjetas de colores primarios o básicos y colores auxiliares, de los que las pacientes eligieron por orden de preferencia, de acuerdo a esta elección se ordenó y analizó el significado psicológico y la estructura funcional de los mismos. El protocolo del test aparece en el anexo No. 4

Al tener la información por medio de éstas técnicas e instrumentos, se estableció el conjunto de síntomas y signos, tomando en cuenta el Manual de Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales DSM IV, para hacer un diagnóstico psicológico.

Posteriormente se hizo el plan de tratamiento estableciendo de antemano la fase en la que se encontraban, tomando en cuenta el objetivo que era el de ayudar a la paciente a mantener su yo con el mínimo de presión interna o externa, el plan consistió en delinear un proceso en el que se tomó en cuenta el objetivo que era el de ayudar a la paciente a mantener el equilibrio anímico, siempre dependiendo del estadio en que se encontrara el cáncer. En la fase No. 1 se dio inicio al tratamiento y establecimiento de rapport, buscando un ambiente de confianza. Realización de la entrevista y ubicación de las fases en las que se encuentra de acuerdo a la Dra. Elizabeth Kübler-Ross, se buscó utilizar la técnica de ventilación, con la idea de que la paciente aflojara la presión interna. Se aplicó el test de colores, que pretendió establecer el estado de ánimo de la paciente al inicio de la psicoterapia. En la fase 2 se recolectó la historia clínica y se siguieron utilizando las técnicas de ventilación, además tranquilización y persuasión, que de acuerdo al material verbal que la paciente aportó al momento de las sesiones, se eligió la técnica apropiada en función del material verbalizado y de aquéllos estímulos que buscaron esclarecer algunos detalles personales a través de preguntas. En la fase 3, luego de lo visto a diario, alcanzándose un mínimo

aproximado de doce sesiones, se pretendió dejar el yo de la paciente lo suficientemente apuntalado para que por sus propios medios lograra mantener el equilibrio anímico y siguiera colaborando en la recuperación de su salud. Se reaplicó el instrumento para establecer si se dio alguna diferencia significativa entre la primera y segunda aplicación.

La psicoterapia de apoyo se utilizó por ser la más apropiada para los casos atendidos ya que estas mujeres necesitaban desahogar su tristeza, preocupación, incomodidad etc. así como sentirse importantes para otras personas, el cáncer es una enfermedad incurable para lo que no puede hacerse otra cosa más que brindarles a las pacientes soporte emocional, utilizando para ello las técnicas de ventilación, persuasión y tranquilización.

El análisis estadístico se llevó a cabo interpretando los resultados mediante el análisis cualitativo, utilizando para ello el nivel nominal de medición con su respectiva representación gráfica, resultados que pueden observarse en el capítulo III de este trabajo.

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

La población total de pacientes que asiste al hospital "Dr. Bernardo del Valle" son en su mayoría del interior de la república y una minoría del exterior, un 95% son de posición baja y un 5% de posición media alta, son campesinos y amas de casa, jefes de familia, tienen un número elevado de hijos, de escolaridad analfabeta. La etnia a la que pertenecen son tanto indígenas como ladinos, las edades más frecuentes están entre los 17 años en adelante. Según datos del Registro Nacional del Cáncer en Guatemala han asistido un total de 2,618 pacientes según la última estadística que corresponde al año 1993, presentando diferentes tipos de cáncer.

De esta población se eligió una muestra de 20 pacientes de sexo femenino, debido a que es mayor el número de mujeres que de hombres, que estuvieran hospitalizadas para tener un mayor acercamiento, puesto que abandonan el hospital hasta que finaliza el tratamiento médico recomendado, se prefirió que tuvieran más de 1 hijo (sea que fueran multiparas porque se sabe que a mayor cantidad de hijos hay mayor predisposición a la enfermedad del cáncer, estos datos fueron recabados por medio de la recolección de la historia clínica, se procedió a hacer un análisis cuantitativo de esto, se presentaron los resultados en la gráfica No.1 adjunta en este capítulo. En el análisis de la información se comprobó que la multiparidad estuvo presente de la siguiente manera: Un 30% de las pacientes tuvieron de 2 a 3 hijos, un 10% 4 hijos, un 10% de 5 a 6 hijos, un 40% de 7 a 9 hijos y un 10% de 10 hijos.

Otra característica de la muestra es la pérdida *objetiva*, que como se menciona en el marco conceptual de la investigación, se estima o se cree que es una causa externa del apareamiento del cáncer, interesó por lo tanto hacerlo notar, se procedió a hacer un análisis de la información recabada. Como se muestra en la tabla No. 1 de este mismo capítulo el 100% de las pacientes presentaron algún tipo de pérdida.

Se eligió a pacientes de 20 años en adelante porque la estadística de pacientes que ingresan al hospital, están comprendidas en estas edades.

Se trabajó con pacientes que presentarían un diagnóstico de cáncer de IIB a IIIB porque son los estadios médicos que ameritan tratamiento especializado y las reacciones iatrogénicas de los tratamientos.

El tipo de muestra es intencional por basarse de un estudio de casos y por haber tenido un conocimiento previo de las personas que asisten a este centro hospitalario, durante el servicio prestado.

**TABLA No. 1 RELACION
PÉRDIDA OBJETAL/
APARECIMIENTO DE LA ENFERMEDAD**

FECHA PÉRDIDA OBJETAL APROXIMADA	FECHA APROXIMADA INICIO DE ENFERMEDAD
1. CASO # 1 ABANDONO DEL ESPOSO, 1996	• 1996 INICIO DE ENFERMEDAD
2. CASO # 2 ABANDONO DE FAMILIARES, OCT 1996	• MARZO 1997
3. CASO # 3 MUERTE DE MAMA, OCT 1996	• AGOSTO 1997
4. CASO # 4 MUERTE DE PAPA, JUNIO 1995	• NOVIEMBRE 1996
5. CASO # 5 PÉRDIDA DE RELACIÓN, 1996	• ABRIL 1997
6. CASO # 6 ABORTO, 1986	• 1987 INICIO DE EMFERMEDAD
7. CASO # 7 PÉRDIDA DE RELACIÓN, 1996	• AGOSTO 1997
8. CASO # 8 ABANDONO DE HIJA, 1983	• 1983
9. CASO # 9 PÉRDIDA DE RELACIÓN, 1985	• 1995
10. CASO # 10 MUERTE HERMANA, ENERO 1997	• FEBRERO 1997
11. CASO # 11 PÉRDIDA DE RELACIÓN, JULIO 1996	• AGOSTO 1997
12. CASO # 12 PERDIDA DE RELACION, 1994	• JULIO 1997
13. CASO # 13 MUERTE NIETA, NOVIEMBRE 1996	• ENERO 1997
14. CASO # 14 FALLECIMIENTO DE HIJO, 1982	• 1982. INICIA EMFERMEDAD
15. CASO # 15 MUERTE MASCOTA, MAYO 1997	• JULIO 1997
16. CASO # 16 MUERTE AMIGA, MARZO 1997	• MAYO 1997
17. CASO # 17 MUERTE MAMA, NOVIEMBRE 1994	• ABRIL 1995
18. CASO # 18 MUERTE PAPÁ, JULIO 1994	• AGOSTO 1996

Fuente: datos recabados por medio la historia clinica. Hospital "Dr. Bernardo del Valle. 1997

Para el abordamiento con las pacientes se tuvo presente siempre el objetivo general que fué el de Contribuir al estudio y al adecuado manejo de las fases propuestas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross en pacientes con cáncer internada en el hospital "Dr. Bernardo del Valle".

En este estudio interesó sobremanera observar la fluctuación que experimenta la paciente, por esto mismo la observación fué la técnica más apropiada para obtener evoluciones diarias de como la paciente iba reaccionando cada día y los cambios que en su conducta, al terminar el plan psicoterapéutico, se pudo hacer un análisis de las fluctuaciones de las fases que la paciente presentó, así como la definición anímica que mostró.

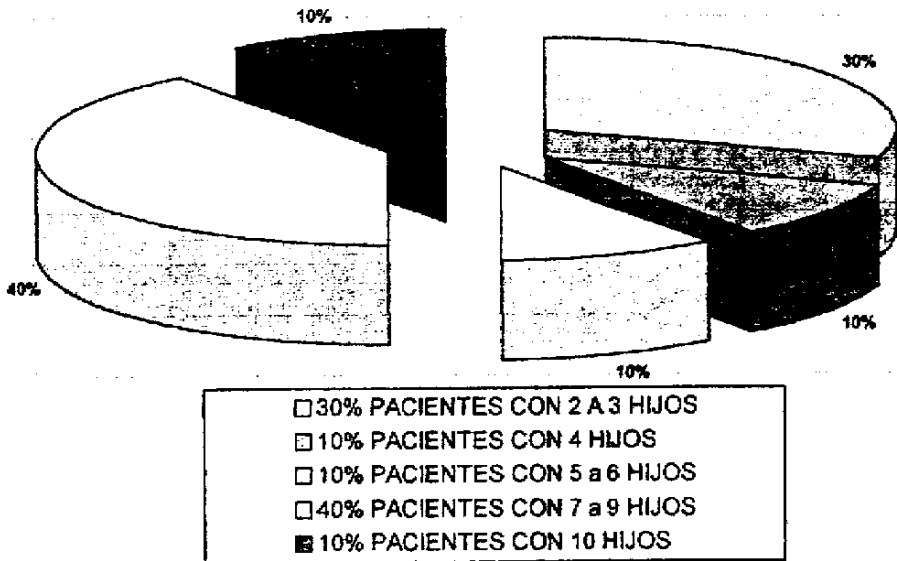
Fue realizada una entrevista, la cual fué deineada para ubicar el estado anímico de la paciente al inicio del tratamiento psicoterapéutico, precisamente para poder ubicar el comportamiento de la paciente, se procedió a hacer un análisis cualitativo, seguidamente un análisis cuantitativo, los resultados se presentan en la gráfica No. 2 adjunta en este capítulo, esta entrevista dio como resultado que un 10% se encontraba en la fase de regateo, un 5% en depresión, un 5% en negación y un 1% en fase de cólera, y un 80% en la fase de aceptación.

Con el uso del test proyectivo de colores, elaborado por Max Lüscher, como auxiliar importante en la investigación para señalar aspectos claves la personalidad y las zonas donde existe tensión psicológica y fisiológica. Este test ayudó a diagnosticar los trastornos que causan las tensiones en sus primeros estadios, también se utilizó para verificar la efectividad de la psicoterapia, se aplicó en dos momentos, uno en la primera fase de recolección de la información y la segunda aplicación se hizo al finalizar el plan de tratamiento. Se hizo un análisis de los resultados obtenidos y la diferencia significativa que presentó la segunda aplicación en relación con la primera aplicación fue de que 5 pacientes disminuyeron los focos de tensión, en una paciente persistió el foco de tensión en 3 pacientes desaparecieron los focos de tensión. Se pueden observar detenidamente los resultados de ambas aplicaciones en la gráficas No. 3 y 4 adjuntas.

Se seleccionó la muestra con pacientes que aún no estuvieran en etapa terminal para establecer si ofreciendo un tratamiento psicológico específico cambiaba el estado emocional y al mismo tiempo sería útil para las pacientes en el manejo de la enfermedad. Para que el plan tratamiento cumpliera su objetivo principal que fué el de Ayudar a la pacientes en el manejo de las diferentes fases que presentara mediante la terapia de apoyo, teniendo como objetivo principal que la paciente lograra un equilibrio emocional. La psicoterapia constituyó una técnica adoc para este tipo de casos, en donde estuvo implicado necesariamente la motivación que la paciente tuviera para recuperarse o lograr un cambio que verdaderamente lo desearía y otros factores como la cooperación, duración del tratamiento y la flexibilidad, para la recuperación de su salud emocional.

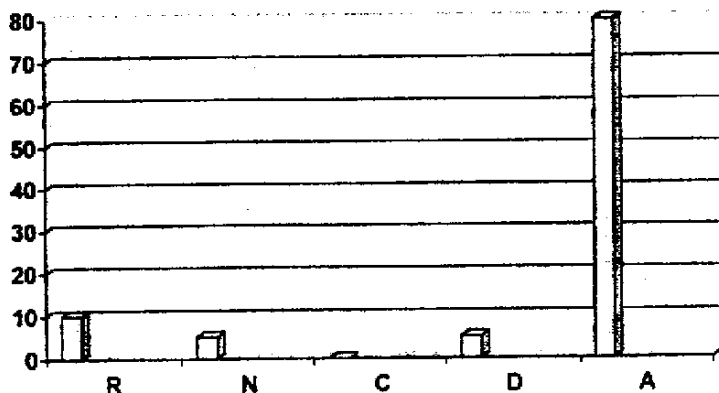
GRAFICA No. 1

MULTIPARIDAD



Fuente: Datos recabados por las investigadores por medio de la historia clinica. Hospital "Dr. Bernardo del Valle". 1997.

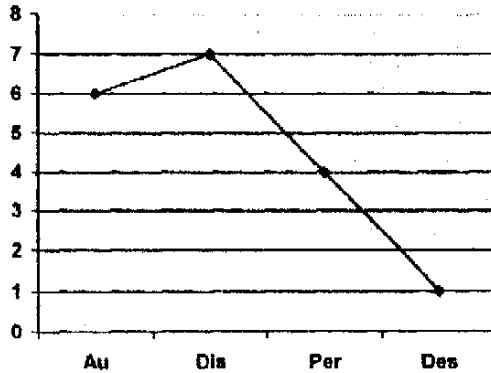
GRAFICA 2
UBICACIÓN DE LAS FASES
ANTES DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO



□	R = REGATEO 10% PACIENTES
■	N = NEGACION 5% PACIENTES
□	C = COLERA 0% PACIENTES
□	D = DEPRESION 5% PACIENTES
■	A = ACEPTACION 80% PACIENTES

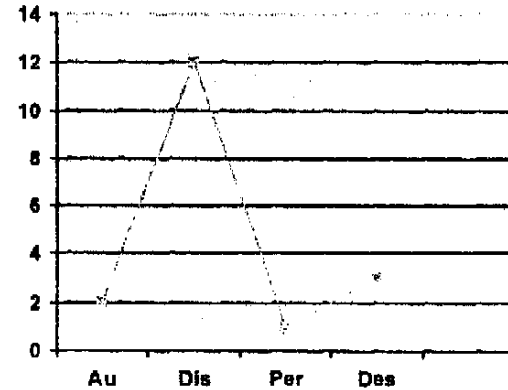
Fuente: Datos recabados por las investigadores por medio de entrevista a pacientes del Hospital "Dr. Bernardo del Valle". 1997.

**GRÁFICA 3
PRIMERA APLICACIÓN**



En 6 pacientes aumentaron focos de tensión.
En 7 pacientes disminuyeron focos de tensión.
En 4 pacientes persistieron focos de tensión
En 1 paciente desapareció el foco de tensión.

**GRÁFICA 4
SEGUNDA APLICACIÓN**



En 2 pacientes aumentaron los focos de tensión.
En 12 pacientes disminuyeron lo focos de tensión.
En 1 paciente persistió el foco de tensión.
En 3 pacientes desaparecieron los focos de tensión.

ANÁLISIS GLOBAL

Se tuvo el primer acercamiento con las pacientes estableciendo un contacto directo y observando sus gestos corporales y expresiones verbales al momento de preguntarles cuál era el motivo y cómo se sentían de estar en el hospital, respondían con expresiones de desánimo y tristeza, que sentían preocupación por haber dejado a sus hijos al cuidado del padre, el hijo (a) mayor o de otras personas, esto mismo fue mencionado por 2 pacientes, otras mencionaron sobre la situación económica, que no tenían el apoyo de sus esposos ya sea por beber licor o por el tipo de trabajo poco remunerado, otra paciente mencionó que no le prestaban atención en el hospital, una de ellas refirió preocupación por su apariencia física, que sentía molestias por el tratamiento que estaba recibiendo, el estar hospitalizada por tanto tiempo, de esta manera se obtuvo la queja principal de cada una de las pacientes, en esta ocasión se dejó que la paciente ventilara, porque se pretendía un exploratorio de ayuda, al finalizar se procedió a darle soporte emocional.

Expresaron su preocupación diciendo que nunca se imaginaron estar internadas por largo tiempo, ya que nunca habían padecido de alguna enfermedad. Al ser examinadas por el médico, de donde son originarias y por quienes eran referidas a este centro hospitalario ignorando qué era lo que realmente padecían, ante el asombro de esta noticia, la decisión de asistir al lugar referido se hacía tardía y difícil por los cambios que acarrearía en su hogar y en su vida personal esta decisión. Cuando se les preguntó si sabían qué era el cáncer, respondieron que no sabían, pero estaban conscientes que era un enfermedad grave y que por esta razón estaban recibiendo un tratamiento muy largo (radioterapia). Los efectos iatrogénicos de la radioterapia, presentaron en algunas pacientes cefaleas, náuseas etc.

Al momento de recabar la historia clínica se observó lo difícil que fue para ellas recordar el inicio de su enfermedad no por la fecha sino por todo lo que vino a cambiar en sus vidas y además de una baja autoestima en ellas, porque el comentario que hacían otras personas era que no iban a "servir como mujeres", pues la mayoría de ellas padecían de cáncer de cervix y de mama.

Al escuchar la narración de la esfera personal, se dio una catarsis al de relatar sus experiencias vividas, que les habían causado dolor, pérdida de un ser querido, sufrir abortos o abandono del esposo.

Las pacientes han llevado una vida de sufrimiento, de escasez respecto a cubrir necesidades básicas, como no tener que comer ni que vestir, pobreza que las había obligado a trabajar a temprana edad, la mayoría de ellas comenzaron a trabajar a la edad de 12 años, personas que en su niñez han sufrido de falta de afecto y han perdido a uno de los padres en la infancia. Al explorar la esfera familiar y escuchar la narración se pudo notar una abnegación y sumisión por parte de las pacientes hacia el esposo e hijos, una relación en la cual la mayor carga

de responsabilidades de tipo material como el de proporcionar afecto recaía en ellas. Un 40 % de las pacientes han tenido entre 7 a 9 hijos.

Se presenta en las pacientes una ausencia de preparación escolar, que ocasionada por la falta de recursos económicos no tuvieron la oportunidad de estudiar. Demuestran ser accesibles pero con falta de relaciones sociales por estar dedicadas a su hogar únicamente.

Comenzaron su actividad sexo-genital a una edad prematura, quedando embarazadas sin estar preparadas emocionalmente para la maternidad, pues la edad promedio fue de 15 años.

Se hizo una entrevista con la finalidad de establecer en qué fase se encontraban de acuerdo a la Dra. Elizabeth Kübler-Ross antes de dar inicio al plan de tratamiento, para tener una base del trabajo que se realizaría con ellas; por medio de las respuestas obtenidas se evidenció que el 80 % estaban en la fase de aceptación en ese momento, 10 % se encontraban en la fase de regateo, 5 % estaban en la fase de depresión, 5 % en la fase de negación y 0 % de cólera. Por medio de las evoluciones efectuadas diariamente se pudo ver la fluctuación en cuanto a las fases, se encontró que en 8 pacientes las fases fluctuaban entre depresión y aceptación, en 2 pacientes fluctuaron entre aceptación y regateo, en 1 paciente las fases estuvieron entre depresión y regateo, en 4 pacientes estuvieron en cólera y aceptación, en 1 paciente estuvo en cólera y depresión y en 2 pacientes las fases fluctuaron entre cólera y aceptación.

Durante las sesiones realizadas se pudo notar por expresiones y manifestaciones que la fase que más tiempo duraba era la depresión, pues había llanto constante y referían que se sentían tristes hasta alejarse dentro del hospital, de las demás pacientes. Pasados unos días se daba un cambio, la fase de aceptación aparecía manifestado a través de tranquilidad, pero luego se repetía la fase de depresión.

Otra fase que se pudo notar y que fluctuaba con la depresión fue la ira manifestada en expresiones como por ejemplo "usted en qué me puede ayudar"; como agredir verbalmente al personal de enfermería o reclamo por no tener atención, el psicoterapeuta al notar esto dijo "veo que está enojada, ¿quiere decirme cuál es la razón de su enojo?", la respuesta no esperaba mucho, de inmediato venían una serie de argumentaciones pretendiendo explicar la razón de su cólera.

En algunas sesiones se pudo evidenciar la inconformidad de las pacientes ante el diagnóstico y por consiguiente al tratamiento médico recomendado por lo que mencionaban su deseo de buscar otra opinión médica o naturista, que les ayudara a encontrar una respuesta que llenara sus expectativas. Por lo observado y analizado se detectó que estaban en la fase de regateo, ante lo que les fue permitido exteriorizar su molestia e incomodidad, aplicando para esto las técnicas sugeridas en terapia de apoyo como son: poder, potencia y persuasión. Las cuales ayudaron a tomar una actitud diferente, visualizar de otro modo su situación, al mismo tiempo

ayudarles a encontrar una solución apropiada para que se dieran cuenta de qué era lo mejor para ellas.

También las evoluciones permitieron hacer un examen mental diariamente examinando su sensorio, autocognición y juicio, y estado de ánimo.

Todas las pacientes fueron muy colaboradoras, solamente fue un tanto dificultoso abordarlas en el momento, que por las mismas reacciones del tratamiento médico se encontraban indispuestas.

Por medio del análisis de la personalidad premorbida de cada paciente se demuestra que un 95% de ellas se dedicaban a varias actividades antes de enfermarse, esto dio lugar a que se sintieran aburridas y tristes de estar recluidas en un hospital.

Al hacer el análisis de síntomas y signos señaló que los síntomas más evidentes fueron de preocupación en un 75 % expresado por la situación económica y otra razón por encontrarse alejadas de sus familiares, especialmente de sus hijos a quienes habían dejado al cuidado de un familiar o vecino, el de intranquilidad en un 15 % manifestando no saber como iba a ser su recuperación y cuando iban a regresar a su casa. El de desesperación en un 10 % demostrado por el hecho de estar internadas por un largo período de tiempo y que la suma de dinero se acrecentaría.

Entre los signos observados estuvo el ensimismamiento en 50 % manifestado en un alejamiento, sin tener contacto con otras pacientes o cuando se retiraban a un lugar apartado de la sala. El desasosiego también en un 50 % se pudo observar con movimientos en sus manos y sudoración.

Al tener reunidos los datos se procedió a hacer una impresión clínica para llegar a un diagnóstico psicológico definitivo, en donde 5 pacientes presentaron una ansiedad generalizada, 5 fueron diagnosticadas con depresión menor, 3 con trastorno mixto ansioso-depresivo, 2 con trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, 2 presentaron trastorno mixto con ansiedad y una paciente presentó trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. Este diagnóstico se hizo consultando el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV.

Se procedió a dar un pronóstico tomando en cuenta la motivación de la paciente las limitaciones, la cronicidad y profundidad de los síntomas y signos. Se encontró que 15 de las pacientes presentaron un diagnóstico moderado, 3 presentaron un diagnóstico leve.

El test de colores de Lüscher mostró los siguientes resultados, respecto a la estructura funcional de los colores ; el 25 % de las pacientes eligieron el color amarillo en la primera posición lo que significa una ansia de liberación y la esperanza de una mayor felicidad. Incluye un conflicto de menor a mayor importancia del cual es menester librarse. El 15 % de las pacientes eligieron el color azul, lo que significa que hay una necesidad de tranquilidad emocional, paz, armonía,

felicidad o una necesidad fisiológica de descanso, sosiego y posibilidad de recuperarse, desea un ambiente sereno y ordenado sin contratiempos ni trastornos en el que los acontecimientos que sucedan se desarrollen suavemente. El 25% de las pacientes eligieron el color verde en la primera posición, lo que significa de la condición fisiológica "tensión constante"; psicológicamente expresa voluntad en actividad, perseverancia y tenacidad, la persona desea aumentar la certeza de su propio valer, la autoafirmación y espera el reconocimiento de los demás. Un 15 % eligieron el color rojo que significa que le proporcione intensidad experiencial y plenitud vital; el 10 % de las pacientes eligieron el color violeta, elegir este color en las primeras posiciones significa que existen trastornos somáticos, que se acentúa la indisposición orgánica y la necesidad de mejorar las condiciones que permiten aliviarlas. El color marrón se eligió en un 10 %, significando que la necesidad del reposo laxo.

Es necesario demostrar la presencia de ansiedades o focos de tensión presentando la elección que las pacientes hicieron de los colores en las últimas posiciones. Un 20 % de las pacientes eligieron el color rojo, esto señala que la intensidad estimulante se mira con hostilidad, el que elige el rojo en la última posición, ya está en un estado de estimulación, fácilmente irritable ya sea porque sufre de vitalidad o porque se siente acosada por problemas casi insolubles, ejemplo: el padecimiento de una enfermedad incurable. Un 20 % de las pacientes eligieron el amarillo, lo que señala que sus ideales se han desvanecido, la persona se enfrenta con un vacío y se siente aislado o separado de los demás. Otro 20 % de las pacientes eligió el color marrón significa necesidad de reposo laxo, el descanso físico y la satisfacción sensorial, se interpretan como una debilidad que debe superarse. El 15 % eligió el color verde, el rechazar el verde se señala con ansiedad de liberarse de las tensiones impuestas por la falta de reconocimiento. Otro 15 % eligió el violeta, este color no es significativo si se halla en los últimos lugares. Un 10 % eligió el azul que significa tener una necesidad de equanimidad y de confianza recíproca esto no es satisfactorio y origina una ansiedad.

Al finalizar los casos se concluyó que el tratamiento psicoterapéutico colaboró en un 70 % donde las pacientes se definieron en la etapa de aceptación, aclarando que no fue un objetivo principal de la investigación pero sí se esperaba este resultado porque se considera que es la etapa más saludable.

Las pacientes mantuvieron buena disposición en recuperar su salud emocional manifestando a la vez una esperanza en recobrar su salud orgánica, durante el transcurso de las sesiones se logró que las pacientes comprendieran la naturaleza de la enfermedad y sus implicaciones. Además durante las sesiones de psicoterapia se estimuló a las pacientes ventilar libremente su problemática, especialmente con las pacientes que presentaron síntomas de

preocupación e inquietud, se utilizó la técnica de tranquilización usando también conocimientos sobre técnicas de relajación y la intención paradójica.

Con las pacientes que mostraron aburrimiento y pasividad por el largo periodo de tiempo que permanecieron en el hospital, se motivó a tener ocupaciones como por ejemplo: con las que sabían leer, se les proporcionó literatura motivacional. Asimismo las tres técnicas se usaron de forma consecutiva con las pacientes que se encontraron en la fase de depresión y/o cólera; pues fueron las pacientes que necesitaron más atención por las reacciones que presentaban, una de ellas fue la de mostrarse renuentes a seguir recibiendo el tratamiento indicado.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar la efectividad del tratamiento observando el análisis cuantitativo que muestra el test dando una diferencia significativa entre la primera y segunda aplicación en cuanto a la disminución y desaparición de focos de tensión.

Como por medio de las evoluciones diarias se pudo definir el estado anímico de las pacientes, concluimos en que 12 de ellas quedaron en fase de aceptación, 3 pacientes quedaron en la fase de depresión, 2 de ellas quedaron en fase de regateo y 1 en cólera.

Un ejemplo de la presentación completa de los casos, aparece en el anexo 4, mostrándose cuatro de los dieciocho casos estudiados, por no poder ser incluidos debido a la exploración realizada las cuales formaron un amplio volumen.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Es necesario un tratamiento psicoterapéutico específico para cada paciente con cáncer debido a la carga emocional acumulada que las hace vulnerables.
2. En todos los casos se estableció una fluctuación en las fases planteadas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross; como resultado del plan de tratamiento las pacientes se ubicaron en una sola fase.
3. Es de suma utilidad la técnica de la observación de una forma sistematizada para detectar expresiones y gestos corporales, para hacer un esquema del estado anímico de un paciente.
4. No todos los casos atendidos llegaron a la etapa de aceptación, siendo esta, de las cinco fases, la más recomendable, pues contribuye al bienestar psicológico general del paciente.
5. Un alto porcentaje de pacientes presentaron una fluctuación de las fases de depresión y aceptación.
6. La psicoterapia de apoyo es la más apropiada para dar tratamiento psicoterapéutico a pacientes con cáncer; ya que permite ventilar, persuadir y tranquilizar.
7. Los síntomas más evidentes que presentaron las pacientes por el hecho de estar hospitalizadas por un largo periodo de tiempo, fueron de preocupación, intranquilidad, desasosiego.
8. Los resultados obtenidos dieron a conocer que las pacientes antes de enfermar sufrieron una pérdida objetal (divorcio, abortos, fallecimiento, abandono, etc.)
9. Las fases planteadas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross, son de utilidad estudiarlas en el medio guatemalteco con pacientes en fase terminal y ayudarles a tener una muerte digna

10. El test de colores de Lüscher es un instrumento valioso para explorar personalidad del paciente pero en este caso se utilizó para detectar focos de tensión, compensaciones, ansiedad, estados depresivos, vacío existencial.
11. Se logró establecer una diferencia entre la 1a. y 2a. aplicación del test de colores de Lüscher, dando como resultados que los focos de tensión disminuyeron y en alguno de los casos desaparecieron después del tratamiento psicoterapéutico.
12. Delinear un plan de tratamiento como un proceso es de beneficio para el psicoterapeuta, pues le sirve de guía para proporcionar a los pacientes la ayuda requerida.
13. La utilización de la entrevista previamente elaborada, antes de iniciar el tratamiento permitió hacer un diagnóstico inicial, explorando el estado anímico de las pacientes y hacer el plan de tratamiento, obteniendo los resultados siguientes: 10% de las pacientes se encontraban en fase de regateo, 5 % en fase de depresión, 5 % en fase de negación y 1 % en fase de cólera, el 80 % en aceptación.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las Instituciones hospitalarias que atienden a pacientes con enfermedades incurables, buscar los mecanismos para brindar un tratamiento psicoterapéutico individualizado y específico para cada paciente.
2. Que a los profesionales en psicología que atienden pacientes con enfermedades incurables ; detecten las fluctuaciones o predominancia de las fases propuestas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross.
3. Se recomienda la técnica de la observación en estudios encaminados a detectar cambios en la conducta de un paciente, pues muestra datos importantes para hacer un informe psicológico.
4. A los psicólogos que atienden a pacientes con enfermedades terminales se les recomienda encaminar su energía hacia la búsqueda de aceptación de la enfermedad.
5. Es necesario hacer evoluciones diarias, así como el uso de técnicas auxiliares para observar los cambios en la conducta del paciente, y de esta manera realizar un análisis cualitativo de su estado anímico.
6. Se recomienda la utilización de la psicoterapia de apoyo, haciendo énfasis en las técnicas de ventilación, persuasión y tranquilización, para que las pacientes exterioricen la presión psicológica que les provoca el tener una enfermedad incurable.
7. Se debe permitir a los pacientes con enfermedades incurables ventilar su problemática porque eso les permite exteriorizar o aliviar la presión interna que les provoca el estar viviendo una situación como esta.
8. Realizar estudios sobre pérdida objetal y la incidencia de esta en el apareamiento de una enfermedad, para contribuir a un análisis minucioso de esta circunstancia por parte de los psicólogos que trabajan en el área de la psicotanalología.
9. Las fases de la Dra Kübler-Ross se pueden estudiar en pacientes donde la enfermedad ha llegado a una fase terminal , para aceptar el proceso final del crecimiento, la muerte.

10. El test de colores de Lüscher es necesario como herramienta para detectar el estado de ánimo de los pacientes y establecer lineamientos para el tratamiento psicoterapéutico.
11. Es recomendable utilizar un instrumento de psicodiagnóstico antes y después de aplicar un tratamiento psicoterapéutico para analizar y/o confirmar resultados obtenidos.
12. Se recomienda organizar un plan de tratamiento previamente delineado para hacer un trabajo con eficacia y obtener resultados favorables.
13. Es de utilidad hacer un diagnóstico inicial con los pacientes para determinar que tipo de tratamiento es el más recomendable. Además contemplar el pronóstico como un indicador de resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. Allport, Gordon. Psicología de la Personalidad. 3a. edición. Buenos Aires: PAIDOS. 1970. 576Pp
2. DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1a edición. Traducción de Tomás de Flores Formenti y otros. Barcelona, España; MASSON. 1.995. 334-376 Pp.
3. Dorsch, Friederich. Diccionario de Psicología. 3a. edición, Barcelona : HERDER. 1.981. 265, 376 , 701 Pp.
4. Frankl, Viktor E. Psicoanálisis y Existencialismo. 2a. edición, México; Fondo de Cultura Económica. 1.987. 33Pp.
5. Glear, Jean. Psicosomática y Cáncer. Buenos Aires; FADE. 1.984. 13, 17 Pp.
6. Grimberg, León. Aspectos Teóricos del Psicoanálisis. Traducción de Ana Murrán. Madrid, España : PAIDOS. 1.981. 94, 98 Pp.
7. Hessen, J. Teoría del Conocimiento. Madrid, España : SPASA CAALPE. 1957. Pp 45
8. Kolb, Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna. 6a. edición, México : Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana. 1.992. 179, 184, 862, 863 Pp.
9. Kübler-Ross, Elizabeth. On Death and Dying. Estados Unidos; Mac Millan. 1.996. 51, 80, 86 Pp.
10. Monedero, Carmelo. Psicopatología General. Traducción de María Elba Zuamendi. Madrid : Biblioteca Nueva. 1.978. 652-653 Pp.
11. Pelton Ross, Overholser. Las Alternativas del Cáncer. Traducción del Dr. Villalanda. Madrid : EDAF. 1.995. 251-252 Pp.
12. Simonton, Carl y Stephanie Simonton. Recuperar la Salud. Traducción de C. Ruiz Ogara. España : RAICES. 1.994. 51-52, 133 Pp.
13. Whool Group. Salud Mental como Base. Facultad de Ciencias Médicas, Salud Pública. 1.994. 1-15 Pp.

ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA

REGATEO

1. ¿ Existe alguna idea esperanzadora de poder curarse?
2. ¿ Ha pensado en buscar ayuda en otra parte que no sean hospitales ni médicos particulares?
3. ¿Le costó tomar la decisión de hospitalizarse?
4. ¿Tiene pensamientos sobre que no puede morir porque alguien la necesita?
5. ¿Ha buscado consejos en otras partes con la intención de curarse?
6. ¿ Cree usted que se sentiría mejor estando en su casa que hospitalizada?

NEGACION

1. ¿ Piensa usted, que lo que le está sucediendo es un castigo de Dios?
2. ¿ Se ha hecho interrogantes de por qué tiene esta enfermedad? (¿Por qué me pasa esto a mi ?)
3. ¿ Se revela frecuentemente contra la situación que está atravesando?
4. ¿Tiene pensamientos como que pronto pasará y se dice "esto no es nada de gravedad"?
5. ¿ Frecuentemente rehusa a la ayuda médica con el pensamiento de que no es de beneficio para usted?
6. ¿ Atribuye su enfermedad a un accidente ocurrido o a una situación especial?

COLERA

1. ¿ Culpabiliza a alguien de su situación actual?
2. ¿ Es frecuente su rechazo a que entablen una conversación con usted?
3. ¿ Piensa usted que las personas que se le acercan para darle apoyo moral no le ayudan en nada?
4. ¿ Rechaza usted toda ayuda médica?
5. ¿ Siente deseos de agredir al personal médico y de enfermería?
6. ¿ Siente deseos de agredirse o se ha agredido físicamente?

DEPRESION

1. ¿ Llora constantemente?
2. ¿ Ha perdido el apetito?
3. ¿ Le es difícil conciliar el sueño a una hora adecuada?
4. ¿ Se ha dado cuenta de que últimamente sus actos son más lentos que antes?

5. ¿No siente deseos de realizar actividades?
6. ¿Últimamente se ha sentido muy sensible, experimentando un sentimiento de tristeza?
7. ¿Busca usted estar alejada de las personas?

ACEPTACION

1. ¿Acepta el diagnóstico que el médico le dio?
2. ¿Piensa usted que el sufrimiento es parte de la vida?
3. ¿Está de acuerdo con los tratamientos recibidos?
4. ¿Se encuentra con fortaleza suficiente para hacerle frente a su situación actual?
5. ¿Tiene usted un sentimiento de inconformidad respecto a la situación que está viviendo?
6. ¿Piensa usted, que ha vivido lo suficiente y que aceptaría la muerte en cualquier momento?
7. ¿Está de acuerdo en que la muerte es la última fase por la que un ser humano atraviesa?

ANEXO 2

OBSERVACION

Este instrumento permitió hacer una esquematización de la conducta y comportamiento de la paciente, observándole en forma individual y en sus relaciones con las personas que le rodean. Para esto se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- ◆ Primer paso: establecer contacto directo con la paciente.
- ◆ Segundo paso: observar aspecto general; como está vestida, si está arreglada, peinada, limpia.
- ◆ Tercer paso: observar conducta, gestos, movimientos de mano, expresión facial (está triste, alegre, enojada, aburrida, agresiva, fatigada, cansada, expresión de dolor).
- ◆ Cuarto paso: observar comportamiento, evasión, colaboración, pesimismo, apatía, indiferencia, desánimo, preocupación, llanto, desasosiego.
- ◆ Quinto paso: observar comportamiento social, si se encuentra sola, alejada, busca compañía, busca contacto físico.

ANEXO 3

ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLINICA

I. DATOS GENERALES:

Nombre del paciente
Sexo
Edad
Lugar y fecha de nacimiento
Lugar de procedencia
Etnia
Dirección
Escolaridad
Religión
Ocupación
Estrato socioeconómico

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Razón por la cual el paciente solicita o es referida por un centro.

III. QUEJA PRINCIPAL:

Lo que más le afecta a la paciente.

IV. HISTORIA DEL PROBLEMA

Fecha aproximada del inicio en forma cronológica hasta la fecha actual.
Tratamientos recibidos.
Los cambios que el tratamiento haya dado en el paciente.

V. HISTORIA PERSONAL:

Sucesos ocurridos en su vida, (ejemplo: muerte).
Cambios que han habido en su vida, significativos o no.
Sueño.
Apetito.
Situaciones de estrés.
Aspiraciones.

Frustraciones.

Adicciones.

Estudiar etapas infancia, adolescencia y edad adulta.

VI. HISTORIA FAMILIAR:

Número de hijos

Lugar que ocupa dentro de esta.

Responsabilidades dentro de ésta.

Como son las relaciones con los demás miembros.

Preferencias o distanciamiento.

Relación de la familia con la paciente.

Costumbres.

Actividades grupales.

VII. HISTORIA ESCOLAR:

A que edad entró a la escuela.

Repetencia escolar.

Adaptación a la escuela.

Preferencia de amistades.

Relaciones interpersonales con los maestros.

VIII. HISTORIA SOCIAL:

Qué hace en su tiempo libre.

Círculo de amistades cerrado o abierto.

Preferencia de amistades sexo y edad.

Cada cuanto se reúnen.

Por qué pocos o muchos amigos.

IX. HISTORIA LABORAL:

Tipo de trabajo desempeñado.

Relación con sus compañeros o patronos.

Estabilidad laboral.

Satisfacción o insatisfacción laboral.

X. HISTORIA SEXUAL:

A que edad fue su menarquia y apareamiento de características secundarias.

Inicio de actividad sexual y su periodicidad.

Qué tipo de práctica sexual tiene.

Han sido satisfactorias.

Uso de anticonceptivos y que tipo.

Número de pareja sexual.

Apareamiento de enfermedades de transmisión sexual.

XI. PERSONALIDAD PREMORBIDA:

XII. FORMULACION DEL EXAMEN MENTAL.

XIII. ANALISIS DE SINTOMAS Y SIGNOS.

XIV. IMPRESION CLINICA.

XV. DIAGNOSTICO.

XVI. PRONOSTICO.

XVII. PLAN DE TRATAMIENTO.

ANEXO 4

PROTOCOLO DEL TEST LUSCHER

CLAVE DE LOS COLORES :

- | | |
|------------------|------------|
| 1. azul | |
| 2. verde | BASICOS |
| 3. rojo | |
| 4. amarillo | |
| 5. violeta | |
| 6. marrón | AUXILIARES |
| 7. negro | |
| 8. blanco o gris | |

- **Ordenar por colores :** Se ordena la lista de números que la persona ha elegido agrupando la primera selección y se escribe arriba, la segunda selección se agrupa y se escribe abajo.
- **Normas para marcar por signos :** Lo adecuado es que los colores básicos estén entre los primeros lugares y los auxiliares de último. Si los colores primarios están en 6o., 7o. y 8o. lugar se marca con un signo " - " y los siguientes de igual signo.
- **Se agrupa por preferencia :** El primer grupo se marca " + "
El segundo grupo se marca " x "
El tercer grupo se marca " = "
El cuarto grupo se marca " - "
- **Significado de los signos :** Gran preferencia por un color, signo " + "
Preferencia por un color, signo " x "
Indiferencia por un color, signo " = "
Aversión o rechazo de un color, signo " - "
- **Normas para marcar ansiedad-compensación :**
 - Si los colores básicos son elegidos en 6o., 7o. y 8o. lugar se les asigna una " A " de ansiedad.
 - Si los colores auxiliares son elegidos en 1o., 2o. y 3er. Lugar se asigna una " C " de compensación.

- El último número de la fila se marca con un signo $-$, representa una ansiedad ; por lo tanto el primero de la fila representa una compensación y se marca con el signo $+$.
- Regla para medir la intensidad de la ansiedad y la compensación : Cuando un color básico se halla en el 6o. lugar se le asigna un signo de admiración, si se halla en 7o., se le asignan dos signos de admiración y si se halla en el 8o. lugar se le asignan tres signos de admiración, se procede de la misma forma con los colores auxiliares.
- Agrupación de los colores y su significado : Cada grupo de dos colores tiene un significado estructural, dependiendo de la posición y de los signos que los asigne. Para poder saber el significado de cada par de colores se procede a ver las tablas de funciones.
- Análisis del test : Se analiza en forma global tomando en cuenta cada agrupación de colores y su signo, luego se hace un resumen tomando en cuenta la segunda selección únicamente por tener mayor validez.

ANEXO 5

CASO No 1

Paciente de nombre : M.J.R. de 31 años de edad, nació en Joyabaj, Quiché ; no recuerda la fecha de su nacimiento ; viuda, jornalera, analfabeta, religión evangélica, etnia indígena, estrato socioeconómico bajo, lugar de residencia Joyabaj, Quiché.

QUEJA PRINCIPAL : Haber dejado solos a sus hijos.

MOTIVO DE CONSULTA : Abultamiento en la mama derecha.

HISTORIA DEL PROBLEMA : Hace cuatro meses comenzó a ver un abultamiento en la mama derecha, conforme pasaba el tiempo le iba creciendo, se tocó al principio una pequeña bolita y sentía una comezón en el pezón, comenta que por trabajar no le prestó atención, piensa que esto fue por estar expuesta al sol tanto tiempo. Hace dos meses apareció otro abultamiento, entonces consultó a un médico del lugar donde vive. En este lugar existe una organización de las hermanas de la caridad, quienes dan ayuda a personas de escasos recursos y tienen asistencia médica, aquí estuvo recluida por 10 días después de estar aquí la refirieron a este centro hospitalario.

HISTORIA PERSONAL : Se quedó huérfana de padre a los 5 años de edad, era la más pequeña de tres hermanas, recuerda como lloraban ellas y su mamá, extrañó a su padre él era quien le compraba juguetes. Le gustaba mucho jugar con muñecas con una nenita de su misma edad, que era su vecina.

Se casó a los quince años de edad con un joven que era amigo de su familia, vivieron juntos por once meses, él murió a consecuencia de una riña que tuvo con otros hombres, él había ingerido licor. Con esta pareja no tuvo hijos. Se unió a otro hombre a los tres años después de la muerte de su esposo. Es madre de tres niños, el padre de estos niños la abandonó y no recibe de él ninguna ayuda económica. Desea compartir con sus hijos momentos agradables.

Expresó acerca de su deseo de poder curarse y de estar cerca de sus hijos, seguir trabajando, para darles lo que ella no tuvo. No padeció enfermedades graves, solamente las comunes.

HISTORIA FAMILIAR : Vive con sus hijos, el mayor tiene doce años, el segundo diez, y el menor ocho años. Los tres son varones, les ha enseñado buenos hábitos, por ejemplo a saludar y a no pelear con la gente, no quisiera que les pasará lo que a su primer pareja por tomar licor.

Está cuidando y proveyendo para sus hijos ella sola porque el padre los abandonó, se ha enterado de que tiene otras mujeres y otros hijos, no lo ha buscado por que ella sola puede mantener a sus hijos.

HISTORIA SOCIAL : Mencionó que desde niña ha tenido buenas relaciones con las personas, solamente una vez que prefirió alejarse de una mujer que era su compañera de trabajo porque "era muy pleitista".

Actualmente se relaciona únicamente con compañeras de trabajo y platica muy poco por las cosas que tiene que hacer. Tiene buenas relaciones con sus vecinos una de ellas es la única visita que ha tenido.

HISTORIA ESCOLAR: Nunca fue a la escuela por que no tuvo la oportunidad de ir, pues en el lugar donde vivía no había una. Comentó que ha escuchado que dan clases para aprender a leer y ha tenido deseos de hacerlo pero no ha podido porque ha tenido que trabajar.

HISTORIA LABORAL: Comenzó a trabajar en la casa de una señora a los doce años, lavando trastos y ropa, le pagaban por mes aproximadamente cinco quetzales.

A los catorce años le dieron trabajo en un comedor que quedaba en el mercado, la señora para quien trabajaba le compraba zapatos y ropa, era una buena persona ; pero estaba otra empleada muy dificultosa, buscaba pelearse con ella por cualquier cosa, entonces prefirió salirse, en ese trabajo duró dos años.

Hace cinco años trabaja como jornalera, limpiando caña con el machete, para esto viaja a la costa sur del país, donde la emplean cada tiempo de zafra, también ha trabajado de cortar algodón, en ese trabajo le pagan Q 14.50 al día, este trabajo lo siente muy duro, es cansado, tiene que estar expuesta al sol, pero tiene que hacerlo para mantener a sus tres hijos.

HISTORIA SEXUAL: Su menarquia y apareamiento de vello púbico y axilar fue a los trece años de edad, su primera relación sexogenital fue cuando se casó, refiere que esta experiencia fue dolorosa, recuerda que sangró, las otras veces que tuvo relaciones con su pareja ya no fue así.

Tuvo una segunda pareja, con quien procreó tres hijos, con él tenía relaciones sexogenitales frecuentemente.

PERSONALIDAD PREMORBIDA

La paciente dijo que antes de su enfermedad podía realizar varias actividades, era vigorosa, atendía sus quehaceres de la casa. En relación a su estado de ánimo siempre ha sido una persona calmada que ha tratado de resolver sus problemas platicando con las personas con quienes los tiene. Si se entristece con facilidad y le cuesta recuperarse de una pérdida.

EXAMEN MENTAL

Paciente adulta de aproximadamente 1.60 de estatura, pesa más o menos 120 libras. Su cabello es largo de color negro, no es abundante, usa el camino en medio. Se mantiene limpia y peinada siempre. Sonríe frecuentemente cuando conversa y usa sus manos para cubrirse la boca cuando se avergüenza por algo que platica. Es colaboradora y amable. Recuerda la época de su niñez a los 5 años de edad cuando falleció su papá. Recuerda la fecha en la que le hicieron los primeros exámenes médicos dijo lo que había almorzado y mencionó los colores de los uniformes de las enfermeras que le atienden. Resolvió el problema que se le planteó con dificultad, la situación planteada decía qué haría ella en un caso de emergencia en el hospital por ejemplo en un incendio. Está orientada en tiempo porque sabe la fecha y da la hora aproximada, en espacio sabe en donde se encuentra y sabe quién es.

Su vocabulario es escaso, por su lengua materna que es el keekquí cuando habla en español lo hace con dificultad.

Su estado de ánimo es eutímico.

ANÁLISIS DE SINTOMAS Y SIGNOS

SINTOMAS

Tristeza

Insomnio

Falta de apetito

SIGNOS.

Alejamiento

Pérdida de peso

Desasosiego

La tristeza que siente se debe a que nunca ha estado alejada de sus hijos por bastante tiempo. Está preocupada por la situación económica, esto le provoca insomnio además de que nunca ha estado hospitalizada. Se aleja de las personas, una de las razones es porque no habla muy bien el español solamente platica en su dialecto con pacientes que lo hablan.

La falta de apetito ha sido provocada porque ha estado preocupada, esto trajo como consecuencia la pérdida de peso.

Se ha mostrado triste en pocas ocasiones, ha sabido darse valor y ánimo. Se ha repuesto.

IMPRESION CLINICA :

Estado depresivo menor

Estado depresivo leve, moderado.

Ansiedad generalizada

Trastorno adaptativo mixto con ansiedad

Estado de ánimo depresivo.

DIAGNOSTICO :

TRASTORNO MIXTO CON ANSIEDAD.

PRONOSTICO : La recuperación de la paciente puede darse en la medida que el problema de orden físico vaya desapareciendo paralelamente la sintomatología de orden psicológico también irá disminuyendo especialmente cuando ya se encuentre cerca de los suyos. Según el DSM IV, la especificación de la gravedad y el curso de los síntomas y signos, que dan como resultado el diagnóstico se considera moderado.

Es muy probable que solo la cercanía con sus hijos facilitará una recuperación relativamente rápida.

No puede decirse lo mismo del problema orgánico si este en lugar de disminuir progresa.

PLAN DE TRATAMIENTO :

OBJETIVO : Ayudar a la paciente a recuperar el equilibrio anímico, siempre dependiendo del estadio en el que se encuentre el cáncer a través de psicoterapia de apoyo.

FASE 1 : Inicio del tratamiento, establecimiento de rapport, buscando un ambiente de confianza Realización de la entrevista y ubicación de las fases en las que se encuentra de acuerdo a la Dra.

Elizabeth Kübler Ross, se busca utilizar la técnica de ventilación, con la idea de que la paciente afloje la presión interna.

Aplicación del test de colores, que pretende establecer el estado de ánimo de la paciente al inicio de la psicoterapia

FASE 2 : En esta fase se recolecta la historia clínica y se sigue utilizando la técnica de ventilación, además tranquilización y persuasión, que de acuerdo al material verbal que la paciente aporte al momento de las sesiones, se elegirá la técnica apropiada en función del material verbalizado y de aquellos estímulos que buscan esclarecer algunos detalles personales a través de preguntas.

FASE 3 : En esta fase luego de lo visto a diario, alcanzándose un aproximado mínimo de diez sesiones, se pretende dejar el yo de la paciente lo suficientemente apuntalado para que por sus propios medios logre mantener el equilibrio anímico y siga colaborando en la recuperación de su salud.

Reaplicación del instrumento para establecer si se dio alguna diferencia significativa entre la primera y segunda aplicación.

EVOLUCIONES

Nombre de la Paciente : M.J.R.

1a. Sesión :

Inicia con establecimiento de rapport. Se hace dificultosa la conversación, la paciente habla el dialecto kaikchi y conoce muy pocas palabras en español, pero iniciamos una conversación preguntando los datos generales, se logra establecer una relación de confianza. Está vestida y arreglada adecuadamente ; se ve limpia, presta atención a la plática y responde a las preguntas que se le hacen. Recuerda la fecha en la que ingresó, tiene una semana de estar hospitalizada ; sabe quién es y en qué lugar se encuentra. Manifiesta sentirse triste porque está hospitalizada. Está en la fase de depresión.

2a. Sesión :

Muestra amabilidad, platica de su situación. Muestra timidez, ríe cuando habla. Se ve cierta inquietud. Refirió que no sabe que le van a hacer. El problema está en la mama derecha y se le está abultando cada vez más, su ropa está manchada porque tiene una herida abierta que está supurando. Hace movimientos con sus manos, su pensamiento es que no tiene dinero para pagar los gastos médicos, pero sabe que necesita ayuda ; menciona estar preparada para lo que sea. Se encuentra en aceptación.

3a. Sesión :

Se siente preocupada porque dejó solos a sus hijos no ha sabido de ellos como por una semana, dice que quisiera verlos ; los dejó recomendados con un vecino. No le han dicho nada de lo que le van a hacer, ni cuando, ni cuánto va a costar el tratamiento que le van a dar. Siente dolor en donde está el mal. En su aspecto se ve limpia y arreglada. Sus gestos como su tono de voz, denotan desesperanza. Su lenguaje es pausado, mantiene la atención en la conversación. Se encuentra en la fase de aceptación.

4a. Sesión :

Manifestó que está preocupada porque ya van varios días y no le han hecho nada. Pide favor averiguar de su situación. Se busca tranquilizarla y se le persuade a ser paciente y a comprender que tienen que esperar porque necesitan tener los resultados de sus exámenes médicos, esta explicación la tranquiliza, pero se le permite desahogar su preocupación y manifiesta estar afligida por sus hijos. En su aspecto se ve limpia y arreglada ; mantiene la atención en la conversación. Recuerda bien la fecha en la que le hicieron exámenes médicos. Su lenguaje es poco fluido y pausado. Se encuentra deprimida.

5a. Sesión :

Se encuentra en la sala con otras compañeras, encontró a otra paciente de su lugar y hablan el mismo dialecto. Se entabla una conversación con las pacientes. Se atiende en privado a la paciente y comenta sobre su situación familiar. Manifiesta que el estar en el hospital sin poder hacer nada por sus hijos la hace sentir mal ; ella desea que la atiendan pronto para irse a su casa. Se le deja exteriorizar su incomodidad; se le tranquilizó y persuade a tener calma sobre la situación. Se encuentra en fase de depresión.

6a. Sesión :

Comentó que la visitó un amigo que está cuidando de sus hijos, él le contó que su hijo mayor está trabajando de vender granizadas y con el dinero que ganó le compró una sandalias ; al platicar sobre esto llora y se seca sus lágrimas dice que se siente triste porque sus hijos, son pequeños y ya tienen que trabajar como ella también lo hizo. Su semblante se observó demacrado, su tono de voz se escuchó con desánimo, su lenguaje es poco fluido usó palabras típicas del lugar. Mantiene la atención en la conversación ; pero menciona varias veces su preocupación por sus hijos. Está en fase de aceptación.

7a. Sesión :

Está sentada en la salita del fondo platicando con otra paciente ; al verme se retira de ella y se acerca para platicar. Comentó acerca de su situación económica que está preocupada porque no sabe como va a pagar. Ya le dijeron que comenzará su tratamiento de radioterapia y cuanto será el costo total. Se muestra ansiosa por saber como es el tratamiento de radioterapia, ante esto se le da una explicación para tranquilizarla, se trata de infundir ánimo y persuadir a lograr una estabilidad emocional. Está orientada sobre en qué lugar se encuentra, la fecha y hora en que nos encontramos al momento de la sesión ; sabe quién es. Está en fase de aceptación.

8a. Sesión :

Se persuade y se tranquiliza a la paciente pues se muestra con inquietud, está llorando también porque las personas que ofrecieron ayudarla no han aparecido. Se busca tranquilizarla dando información a la trabajadora social acerca de su caso. Se le permite exteriorizar su malestar y preocupación, para luego usar la técnica de tranquilización y persuadirla a tener pensamientos que la llenen de tranquilidad. Se

mantiene atenta y se muestra colaboradora, su lenguaje es pausado. Está orientada, sabe en qué lugar se encuentra y quién es. Está en fase de aceptación

9a. Sesión :

Mencionó que unas personas hablaron con ella diciéndole que lo importante es que reciba su tratamiento para ayudarla porque sino la enfermedad avanzaría. Se reforzó esta información procurando que la paciente se tranquilizara. Al momento de la sesión se muestra dispuesta a colaborar ; está atenta a lo que se está hablando. Comprende que es necesario que esté en el hospital por un tiempo ; asienta con la cabeza por lo que está comprendiendo lo que se le está diciendo, se le motiva a participar en la conversación haciendo algunas preguntas para esclarecer detalles personales, tales como "¿ Qué piensa usted de esto que le estoy diciendo?". Su lenguaje es escaso, su estado de ánimo es eufímico. Se encuentra en fase de aceptación.

10a. Sesión :

Se observó bastante calmada, estaba en el corredor de la sala. Menciona su deseo de que se le visite y se le explique acerca del tratamiento y algunas reacciones que este le dará. Permanece atenta a la conversación y participa haciendo preguntas ella también. Sus pensamientos están en querer curarse. Está orientada, sabe quién es, en qué lugar se encuentra y la fecha y la hora. Se encuentra en fase de aceptación

Se puede observar a través de cada sesión, la constante fluctuación de la paciente en cuanto a las fases, ya la encontramos en depresión, en un día, o en aceptación en otro día y así sucesivamente, esta relajación en las fases lleva a pensar que aún dentro de la situación de enfermedad, el aspecto psicológico de la paciente se encuentra pasando por el proceso y llegar a definirse el estado anímico, en este caso la paciente permaneció en las últimas sesiones en aceptación.

ENTREVISTA

Paciente : M.J.R

REGATEO :

1. ¿Existe una idea esperanzadora en poder curarse ? Si
2. ¿ Ha pensado buscar ayuda en otra parte que no sea hospitales ni médicos particulares ? Sí, fui con el curandero del lugar.
3. ¿ Le costó tomar la decisión de hospitalizarse ? Sí, primero no tenía dinero para venir y no sabía cómo era aquí.
4. ¿ Tiene pensamientos sobre que no puede morir, porque alguien la necesita ? Si, me necesitan mis hijos, no tienen papá.
5. ¿ Ha buscado consejos en diversas partes con la intención de curarse ? Sí, con las monjas que llegan allá.

6. ¿ Cree usted que se sentiría mejor estando en su casa que hospitalizada ? No, nadie puede curarme allá, ni cuidarme.

NEGACION

1. ¿ Piensa usted que lo que le está sucediendo es un castigo de Dios ? Tal vez sí.
2. ¿ Se ha hecho interrogantes de porqué tiene una enfermedad incurable ? (¿ Porqué me pasa esto a mí ?) Sí, ¿ de dónde viene esto ?
3. ¿ Se revela frecuentemente contra la situación que está atravesando ? No.
4. ¿ Tiene pensamientos como que pronto pasará y se dice "esto no es nada de gravedad" ? Sí.
5. ¿ Frecuentemente rehusa a la ayuda médica con el pensamiento de que no es de beneficio para usted ? No.
6. ¿ Atribuye su enfermedad a un accidente ocurrido o a una situación especial ? Por trabajar mucho en el sol.

COLERA

1. ¿ Culpeabiliza a alguien de su situación actual ? No.
2. ¿ Es frecuente su rechazo a que entablen una conversación con usted ? No.
3. ¿ Piensa usted que las personas que se le acercan para darle apoyo moral no le ayudan en nada ? No.
4. ¿ Tiene usted rechazo a toda ayuda médica ? No.
5. ¿ Siente deseos de agredir al personal médico y de enfermería ? No.
6. ¿ Siente deseos de agredirse o se ha agredido físicamente ? No.

DEPRESION

1. ¿ Lloro constantemente ? Sí.
2. ¿ Ha perdido el apetito ? No mucho.
3. ¿ Le es difícil conciliar el sueño a una hora adecuada ? Sí, en las madrugadas.
4. ¿ Se ha dado cuenta de que últimamente sus actos son más lentos que antes ? Sí.
5. ¿ No siente deseos de realizar diversas actividades ? No, he dejado de trabajar.
6. ¿ Últimamente se ha sentido muy sensible, experimentando un sentimiento de tristeza ? Sí. Por mis hijos, quiero saber como están ellos.
7. ¿ Busca usted estar alejada de las personas ? No.

ACEPTACION

1. ¿ Acepta el diagnóstico que el médico le dio ? Sí.
2. ¿ Piensa usted que el sufrimiento es parte de la vida ? Sí.
3. ¿ Está de acuerdo con los tratamientos recibidos ? Sí.
4. ¿ Se encuentra con fortaleza para hacerle frente a su situación actual ? Sí.
5. ¿ Tiene usted un sentimiento de conformidad respecto a la situación que está viviendo ? Sí. ¿ Qué más puedo hacer?.

6. ¿ Piensa usted que ha vivido lo suficiente y que aceptaría la muerte en cualquier momento ? No, todavía no porque mis hijos están muy pequeños.
7. ¿ Está de acuerdo en que la muerte es la última fase por la que un ser humano atraviesa ? Si.

ANALISIS DEL TEST

Paciente : M.J.R.

1a. APLICACIÓN :

	C				I	!!		Total !! : 3	
				=	A	A		Función + : + 4 + 5	
1a SELECCIÓN	4	5	2	0	6	3	1	7	Función x : x 2
2a SELECCIÓN	4	5	2	3	0	6	1	7	Función = : = 3 = 0 = 6
	+	+	x	=	=	=	-	-	Función - : - 1 - 7
		C				A	!!		Función +- : + 4 - 7
									Total I :

Los focos de tensión están disminuyendo

SITUACION PRESENTE (FUNCION X) (X 2)

Exige lo que cree que es debido y se esfuerza para mantener su posición intacta

FOCOS DE TENSION (FUNCION -) : (1 - 7)

Interpretación fisiológica : La insatisfacción sentimental ha dado lugar a un deseo susceptible e impaciente de independencia, conduciéndole a una gran tensión y desasosiego.

Interpretación psicológica: Alguna situación presente o alguna relación existente poco satisfactoria pero se siente incapaz de mejorarla sin una colaboración benévola. No quiere exponer su lado más vulnerable y, por lo tanto, considera inoportuno mostrar afecto o ser demasiado demostrativa.

Considera esa asociación como una unión depresiva porque, aunque quiere ser independiente y estar libre, no desea arriesgar la pérdida de nada. Todo esto lo lleva a reaccionar con susceptibilidad e impaciencia, mientras su apremio para "escapar de todo" se convierte en un desasosiego. La capacidad para concentrarse puede disminuir.

Desequilibrio desasossegado originado por falta de satisfacción afectiva.

CARACTERISTICAS Está preocupada con los obstáculos que enfrenta y sin humor, para todo tipo de actividad o petición que se le solicite. Necesita paz, tranquilidad y evitar todo lo que pueda procurarle mayores problemas.

COARTADAS
(FUNCION =)
(= 3 = 6)

OBJETIVO Es imaginativa en exceso e inclinada al fantaseo y a soñar despierta. Ansía que sucedan cosas interesantes y emocionantes, quiere ser admirada por su trato agradable.

DESEADO
(FUNCION +)
(+ 4 + 5)

PROBLEMAS ACTUALES
(FUNCION +-): Se siente coartada e impedida de progresar, busca una solución que le aparte de todas estas limitaciones.
(+ 4 - 7)

2a. APLICACIÓN :

		C							Total ! : 0
	+	+	x	=	=	-	-		Función + : + 4 + 2
1a. SELECCIÓN	4	2	5	3	1	7	0	6	Función x : x 3 x 5
2a. SELECCIÓN	4	2	3	5	7	1	6	0	Función = : = 7
									Función - : - 1 - 6
	+	+	x	x	=	-	-	-	- 0
					A				Función +- : + 4 - 0
					!				Total : 1

Los focos de tensión han disminuido

SITUACION PRESENTE
(FUNCION X) : Participa con facilidad en todo lo que lleva consigo emociones o estimación.
(X 3 X 5) Quiere sentirse excitada.

FOCOS DE

TENSION

(FUNCION -):

(- 1 - 6)

Interpretación Fisiológica: La insatisfacción sentimental y la falta de afecto la han llevado a una gran tensión y a un autocontrol excesivo.

Interpretación Psicológica: Juzga que debe recibir colaboración antes de que pueda mejorarse la situación presente. La falta de comprensión la hacen sentir que no existe ninguna ligazón afectiva real, y la insatisfacción da lugar a una susceptibilidad; quiere sentirse más segura y más tranquila. Le gustaría romper unas ataduras que ahora considera depresivas y restablecer su propia individualidad. Su autocontrol de los sentidos le impide darse con facilidad, pero el aislamiento resultante la apremia a entregarse y buscar la unión con alguien. Esto perturba puesto que considera tales instintos como una debilidad que se debe superar: cree que sólo puede reafirmar su propia individualidad con un permanente autocontrol y que sólo así puede mantenerse firme por encima de sus dificultades presentes.

Insatisfacción sentimental originada por falta de aprecio y autocontrol desproporcionado.

(-0)

Interpretación Fisiológica: Muestra impaciencia y agitación.

Interpretación Psicológica: Cree que la vida tiene mucho más que ofrecer y que existen todavía muchas cosas importantes por realizar, es decir que se debe sacar provecho de la vida lo más intensamente posible. Como resultado, persigue sus objetivos con vehemente intensidad y se apega a las cosas. Se compromete en profundidad y corre el riesgo de ser incapaz de ver todo con la objetividad suficiente o con la necesaria calma; tiene por lo tanto el peligro de ponerse inquieta y agotar su energía nerviosa. No permite que los acontecimientos sigan su rumbo; juzga que sólo podrá estar en paz cuando finalmente haya alcanzado sus metas.

Dedicación impaciente.

CARACTERISTICAS

COARTADAS

(FUNCION =)

(= 7)

Cree que ciertas cosas se le imponen en su camino y que las circunstancias le están forzando a buscar componentes y a abstenerse por el momento de algunos placeres.

OBJETIVO Es una observadora alerta y aguda busca nuevas vías que le ofrezcan más libertad y la oportunidad de sacar el máximo provecho de ellas. Quiere **DESEADO** demostrarse así misma que es capaz y que puede conseguir el reconocimiento de los demás. Se esfuerza por llenar el vacío que cree que la separa de ellos.

(FUNCION +) :
(+ 4 + 2)

PROBLEMAS El temor de que se le impida lograr las cosas que quiere la lleva a una **ACTUALES** búsqueda desasosogada por hallar satisfacción embarcándose en actividades ilusorias y sin sentido.

(FUNCIONES + -)
(+ 4 - 0)

RESUMEN :

En la primera aplicación aparece el color amarillo(4) ocupando el primer lugar, en las dos selecciones, esto demuestra un ansia de liberación y la esperanza de una mayor felicidad. Incluye algún conflicto de menor o mayor importancia, le es menester liberarse.

Aparece también el color violeta en segundo lugar en las dos elecciones, esto significa identificación en una unión íntima y erótica. Puede llevar una comprensión intuitiva y sensible. Pero sus características algo irreal y de realización de deseos pueden también significar identificación por su incapacidad para diferenciar o por su falta de decisión y sus continuos titubeos, en cualquiera de los dos casos el resultado final es irresponsabilidad.

En la segunda aplicación también eligió el color amarillo en primer lugar, habiéndose dado ya el significado anteriormente.

Es una persona que se preocupa por las situaciones difíciles pero en exceso, esto le produce desasosiego. Fantasmea y le gusta soñar despierta.

Tiene insatisfacción efectiva, también le provoca desasosiego. Además es una persona que se preocupa porque algunas cosas que desea no las puede lograr, esto le provoca desasosiego. Está en búsqueda de situaciones que le provoquen emoción cree que todavía tiene cosas importantes por realizar. Quiere demostrarse a sí misma que puede lograrlo. Tiene inapetencia y agitación por insatisfacción sentimental.

CASO No. 2

Paciente de nombre M. V. de G. de 73 años de edad, nació en la Fragua, Zacapa, el 25 de julio de 1924 ; casada, religión católica, estudió 4º. grado primaria, se dedica a oficios domésticos, etnia ladina.

QUEJA PRINCIPAL: Molestias, desesperación por el tratamiento de Radioterapia, preocupación por la caída del cabello.

MOTIVO DE CONSULTA: Mastectomía derecha.

HISTORIA DEL PROBLEMA: La paciente refirió que visitó al médico aproximadamente hace 7 meses por un dolor que tenía en la rodilla. El médico le notó un abultamiento en el pezón, él la refirió con el jefe del hospital del departamento donde vive que es Zacapa. Le hicieron una biopsia, los resultados se los dieron en 6 días, éste último médico la refirió a este centro hospitalario, comenzó a venir a consulta el 17 de octubre. Le dieron fecha de operación el 25 pero no se la hicieron sino hasta el 26. Después de recuperarse de la intervención quirúrgica la citaron el 2 de noviembre para ponerle un ciclo de quimioterapia. Actualmente está recibiendo tratamiento de radioterapia.

Comenta que le está causando muchas reacciones este tratamiento, se pone muy alterada de los nervios cuando va cada día a recibir la dosis del tratamiento; ha padecido de esto desde hace ya bastante tiempo, pero para poder controlarse no deja el tratamiento.

HISTORIA PERSONAL : Recuerda que de niña le gustaba jugar de muñecas haciéndole vestiditos y fue inquieta, tenía que estar en constante actividad, su mamá se quejaba de ella.

A los 15 años de edad se interesó por aprender a confeccionar ropa y alquiló una máquina para coser. Se ocupó de esto por bastante tiempo.

Contrajo matrimonio a los 27 años de edad, a los 28 resultó embarazada por primera vez, tuvo 2 abortos, no sabe que fue lo que le provocó esto, pero le afectó emocionalmente tanto como físicamente. Tenía preocupación por lograr a sus hijos.

Hace 10 años aproximadamente, refirió que le apareció una gastritis nerviosa, el médico que la estuvo viendo le dijo que sus nervios los tenía alterados y le dio medicamentos para esto, desde esa fecha ha estado tomándolos.

HISTORIA FAMILIAR : La familia de la paciente la componen su esposo y cinco hijos y una nieta de 16 años de edad que adoptó como su hija, porque su hijo mayor la tuvo con una muchacha que ella consideraba que no iba a ser buena madre, por esta nieta la paciente comenta que siente mucho cariño tal vez más que por sus hijos. Actualmente está separada de su hija que se casó hace 1 año y se fue de la casa para ir a vivir a otro departamento, también su nieta está separada de ella por razones de estudio se fue a vivir con otros familiares. Manifestó que ha sentido mucho la separación de su hija y de su nieta.

Cuando se da cuenta de que los matrimonios de sus hijos no van bien, se preocupa por ellos y a veces interviene, es el caso de su tercer hijo, ella puede ver que las cosas no van bien y que la esposa lo abandona por ocuparse de otras cosas o por atender a su propia familia.

Menciona que con su esposo las relaciones han marchado bien, únicamente la situación económica siempre ha estado mal, pues en su trabajo el sueldo que ha devengado ha sido bajo, ella se ha visto en la necesidad de trabajar confeccionando ropa para otras personas.

Sufrió 2 abortos, el segundo embarazo tenía 2 meses, no supo que le pasó solamente recuerda que comenzó a sentir fuertes dolores de estómago, la llevaron al hospital pero ya fue muy tarde. El 4º. Embarazo también lo abortó y ocurrió de igual manera.

HISTORIA ESCOLAR: Ingresó a la escuela a la edad de 7 años, cursó hasta el 4º. Grado de primaria, ya no siguió porque tenía que ir a otro lugar para continuar estudios, comentó que ella si deseaba seguir estudiando pero ya no tuvo los recursos económicos para lograrlo. Comentó que al llegar a ese grado equivalía ser una maestra.

HISTORIA SOCIAL: Manifestó que le gusta iniciar una conversación, reconoce que le gusta platicar y hacer amistades, tiene amigas actualmente y las conoció desde la infancia y se llevan bien, una de ellas fue la que la ayudó a tomar la decisión de hospitalizarse.

HISTORIA LABORAL: Trabajó durante 10 años en el oficio que aprendió de adolescente que fue el de confeccionar ropa. Mencionó que es un trabajo que le ha gustado hacer y que le ayudó por bastante tiempo con los gastos de su hogar, la buscaban muchas personas para que les confeccionaran ropa mencionó que dejó de hacerlo hace un par de años y en esa fecha cobraba como Q20.00 por cada vestido que le encargaban.

HISTORIA SEXUAL: La paciente expresó que su menarquia fue a los 15 años de edad y que cuando sucedió esto, se asustó un poco, aunque ya sabía de esto porque tenía hermanas mayores que la habían preparado dándole alguna información

Su primera relación sexo genital fue a la edad de 27 años de edad cuando se casó, esta experiencia fue para ella novedosa porque había oído bastante sobre sexualidad, aunque tuvo que esperar un poco para experimentarlo. Refirió que para ella fue placentera la primera relación sexogenital, al principio eran frecuentes pero con el tiempo se han ido espaciando cada vez más, comenta que hace varios meses que ya no practican las relaciones porque dice que ya están muy grandes con su esposo y además ella ha estado muy enferma últimamente.

PERSONALIDAD PREMORBIDA: La paciente comentó que desde que ella recuerda ha sido una persona con carácter fuerte, toma decisiones que piensa que son las correctas. Se altera fácilmente y le cuesta controlarse ante situaciones en las que se requiere calma por ejemplo tratar asuntos familiares.

EXAMEN MENTAL

Paciente adulta de 73 años de edad, de aproximadamente 1.56 de estatura, pesa mas o menos 120 libras, su cabello está totalmente canado, lo lleva atado con un moño, es escaso. Se observa que lleva una prótesis dental, su rostro se ve con bastantes arrugas. Usa la ropa del hospital, lleva puesto un suéter de color rosado. Se encuentra en un lugar apartado de la sala, con sus manos se toca la cara cuando conversa.

Dijo los datos que se le proporcionaron los cuales fueron tres colores, mencionó lo que almorzó . Mencionó datos de la infancia aproximadamente a la edad de 7 años. Resolvió el problema que se le presentó el cual fue que haría en caso de accidente, resuelve problemas de cálculo. Mantiene la atención en la conversación, está orientada en tiempo sabe la fecha y la hora aproximadamente en la que se realiza la sesión , sabe quién es y en qué lugar se encuentra. Su pensamiento está en que las reacciones de la radioterapia son muy fuertes, le dan mucha molestia y cree no poder soportarlo, está preocupada por la caída del cabello, se atemoriza cada vez que va a recibir una nueva dosis de radioterapia porque cree que se va a quedar sin respiración , mencionó que le dan deseos de salir corriendo. Siente insoportable el tratamiento pero se dice ella misma que tiene que "aguantar".

Su lenguaje es fluido, coherente, claro, usa pausas para hablar se detiene por momentos. Su estado de ánimo es distímico.

ANALISIS DE SINTOMAS Y SIGNOS

SINTOMAS

desesperación

temor

intranquilidad

desasosiego

SIGNOS

alejamiento

intranquilidad

ensimismamiento

La desesperación expreso la paciente que la sentia por estar recluida en el hospital y de saber que es por bastante tiempo.

Siente temor de estar encerrada en el cuarto donde recibe radioterapia, esto sucede casi siempre.

La intranquilidad la siente igualmente por el tratamiento que está recibiendo y por lo dificultoso que es además no le gusta estar alejada de su familia por bastante tiempo, esto también le produce desasosiego.

Ha estado alejada y se le ha visto pensativa, esto ha sido por pocas veces.

IMPRESIÓN CLINICA:

Crisis de angustia

Agorafobia

Ansiedad generalizada

DIAGNOSTICO:

ANSIEDAD GENERALIZADA

PRONOSTICO: La recuperación de la paciente puede darse en la medida que el problema de orden físico vaya desapareciendo. Según el DSM IV, la especificación de la gravedad y el curso de los sintomas y signos, que dan como resultado el diagnostico se considera moderado por lo tanto la alteración psicológica disminuirá, especialmente cuando la paciente ya no esté expuesta a situaciones de tensión como el estar recibiendo tratamiento que le produce reacciones iatrogénicas.

ante lo cual afirma que sí y comenta que ha sufrido de alteración nerviosa y que ha estado bajo tratamiento médico y que debe estar tomando medicamentos para controlar los nervios, también está tomando remedios caseros que le aconsejaron algunas amigas. Refirió haber padecido hace algunos años de gastritis nerviosa. Ante lo que expresó la paciente se demostró empatía y se le estimuló a exteriorizar situaciones que le provocan alteración para poder tratar este síntoma. Mantiene la atención en la conversación, participando y demostrando interés en su recuperación, además pide opiniones para colaborar. Su pensamiento está en recuperar el equilibrio anímico. Está orientada en tiempo, sabe la fecha y hora de la sesión, sabe quién es y en qué lugar se encuentra. Se encuentra en la fase de regateo.

7a. Sesión: Se encuentra preparando un remedio que le aconsejaron que era bueno tomar para hacer menos molestos las reacciones del tratamiento de quimioterapia y también tiene otro remedio para detener el mal que está padeciendo mencionó. Refirió haber sentido molestias la noche anterior y parte de la mañana, se ha sentido muy tensa, con desesperación, con deseos de abandonar el hospital, se siente molesta porque su familia no la ha visitado desde hace varios días manifestó estar preocupada porque no sabe nada de ellos. Además de estar medicamentos naturales quiere tomar pastillas para los nervios. Ante esta exteriorización de emociones que la paciente hizo, se utiliza la técnica de tranquilización y nuevamente la relajación, porque se ve a la paciente muy alterada emocionalmente. La paciente mantiene la atención en la conversación, mostrando mucho interés en lo que se le plantea para su recuperación, su pensamiento está en que ya no quiere sentirse preocupada ni angustiada porque sabe que le hace daño para su salud. Está orientada en persona sabe quién es, en qué lugar se encuentra, sabe la hora y fecha de ésta sesión. Se encuentra en la fase de regateo.

8a. Sesión: El fin de semana se tuvo una actividad con las pacientes dependiendo de su estado físico que les permitía dar un pequeño paseo. Manifestó que se sintió bastante bien anímicamente, se sintió mejor, han desaparecido un poco las molestias físicas. Su familia llegó para verla, esto la hizo sentir mejor, ella misma encontró una respuesta a su malestar anterior diciendo que era porque estaba preocupada por su familia además los extraña bastante. Se ve a la paciente animada, esto se observa en su semblante y en sus palabras, su lenguaje es fluido, claro y coherente, está orientada sabe quién es, en qué lugar se encuentra, sabe la fecha y da la hora aproximada de la sesión. Se encuentra en la fase de aceptación.

9a. Sesión: Se encuentra a la orilla de su cama, mencionó estar esperando la visita de la psicoterapeuta porque ella ha sentido que al hablar se siente más aliviada emocionalmente. En la conversación que se sostuvo mencionó que se siente preocupada porque su hija mayor y su nieta se han alejado del hogar por razones que ella comprende que eran necesarias pero; esto la hizo sentir muy triste al principio y todavía se sigue sintiendo así, pero quiere vencerlo y terminar de aceptar esta situación que la sintió dolorosa. Se estimula a la paciente a seguir conversando de sus incomodidades para luego dar tratamiento por medio de las técnicas de tranquilización y persuasión. Está atenta a la conversación,

muestra bastante interés y participe haciendo interrogantes de cómo cooperar en el restablecimiento de su salud emocional. Se encuentra en fase de aceptación.

10a. Sesión: En esta sesión la paciente refirió sentirse bien y estar animada porque ya hizo cálculos de cuantos días le quedan de tratamiento, se alegra de haber "aguantado el tratamiento" y que pronto se podrá ir a su casa. Se muestra amable y conversadora y sonriente mientras platica. Manifiesta sentir optimismo en cuanto a su recuperación física y emocional, se persuade a seguir teniendo estos pensamientos y a buscar medios que le proporcionan tranquilidad y a lograr la estabilidad emocional. Estuvo atenta a la conversación que se entabló, mientras aportaba opiniones para dar seguimiento a lograr el equilibrio emocional. Su memoria, reciente es adecuada, recuerda la fecha en la que ingresó al hospital e hizo cálculos correctos de cuanto será el costo total de su hospitalización. Se encuentra en fase de aceptación.

Se puede observar a través de cada sesión la constante fluctuación de la paciente en cuanto a las fases que en unos días la encontramos en depresión otros días la encontramos en aceptación, también presentó la fase de regateo. Esta fluctuación en la fases, lleva a pensar que dentro de la situación de enfermedad que la paciente vive, se encuentra en proceso y por fin se llega a definir su estado anímico.

ENTREVISTA

Nombre de la paciente: V. C. De G.

REGATEO:

1. ¿Existe alguna idea esperanzadora de poder curarse? Si uno siempre tiene la esperanza
2. ¿Ha pensado buscar ayuda en otra parte que no se hospitales ni médicos particulares? No lo hecho, aunque acepto los consejos que me dan de usar remedios caseros.
3. ¿Le costó tomar la decisión de hospitalizarse? Si, tenía temor a lo que me fueran a decir
4. ¿Tiene pensamientos sobre que no puede morirse, porque alguien la necesita.? Si aunque mis hijos ya están grandes.
5. ¿Ha buscado consejos en diversas partes con la intención de curarse? No, solamente con médicos.
6. ¿ Cree usted que se sentiría mejor estando en su casa que hospitalizada? No allá no puedo recibir ayuda médica.

NEGACION:

1. ¿ Piensa usted, que lo que le está sucediendo es un castigo de Dios? No, El no castiga de esta manera.
2. ¿Se ha hecho interrogantes de porque tiene una enfermedad incurable? (porqué me pasa esto a mí) Si eso si me pregunto, si yo tuve la culpa, quizá por no cuidarse.
3. ¿Se revela frecuentemente contra la situación que está atravesando? No
4. ¿Tiene pensamientos como que pronto pasará y se diga "esto no es nada de gravedad.?" Si lo he hecho, como para dame ánimo yo sola.

(- 0)

Interpretación Fisiológica: Muestra impaciencia y agitación.

Interpretación Psicológica: Cree que la vida tiene mucho que ofrecer y que existen todavía muchas cosas importantes por realizar; es decir que se debe sacar provecho de la vida más intensamente posible. Como resultado, persigue sus objetivos con vehemente intensidad y se apega a las cosas. Se compromete en profundidad y corre el riesgo de ser incapaz de ver todo con objetividad suficiente con la necesaria calma; tiene por lo tanto el peligro de ponerse inquieta y agotar su energía nerviosa. No permite que los acontecimientos sigan su rumbo, juzga que sólo podrá estar en paz cuando finalmente haya alcanzado sus metas.

Dedicación impaciente.

CARACTERÍSTICAS

(FUNCIÓN =)

(= 2)

La situación le impide establecerse según su conveniencia; pero cree que debe sacar mejor provecho de todas las cosas tal como se le presentan.

OBJETIVO

DESEADO

(FUNCIÓN +)

(+ 3)

(+4+5)

Es una persona con una actividad intensa, vital y animada que se deleita en la acción. Esta se dirige a conseguir éxitos y conquistas; ella tiene un gran deseo de vivir la vida lo más intensamente posible.

Es imaginativa en exceso e inclinada al fantaseo y a soñar despierta. Ansía que sucedan cosas interesantes y emocionantes; quiere ser admirada por su trato agradable.

PROBLEMAS

ACTUALES

(+ -)

(+3-0)

El temor de que se le impida alcanzar las cosas que quiere la lleva a representar su papel con una intensidad febril y apremiante.

2ª. APLICACIÓN

	C				I				
					A				
	+	+	x	x	=	-	-	-	total != 1 función +: +1+4 función x: x2
1ª. SELECCIÓN:	5	4	7	2	3	1	0	6	función =: =3=5
2ª. SELECCIÓN:	1	4	2	3	5	6	7	0	función -: -7 - 0
	+	+	x	=	=	=	-	-	función + - : + 1 - 0 total != 0

Los focos de tensión disminuyen

SITUACIÓN PRESENTE:
(FUNCIÓN X)
(X 2)

Persistente. Exige lo que cree que le es debido y se esfuerza para mantener su posición intacta.

FOCOS DE TENSIÓN:
(FUNCIÓN -)
-7 -0

Interpretación Fisiológica: Existe una susceptibilidad acentuada a todos los estímulos externos.

Interpretación Psicológica: Quiere superar la falta de sentido de su existencia y la brecha que le separa de los demás. Cree que la vida tiene mucho que ofrecer y que puede perder su parte correspondiente de experiencias. Se siente totalmente competente en cualquier campo al que se dedique, algunas veces puede ser considerada por los demás como entrometida y curiosa.

CARACTERÍSTICAS COARTADAS =
(FUNCIÓN =)
(= 3 = 5)
(= 6)

Se angustia cuando sus necesidades o sus deseos son mal entendidos; cree que no tiene a nadie en quien confiar o apoyarse. Es egocéntrica y; fácilmente se siente ofendida.

Es capaz de lograr satisfacción de las actividades.

PLAN DE TRATAMIENTO:

OBJETIVO: Ayudar a la paciente a recuperar el equilibrio anímico, siempre dependiendo del estadio en el que se encuentre el cáncer a través de psicoterapia de apoyo.

FASE 1 : Inicio del tratamiento, establecimiento de rapport, buscando un ambiente de confianza. Realización de la entrevista y ubicación de las fases en las que se encuentra de acuerdo a la doctora Elizabeth Kübler Ross, se busca utilizar la técnica de ventilación, con la idea de que la paciente afloje la presión interna.

Aplicación del test de colores, que pretende establecer el estado de ánimo de la paciente al inicio de la psicoterapia.

FASE 2 : En esta fase se recolecta la historia clínica y se sigue utilizando la técnica de ventilación además tranquilización y persuasión, que de acuerdo al material verbal que la paciente aporte al momento de las sesiones, se elegirá la técnica apropiada en función del material verbalizado y de aquellos estímulos que buscan esclarecer algunos detalles personales a través de preguntas.

FASE 3 : En esta fase luego de lo visto a diario, alcanzándose un mínimo aproximado de diez sesiones, se pretende dejar el yo de la paciente lo suficientemente apuntalado para que por sus propios medios logre mantener el equilibrio anímico y siga colaborando en la recuperación de su salud.

Reaplicación del instrumento para establecer si se dio alguna diferencia significativa entre la primera y segunda aplicación.

EVOLUCIONES

Nombre de la Paciente: V. C. De G.

1ª. Sesión: La paciente se encuentra en su cama con su cabeza amarrada con un pañuelo, expresó que se siente sola con deseos de abandonar el hospital, se establecen relaciones de confianza, haciendo unas preguntas para averiguar el estado emocional de la paciente en este primer acercamiento. La paciente exterioriza su incomodidad de sentirse hospitalizada y alejada de sus familiares. Lloró porque dice que se siente "desamparada". Mantiene la atención en la conversación aunque por momentos regresa a expresar su queja principal que es el desamparo que siente. Está orientada en tiempo, sabe la fecha y hora aproximada de la sesión, su pensamiento está centrado en que no desea estar mucho tiempo más en el hospital porque ya ha estado por 20 días aproximadamente, recibiendo un ciclo de quimioterapia y ha estado en observaciones médicas. Se encuentra en la fase de depresión.

2ª. Sesión: Se encuentra en un espacio apartado en la sala del fondo, mirando hacia fuera. Manifiesta que se siente triste, la aflige sentir dolor en su mama, se siente como si estuviera presa expresa con un tono de voz triste. Su rostro se observó pálido, su lenguaje es pausado, coherente. Ante lo que expresó la paciente se le permitió desahogar sus incomodidades de tipo emocional. Se le tranquiliza y persuade a tener pensamientos acerca de la comprensión de estar hospitalizada para que se le dé atención médica. Se encuentra en fase de depresión. Mantiene la atención en la conversación, resuelve

problemas como qué haría en una situación de emergencia dentro del hospital. Está orientada en persona, sabe quién es y en qué lugar se encuentra.

3ª. Sesión: Expresó la paciente que se siente animada porque la visitaron sus familiares y le infundieron bastante ánimo para seguir en el hospital y de lo necesario que es recibir el tratamiento que le están dando que es radioterapia manifiesta que la "está acabando" pero que se dice ella misma que es para su bien y que por lo tanto debe resistir, comenta de las reacciones que está teniendo debido al tipo de tratamiento. Se aprovecharon estos comentarios que la paciente hizo y se reforzaron. También manifiesta su preocupación porque siente que el cabello se le sigue cayendo y teme por esto y por su apariencia física, su tono de voz denota desánimo y su rostro se ve triste por las expresiones faciales que hace. Mantiene la atención en la conversación ahora sus pensamientos están en poder curarse e irse para su casa. Repite varias veces sus incomodidades mientras conversa de otros temas. Está orientada en tiempo sabe la fecha en la que nos encontramos al momento de realizar esta sesión y sabe quién es y en qué lugar se encuentra. Su lenguaje es coherente sencillo. Se encuentra en fase de depresión.

4ª. Sesión: Se encuentra en compañía de otras pacientes en la sala del fondo, estaba conversando. En la sesión de este día manifestó estar más tranquila, dice no sentir dolor, solamente las reacciones que le da el tratamiento que está recibiendo como malestar estomacal y un poco de dolor de cabeza, pero dice que lo puede soportar. Sus pensamientos están centrados en poder curarse, mantiene la atención en la conversación, respondiendo a las preguntas que se le formulan. Hace cálculos correctos de cuando termina su tratamiento. Está orientada en persona, sabe quién es y en qué lugar se encuentra. La fase en la que se encuentra es aceptación.

5ª. Sesión: Comentó un incidente que le ocurrió en la sala de radioterapia, dijo que se puso extremadamente nerviosa y que no podía estar recostada donde la deja la enfermera para recibir la dosis del tratamiento, se quedó encerrada y no podía abrir la puerta gritó y las enfermeras que estaban afuera del cuarto quisieron abrir la puerta pero no podían, ella sentía que se iba a quedar allí para siempre, en todo este tiempo sudó frío, fue tanto el temor que sintió que ya no quisiera regresar por un nuevo ciclo de radioterapia, refirió. Ante esto, se utilizó la técnica de tranquilización para que se calmara con palabras y pensamientos que infundieran esto, se utilizó la técnica de relajación y la visualización para tranquilizar a la paciente y lograr la enseñanza de la finalidad del tratamiento. La paciente mantuvo la atención en la conversación y participó haciendo preguntas y expresando sus pensamientos. Su memoria inmediata es adecuada porque pudo mencionar a que hora sucedió el incidente que comentó, su memoria remota es adecuada evocó situaciones de la vida de adolescente cuando experimentó estas mismas sensaciones de temor de estar encerrada en un cuarto y que se altera de los nervios. Su lenguaje es claro, coherente y sencillo, usa pausas al hablar. Se encuentra en la fase de aceptación.

6ª. Sesión: Se encuentra en su cama, manifiesta sentir dolor y no tener deseos de hablar por el mismo malestar; tiene dolor de cabeza y temblor de cuerpo se le pregunta si es por el incidente del día anterior

5. ¿Frecuentemente rehusa a la ayuda médica con el pensamiento de que no es de beneficio para usted? No, porque ellos saben lo que hacen.
6. ¿Atribuye su enfermedad a un accidente ocurrido o a una situación especial? Cuando me pasó lo de la mama pensé que si porque un golpe que me había dado.

COLERA:

1. ¿Culpabiliza a alguien de su situación actual? No quizá sea por descuido de uno mismo.
2. ¿Es frecuente su rechazo a que entablen una conversación con usted? No para mi está bien, porque me gusta platicar.
3. ¿Piensa usted que las personas que se le acercan para darle apoyo moral no le ayudan en nada.?
4. ¿Tiene usted rechazo a toda ayuda médica? No.
5. ¿Siente deseos de agredir al personal médico y de enfermería? No.
6. ¿Siente deseos de agredirse o se ha agredido físicamente? No.

DEPRESION:

1. ¿Llora constantemente ? No ya no, si lo hace al principio, cuando me dijeron que me iban a operar.
2. ¿Ha perdido el apetito? Si, creo que es por el tratamiento porque antes si comia.
3. ¿Le es difícil conciliar el sueño a una hora adecuada? Si, es por la noche, y despierto muy de madrugada y ya no puedo dormir.
4. ¿Se ha dado cuenta de que últimamente sus actos son más lentos que antes? si
5. ¿No siente deseos de realizar diversas actividades ? No.
6. ¿Últimamente se ha sentido muy sensible, experimentando un sentimiento de tristeza? Si
7. ¿Busca usted, estar alejada de las personas? A veces me retiro, es por momentos que siento esto.

ACEPTACION:

1. ¿Acepta el diagnóstico que el médico le dio? Si.
2. ¿Piensa usted que el sufrimiento es parte de la vida? Si, todos pasamos por momentos dolorosos.
3. ¿Está de acuerdo con los tratamientos recibidos? Si, eso era lo que a mi me tocaba por mi mal.
4. ¿Se encuentra con fortaleza de hacerle frente a su situación actual? Si
5. ¿Tiene usted un sentimiento de conformidad respecto a la situación que está viviendo? Si
6. ¿Piensa usted, que ha vivido lo suficiente y que aceptaría la muerte en cualquier momento? Si, puedo decir que ya vivi bastante.
7. ¿Está de acuerdo en que la muerte es la última fase por la que un ser humano atraviesa? Si, todos tenemos que morir un día.

OBJETIVO DESEADO (FUNCIÓN +) (+ 1 + 4)
Busca una relación afectiva que le ofrezca la posibilidad de realizarse y le de felicidad. Es capaz de un entusiasmo sentimental muy poderoso. Colabora y está deseosa de adaptar su personalidad si es necesario para lograr la unión afectiva que anhela.

PROBLEMAS ACTUALES (+ -)
(+ 1 -0)
Necesita alcanzar una situación estable y apacible que la habilite para librarse de las preocupaciones que puedan impedirle lograr todo lo que quiere.

RESUMEN:

En la primera aplicación la paciente eligió los colores rojo (3) y amarillo (4), la persona que elige el rojo en primer lugar, quieren que sus propias actividades le proporcionen intensidad experiencial y plenitud vital. El color que junto al rojo señala la modalidad que toman sus actividades. Los colores negro (7) y blanco (0) fueron elegidos en las últimas posiciones. El color negro representa un deseo más o menos normal de no dejar nada y de estar en control de las propias acciones y decisiones. Sin embargo, cuando este puesto representa ansiedad, el temor de perder o ser privado de algo se convierte en un motivo de conflicto y, desde el momento mismo en que el sujeto se encuentra muy angustiada por tener que dejar algo, corre el riesgo de exigir demasiado. El color blanco en último lugar no significa nada importante.

En la segunda aplicación eligió los colores : azul (1) y amarillo (4) y en los primeros lugares, cuando se elige el azul en primer lugar hay una necesidad de tranquilidad emocional, paz, armonía y felicidad o una necesidad fisiológica de descanso, sosiego y posibilidad de recuperarse, el amarillo demuestra un ansia de liberación y esperanza de una mayor felicidad. Incluye algún conflicto de menor o mayor importancia del cual es menester liberarse.

Se trata de una persona que en su hogar ha ejercido autoridad; tomando la iniciativa en realizar algunas actividades y superando obstáculos. La situación presente le provoca decepción por no poder realizar las actividades que desea. Se muestra negativa ante su futuro, no cree que pueda mejorar.

CASO No. 3

Paciente responde al nombre de A. R. M., sexo femenino, cuenta con 45 años, nació en Belice el 10 de julio de 1,952, procede de este mismo lugar, es ama de casa, profesa la religión evangélica, cursó 6^a. Primaria, es ladina y su estrato socioeconómico es medio.

QUEJA PRINCIPAL: No tiene.

MOTIVO DE CONSULTA: Referida por hospital de Belice, "cáncer en la matriz".

HISTORIA DEL PROBLEMA: Paciente refiere que su enfermedad comenzó hace 3 meses, primero le bajaba agua "amarillenta", luego le venía su "regla" cada 2 ó 3 días, con el pasar del tiempo la hemorragia se fue haciendo más fuerte acompañada de dolor abdominal, visitó 3 médicos que le decían que todo era efecto de la menopausia, pero no convencida fue al hospital de Belice dónde le realizaron exámenes, al tener los resultados le informaron que tenía "cáncer en la matriz", y que allí no podían hacer nada más, que el lugar donde podía ser atendida era en INCAN pero no podían darle ayuda económica porque el gobierno de allá debe mucho, su familia reunió dinero y fue así como pudo internarse en el hospital, parece ser que será sometida a radioterapia.

HISTORIA PERSONAL: Comenta que creció al lado de su papá, su abuela materna y de sus 4 hermanos ella es la tercera, su mamá murió cuando tenía la paciente 4 años y no recuerda nada sobre ella, la vida que tuvo con su familia fue "buena", con sus hermanos peleaba pero al rato estaban contentos, su papá todo el tiempo se dedicó a sembrar y vender verduras, de eso le daba gasto a la abuelita para que les diera de comer, siempre los trató bien y no recuerda que hubiera preferencia por ninguno, su abuelita a quién siempre llamaron "mamá" la educó de una forma dura y rígida pero al mismo tiempo cariñosa, le ayudaba a cuidar niños y en la limpieza de la casa, no la dejaban salir a jugar ni a pasear, cuando no tenía nada que hacer se ponía a estudiar. A la edad de 14 años conoció a un joven que la estaba conquistando y que a ella también le gustaba, cuando en su casa se enteraron no estuvieron de acuerdo pero pasó 1 año para conocerse, después él fue a pedir permiso para ser novios, costó que estuvieran de acuerdo pero aceptaron salían a pasear o se visitaban en sus casas, a los 16 años resultó embarazada de su primer hijo lo cual para ella fue una gran alegría, aún no estando casada, no le importó porque su novio le dijo que se haría cargo de los dos y que quería casarse con ella, pero no aceptó en ese momento sino hasta después del nacimiento del bebé porque le daba vergüenza entrar a la iglesia "berrigona" la relación con su esposo era adecuada el único defecto que tenía era que bebía cada fin de semana no la trataba mal al contrario se ponía más cariñoso, tuvo 7 hijos de los cuales están vivos 4 y 3 murieron uno de ellos cuando tenía 6 meses y medio de infección bronquial, manifiesta que ésta fue una de sus experiencias más duras, otro murió de 18 años hace 8 años en un accidente, situación que la hizo caer en depresión y hace 1 año murió su mamá (abuela) quien para ella fue una pérdida difícil de aceptar pero que su comunidad religiosa le ha ayudado a salir adelante, a partir de esta fecha comenzó a sentir pequeños malestares a los cuales no les puso interés pero empeoraron hace 3 meses. No tiene vicios y desea recuperarse pronto para volver a casa con su esposo, ya que su experiencia más agradable es de todos los días viviendo con su esposo sin problemas.

HISTORIA FAMILIAR: Es madre de 4 hijos con edades de 28, 26, 22, y 20, dos mujeres y dos hombres, todos sus hijos han sido deseados tanto para ella como para su esposo, todos manejan una adecuada relación, no hay problemas serios entre ellos y si los hay tratan de resolverlos evitando discusiones

fuertes para no perjudicar su relación, no tiene preferencia por ninguno, y sus hijos la quieren "mucho" al igual que sus nietos. Con sus hermanos se relacionan frecuentemente, cuando hay reuniones asiste, igual cuando se trata de colaborar entre ellos porque por toda su familia pudo venir a curarse, en 8 días reunieron \$4,000 beliceños incluyendo su papá con quién maneja una adecuada relación no vive con él pero siempre están en contacto, refiere que desde que su madre falleció su papá jamás tuvo otra esposa, se dedicó a trabajar y a preocuparse por sus hijos.

Con su esposo como mencione anteriormente viven juntos desde hace 28 años libre de conflictos, cuando estaban sus hijos con ellos salían a pasear y se repartían las tareas, ahora que sólo viven los dos entre semana él no tiene tiempo de compartir más que sólo a la hora de comida y la noche por el trabajo de taxista que le consume muchas horas pero el fin de semana es para los dos van al parque o a dar "vuelitas" a veces con sus nietos o solos, refiere que su esposo la tiene muy consentido más ahora que esté enferma la atiende le lleva la comida a la cama le lava su ropa y hace todo lo que antes la paciente hacía con él, comenta que la forma como la tratan es lo que la motiva a seguir luchando cada día.

HISTORIA ESCOLAR: Entró a la escuela a la edad de 5 años a preparatoria, cursó hasta 6ª. primaria, le gustaba estudiar, se levantaba temprano para estar a la hora en la escuela, fue callada no le gustaba molestar si le hablaban ella lo hacía de lo contrario no, pero no tenía problemas con sus compañeros y tampoco con sus maestros, buscaba la oportunidad para estudiar, no tuvo repitencia escolar.

HISTORIA SOCIAL: Refiere que no tiene mucha vida social, eso quiere decir que no tiene muchas amistades, con sus vecinos es sólo de saludo, ella no molesta por lo tanto los vecinos no lo hacen, para Navidad a todos les manda comida y tarjetitas por eso la califican de "creída" pero no es así, se comporta de esta forma porque cuando la educaron no la dejaban salir a jugar con sus vecinos menos a tener otras amistades lo cual no le afecta al contrario vive sin problemas porque le gusta ser discreta y callada, en su tiempo libre se dedica a descansar en una hamaca o sino a distraer a sus nietos a quienes quiere mucho y de la misma forma ellos porque cuando siente la casa está llena de niños y eso le agrada.

HISTORIA LABORAL: No ha tenido necesidad de trabajar porque su esposo toda la vida le ha dado lo necesario, sólo se ha dedicado a su casa, hijos y esposo.

HISTORIA SEXUAL: Su menarquia fue a los 13 años y el apareamiento de características secundarias a los 14 años, su primera experiencia sexogenital fue a los 16 años con su única pareja que es su esposo, recuerda que fue algo especial sintió dolor y tuvo hemorragia, él la trató bien, no lo disfrutó, y su primera reacción fue llorar porque sentía miedo de lo que pasaría después, ya que no eran casados al verte así él también lloró y la consoló porque él tenía más experiencia pues tenía 22 años, ella le dijo que ya no la iba a querer después de eso, pero él le contestó que más la iba a querer porque era virgen, como a las 2 semanas se "pusieron" nuevamente y como eran jóvenes tenían contacto sexogenital cada vez que tenían oportunidad como no estaban casados, al casarse tuvieron más libertad y era constante,

solían practicar diferentes posiciones las cuales eran satisfactorias para ambos todas fueron vaginales, no tuvo planificación familiar porque no conocían como era, se operó para no tener familia, no pedeció enfermedades venéreas. Refirió que "el ponerse" con su esposo es algo de lo que jamás se ha arrepentido pues es un "buen hombre".

PERSONALIDAD PREMORBIDA

Paciente comenta que antes de enfermar era una persona activa, libre de preocupaciones, en pocas palabras "feliz", ahora que enfermó todo cambió desde su rutina doméstica hasta sus pensamientos que ahora son un poco negativos los cuales están alrededor de su enfermedad y su familia quienes la motivan a seguir luchando.

EXAMEN MENTAL:

Paciente adulta, viste bata rosada y un suéter blanco, se encuentra acostada en su cama, pesa más o menos 130 lbs., y mide aproximadamente 1.60 mts., su tez es morena clara, ojos café, cabello negro, crespo, corto, dentadura completa, tiene un lunar en forma de corazón en la mejilla izquierda, se mostró atenta y colaboradora en la conversación, recordó 3 colores que se le dieron, recuerda el día que le diagnosticaron "cáncer" y lo que almorzó ayer, recordó anécdotas de su adolescencia, se vino a Guatemala sin conocer para buscar ayuda a su enfermedad, lleva la secuencia de la conversación, sabe su nombre, el lugar dónde está, aproximó la hora, cálculo adecuado (días que estará hospitalizada) sus pensamientos giran en torno a su enfermedad familiar y dinero; está consciente que necesita ayuda y está de acuerdo con el procedimiento de los médicos, su lenguaje es fluido, coherente con un poco de dificultad por el idioma inglés, estado de ánimo eutímico.

ANALISIS DE SINTOMAS Y SIGNOS

SINTOMAS

Preocupación
Irritabilidad
Dificultad para conciliar el sueño
Manos húmedas y frías

SIGNOS

Inquietud
Tensión muscular

La paciente refiere sentirse preocupada por el dinero porque sus hijos tienen sus compromisos y su esposo no gana mucho, comenta que en ocasiones se enoja por su situación de enfermedad, refiere que por tanto pensar no puede conciliar el sueño fácilmente pero que cuando se duerme cuesta que la despierten, comenta que la mayor parte del tiempo tiene las manos húmedas y frías, a veces se queda dormida en mala posición o no sabe con exactitud que le pasa pero al día siguiente se levanta con dolor de cuello.

IMPRESION CLINICA: Trastorno mixto ansioso - depresivo
Trastorno por ansiedad generalizada
Trastorno depresivo menor

DIAGNOSTICO: TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

PRONOSTICO:

Desde el tiempo que comenzaron a manifestarse los síntomas de la enfermedad sus pensamientos se tomaron negativas y más desde el momento que le dieron su diagnóstico médico, lo que ha provocado una cronicidad en cuanto a la toma de decisiones adecuadas e inmediatas, así como a: manejo de situaciones inesperadas como su enfermedad, se observó con deseos de encontrar alivio a su malestar físico como también contribuir con lo necesario para obtener un resultado positivo del tratamiento médico, para así alcanzar una recuperación de su salud mental y emocional. Según el DSM IV la especificación de la gravedad y el curso de los síntomas y signos que dan como resultado el diagnóstico se considera moderado.

Dependiendo de las circunstancias en cuanto al tratamiento y la facilidad con que la paciente pueda encontrarse en casa se sugiere el cambio de ambiente en el sentido de estar a tiempo en el hospital y regresar a casa en este caso sería el lugar donde su esposo actualmente está viviendo. Con esto se logrará una mejoría anímica lo cual contribuirá a un mejor bienestar físico.

PLAN DE TRATAMIENTO

OBJETIVO: Ayudar a la paciente a recuperar el equilibrio anímico, siempre dependiendo del estadio en el que se encuentre el cáncer a través de psicoterapia de apoyo.

FASE 1: Inicio del tratamiento, establecimiento de rapport, buscando un ambiente de confianza.

Realización de la entrevista y ubicación de las fases en las que se encuentra de acuerdo a la Dra Elizabeth Kübler-Ross, se busca utilizar la técnica de la ventilación, con la idea de que la paciente afoje la presión interna.

Aplicación del test de colores, que pretende establecer el estado de ánimo de la paciente al inicio de la psicoterapia.

FASE 2: En esta fase se recolecta la historia clínica y se siguen utilizando la técnica de ventilación, además tranquilización y persuasión, que de acuerdo al material verbal que la paciente aporte al momento de las sesiones, se elegirá la técnica apropiada en función del material verbalizado y de aquellos estímulos que buscan esclarecer algunos detalles personales a través de preguntas.

FASE 3: En esta fase luego de lo visto a diario, alcanzándose un mínimo aproximado de diez sesiones, se pretende dejar el yo de la paciente lo suficientemente apuntalado para que por sus propios medios logre mantener el equilibrio anímico y siga colaborando en la recuperación de su salud.

Reaplicación del instrumento para establecer si se dio alguna diferencia significativa entre la primera y segunda aplicación.

EVOLUCIONES

Paciente: A. R. M.

1a. Sesión: Paciente comenta que se siente tranquila al estar en el hospital porque su enfermedad está bajo tratamiento, además confía mucho en Dios quién le ayudará a sanar, manifiesta estar un poco triste por su familia que está en Belice porque son muy unidos y en muy raras ocasiones se dejan de ver por largas temporadas aunque sabe que se volverán a reunir, luce muy animada su aspecto general es adecuado, dio datos aproximados del inicio de su enfermedad, recuerda la fecha en que el médico de Belice le dio su diagnóstico comentando que para ella fue un golpe muy duro y unos días se deprimió pero con la ayuda moral y económica de su familia decidió venir al hospital, está consciente de su enfermedad y por eso aceptó venir para que no avance y así poder estar viva un tiempo más. Lenguaje fluido, coherente y claro. Está en etapa de aceptación. Come y duerme adecuadamente.

2a. Sesión: No hay cambio alguno en su estado anímico continua en fase de aceptación. Su aspecto general luce adecuado, recuerda qué almorzó ayer, sabe qué fecha es hoy, y aproximó la hora con facilidad, manifiesta que toma decisiones pertinentes según sea la ocasión por ejemplo cuando decidió venir a recibir tratamiento al hospital, sabe que está en Guatemala, dio sus datos generales sin dificultad, hizo cálculo correcto (2.25 x 3). Lleva la secuencia de la conversación. Piensa mucho en su esposo a quién refiere querer mucho y con quién no tiene problemas, incluso dejó su trabajo que es taxista por venir a acompañarla lo cual a ella le tranquiliza, confía en la voluntad de Dios para su recuperación. Está de acuerdo con el procedimiento que están llevando a cabo los médicos aunque no sabe aún que tipo de tratamiento le van a dar. Lenguaje es fluido, coherente y claro. Tiene apetito y duerme adecuadamente.

3a. Sesión: Hoy que pase a visitarla se veía un poco molesta, refiere que es porque lleva 8 días de estar hospitalizada y aún no la examinan y la cuenta del hospital aumenta, manifiesta que está de acuerdo en que se tarden un par de días pero no tantos. Aspecto general adecuado, luce limpia y arreglada, se observó irritable no respondió cortante pero sí un tanto molesta. Tuvo visita de su esposo quién la anima pero tantos días encerrada y para nada la enoja. Tiene presente el día de su ingreso, que comió el día de ayer y que desayunó hoy, refiere que come porque su esposo le trae los alimentos pero de lo contrario no lo haría porque la comida del hospital no tiene sabor. Lenguaje es fluido, coherente y claro. Está en fase de cólera.

4a. Sesión: Amaneció deprimida por estar lejos de su casa la puso más triste recibir un Fax de su hija que está en Belice, además hoy no tuvo visita de su esposo lo que la conlleva es pararse en la ventana y mirar para los campos de fútbol donde él va a ver los partidos con la intención de estar más cerca de ella, su mayor preocupación y tristeza es morir y dejar solo a su esposo. Recuerda que comió aunque sí disminuyó duerme más de la cuenta piensa ella que prefiere eso a no estar pensando tanto pero eso sí tiene pesadillas. Lleva la secuencia de la conversación. Manifestó que hoy deseaba platicar con alguien para desahogarse al momento de expresar lo anterior se observó llanto. Luce limpia y arreglada,

refiere que nunca le ha gustado estar sucia y todos los días se baña. No le han dicho que tratamiento le van a dar pero le realizaron exámenes sólo espera los resultados. No se detectó cambio alguno en su lenguaje. Está en fase de depresión.

5a. Sesión: Refiere que hoy vino a visitarla su esposo y que en lugar de dejarla alegre la dejó triste porque él también se va así, tiene muchos deseos de recuperarse pero se siente desesperada de llevar tantos días en el hospital, hoy le dieron los resultados de sus exámenes y le dijeron que le van a dar 4 semanas de radioterapia esta noticia en parte le alegró porque al fin sabía que va a recibir, lo que no le entusiasmo fue el tiempo que tiene que estar hospitalizada. Mañana pasará a radioterapia. Comió lo que su esposo le llevó, durmió muy bien según lo referido por la paciente. Manifiesta que se siente triste porque nunca se imaginó estar en algún hospital por una enfermedad como la que padece, me hizo la pregunta si era cierto que las mujeres quedaban "huecas" después de quitarles la matriz, manifestando que era uno de sus mayores temores. Piensa en recuperarse lo antes posible para reunirse con su familia. Lenguaje fluido, coherente y claro. Llevó la secuencia de la conversación. Se observó con deseos de conversar así como de llorar se le dio permiso de hacerlo. Está en fase de depresión.

6a. Sesión: Su estado de ánimo mejoró lleva dos días de radioterapia y manifiesta que no ha sentido ningún malestar como sus compañeras lo cual la tranquiliza, recibió noticias de sus hijos y nietos, su esposo vino a visitarla y a darle ánimo, refiere que cada día que pasa es un día menos de estar encerrada, calculó fácilmente los días que le restan de estar en el hospital.

Se observó tranquila con deseos de platicar, recordó momentos felices con su esposo por ejemplo que todos los fines de semana salen a pasear con sus nietos, recordó recetas de comida beliceña. Aspecto general adecuado. Llevó la secuencia de la conversación, no se le ha olvidado que está en el INCAN en Guatemala, recordó su fecha de nacimiento, aproximó la hora. Piensa en que pronto pasará toda esta situación y para no sentir tan largo el tiempo lo mejor es no desesperarse. Está de acuerdo con el tratamiento aunque a veces se desespera pero si no es así la enfermedad avanzaría. Lenguaje fluido, coherente y claro. Está en fase de aceptación. Comió y durmió adecuadamente.

7a. Sesión: Comentó que una de sus incomodidades con el hospital era la cantidad de dinero que le cobran por estar internada, es casi el doble de lo que le pagan a las demás pacientes, pidió su traslado a albergue donde le disminuyeron un poco. Luce arreglada y limpia. Refiere que ya se hizo de muchas amistades y eso le alegra porque le gusta conversar, además puede platicar en inglés con otra compañera que es de Belice. Recuerda cuantos días lleva hospitalizada, que comió el día de ayer y lo que desayunó hoy. Respondió que a la hora de un terremoto buscaría la forma de salir evitando correr. Lleva la secuencia de la conversación. Aproximó la hora sin dificultad. Confía mucho en Dios en que él la va a sanar con ayuda de los médicos. Sabe que está enferma y que necesita ayuda médica. Lenguaje fluido, coherente y claro. Está en fase de aceptación.

8a. Sesión: Hoy se encontraba jugando lotería con las demás compañeras, se veía tranquila, al terminar el juego se apartó del grupo para conversar manifestando que tenía varios días de sentirse así piensa

que es por las oraciones que le ha hecho a Dios pidiéndole ayuda y paciencia. Vino a verla su esposo él le contó que sus hijos están planeando venir a visitarla esta noticia le alegra muchísimo porque tiene casi el mes que salió de su casa. Comió y durmió adecuadamente. Su aspecto general luce adecuado, al momento de la conversación se observó con deseos de platicar respondiendo con seguridad. Recordó anécdotas de cuando tenía ella 14 años lo que hacía para poder salir a ver a su novio, recuerda cuantos días lleva de radioterapia y lo que almorzó hoy. Lleva la secuencia de la conversación sin dificultad. Calculó fácilmente cuánto tiene que cancelar sólo por comida y cama. Aproximó la hora, sabe en que lugar se encuentra. Piensa en su pronta recuperación física y en su esposo. Está consciente de su enfermedad y de la gravedad de ésta si no es atendida. Lenguaje fluido, coherente y claro. Está en fase de aceptación.

9a. Sesión: Se encontraba acostada, refiere que no se ha sentido muy bien piensa que es por la radioterapia, tiene dolor de cabeza y frío. Comió y durmió pero no como los días anteriores por el malestar ya que además siente dolor de estómago. Manifiesta que debe ser paciente con el tratamiento, porque con desesperarse no va a lograr nada. Luce desarreglada pero es porque no ha tenido ganas de levantarse sólo fue a radioterapia. Se observó desanimada. Sabe que fecha es hoy, aproximó la hora. No se distrajo en ningún momento durante la conversación. Sus pensamientos giran en torno a su enfermedad y familia. Lenguaje fluido, coherente y claro. Está en fase de aceptación.

10a. Sesión: Comenta que el tratamiento va caminando sólo es cuestión de esperar, ya no le han dado malestares. Comió y durmió adecuadamente, refiere que no recibe alimento del hospital porque no le gusta sólo come lo que su esposo le trae. Posiblemente dentro de 4 días pase a consulta y dependiendo de como la vean le suspenden el tratamiento o le dejan otra semana más, no está muy de acuerdo pero aceptará aunque no le guste porque sabe que es por su bien. El fin de semana vendrán a visitarla sus hijos esto la tiene animada. Aspecto general adecuado, se mostró colaboradora y respondió fácilmente. Recuerda que ha comido hoy, y lo de ayer. Aproximó la hora, y sabe la fecha de hoy. Su contenido de pensamiento gira alrededor de su tratamiento y de esta experiencia que es muy difícil tenerle paciencia. Lenguaje fluido, coherente y claro. Está en fase de aceptación.

Se puede observar a través de cada sesión, la constante fluctuación de la paciente en cuanto a las fases de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross; un día estaba en aceptación, otro en cólera, luego en depresión y así sucesivamente, esta relajación en las fases lleva a pensar que aún dentro de la situación de enfermedad el aspecto psicológico de la paciente todavía está pasando por un proceso hasta que por fin se llega a definir el estado anímico.

ENTREVISTA

Nombre de la paciente: A. R. M.

REGATEO

1. ¿Existe una idea esperanzadora en poder curarse? Sí
2. ¿Ha pensado buscar ayuda en otra parte que no sea hospitales ni médicos particulares? No porque esta es el único lugar donde pueden atender mi enfermedad.
3. ¿Le costó tomar la decisión de hospitalizarse? Sí, por la distancia y por el dinero.
4. ¿Tiene pensamientos sobre que no puede morir, porque alguien la necesita? Sí, mi esposo
5. ¿Ha buscado consejos en otras partes con la intención de curarse? Sólo con el médico que me refirió a este hospital.
6. ¿Cree usted que se sentiría mejor estando en su casa que hospitalizada? No, porque al agravarme mi esposo se asustaría.

NEGACION

1. ¿Piensa usted que lo que le está sucediendo es un castigo de Dios? No, él no castiga.
2. ¿Se ha hecho interrogantes de porqué tiene una enfermedad incurable? No
3. ¿Se revela frecuentemente contra la situación que está atravesando? A veces me desespero pero trató de tener calma.
4. ¿Tiene pensamientos como que pronto pasará y se dice "esto no es nada de gravedad" ? Sí porque sino no estuviera hospitalizada.
5. ¿Frecuentemente rehusa a la ayuda médica con el pensamiento de que no es de beneficio para usted? No.
6. ¿Atribuye su enfermedad a un accidente ocurrido o a una situación especial? No.

COLERA

1. ¿Culpabiliza a alguien de su situación actual? No
2. ¿Es frecuente su rechazo a que entablen una conversación con usted? No, al contrario.
3. ¿Piensa usted que las personas que se le acercan para darle apoyo moral no le ayudan en nada? No, porque ellos dan apoyo moral y todas aquí lo necesitamos.
4. ¿Rechaza usted toda ayuda médica? No.
5. ¿Siente deseos de agredir al personal médico y de enfermería? No.
6. ¿Siente deseos de agredirse o se ha agredido físicamente? No.

DEPRESION

1. ¿Llora constantemente? Sólo cuando me siento triste.
2. ¿Ha perdido el apetito? No al contrario.
3. ¿Le es difícil conciliar el sueño a una hora adecuada? No, duermo bien.

4. ¿Se ha dado cuenta de que últimamente sus actos son más lentos que antes? No mucho.
5. ¿No siente deseos de realizar actividades? Un poco pero es cuando tengo malestar
6. ¿Últimamente se ha sentido muy sensible, experimentando un sentimiento de tristeza? Sí, y más cuando estoy triste.
7. ¿Busca usted estar alejada de las personas? No.

ACEPTACION

1. ¿Acepta el diagnóstico que el médico le dio? Sí, porque contra la voluntad de Dios nada se puede hacer.
2. ¿Piensa usted que el sufrimiento es parte de la vida? Sí.
3. ¿Está de acuerdo con los tratamiento recibidos? Sí, porque es por mi bien.
4. ¿Se encuentra con fortaleza suficiente para hacerle frente a su situación actual? Si, por mi familia.
5. ¿Tiene usted un sentimiento de conformidad respecto a la situación que está viviendo? Qué otra cosa puedo hacer.
6. ¿Piensa usted que ha vivido lo suficiente y que aceptaría la muerte en cualquier momento? Me costaría aceptar la muerte pero sé que a todos nos llegara el momento.
7. ¿Está de acuerdo en que la muerte es la última fase por la que un ser humano atraviesa? No, creo en la vida eterna.

ANALISIS DEL TEST

Paciente: A. R. M.

1a. APLICACION

									Total I: 2
									Función +
									(+1) +2 +6
									Función X:
									X5 X7
1a. SELECCIÓN	3	4	6	2	7	1	5	0	Función =:
									=7 =3
2a. SELECCIÓN	1	2	6	5	7	3	0	4	Función -:
									(-4) -3 -0
									Función + -:
									+1 -4
									Total I: 5

Existen focos de tensión.

SITUACION PRESENTE Necesita e insiste en tener una asociación íntima y comprensiva o, al menos algún método de satisfacer la compulsión de sentirse identificada.
(FUNCION X)
X5 X7

FOCOS DE TENSION Interpretación fisiológica: El intento de resistir cualquier estimulación nueva ha resultado en un estado de agitación reprimida. Se encuentra impaciente, errática o irritable, con la posibilidad de que se sienta afectada por hipertensión u otros trastornos cardíacos. Interpretación psicológica: La situación se considera como amenazadora y peligrosa.
(FUNCION -)
(-4)
-3 -0
-4 Interpretación fisiológica: Existen tensiones, como resultado de frustraciones que la han llevado a un estado de agitación. Interpretación psicológica: Esperanzas irrealizadas le han llevado a un estado de incertidumbre y aprehensión. Necesita sentirse segura y evitar cualquier otra decepción, teme ser preterida o perder posición y prestigio. Duda que las cosas le vayan mejor en adelante y esta actitud negativa la lleva a exigir demasiado, rechaza comprometerse en algo razonable.

CARACTERISTICAS COARTADAS Las circunstancias son restrictivas y le resultan un impedimento, forzándola a abstenerse por el momento de algunos goces y placeres.
(FUNCION =)
=7 =3

OBJETIVO DESEADO Desea un estado armonioso de vida tranquila y apacible que ofrezca una serena satisfacción y una sensación de pertenencia a algo o alguien. Tiene la impresión de que se le exige demasiado y esto la hastía; sin embargo, todavía quiere superar sus dificultades y establecer su propia personalidad a pesar de las consecuencias que le sobrevendrán de tales actitudes. Necesita reconocimiento, seguridad y desenvolverse con menos problemas.
(+1)
+2 +6

PROBLEMAS ACTUALES La decepción de sus esperanzas irrealizadas y el temor de que si formula nuevos objetivos, sólo vengan nuevos reveses, se ha convertido en gran ansiedad. Trata de escapar de todo ello buscando una asociación apacible y armónica que la proteja de la insatisfacción y falta de aprecio.
(FUNCION + -)
+1 -4

ANALISIS DEL TEST

Paciente: M. G

1a. APLICACION

	C	C					A	A	Total : 4
	+	+	x	x	=	=	-	-	Función +:
1a. SELECCIÓN	1	0	5	2	3	7	4	6	+2 +5
									Función X:
2a. SELECCIÓN	2	5	1	3	4	6	7	0	X1 X3
	+	+	x	x	=	=	-	-	Función =:
	C							A	=4 =6
									Función -:
									-7 -0
									Función + -:
									+2 -0
									Total : 0

Desaparecieron los focos de tensión.

SITUACION PRESENTE (FUNCION X) X1 X3
 Trabaja bien en colaboración con los demás, pero no se aviene a representar roles de liderazgo. Necesita una vida personal de comprensión y sin discordias.

FOCOS DE TENSION (FUNCION -) -7 -0
 Interpretación fisiológica: existe una susceptibilidad acentuada a todos los estímulos externos. Interpretación psicológica: quiere superar la falta de sentido de su existencia y la brecha que la separa de los demás. Cree que la vida tiene mucho que ofrecer y que ella puede perder su parte correspondiente de experiencias, si fracasa en hacer el mejor empleo posible de todas las oportunidades. En consecuencia, persigue sus objetivos con vehemente intensidad y se entrega a ello con profundidad y rapidez. Se siente totalmente competente en cualquier campo al que se dedique, algunas veces puede ser considerada por los demás como entrometida y curiosa.

CARACTERISTICAS Aplica normas muy estrictas para la elección de su pareja y busca una perfección muy poco realista en su vida sexual.

COARTADAS

(FUNCION =)

=4 =6

OBJETIVO Quiere causar una impresión favorable sobre los demás y ser vista por ellos
DESEADO como alguien con una personalidad especial. Y está, por lo tanto
 (FUNCION + -) constantemente observándolos para ver si logra esto y constatar cómo
 +2 +5 reaccionan ante su presencia; obrar así le hace sentir que mantiene el control de la situación. Emplea con astucia tácticas para tener influencia y obtener un especial reconocimiento. Es sensible a todo lo que sea estético u original.

PROBLEMAS Tiene miedo de que se le impida lograr las cosas que quiere y, por lo tanto
ACTUALES exige que los demás reconozcan el derecho que tiene sobre ellas.

(FUNCION + -)

+2 -0

2a. APLICACION

	C					A	A	A	Total : 6
	+	+	x	x	=	-	-	-	Función +:
1a. SELECCIÓN	5	4	5	0	3	1	2	7	+5 +3
									Función X:
2a. SELECCIÓN	5	3	1	2	4	0	7	6	X1 X2
	+	+	x	x	=	=	-	-	Función =:
	C							A	=4 =0
									Función -:
									-7 -6
									Función + -:
									+5 -6
									Total : 0

En la segunda selección desaparecieron los focos de tensión.

SITUACION PRESENTE Actúa de un modo ordenado, metódico y autónomo. Necesita la comprensión empática de alguien que reconozca lo que vale y le dé su aprobación.
(FUNCION X)

X1 X2

FOCOS DE TENSION Interpretación fisiológica: Tensiones que resultan de restricciones o limitaciones molestas. Interpretación psicológica: Resiste cualquier forma de presión que provenga de los demás e insiste en su independencia como persona. Quiere determinarse sin interferencias, sacar ella misma conclusiones y tomar sus propias decisiones. Detesta la uniformidad y la mediocridad. Al desear ser considerada como alguien que expresa sus opiniones con autoridad, encuentra difícil reconocer que se ha equivocado y, a la vez, en algunas ocasiones es reluciente a aceptar o comprender los puntos de vista de otro. Exigencias de independencia y perfeccionismo.
(FUNCION -)

-7 -6

CARACTERISTICAS COARTADAS Quiere estar vinculada sentimentalmente con alguien, pero es exigente y muy especial con la elección de su pareja y en las relaciones con sus íntimos. Necesita reafirmación y tiene cuidado de evitar cualquier conflicto abierto ya que esto podría reducir las posibilidades de llevar a cabo sus esperanzas.
(FUNCION =)

=4 =0

OBJETIVO DESEADO Acepta fácil y rápidamente todo lo que le proporcione estimulación. Se preocupa por cosas que tienen una índole de intensa excitación, sea de tipo estimulante erótico u otro cualquiera. Quiere ser considerada como una personalidad estimulante e interesante, de un gran atractivo y una tremenda influencia sobre los demás. Emplea tácticas hábiles para evitar poner en peligro sus posibilidades de éxito o socavar la confianza que los otros tienen puesta en ella.
(FUNCION +)

+5 +3

PROBLEMAS ACTUALES Se impresiona grandemente con la individualidad la originalidad y la persona de características sobresalientes. Lo que admira de ésta trata de emularlo, manifiesta originalidad en su propia persona.
(FUNCION + -)

+5 -6

RESUMEN: En la primera aplicación no existen focos de tensión. Tuvo preferencia por los colores violeta(5) que ocupa el primer lugar, expresa que necesita comprensión sensible por parte de la persona con quien pueda identificarse. Desea aprobación por su trato agradable. En segundo lugar aparece el rojo (3) significa "fuerza de voluntad", representa una condición orgánica de exceso de energía, aumenta la presión sanguínea y el ritmo respiratorio crece. El rojo es la expresión de fuerza vital y de actividad nerviosa y glandular. Tuvo rechazo por los colores negro (7) que aparece en séptima posición indica el final, negación. Este color en esta posición representa un deseo más o menos normal de no dejar nada y de estar en control de las propias acciones y decisiones. Este color aparece en la segunda aplicación en la misma posición por lo tanto se puede decir que tuvo prevalencia.

En octavo lugar aparece el marrón (6) indica que la paciente considera que está hecha de acero y no acepta las características sociables, ni tampoco las claudicaciones a los deseos de su cuerpo, no acepta el descanso físico porque la interpreta como una debilidad que debe superarse. En la segunda aplicación la paciente no presenta focos de tensión. Tuvo preferencia por el color verde (2) que representa la condición fisiológica de "tensión constante". Psicológicamente expresa voluntad en actividad, perseverancia y tenacidad, La persona que escoge el verde en primer lugar desea aumentar la certeza de su propio valer sea por autoafirmación y espera el reconocimiento de los demás. En segundo lugar aparece el violeta (5) representa una relación mágica, sus características algo irrealas y de realización de deseo pueden también significar identificación por su incapacidad para diferenciarse o por su falta de decisión y sus continuos titubeos, en cualquiera de los dos casos la irresponsabilidad será el resultado final. Necesita comprensión especial, ser tratada con delicadeza y con una ternura que pueda tranquilizar sus temores. En octavo lugar aparece el gris (0) expresa rechazo a la ausencia de compromiso y siente que tiene el derecho de participar en todo lo que ocurre a su alrededor con el resultado que todos los demás las consideran entrometida, indiscreta e intrusa. Busca experiencias impresionantes y de interés. Siente ansiedad. Busca ser aceptada y por eso imita actitudes deseadas, hace su mayor esfuerzo por agradar y no fallarle a las personas para no perder la confianza que le tienen puesta, desea ser valorada y que aprueben lo que hace.

CARACTERISTICAS Las circunstancias la están forzando a buscar componentes y a
COARTADAS abstenerse por el momento de algunos placeres. Es capaz de lograr
(FUNCION =) satisfacción física de la actividad sexual.
=6 =7

OBJETIVO Quiere impresionar favorablemente a los demás y conseguir su
DESEADO reconocimiento. Necesita sentirse apreciada y admirada. Se vuelve
(FUNCION +) suspicaz y es herida en su amor propio con facilidad si no se advierte su
+2 +1 presencia o si no se le proporciona la consideración apropiada.

PROBLEMAS Tiene miedo de que se le impida lograr las cosas que quiere, por lo tanto
ACTUALES exige que los demás reconozcan el derecho que tiene sobre ellas.
(FUNCION + -)
+2 -0

RESUMEN: En la primera aplicación existen focos de tensión pero tiene como compensación colores básicos, estos colores prevalecen en la segunda aplicación. Tuvo preferencia por el azul (1) que ocupa el primer lugar, representa la serenidad absoluta, tiene necesidad fisiológica de descanso, sosiego y posibilidad de recuperarse, desea un ambiente sereno y ordenado, sin contralientos ni trastornos, un ambiente en el que sus relaciones con los demás sean plácidas y sin discordias. El verde (2) ocupa la segunda posición representa la condición fisiológica de "tensión constante". Se expresa psicológicamente como la voluntad en actividad, como perseverancia y tenacidad, además indica resistencia a cambiar, da suma importancia al "yo". Se detectó rechazo al color gris(0) que ocupa el séptimo lugar, expresa que no tiene un valor significativo pero representa ausencia de compromiso de "no tener nada que ver con nada", por elegir este color gris en esta posición demuestra un rechazo a la ausencia de compromiso y siente que tiene derecho de participar en todo y al final todos la consideran como entremetida. En octava posición aparece el amarillo(4) este color significa luz y alegría, pero por la posición refleja que sus ideales se han desvanecido que se enfrenta a un vacío y se siente aislada o separada de los demás. Indica que se ha originado una gran agitación a consecuencia de la decepción y de que no puede realizar sus ideales. Esta turbación puede tomar la forma de irritabilidad, desánimo o desconfianza.

En la segunda aplicación disminuyeron los focos de tensión. Predominó la elección de los colores verde(2) y azul (1) como en la segunda aplicación. En últimos lugares están el violeta (5) que ocupa el séptimo lugar expresa necesidad de comprensión especial, ser tratada con delicadeza y con una ternura que pueda tranquilizarla de sus temores. El gris (0) en octava posición, refleja preferencia por el resto de colores con su carga de impresiones, tensiones opuestas y estímulos porque suponen un mayor

grado de experiencia e interés. Su misma situación de enfermedad la tiene irritable, es incapaz de ver la situación objetivamente, su intranquilidad no la deja descansar. Siente agitación desesperada y se siente cansada por la frustración al ver su situación. Busca tranquilidad y comprensión.

CASO No. 4

Paciente responde al nombre de M. G., sexo femenino, cuenta con 36 años, nació en Gualán, Zacapa el 28 de junio de 1,962, procede de Petén, actualmente está unida, es ama de casa, profesa la religión evangélica, no sabe leer ni escribir, es ladina y su estrato socioeconómico es bajo.

QUEJA PRINCIPAL: "Será que se me va a quitar el dolor".

MOTIVO DE CONSULTA: Referida por médico particular.

HISTORIA DEL PROBLEMA: Hace 11 meses comenzó a sentir malestar corporal, primero le bajaba "agua blanca" luego era una especie de flujo mezclado con sangre y mal olor, mantenía dolor en el abdomen, en la cabeza y fiebre, solamente tomaba pastillas para esto y agua, hasta que se dio cuenta que cada día empeoraba, lo que antes era sangrado se convirtió en hemorragia vaginal, visitó al médico de la finca dónde trabaja el esposo, quién la refirió a INCAN pero por falta de dinero no venía, al ingresar la examinaron y le preguntaron desde cuando había comenzado su enfermedad, no quiso decir la verdad por miedo a que la regañaran, dijo que hace 3 meses, ahora está bajo tratamiento de radioterapia.

HISTORIA PERSONAL: Comenta que recuerda muy poco de su infancia, a los 8 años vivía con sus padres quienes la cuidaban y trataban bien, no la regañaban ni le pegaban seguido, ayudaba en el campo a cosechar café, la mayor parte de su vida infantil se dedicó a este oficio y a la casa a ayudar a su mamá, eran 6 hermanos siendo la mayor de todos, tenían una relación común como todos los hermanos peleaban, jugaban, etc., recuerda que a los 12 años uno de sus hermanos le dio un "machetazo" en el brazo izquierdo asustada se lo dijo a sus padres quienes la curaron y no regañaron a su hermano, no tenía muchas amistades por su trabajo y no tenía vicios por el lugar donde vivía. En el campo conoció a un joven que le llevaba 25 años; en ese entonces ella tenía 15 años, pero no le atraía ni le agradaba, paso el tiempo y la situación seguía igual, de pronto comenzó a sentir desesperación por él, lloraba cada vez que él se iba a su casa por lo que refiere que él le hizo "trabajo" ya que no sentía nada por esta persona, al año de conocerse la entró a pedir sus padres no se opusieron, la paciente sabía que él estaba unido a otra señora al igual que sus padres, pero a pesar de esto no pusieron impedimento. Al estar viviendo juntos se la llevó a vivir a Petén con la primera esposa con quién han manejado una relación adecuada, el año de estar unida a su esposo tuvo su primer hijo quién murió de meses a causa de infección intestinal y lo mismo sucedió con 4 niños más a quienes no pudo salvar, tuvo 2 Abortos pero no sabe por qué razón, tiene 2 hijas vivas. Su papá falleció hace año y medio en Gualán por la falta de dinero no asistió al funeral situación que le afectó en gran manera pues desde esta fecha comenzaron los malestares de su enfermedad pero no tan marcados. La experiencia más desagradable para la paciente fue la muerte de su padre y la de sus hijos. La experiencia más agradable

es tener a sus dos hijas vivas y sanas. Desea recuperarse pronto para volver a casa. Fuma de vez en cuando y bebe cuando hay reuniones porque su esposo le ofrece.

HISTORIA FAMILIAR: Es madre de 2 niñas de 9 y 4 años, vive con su esposo, una prima hermana, una sobrina de su esposo, 2 entenados, un nieto de él y la otra señora, comenta que no tienen problemas, es todo lo contrario, se reparten la tareas de la casa así como el cuidado del esposo, refiere que siempre se ayudan cuando hay algún problema, como ahora la paciente se encuentra enferma ella le ayuda con el cuidado de sus hijas por eso se siente un poco tranquila, duerme cada quien en su cama, la paciente con sus hijas, el esposo solo y la otra esposa con su nieto, todos comen en el mismo lugar y cocinan juntas. Esta es una relación basada en la bigamia por el tipo de relación que manejan, no salen de paseo por falta de dinero, sólo van a la iglesia. Manifiesta que le gusta este ambiente, con su esposo jamás han tenido problemas, él la trata bien, le da dinero para su mes, o si no le lleva las cosas más importantes para comer, con sus hijas a veces actúa muy violento pero es "buen papá". Hacen reuniones de vez en cuando.

HISTORIA ESCOLAR: No estudió porque en ese tiempo no había escuela en su comunidad.

HISTORIA LABORAL: De pequeña trabajó en el campo cosechando café, al casarse se dedicó a su casa y a cuidar sus hijos.

HISTORIA SOCIAL: Comenta que en su tiempo libre se dedica a descansar en una hamaca o a dormir. Con sus vecinos tiene una relación adecuada, se visitan, se prestan cosas, cuidan sus animales no pelean porque comen hierba en sus terrenos, si hay reuniones y la invitan asiste, tiene amistad con los miembros de su iglesia, como el lugar donde vive es pequeño todos se conocen.

HISTORIA SEXUAL: Su menarquia fue a los 13 años no recuerda a que edad comenzó el apareamiento de vello púbico y axilar, su primera relación sexogenital fue a los 16 años con su esposo; refiere que sintió dolor y vergüenza tenía contacto genital de vez en cuando porque casi no le gustaba que la tocaran, ahora que está enferma ya no "le sirvo a mi esposo", no tuvo planificación familiar y no padeció enfermedades venéreas.

PERSONALIDAD PREMORBIDA:

Paciente refiere que antes de enfermar llevaba una vida tranquila sólo se preocupaba por la comida pero no por dinero, ahora que enfermó su mayor preocupación son sus hijas y encontrar ayuda para cancelar el hospital.

EXAMEN MENTAL:

Paciente adulta, de sexo femenino, pesa aproximadamente 100 libras y mide más o menos 1.50 metros, viste bata rosada, se encuentra acostada en su cama, su tez es morena, ojos cales, dentadura incompleta en los incisivos, su cabello es largo, lacio, castaño y escaso, su rostro se ve pálido y los huesos faciales muy resaltados, se mostró colaboradora en la entrevista, no recuerda la fecha de su nacimiento y es muy poco lo que recuerda de su niñez, recuerda qué almorzó ayer pero no el día de su ingreso, recordó dos colores de tres que se le dieron, no sabe que hacer si hubiera un terremoto,

lleva la secuencia de la conversación, sabe su nombre, sabe dónde está y aproximó la hora, calculó (6 x 2.00), sus pensamientos más importantes son su enfermedad, sus hijas y el dinero para pagar el hospital, está consciente que necesita ayuda para sanar y que su enfermedad es peligrosa, su lenguaje es fluido, coherente y sencillo, estado de ánimo distímico.

ANÁLISIS DE SINTOMAS Y SIGNOS

SINTOMAS	SIGNOS
Inquietud	Ansiedad
Dificultad para conciliar el sueño	
Irritabilidad	

Refiere que está impaciente porque este tratamiento se termine y así regresar a casa con sus hijas que tanta falta le hacen, tiene dificultad para conciliar el sueño duerme muy poco, se siente enojada a veces por las molestias del tratamiento que no la dejan tranquila.

IMPRESION CLINICA : Trastorno por ansiedad
Trastorno mixto ansioso-depresivo
Trastorno depresivo menor.

DIAGNOSTICO : TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA.

PRONOSTICO : La paciente desde la adolescencia ha manifestado tener dificultad en la toma de decisiones adecuadas así como una actitud pasiva ante situaciones que determinan su futuro, en la conversación manifestó interés y deseos de cooperar con todo lo que sea necesario en cuanto al tratamiento indicado por el médico, esto ayudará a pasar la mayoría de obstáculos que se presenten para alcanzar la recuperación de la salud física y emocional. Según el DSM IV, la especificación de la gravedad y el curso de los síntomas que dan como resultado el diagnóstico se considera moderado.

Si el transcurso del tratamiento orgánico no es defino aplicarlo diariamente es recomendable darle tratamiento ininterrumpido para evitar que la paciente dure más tiempo fuera de su casa y alejada de sus hijas evitando de la misma forma que no aumente la cuenta.

Con esto se logrará una mejoría anímica lo cual contribuirá a un mejor bienestar físico.

PLAN DE TRATAMIENTO:

OBJETIVO: Ayudar a la paciente a recuperar el equilibrio anímico, siempre dependiendo del estadio en el que se encuentre el cáncer a través de psicoterapia de apoyo.

FASE 1: Inicio del tratamiento, establecimiento de rapport, buscando un ambiente de confianza.

Realización de la entrevista y ubicación de las fases en las que se encuentra de acuerdo a la doctora Elizabeth Kübler-Ross, se busca utilizar la técnica de ventilación, con la idea de que la paciente alfoje la presión interna.

Aplicación del test de colores, que pretende establecer el estado de ánimo de la paciente al inicio de la psicoterapia.

FASE 2: En esta fase se recolecta la historia clínica y se siguen utilizando la técnica de ventilación, además tranquilización y persuasión, que de acuerdo al material verbal que la paciente aporte al momento de las sesiones, se elegirá la técnica apropiada en función del material verbalizado y de aquéllos estímulos que buscan algunos detalles personales a través de preguntas.

FASE 3: En esta fase luego de lo visto a diario, alcanzándose un mínimo aproximado de diez sesiones, se pretende dejar el yo de la paciente lo suficientemente apuntalado para que por sus propios medios logre mantener el equilibrio anímico y siga colaborando en la recuperación de su salud.

Reaplicación del instrumento para establecer si se dio alguna diferencia significativa entre la primera y segunda aplicación.

EVOLUCIONES

Nombre de la paciente: M. G.

1a. Sesión: Paciente refiere que se siente desesperada de estar hospitalizada y lejos de su familia sobre todo de sus hijas a quienes dejó con su esposo. Aspecto general luce descuidado, rostro pálido, está consciente que por dejar al tiempo la enfermedad tiene que recibir tratamiento largo pero a pesar que sabe que tiene cáncer quiere luchar, recuerda que almorzó hoy, que día ingresó al hospital y recordó las fechas de nacimiento de sus hijas. Piensa en sus hijas y en su recuperación. Lenguaje lento pero coherente. No come ni duerme adecuadamente y refiere que cuando es mucha su desesperación mejor llora para desahogarse. Se observó llanto durante la conversación. Está en fase de depresión.

2a. Sesión: No ha mostrado cambio alguno en su estado anímico, no come ni duerme y si lo hace es por momentos, le están aplicando ampollas pero el doctor persiste. Aspecto general descuidado, su memoria es adecuada recuerda que fecha es hoy y el día. Sus pensamientos giran alrededor de su regreso a casa, está de acuerdo con el tratamiento aunque a veces se sienta enojada por lo tardado que es, la radioterapia le a aliviado un poco el dolor pero sin embargo, éste no se quita del todo, le agrada platicar porque así se distrae. Se observó la necesidad de contacto físico porque constantemente tomaba mi mano y no la soltaba con facilidad, su apetito es deficiente y le es muy difícil conciliar el sueño. Tuvo llanto en un momento pero logró tranquilizarse. Está en fase de depresión.

3a. Sesión: Su estado anímico no ha variado, comenta que el dolor y el estar lejos de sus hijas y estar tanto tiempo acostada en una cama sin que nadie venga a visitarla la desanima, desespera y entristece, además no cuenta con dinero para pagar la cuenta, está consciente que el estar hospitalizada es por su bien, no logró dormir de tanto pensar en su situación, tiene presente cuando ingresó al hospital, su lenguaje es sencillo, lento y coherente. No come, si mucho un vaso de atol. Está en fase de depresión.

4a. Sesión: Hoy la paciente tuvo cambio en su aspecto general se levantó, se arregló y se bañó pero lo hizo porque las enfermeras se lo exigieron, está molesta porque le cobraron la cuenta del hospital aún

sabiendo que no tiene dinero para pagar y que no cuenta con alguien que le ayude, su esposo es muy grande de edad y es campesino por lo que no gana lo suficiente para mandarle dinero, comentó que si le vuelven a cobrar como lo hicieron hoy delante de las demás compañeras va buscar la forma de que le den su egreso para ir a reunir el dinero y ya no seguir con el tratamiento, se observó deseosa de platicar. No quiere comer porque según la paciente no siente apetito y lo hace cuando en la comida le ponen queso porque le "encanta", no logra conciliar el sueño. Está de acuerdo con el tratamiento pero no en la cantidad que cobran. Está en fase de cólera.

5a. Sesión: Se encuentra acostada en su cama, se observó seria, manifiesta que trató de comunicarse con su familia pero le fue imposible, no sabe que hacer, comenta que sus ideas son un poco repentinas y está dispuesta a dejar el tratamiento y el hospital para que la cuenta no siga aumentando, habló con la trabajadora social pero no recibió apoyo de ella. Se ve arreglada y limpia, se mostró atenta en la conversación, aún no tiene apetito hoy sólo tomó atol, no ha logrado dormir y si lo hace es por momentos, recuerda cuantos días lleva en el hospital, sabe que está enferma y necesita ayuda pero que el dinero le atormenta, lenguaje lento y coherente. Está en etapa de cólera.

6a. Sesión: Se observa su aspecto general descuidado y desarreglado, comenta que hoy comió un poco más porque una compañera le regaló un pedazo de queso y eso le abrió el apetito, comenta que hoy ha estado triste porque no tiene noticias de su casa, va a seguir adelante con el tratamiento porque eso le aconsejaron muchas personas. Sabe que fecha es hoy y aproximó la hora, está un poco deprimida pero no pierde el deseo de regresar a casa, su lenguaje es coherente, claro y sencillo, la mayor parte de la conversación estuvo agarrando mi mano, comenta que le dieron una pastilla para dormir y sí dio resultado durmió como 4 horas continuas. Sabe que está en un hospital y que su enfermedad es de cuidado. Llevó la secuencia de la conversación fácilmente aunque a veces se detenía para limpiarse los ojos, dio sus datos sin dificultad. Está en fase de depresión.

7a. Sesión: Manifestó que se sentía tranquila porque hoy vino a visitarla un vecino que es el capataz de la finca donde trabaja su esposo él vino a pagar la cuenta del hospital lo cual le levantó el ánimo, además le trajo noticias de sus niñas quienes están bien, refiere que ahora es cuando más necesita recuperarse y que aceptará lo que venga de Dios él le ayudará a tomar fuerzas para seguir luchando, ha tenido malestares por la radioterapia lo que también le ha causado que pierda el apetito, diarrea, dolor de cabeza y náusea, ha dormido un poco más se observó optimista y tranquila. Aspecto general descuidado. Recuerda qué almorzó ayer, qué desayunó hoy y qué fecha es, aproximó la hora. Llevó la secuencia de la conversación y a veces se distraía halagando mi ropa o anillos pero luego contestaba lo que se le preguntaba. Lenguaje fluido, coherente y claro. Está en fase de aceptación.

8a. Sesión: Estaba sentada en su cama comiendo frijoles con queso comentó que es su comida favorita, se observó contenta y deseosa de conversar, quiere terminar el tratamiento y llegar a cuidar a sus hijas un tiempo más manifestando que si Dios disponía otra cosa pues la aceptaría, luce peinada y con la bata arreglada. Recordó como fue que conoció a su esposo, tiene presente la fecha de su ingreso al hospital,

recordó con un poco de dificultad unos números que se le dieron minutos antes de preguntarle comentando que para eso no ha "servido", sabe que está en Guatemala en un hospital y porqué está en este lugar. Lenguaje claro y sencillo. Durmió poco. Está en fase de aceptación.

9a. Sesión: No ha mostrado cambio alguno en su estado anímico. Lenguaje fluido y coherente, sigue con malestar pero cree que debe tener paciencia para continuar, tiene fe en que se recuperará, está contribuyendo en todo lo que puede para lograr recuperarse hace lo posible por comer pero con queso, ha podido dormir mejor, luce animada, limpia y arreglada, ya no recuerda cuantos días le quedan de radioterapia y como no sabe leer no puede revisar su tarjeta de control, al parecer mañana pasará a consulta para ver como está caminando el tratamiento de eso depende que no le den otra semana más. Está en fase de aceptación.

10a. Sesión: Paciente sigue recuperándose, no ha tenido cambios en cuanto a su estado de ánimo, sus pensamientos giran alrededor de su recuperación y sus hijas, está consciente de estar enferma y de necesitar ayuda médica a pesar de lo duro y caro que es pero quiere volver a casa, está comiendo y durmiendo mejor, lenguaje claro, fluido y sencillo, aspecto general arreglado aunque se nota que no se ha bañado manifiesta que al hacerlo su cuerpo se pone "aguado", llevó la secuencia de la conversación. Hoy paso a consulta y le pusieron una semana más hizo el cálculo de los días que le faltan porque el médico le dijo que le faltaban 3 días y una semana más. Está en etapa de aceptación.

Se puede observar a través de cada sesión la constante fluctuación de la paciente en cuanto a las fases de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross, al principio de las sesiones se encontraba en depresión, pasó a fase de cólera para luego terminar en aceptación, esta relajación en las fases lleva a pensar que aún dentro de la situación de enfermedad el aspecto psicológico de la paciente todavía está pasando por un proceso hasta que por fin se llega a definir el estado anímico.

ENTREVISTA

Nombre de la paciente: M. G.

REGATEO

1. ¿Existe una idea esperanzadora en poder curarse? Sí
2. ¿Ha pensado buscar ayuda en otra parte que no sea hospitales ni médicos particulares? Si aquí no me recupero buscaré otra parte.
3. ¿Le costó tomar la decisión de hospitalizarse? Sí por temor de dejar a mis niñas solas y por el dinero.
4. ¿Tiene pensamientos sobre que no puede morir, porque alguien la necesita? Sí, mis hijas.
5. ¿Ha buscado consejos en otras partes con la intención de curarse? No.
6. ¿Cree usted que se sentiría mejor estando en su casa que hospitalizada? Si no estuviera enferma sí.

NEGACION

1. ¿Piensa usted que lo que le está sucediendo es un castigo de Dios? A veces creo que sí pero después me arrepiento.

2. ¿Se ha hecho interrogantes de porqué tiene una enfermedad incurable? No.
3. ¿Se revela frecuentemente contra la situación que está atravesando? A veces cuando el dolor es muy fuerte.
4. ¿Tiene pensamientos como que pronto pasará y se dice "esto no es nada de gravedad" ? Si, cuando el dolor se me quita.
5. ¿Frecuentemente rehusa a la ayuda médica con el pensamiento de que no es de beneficio para usted? No.
6. ¿Atribuye su enfermedad a un accidente ocurrido o a una situación especial? No.

COLERA

1. ¿Culpabiliza a alguien de su situación actual? No.
2. ¿Es frecuente su rechazo a que entabien una conversación con usted? No.
3. ¿Piensa usted que las personas que se le acercan para darle apoyo moral no le ayudan en nada? No.
4. ¿Rechaza usted toda ayuda médica? No.
5. ¿Siente deseos de agredir al personal médico y de enfermería? No.
6. ¿Siente deseos de agredirse o se ha agredido físicamente? No.

DEPRESION

1. ¿Llora constantemente? Hay días que sí.
2. ¿Ha perdido el apetito? Sí
3. ¿Le es difícil conciliar el sueño a una hora adecuada? Sí
4. ¿Se ha dado cuenta que últimamente sus actos son más lentos que antes? Sí y más ahora que tengo dolor.
5. ¿No siente deseos de realizar actividades? No.
6. ¿Busca usted estar alejado de las personas? No.

ACEPTACION

1. ¿Acepta el diagnóstico que el médico le dio? Sí
2. ¿Piensa usted que el sufrimiento es parte de la vida? Si
3. ¿Está de acuerdo con los tratamientos recibidos? Si aunque no con el precio.
4. ¿ Se encuentra con fortaleza suficiente para hacerle frente a su situación? Si
5. ¿Tiene usted un sentimiento de conformidad respecto a la situación que está viviendo? Si, porque los doctores saben lo que hacen.
6. ¿Piensa usted que ha vivido lo suficiente y que aceptaría la muerte en cualquier momento?
No porque mis niñas están pequeñas pero si Dios lo dispone no puedo hacer nada.
7. ¿Está de acuerdo en que la muerte es la última fase por la que un ser humano atraviesa?
SI

INDICE GENERAL

	PAG
PRÓLOGO	.
CAPITULO I : INTRODUCCIÓN	1
1.1 MARCO CONCEPTUAL	4
1.1.1 EL CÁNCER	5
1.1.2 ESTADIOS DEL CÁNCER	6
1.1.3 CAUSAS DEL CÁNCER	7
1.1.4 NIVELES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER	9
1.1.5 PSICOLOGÍA DEL CÁNCER	11
1.2 FENÓMENOS PSICOLÓGICOS QUE ALTERAN LA CONDICIÓN FÍSICA	12
1.2.1 ESTRÉS	
1.2.2 ESTRÉS Y ENFERMEDAD	13
1.3 PÉRDIDA OBJETAL	14
1.4 VACÍO EXISTENCIAL	16
1.5 PERSONALIDAD	17
1.6 PREDISPONENTES Y PRECIPITANTES	19
1.7 SALUD	20
1.7.1 PARTICIPAR EN LA SALUD	21
1.7.2 RECUPERACIÓN DE LA SALUD	
1.8 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	22
1.9 FASES DE ENFERMEDAD	27
1.10 PSICOTERAPIA	31
1.11 ANTECEDENTES	33
CAPITULO II : TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	35
2.1 ENTREVISTA	
2.1.1 OBSERVACIÓN	
2.1.2 HISTORIA CLÍNICA	
2.1.3 TEST DE COLORES DE LÜSCHER	
2.1.4 PLAN DE TRATAMIENTO	
2.1.5 PSICOTERAPIA DE APOYO	
CAPITULO III : PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
3.2 ANÁLISIS GLOBAL	44
CAPITULO IV : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
4.1 BIBLIOGRAFÍA	53
4.2 ANEXOS	54