

Universidad de Matanzas” Camilo Cienfuegos”
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades.



**Trabajo de diploma para optar por el título de
Licenciada en Psicología.**

**Título:
Comportamiento de la adherencia terapéutica en
pacientes con cáncer cérvico-uterino.**

Autora: Laura Grisel Cabrera Llufrío
Tutora: Lic. Regla Caridad Catalá Rivero

Matanzas, 2014

Preámbulo

Al iniciar la carrera de Psicología quise hallar un tema que vislumbrara la autodeterminación con que el ser humano lucha por su vida. En este proceso mis mayores influencias fueron la lectura de temas afines, el apoyo de mi mejor amigo y compañero, así como Reglita, una tenaz investigadora en el marco de la Psicooncología. Con motivo de una asignatura presenté un trabajo que sería el primero de muchos dedicados al estudio de las pacientes con cáncer, quienes, en mi opinión, constituyen mis mejores maestros, ejemplos de valentía, amor a la vida y constancia.

Pude notar que existen dificultades para adherirse a los tratamientos oncológicos así como diversos factores que inciden en este problema, despertando mi interés por este tema, que abordo en la presente investigación en seis pacientes con cáncer cérvico-uterino asistidas en el Hospital Oncológico de la provincia. Por su riqueza y profundidad, se emplea la metodología cualitativa en el estudio de casos.

La adherencia terapéutica aumenta el control sobre la enfermedad y la esperanza de vida. Conocer cómo se comporta y los factores que participan en este proceso es mi propósito, sin mayores pretensiones que las de aproximarnos a las vivencias de estas pacientes.

Dedicatoria

A las pacientes sin las cuales no hubiera sido posible esta investigación.

Agradecimientos

- A las pacientes por su valiosa contribución.*
- A ti, mi amor, por apoyar todos mis sueños.*
- A mi familia por facilitar las horas de estudio.*
- A mi tutora y a la profesora Luz Amaro por su apoyo.*
- Al personal médico del Hospital Oncológico de Matanzas, en especial, a la Dra. Diana Rosa Ramos Jiménez, al Dr. Eduardo Santisteban Álvarez y a la enfermera Leo, quienes gentilmente contribuyeron con este trabajo.*
- A Laura por facilitarme material necesario para la investigación*
- En fin, a todo aquel que de una manera u otra hizo posible esta investigación.*

“Lo esencial no son las situaciones en sí, sino el modo particular en que cada persona las vivencia.”

(Vygotski, 1996).

Resumen

Pese a que existe un porcentaje significativo de pacientes con dificultades para adherirse a los tratamientos oncológicos, son pocas las investigaciones que abordan este problema.

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal en el período de septiembre a octubre del 2013 para caracterizar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer cérvico-uterino asistidas en el Hospital Oncológico de Matanzas. Se seleccionó una muestra de 6 pacientes con cáncer cérvico-uterino diagnosticadas en el Hospital Oncológico de Matanzas, se realizó un estudio de casos múltiples empleando la metodología cualitativa, se utilizaron varias técnicas como: la observación, la entrevista en profundidad, la entrevista semi-estructurada, cuestionario para valorar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer cérvico-uterino y algunas variables asociadas, cuestionario de modos de afrontamiento, inventario de autoestima, inventario de ansiedad rasgo-estado, inventario de depresión rasgo-estado, test de completamiento de frases, técnica de los diez deseos y dibujo de una persona.

Se halló una adherencia total al tratamiento en 5 pacientes, asociada a factores como: acceso a servicios médicos gratuitos, adecuada relación médico-paciente, apoyo social, diagnóstico precoz de la enfermedad, optimismo, autoeficacia, severidad y beneficios percibidos, conocimientos sobre la enfermedad, afrontamientos centrados en el problema, autoestima alta, creencias positivas acerca de la enfermedad y el tratamiento y actitud a favor de este. Los tres componentes se manifestaron adecuadamente; predominó el cumplimiento del tratamiento en todos los casos, solo una presentó adherencia parcial al tratamiento.

Palabras claves:

Adherencia terapéutica

cáncer cérvico-uterino

Índice de contenido

Introducción/ 1

Capítulo 1: Perspectiva de la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer cérvico-uterino / 5

1.1 Aproximación a la definición de la adherencia terapéutica/ 5

1.2 Aproximación a los factores asociados a la adherencia terapéutica/ 7

1.3 Los problemas asociados a los tratamientos oncoespecíficos/ 15

1.4 Cáncer cérvico-uterino: panorámica mundial, definición, estadificación, factores de riesgo y tratamiento/ 21

1.5 Particularidades de la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer cérvico-uterino/ 23

Capítulo 2: Diseño metodológico/27

Capítulo 3: Presentación y análisis de los resultados/ 33

Conclusiones/ 60

Recomendaciones/ 61

Referencias Bibliográficas/ 62

Bibliografía/ 71

Anexos

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles han afectado considerablemente el cuadro de salud del mundo, siendo una de las principales causas de muerte en nuestro país. La esperanza de vida suele aumentar si el paciente se adhiere al tratamiento, aunque no siempre esto ocurre, convirtiéndose en un serio problema dadas las consecuencias que implica para este, su familia y el país (Martín, 2006).

La adherencia terapéutica es la implicación activa del paciente con el tratamiento acordado con el médico que lo asiste, con el fin de lograr el resultado terapéutico deseado (Di Matteo & Di Nicola, 1985), siendo este término más integral ya que incluye el cumplimiento (Vervloet, 2006), advierte la necesidad de que exista un intercambio entre el profesional y el paciente que permita a este último comprender la importancia del tratamiento, los riesgos que implicaría abandonarlo así como contribuir en la elaboración del plan que debe realizar; supone además, conocer y aceptar la enfermedad, el tratamiento, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida aquellos que resulten saludables, es decir, un proceso de autorregulación, en el que se modifican las pautas de comportamiento habituales para adaptarse a su nueva circunstancia (Zaldívar, 2003).

En este proceso influyen varios factores de diferente naturaleza: factores socioeconómicos y demográficos, las características de la enfermedad y del tratamiento, el apoyo social, factores implicados en la relación entre el profesional de la salud y el paciente, y particularidades de este último, tales como creencias sobre la enfermedad y el tratamiento, afrontamientos empleados, autoestima, depresión, entre otros (OMS, 2004).

En sentido general, los porcentajes de adherencia al tratamiento son bajos. En los países desarrollados sólo el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles ponen en práctica el tratamiento, y se estima que, debido a las dificultades para acceder a la atención médica, esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo (OMS, 2004). El abandono o el cumplimiento parcial del tratamiento, la presencia de dificultades para iniciarlo, así como el mantenimiento de hábitos tóxicos e inasistencias a consultas son algunos de los principales problemas presentados (Martín, 2006).

La adherencia deficiente tiene serias repercusiones. Pueden darse complicaciones, recaídas, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento (Basterra, 1999).

Puede provocar alteraciones irreversibles y progresivas que generan sufrimiento y estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo que impacta su calidad de vida (Ginarte, 2001), y que conduce al desgaste físico y emocional de este y de quienes lo cuidan. Incide en la esfera de orientación vocacional y laboral al tener que reajustar las metas trazadas y los roles que habitualmente desempeñaba, así como distanciarse del entorno laboral y familiar debido a hospitalizaciones prolongadas. También la economía del hogar puede verse afectada por los recursos destinados a garantizar la alimentación adecuada y los medicamentos que precisa (Grau & Martín, 2004).

Representa un costo significativo para las instituciones de salud el proporcionar tratamientos que no son empleados adecuadamente y hacer frente a hospitalizaciones

prolongadas que bien pudieran evitarse (Grau y Martín, 2004), convirtiéndose no sólo en un problema sanitario sino también económico ya que la interrupción o abandono de una terapia encarece, al menos, el 20% los costos médicos lo cual ha sido apreciado en enfermedades como el cáncer, la diabetes y la hipertensión. (OMS 2003).

La importancia de la adherencia terapéutica en el marco de la salud pública quedó reflejada en el año 2001 cuando el Grupo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS lanzó como iniciativa mundial un “Proyecto sobre adherencia terapéutica a largo plazo” orientado a abordar este problema en varias enfermedades crónicas, el cual suscitó un informe divulgado entre 2003 y 2004 dirigido principalmente a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud donde se hace un llamado a realizar acciones investigativas e interventivas. A pesar de esta iniciativa los problemas de la adherencia terapéutica no han sido suficientemente atendidos; se realizan pocas investigaciones y escasas intervenciones de modo directo y sistemático (OMS, 2004).

Este proceso ha sido abordado por la Psicología de la Salud desde los primeros años de su surgimiento como rama independiente. Ya en la década del 70 del siglo XX aparecieron en Estados Unidos las primeras revisiones generales sobre el tema (Rodríguez Marín, 1995). En la década del 90 aparece en la revista “Health Psychology” un artículo de revisión de la autoría de Victoria Ferrer que puede considerarse paradigmático por abordar las discusiones teóricas en torno al tema (Ferrer, 1995). En España, México, Colombia y Chile se han realizado estudios cuantitativos y cualitativos para identificar los factores que determinan el comportamiento de la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes, hipertensión arterial, asma, esquizofrenia, VIH, insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca (Martín, 2009a).

En nuestro país no son muchas las investigaciones que han estudiado este tema, se ha abordado en pacientes hipertensos de La Habana (Bayarre, Martín & Sairo, 2003) y en pacientes con diabetes mellitus tipo II de Matanzas, hallando una adherencia total y parcial en la mayoría de los casos (Ugarde, 2010). También se estudió la adherencia a la hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica obteniendo resultados similares (Rizo, 2010).

Otra enfermedad crónica es el cáncer, el cual representa la segunda causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo (Ministerio de Salud Pública, 2004). Su incidencia lejos de disminuir va en aumento. Se estima que para el 2015 aportará el 54% de las defunciones totales (Holland, 2003). El cáncer cérvico-uterino constituye un serio problema de salud a nivel mundial, aproximadamente 500 000 mujeres lo desarrollan cada año, la mayoría en países menos desarrollados; siendo la primera causa de muerte por tumores malignos en mujeres entre 25 y 64 años de edad a escala mundial (Instituto de Salud del Estado de México, 2012). En nuestro país, a pesar de los esfuerzos realizados por el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Cérvico Uterino, constituye el tercer cáncer más frecuente en la mujer y la cuarta causa de muerte en este sexo (Galán, 2013, Abril) representando el 25% de los cánceres ginecológicos (Sarduy, 2012). En la provincia de Matanzas de las 44 pacientes diagnosticadas en el año 2011, solo 9 se encuentran vivas en la actualidad.

La adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos ha sido abordada en varios estudios a nivel internacional, que han reportado: tasas elevadas de adherencia a la quimioterapia endovenosa en pacientes con cáncer de mama (Lichtman, Taylor & Wood, 1984); bajas tasas de adherencia al tratamiento oral del cáncer (Ehrenzweig, 2007; Mayer, Partridge & Ruddy, 2009) y, más recientemente, la revisión bibliográfica sobre la adherencia a la quimioterapia y

radioterapia en estos pacientes, concluyendo que pese a que existe un porcentaje significativo de pacientes que no se adhieren a los tratamientos oncológicos, son pocas las investigaciones que estudian este problema (Palacios & Vargas, 2011).

No obstante, han sido estudiadas la calidad de vida, las creencias sobre la enfermedad y esta como situación estresante en pacientes de La Habana (Figado, 2000; O. García, 1987 & Y. García, 2001), bajo el asesoramiento de la Dra. Elisa Knapp y del Dr. Miguel Ángel Roca, quien en 1994 abordara en su tesis de doctorado el proceso de afrontamiento a la enfermedad oncológica en niños, adolescentes y sus familiares. En nuestra provincia varias investigaciones han abordado la calidad de vida en pacientes mastectomizadas (Catalá, 2006, 2009), y las variables autoestima, apoyo social, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer cérvico-uterino (Alonso, 2012), aunque pocas el presente tema.

En el Hospital Oncológico de Matanzas se han registrado bajas tasas de adherencia en los últimos años, siendo este problema identificado pero poco estudiado pese a las consecuencias que en orden clínico médico, psicosocial y económico implica para el paciente, su familia y el país; situación que avala la necesidad de llevar a término la presente investigación.

Por el poco abordaje a nivel nacional, en particular en la provincia de Matanzas, y la importancia de este proceso en el control de la enfermedad y en la esperanza de vida de las pacientes, esta investigación resulta novedosa ya que pretende conocer cómo se comporta la adherencia terapéutica, identificando sus niveles, componentes y factores asociados a esta. Los resultados que se obtengan podrán emplearse para trazar estrategias de salud orientadas a facilitar este proceso en investigaciones posteriores. Se cuenta, con los recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo la investigación, la cual presenta el siguiente problema de investigación:

Problema de investigación: ¿Cómo se comporta la adherencia terapéutica en las pacientes con cáncer cérvico-uterino asistidas en el Hospital Oncológico de Matanzas?

Objetivo general: Caracterizar el comportamiento de la adherencia terapéutica en las pacientes con cáncer cérvico-uterino asistidas en el Hospital Oncológico de Matanzas.

Preguntas científicas:

1. ¿Cuáles son los referentes teóricos que sustentan cómo se comporta la adherencia terapéutica en las pacientes con cáncer cérvico-uterino asistidas en el Hospital Oncológico de Matanzas
2. ¿Cuáles son los niveles de adherencia terapéutica que presentan las pacientes estudiadas?
3. ¿Cómo se manifiestan los componentes de la adherencia terapéutica en las pacientes estudiadas?
4. ¿Cuáles son los factores asociados al comportamiento de la adherencia terapéutica en las pacientes estudiadas?

Tareas de investigación:

1. Determinación de los referentes teóricos que fundamentan el comportamiento de la adherencia terapéutica en las pacientes con cáncer cérvico-uterino asistidas en el Hospital Oncológico de Matanzas
2. Identificación de instrumentos para caracterizar el comportamiento de la adherencia terapéutica en las pacientes con cáncer cérvico-uterino asistidas en el Hospital Oncológico de Matanzas.

3. Aplicación de los instrumentos para caracterizar el comportamiento de la adherencia terapéutica en las pacientes con cáncer cérvico-uterino asistidas en el Hospital Oncológico de Matanzas
4. Identificación de los niveles de adherencia terapéutica que presentan las pacientes estudiadas.
5. Descripción de los componentes de la adherencia terapéutica en las pacientes estudiadas.
6. Identificación de los factores asociados al comportamiento de la adherencia terapéutica en las pacientes estudiadas.

La muestra se selecciona de forma intencional estando integrada por 6 pacientes diagnosticados con cáncer cérvico-uterino en el Hospital Oncológico de Matanzas.

Se utiliza un sistema de métodos y técnicas que permiten caracterizar el comportamiento de la adherencia terapéutica en las pacientes con cáncer cérvico-uterino asistidas en el Hospital Oncológico de Matanzas

Este trabajo estará estructurado en resumen, introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, bibliografía y anexos. En el **resumen** se presenta de forma sencilla el contenido de la investigación. En la **introducción** se expone brevemente la importancia de la adherencia terapéutica en la lucha contra enfermedades crónicas, los factores asociados así como la justificación y los antecedentes de la investigación, planteando el problema científico y los objetivos de la misma. El **primer capítulo** aproxima la definición de la adherencia terapéutica y a los factores asociados a ésta, las consecuencias de la adherencia deficiente, los problemas relacionados con los tratamientos oncoespecíficos como área de la Psicooncología, panorámica mundial, definición, estadificación, factores de riesgo y tratamiento del cáncer cérvico-uterino, así como particularidades de la adherencia terapéutica en quienes lo padecen. El **segundo capítulo** presenta el diseño metodológico de la investigación. El **tercer capítulo** estará dedicado a mostrar los resultados, su análisis e integración. Se presentarán las **conclusiones**, las **recomendaciones**, las **referencias bibliográficas**, la **bibliografía** consultada y los **anexos**.

Capítulo I. Perspectiva de la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer cérvico-uterino

El presente capítulo pretende abordar la delimitación conceptual de la adherencia terapéutica, los factores asociados a esta, las consecuencias de la adherencia deficiente, los problemas relacionados con los tratamientos oncoespecíficos como área de la Psicooncología, así como la panorámica mundial, la definición, la estadificación, los factores de riesgo y el tratamiento del cáncer cérvico-uterino, y particularidades de la adherencia terapéutica en quienes lo padecen.

1.1 Aproximación a la definición conceptual de la adherencia terapéutica.

Entre los aportes de la Psicología de la Salud se encuentra la forma de abordar el proceso salud-enfermedad, en la que los aspectos psicológicos, sociales y comportamentales – y no solo los biológicos- tienen un papel relevante en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y su tratamiento (Knapp, 2005).

La adherencia terapéutica es una de las categorías que expresan fehacientemente su objeto de estudio ya que conlleva la interrelación de los aspectos antes mencionados para controlar la enfermedad y conducir a una evolución satisfactoria. Es, además, un proceso complejo modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente investigado (Grau & Martín, 2004).

Cierto es que en la actualidad continúa vigente el problema de la adherencia y la falta de consenso para definirla. Hasta nuestros días, se han empleado diferentes términos tales como: cooperación, colaboración, alianza, seguimiento, observancia, obediencia y concordancia (Martín, 2004).

En la literatura anglosajona los más empleados son el cumplimiento (compliance), y la adherencia (adherence) (Basterra, 1999). Haynes (1979) define el primero como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico lo que sugiere un rol pasivo, sumiso y dependiente sin la participación del paciente en la toma de decisiones que afectan su salud (Becker & Rosentok, 1984).

Este concepto recibió muchas críticas ya que no logra abordar la verdadera magnitud del fenómeno. Se restringe casi exclusivamente al uso de medicamentos lo que refleja su alcance limitado (Basterra, 1999), obviando aspectos higiénico-sanitarios tan importantes como evitar el estrés, el sedentarismo, el consumo de alcohol u otras drogas así como practicar ejercicios físicos regularmente y acudir a las consultas de seguimiento (Martín, 2004).

Por su parte, Karoly (1993) consideró que esta definición tenía importantes deficiencias:

- Tiende a ser unidimensional: las personas son “cumplidoras” o no “cumplidoras”, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento.

- Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario.

- Es reduccionista, sólo tiene en cuenta el aspecto relacional y no considera los aspectos subjetivos que intervienen en este proceso como, por ejemplo, las creencias y motivaciones del paciente.

Con el fin de superar estas limitaciones se cree que Blackwell introduce el término adherencia terapéutica para expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente (Basterra, 1999).

Una de las definiciones más aceptadas, y que se asume en la presente investigación, es la propuesta por Di Matteo y Di Nicola (1982), quienes la entienden como "la implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado", siendo este término más integral ya que incluye el cumplimiento (Vervloet, 2006), advierte la necesidad de que exista un intercambio entre el profesional y el paciente que permita a este último comprender la importancia del tratamiento, los riesgos que implicaría abandonarlo así como contribuir en la elaboración del plan que debe realizar; supone además, conocer y aceptar la enfermedad, el tratamiento, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida aquellos que resulten saludables, es decir, un proceso de autorregulación, en el que se modifican las pautas de comportamiento habituales para adaptarse a su nueva circunstancia (Zaldívar, 2003).

Es una mejor manera de captar los cambios dinámicos y complejos de muchos actores para hacer frente a este padecimiento, destacando el enfoque de sistema que se ha de asumir para abordarla, el cual reconoce la responsabilidad del personal sanitario y de los pacientes para así abandonar enfoques anteriores que enfatizaban en uno u otro (Grau & Martín, 1993).

Desde el enfoque histórico cultural, se puede apreciar el presupuesto teórico según el cual las funciones psíquicas superiores se interiorizan del plano interpsicológico al intrapsicológico, es decir, la interacción médico-paciente hace posible que este último asimile la importancia de las recomendaciones así como los ajustes necesarios para ponerla en práctica. Esta relación de colaboración aproxima también al principio de actividad comunicación y de enseñanza desarrollo, destacando una vez más la influencia de las relaciones sociales en el desarrollo del hombre como ser bio-psico-social.

Se reconoce, también, su papel protector ya que facilita el control de la enfermedad, evita complicaciones y prolonga la vida (Martín, 2006). Una adherencia adecuada supone aceptar el tratamiento, ponerlo en práctica, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida, aquellos que resulten saludables (Zaldívar, 2003). Para que esto ocurra el paciente debe: saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer; y desarrollar una serie de habilidades con diferente grado de complejidad (Amigó, 1998).

Mientras que, la adherencia terapéutica parcial, el abandono del tratamiento o la presencia de dificultades para iniciarlo, así como el mantenimiento de hábitos tóxicos e inasistencias a consultas e interconsultas son algunos de los principales problemas asociados a este proceso (Martín, 2006).

De modo que la adherencia terapéutica no es un comportamiento aislado, ni un conjunto de comportamientos, sino un comportamiento complejo que puede ser concebido como un proceso, según lo planteado por Piña y Sánchez (2007) quienes proponen el análisis de la adherencia como "categoría de proceso".

Libertad Martín (2009b) considera que en la estructura de este proceso se encuentra:

-La relación transaccional entre médico y paciente: se manifiesta en la relación de colaboración entre el médico y el paciente, en la que debe ser receptivo para poder esclarecer las inquietudes del segundo, que éste exprese sus preocupaciones y se interese por conocer su enfermedad, los tratamientos, sus efectos y modos para realizarlos, el profesional debe

transmitirle apoyo, comprenderlo empáticamente velando por su bienestar y llegar a un acuerdo respecto al tratamiento, precisando los aspectos relacionados con la realización del mismo.

-La implicación personal: se expresa cuando el paciente conoce y acepta su enfermedad, el tratamiento, considera que este es necesario para ejercer control sobre su padecimiento, se ha adaptado al cambio de roles y actividades a partir del diagnóstico, y ha realizado una búsqueda activa de información para facilitar su afrontamiento a la enfermedad y toma de decisiones terapéuticas.

-El cumplimiento del tratamiento: se evidencia en la realización de esfuerzos personales que demandan las acciones comprendidas en este proceso, es decir, poner en práctica las orientaciones médicas, tanto las relacionadas con el tratamiento medicamentoso como con las modificaciones en su estilo de vida.

La dinámica de este proceso se expresa en dos sentidos: en una dinámica estructural de interrelación entre los componentes. Ejemplo: la ejecución de las indicaciones puede ser resultante de la aceptación convenida y la implicación personal, la implicación personal activar la aceptación convenida, la ejecución exitosa de las indicaciones fortalecer la implicación y la relación de negociación con el profesional. Y en una dinámica temporal en la que la adherencia cambia con el transcurso del tiempo, en virtud de los factores que la influyen, desde adherencia total a parcial hasta no adherencia o viceversa (Martín, 2009b).

En sentido general, los vocablos “alianza”, “colaboración”, “cooperación” y “adherencia” parecen conceder una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud, poniendo en práctica un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir (Martín, 2004).

No obstante, la diversidad de posturas es evidente. Algunos prefieren el término cooperación (Di Matteo & Friedman, 1989), otros asumen la adherencia (Grau & Martín, 2004), otros el cumplimiento (Rodríguez- Marín, 1990), hay quienes plantean que este es parte de la adherencia (Macia & Mendez, 1996) mientras que otros emplean indistintamente y como sinónimos estos últimos (Ferrer, 1995).

Aunque no se ha llegado a un consenso, el término adherencia terapéutica representa un avance considerable en la comprensión de la naturaleza psicológica del fenómeno (Martín, 2004) por lo que la autora de la presente investigación lo asume, así como los aportes de Victoria Ferrer y Libertad Martín cuyas obras se han convertido en necesaria consulta para todo aquel interesado en el tema.

En la investigación se asumen los tres niveles de adherencia terapéutica: total, parcial o no adherencia, empleados por Martín (2009b). Según esta autora, el nivel expresa el estado en que se encuentra el proceso de la adherencia, en cuanto al desarrollo alcanzado en sus componentes en un momento y contexto determinado. Las tres categorías permiten hacer una diferenciación sin reducir el proceso a sus extremos, estudiando la dinámica del mismo. (Martín, 2009b).

1.2 Aproximación a los factores asociados a la adherencia terapéutica.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo determinado por varios factores de diversa naturaleza (Martín & Grau, 2004). En este sentido, la OMS (2004) dio a conocer los factores que pueden obstaculizar o favorecer la adherencia al tratamiento, empleando para ello el término de influyentes, entre estos:

Factores socio-económicos y demográficos

La pobreza, el analfabetismo, el desempleo, servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la lejanía del centro de atención médica, el alto costo del transporte y de los medicamentos, son algunos de los factores socioeconómicos con un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica, principalmente en países subdesarrollados. Tanto las políticas de salud como la labor de directivos sanitarios deben considerar las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente, para poder evitarlas, lo cual supone la necesidad de que el diagnóstico y la intervención en la adherencia sean estrategias prioritarias del sistema de salud; más aún en pacientes oncológicos por el riesgo que representan estos problemas para su vida (OMS, 2004).

En este sentido, son notables los esfuerzos realizados por nuestro país para garantizar una atención médica gratuita y recursos indispensables en la prestación de este servicio. Aunque para las instituciones de salud representa un costo significativo el proporcionar tratamientos que no son empleados adecuadamente (Martín & Grau, 2004). Mientras que para el paciente las consecuencias de rechazar o abandonar el tratamiento trascenderían este plano para poner en peligro su vida.

El buen control de la enfermedad no está determinado por el poder adquisitivo, de modo que personas con mayores recursos no tienen necesariamente mejor cumplimiento que las menos privilegiadas. No obstante, si existen serias dificultades o preocupaciones económicas inmediatas, puede verse afectada ya que en cierto modo la compra de medicamentos o el cumplimiento de la dieta requieren de estos recursos (Grau & Martín, 1993).

En torno a los factores socio-demográficos varios autores (Becker & Rosenstock, 1984; Cluss & Epstein, 1985; Di Matteo & Di Nicola, 1982; Dunbar & Stunkard, 1980; Funke & Nicholson, 1993; Haynes, 1979; Kirscht & Rosenstock, 1979; Meichenbaum & Turk, 1987; 1991) son del criterio que ni el sexo, ni la edad, ni el nivel socioeconómico, ni el nivel educativo, ni el estado civil, ni la raza, ni la religión han demostrado ser predictores adecuados de la adherencia al tratamiento (Ferrer, 1995), ya que pueden aparecer relacionados con esta en algunas circunstancias y en otras no (Bame, Petersen & Wray, 1993; Bloom, 1988; Sarafino, 1990).

Se considera entonces, que el factor modulador no es la presencia de una característica demográfica en sí misma, sino ciertos factores habitualmente asociados a ella (Di Matteo & Di Nicola, 1982; Ferrer, 1995).

Por ejemplo, la edad influye de manera irregular: en niños y adolescentes, la adherencia se presenta del 48 al 100% al estar bajo la supervisión del adulto, mientras que en los ancianos, siendo los mayores consumidores de medicamentos bajo prescripción (OMS, 2004), el olvido o la dificultad para leer las etiquetas o prospectos puede propiciar una adherencia deficiente ya que se violan los horarios o las condiciones indicadas para el consumo del medicamento (Di Matteo & Di Nicola, 1982; Ferrer, 1995).

En cuanto al nivel de escolaridad, pese a que los pacientes con estudios superiores tienen la capacidad de análisis y comprensión parecida a la de los profesionales de la salud que les atienden, no es cierto que, sean mejores cumplidores los universitarios que los analfabetos. En la medida en que la comunicación se establece con mayor facilidad, será más probable la adhesión (Mendoza, 2007).

Respecto al sexo del paciente, algunos autores reconocen una mejor adherencia en las mujeres (Bayarre, Martín & Sairo, 2003) mientras que otros no comparten este criterio al

afirmar que es el hombre quien tiende a cumplir más las prescripciones médicas dada la atención y el cuidado que recibe de la pareja (Barriga, Mendoza, Merino & Muñoz, 2006) nótese que ya aquí se advierte, de alguna manera, la importancia del apoyo familiar en este proceso.

Relación entre el profesional de la salud y el paciente

Se han identificado algunos factores que intervienen en la *relación entre el profesional de la salud y el enfermo*, tales como: la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con la interacción (Bishop, 1994; Bloom, 1988; Di Matteo & Friedman, 1989; Meichenbaum & Turk, 1987; Ovejero, 1990, Rodríguez-Marín, 1990) los cuales también afectan la adherencia.

La comunicación eficaz entre el profesional de la salud y el enfermo le permite a este último conocer más sobre la enfermedad y comprender la importancia del tratamiento. En ocasiones, los pacientes no saben cómo expresar sus preocupaciones y temores, por lo que se debe prestar atención tanto a la comunicación verbal como a la no verbal, siendo esta última mucho más difícil de controlar que la primera. Incongruencias entre comunicación verbal y no verbal, desviaciones de la mirada, manifestaciones no verbales de confusión y angustia, etc., pueden indicar que algo no marcha bien, aunque el paciente no haga alusión a ello (Ortego, 2004). Facilitarle información sobre su enfermedad favorece la toma de decisiones por parte de este, mejora la relación médico-paciente e incrementa su adherencia a los tratamientos (Grau & Llantá, 2001).

Para que esta relación sea lo más adecuada posible: el médico debe tener en cuenta qué es lo que realmente quiere saber el paciente, refiriéndose a la gravedad clínica sin dar plazos de vida, manejando esta información de manera confidencial, debe ser capaz de persuadirlo evitando actitudes que laceren su autoestima y lo alejen del tratamiento correcto, y de estar ingresado, mantener el contacto sin olvidar a los familiares que suelen pasar días preocupados, tristes, impacientes, descuidando incluso sus propias necesidades (Rodríguez Arce, 2008).

Como parte del creciente movimiento de inserción del psicólogo en los equipos médicos, en muchas instituciones dedicadas al cáncer, además del sistema de interconsulta o remisión a Psicología, el psicólogo debe formar parte de algunos servicios, habitualmente llamados "priorizados", entre ellos: oncopediatría, cirugía general, quimioterapia, radioterapia, entre otros (Grau & Llantá, 2003). La atención al paciente, su familia y a los profesionales que lo asisten es crucial, más aun en el tema que nos ocupa, por lo cual será abordada en el próximo capítulo.

Han recibido atención psicológica pacientes que presentan dificultades para aceptar la enfermedad y para adherirse a los tratamientos, con trastornos sexuales precedentes o posteriores a dichos tratamientos, con reacciones emocionales como ansiedad, depresión y miedos, con preocupaciones acerca de la evolución de su enfermedad y de la eficacia del tratamiento, insomnio, con problemas de comunicación con su pareja o con su familia, carentes de apoyo social, o que presentan comportamientos que le provocan más dolor y malestar que la propia enfermedad o que incrementan innecesariamente los producidos por ella (Chacón, Grau & Llantá, 1998; Grau, 2001; Llantá, 2000).

La falta de médico en el momento que se le requiere, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, falta de conocimiento sobre la adherencia y de intervenciones efectivas para mejorarla, profesionales recargados de trabajo o cambios sistemáticos de estos, han sido señalados por su efecto negativo sobre la adherencia. El paciente tiende a desarrollar una

relación de confianza y compromiso con el médico que le asiste y con el cual acordó el tratamiento, dicha relación se ve afectada cuando tiene que recurrir a otro facultativo. Han demostrado tener una influencia positiva sobre la adherencia: la reducción de los tiempos de espera, la atención en el propio domicilio del paciente y la planificación adecuada de las consultas de seguimiento (Basterra, 1999).

Se ha notado que cuanto mayor sea la continuidad de la atención que se ofrece al paciente mayor será la adherencia (Meichenbaum & Turk, 1991), de ahí la importancia de las consultas de seguimiento. Aunque el paciente puede presentarse o ausentarse a las citas programadas; se pudo comprobar que la tasa de incumplimiento con la primera cita concertada en una Unidad de Salud Mental era de 21%, mientras que para la segunda y tercera cita fueron de 37,8% y 41,9%, respectivamente. Los pacientes expresaron diversas razones, las más frecuentes fueron el olvido de la cita concertada y el no considerar necesaria la consulta. Variables como la edad, el nivel cultural, el estado civil, la situación laboral o el diagnóstico del paciente no ejercieron una influencia significativa sobre la ausencia a las consultas de seguimiento (Cuevas, 1996).

También se han identificado otros aspectos propios del profesional de la salud que parecen ejercer algún tipo de influencia sobre la adherencia al tratamiento, tales como su especialidad, la falta de conocimiento y adiestramiento en el control de las enfermedades crónicas, lo concurrida que tenga la consulta, la cantidad de pruebas clínicas que solicita y su nivel de satisfacción con el trabajo (Grilli & Lomas, 1994). Cabe advertir la connotación que puede tener el síndrome de desgaste profesional en la relación médico-paciente, dado a que el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal experimentados por el primero y la insatisfacción que puede presentar el segundo, así como los efectos negativos en su bienestar. La insatisfacción del paciente con la atención médica recibida aumenta la probabilidad de que ocurran fallos en la adherencia (Davis, 1968), mientras que a mayor satisfacción mayores probabilidades de que esta sea adecuada (Morris, 1964). Preservar la calidad de vida de los trabajadores que están en constante contacto con el sufrimiento humano, es también un objetivo de trabajo en la Psicología de la Salud (Grau & Llantá, 2003).

Características de la enfermedad y del tratamiento

Las *características de los regímenes terapéuticos* que parecen modular la adherencia son su complejidad, duración y efectos secundarios (Becker & Rosenstock, 1984; Bloom, 1988; Di Matteo & Friedman, 1989; Kirscht & Rosenstock, 1979; Meichenbaum & Turk, 1987; Cabrero & Richard, 1988; Rodríguez-Marín, 1990; Sarafino, 1990; Taylor, 1984)

En cuanto a la *complejidad del tratamiento* se consideran algunas variables, tales como: cantidad de medicamentos, las dosis indicadas, su combinación, la frecuencia del consumo y las vías de administración.

Los regímenes de medicación multidosis se relacionan con bajas tasas de adherencia (Basterra, 1999, Zaldívar, 2003), mientras que las monodosis la facilitan (Rodríguez-Marín, 1990).

Los problemas de adherencia se observan casi siempre que se requiere autoadministrar el tratamiento, independientemente de la gravedad, del tipo de enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud. Los niveles más altos de adherencia se dan en los tratamientos que requieren niveles elevados de supervisión (OMS, 2004). La mayoría de los pacientes prefieren la administración de los medicamentos por vía oral que por vía intravenosa pues resulta más

fácil y cómoda la administración, y disminuye la necesidad de hospitalización, siendo ellos mismos quienes determinan la adherencia, aunque también puede presentar dificultades para hacerlo (Banna et al., 2010).

Algunos autores son del criterio de que cuanto más complejo sea el régimen terapéutico, cuantos más cambios demande en las actividades habituales del enfermo, existirán mayores posibilidades de fallos o problemas en la adherencia (Haynes, 1976; Kirscht & Rosenstock, 1979; Herruzo, 1990).

En cuanto a su *duración*, se ha notado que los tratamientos de larga duración son seguidos solo por el 50 % de los pacientes al momento de comenzarlas, mientras el incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo, en cambio si es corto existen mayores probabilidades de adherirse (Basterra, 1999). Sin embargo, no queda claro si es la duración del tratamiento o las características del problema de salud al que va dirigido lo que modula la adherencia en estos casos (Rodríguez-Marín, 1990; Sarafino, 1990).

Otro elemento a considerar son los *efectos secundarios* del tratamiento, los cuales pueden llegar a ser más perturbadores que los propios síntomas de la enfermedad y actuar como estímulos aversivos, disminuyendo las tasas de adherencia (Macía & Méndez, 1999).

Y por último y no menos importante, las *características de la enfermedad*, en especial los síntomas como claves para la acción y reforzadores de la adherencia. Se afirma que la presencia de dolor, mareos u otros síntomas puede constituir un potente indicador para que el paciente ponga en práctica el tratamiento. El alivio experimentado una vez que lo ha cumplido, aumenta las probabilidades de lograr un mayor nivel de adherencia. En el caso algunas enfermedades crónicas, en especial, las que tienen un carácter asintomático esta es menor (Macía & Méndez, 1999).

Apoyo social

El apoyo social es el conjunto de interacciones sociales que ofrecen a la persona recursos que pueden influir de forma positiva o negativa en su salud y bienestar (Roca, 2000). Entre los factores relacionados con el apoyo social están: disponer de una amplia red de apoyo, los miembros de esta red refuerzan actitudes a favor o en contra del tratamiento, entre otras.

Thoits (1986, citado en Roca, 2000) identificó tres tipos de apoyo dadas sus funciones básicas:

Apoyo instrumental: Ayuda material emprendida para facilitar el afrontamiento de la persona a su situación particular. Por ejemplo la ayuda financiera brindada por la familia para garantizar la alimentación del enfermo o el cuidado de este sea en el hospital o en el hogar para facilitar su recuperación.

Apoyo emocional: Demostraciones de amor, aceptación, apoyo, respeto que contribuyen a realzar la autoestima, los sentimientos de valía personal así como la motivación del individuo para enfrentarse a las situaciones que atraviesa.

Apoyo informacional: Brindar información puede facilitar el análisis de la situación y de sus posibles soluciones, un mejor afrontamiento y la toma de decisiones.

En realidad el apoyo social puede incrementar o disminuir la adherencia (Suls, 1982). Cuando el paciente siente que recibe el apoyo de los demás tiene mayores probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menos apoyo social, con inestabilidad familiar o aislamiento social (Becker & Rosenstock, 1984; Di Matteo & Friedman, 1989; Di Mateo & Di Nicola, 1982; Kirscht & Rosenstock, 1979). Este apoyo puede provenir de la familia,

amigos o grupos de autoayuda y facilitará la adherencia cuando más estén orientados los esfuerzos a ayudarlo a enfrentar la enfermedad. (Sarafino, 1990) ya que puede exigir cambios significativos en el estilo de vida, que encuentren inicialmente cierta resistencia por parte del paciente (Kirscht & Rosenstock, 1979). También parece importante la cohesión familiar (Magai, Consedine, Neugut & Hershman, 2007), mientras que la conspiración del silencio, lejos de proteger limita su participación en la toma de decisiones relacionadas con su enfermedad, da lugar a la poca implicación con el tratamiento, además enfrenta los riesgos que supone la ausencia de esfuerzos para enfrentarla.

El apoyo social puede interferir con la adherencia (Suls, 1982); si las orientaciones van contra las pautas de conducta de la familia, ya que existirá la tendencia a reforzar el abandono de las mismas. También puede aumentar la dependencia o perpetuar el rol de enfermo (Di Matteo & Hays, 1981, citados en Ferrer, 1995).

En nuestro país las instituciones de salud forman parte de la red de apoyo social del paciente, independientemente del sexo, raza, credo o nivel económico que lo pueda caracterizar. Novedosa tecnología está a nuestro servicio tanto con funciones diagnósticas como terapéutica de manera gratuita; mientras que la seguridad social ampara a los que no disponen de apoyo económico o familiar, garantizando además la reubicación laboral o jubilación en los casos que sean necesarios (Ugalde, 2010).

Particularidades del paciente

Para el estudio de la adherencia terapéutica como proceso psicosocial ha sido empleado el Enfoque Histórico Cultural desarrollado por L. S. Vygotski, cuyos aportes tienen vigencia en nuestros días, entre estos: la naturaleza histórico social de la psiquis humana, la interrelación dialéctica entre lo biológico, lo social y lo psicológico, la interrelación entre actividad y comunicación, entre enseñanza y desarrollo así como la unidad entre lo cognitivo y lo afectivo (Valera, 2003; González Serra, 2008; Grau & Martínez, 2008).

Según este enfoque, los factores biológicos son una premisa necesaria pero no suficiente para el desarrollo de los procesos psíquicos superiores, donde la interacción con el entorno social es determinante. Advierte que lo importante no son las situaciones en sí sino la experiencia particular de cada persona, definiendo la vivencia como la unidad funcional de lo psicológico. Considera que el proceso vivencial integra factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos, que es, además, el mecanismo que explica el desarrollo de las funciones psíquicas superiores, la formación de significados, la autoconciencia, la concepción del mundo, la autovaloración, el autodesarrollo, los mecanismos de autorregulación, en fin, el dominio de la propia conducta (Vygotski, 1996, citado en Arias, 2005).

En la adherencia intervienen procesos cognitivos, afectivos y conativos. Los conocimientos que el paciente adquiera sobre la enfermedad y el tratamiento así como la motivación necesaria para emprenderlo, le permiten actuar de manera consciente, tomando un papel activo en el cuidado de su salud y en el control de la enfermedad (Martín, 2009b).

En este proceso la motivación es crucial, si está basada en el deseo de vivir refleja el optimismo con que el paciente asume su situación lo cual tiene un efecto positivo sobre la adherencia; en cambio puede deprimirse y hacerlo más vulnerable si está basada en el miedo a la enfermedad y a la muerte (Roca, 2000). Según Folkman y Lazarus (1986) el optimismo aumenta la esperanza y las posibilidades de superar las condiciones más adversas, y suele estar relacionado con la autoeficacia. Así, se ha encontrado que los sujetos optimistas utilizan

mejores estrategias de afrontamiento que los sujetos pesimistas (Guerrero & Vera-Villarroel, 2003). De la misma forma, se ha demostrado que los pacientes optimistas tienen menos síntomas físicos, se recuperan más rápido y mejor de las enfermedades.

Según Leventhal & Cols (1980, citado en Ferrer, 1995) las personas tienen representaciones o modelos de sentido común sobre la enfermedad y sobre enfermedades específicas, en ellas se incluyen sus creencias, expectativas y explicaciones sobre sus causas y consecuencias, sobre el tratamiento, su posible respuesta ante el mismo y su responsabilidad en ambos.

Las representaciones que el paciente tenga sobre su enfermedad y el tratamiento, coincidan o no con las orientaciones del facultativo, determinará su conducta ante la enfermedad, y en consecuencia, afectará las tasas de adherencia (Meichenbaum & Turk, 1987; Sarafino, 1990).

El Modelo de creencias de salud ha sido uno de los más empleados para explicar el impacto de las creencias en la adherencia al tratamiento; las cuales están relacionadas con la percepción del riesgo de enfermar (susceptibilidad percibida), las consecuencias clínicas (muerte, el dolor, la incapacidad) y sociales (interferencia con roles que habitualmente desempeñaba) que implicaría la enfermedad (severidad percibida), los beneficios que puede reportar la acción de salud (beneficios percibidos), la percepción de aspectos negativos que pueden obstaculizar su puesta en práctica (barreras percibidas), y por último, cuando el paciente cree que es capaz de realizar con éxito dicha acción (autoeficacia) (E. Ortiz & M. Ortiz, 2007).

Según Guillermo Díaz Llanes (2000, citado en Grau & Hernández, 2003) la probabilidad de que el individuo realice las acciones de adherencia al tratamiento está en función de que crea que las consecuencias de la enfermedad son potencialmente serias, que las acciones que puede emprender pueden ser beneficiosas en la reducción de la severidad de la condición y que las barreras (costos) que dificultan la acción son sobrepasadas por los beneficios.

Las actitudes como formas concretas y estables en que el sujeto se manifiesta hacia objetos, situaciones y personas, y que se expresan en valoraciones, emociones y comportamientos; han sido asociadas a este proceso. En este caso, las actitudes que puede mostrar el paciente hacia el tratamiento y su puesta en práctica, pueden ser a favor o en contra (Rodríguez López, 2004).

Las *atribuciones causales* o explicaciones en torno a las causas de la enfermedad han sido igualmente consideradas por su influencia sobre las conductas de salud (Leventhal 1993).

También se ha considerado la influencia del locus de control, es decir, el modo en el que el individuo asume lo que le sucede (Zaldívar, 2003). Puede ser interno si se considera responsable de las consecuencias de sus actos, en este caso, de la enfermedad y/o del tratamiento, o externo si cree que lo que le ocurre se debe a la influencia de otras personas o de fuerzas sobrenaturales, es decir, que los acontecimientos de su vida y su salud escapan a las posibilidades de control personal (Bravo, González & Martín, 2008). En relación con la adherencia se ha planteado que los sujetos con locus de control externo presentan menos posibilidades de adherirse que los sujetos con locus interno (Zaldívar, 2003), aunque los resultados son aún poco consistentes (Becker & Rosenstock, 1984; Funke & Nicholson, 1993).

Ante el evento estresante que supone el padecimiento de una enfermedad crónica el paciente puede desarrollar *afrontamientos* dirigidos a enfrentar el problema, es decir, definirlo,

buscar soluciones o alternativas, y sobre la base de costos y beneficios, aplicar la elegida, que en este caso se espera que sea la adherencia; o modos de afrontamiento dirigidos al control de las emociones que intentan controlar y reducir las que resultan desagradables y que aparecen a causa del estrés, los cuales no resuelven el problema en sí pero hacen sentir mejor en momentos de peligro o amenaza. (Grau & Martín, 2004). Según Folmank y Lazarus (1984, citados en Hernández, 2000) los modos de afrontamiento son esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Es un proceso cambiante, que puede ir de estrategias defensivas a la búsqueda de soluciones para el problema, a medida que cambia la percepción de que se pueda o no hacer algo para cambiar la situación. Señalan, además, ocho formas de afrontar las situaciones que nos generan estrés:

- Confrontación: son las acciones directas para alterar la situación.
- Distanciamiento: son los esfuerzos para separarse de la situación.
- Autocontrol: son los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
- Búsqueda de apoyo social: son las acciones orientadas a la búsqueda de consejos, información y comprensión.
- Aceptación de la responsabilidad: es el reconocimiento de la responsabilidad en el problema.
- Reevaluación positiva: son los esfuerzos por dar un significado positivo a la situación centrándose en el desarrollo personal.
- Planificación: son los esfuerzos para alterar la situación que implica una aproximación analítica a esta.
- Huída: cuando evita la situación valorada como estresante.

Según Grau (2002) al padecer una enfermedad crónica son frecuentes:

- La negación, puede estar orientada a no reconocer la enfermedad, su significado o el estado emocional que provoca. Inicialmente no tiene por qué ser una respuesta desadaptativa, ya que es un mecanismo de defensa que en muchos casos puede reducir el miedo a su circunstancia; pero si se mantiene en el tiempo, podría agravar su enfermedad al no seguir el tratamiento. Por lo que se refiere a sus efectos, igualmente puede tenerlos positivos y negativos.
- La evitación consiste en la aceptación de la amenaza, pero con un deliberado esfuerzo por no pensar ni hablar acerca de ello. Entre las respuestas de escape o de evitación ante el acontecimiento podemos mencionar el hecho de posponer sistemáticamente las consultas con el médico.
- Conductas confrontativas: Esfuerzos activos centrados sobre el problema, que intentan cambiar de alguna manera la situación, por ejemplo el paciente crónico puede aprender procedimientos específicos relacionados con la enfermedad o puede seleccionar un papel social, y abandonar otros, para controlar el estrés que le produce su incapacidad de asumir varios roles sociales a la vez. Es importante la planificación de actividades diarias para lograr una buena adaptación a la enfermedad crónica y la adherencia al tratamiento.
- La búsqueda de información sobre la enfermedad o sobre los tratamientos alternativos y sus probables consecuencias puede reducir la ansiedad, el miedo y la incertidumbre, así como recuperar el control de la situación, hallar respuestas más acertadas y mantener activo al paciente al proporcionarle algo que hacer. La familia, los amigos y en especial el médico que lo asiste, constituyen fuentes de información valiosas (Rodríguez-Marín, 2002).

-Aceptación estoica, que se caracteriza por la aceptación del diagnóstico con una actitud fatalista, donde no hay búsqueda de información sino de resignación (Suárez, 2002).

Además de los factores reconocidos por la Organización Mundial de la Salud, se han identificado otras variables relacionadas con el propio paciente, tales como:

El haber tenido *experiencias previas de cumplimiento o incumplimiento* ya que en el primer caso, el aprendizaje de comportamientos relacionados con la adherencia puede reforzar la práctica de estos ante una nueva enfermedad aunque difiera el tratamiento, mientras que en el segundo caso, este aprendizaje pudiera ser efectivo si cambia su actitud hacia el tratamiento por la valoración de costos y beneficios o bien pudiera continuar incumpliendo por temor a enfrentar nuevamente los efectos adversos (Bayés, 2000).

La *baja autoestima* del paciente puede afectar la adherencia (Ortiz, 2004). La autoestima es el amor y el respeto por uno mismo; la manera en que nos valoramos, y apreciamos nuestro derecho de ser feliz y nuestra capacidad para enfrentar los desafíos de la vida. Los componentes centrales de la autoestima son la autovaloración, la autoaceptación y el amor propio. La autovaloración es la manera en que nos percibimos nosotros mismos, nuestra imagen corporal, habilidades y características personales. Será adecuada en la medida en que nos conozcamos mejor, implica trazarnos metas de acuerdo con nuestras posibilidades reales. Aceptarse a sí mismo significa aceptar la persona que somos, valorando las cualidades y defectos, no con el afán de desvalorizarnos por estos últimos, sino de trabajar en ellos a favor de nuestro desarrollo y crecimiento personal (Nathaniel, 1988; citado en Catalá, 2009). Ha sido tradicionalmente relacionada con el afrontamiento de las situaciones problemáticas, y particularmente, con el estrés (Cox, 1980). Una alta autoestima se encuentra asociada a la sociabilidad, la motivación por el logro, el ajuste personal y los bajos niveles de ansiedad, facilitando el desarrollo de conductas saludables (Fernández, Maceira & Torres Rivas, 1995). Mientras que, una baja autoestima está asociada al miedo al fracaso, al aislamiento social, y a las adicciones (DiMatteo & Friedman, 1989; Alonso, Alvarez & Moreno, 1997). Puede que el paciente intente abandonar el tratamiento, se aíse o renuncie al apoyo que le brindan por el impacto de los efectos secundarios en su autoimagen, por la inseguridad que le genera la percepción que tiene de sí mismo.

Las bajas tasas de adherencia en enfermedades crónicas han sido frecuentemente asociadas a la *depresión* (Fisher, Goldney, Phillips & Wilson, 2004), la cual se caracteriza por un sentimiento de tristeza y de abatimiento que produce intenso malestar y sufrimiento y que suele acompañarse de sentimientos de minusvalía y de culpa, ya que paciente tiende a subvalorarse, y presentar ideas de autoacusación (Campo, 2005). Se considera que la depresión psíquica produce una depresión inmunológica que hace que el paciente enlentezca su recuperación, ya que funciona con niveles de aspiraciones muy por debajo de lo que él realmente puede lograr (Hernández, Rivero & Vargas, 1998).

1.3 Los problemas asociados a los tratamientos onco-específicos: un área de trabajo de la Psicooncología.

La Psicooncología es una rama de la Psicología que se centra en el estudio e intervención sobre los factores psicosociales asociados al diagnóstico y tratamiento del paciente con cáncer, sus familiares y el equipo de salud, y sobre los factores comportamentales que aumentan el riesgo de enfermar y disminuyen la supervivencia, con el empleo de categorías, conceptos

métodos y técnicas propias de la Psicología. Surge y se desarrolla vertiginosamente en los años 60 del siglo pasado, por la labor asistencial, docente y de investigación realizada por Jimmie Holland y su equipo en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York, reconociendo la importancia de brindar tratamiento multidisciplinario a pacientes oncológicos (Bayés, 1991, 1999; Chacón, Grau & Llantá, 1996, 1998, 2000; Grau, 1999, 2001; Gil & Sirgo, 2000).

Emerge por la necesidad de una visión holística de los pacientes con cáncer, desde lo biológico, lo social y lo psicológico. Reconoce que el estrés, las emociones y el comportamiento de la persona pueden influir en la aparición, desarrollo y pronóstico del cáncer así como en la supervivencia. Intenta descubrir las características del estilo de vida del paciente que pudieron haber influido en la presentación de su enfermedad y su curso, y ayudarlo a revertir estas características. Afirma que la detección precoz y la adopción de estilos de vida saludables pueden salvar más vidas que cualquier tratamiento onco-específico. Cubre aspectos relacionados con la adherencia a los tratamientos, el manejo del dolor, la asistencia al paciente en etapas avanzadas de la enfermedad, asesoría y apoyo a la familia y al equipo de salud. (Vidal-Benito, 1998).

La Psicooncología, en su lucha contra el cáncer, presenta las siguientes áreas de trabajo (Cassileth, 1995; Chacón, Grau & Llantá, 2000; Grau, 2001; Grau, Llantá & Pire, 1998, Holland, 1998):

- La educación y prevención del cáncer.

Puede fomentar el autocuidado y la autorresponsabilidad con la salud, para que en la estructura jerárquica motivacional de las personas estos valores ocupen posiciones cimeras, contribuyendo en la modificación de conductas de riesgo y estimulando estilos de vida más saludables.

- Desmitificación-desestigmatización del cáncer como enfermedad. Pretende erradicar distorsiones cognitivas y creencias irracionales en la población sana y en riesgo, para “desestigmatizar” el cáncer como enfermedad incurable, que conduce inevitable e irremediablemente al dolor, al sufrimiento y a la muerte; y a modificar la connotación psicosocial de esta enfermedad, promoviendo la búsqueda de atención médica cuando surgen los primeros indicios de esta.

- Asesoría en los programas de pesquizaje y control del cáncer, sobre todo aquellos que pueden ser diagnosticados precozmente y a los cuales se les pueden aplicar tratamientos oportunos como en el de cérvix (Middleton, 1996).

- Asesoría en la información a pacientes y familiares.

La comunicación del diagnóstico y pronóstico de cáncer (la llamada “comunicación de malas noticias”) no puede hacerse al margen de consideraciones psicológicas y personales, aún cuando sea una tarea propia del médico, éste necesita de orientación psicológica adecuada para cumplirla con éxito. Aunque los médicos actuales prefieren decirles el diagnóstico a los pacientes porque consideran que tienen derecho a conocerlo; esto no excluye la posterior evitación o negación de la verdad, como se ha comprobado que ocurre en alrededor del 20 % de los casos (Cassem, 1994). Los principios de la verdad deseada y la verdad soportable deben tenerse en cuenta ya que decir la verdad, adaptada a la fortaleza de cada paciente y manteniendo la esperanza, es una base firme para una relación de confianza entre el médico y el paciente, que favorece la toma de decisiones del enfermo e incrementa su adherencia a los

tratamientos. En ocasiones la familia desea que el paciente no conozca su diagnóstico y pronóstico para protegerlo, y recurren a la “conspiración del silencio”, sin darse cuenta de que es más beneficioso sustituir de una vez las mentiras piadosas por las formas piadosas de comunicación de la verdad. Este fenómeno viola el derecho del paciente de conocer su enfermedad y prepararse para enfrentarla, afecta la relación del enfermo con sus familiares, obstruye el apoyo y la compañía espiritual, potencia conflictos, rompe la confidencialidad del acto médico y limita las posibilidades de crecimiento ante su circunstancia. En ese intento se produce un gran desgaste emocional y al final el enfermo sabe o sospecha por varias fuentes cercanas a él, ya sea a través de comentarios que ha escuchado accidentalmente; hechos por el personal médico, otros pacientes, amigos, parientes; por cambios de comportamiento de los demás ante él; por cambio en los tratamientos médicos; por señales del propio cuerpo y cambios del estado físico; por los cambios en los planes futuros de la familia, etc. Ante este fenómeno el psicólogo debe comenzar ocupándose de la familia, siempre mostrando una comprensión empática que permita identificar sus miedos y preocupaciones y hacerlos explícitos, facilitando la expresión de sus emociones, anticipar las consecuencias del “secretismo”, en términos de costo emocional para el paciente, confrontar opiniones, proponer un acuerdo: si informar genera serios problemas, ofrecerse como mediador teniendo en cuenta las necesidades del enfermo. De esta manera el psicólogo interviene adecuando la información al paciente y a la familia sobre la enfermedad, su curso y consecuencias (Gómez Sancho, 2003).

-Preparación para el diagnóstico y la hospitalización.

La intervención psicológica para preparar para el diagnóstico y la hospitalización tendrá como objetivos determinar el nivel de vulnerabilidad emocional y social de cada paciente y/o familia, prevenir y manejar reacciones emocionales negativas ante el diagnóstico y la hospitalización, preparar para la intervención quirúrgica y demás tratamientos, desarrollar modalidades de apoyo social (por ejemplo, grupo de autoayuda), fomentar el sentido de control personal, elaborar afrontamientos individuales eficaces, optimizar el apoyo familiar, entrenar en habilidades socio comunicativas, orientar a los profesionales en la comunicación de malas noticias.

-La intervención para el ajuste tras el diagnóstico pretende disminuir la ansiedad, la depresión y reacciones emocionales desadaptativas, aumentar la autonomía del propio enfermo, así como la percepción de control sobre su situación, disminuir el estrés, fomentar afrontamientos más eficaces e incrementar la adherencia.

-Intervención con fines adaptativos a la enfermedad o a los tratamientos oncoespecíficos. La evaluación y tratamiento integral del paciente con cáncer y de su familia, puede disminuir el impacto emocional de la enfermedad independientemente del estadio en que se encuentre. Una vez conocido el diagnóstico, el paciente debe transitar por un nuevo reto: el enfrentamiento a los diferentes tratamientos oncoespecíficos (cirugía, radioterapia y quimioterapia). Cada tratamiento tiene efectos secundarios más o menos aversivos su impacto depende de la valoración subjetiva de daño/beneficio y sufrimiento percibido por el paciente, en relación con la percepción de recursos de que él disponga para afrontarlos; generalmente a mayor sensación de control se logra mejor adaptación.

La intervención psicológica orientada a la preparación para intervenciones cruentas (Cruzado & Olivares, 1998; Llanta, Grau & Pire, 1998, Greer & Moorey, 1998), pretende: reducir

la ansiedad, la depresión y las reacciones emocionales desadaptativas, permitiéndole expresar sus temores, dudas, angustias y estados emocionales negativos; fomentar expectativas positivas en torno al tratamiento que faciliten la colaboración durante todo el proceso terapéutico, y la adherencia a los mismos; promover el control personal y la participación activa, desarrollar estrategias de solución de problemas para manejar mejor su circunstancia, iniciar el entrenamiento en técnicas psicológicas que minimicen efectos asociados a la patología y la intervención, mantener un nivel de información adecuado a las necesidades del paciente, facilitar la comunicación con su pareja y otros miembros de la familia así como la elaboración de afrontamientos individuales eficaces.

La cirugía es, generalmente, una de las primeras armas terapéuticas contra el cáncer y requiere de preparación psicológica para el paciente y la familia. En la fase pre-quirúrgica, se hace necesaria la exploración de miedos y preocupaciones a la muerte o al no despertar, a la anestesia, temor a perder el control; daño corporal (imagen corporal) y posible discapacidad funcional; a los efectos postoperatorios: dolor, malestar, reducida capacidad para la actividad física y la ambulación; la incapacidad para reasumir los roles sociales deseables: actividades recreativas, deberes familiares y ocupaciones; aspectos asociados a la condición médica a largo plazo, así como perspectivas de próximas intervenciones médicas (quimioterapia, radioterapia, etc.). Con frecuencia estas personas experimentan sentimientos ambivalentes ante el acto quirúrgico, por una parte la operación representa la posible recuperación de la salud, y por otra parte, constituye fuente generadora de miedo e incertidumbre ante la probabilidad de éxito, y las posibles complicaciones y mutilaciones. La intervención psicológica en este sentido tiene como objetivo general minimizar el impacto estresor de la cirugía brindando apoyo psicológico e información a los pacientes y fomentando estrategias para hacer frente a las demandas, tanto externas como internas, que surgirán a partir de ese momento. Las consecuencias psicológicas de la cirugía mutilante, se manifiestan en reacciones emocionales de ansiedad, ira, culpa, depresión, trastornos de la imagen corporal, disfunción sexual, disminución de las relaciones sociales, baja autoestima, temor al rechazo, al abandono y lástima, dificultades en la reinserción laboral y dependencia extrema, por lo que la preparación psicológica pre y postquirúrgica es esencial en estos casos.

Las técnicas empleadas en la fase postquirúrgica han sido: la información, la toma de precauciones, la exposición gradual a los resultados de la cirugía, ejercicios de rehabilitación, la relajación con imaginación guiada, el ajuste de la imagen corporal, el manejo del tiempo en forma eficaz, la búsqueda de vías de ayuda, el uso de grupos de apoyo.

El incremento actual de las tasas de supervivencia en cáncer se debe fundamentalmente a intervenciones médicas, tales como quimioterapia y radioterapia (Burish & Carey, 1986); sin embargo, estos no dejan de tener consecuencias negativas en el bienestar y calidad de vida de los pacientes y familiares por los efectos secundarios que provocan (Reed, 1989; Cruzado & Olivares, 1998), siendo crucial la intervención psicológica para la prevención y manejo de náuseas y vómitos anticipatorios, de alteraciones en la imagen corporal, la reducción de la ansiedad ante estos tratamientos, así como el manejo de la anorexia, del dolor, del insomnio y de trastornos sexuales. El desarrollo alcanzado en técnicas y procedimientos psicológicos, especialmente en los derivados del enfoque cognitivo-conductual, permite disminuir estos síntomas y molestias en los pacientes.

Las náuseas y vómitos anticipatorios como respuestas aprendidas, si no son controladas adecuadamente, pueden producir un deterioro general de la calidad de vida del paciente. Las técnicas psicológicas más usadas han sido: la reestructuración cognitiva, la relajación con imaginación guiada, la solución de problemas y el rescate de ocupaciones gratificantes.

El 80 % de los pacientes con cáncer, requieren a lo largo de su evolución recibir uno o más ciclos de radioterapia, enfrentando efectos secundarios como: enrojecimiento de la piel, náuseas, vómitos o diarreas (tumores de abdomen y pelvis); esterilidad (tumores del sistema genitourinario), pérdida del cabello (tumores cerebrales). La intervención psicológica en radioterapia tiene como objetivo ofrecer una información preparatoria y retroalimentación (antes, durante y después del tratamiento), reducir estados emocionales negativos y disminuir el nivel de activación con técnicas de relajación, desahogo emocional, rescate de actividades gratificantes, reestructuración cognitiva, fomento del sentido de control, adecuación de estilos de afrontamiento.

Se conoce que al momento del diagnóstico y en estadíos intermedios, del 30 al 45 % de los enfermos experimenta dolor moderado a severo (Daut & Cleeland, 1982), mientras que cerca del 75 % de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor. El dolor no tratado o tratado inadecuadamente disminuye la actividad, el apetito y el sueño del paciente, puede debilitar aún más su estado general y tiene un impacto psicológico devastador. Estos pacientes sufren reacciones emocionales y pierden frecuentemente la esperanza, asumiendo que el dolor anuncia el progreso inexorable de la temida enfermedad. El enfoque que prevalece actualmente en el tratamiento psicológico del dolor es el cognitivo-conductual. Los métodos empleados con mayor éxito en pacientes con cáncer son: la información y educación preparatoria (especialmente ante procedimientos cruentos de diagnóstico o de tratamiento), la relajación y las terapias cognitivo conductuales, que incluyen técnicas de modificación de conducta, de desarrollo de afrontamientos y de control atencional (distracción). Los procedimientos de visualización e imaginería, de respiración y de musicoterapia han resultado particularmente valiosos; en algunos casos son necesarios procedimientos de psicoterapia breve dirigidos a esclarecer conflictos personales o a modificar interacciones con la familia (Grau, Llantá & Martín, 2003).

Según Pilar Arranz y Cols (2003) las principales tareas del psicooncólogo y el resto del personal del equipo para cumplir con los objetivos terapéuticos, deben ser: identificar síntomas somáticos y/o alteraciones psicológicas que son percibidos por el paciente como una amenaza importante; compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas; detectar y potenciar, en la medida de lo posible, los propios recursos del enfermo; aumentar en lo posible su percepción de control sobre su situación y los síntomas; evitar que se cronifique y se convierta en patológica la presencia de determinados estados de ánimos como: ansiedad, depresión y hostilidad; en los pacientes adaptados a su situación, prevenir la aparición de los estados de ánimos señalados anteriormente; emplear otras estrategias como: la información, la distracción, la reevaluación cognitiva, la relajación, entre otras.

Además del paciente, debe prepararse psicológicamente a la familia y al propio equipo de salud (Grau, Chacón, 2003). El cáncer puede hacer que la familia se mantenga unida en una problemática común, se requiere de mucho empeño por parte de sus miembros para poder adaptarse (Bayés, 1991; Chacón y Grau, 1999; González, Chacón, 2003; Chacón, Grau, 2003). El diagnóstico, los tratamientos, la posibilidad de recaídas y la posible evolución hacia un

estadio terminal de un ser querido se convierte en fuente generadora de intenso sufrimiento, la reestructuración de roles y funciones; propiciando la aparición de alteraciones y nuevas necesidades como: agotamiento físico y/o emocional, depresión, ansiedad, consumo abusivo de determinadas sustancias dañinas para la salud (alcohol, tabaco, comida, etc.), trastorno del sueño, del apetito, reacciones fóbicas, conductas dependientes, problemas laborales, sentimientos de culpa, desesperanzas, conductas de rechazo (Chacón y Grau 1999; Llantá, Massip, Ramos y cols., 2003; Chacón, Grau, 2003). Las intervenciones psicológicas deben tener en cuenta los recursos de la familia y valerse de esta como un gran sistema de apoyo, que pueda contribuir al restablecimiento del equilibrio perdido; de aquí la necesidad de interactuar armónicamente con ella, formando un solo equipo de trabajo entre la familia y los profesionales, donde cada profesional aporte los elementos de su disciplina en la toma de decisiones (Doyle, 1987; Chacón y Grau, 1999; Llantá, Massip, Ramos y cols. 2003; González, Chacón, 2003; Chacón, Grau, 2003). La intervención para prevenir y/o tratar alteraciones psicológicas tiene por objetivo potenciar los recursos de la familia y disminuir su vulnerabilidad; suelen ser empleadas: la terapia cognitivo-conductual, el manejo y expresión de emociones, comunicación asertiva, adecuación del proceso de información, etc. Las tareas fundamentales son: minimizar el impacto emocional del diagnóstico y los tratamientos, prevenir las crisis de claudicación familiar, manejo adecuado de la conspiración del silencio, elaboración del duelo, entre otras.

En la pareja se puede producir una alteración de su dinámica interna, comunicación, expresiones afectivas y sexualidad. Es importante desde un inicio estimular la expresión adecuada de emociones y sexualidad; no olvidar que esta constituye una preocupación para estos pacientes y un desafío para los profesionales que atienden a estos enfermos, al tratarse de un tema que irrumpe en su intimidad y está relacionado con sus valores personales. Raras veces hay que llegar a la terapia sexual propiamente dicha; resolviéndose la mayoría de los problemas con consejería y orientación psicológica breves (Barbat & Grau, 2003).

- Rehabilitación psicosocial del enfermo oncológico aparentemente controlado.

- Atención psicológica al enfermo terminal y su familia. Prepara al paciente y a la familia cuando la muerte es inevitable; y las respuestas de duelo de los familiares, después de la pérdida.

- Prevención y control del estrés laboral y del desgaste profesional en los equipos de atención al paciente. La atención psicológica al personal de salud que se encuentran en constante contacto con el sufrimiento humano es condición indispensable para la prestación de servicios con calidad al paciente. Algunas medidas pueden ser instrumentadas por el psicooncólogo en el trabajo con los equipos para prevenir y manejar las manifestaciones incipientes de este "síndrome" (Grau, Chacón, 1998; 1999; Chacón, 1999; Chacón, Grau, 2003). Las principales intervenciones se realizan a niveles: individual, interpersonal e institucional, con el uso de técnicas para el control del estrés y mejorar la comunicación y el trabajo en equipo: técnicas de relajación, solución de problemas, uso racional del tiempo, optimización de la comunicación, asertividad, búsqueda de apoyo social, fomento de afrontamientos orientados a la solución de problemas, entre otras.

1.4 Cáncer cérvico-uterino

Panorámica mundial

El cáncer representa la décima parte de la mortalidad total del mundo y la segunda causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo (Ministerio de Salud Pública, 2004). Su incidencia lejos de disminuir va en aumento. Se estima que para el 2015 aportará el 54% de las defunciones totales (Holland, 2003).

En nuestro país desde 1958 constituye la segunda causa de muerte para todos los grupos etarios y la primera en pacientes comprendidos entre 15 y 64 años. Actualmente se diagnostican más 28000 casos nuevos y fallecen más de 18 000 personas por esta causa, representando el 23,1 % del total de muertes. Aunque esta enfermedad es más frecuente en el hombre, en el grupo de edad de 25 a 50 años, las mujeres presentan tasas de incidencia más altas debidas fundamentalmente a los cánceres ginecológicos (Ministerio de Salud Pública, 2004).

En este sentido, el cáncer cérvico-uterino constituye el segundo cáncer más frecuente después del cáncer de mama (Bosch, Lorincz, Meijer, Muñoz & Shah, 2002), la primera causa de muerte por tumores malignos en mujeres entre 25 y 64 años de edad a escala mundial y el 25% de los cánceres ginecológicos (Sarduy, 2012). En el 2010 representó la quinta causa de muerte en mujeres cubanas (Ministerio de Salud, 2010).

La palabra cáncer es griega y significa “cangrejo”. Se dice que el cáncer avanzado adopta una forma abigarrada y con ramificaciones similar a la de un cangrejo marino. Es una enfermedad grave y compleja, cuya evolución y pronóstico dependen de la etapa de presentación, pero con fundamentos biológicos comunes: crecimiento anormal e incontrolado de células que pueden invadir los tejidos adyacentes y originar metástasis, poniendo en peligro la vida del paciente (Grupo Madrileño de Psicooncología, 2001).

El útero constituye una parte insustituible del sistema reproductivo de la mujer, es un órgano hueco, en forma de pera invertida, donde se desarrolla el feto, mientras que el cérvix es el cuello del útero, es la zona inferior del útero que se encuentra en la parte superior de la vagina (Ahumada, Aliaga & Bolívar, 2001).

El cáncer cérvico-uterino puede presentarse con tumores benignos (pólipos, quistes o verrugas genitales), que rara vez ponen en peligro la vida de la paciente y no invaden los tejidos cercanos; o malignos, que pueden invadir otros tejidos y órganos cercanos y causar la muerte si no es diagnosticado y tratado a tiempo. Se reconocen en su evolución cuatro estadios (Bookman, 2000; Burnett, 2000; Zanetta, 1999):

Estadio I: ubicado en el cuello del útero.

Estadio II: se extiende más allá del cuello sin llegar a la pared de la pelvis, afecta la parte superior de la vagina.

Estadio III: se extiende a la pared pelviana y al tercio inferior de la vagina.

Estadio IV: se extiende a la vejiga urinaria y al recto, incluye diseminación con metástasis.

La mayor parte del tiempo, el cáncer cervical inicial es asintomático. Empieza creciendo lentamente, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como displasia, durante el cual aparecen células anormales precursoras del cáncer, que no causan molestias; sin embargo cuando se realiza la citología de manera oportuna es posible detectarlas y dar el tratamiento necesario. Estas lesiones no necesariamente evolucionan a cáncer; pero pueden presentarse acompañadas de síntomas como: sangrado vaginal anormal después de la relación sexual o después de la menopausia, emisión frecuente de flujo vaginal de color y olor irregular y períodos menstruales que duran más de lo normal. Cuando se

disemina puede invadir la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Los síntomas del cáncer cervical avanzado pueden ser: dolor pélvico, dolor de espalda, dolor en las piernas, hinchazón en una sola pierna, fracturas o dolor en los huesos, fatiga, filtración de orina o heces por la vagina, inapetencia o pérdida de peso (Jhingran et al., 2008).

La percepción de los síntomas puede activar a la persona en búsqueda de ayuda profesional que dé un diagnóstico certero y las orientaciones pertinentes para abordarlo tenazmente. Siendo la vida uno de los bienes más preciados, y la salud indispensable para poder disfrutarla, la lucha por la supervivencia ante la enfermedad debe prevalecer.

Para detectarlo se debe recurrir a exámenes médicos, entre estos el más empleado es el test de Papanicolaou, el cual debe su nombre a su creador Gregorio Papanicolaou, médico griego pionero en citología y en la detección temprana del cáncer. Desde hace 30 años este examen es el más utilizado en todo el mundo y no duele. Consiste en la observación y análisis de una muestra tomada al raspar suavemente el cuello uterino, con el fin de recoger células y observarlas a través de un microscopio para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. Debe realizarse anualmente a toda mujer desde que ha iniciado su actividad sexual hasta los 65 años para garantizar un diagnóstico precoz. Si al hacerla dos veces en el año no se han hallado alteraciones, se realizará cada tres años (Lacrauz, 2003).

Factores de riesgo

En ocasiones es la propia persona quien aumenta las probabilidades de enfermar al desencadenar una serie de comportamientos que constituyen, de por sí, factores de riesgo y que se instauran peligrosamente en su estilo de vida.

En relación a las causas de este cáncer existen muchas interrogantes, no obstante se han identificado algunos factores tales como (Jhingran et al., 2008):

- Mujeres entre 25 y 64 años de edad
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años
- Tener múltiples parejas sexuales: La promiscuidad sexual como conducta irresponsable supone mayor riesgo al sostener relaciones sexuales desprotegidas. El uso del condón durante la relación sexual reduce el riesgo de contraer el virus del papiloma humano (VPH) y otras infecciones de transmisión sexual.
- Tener una pareja con antecedentes de actividades sexuales de alto riesgo: El hecho de tener una pareja estable no nos excluye de estar expuesto a enfermedades de transmisión sexual u otros efectos indeseados, es por tal razón que cada momento de intimidad debe realizarse de manera protegida.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- Infección por virus del papiloma humano (VPH): Actualmente se ha observado que el 99% de los cánceres están relacionados con la infección por el virus del papiloma humano la cual puede producir lesiones en el útero o matriz.
- No haberse realizado regularmente la prueba citológica o test de Papanicolaou siendo el método que más empleado para detectar a tiempo cualquier irregularidad.
- Tabaquismo.
- Sistema inmunológico debilitado

Tratamiento

En cuanto al tratamiento han sido usualmente empleadas: la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Dependiendo del caso serán combinadas o aplicadas particularmente (Braddy, Cooper, Fleming & Mielszkalski, 1996).

La primera alternativa consiste en retirar el tejido anormal o bien el útero en su totalidad así como los tejidos adyacentes, causando en la mayoría de los casos esterilidad y menopausia anticipada, efectos no deseados que afectarán emocionalmente a la paciente (Jhingran et al., 2008).

Mientras que la radioterapia y la quimioterapia suelen provocar náuseas, vómitos, inmunodepresión, anemia, hemorragias y alopecia, este último con un fuerte impacto en la autoimagen y autoestima de las pacientes, las cuales suelen rechazar o abandonar al tratamiento (A. García et al., 2004).

Pese a que su finalidad sea la de controlar la enfermedad y aumentar la esperanza de vida, los tratamientos oncológicos han sido estigmatizados por los efectos adversos que ocasionan, representando una experiencia desagradable en el imaginario colectivo, aún cuando la adherencia a estos continúa siendo una alternativa de respuesta crucial ante el cáncer (Palacios & Vargas, 2011).

1.5 Particularidades de la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer cérvico-uterino.

El padecimiento de una enfermedad crónica no trasmisible suele ser vivenciado negativamente por la pérdida del cuerpo sano y la amenaza que representa para la vida, siendo un evento potencialmente estresante. Si bien el comportamiento de la persona pudo influir como causa de la enfermedad también puede modificarse para facilitar una evolución satisfactoria. En este sentido la adherencia al tratamiento es la expresión fehaciente del control que ejerce sobre la enfermedad, en aras de disfrutar del bien máspreciado: la vida, evitando complicaciones y hospitalizaciones prolongadas con el desgaste físico y emocional que supone tanto para el paciente como para la familia así como el costo que significan para el país (Grau & Martín, 2004).

Existe un vínculo muy estrecho entre el cáncer y la conducta humana. Se ha planteado que el elemento carcinogénico más importante es el comportamiento irresponsable del propio hombre (Bayés, 1991), en el que podemos incluir la adherencia terapéutica deficiente la cual afecta su supervivencia. Galeno (citado en Bayés, 1991) afirmó que las mujeres melancólicas eran más propensas a padecer cáncer que las mujeres que se mostraban activas y seguras de sí misma. Según Temoshock (1972), el Patrón de Conducta Tipo C presente en personas pasivas, que niegan y reprimen sus emociones ante situaciones estresantes aumenta las posibilidades de padecer cáncer y de morir por esta enfermedad. Existen modelos de personalidad predisponentes a la salud que pueden contribuir en la emisión de respuestas adaptativas a la enfermedad en los cuales se observan elementos comunes como el manejo adecuado de emociones, el predominio de emociones positivas, el saber utilizar las vías adecuadas para solucionar los problemas y el optimismo con el que los enfrentan. Entre estos se encuentran la personalidad resistente o fortaleza personal presente en personas que perciben las situaciones nuevas como retos, aumentan sus redes sociales y asumen estilos de vida saludables, son responsables y consecuentes en la toma de decisiones, actúan en función de sus propias metas y valores. También se describe la personalidad autocurativa en individuos

con capacidad de respuesta, equilibrio emocional, seguridad y viveza (Kobaza, Maddi y Kahn, 1993). Se reconoce actualmente que la personalidad, los modos de afrontamiento, el estrés, los comportamientos alimentarios, las conductas de exposición de riesgo a carcinógenos naturales e industriales (tabaco, alcohol, algunos derivados de la industria petroquímica, bronceado excesivo al sol) y determinadas conductas sexuales son los factores que determinan el origen y/o progresión de la enfermedad (American Cancer Society, 1994; Arranz, Lara & Pérez, 1994; Bailey, Heller & Pattison, 1992; Bayés, 1991; Grau, 2001; Holland, 1996).

Si bien el comportamiento de la persona puede influir en la aparición o desarrollo de la enfermedad; se ha planteado que la adopción de estilos de vida saludables puede salvar más vidas que cualquier tratamiento oncoespecífico (Cassileth, 1995; Chacón, Grau & Llantá, 1996; Grau, Llantá & Pire, 1998; Holland, 1998).

En nuestro país los pacientes pueden acceder de manera gratuita a los servicios médicos, lo que resulta una importante ventaja ya que se respeta el derecho de todos a recibir atención médica y a que se proteja su salud como bien declara la Constitución de la República de Cuba (Camacho, Chacón, Grau, Rodríguez Hurtado & Romero, 1996)

La mayoría de los tratamientos para combatir el cáncer son brindados en centros especializados, son supervisados lo que supone menores dificultades ya que no son autoadministrados aunque es el paciente quien decide acudir o no para recibir el tratamiento, presentarse en las consultas programadas e incorporar al estilo de vida hábitos saludables y abandonar los perjudiciales (Díaz-Rubio, 2000).

Para tratar la enfermedad se han empleado tres variantes: cirugía, quimioterapia y radioterapia, las cuales pueden ser combinadas o aplicadas independientemente (Braddy, Cooper, Fleming & Mielszkalski, 1996).

La quimioterapia y la radioterapia se orientan por varios ciclos que deben ser completados. Pueden provocar náuseas, vómitos, inmunodepresión, anemia, hemorragias y alopecia, este último con un fuerte impacto en la autoimagen y en la autoestima de las pacientes (A. García et al., 2004). En este sentido, la percepción de efectividad o de toxicidad puede afectar la adherencia (Banna et al., 2010), así como pudieran hacerlo las barreras o los beneficios percibidos (E. Ortiz & M. Ortiz, 2007).

Si la cirugía fuera necesaria traería consigo mutilaciones no visibles como la pérdida de un órgano altamente valorado por su importancia en la maternidad (Noller, 2012) y si esta constituía una necesidad insatisfecha hasta el momento de la intervención, generará sufrimiento y frustración. La pérdida como impronta puede devenir en creencias que podrían generar inseguridad y temor a ser rechazadas, despreciadas o abandonadas por su pareja, por lo que los primeros acercamientos sexuales estarán orientados, más allá de la búsqueda de satisfacción sexual, a experimentar la aceptación de su cuerpo por parte de su compañero. Al recibir la respuesta deseada, en este caso el apoyo de su pareja, se sentirá más segura para enfrentar la enfermedad (Rodríguez Arce, 2008).

Las representaciones que el paciente tenga sobre la enfermedad y su tratamiento, coincidan o no con las indicaciones del médico, determinará su conducta ante la enfermedad, y en consecuencia, afectará las tasas de adherencia, (Meichenbaum & Turk, 1987; Sarafino, 1990).

Un ejemplo ilustrativo sería la representación mental sobre el cáncer como enfermedad estigmatizante, persistiendo la creencia popular de que quien la padezca morirá

irremediamente, haciendo crecer el temor hacia esta y la percepción de que los esfuerzos para combatirla son inútiles (Suárez, 2002). Es importante tener en cuenta que el carácter estigmatizante de las enfermedades no deviene solo de sus características, sino también de las creencias que tiene la población sobre ellas (Cohen, 1979).

Cuando se diagnostica cáncer, la persona debe enfrentar la incertidumbre de si el tratamiento es para curar o tan solo para prolongar la vida o ¿por qué el tratamiento que la debe aliviar la hace sentir tan débil y enferma? (Ehrenzweig, 2007).

Pese a que su finalidad no sea más que la de controlar la enfermedad y aumentar la esperanza de vida, los tratamientos oncológicos han sido estigmatizados por los efectos adversos que ocasionan, representando una experiencia desagradable en el imaginario colectivo. La adherencia continúa siendo una alternativa de respuesta crucial ante el cáncer, la cual puede ser afectada por las creencias que tiene el paciente sobre el tratamiento (Palacios & Vargas, 2011). Si es consciente de su enfermedad, de la importancia del tratamiento y de los riesgos que implicaría abandonarlo, si a pesar de sus efectos indeseados cree que cumpliéndolo correrá menos peligro, y cree que es capaz de hacerlo, es posible que se adhiera al tratamiento, exhibiendo conductas tales como asistir puntualmente para recibir la quimioterapia y continuar hasta completar el ciclo, lo cual se relaciona con una alta autoeficacia (Avorn, Partridge, Wang & Winer, 2002).

La motivación también es crucial, si está basada en el deseo de vivir refleja el optimismo con que el paciente asume su situación lo cual tiene un efecto positivo sobre la adherencia, en cambio puede deprimirse y hacerlo más vulnerable si está basada en el miedo a la enfermedad y a la muerte (Roca, 2000).

Se ha hablado de la posible relación entre los afrontamientos a la enfermedad y la adherencia, siendo frecuentes ante el cáncer, la negación, la búsqueda de apoyo social y la planificación (Suárez, 2002).

El optimismo disminuye el estrés y aumenta la percepción de bienestar y las esperanzas de poder controlar las recaídas y de sobrevivir a la enfermedad (Lützén & Ramfelt, 2005).

Si el paciente goza de una alta autoestima, si cree que es capaz de adherirse y confía en sí mismo, en su capacidad para hacerle frente a la enfermedad, entonces es probable de que emprenda las acciones necesarias para sobreponerse (Roca, 2000).

Las bajas tasas de adherencia han sido frecuentemente asociadas a la *depresión* (Fisher, Goldney, Phillips & Wilson, 2004). El paciente sufre el impacto de la enfermedad la cual percibe como una amenaza para su vida, sufre además los efectos indeseados del tratamiento que afectan la autoimagen, por lo que tienden a subvalorarse y tener baja autoestima (Cao, 2005). También son frecuentes los sentimientos de inferioridad, culpa o vergüenza al padecer cáncer en algún órgano del sistema reproductor, ante los cuales suelen aislarse, evitando el contacto con los demás, las consultas de seguimiento o las visitas al hospital para recibir el tratamiento (Rodríguez Arce, 2008). En este sentido, puede que intente cumplir el tratamiento si se siente culpable de su enfermedad, por ejemplo al contraer el virus del papiloma humano al tener relaciones sexuales desprotegidas.

Otra variable a considerar son *las experiencias previas de cumplimiento o incumplimiento*. Puede desarrollar una actitud a favor de la adherencia basada en la experiencia anterior, en el impacto de esta en la esperanza de vida; o bien pudiera continuar incumpliendo por temor a enfrentar los efectos secundarios (Bayés, 2000).

En torno a la relación entre el profesional de la salud y el paciente se reconoce la necesidad de mantener una comunicación tan abierta como sea posible, teniendo en cuenta qué desea saber y la información que es capaz de tolerar (Latimer, 1990). Al comunicarle un diagnóstico o pronóstico desfavorable, estas malas noticias modifican las expectativas que tenía en torno a su futuro, y hacen consciente la probabilidad de muerte. El médico debe estar dispuesto a negociar con el paciente y aceptarlo como un colaborador en la búsqueda de curación o alivio, donde persista la empatía y la transmisión honesta del mensaje alentador: no estás solo, estamos contigo, te aceptamos tal y cual eres, ya que tiende a perder el ansia de vivir y se deprime hasta asumir una actitud derrotista, en la que deja de combatir la enfermedad abandonando el tratamiento (Jinish, 1993). En este sentido, el médico debe persuadirlo, convenciéndolo de que se puede vivir con su enfermedad, compensándolas con otras acciones beneficiosas para la salud. Una buena comunicación le permita conocer, comprender y comportarse ante su padecimiento. Las actitudes de juez y de rechazo menoscabarán su autoestima y lo alejarán del tratamiento correcto. Aceptarlo será una importante premisa para que igualmente acepte la ayuda que se le está prestando, y sea más receptivo ante las recomendaciones, siendo importante el apoyo que se le brinda y la percepción de este por parte del enfermo (Rodríguez Arce, 2008). Si se siente satisfecho con la atención médica recibida, la adherencia es mejor (Camacho, Chacón, Grau, Rodríguez Hurtado & Romero, 1996).

El apoyo social puede incrementar o disminuir este proceso (Suls, 1982). Si el paciente cuenta con una amplia red de apoyo, tiene mayores probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menos apoyo social, con disfuncionalidad familiar o aislamiento social (Becker y Rosenstock, 1984; Di Matteo & Friedman, 1989; Di Mateo & Di Nicola, 1982; Kirscht & Rosenstock, 1979). También parece determinante la cohesión familiar (Consedine, Hershman, Magai & Neugut, 2007), mientras que la conspiración del silencio lejos de proteger limita su participación en la toma de decisiones relacionadas con su enfermedad, conduce además al desconocimiento y por tanto a la poca implicación con el tratamiento, además de enfrentar el riesgo que implica la ausencia de esfuerzos para enfrentarla.

El apoyo social puede interferir con la adherencia (Suls, 1982), si las prescripciones van contra las pautas de conducta de la familia, existirá la tendencia a reforzar el abandono de las mismas. También puede aumentar la dependencia o perpetuar el rol de enfermo (Di Matteo & Hays, 1981, citados en Ferrer, 1995).

Por su importancia en el estudio de la adherencia desde el Enfoque Histórico Cultural, serán consideradas las vivencias de estas pacientes en relación a la enfermedad y al tratamiento. Nos aproximaremos a su realidad sabiendo que lo más importante no son las situaciones en sí sino la manera particular en que cada persona las vivencia (Vygotski, 1996, citado en Arias, 2005).

Capítulo II. Diseño Metodológico

Se presenta en el capítulo una investigación descriptiva de corte transversal en coordinación con el Hospital Oncológico de Matanzas en el período comprendido de septiembre a octubre del 2013.

Procedimiento Metodológico

A continuación se presenta el procedimiento llevado a cabo en el presente estudio:

Etapas 1

1. Revisión de la literatura disponible con actualización sobre la temática que se investiga.
2. Elaboración del diseño de investigación

Etapas 2

1. Valoración con el personal médico y pacientes de la importancia del estudio, solicitud de consentimiento para la realización del estudio. (Anexos 11 y 12)
2. Selección y aplicación de métodos y técnicas para la recopilación de la información.
3. Análisis de los resultados por métodos y técnicas e integración de los resultados.

Etapas 3

1. Elaboración de las conclusiones y recomendaciones.
2. Presentación de los resultados de este trabajo.
3. Elaboración del informe final

Clasificación de la investigación.

Según el criterio de profundidad del conocimiento que se pretende obtener: una investigación descriptiva.

Según el criterio de alcance temporal: investigación transversal.

Según el criterio de la naturaleza de los datos: investigación cualitativa.

Unidades de estudio, universo y muestra.

Quiénes: Pacientes con cáncer cérvico-uterino.

Dónde: Hospital Oncológico de Matanzas.

Cuándo: Período comprendido entre el 5-9-2013 y 30-10-2013.

Universo: 17 pacientes con cáncer cérvico-uterino de la provincia de Matanzas.

Muestra: 6 pacientes que representan el 35% del universo.

Unidades de estudio: Cualquier paciente que cumpla con los criterios mencionados.

La muestra fue seleccionada de forma intencional teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Tener diagnóstico de cáncer cérvico-uterino y haber recibido la orientación del tratamiento hace más de un año.
2. Vivir en la provincia de Matanzas en el momento de la investigación.
3. No presentar enfermedades que estén funcionando a nivel deficitario o psicótico en el momento de la investigación.
4. Mostrar el principio de voluntariedad.

Criterio de exclusión:

1. Pacientes que en el momento de la investigación se encuentran en etapa terminal de la enfermedad.

Métodos y procedimientos para el procesamiento y el análisis de la información.

Métodos

Método rector: Se adopta el método filosófico dialéctico-materialista como instrumento de análisis general en el proceso de investigación teniendo en cuenta sus leyes y categorías.

Métodos teóricos:

Análisis y síntesis: Se analizan las unidades de estudio de manera individual (análisis), pero también se establecen tendencias y regularidades de todos los elementos estudiados con la ayuda de la Estadística (síntesis).

Inducción-deducción: En la revisión bibliográfica y en los procesos de análisis establecidos en las unidades de estudio se hacen valoraciones de lo general a lo particular (deducción) y de lo particular a lo general (inducción).

Histórico-lógico: En la elaboración del marco teórico-conceptual se tuvo en cuenta este método. Para facilitar la comprensión del tema abordado se presentó la información siguiendo una secuencia histórica con la lógica necesaria.

Sistémico: Al establecer valoraciones correlacionales entre algunas variables, se está reconociendo lo sistémico, al aceptar o teorizar, que determinadas variables pueden encontrarse relacionadas, aún cuando no por esto se establezcan relaciones de causalidad.

Métodos empíricos y técnicas utilizadas.

Entrevista en profundidad: Permite abordar diferentes áreas (familiar, escolar-laboral, personal, de relaciones interpersonales, de relaciones sexuales y de pareja) en un promedio de 4 a 5 sesiones, adaptándose a las particularidades de cada paciente. (Anexo No.3)

Entrevista semi-estructurada: Complementa el cuestionario que valora la adherencia terapéutica y algunas variables asociadas, por lo que está orientada a profundizar en los componentes de la adherencia, experiencias previas con la enfermedad, la severidad percibida, conocimientos sobre la enfermedad, creencias en torno al tratamiento, autoeficacia percibida, atribuciones causales sobre la enfermedad, el apoyo social recibido, la comunicación médico-paciente, comprensión de las orientaciones médicas, satisfacción con la atención médica recibida y posibilidad de cubrir los gastos que puede implicar el seguimiento del tratamiento. (Anexo No.2)

Observación participante: Permite recoger información acerca del comportamiento de la adherencia terapéutica así como enriquecer y contrastar la información obtenida a través de la comunicación directa con las pacientes estudiadas mediante las entrevistas y los instrumentos aplicados. Implica una interacción entre estas y el investigador, en donde el grado de participación de ambos está en función de los objetivos de la investigación propuesta. (Anexo No.1)

Cuestionario para valorar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer cérvico-uterino: Consta de 12 preguntas, la primera aborda los tres componentes de este proceso, para dar salida al objetivo 2, mientras que el resto aborda algunas de las variables asociadas a este proceso. (Anexo No.8)

Cuestionario de Modos de Afrontamiento: Elaborado por Lazarus y Folkman (1984) aborda los afrontamientos que las personas emplean ante situaciones valoradas como estresantes, los cuales pueden estar centrados en el problema o en la emoción. Se emplea para conocer los afrontamientos de las pacientes estudiadas ante su enfermedad. (Anexo No.7)

Inventario de autoestima de Coopersmith: Esta técnica se emplea para conocer el nivel de autoestima de las pacientes estudiadas. (Anexo No.4)

Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE): Este instrumento fue creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1966) con el propósito de disponer de una escala relativamente breve y confiable para medir dos dimensiones básicas de la ansiedad: como estado (estado transitorio que se manifiesta ante situaciones estresantes) y como rasgo (propensión relativamente estable a presentar ansiedad). Es una de las pruebas más utilizadas para evaluar la ansiedad, en personas aparentemente sanas, en pacientes psiquiátricos y también en personas con enfermedades crónicas. Se emplea para valorar este estado en las pacientes estudiadas.

•Inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): Este instrumento fue creado por Grau, Martín y Ramírez (1989) para evaluar la depresión: como estado (estado emocional transitorio que se manifiesta ante situaciones estresantes o pérdidas recientes) y como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). Es especialmente útil en personas con enfermedades crónicas ya que la escala estado identifica síntomas depresivos que pueden afectar la adherencia al tratamiento. Se emplea para valorar este estado en las pacientes estudiadas. (Anexo No.5)

Test de completamiento de frases de Rotter (1949): La persona debe responder con asociaciones libres las frases que se les presentan por escrito, aproximándonos a las necesidades, conflictos y preocupaciones de las pacientes estudiadas. (Anexo No.6)

•Técnica de los Diez Deseos: Permite conocer las necesidades de las pacientes así como la importancia conferida a cada una de ellas. (Anexo No.9)

•Dibujo de una persona: También conocido como dibujo de la figura humana fue creado por Karen Machover en 1949. Es una técnica proyectiva, de expresión gráfica que se utiliza para evaluar la personalidad del sujeto, nos brinda información referida a sus necesidades y conflictos. (Anexo No.10)

Definición de términos y variables utilizadas en la investigación.

Cáncer cérvico-uterino: Es el crecimiento anormal de células malignas en el cuello uterino, que es el canal que conecta al útero con la vagina (Sarduy, 2012).

Adherencia terapéutica: Una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por Di Matteo y Di Nicola (1982), quienes la entienden como “la implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.

Factores influyentes: Son factores que pueden obstaculizar o favorecer la adherencia terapéutica como: factores socioeconómicos y demográficos, relación entre el profesional de la salud y el paciente, características de la enfermedad y del tratamiento, apoyo social y particularidades del paciente (OMS, 2004).

Libertad Martín (2009b) considera que la adherencia consta de tres **componentes:**

-La relación entre el médico y el paciente: se manifiesta en la relación de colaboración entre el médico y el paciente, en la que debe ser receptivo para poder esclarecer las inquietudes del segundo, que éste exprese sus preocupaciones y se interese por conocer su enfermedad, los tratamientos, sus efectos y modos para realizarlos, el profesional debe transmitirle apoyo, comprenderlo empáticamente velando por su bienestar y llegar a un acuerdo respecto al tratamiento, precisando los aspectos relacionados con la realización del mismo.

-La implicación personal: se expresa cuando el paciente conoce y acepta su enfermedad, el tratamiento, considera que este es necesario para ejercer control sobre su padecimiento y aumentar la esperanza de vida, se ha adaptado al cambio de roles y actividades a partir del diagnóstico, y ha realizado una búsqueda activa de información para facilitar su afrontamiento a la enfermedad y toma de decisiones terapéuticas.

-El cumplimiento del tratamiento: se evidencia en la realización de esfuerzos personales que demandan las acciones comprendidas en este proceso, es decir, poner en práctica las orientaciones médicas, tanto las relacionadas con el tratamiento medicamentoso como con las modificaciones en su estilo de vida.

Componentes de la adherencia: se consideraron tres componentes, los cuales pueden ser evaluados a partir de la entrevista semi-estructurada y el cuestionario antes mencionado, particularmente la pregunta 1. Los componentes son: implicación personal (ítems: a, b, c, d, h); relación transaccional entre el profesional de la salud y el paciente (ítems: e, j) y cumplimiento del tratamiento (ítems: f, g, i, k, l, m).

Niveles de adherencia:

Total: cuando los tres componentes se manifiestan adecuadamente (el paciente está implicado con el tratamiento, mantiene una adecuada relación con el profesional que lo asiste, y cumple totalmente el tratamiento).

Parcial: cuando al menos uno o dos componentes se manifiestan adecuadamente.

No adherencia: cuando ningún componente se manifiestan adecuadamente.

Se identifican mediante la evaluación cualitativa valiéndonos de la información arrojada por la entrevista semi-estructurada y las respuestas dadas a la primera pregunta del cuestionario, en este último cada componente está representado por un conjunto de ítems; en el primer caso cuando todas las respuestas indican siempre, en el segundo cuando la mayoría de las respuestas indican siempre y/o casi siempre; y en el tercer caso cuando la mayoría de las respuestas indican pocas veces y/o nunca.

Factores influyentes: se consideraron variables significativas asociadas al comportamiento de la adherencia según los factores citados en la bibliografía. Se asumió el término “influyentes” empleado por la OMS (2004) para indicar aquellos que pueden favorecer u obstaculizar este proceso.

Consideraciones éticas: Para realizar la investigación contamos con la autorización de la dirección del Hospital Oncológico de Matanzas, el apoyo incondicional de la Dr. Diana Rosa Ramos Jiménez y el Dr. Eduardo Santiesteban Álvarez así como con el consentimiento de las pacientes incluidas en la muestra. La información debelada será manejada de manera confidencial, respetando la privacidad de los involucrados.

Operacionalización de las variables estudiadas.

Variables	Cuestionario creado por la autora.	Descripción
Adherencia terapéutica variable dependiente cualitativa nominal -Total -Parcial -No adherencia	Pregunta 1. Cuando: - los tres componentes se manifiestan totalmente. - solo dos componentes se manifiestan totalmente. - solo un componente o ninguno se manifiestan totalmente	-todas las respuestas indican siempre -la mayoría de las respuestas indican casi siempre -la mayoría de las respuestas indican pocas veces o nunca
Severidad percibida	Pregunta 2. Considera que la enfermedad es -Grave -Poco grave -Nada grave -No pienso en eso Pregunta3. -Grave -Poco grave -Nada grave	Si marca los incisos a) b) c) d) Si marca los incisos a),b),d) c) e)
Conocimiento sobre la enfermedad	Pregunta 4. -No posee conocimientos sobre la enfermedad. -Posee conocimientos sobre la enfermedad.	Si marca los incisos a), c) b), d)
Creencias en torno al tratamiento	Pregunta 5. -Como beneficio -Como barrera	Si marca los incisos a), b), d), e), f), g) c) h)
Autoeficacia percibida	Pregunta 7. -Presente -Ausente	Si marca los incisos a), b) c)

Atribuciones causales sobre la enfermedad	Pregunta 8. -Verdaderas -Falsas	Si marca los incisos c) a), b)
Apoyo social	Pregunta 9. -Suficiente -Medianamente suficiente -Insuficiente	Si marca los incisos a) b) c)
Comunicación médico-paciente	Pregunta 10. -Adecuada -Inadecuada	Si marca los incisos a), b), d), g) c),e), f) ó deja en blanco
Comprensión de las orientaciones médicas	Pregunta 11. -Adecuada -Inadecuada	Si marca los incisos a) b), c)
Satisfacción con la atención médica	Pregunta 12. -Satisfecha -Medianamente satisfecha -Insatisfecha	Si marca los incisos a) b) c)
Posibilidad de cubrir los gastos que puede implicar el cumplimiento del tratamiento	Pregunta 6. -Puede cubrir todos los gastos -Puede cubrir solo una parte de los gastos -No puede cubrir los gastos	Si marca los incisos a) b) c)

Variables	Escalas	Descripción
Autoestima dependiente cualitativa nominal	-Baja -Media -Alta	Si en Cuestionario de autoestima alcanzan una puntuación -inferior a los 12 puntos: personas inseguras, con poca confianza en sí mismas, sus estados emocionales dependen de las exigencias externas, presentan dificultades para relacionarse con los demás. -entre 18 y 13: presentan características de los niveles alto y bajo, sin que existan predominios de un nivel sobre otro. -entre 19 y 24: personas desinhibidas en grupos, presentan estabilidad emocional, confianza en sí mismas, autonomía, relaciones interpersonales favorables, adaptabilidad a los cambios.
Afrontamientos dependiente cualitativa nominal	-Centrados en la emoción -Centrados en el problema	-Las pacientes se esfuerzan en controlar sus respuestas emocionales. -Las pacientes se esfuerzan en dar solución a su problema.
Depresión dependiente cualitativa nominal	-Depresión como estado -Depresión como rasgo	-Estado emocional transitorio que se manifiesta ante situaciones estresantes o pérdidas recientes. -Propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable.
Ansiedad dependiente cualitativa nominal	-Ansiedad como estado -Ansiedad como rasgo	-Estado emocional transitorio que se manifiesta ante situaciones estresantes. -propensión ansiosa relativamente estable.

Cronograma

Tareas de investigación	Fecha de inicio	Fecha de cierre
Revisión bibliográfica del tema	7/4/2013	13/6/2013
Recopilación de la información	5/9/2013	30/10/2013
Organización e informatización de la información recopilada	2/11/2013	23/12/2013
Análisis de la información recopilada	6 /1/2013	20/2/2013
Elaboración de la tesis	24/2/2013	30/4/2013
Presentación de la investigación en la jornada científica		
Auto preparación para la discusión final		
Discusión		

Capítulo 3. Presentación y análisis de los resultados

En el capítulo se presentan los resultados obtenidos con la aplicación y análisis de los métodos y las técnicas (Anexo 13) y se integran los resultados que permiten la caracterización de los pacientes estudiados.

Caso 1

Datos generales

Nombre: A.A.M. Edad: 47 años Sexo: femenino Estado civil: casada

Municipio: Matanzas Nivel de escolaridad: Técnico Medio en Gastronomía

Ocupación: ama de casa Número de hijos: 1

Historia de la enfermedad actual: Refiere que hace un año y tres meses se le detectó cáncer en el cuello del útero en estadio I, a partir de estudios realizados con motivo de los resultados de la prueba citológica. Expresó al médico la necesidad de conocer su verdadero diagnóstico, ya que era la única manera de ayudarse a sí misma y de enfrentar la incertidumbre que genera lo desconocido. Sus reacciones iniciales fueron de tristeza y temor por la amenaza que representa para su vida, movilizando sus recursos personales para enfrentar esta situación a través de la búsqueda de información por medio de la lectura y la comunicación con el médico que la asiste, así pudo conocer características de su enfermedad y de los posibles tratamientos. Finalmente, decidió seguir adelante con la quimioterapia, recomendada por su médico. A causa de los sueros ha perdido levemente su cabello y su peso corporal, aún así continúa con el tratamiento ya que tiene expectativas positivas en torno a su efectividad. Presenta cambios leves en su apariencia, los cuales ha aceptado, se considera una mujer optimista, decidida, sociable, atractiva y deseada. Se sintió frustrada inicialmente al no poder trabajar ya que siente motivada en este sentido y es una persona activa, dicha frustración la ha canalizado a través de metas sustitutas como: superar su enfermedad, disfrutar más tiempo con su familia, en especial, con su nieto, desarrollar habilidades en repostería. Refiere que durante todo este tiempo su familia la ha apoyado, no existen secretos en cuanto a su enfermedad, al conversar sobre ese tema lo hacen con optimismo, alentándola a continuar con el tratamiento.

Antecedentes patológicos personales: no refiere

Antecedentes patológicos familiares: Su abuela materna ya fallecida padeció cáncer de mama, el cual logró superar.

Área familiar: La familia de origen (padres, hermana 3 años mayor, hermano 2 años mayor) aparentemente funcional. Sus padres adoptaron un estilo educativo democrático basado en el amor, la aceptación, la buena comunicación, el respeto, la disciplina, la posibilidad de negociación, el reconocimiento y estimulación de las habilidades individuales, lo cual fue la base para el desarrollo de una adecuada autoestima y de una personalidad madura dada la satisfacción de sus necesidades; estos indicadores se aprecian en la relación con su esposo e hija. Desde los 23 años convive con su esposo y sus padres sin conflictos; mantiene buenas relaciones con estos al igual que con sus hermanos, hija, nieto de 2 años de edad y yerno. Se mantienen en contacto mediante llamadas telefónicas y reuniones familiares para cenar, pasear, apoyarse ante los cambios. La paciente presenta una familia cohesionada que ha atravesado por dos crisis para-normativas por el impacto en la subjetividad individual y la dinámica familiar, primero, del cáncer de seno que padeció y

superó su abuela materna hace 8 años, impronta de la que devienen creencias y expectativas positivas en torno a la efectividad del tratamiento y la supervivencia ante el cáncer presentes tanto en la paciente como en su familia; esta experiencia previa ha reforzado la actitud de A.A.M. ante su enfermedad, siendo esta la segunda crisis de esta naturaleza, ante la cual han orientado sus esfuerzos a la satisfacción de necesidades de alimentación, de afecto, de estimación brindándole apoyo emocional e instrumental. Hace 5 años atravesaron por dos crisis normativas por la pérdida de sus abuelos, ambos adultos mayores. En cada crisis se han mantenido unidos, brindándose apoyo y comprensión, lo cual ha facilitado el afrontamiento a las mismas. La familia no ha desarrollado la conspiración del silencio, en su lugar, abordan y aceptan la enfermedad con expectativas positivas en la efectividad del tratamiento devenidas de la impronta de la abuela materna, reforzando la actitud de la paciente ante el tratamiento.

Área escolar-laboral: En el entorno escolar satisfizo necesidades de interacción social, sintiéndose aceptada y reconocida por el grupo y por los maestros, estableció buenas relaciones con sus coetáneos, algunas de las cuales mantiene en la actualidad. Fue una buena estudiante, disfrutaba de la lectura y de deportes como la natación. Desde pequeña se interesó en la gastronomía la cual proyectó en sus juegos de roles. La motivación y autodeterminación con que asumió esta meta le permitieron alcanzarla y sentirse realizada profesionalmente al ejercerla. Luego de graduarse trabajó en dos instituciones estatales con buenas experiencias. Tres años atrás sus hermanos iniciaron un restaurante, proyecto al cual se unió por mayores comodidades y las buenas relaciones entre ellos, y en el que se desempeñó hasta el diagnóstico, momento desde el cual asumió el cumplimiento del tratamiento con autodeterminación. Superar su enfermedad, pasar más tiempo con su familia, desarrollar habilidades en repostería se convirtieron en metas sustitutas que le permitieron canalizar la frustración generada por este cambio en el estilo de vida.

Área de relaciones interpersonales: Las relaciones de amistad que ha establecido se han mantenido estable, teniendo como base la buena comunicación, la sinceridad y el respeto, cuenta con buenos amigos, dos de ellos una pareja que estudió con ella y que reside en el exterior, estos la han apoyado tanto económica como emocionalmente, aún en la distancia se comunican vía telefónica y la han visitado en varias oportunidades. Le resulta fácil relacionarse, tanto en el trabajo como en la vida diaria, ya que es una persona sociable, desinhibida, solidaria, acepta la ayuda de los demás. Desde que enfermó acepta y reconoce el apoyo de familiares, amigos, pacientes, médico, psicóloga, y enfermeras. Ella también ha constituido una fuente de apoyo para las demás pacientes que como ella reciben tratamiento para superar su enfermedad.

Área personal: La paciente se caracteriza por la autodeterminación y optimismo con que enfrenta los problemas, mostrando estabilidad emocional, adaptabilidad a los cambios y tolerancia a las frustraciones. Su concepción del mundo es positiva, realista y optimista, en ella evidencia su madurez emocional y mental, ejemplo de esto su concepto del medio en que se desarrolla, de la felicidad, de la amistad, de las relaciones de pareja. Tiene una adecuada autovaloración en la que se han desarrollado las funciones valorativa, reguladora y educativa, se conoce y acepta a sí misma, así como acepta su rol de enferma, adaptándose al mismo, presenta autoeficacia, se traza metas de acuerdo con sus posibilidades reales (recuperarse, desarrollar habilidades en repostería) y regula su comportamiento para alcanzarlas, ha

asumido el tratamiento con autodeterminación para recuperarse y realizar proyectos futuros, centrados en sus deseos de vivir, su familia, sus amigos y su trabajo los cuales constituyen sus principales fuentes de motivación; muestra confianza en sí misma, seguridad y una autoestima alta. Su autoimagen no se ha deteriorado sino ajustado a los efectos secundarios vivenciados tales como leve pérdida de peso corporal y cabello, se percibe positivamente, se describe como una mujer optimista, sociable, decidida, trabajadora, presumida y atractiva pese a los cambios que ha provocado el tratamiento, los cuales ha aceptado reconociendo su carácter transitorio. Asume como ideal a su abuela materna por la constancia y optimismo con que enfrentó y logró superar el cáncer, ambos modelos han reforzado su actitud ante la enfermedad y el tratamiento. Tiene un locus de control interno, es responsable, decidida y segura de sí misma lo cual evidenció al cortarse el cabello, para adaptarse a su nueva imagen. Se siente realizada como madre, abuela y esposa. Aunque se mantiene optimista se siente preparada para hacerle frente a cualquier cambio relativo a su enfermedad.

Área de relaciones sexuales y de pareja: Comienza a tener relaciones de pareja a los 18 años con un compañero de clases, aunque solo duraron 5 meses, el motivo de la ruptura fue que se sintió presionaba por este que deseaba iniciar las relaciones sexuales para las cuales no se sentía preparada, además de que esta no constituía una necesidad que demandara satisfacción inmediata y dada su incomprensión, decidió terminar. Presenta un locus interno, una autoestima alta y un ideal de pareja previamente elaborado, en el que concede mayor importancia a sentimientos y valores en lugar de atributos físicos o materiales, los cuales fundamentan su actitud ante esta primera relación y la búsqueda de una pareja para conformar una relación estable. Refiere tuvo varios enamorados pero ninguno cumplía sus expectativas. A los 21 años conoció a su actual esposo, seis años mayor que ella, quien se correspondía con su ideal de pareja, compartían su amor por la naturaleza, él veterinario de profesión, cariñoso, comprensivo y comunicativo, con el que se casó a los 23 años. Con este tuvo su primera relación sexual a los 8 meses de noviazgo, experiencia que describe positivamente y a la cual accedió por mutuo acuerdo, sintió la necesidad y le resultó agradable. Su pareja ha significado un gran apoyo en todo momento, ha compartido sus alegrías y preocupaciones, un proyecto de vida en común que desea duradero, transitando por crisis tanto normativas como para-normativas sin dificultades, mostrando adaptabilidad a cambios como el nido vacío y su enfermedad respectivamente, existe buena comunicación entre ellos. No presenta conflictos en esta área, ni hipererotismo, mantiene sus deseos sexuales por su pareja, se siente amada, aceptada, deseada y satisfecha sexualmente.

Observaciones generales: Durante las sesiones se mostró relajada, estable emocionalmente, colaboradora, segura al dar sus respuestas, las cuales comentó en ocasiones, no se apreciaron indicadores de ansiedad o depresión. Es presumida, lo cual se evidencia en el cuidado de su apariencia física, maquillaje discreto, uñas pintadas, vestimenta apropiada. Al preguntarle por su futuro se mostraba optimista, expresaba sus deseos de vivir y de disfrutar su familia, su trabajo, compartir con las personas que ama. Tiene buenas relaciones con su pareja, hija, hermanos y padres, son unidos, la apoyan, escuchan, consideran y respetan su criterio. Su compañero es cariñoso con ella, la acompaña a todas las consultas, desde que enfermó compró dos móviles para mantenerse en contacto, lo cual expresa la necesidad de mantener la comunicación entre ellos y el apoyo ante cualquier cambio.

Diagnóstico psicodinámico: Paciente que ha tenido un desarrollo psicológico favorable. Las vivencias positivas durante su infancia así como el apoyo de una familia cohesionada contribuyeron positivamente a su ulterior desarrollo. La personalidad de A.A.M se caracteriza por su madurez, dispone de los recursos personales para afrontar los cambios, lo cual ha evidenciado a lo largo de su vida en su capacidad para enfrentar situaciones estresantes como la enfermedad de su abuela, de su nieto y su enfermedad actual. Presenta estabilidad emocional y tolerancia a las frustraciones, en especial, las devenidas con el diagnóstico de su padecimiento al abandonar el trabajo, las cuales supo canalizar a través de metas sustitutas como superar la enfermedad, compartir más tiempo con su familia y con sus amigos, desarrollar habilidades en repostería y continuar cocinando en el hogar para mantenerse activa. Tiene una amplia gama de intereses (leer, cocinar, nadar, disfrutar de la compañía de su familia y sus amigos), sus intereses profesionales están bien definidos, se especializó en gastronomía, la cual proyectó desde pequeña en sus juegos de roles, ejerció desde su juventud, y espera retomar una vez recuperada. Los motivos rectores de su jerarquía motivacional, tales como su vida, su tratamiento, su familia, sus amigos, su trabajo, la cocina, la lectura, la natación, son de carácter conscientes y regulan su comportamiento; la satisfacción de necesidades superiores, como la necesidad de retomar su trabajo en el que se sentía realizada, se proyecta hacia el futuro, aplazándose dada la insatisfacción de necesidades del nivel primario jerárquicamente priorizadas por su importancia para la supervivencia, tales como la necesidad de superar la enfermedad y de recuperarse, las cuales constituyen necesidades de seguridad, es decir, de estar fuera de peligro y defenderse dada la amenaza y el reto que representa la enfermedad para la vida. Su concepción del mundo es positiva, realista y optimista, en ella evidencia su madurez emocional y mental, ejemplo de esto su concepto del medio en que se desarrolla, de la felicidad, de la amistad, de las relaciones de pareja. Asume como ideal a su abuela materna por la constancia y optimismo con que enfrentó y logró superar el cáncer, ha desarrollado un aprendizaje vicario imitando este modelo que refuerza su actitud ante la enfermedad y el tratamiento. Su autoimagen no se ha deteriorado sino ajustado a estos efectos, presentando una visión positiva de sí misma y una autoestima alta, tiene confianza en sí misma, se acepta tal y como es, acepta las críticas con madurez, tiene un locus de control interno, es responsable, decidida y segura de sí misma lo cual evidenció al cortarse el cabello, para adaptarse a su nueva imagen, se traza metas de acuerdo con sus posibilidades reales (recuperarse, desarrollar habilidades en repostería) y regula su comportamiento para alcanzarlas, todo lo cual sugiere una adecuada autovaloración, la que le ha permitido autodeterminarse en el área personal, laboral, de relaciones interpersonales y de pareja. Su proyección futura está orientada a la satisfacción de necesidades tales como: superar su enfermedad, recuperarse, compartir el futuro con su familia y sus amigos, retomar su trabajo. Ha aceptado su enfermedad desarrollando afrontamientos centrados en el problema, está decidida a continuar con el tratamiento aún cuando ha vivenciado sus efectos secundarios, mostrando adaptabilidad ante los cambios y autodeterminación para enfrentarlos. Ha desarrollado una relación de colaboración con el médico que la asiste decidiendo de conjunto el tratamiento más oportuno, siendo crucial la comunicación adecuada entre ambos la cual le ha permitido comprender las orientaciones médicas y adquirir conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento. Ha asumido la enfermedad como un reto que puede superar con el tratamiento, el cual ha cumplido ininterrumpidamente con autodeterminación. Ha podido contar

con el apoyo de la familia, amigos, pacientes, profesionales de la salud. A partir de lo hasta aquí expuesto se considera que A.A.M. presenta una adherencia total al tratamiento en la que ha podido contribuir disponer de atención y tratamiento médicos gratuitos, la presencia de una amplia red de apoyo social; una adecuada relación con el médico que la asiste; conocimientos sobre la enfermedad; afrontamientos centrados en el problema; aceptación y adaptación a su enfermedad con optimismo; presencia de creencias positivas y actitudes a favor del tratamiento reforzadas por creencias en el tratamiento como beneficio devenidas de la impronta de su abuela materna la cual constituye su ideal en el afrontamiento del cáncer y a partir de la cual ha desarrollado un aprendizaje vicario imitando este modelo. No presenta indicadores de ansiedad ni depresión, presenta estabilidad emocional, alta autoestima, autoimagen ajustada a los efectos secundarios manteniendo una percepción positiva de sí misma.

Diagnóstico psicopatológico: A partir de la observación, la entrevista y del resto de las técnicas se considera que A.A.M. presenta estabilidad emocional, confianza en sí misma, viveza, tolerancia a las frustraciones, adaptabilidad a los cambios, los cuales percibe como retos que puede superar, asume sus objetivos con autodeterminación y optimismo, es una persona activa que orienta su comportamiento a favor de su desarrollo personal, todos estos rasgos de una personalidad autocurativa. No presenta indicadores de ansiedad o de depresión, es poco propensa a padecer estos estados, sus necesidades de sueño, alimentación, sexuales, de relación y de defensa están satisfechas y sin alteraciones.

Caso 2

Datos generales

Nombre: M.C.F.B. Edad: 48 años Sexo: femenino Estado civil: divorciada

Residencia permanente en: Santa Marta Nivel de escolaridad: Preuniversitario

Ocupación: ama de casa. Operadora telefónica nacional e internacional, retirada temporalmente por enfermedad.

Número de hijos: 1

Historia de la enfermedad actual: Paciente a la que se le detectó cáncer cérvico-uterino en estadio I hace un año y 2 meses, a partir de estudios realizados con motivo de los resultados de la prueba citológica. Aun cuando no se le había confirmado, tuvo la necesidad de conocer lo que realmente le sucedía para poder enfrentarlo. Al recibir el diagnóstico recordó la experiencia de su padre, se sintió triste, preocupada por su vida y su futuro, sintió la necesidad de enfrentar su enfermedad hasta rebasarla, para lo cual ha contado con el apoyo de su familia, sus amigos y profesionales. Se interesó por conocer las particularidades de su enfermedad, las diferentes opciones para tratarse. Accedió a la quimioterapia, la cual le fue recomendada por su médico y había seguido su padre. Desde entonces ha vivenciado sus efectos secundarios: leve pérdida de peso y de cabello; dada la experiencia previa con su padre se había preparado para estos, aceptándolos como un paso más hacia su recuperación la cual considera posible si se trata a tiempo y con disciplina, manteniendo una visión positiva de sí misma, una amplia gama de intereses centrados en la lectura, la práctica de ejercicios tibetanos, en disfrutar más tiempo con su familia, en especial, con su hija y nieto, a quienes ayuda con sus actividades y deberes cotidianos respectivamente; canalizando en ellos la frustración de retirarse temporalmente del trabajo que tanto la motiva. Se considera una mujer optimista, segura de sí misma, activa, sociable, decidida, con buen sentido del humor. Tiene expectativas positivas

acerca de la efectividad del tratamiento, se mantiene optimista en torno a su futuro proyectando sus deseos de recuperarse, disfrutar de sus seres queridos, establecer una relación amorosa con un buen compañero y retomar su trabajo.

Antecedentes patológicos familiares: Padre fallecido por cáncer de próstata diagnosticado en etapa avanzada; madre fallecida por infarto del miocardio.

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

Área familiar: Familia de origen, compuesta por sus padres y hermano 4 años mayor, cohesionada dada la unidad, el respeto y la buena comunicación entre sus miembros, supo satisfacer las necesidades de amor, aceptación, estimulación, reconocimiento y protección de la paciente desde pequeña, transitaron por crisis para-normativas con motivo de la pérdida de su madre y luego la enfermedad y muerte de su padre en el breve lapso de 4 años atrás ante los cuales ha podido contar con el apoyo instrumental y emocional de su familia, de esta última impronta devino la creencia de que si la persona en lugar de rendirse, se esfuerza por seguir adelante puede sobrevivir, creencia que refuerza su actitud ante el tratamiento. La familia creada por la paciente, compuesta por su esposo e hija, comparte estas características aunque hace 2 años transitó por una crisis para-normativa por desmembramiento al divorciarse por la infidelidad de su pareja, aunque mantienen buenas mostrando tolerancia a las frustraciones y adaptabilidad a los cambios; desde entonces convive en armonía con su yerno, su nieto de 6 años y su hija, la cual constituye su principal fuente de apoyo aunque reconoce que todos han contribuido en la satisfacción de sus necesidades, facilitando su adaptación y afrontamiento a la enfermedad. No se desarrolló la conspiración del silencio en torno a su enfermedad, en su lugar existe una buena comunicación, aceptan la realidad del cáncer y la posibilidad de sobrevivir a este asumiendo el tratamiento con optimismo y responsabilidad.

Área escolar-laboral: Tuvo experiencias satisfactorias como estudiante, buenas relaciones con maestros y coetáneos, se sintió especialmente interesada en la lectura, hábito que desarrolló y que aún conserva en la actualidad, y también en aprender idiomas, ya que reconoce que facilitan la comunicación, a la cual le concede gran importancia. Luego del preuniversitario estudió inglés y francés y pasó un curso de operadora telefónica nacional e internacional, en esta profesión canalizó sus habilidades para el idioma y la comunicación, sintiéndose profesionalmente realizada. Al enfermar tuvo que retirarse temporalmente, siendo una persona activa y motivada por su trabajo canalizó la frustración generada por este cambio a través de metas sustitutas como: superar la enfermedad, desarrollar habilidades en la peluquería y compartir más tiempo con la familia, en especial, con su nieto.

Área de relaciones interpersonales: Es una persona sociable, desinhibida, se relaciona fácilmente con los demás reconociendo el valor de la sinceridad, la solidaridad, la buena comunicación y el respeto en su concepto de amistad. Es flexible en este sentido, lo cual se manifiesta en las buenas relaciones que sostiene con su ex-esposo luego de su infidelidad, reconociéndolo como buen padre y amigo. Cuenta con una amplia red de apoyo en la que se encuentra este, su familia, sus amigos, profesionales que la han asistido y pacientes, mas ella también ha constituido una fuente de apoyo para las pacientes brindándoles apoyo, alentándolas a luchar por sus vidas con optimismo y decisión, haciéndolas reír para que se sientan mejor y recuerden que están vivas, y como refiriera en una ocasión “mientras haya vida hay esperanza.”

Área personal: La paciente se caracteriza por su sentido del humor, optimismo, estabilidad emocional, perseverancia, adaptabilidad a los cambios y tolerancia a las frustraciones como las devenidas por la infidelidad de su esposo y el padecimiento de su enfermedad, dígase el abandono del trabajo (aunque supo canalizar esta satisfactoriamente, ocupando su tiempo en otras fuentes de realización como la lectura, los ejercicios tibetanos, desarrollar habilidades en la peluquería y en compartir más tiempo con su familia, en especial, con su nieto), y los efectos secundarios tales como leve pérdida de cabello y de peso corporal, vivenciados como cambios transitorios pese a los cuales se considera una mujer atractiva, optimista, decidida, sociable, trabajadora, de manera que su autoimagen no se ha deteriorado sino ajustado a los mismos. Tiene una percepción positiva de la realidad y de sí misma; se acepta, aprecia sus mejores cualidades y reconoce sus defectos, ha aceptado a los efectos secundarios, se traza metas de acuerdo a sus posibilidades reales (superar la enfermedad) y regula su comportamiento para alcanzarlas, presenta una autoestima alta, un locus interno, una adecuada autovaloración. No presenta una percepción conflictiva de la realidad, su concepción del mundo es realista y positiva, lo cual se evidencia en su concepto del medio en que se desarrolla, de la felicidad, de la amistad, de las relaciones de pareja. Su padre padeció cáncer de próstata, nunca se realizó exámenes regulares que permitieran detectarlo precozmente, aunque recibió tratamiento falleció ya que la enfermedad se le diagnosticó en etapa avanzada, las creencias en torno a la enfermedad (es posible tratarla si se detecta precozmente) así como las creencias en el tratamiento como beneficio devenidas de esta impronta refuerzan su actitud a favor del test citológico y del tratamiento, el cual asume con autodeterminación para recuperarse y realizar las metas comprendidas en su proyección futura: tales como superar su enfermedad, continuar compartiendo con su familia y amigos, retomar su trabajo y establecer una relación de pareja. Sus principales fuentes de motivación: sus deseos de vivir, su familia, sus amigos, su trabajo, construir una relación estable. Se siente realizada como madre, abuela y trabajadora

Área de relaciones sexuales y de pareja: Las relaciones de pareja han sido frustradas por factores externos a la paciente, la cual ha transitado por crisis para-normativas, la primera por emigración y la segunda por infidelidad, mostrando en ambos casos tolerancia a las frustraciones y adaptabilidad a los cambios, los cuales ha reevaluado positivamente, apreciando el valor de los años de matrimonio compartidos y de la amistad. Es optimista, no ha renunciado a la posibilidad de hallar un buen compañero para establecer una relación, concede mayor importancia a los valores personales (honesto, cariñoso, comunicativo, fiel) en su ideal de pareja. Comienza a tener relaciones de pareja a los 21 años, al enamorarse de un joven de 24 años; la relación terminó por la emigración de este luego de 6 meses, quedaron como amigos, se mantuvieron en contacto y 2 años antes de divorciarme él y su esposa la invitaron a Suiza. Refiere que siempre deseó tener una relación estable. A los 24 años se casa con el padre de su hija luego de año y medio de relación, la cual terminó hace dos años atrás por la infidelidad de este, aunque mantienen buenas relaciones lo que indica adaptabilidad a los cambios y tolerancia a las frustraciones dada la decepción que sintió ya que este se correspondía con su ideal de pareja, por el amor y la buena comunicación entre ellos, esta última se mantiene así como el apoyo que le ha brindado ante su enfermedad. No presenta alteraciones en sus necesidades sexuales, desea tener una relación estable, es optimista en

torno a sus posibilidades de lograrlo, sin embargo esta necesidad no demanda satisfacción inmediata, ya que superar su enfermedad constituye una necesidad priorizada para la sujeto.

Observaciones generales: Durante las sesiones se mantuvo dispuesta a brindar información, segura al dar sus respuestas, las cuales comentó en algunas ocasiones, estable emocionalmente, no se apreciaron indicadores de ansiedad o depresión. Buena apariencia física, facies relajada, maquillada discretamente, uñas pintadas, vestimenta apropiada. Al referirse a su futuro se mostraba optimista, expresaba sus deseos de vivir y de disfrutar su familia, sus amigos, su trabajo, de establecer una relación. Tiene buenas relaciones con su ex-pareja, hija, y hermano, los cuales la apoyan emocional e instrumentalmente, refuerzan su actitud optimista ante la enfermedad.

Diagnóstico psicodinámico: Paciente que ha tenido un desarrollo psicológico favorable. Las vivencias positivas durante su infancia y el apoyo de una familia cohesionada han facilitado el desarrollo de recursos personales para afrontar las crisis normativas y para-normativas que ha vivenciado a lo largo de su vida: la infidelidad de su ex-esposo, la pérdida de su madre, la enfermedad de su padre, la pérdida de este así como su enfermedad actual. Presenta temperamento sanguíneo, estabilidad emocional y tolerancia a las frustraciones, en especial, las devenidas con el diagnóstico de su enfermedad, al abandonar el trabajo las relacionadas con trabajo, las cuales supo canalizar a través de metas sustitutas como superar la enfermedad, compartir más tiempo con su familia, en especial, con su nieto, desarrollar habilidades relacionadas con la peluquería. Presenta una amplia gama de intereses; sus intereses profesionales están definidos, estudió idioma lo cual le facilitó su instrucción como operadora telefónica nacional e internacional, profesión por la cual se siente motivada, ejerciéndola desde su juventud hasta el momento del diagnóstico, espera retomarla una vez recuperada. Los motivos rectores de su jerarquía motivacional, tales como su vida, su tratamiento, su familia, sus amigos, su trabajo, la lectura, los ejercicios tibetanos, son de carácter conscientes y regulan su comportamiento; la satisfacción de necesidades superiores, como la necesidad de retomar su trabajo en el que se sentía realizada, se proyecta hacia el futuro, aplazándose dada la insatisfacción de necesidades del nivel primario jerárquicamente priorizadas por su importancia para la supervivencia, tales como la necesidad de superar la enfermedad y de recuperarse, las cuales constituyen necesidades de seguridad, es decir, de estar fuera de peligro y defenderse dada la amenaza y el reto que representa la enfermedad para su vida, la cual aceptó desarrollando afrontamientos centrados en el problema, decidida a continuar con el tratamiento aún cuando ha vivenciado sus efectos secundarios, pese a lo cual su autoimagen no se ha deteriorado sino ajustado a los mismos, conservando una visión positiva de sí misma, se acepta como es, reconoce virtudes y defectos, tiene confianza en sí misma, se traza metas de acuerdo con sus posibilidades reales (recuperarse, desarrollar habilidades en la peluquería) y regula su comportamiento para alcanzarlas, tiene un locus de control interno dada su capacidad para tomar decisiones de acuerdo con sus metas y necesidades, lo cual sugiere una alta autoestima y una adecuada autovaloración, la que le ha permitido autodeterminarse en el área personal, laboral, de relaciones interpersonales y de pareja. Ha desarrollado un aprendizaje vicario a partir de su padre, aprendió a evitar la conducta irresponsable de este en torno a las técnicas de detección precoz e imitar su actitud ante su enfermedad; las creencias en torno a la enfermedad (es posible tratarla si se detecta precozmente) así como las creencias en el tratamiento como beneficio devenidas de esta

impronta refuerzan su actitud a favor del test citológico y del tratamiento, el cual asume con autodeterminación. Su proyección futura está orientada a la satisfacción de necesidades tales como: superar la enfermedad, recuperarse, compartir el futuro con su familia y sus amigos, retomar su trabajo y establecer una relación de pareja. Se siente realizada como madre, abuela y trabajadora. Ha asumido la enfermedad como un reto que puede superar con autodeterminación. Cuenta con el apoyo de familiares, amigos, pacientes y profesionales de la salud. Ha desarrollado una relación de colaboración con el médico decidiendo de conjunto el tratamiento más oportuno; la comunicación adecuada entre ambos ha facilitado la comprensión de las orientaciones médicas ampliando sus conocimientos en torno a su enfermedad y al tratamiento, cuyo seguimiento ininterrumpido y total considera necesario para sobrevivir. Esta actitud es reforzada por la experiencia previa con su padre y el apoyo de la familia, amigos y profesionales. A partir de lo hasta aquí expuesto se considera que M.C.F.B. presenta una adherencia total al tratamiento a la que han podido contribuir disponer de atención y tratamiento médicos gratuitos, la presencia de una amplia red de apoyo social, integrada por la familia, los amigos y profesionales; una adecuada relación con el médico que la asiste; conocimientos sobre la enfermedad; afrontamientos centrados en el problema; aceptación y adaptación a su enfermedad con optimismo; presencia de creencias positivas y actitudes a favor del tratamiento reforzadas por creencias en el tratamiento como beneficio devenidas de la impronta de su padre a partir del cual ha desarrollado un aprendizaje vicario evitando aquella conducta cuyas consecuencias son indeseadas (no realizarse exámenes de detección precoz de la enfermedad, pocas posibilidades de supervivencia ante una enfermedad avanzada) e imitando aquellas que valora positivamente (su actitud ante el tratamiento y su fortaleza para luchar sin resignación). No presenta indicadores de ansiedad ni depresión, presenta estabilidad emocional, alta autoestima, autoimagen ajustada a los efectos secundarios manteniendo una percepción positiva de sí misma.

Diagnóstico psicopatológico: A partir de la observación, la entrevista y del resto de las técnicas se considera que M.C.F.B. presenta estabilidad emocional, confianza en sí misma, viveza, tolerancia a las frustraciones, adaptabilidad a los cambios, los cuales percibe como retos que puede superar con autodeterminación y optimismo, rasgos de una personalidad autocurativa. Poco propensa a sufrir estados depresivos, no presenta indicadores de ansiedad o de depresión. Sus necesidades de sueño, alimentación, de relación y de defensa están satisfechas y sin alteraciones. Necesidades sexuales conservadas, pero insatisfechas. Aunque la necesidad de tener pareja no demanda satisfacción inmediata, admite que aceptaría abrirse paulatinamente a una nueva relación si hallara un buen compañero, que este estuviera dispuesto a acompañarla en este proceso de afrontamiento a la enfermedad.

Caso 3

Datos generales

Nombre: M.J.D.A. Edad: 65 años Sexo: femenino Estado civil: viuda

Residencia permanente en: Colón Nivel de escolaridad: Secundaria

Ocupación: Costurera particular, retirada temporalmente por enfermedad. Actualmente ama de casa.

Número de hijos: 1

Historia de la enfermedad actual: Paciente a la que se le detectó cáncer cérvico-uterino hace un año y 1 mes, a partir de estudios realizados con motivo de los resultados de la prueba citológica. Antes de recibir el diagnóstico sospechaba que podía tener cáncer dado el antecedente de su padre, por lo que se había preparado para recibir esa noticia, una vez que el médico se lo confirmó, rompió en llanto, recordó la experiencia de su padre, se sintió triste pero no sorprendida, le preocupaba su vida, por lo que decidió afrontar su enfermedad, y tratarla lo antes posible, la quimioterapia fue una alternativa de respuesta a su situación que aceptó desde el inicio. Siendo consciente de sus efectos secundarios, llegó a presentar: leve pérdida de peso y de cabello, aceptándolos como una etapa para llegar a recuperarse, entre sus intereses: coser, bordar, compartir con su familia. Ante su enfermedad tuvo que abandonar temporalmente su trabajo, aunque no cose para clientes ha comenzado a bordar por el tiempo que tiene para hacerlo, además de delegar la responsabilidad de cuidadora a su hija, adaptándose, refiere que para poder cuidar de su padre tiene que estar bien. Se considera una mujer fuerte, capaz de sobreponerse a la adversidad, optimista, segura de sí misma, sociable. Tiene expectativas positivas en torno a la efectividad del tratamiento, se mantiene optimista en torno a su futuro proyectando sus deseos de vivir, recuperarse, de retomar roles y actividades habituales, de compartir más tiempo con sus seres queridos.

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

Antecedentes patológicos familiares: Su padre padeció y superó cáncer de próstata; madre fallecida por infarto del miocardio.

Área familiar: Familia de origen, compuesta por sus padres y hermano 3 años menor, cohesionada dada la buena comunicación, la unidad y el respeto entre sus miembros, ambiente aparentemente libre de conflictos, buenas relaciones entre los subsistemas padres, hermanos, padres-hijos. Ha transitado por varias crisis, una para-normativa según el efecto que causó en la dinámica familiar y en la subjetividad individual la enfermedad de su padre, quien padeció y superó cáncer de próstata hace 6 años, y una normativa, la pérdida de su madre por infarto del miocardio hace 4, en ambos se ha mantenido cohesionada, adaptándose a los mismos. La familia creada por la paciente, compuesta por su esposo e hija, presenta estas características, hace 3 años falleció su esposo de un infarto del miocardio, evento que generó una crisis normativa, a la que pudo sobreponerse, adaptándose a esta realidad al igual que a su enfermedad, diagnosticada, hace 1 año y un mes, siendo este otro evento para-normativo de importancia. Desde entonces convive en armonía con su padre, su yerno, su nieto de 6 años, su yerno y su hija, la cual constituye su principal fuente de apoyo aunque reconoce que todos han contribuido en la satisfacción de sus necesidades, facilitando su afrontamiento a la enfermedad. No se desarrolló la conspiración del silencio, en su lugar existe una buena comunicación en la que se aborda aceptando la enfermedad y la posibilidad de sobrevivir a esta con optimismo y responsabilidad.

Área escolar-laboral: En el entorno escolar se sintió aceptada y reconocida por el grupo y por los maestros, tuvo buenas relaciones, fue una buena estudiante, participó en matutinos y demás actividades culturales demostrando habilidades como declamadora, se interesó en la educación física y en la educación laboral, en la que pudo expresar sus habilidades para la costura. Desde temprana edad se sintió motivada por este oficio que proyectó en sus juegos de roles, desarrollando habilidades en la escuela y con la ayuda de su madre, hasta finalmente ejercerlo por cuenta propia, se sentía realizada y reconocida por su trabajo. Al

enfermar tuvo que retirarse temporalmente, siendo una persona activa asumió nuevas metas como: superar la enfermedad, compartir más tiempo con la familia, en especial, con su padre y su nieto, bordar que era algo que sabía hacer pero que no ejercía desde joven; estas le han permitido canalizar la frustración generada por este cambio en el estilo de vida.

Área de relaciones interpersonales: Las relaciones de amistad que ha establecido se han mantenido estables, teniendo como base la buena comunicación y la sinceridad. Es una persona sociable, desinhibida, se relaciona fácilmente con los demás. Reconoce el apoyo de familiares, amigos, pacientes y profesionales que han reforzado su actitud ante el tratamiento; siendo los primeros fuentes de apoyo tanto económica como emocionalmente; no obstante, ella también ha sido fuente de apoyo para las pacientes, estimulando en ellas una actitud positiva ante la vida, la enfermedad y el tratamiento, refiere que pone de ejemplo la experiencia de su padre para que no pierdan las esperanzas.

Área personal: La paciente se caracteriza por su fortaleza personal, estabilidad emocional, seguridad, optimismo, autodeterminación, mantiene su disposición a actuar ante los desafíos que enfrenta como su enfermedad, predominio de temperamento flemático, es lenta para realizar sus actividades habituales aunque eficiente, tiende a analizar las situaciones para manejarlas, puede tomar decisiones fácilmente, es decidida, frecuentemente calmada, resistente ante la adversidad. Ha atravesado crisis normativas como la muerte de su madre y de su esposo, y crisis para-normativas dada la enfermedad de su padre y su propia enfermedad; ante los cuales ha evidenciado su capacidad para enfrentar situaciones estresantes y aprender de la experiencia, así como tolerancia a las frustraciones devenidas como los efectos secundarios del tratamiento (leve pérdida de cabello y de peso corporal), vivenciados como cambios transitorios pese a los cuales se considera una mujer interesante, sencilla, sociable, trabajadora, optimista. Delegar la responsabilidad del cuidado de su padre a su hija así como abandonar su trabajo no generó conflictos, aceptó la necesidad de abandonar ambos roles para tratarse y lograr la recuperación tan deseada, mostrando adaptabilidad a estos cambios. Su proyección futura refleja la necesidad de recuperarse para retomar dichos roles, estar más tiempo con su familia y, la posibilidad valorada, de establecer una relación de pareja, lo que sugiere que ha superado pérdida de su esposo enmarcada en un duelo tardío. Consta de una amplia gama de intereses: coser, bordar, desarrollar habilidades en la artesanía. No presenta una percepción conflictiva de la realidad, se acepta así misma y se considera una mujer fuerte, optimista, sencilla, sociable, trabajadora; esta percepción positiva sugiere que su autoimagen ajustado a los efectos secundarios, presentando adecuada autovaloración y una autoestima alta. Se siente realizada como esposa, madre, abuela y trabajadora. Su concepción del mundo es positiva, lo cual se evidencia en su concepto de la vida, de la felicidad, de la amistad. Su padre se ha convertido en su ideal en la lucha contra el cáncer, este refuerza su actitud ante la enfermedad y el tratamiento. Su proyección futura consta de metas tales como: superar su enfermedad, compartir el futuro con su familia y sus amigos, retomar su trabajo y establecer una relación de pareja. Ha asumido la enfermedad como un reto que puede superar con el tratamiento, el cual ha cumplido ininterrumpidamente con autodeterminación.

Área de relaciones sexuales y de pareja: Sus experiencias en este sentido iniciaron a los 21 años al conocer a quien sería 1 año después su esposo, el cual se correspondía con su ideal de pareja basado en la empatía, la buena comunicación y el amor. Esta experiencia fue

agradable, cubrió sus expectativas realizándose como esposa y madre, tuvieron un buen matrimonio define esos 42 años como maravillosos, hasta su fallecimiento hace 3 años, evento que le generó tristeza sin llegar a afectar globalmente sus necesidades, atraviesa la etapa de duelo tardío en la que ha aceptado la pérdida, lo extraña, lo recuerda con cariño pero no se ha aislado y se encuentra implicada en retos personales como superar su enfermedad; ha superado esta pérdida, mostrando adaptabilidad a los cambios y tolerancia a las frustraciones. Aunque en la actualidad no tiene pareja, esta no constituye una necesidad que demande satisfacción inmediata, pero estaría dispuesta a iniciar una relación si hallara un buen compañero.

Observaciones generales: Durante las sesiones se mantuvo relajada, sin presentar indicadores de depresión o ansiedad, estable emocionalmente, segura al dar sus respuestas, las cuales comentó en ocasiones, dispuesta a brindar información, muestra confianza en sí misma y deseos de vivir, es lenta pero eficiente al realizar tareas. Buena apariencia física, presumida, sencilla, maquillaje discreto, uñas pintadas, vestimenta apropiada, reloj y argollas de plata. La caracteriza su fortaleza personal, optimismo y espíritu de lucha evidentes en la manera de afrontar los eventos que ha vivenciado a lo largo de su vida; al referirse a su futuro se mostraba optimista. Tiene buenas relaciones con sus familiares, dígase su hija, su padre, su hermano y su yerno; quienes le brindan apoyo tanto emocional como instrumental. Su hija es cariñosa con ella, la acompaña a todas las consultas.

Diagnóstico psicodinámico: Paciente que ha tenido un desarrollo psicológico favorable. Las vivencias positivas durante su infancia y el apoyo de una familia cohesionada han facilitado el desarrollo de recursos para un mejor afrontamiento y adaptación a las crisis, presenta tolerancia a las frustraciones como las devenidas por la pérdida de su madre y de su esposo; por el padecimiento de su enfermedad, dígase los efectos secundarios tales como leve pérdida de cabello y de peso corporal, vivenciados como cambios transitorios pese a los cuales su autoimagen no se ha deteriorado, sino ajustado, conservando una visión positiva de sí misma en la medida de lo posible; también delegar el cuidado de su padre a su hija, aceptando el cambio de roles de cuidadora a paciente, y adaptándose a las responsabilidades que este último implica; otro cambio devenido con la enfermedad fue retirarse de su trabajo, ocupando su tiempo en metas sustitutas como: superar su enfermedad, compartir más tiempo con su familia, en especial, con su padre y su nieto, coser, bordar, desarrollar habilidades en la artesanía; estos últimos evidencian una amplia gama de intereses; sus intereses profesionales están bien definidos dada la motivación y autodeterminación hacia el oficio de costurera en el que se sentía realizada. No presenta una percepción conflictiva de la realidad, se acepta, aprecia sus mejores cualidades y reconoce sus defectos, se traza metas de acuerdo a sus posibilidades reales (superar la enfermedad, desarrollar habilidades en la artesanía) y regula su comportamiento para alcanzarlas, tiene un locus de control interno, una adecuada autovaloración y una autoestima alta. Se siente realizada como esposa, madre, abuela y trabajadora. Su concepción del mundo es positiva, lo cual se evidencia en su concepto de la vida, de la felicidad, de la amistad. Desarrolló un aprendizaje vicario, convirtiéndose su padre en un modelo a seguir ante la enfermedad, dada la actitud optimista, responsable y en favor del tratamiento que asumió; las creencias en torno a la enfermedad (es posible tratarla si se detecta precozmente) así como las creencias en el tratamiento como beneficio, devenidas de esta impronta refuerzan su actitud a favor del tratamiento, el cual

asume con autodeterminación para recuperarse y realizar las metas comprendidas en su proyección futura, tales como: superar su enfermedad, compartir el futuro con su familia y sus amigos, retomar su trabajo y establecer una relación de pareja. Sus principales fuentes de motivación: sus deseos de vivir, su familia, sus amigos, su trabajo. Ha asumido la enfermedad como un reto personal y ha seguido ininterrumpidamente el tratamiento. A partir de lo hasta aquí expuesto se considera que M.J.D.A. presenta una adherencia total al tratamiento, a lo que han podido contribuir disponer de atención y tratamiento médicos gratuitos, la presencia de una amplia red de apoyo social; una adecuada relación con el médico que la asiste; conocimientos sobre la enfermedad; afrontamientos centrados en el problema; aceptación y adaptación a su enfermedad con optimismo; presencia de creencias positivas y actitudes a favor del tratamiento reforzadas por creencias en el tratamiento como beneficio devenidas de la impronta de su padre a partir del cual ha desarrollado un aprendizaje vicario imitando comportamientos cuyas consecuencias valora positivamente (su actitud positiva y responsable ante el tratamiento). No presenta indicadores de ansiedad ni depresión, presenta estabilidad emocional, alta autoestima, autoimagen ajustada a los efectos secundarios, autovaloración adecuada.

Diagnóstico psicopatológico: A partir de la observación, la entrevista y del resto de las técnicas, M.J.D.A. se caracteriza por su compromiso, responsabilidad y autodeterminación ante sus metas, confianza en sí misma y percepción positiva de los cambios, adaptabilidad a estos, estabilidad emocional, optimismo, en especial, su fortaleza personal, rasgos de una personalidad resistente. No presenta indicadores de ansiedad o de depresión, poco propensa a presentar estos estados. Sus necesidades de sueño, alimentación, de relación y de defensa están satisfechas y sin alteraciones. Sus necesidades sexuales aunque no están satisfechas no presentan alteraciones; la necesidad de tener pareja no demanda satisfacción inmediata está orientada hacia el futuro, ha aceptado la posibilidad de establecer una relación de acuerdo a sus expectativas.

Caso 4

Datos generales

Nombre: I.P.V. Edad: 46 años Sexo: femenino Estado civil: casada

Municipio: Colón Nivel de escolaridad: Universitario

Ocupación: Enfermera retirada temporalmente. En la actualidad ama de casa.

Número de hijos: 1

Historia de la enfermedad actual: Refiere que hace un año y medio se le detectó cáncer en el cuello del útero en estadio I, a partir de estudios realizados con motivo de los resultados de la prueba citológica. Quiso conocer su verdadero diagnóstico, para poder tratarse, al saber que tenía cáncer se sintió triste, preocupada, pensó en su vida, lo que podía pasar, su familia, su salud; cuando el médico exploró sus antecedentes recordó la experiencia de su abuela materna que se recuperó de cáncer de mama, refiere, que este fue un buen incentivo para continuar, con la esperanza de recuperarse. Se mantuvo receptiva a las recomendaciones de su médico, aceptó seguir la quimioterapia, decidida a enfrentar la enfermedad con ese tratamiento. Ha perdido levemente su cabello, pero mantiene expectativas positivas en torno a su efectividad. A pesar de este cambio en su apariencia, refiere que es la misma: positiva, paciente, perseverante, presumida; no ha dejado de

cuidarse. Se sintió frustrada inicialmente al no poder trabajar, dicha frustración la ha canalizado a través de metas sustitutas como: superar su enfermedad, disfrutar más tiempo con su familia, perfeccionando sus habilidades culinarias, ya que admite que no es muy buena en este sentido. Acepta el apoyo de su familia, no existen secretos en cuanto a su enfermedad, tienen esperanzas en el tratamiento, refuerzan su actitud ante el mismo.

Antecedentes patológicos personales: no refiere

Antecedentes patológicos familiares: abuela materna padeció y se rebasó cáncer de mama, falleció por infarto del miocardio.

Área familiar: Familia de origen, compuesta por sus padres los cuales adoptaron un estilo democrático en la educación de la paciente y de sus dos hermanos mayores; aparentemente cohesionada y funcional dada la presencia de indicadores como unidad, respeto y buena comunicación, sin conflictos alrededor de su infancia. La familia que creó con su primer esposo presentó características similares, buena comunicación, apoyo y comprensión entre sus miembros. Asumieron un estilo democrático en la educación de su hija, actualmente casada con 24 años, tiene un niño de 3 años. La paciente se divorció debido a pérdida del amor por ambas partes, prevaleciendo una relación de amistad que se ha mantenido hasta la actualidad. La paciente formó una familia reconstituida, al casarse con su actual pareja hace 6 años, el cual fue recibido sin conflictos, existen buenas relaciones entre ellos. En sentido general, la familia ha transitado por crisis para-normativas por desmembramiento cuando emigró el hermano mayor a España luego de casarse; cuando la paciente se divorció del padre de sus hijas hace 10 años; por incremento al casarse nuevamente, y por el impacto en la dinámica familiar y en la subjetividad individual de la enfermedad de su abuela materna hace 18 años así como el diagnóstico de su propia enfermedad hace año y medio. Ante estos eventos se han fortalecido como familia, reorganizándose para facilitar un mejor afrontamiento y satisfacer las necesidades de sus miembros, le han brindado a la paciente apoyo instrumental y emocional. No se desarrolló la conspiración del silencio en torno a su enfermedad, en su lugar aceptan la realidad de su enfermedad y la posibilidad de sobrevivir a este con optimismo, sin una actitud derrotista.

Área escolar-laboral: Tuvo experiencias satisfactorias como estudiante, la aceptación del grupo y el reconocimiento de sus maestros, mostró interés por las ciencias naturales y la lectura, hábito que desarrolló. Sus intereses profesionales están bien definidos, ama la enfermería, la cual proyectó en sus juegos de roles y estudió con autodeterminación, concede importancia a la misma y se siente realizada profesionalmente; al abandonar su trabajo por su enfermedad se sintió inicialmente frustrada aunque aceptó este cambio siendo su prioridad recuperarse, meta sustituta hacia la cual se ha orientado.

Área de relaciones interpersonales: Las relaciones de amistad que ha establecido se han mantenido estables, teniendo como base la buena comunicación, el apoyo y la sinceridad. Es una persona sociable, con una amplia red de apoyo social la que integran familiares, y buenos amigos que ha sabido mantener desde su etapa de estudiante hasta en su centro laboral, brindándole apoyo emocional e instrumental. Reconoce la labor de los profesionales que han seguido su caso, colegas que respeta y admira, y con los cuales se siente agradecida. La paciente también ha constituido una fuente de apoyo para las pacientes, estimulando en ellas el optimismo, la esperanza en el tratamiento y la confianza en sí misma para seguir.

Área personal: La paciente se caracteriza por su optimismo, buen estado de ánimo, estabilidad emocional, perseverancia, seguridad, fortaleza personal, recursos que le han facilitado su adaptación a los cambios vivenciados a lo largo de su vida, es tolerante a las frustraciones devenidas con su enfermedad las cuales ha canalizado positivamente. En su concepción del mundo predominan ideas bien elaboradas, en las que refleja su percepción positiva de la realidad y de sí misma, optimista por demás, ejemplo de esto su concepto del medio en que se desarrolla, de la felicidad, de la amistad, de las relaciones de pareja. Tiene una adecuada autovaloración en la que se han desarrollado las funciones valorativa, reguladora y educativa, se conoce y acepta a sí misma, así como acepta su rol de enferma al cual se ha adaptado, aparentemente su autoimagen no se ha deteriorado sino ajustado, tiene confianza en sí misma, una autoestima alta, ha aceptado los efectos secundarios, ha asumido el tratamiento con autodeterminación, tiene expectativas positivas en este, cree que tiene oportunidad de sobrevivir si se trata y dada la detección precoz de su enfermedad; su actitud está reforzada por las creencias devenidas de la impronta de su abuela, quien constituye su ideal en el afrontamiento del cáncer por su valor, perseverancia y optimismo. Al abandonar su trabajo se sintió frustrada, aunque aceptó este cambio, ha canalizado dicha frustración en metas sustitutas como: recuperarse, pasar más tiempo con su familia y perfeccionar sus habilidades culinarias con su esposo. Su proyección futura está centrada en su salud, en disfrutar de sus seres queridos y en retomar su trabajo.

Área de relaciones sexuales y de pareja: Sus experiencias en este sentido iniciaron a los 18 años al conocer a quien sería 3 años después su esposo, el cual se correspondía con su ideal de pareja basado en la buena comunicación, el amor y los intereses compartidos. Refiere que esta experiencia fue agradable, cubrió sus expectativas como esposa y madre, aunque un se divorciaron de mutuo acuerdo porque perdieron el amor y el interés el uno por el otro como pareja, aun existía buena comunicación por lo que la ruptura fue civilizada, mantienen una relación como amigos y buenos padres que se consideran, mostrando adaptabilidad a los cambios y tolerancia a las frustraciones dado un proyecto de vida que se quería inicialmente duradero. Aunque 8 años después inició una relación con su actual pareja, casándose hace 6 años, hombre maduro que se relaciona aparentemente sin conflictos con el ex de la paciente, quien se siente amada, aceptada, apoyada, deseada y satisfecha sexualmente con su compañero, a quien ama y admira.

Observaciones generales: Durante las sesiones se mostró relajada, ligeramente sonriente, siempre optimista, dispuesta a colaborar, se sentía a gusto, segura al dar sus respuestas, las cuales comentó en ocasiones, no se apreciaron indicadores de ansiedad o depresión. Es una mujer presumida, cuida de su apariencia personal: uñas pintadas, cabellera peinada al descubierto, ligera disminución del volumen del cabello, vestida y maquillada apropiadamente, sencilla. Se muestra optimista en torno a su futuro, confía en su capacidad para superar este evento; su familia y su trabajo constituyen sus principales fuentes de satisfacción. Tiene buenas relaciones con su pareja, ex-pareja, hija, hermanos y padres, son unidos, la apoyan, tienen buena comunicación, consideran y respetan su criterio. Se siente apoyada, amada, aceptada y deseada por su pareja, quien la acompaña a las consultas.

Diagnóstico psicodinámico: Paciente que ha tenido un desarrollo psicológico favorable. Las vivencias positivas durante su infancia y el apoyo de una familia cohesionada han facilitado su adaptación a los cambios y tolerancia a las frustraciones devenidas con la pérdida de su abuela

y el padecimiento de su propia enfermedad, dígame la leve pérdida de cabello, efecto secundario vivenciado como cambio transitorio; así como abandonar su trabajo, aceptando el cambio de rol de profesional a paciente, de dadora a receptora de cuidado médico, ocupando su tiempo en metas sustitutas como: superar su enfermedad, compartir con su familia y desarrollar habilidades culinarias ya que acepta que no es eficiente en este sentido, también continúa cultivando el hábito de la lectura, el cual ha contribuido en su formación profesional; estos últimos evidencian una amplia gama de intereses; sus intereses profesionales están bien definidos dada la motivación y autodeterminación hacia la enfermería en la que se sentía realizada y reconocida. En su concepción del mundo predominan ideas bien elaboradas que reflejan su percepción positiva de la realidad y de sí misma, optimista por demás, ejemplo de esto su concepto del medio, de la felicidad, de la amistad, de las relaciones de pareja. Aprecia sus mejores cualidades y reconoce sus defectos, se traza metas de acuerdo a sus posibilidades reales (superar la enfermedad, desarrollar habilidades culinarias) y regula su comportamiento para alcanzarlas, tiene un locus de control interno, una autoestima alta y una adecuada autovaloración en la que las funciones: valorativa, reguladora y educativa se han desarrollado a favor de su desarrollo personal. Desarrolló un aprendizaje vicario, convirtiéndose su abuela en un modelo a seguir ante la enfermedad, dada su fortaleza, actitud a favor del tratamiento y consecuente recuperación; las creencias en torno a la enfermedad (es posible tratarla si se detecta precozmente) así como las creencias en el tratamiento como beneficio, devenidas de esta impronta y su experiencia profesional refuerzan su actitud a favor del tratamiento, el cual asume con autodeterminación para recuperarse y realizar las metas comprendidas en su proyección futura, tales como: superar su enfermedad, compartir el futuro con su familia y sus amigos, en especial, mantener su relación estable y retomar su trabajo; se siente realizada como esposa, madre, abuela y profesional. Sus principales fuentes de motivación: sus deseos de vivir, sus seres queridos, su trabajo. Vencer su enfermedad se ha convertido en un reto personal, por lo que ha asumido el tratamiento con autodeterminación ininterrumpidamente. A partir de lo hasta aquí expuesto se considera que I.P.V. presenta una adherencia total al tratamiento, a lo que han podido contribuir: disponer de atención y tratamiento médicos gratuitos, la presencia de una amplia red de apoyo social; una adecuada relación con el médico que la asiste; conocimientos sobre la enfermedad; afrontamientos centrados en el problema; aceptación y adaptación a su enfermedad con optimismo; presencia de creencias positivas y actitudes a favor del tratamiento reforzadas por creencias en el tratamiento como beneficio devenidas de la impronta de su abuela a partir del cual ha desarrollado un aprendizaje vicario imitando comportamientos cuyas consecuencias valora positivamente (su actitud positiva y responsable ante el tratamiento facilitó su recuperación). No presenta indicadores de ansiedad ni depresión, presenta estabilidad emocional, alta autoestima, autoimagen ajustada a los efectos secundarios, autovaloración adecuada.

Diagnóstico psicopatológico: A partir de la observación, la entrevista y del resto de las técnicas se considera que I.P.V. se caracteriza por su optimismo, buen estado de ánimo, estabilidad emocional, viveza, perseverancia, seguridad, fortaleza personal, recursos que le han facilitado su adaptación a los cambios vivenciados a lo largo de su vida, es tolerante a las frustraciones devenidas con su enfermedad canalizándolas positivamente, los cuales constituyen rasgos de una personalidad autocurativa. No presenta indicadores de ansiedad o

de depresión, es poco propensa a padecer estos estados, sus necesidades de sueño, alimentación, sexuales, de relación y de defensa están satisfechas y sin alteraciones.

Caso 5

Datos generales

Nombre: M.L.G. Edad: 65 años Sexo: femenino Estado civil: casada

Municipio: Matanzas Nivel de escolaridad: Secundaria

Ocupación: ama de casa en la actualidad, costurera devenida. Número de hijos: 1

Historia de la enfermedad actual: Refiere que hace 1 año y 1 mes se le detectó cáncer en el cuello del útero en estadio I, a partir de estudios realizados con motivo de los resultados de la prueba citológica. Expresó al médico la necesidad de conocer su verdadero diagnóstico, recordó la experiencia de su padre, quien logró superar su enfermedad, refiere que esa experiencia le permitió sentirse más preparada; aunque en un inicio se sintió angustiada refiere que pudo desahogarse, que puede hablar de lo que le pasa sin lamentarse porque eso ya forma parte del pasado, que ha aprendido a vivir con su enfermedad, se trata con quimioterapia, la cual aceptó, fue indicada a su padre y conocía sus efectos secundarios, algunos los ha vivenciado: ha perdido levemente su cabello y su peso corporal, continúa con el tratamiento ya que tiene expectativas positivas en torno a su efectividad y refiere necesita recuperarse. A pesar de los cambios visibles en su apariencia, los cuales ha aceptado, se considera una mujer deseada, positiva y sociable, reconoce el apoyo que le ha brindado su familia.

Antecedentes patológicos personales: no refiere

Antecedentes patológicos familiares: Su padre padeció cáncer de pulmón del cual se recuperó.

Área familiar: Familia de origen nuclear compuesta por sus padres quienes asumieron un estilo democrático en la educación de sus hijos: la paciente y su hermano 2 años mayor, este último a sus 19 años se declaró homosexual, los padres aunque sorprendidos toleraron la frustración por la pérdida del ideal de hijo, le dieron su apoyo y comprensión, lo aceptaron a él y a su pareja; actitud que igualmente asumió la paciente. El estilo educativo y la adaptación a los cambios son también características de la familia creada por la paciente, quien, su hija reside en el exterior desde hace 5 años y junto a su esposo le ha brindado apoyo instrumental y emocional, está casada, tiene un niño de 3 años con el que la paciente no ha podido interactuar, solo por vía telefónica; la visitaron varias veces hace casi 3 años, estaban esperando que el niño tuviera esa edad para poder venir, el reencuentro tendrá lugar dentro de dos meses, ante lo cual la paciente no muestra indicadores de ansiedad, sí se muestra alegre y con expectativas positivas, refiere que ha esperado pacientemente y no perderá la calma ahora que se aproxima. Tanto la de origen como la creada por la paciente, son familias cohesionadas donde existe buena comunicación, adaptabilidad a los cambios y tolerancia a las frustraciones. La familia atravesó por crisis normativas como fue ante la pérdida de sus padres hace aproximadamente 10 años, y para-normativas: por desmembramiento dada la emigración de su hija; por el impacto en la dinámica familiar y en la subjetividad individual de la enfermedad de su padre quien logró rebasar el cáncer hace 20 años, experiencia previa a su enfermedad que la preparó para un mejor afrontamiento, reconociendo su optimismo y fortaleza personal ante esta situación, a partir de la cual surgieron expectativas positivas en torno a la

efectividad del tratamiento; otra crisis de esta naturaleza tuvo lugar con la enfermedad de la paciente, brindándole apoyo instrumental y emocional, el cual reconoce por parte de su esposo, su hermano y su compañero, su hija y su yerno, abordan abiertamente su enfermedad con expectativas positivas, refuerzan su actitud ante su enfermedad y el tratamiento, no han desarrollado la conspiración del silencio.

Área escolar-laboral: Tuvo buenas experiencias como estudiante, el reconocimiento de coetáneos y profesores dadas sus habilidades en la asignatura de educación laboral, desde edad temprana se interesó por el oficio de costurera, contó con el apoyo y la estimulación del entorno familiar y escolar, sus intereses profesionales están bien definidos, se sintió motivada y realizada en este sentido; retirarse temporalmente de su trabajo generó frustración inicialmente pero la ha canalizado en metas sustitutas: recuperarse, leer, confeccionar prendas de vestir para su nieto como regalo que simboliza la presencia de ella en sus vidas y el amor que le profesa, proyectos y retos personales en los que se ha implicado regulando su comportamiento en para realizarlos. Su abuela fue un ideal en el marco laboral, con ella pudo desarrollar habilidades.

Área de relaciones interpersonales: Las relaciones de amistad que ha establecido se han mantenido estables, devenidas principalmente del entorno escolar y laboral, teniendo como base la buena comunicación y el apoyo. Es una persona sociable, se siente agradecida por el apoyo de su familia, amigos y profesionales, particularmente el apoyo emocional e instrumental de la primera. La paciente también ha constituido una fuente de apoyo para las pacientes con la que se ha solidarizado mostrando empatía y altruismo, fomentando el optimismo y la confianza en sí misma y en el tratamiento.

Área personal: Se caracteriza por su seguridad, confianza en sí misma, paciencia, optimismo, cordialidad, altruismo, viveza, estabilidad emocional. Presenta tolerancia a las frustraciones y adaptabilidad a los cambios devenidos de las pérdidas de sus seres queridos, estancia de su hija en el exterior y el padecimiento de su enfermedad, la cual ha asumido como un reto que está decidida a superar, actitud reforzada por la experiencia previa con su padre. Reconoce en su familia una fuente de apoyo y motivación para continuar el tratamiento. Tiene necesidad de vivir para reencontrarse con su hija, retomar su trabajo y realizarse como abuela metas comprendidas en su proyección futura. Tiene una adecuada autovaloración ya que reconoce sus virtudes y defectos, confía en sí misma, se percibe como una persona optimista, sociable, solidaria, trabajadora, decidida, agradable, una mujer deseada pese a los efectos secundarios del tratamiento los cuales acepta. Su autoimagen aparentemente no se ha deteriorado sino ajustado a estos cambios, manteniendo una visión positiva de sí misma en la medida de lo posible. En su concepción del mundo predominan ideas bien elaboradas, en las que refleja su percepción positiva de la realidad, de las relaciones en las que se encuentra involucrada y de sí misma, ejemplo de esto su concepto de la felicidad. Abandonar temporalmente su trabajo generó frustración la cual canalizó en metas sustitutas siendo su prioridad recuperarse, también está confeccionando prendas de vestir para su nieto, eventualmente como distracción, además de que refleja la necesidad de realizarse como abuela, pasea, se relaciona, disfruta de su relación, leer y cocinar, se mantiene activa.

Área de relaciones sexuales y de pareja: Sus experiencias en este sentido iniciaron a los 18 años al conocer a quien sería 2 años después su esposo, el cual se correspondía con su ideal de pareja basado en el amor, la buena comunicación y el apoyo; quien hasta la actualidad

cumple sus expectativas como padre y esposo, se siente amada, deseada y satisfecha sexualmente. Este la acepta tal y como es, la admira y apoya emocional e instrumentalmente. Muestra adaptabilidad a los cambios como el nido vacío, momento que los unió y fortaleció aun más la relación. Desea que este proyecto de vida en común se mantenga estable por la satisfacción que le reporta.

Observaciones generales: Durante las sesiones se mostró relajada, optimista, de buen estado de ánimo, estable emocionalmente, colaboradora, segura al dar sus respuestas, las cuales comentó en ocasiones, no se apreciaron indicadores de ansiedad o depresión. Es una mujer presumida, cuida de su apariencia personal: uñas pintadas, cabello corto, refiere que desde que supo su diagnóstico decidió cambiarlo para facilitar su adaptación dada la posibilidad de que se callera con el tratamiento, peinada, ligera alopecia, vestida y maquillada apropiadamente. Al preguntarle por su futuro se mostraba optimista, expresaba sus deseos de vivir y de disfrutar su familia, de reencontrarse con su hijo y realizarse como abuela. Su compañero es cariñoso con ella, la acompaña a todas las consultas. Tiene buenas relaciones con este, su hermano, su cuñado, su hija y su yerno.

Diagnóstico psicodinámico: Paciente que ha tenido un desarrollo psicológico favorable; la distingue su seguridad, paciencia, viveza, estabilidad emocional y optimismo. Las vivencias positivas durante su infancia y el apoyo de una familia cohesionada han facilitado su adaptación a los cambios y tolerancia a las frustraciones devenidas con la pérdida de sus padres, la emigración de su hija, de no conocer personalmente a su nieto, la enfermedad de su padre y el padecimiento de su propia enfermedad, dígame la leve pérdida de cabello y de peso corporal, efectos secundarios vivenciados como cambios transitorios; así como abandonar su trabajo, ocupando su tiempo en metas sustitutas como: recuperarse, confeccionar prendas de vestir para su nieto, reflejando la necesidad de realizarse como abuela, lee y cocina; estos últimos evidencian una amplia gama de intereses; sus intereses profesionales están bien definidos dada la motivación y autodeterminación hacia el oficio de costurera en el que se sentía realizada y reconocida. En su concepción del mundo predominan ideas bien elaboradas, en las que refleja su percepción positiva de la realidad, de las relaciones en las que se encuentra involucrada y de sí misma, ejemplo de esto su concepto de la felicidad. Se acepta tal y como es, se traza metas de acuerdo a sus posibilidades reales (superar la enfermedad, confeccionar prendas de vestir para su nieto) y regula su comportamiento para alcanzarlas, tiene un locus de control interno, una autoestima alta y una adecuada autovaloración en la que las funciones: valorativa, reguladora y educativa se han desarrollado favorablemente. Desarrolló un aprendizaje vicario, convirtiéndose su padre en un modelo a seguir ante la enfermedad, dada su fortaleza, actitud a favor del tratamiento y consecuente recuperación; las creencias en torno a la enfermedad (es posible tratarla si se detecta precozmente) así como las creencias en el tratamiento como beneficio, devenidas de esta impronta así como sus deseos de vivir y su familia refuerzan su actitud a favor del tratamiento, el cual asume con autodeterminación para recuperarse y realizar las metas comprendidas en su proyección futura, tales como: superar su enfermedad, reencontrarse con su hija, realizarse como abuela, retomar su trabajo y continuar su relación de pareja; se siente realizada como madre, esposa y trabajadora. Sus principales fuentes de motivación: sus deseos de vivir y sus seres queridos. Recuperarse se ha convertido en una necesidad priorizada y en un reto personal, por lo que ha asumido el tratamiento con autodeterminación ininterrumpidamente. A partir de lo hasta aquí

expuesto se considera que M.L.G. presenta una adherencia total al tratamiento, a lo que han podido contribuir: disponer de atención y tratamiento médicos gratuitos, la presencia de una amplia red de apoyo social; una adecuada relación con el médico que la asiste; conocimientos sobre la enfermedad; afrontamientos centrados en el problema; aceptación y adaptación a su enfermedad con optimismo; presencia de creencias positivas y actitudes a favor del tratamiento reforzadas por creencias en el tratamiento como beneficio devenidas de la impronta de su padre a partir del cual ha desarrollado un aprendizaje vicario imitando comportamientos cuyas consecuencias valora positivamente (su optimismo y actitud positiva ante el tratamiento facilitó su recuperación). No presenta indicadores de ansiedad ni depresión, presenta estabilidad emocional, alta autoestima, autoimagen ajustada a los efectos secundarios, autovaloración adecuada.

Diagnóstico psicopatológico: A partir de la observación y del resto de las técnicas se considera que M.L.G. se caracteriza por su paciencia, optimismo, viveza, seguridad, estabilidad emocional, tolerancia a las frustraciones y adaptación a los cambios, los cuales constituyen rasgos de una personalidad autocurativa. No presenta indicadores de ansiedad o de depresión, es poco propensa a padecer estos estados aún ante la proximidad del reencuentro con su hija se mantiene estable, segura; sus necesidades de sueño, alimentación, sexuales, de relación y de defensa están satisfechas y sin alteraciones.

Caso 6

Datos generales

Nombre: I.M.G. Edad: 54 años Sexo: femenino Estado civil: casada

Municipio: Colón Nivel de escolaridad: Noveno

Ocupación: Cocinera en una empresa. En la actualidad ama de casa.

Número de hijos: 1

Historia de la enfermedad actual: Refiere que hace un año y tres meses se le detectó cáncer en el cuello del útero, a partir de estudios realizados con motivo de los resultados de la prueba citológica. Quiso conocer el diagnóstico por el miedo a lo desconocido; al saber que tenía cáncer sus reacciones fueron: tristeza, preocupación por su vida, miedo de morir a causa de la enfermedad, recordó el antecedente de su abuela quien murió por metástasis de cáncer de seno, de esta impronta devino la creencia negativa en torno a su enfermedad pese a sus deseos de vivir. Ha aceptado pasivamente las orientaciones y explicaciones dadas por su médico quien se ha esforzado por esclarecer su situación brindándole información aunque esta no expresa sus preocupaciones, se ha aferrado al tratamiento por el miedo que tiene de morir y para no preocupar a su familia, de esta manera ha sufrido en silencio todo este tiempo, reprimiendo sus sentimientos y pensamientos, aislándose para evitar que conozcan lo que realmente cree de su situación: “No quiero morir como mi abuela, tengo miedo de que esto acabe conmigo y con mi familia“. Presenta insomnio, pesimismo, disminución del apetito, hipotimia, hipobulia, hipoerotismo y aislamiento, afectando la relación con su familia, que intenta apoyarla y que tiene expectativas positivas en la efectividad del tratamiento dada la detección precoz de su enfermedad.

Antecedentes patológicos personales: no refiere

Antecedentes patológicos familiares: abuela paterna padeció cáncer de mama y murió por metástasis.

Área familiar: Familia de origen nuclear compuesta por sus padres quienes asumieron estilos educativos diferentes, democrático, el padre y autoritario, la madre; lo cual fue motivo de conflictos alrededor de la crianza de la paciente cuya resolución no fue posible dada la dificultades en la comunicación particularmente por la actitud inflexible de la figura materna con un rechazo manifiesto y perfeccionismo hacia su hija por no corresponderse con sus expectativas, actitudes psicopatogenizantes que generaron complejo de inferioridad, inseguridad, retraimiento social, represión de las emociones, contribuyendo al desarrollo de una baja autoestima, subvaloración, y pocos recursos personales para afrontar situaciones estresantes, esto, unido a la decepción que generó dicha actitud en el padre cuyo ideal de pareja ya no se correspondía con su esposa, suscitó el divorcio cuando la paciente tenía 8 años, crisis para-normativa que vivenció ambivalentemente ya que aceptó que era una buena solución ante los desacuerdos entre ellos, que su padre tenía derecho a ser feliz, que nunca la abandonaría pero tuvo que vivir con la consecuente exposición al estilo educativo de su madre, a quien quiso y no llegó a odiar pese a su actitud ante la cual activó mecanismos de defensa como la represión de emociones negativas como el miedo a ser rechazada y la ira hacia sí misma, así como la racionalización intentando justificar la actitud de la madre hacia ella, se siente culpable por no haber cumplido las expectativas de esta entorno a su ideal de hija por lo que buscó su aprobación frecuentemente. La familia creada por la paciente compuesta por su esposo e hija, es cohesionada, asumieron en su educación un estilo democrático, se respetan, se apoyan ante las crisis, son unidos, en este entorno se sintió aceptada, amada y comprendida. Actualmente convive con su esposo, su hija, su nieto de 5 años y su yerno. La familia atravesó por crisis normativas ante la pérdida de sus padres hace aproximadamente 10 años, y para-normativas: por el impacto en la dinámica familiar y en la subjetividad individual de la enfermedad de su abuela paterna, quien padeció cáncer de seno y murió por metástasis ya que fue detectado en etapa avanzada, impronta de la cual devienen creencias negativas en torno a la enfermedad y el miedo a la muerte por cáncer, lo cual refuerza su actitud pesimista ante la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento; otra crisis de esta naturaleza tuvo lugar con la enfermedad de la paciente, recibiendo apoyo instrumental y emocional por parte de su esposo, su hija y su yerno, el cual reconoce. Al recibir el diagnóstico comenzaron a deteriorarse las relaciones, se aísla y reprime sus emociones, no quiere expresar su miedo a la muerte, a empeorar y terminar como su abuela, ya que no quiere preocupar a su familia, se siente culpable de ser portadora de una enfermedad, que cree, causa sufrimiento y preocupación a su familia. Pese a su actitud, su familia no la ha abandonado, abordan abiertamente su enfermedad con expectativas positivas, refuerzan su actitud ante el tratamiento y la estimulan para que sea optimista ante su situación, no han desarrollado la conspiración del silencio.

Área escolar-laboral: En ese entorno, los maestros satisficieron las necesidades de reconocimiento y aprobación. Sus resultados docentes fueron discretos pero buenos, inhibida ante el grupo, dificultades para relacionarse por su inseguridad reforzada por la actitud perfeccionista de su madre, el miedo al fracaso generó frustración al no participar en concursos u otras actividades. Se inclinó por el oficio de cocinera, el cual proyectaba en los juegos de roles, se sintió motivada por este, recibió la aprobación de su madre aunque esta la desvalorizó asegurando que eso, tono despectivo que empleó para referirse a su oficio, reflejaba hasta donde podía llegar, que desistía en ese sentido y que podía hacerlo si eso quería, al ejercerlo

sintió la aprobación y el reconocimiento de los demás no así de su madre que no llegó a aceptarla y apreciar sus virtudes, refiere que se sentía bien en condiciones laborales que implicaran poco contacto con los demás trabajadores, lo cual se fundamenta en su inseguridad y miedo a no ser aceptada, aunque en realidad reconoce que valoraban su trabajo; al recibir el diagnóstico tuvo que retirarse, lo cual generó frustración canalizándola a través de metas sustitutas como: cumplir el tratamiento para pasar más tiempo con su familia y evitarle mayores preocupaciones a esta.

Área de relaciones interpersonales: Es inhibida ante el grupo, presenta tendencia al aislamiento, retraimiento social, durante toda su vida tuvo la necesidad de aceptación, pero frecuentemente se frustraba en este sentido y reprimía sus emociones y pensamientos por temor a ser rechazada, presenta hipersensibilidad a las críticas y al no recibir la aprobación de los demás. Solo se sintió reconocida y aceptada por su padre, hija y esposo, así como por sus maestros y compañeros de trabajo. Cuenta con solo una amiga que la ha aceptado incondicionalmente, deviene del entorno escolar, le ha brindado apoyo emocional e instrumental, lo reconoce mas no comparte lo que siente y piensa de su situación y de sí misma, no desea preocuparla; en su concepto de la amistad destaca la importancia de la aceptación y el respeto.

Área personal: Se caracteriza por su inseguridad, falta de confianza en sí misma, búsqueda de aprobación, su temperamento predominante es el flemático, poca energía vital, locus de control externo, actualmente centrado en las recomendaciones de su familia y del médico ante su enfermedad, dificultades para adaptarse a los cambios y poca tolerancia a las frustraciones devenidas de la relación con su mamá, de su enfermedad y el fallecimiento de su abuela paterna así como el padecimiento de su propia enfermedad, la cual ha asumido con tristeza, pesimismo, sentimiento de culpa, ya que cree que su enfermedad ha preocupado a su familia, en el fondo pareciera que desea compensar el apoyo, el amor y la aceptación que le han brindado cumpliendo el tratamiento, motivada por el miedo a la muerte y el deseo de mantenerse viva junto a su familia y evitarle mayores preocupaciones, actitud reforzada por las creencias en torno a la enfermedad devenidas de la impronta de su abuela. Tiene necesidad de vivir para mantenerse junto a su familia, su fuente más cercana de apoyo y aceptación, y retomar su trabajo en el que también satisfizo estas necesidades y que al abandonarlo se sintió frustrada, metas comprendidas en su proyección futura. Sus intereses son limitados a su familia y su trabajo, sus intereses profesionales están bien definidos, motivada por el oficio de cocinera que aprendió y ejerció hábilmente, después que recibiera la aprobación de su madre en este sentido. Su autoimagen se ha deteriorado, presenta baja autoestima, tiene una inadecuada autovaloración ya que se subvalora, sobrevalora sus defectos, presenta poca confianza en sí misma, aunque acepta la leve pérdida de peso corporal y de cabello, oculta este último mediante un pañuelo, se percibe como una persona insegura, poco agraciada, trabajadora. Percepción negativa de la realidad y de sí misma, de su presente y de su futuro.

Área de relaciones sexuales y de pareja: Sus experiencias en este sentido iniciaron a los 24 años al conocer a quien sería año y medio después su esposo, el cual se correspondía con su ideal de pareja basado en el amor, apoyo y aceptación incondicional; este hasta la actualidad cumple sus expectativas como padre y esposo, se siente amada, aceptada y deseada, aunque ha disminuido considerablemente su deseo sexual este no la presiona, desde el diagnóstico solo lo realizan una o dos veces por semana, motivada principalmente por el temor a perder a

su pareja enfrentando un conflicto aproximación-rechazo donde enfrenta el deseo de seguir con su esposo y temor a que la abandone si no tiene sexo; antes del diagnóstico se sentía satisfecha sexualmente. Este la acepta tal y como es, la admira por su buen desempeño como cocinera, aunque la encuentra atractiva y se lo ha comunicado, se considera una mujer poco agraciada, creencia que se ha reforzado desde que ha vivenciado los efectos secundarios, reconoce que este la apoya emocional e instrumentalmente. Desea que este proyecto de vida en común se mantenga estable ya que su pareja satisface sus necesidades de aceptación, apoyo y amor.

Observaciones generales: Durante las sesiones se mostró dispuesta a colaborar, facies depresiva, inseguridad al dar sus respuestas las cuales comentó frecuentemente para reafirmarlas, refirió la necesidad de desahogarse, al referirse a su relación con su madre y a su enfermedad también se mostró triste. Al expresar sus creencias sobre su enfermedad y sobre la relación con su madre se apreciaron indicadores de ansiedad, su expresión facial expresaba la inseguridad que le generan, e indicadores de depresión como llanto frecuente, lenguaje lento, poca movilidad, apreciaciones pesimistas sobre su presente y futuro. Su vestimenta es adecuada, aunque colores opacos como negro, carmelita y gris, usa un pañuelo para ocultar su cabello por miedo al rechazo, poca adaptabilidad a los cambios y poca tolerancia a las frustraciones, no se maquilla. Tiende a complacer a su esposo por miedo a perderlo, pese a que este ha sido cariñoso, comprensivo y la acompaña a las consultas. También la apoyan su hija y su yerno, esta percibe dicho apoyo pero tiende a distanciarse y reprimir sus emociones y pensamientos acerca de su situación. Al preguntarle por su futuro, pese a sus deseos de vivir, se mostraba pesimista. Presenta hipotimia, retraimiento social, hipobulia, insomnio matutino e hipoerotismo.

Diagnóstico psicodinámico: Paciente que ha tenido un desarrollo psicológico poco favorable. Las vivencias negativas durante su infancia dado el autoritarismo, rechazo manifiesto y perfeccionismo de su madre hacia ella, suscitaban necesidades de aceptación y amor insatisfechas compensadas por su padre y ya en la adultez por su esposo e hija, dieron lugar a su inseguridad, retraimiento social, baja autoestima, subvaloración, dificultades para adaptarse a los cambios y poca tolerancia a las frustraciones devenidas primero de la relación con su madre, a quien quiso y no llegó a odiar pese a su actitud, pero sí se siente culpable por no haber cumplido las expectativas de esta entorno a su ideal de hija buscando su aprobación frecuentemente, también las devenidas del padecimiento de su propia enfermedad, como los efectos secundarios que acepta pero teme mostrarse tal y como es por temor a ser criticada o rechazada. La distingue su inseguridad, poca energía vital, locus de control externo, actualmente centrado en las recomendaciones de su familia y del médico, predominio de temperamento flemático, de emociones negativas como tristeza y miedo a morir por su enfermedad, actitud pesimista ante su enfermedad reforzadas por creencias negativas en torno al cáncer devenidas de la impronta de la enfermedad de su abuela paterna. Su actitud a favor del tratamiento está reforzada por su temor a la muerte y sus deseos de vivir, por su familia, para disminuir la preocupación de esta y el sentimiento de culpa. En su concepción del mundo refleja su percepción negativa de la realidad, de sí misma, de su relación con su madre, de su enfermedad y de su futuro. Se traza metas por debajo de sus posibilidades reales (retardar la muerte con el tratamiento cuando puede aspirar a recuperarse por el diagnóstico precoz de su enfermedad) y regula su comportamiento para alcanzarlas. Sus intereses son limitados a su

familia y su trabajo, sus intereses profesionales están bien definidos, motivada por el oficio de cocinera que aprendió y ejerció hábilmente, después que recibiera la aprobación de su madre en este sentido. Su autoimagen se ha deteriorado, presenta baja autoestima, tiene una inadecuada autovaloración, se subvalora, sobrevalora sus defectos, presenta poca confianza en sí misma, aunque acepta la leve pérdida de peso corporal y de cabello, oculta este último mediante un pañuelo, se percibe como una persona insegura, poco agraciada, trabajadora. Desarrolló un aprendizaje vicario a partir de su abuela; las creencias en torno a la enfermedad (el cáncer provoca irremediablemente la muerte) así como las creencias en el tratamiento como beneficio (puede vivir más), devenidas de esta impronta así como su temor a la muerte, sus deseos de vivir y su familia refuerzan su actitud a favor del tratamiento, el cual asume con autodeterminación aunque las posibilidades de recuperarse las atribuye a fuerzas ajenas a su persona, lo cual sugiere un locus externo. Las metas comprendidas en su proyección futura, consisten en: vivir más, junto a su familia, continuar su relación de pareja y retomar su trabajo; se sentía realizada como madre, esposa y trabajadora. Sobrevivir, aunque cree que es poco posible, se ha convertido en una necesidad priorizada al igual que disminuir la preocupación de su familia, por lo que ha asumido el tratamiento con autodeterminación ininterrumpidamente. A partir de lo hasta aquí expuesto se considera que I.M.G. presenta adherencia parcial al tratamiento, donde solo un componente se ha manifestado totalmente, el cumplimiento del tratamiento, motivada por el miedo a morir, ganar más tiempo junto a su familia y evitarle mayores preocupaciones y así aliviar su sentimiento de culpa; presenta poca implicación personal, pese a que considera el tratamiento necesario dada la creencia de que este puede retrasar su muerte, no se interesa por conocer su enfermedad, ha mantenido una inadecuada relación con su médico ya que no expresa sus preocupaciones ni busca activamente información que facilite su afrontamiento. Este nivel de adherencia terapéutica puede estar asociado a: una inadecuada relación con el médico que la asiste, afrontamientos centrados en el control de las emociones, severidad percibida, acepta su enfermedad con pesimismo; autovaloración inadecuada por subvaloración, baja autoestima y autoimagen deteriorada. Aunque dispone de atención y tratamiento médicos gratuitos, una amplia red de apoyo social y presenta actitudes a favor del tratamiento reforzadas por creencias devenidas de la impronta de su abuela paterna a partir del cual ha desarrollado un aprendizaje vicario imitando comportamientos cuyas consecuencias valora positivamente (su actitud a favor del tratamiento aumentó los años de vida junto a su familia aunque se deterioró físicamente).

Diagnóstico psicopatológico: A partir de la observación y del resto de las técnicas se considera que I.M.G. está funcionando a nivel neurótico, presenta inseguridad, retraimiento social, sentimiento de inferioridad, ansiedad, suele mostrarse inhibida en grupo; por miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo, evita hacer amigos, realizar trabajos u otra actividad a menos que esté segura de que va ser aceptada; su amiga, su familia y compañeros de trabajo cumplen sus expectativas en este sentido; aunque presenta dificultades para relacionarse y ha activado como mecanismo de defensa la represión por temor a ser avergonzada, ha establecido una relación de pareja estable ya que su esposo la acepta incondicionalmente, se siente amada y aceptada por este; no obstante, es insegura, tímida y callada por temor al rechazo, presenta baja autoestima, subvaloración; se percibe como una persona poco interesante e inferior a los demás, sobrevalora las situaciones ordinarias. También se aprecian indicadores de patrón de personalidad tipo C predisponente al cáncer dado la represión crónica

de emociones negativas como miedo al rechazo, a su enfermedad, e ira, está enojada con ella misma, se culpa por no corresponderse con el ideal de hija de su madre, por no cumplir las expectativas de esta, por ser portadora de una enfermedad que considera una desgracia para su familia por las preocupaciones que cree le ha causado, emociones suscitadas en alguna medida por el perfeccionismo y el estilo educativo autoritario de su madre. Presenta indicadores de ansiedad y de depresión, es propensa a padecer estos estados; desde que vivencia su enfermedad sus necesidades de sueño, alimentación, sexuales y de relación presentan alteraciones dígase: insomnio matutino, disminución del apetito, hipoerotismo, retraimiento social, además de hipotimia e hipobulia.

Integración de los resultados

De acuerdo con la literatura consultada, la adherencia a la quimioterapia endovenosa es elevada (Lichtman, Taylor & Wood, 1984). Según los resultados obtenidos en la presente investigación la mayoría de las pacientes, entiéndase por estas los seis primeros casos, presentan una adherencia total al tratamiento.

Los tres componentes se manifiestan totalmente: mantienen una adecuada relación con el profesional que las asiste basada en la adecuada comunicación, que facilita la expresión de preocupaciones y la comprensión de las recomendaciones médicas; están implicadas con la enfermedad y el tratamiento, los cuales aceptan y asumen con optimismo y autodeterminación, presentan conocimientos sobre su enfermedad que han desarrollado a partir de experiencias previas de familiares que padecieron cáncer y la búsqueda de ayuda profesional, se han adaptado al cambio de roles y actividades habituales, asumiendo su recuperación como un reto personal; han cumplido el tratamiento ininterrumpidamente y en su totalidad, con autodeterminación.

A lo que ha podido contribuir: disponer de atención y tratamiento médicos gratuitos, la presencia de una amplia red de apoyo social; una adecuada relación con el médico que la asiste; conocimientos sobre la enfermedad; afrontamientos centrados en el problema como reevaluación positiva de la situación y planificación; aceptación y adaptación a su enfermedad, motivadas desde una perspectiva optimista; presencia de creencias positivas en torno a la enfermedad y actitudes a favor del tratamiento reforzadas por la propia familia, profesionales y amigos, por creencias devenidas de experiencias previas con el cáncer, en lo esencial, con miembros de la familia que han padecido dicha enfermedad a partir de las cuales han desarrollado un aprendizaje vicario evitando o imitando comportamientos según sus consecuencias, presentan una autoestima alta, autovaloración adecuada, autoimagen ajustada, que no se ha deteriorado, se perciben positivamente y acepta los efectos secundarios vivenciados, modelos de personalidad predisponentes a la salud, personalidad resistente (caso1) y autocurativa (casos 1, 2, 4, y 5), que facilitan la emisión de respuestas adaptativas a la enfermedad, manejo adecuado de las emociones, tolerancia a las frustraciones y optimismo, no presentan niveles significativos de ansiedad ni de depresión

En estos casos han resultado favorables los siguientes factores: socioeconómicos como el acceso a atención y tratamientos médicos gratuitos; la adecuada relación entre profesional de la salud y paciente; el apoyo social como la presencia de una amplia red de apoyo; diagnóstico precoz de la enfermedad; y particularidades del paciente como el optimismo, la autoeficacia, la severidad y los beneficios percibidos, la actitud a favor del tratamiento, la presencia de conocimientos sobre la enfermedad, de un locus de control interno, de afrontamientos

centrados en el problema, autoestima alta, creencias positivas acerca de la enfermedad y el tratamiento derivadas de experiencias previas con el cáncer, en lo esencial, con miembros de la familia que han padecido dicha enfermedad a partir de las cuales han desarrollado un aprendizaje vicario evitando o imitando comportamientos según sus consecuencias.

Resulta interesante el caso de I.M.G (caso 6), quien tuvo vivencias negativas durante su infancia dado el autoritarismo, rechazo manifiesto y perfeccionismo de su madre hacia ella, suscitaban necesidades de aceptación y amor insatisfechas compensadas por su padre y ya en la adultez por su esposo e hija, dieron lugar a su inseguridad, retraimiento social, sentimiento de inferioridad, hipersensibilidad a las críticas, baja autoestima, subvaloración, dificultades para adaptarse a los cambios y poca tolerancia a las frustraciones como las derivadas del padecimiento de su propia enfermedad, como los efectos secundarios que acepta, aunque teme mostrarse tal y como es por temor a ser criticada. Se traza metas por debajo de sus posibilidades reales (retardar la muerte con el tratamiento cuando las posibilidades de recuperación son mayores por el diagnóstico precoz de su enfermedad) y regula su comportamiento para alcanzarlas. Se considera que la paciente está funcionando a nivel neurótico, presenta inseguridad, retraimiento social, sentimiento de inferioridad, ansiedad, suele mostrarse inhibida en grupo por miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo; evita relacionarse, realizar trabajos u otra actividad a menos que esté segura de que va ser aceptada; su amiga, su familia y compañeros de trabajo cumplen sus expectativas en este sentido; aunque presenta dificultades para relacionarse y ha activado como mecanismo de defensa la represión por temor a ser avergonzada, su relación de pareja es estable ya que su esposo la acepta incondicionalmente, se siente amada y aceptada por este, teme que la abandone, esto se fundamenta en una autoimagen deteriorada y en su inseguridad, presenta baja autoestima, subvaloración; se percibe como una persona poco interesante e inferior a los demás, sobrevalora las situaciones ordinarias. También se aprecian indicadores de patrón de personalidad tipo C predisponente al cáncer dado la represión crónica de emociones negativas como miedo al rechazo, a su enfermedad, e ira, está enojada con ella misma, se culpa por no corresponderse con el ideal de hija de su madre, por no cumplir las expectativas de esta, por ser portadora de una enfermedad que considera una desgracia para su familia por las preocupaciones que cree le ha causado. Presenta indicadores de ansiedad y de depresión, es propensa a padecer estos estados; desde que vivencia su enfermedad sus necesidades de sueño, alimentación, sexuales y de relación presentan alteraciones dígase: insomnio matutino, disminución del apetito, hipoerotismo, retraimiento social, además de hipotimia e hipobulia.

Presenta adherencia parcial al tratamiento, solo un componente se manifiesta totalmente, el cumplimiento ininterrumpido del tratamiento, motivada por el miedo a morir, aliviar sus sentimientos de culpa ya que cree que así puede evitar mayor preocupación a su familia; pese a que considera el tratamiento necesario dada la creencia de que este puede retrasar su muerte, presenta poca implicación, no se interesa por conocer su enfermedad, ha mantenido una inadecuada relación con su médico ya que no expresa sus preocupaciones ni busca activamente información que facilite su afrontamiento.

Se identificaron algunos factores asociados a la adherencia terapéutica parcial en esta paciente como: inadecuada relación médico y paciente, afrontamientos centrados en el control de las emociones, autovaloración inadecuada por subvaloración, baja autoestima, autoimagen deteriorada, severidad percibida, es decir, creencias negativas en torno a la enfermedad

devenidas de experiencias previas con el cáncer, en lo esencial, con su abuela materna quien falleció por cáncer de mama avanzado.

Aunque presenta factores favorables como: socioeconómicos dado el acceso a atención y tratamientos médicos gratuitos, una amplia red de apoyo social y particularidades del paciente como actitudes a favor del tratamiento reforzadas por creencias de que el tratamiento puede retrasar la muerte, devenidas de la impronta de su abuela paterna fallecida por metástasis tras padecer cáncer de mama avanzado; a partir de la cual ha desarrollado un aprendizaje vicario imitando comportamientos cuyas consecuencias valora positivamente (su actitud a favor del tratamiento aumentó los años de vida junto a su familia aunque se deterioró físicamente).

CONCLUSIONES

La adherencia terapéutica en las pacientes estudiadas se presentó en dos niveles: total y parcial; aunque predominó el primero en cinco casos.

En la mayoría de las pacientes estudiadas se manifiestan adecuadamente los componentes de la adherencia terapéutica: implicación personal, relación entre el médico y el paciente, y predominio del cumplimiento del tratamiento en todos los casos.

Los factores asociados a la adherencia terapéutica total en las pacientes estudiadas son: el acceso a atención y tratamientos médicos gratuitos; la adecuada relación entre médico y paciente; la presencia de una amplia red de apoyo social; el diagnóstico precoz de la enfermedad; así como el optimismo, la autoeficacia, la severidad y los beneficios percibidos, la actitud a favor del tratamiento, la presencia de conocimientos sobre la enfermedad, de afrontamientos centrados en el problema, de una autoestima alta y de creencias positivas acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Los factores asociados a la adherencia terapéutica parcial en las pacientes estudiadas son: inadecuada relación entre médico y paciente, afrontamientos centrados en el control de las emociones, autovaloración inadecuada por subvaloración y severidad percibida.

Todas las pacientes perciben una sobrecarga laboral en el personal de enfermería pese a que se sienten satisfechas con la atención médica recibida, lo cual pudiera prever el síndrome de desgaste profesional.

RECOMENDACIONES

A la Dirección del Hospital Oncológico de Matanzas informar los resultados de la presente investigación

A la UMCC por medio del Departamento de Psicología divulgar los resultados de la presente investigación para el conocimiento de los estudiantes de Psicología y profesionales interesados en el tema.

Referencias bibliográficas

- Ahumada, A., Aliaga, P. & Bolívar, N. (2001). Enfoque integral de la paciente hysterectomizada, *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, Vol. 12 N°3, pp. 229-234.
- Ajzen, J. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Alonso, L. (2012, Diciembre). *El comportamiento de la autoestima, el apoyo y los estados emocionales en pacientes operadas de cáncer cérvico uterino*. Trabajo presentado en la Convención Internacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.
- Alonso, M., Álvarez, E. & Moreno, B. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Psicología de la Salud*; 9(2):115-38.
- American Center Society. (1994). *Cancer Facts and Figures*. Nueva York: American Center Society.
- Amigó, I., Fernández, C. & Pérez M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En: Amigó I. (Ed.) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide, cap. 13, pp. 229-70.
- Andersen, W.A., Bookman, M.A., Blessing, J.A., Hanjani, P. & Herzog, T.J. (2000) Related Articles. Topotecan in squamous cell carcinoma of the cervix: A Phase II study of the Gynecologic Oncology Group. *Gynecol Oncol. June; 77(3)*, pp.446-449.
- Arranz, J.A., Calvo, F., Lara, M.A. & Pérez, G. (1994). Prevención del cáncer. En noticias de salud. Monográficos: Cáncer, Madrid: Consejería de Salud.
- Avorn, J., Partridge, A.H., Wang, P. & Winer, E. (2002). Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *J Natl Cancer Inst, 94 (9)* pp. 652-661.
- Bailey, L., Heller, T. & Pattison, S. (Eds.) (1992). *Preventing Cancers*. Buckingham: Open University Press.
- Bam, S.I., Petersen, N. & Wray, N.P. (1993). Variation in hemodialysis patient compliance according to demographic characteristics. *Soc Sci Med, 37 (8)*, pp. 1035-1043
- Banna, G.L., Cavallaro, S., Collová, E., Gebbia, V., Giuffrida, P, Lipari, H. et al. (2010) Anticancer oral therapy: Emerging related issues. *Cancer Treat Rev, 36(8)*, pp. 595-605.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo, Editora Ltda.
- Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care, 1*, pp.97-106.
- Bayarre, H, Martín, L. & Sairo, M. (2003). Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 19(2):0*
- Bayés, R. (1991). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca, 2da. Eds.
- Bayes, R. (1995). *SIDA y psicología*. Barcelona: Martínez Roca
- Bayés, R. (1999). La psicooncología en España. *Medicina Clínica, 113*, pp.273-77
- Bayés, R. (2000). Aspectos psicológicos de la adhesión al tratamiento. En: S. Yubero & E. Larrañaga (Eds.) *SIDA: Una visión multidisciplinar* (pp. 95- 103) Cuenca: Ediciones de la universidad de Castilla-La Mancha.
- Becker, M. H. & Rosenstock, I. M. (1984). Compliance with medical advice. En: A. Steptoe & A. Mathews (Eds). *Health care and human behaviour* (pp. 175-208). Londres: Academic Press.

- Bloom, B.L. (1988). Adherence to medical treatment programs. En: BL Bloom. Health psychology. A psychosocial perspective (pp. 308-330) Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bosch, F.X., Lorincz, A., Meijer, C.J., Muñoz, N. & Shah, K.V. (2002). The causal relation between human papilloma virus and cervical cancer. *J Clin Pathol*, 55.
- Braddy, L.W., Cooper, M.R., Fleming, I.D. & Mielszkalski, G.B. (1996). Bases de los principales tratamientos actuales del cáncer. En: Murphy GP, Lawrence Wjr, Lenhard RE. Oncología clínica. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS) American Cancer Society, p. 110-53.
- Burnett, A.F., Roman, L.D., Garcia, A.A., Muderspach, LI., Brader, K.R. & Morrow, C.P. (2000). Related Articles. A phase II study of gemcitabine and cisplatin in patients with advanced, persistent, or recurrent squamous cell carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol*, January, 76(1):63-6.
- Cabrero, J. & Richart, M. (1988). *La psicología en los centros de salud comunitaria. Programas de promoción y educación para la salud*. Valencia: Promolibro.
- Camacho, R., Chacón, M., Grau, J., Rodríguez Hurtado V. & Romero, T. (1996). Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el cuidado del paciente con cáncer en Cuba. *Rev Cubana Oncol*.
- Campo, N. (2005). *Psicopatología general*, pp.45-47, La Habana: Editorial Félix Varela.
- Cao, N. (2005). Trastornos de las funciones afectivas. pp. 45-47, *Psicopatología general*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Cassem, N.H. (1994). El paciente moribundo. En: Cassem, N.H. (Ed.) *Psiquiatría de Enlace en el Hospital General*. Madrid: Diaz de Santos, 419-54.
- Cassileth, B.R. (1995). The aim of psychotherapeutic intervention in cancer patients. *Support Care Center*, 9: 267-71.
- Catalá, R. C. (2009). *Intervención psicoeducativa para mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama asistidas en el Hospital Oncológico de Matanzas*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología, Universidad de Ciencias Médicas, Matanzas, Cuba.
- Cluss, P.A. & Epstein, L. H. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. En: P Karoly, (Ed). *Measurement strategies in health psychology* (pp. 403-432), Nueva York: Wiley
- Cohen, F. (1979). Personality, Stress and the development of physical illness. In: Stone, G.C., Cohen, F., Adler, N.E. (Eds). *Health Psychology*, San Francisco: Jossey-Bass, 217-32.
- Consedine, N., Hershman, D., Magai, C. & Neugut, A. (2007). Common psychosocial factors underlying breast cancer screening and breast cancer treatment adherence: A conceptual review and synthesis. *J Womens Health (Larchmt)*, 16 (1): 11-23.
- Cox, T. (1980). *Stress*. NY: MacMillan Press.
- Cuevas, C., Domínguez, P., de la Fuente, J.A., Domínguez, A., Ebro, S., García-Estrada, J., Zereck, E., Touriño, R. & Winter, G. (1996). Cumplimiento de las citas concertadas. *Psiquis*, 17(9): 457-464.
- Chacón, M., Grau, J. & Llantá, M.C. (1996). *La Psicooncología: Perspectivas y Retos*. Trabajo Presentado en el Congreso Internacional PSICOSALUD-96, La Habana, Cuba

- Chacón, M., Grau, J. & Llantá, M.C. (1998). Conferencias del Curso Internacional en Psicooncología. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba.
- Chacón, M., Grau, J. & Llantá, M.C. (2000). Conferencias del Curso Internacional Pos congreso PSICOSALUD-2000 sobre Psicología y Cáncer. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba.
- Chacón, M. & Grau, J. (2003). Burnout en los equipos de Cuidados Paliativos: evaluación e intervención. En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, cap. 78,149-68.
- Díaz Llanes, G. (2000). El comportamiento en la Psicología de la Salud. En: (Ed.) Universidad de Guadalajara. México *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*: 179-200.
- Díaz-Rubio, E. (2000). Aspectos generales de terapéutica oncológica. En Die Goyanes A, Llombart Bosh M., Matilla Vicente A, editores. *Manual de oncología básica. Madrid: Asociación española contra el cáncer*, pp. 69-77.
- Di Matteo, M.R. & Di Nicola, D.D. (1982). *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role*. NY: Pergamon Press.
- Di Matteo, M.R. & Friedman, H.S. (1989). Adherence and practitioner patient relationship. In: Friedman, H.S. & Di Matteo, M.R. (Eds.). *Health Psychology*. NY: Prentice Hall, 68-100
- Dreher, H. & Temoshok, L., (1992). *The Type C Connection: the behavioral links to cancer and your health*. N.Y.: Random House.
- Dumbar, J.M. & Agras, W.S. (1980). Compliance with medical instructions. En J.M. Ferguston y C.B.Taylor (Eds): *The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine*.Vol.1, Lancaster: MTP.
- Ehrenzweig Sánchez, Y. (2007). Modelo de cognición social y adherencia en pacientes con cáncer, *Avances en Psicología Latinoamericana*, Bogotá, Colombia, Vol. 25 (1), pp. 7-21.
- Fernández, F., Maceira, D. & Torres Rivas, R.M. (1995). Self-esteem and value of the health as correlates of adolescent health behavior. *Adolescence*; 30(118):403-12.
- Ferrer, V. A. (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas: conceptos y factores implicados. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 35-61.
- Figado, M. C. (2000). *Calidad de vida y proceso de afrontamiento en pacientes con cáncer*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
- Fisher, L., Goldney, R., Phillips, P. & Wilson, D. (2004). Diabetes, depression and quality of life. *Diabetes Care*; 27: 1066-70.
- Folmank, S. & Lazarus, R. S. (1984). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca(trad. española de "Stress, appraisal and coping", de 1984).
- Funke, B.L. & Nicholson, M.E. (1993). Factors affecting patient compliance among women with abnormal Paps smear. *Patient Education and Counseling*, 20(1): 5-15
- Galán, Y. (2013, Abril). *Registro nacional del cáncer de Cuba*. Ponencia presentada en un Encuentro de Oncología Avanzada en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, La Habana, Cuba.

- García, A., López, A., López, C., López, J.M., Ramos, J., Rivera, F. & Vega, M.E. (2004). Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Psicooncología*, 1 (2-3): 137-50.
- García, O. C., (1987). *El cáncer como situación estresante*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
- García, Y. (2001). *Una aproximación a la representación social del cáncer en una muestra de la provincia de Matanzas*, Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
- Gil, F.L. & Sirgo, A. (2000). Modelo de interconsulta: guía de intervención en Psicooncología. En: Cortés Funes, H., García Conde, J. & Guillém Porta, V. (Eds.) *Oncología Médica*. Barcelona: Nova Sidonia Oncología (grupo Aula Médica, SA), Cap. 224:1713-16
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica, *Rev Cubana Med Gen Integr*, 17(5), 502-505.
- González, M. & Martín, M. (2006), *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana, Psicología en Ciencias Médicas.
- González Serra, D. (2008). *Psicología de la motivación*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Grau, J. (1999): Conferencias del Curso de Psicooncología. Melilla, España, UNED.
- Grau, J. (2001). Conferencias al Simposio Internacional de Psicooncología. Granada, España.
- Grau, J. (2002). *Estrés, Salud y Enfermedad*. Material Docente para la Maestría de Salud Pública. La Habana.
- Grau, J. & Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Psicología y Salud*, enero -junio, pp. 137-149.
- Grau, J. & Hernández, E. (2003). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la salud.
- Grau, J., Hernández, E. y Villarroel, F. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En: (Ed.) Universidad de Guadalajara. *México Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*, pp. 113-177.
- Grau, J. & Llantá, M. C. (2001). *Psicología del Dolor: Evaluación e intervención psicológica en pacientes oncológicos*. En Aréchiga, G. (Ed.). *Dolor y Paliación. Recursos en la Medicina Actual*. Guadalajara: Cuellar.
- Grau, J., Llantá, M.C., Martín, M. (2003). Evaluación e intervención psicológica en el enfermo de cáncer con dolor. En: Gómez Sancho M, (Ed.) *Avances en Cuidados Paliativos*. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, T. II, cap. 38: 51-80.
- Grau, J., Llantá, M.C. & Pire, T. (1998). La psicología en la lucha contra el cáncer. Ponencia al XX Congreso Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). La Habana, Cuba.
- Grau, J. & Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Psicología y Salud*, enero -junio: 137-149.
- Grau, J. & Martín, L. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud, *Rev Psicología y Salud*, 14(1), 89-101.

- Grau, J & Martín, L. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: (Ed) Universidad de Guadalajara. México Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones: 567-590
- Grau, J. & Martínez, G. (2008). *La concepción histórico cultural de Vygotski y su impacto en la Psicología de la Salud*. Conferencia impartida en Seminario sobre la obra de Vygotski. Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
- Grilli, R. & Lomas, J. (1994). Evaluating the message: The relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Med Care*, 32 (3): 202-213.
- Grupo Madrileño de Psicooncología (2001). *Colegio oficial de Psicólogos de Madrid: Propuesta de inclusión del psicólogo en la atención integral al enfermo de cáncer. Psicooncología*. Madrid, España.
- Guerrero, A. & Vera-Villarreal, P. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*; 2: 21-26.
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. In: Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. (Eds.) *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press, pp. 1-7.
- Heller, T., Bailey, L., Pattison, S. (Eds.) (1992). *Preventing Cancers*. Buckingham: Open University Press.
- Hernández, E. (2002). *Estados emocionales y estilos de afrontamientos*. Material Docente para la Maestría de Salud Pública, La Habana.
- Hernández, E., Rivero, M.M. & Vargas, R., (1998) Evaluación de un Programa de Rehabilitación Integral en Pacientes con Transplante Cardíaco Ortotópico. Trabajo presentado en Cardiología'98. Cuba.
- Herruzo, J. (1990). Evaluación e intervención en adherencia a prescripciones médicas y de salud. *Análisis y modificación de conducta*, 16(48), pp. 193-208
- Holland, J.C. (1996). *Desafíos Psicológicos del Cáncer*. Investigación y Ciencia. Nueva York.
- Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*". Oxford, NY: Oxford University Press.
- Holland, J. (2003). Psychological Care of Patients: Psycho- Oncology's Contribution. *Journal of Clinical Oncology, December, Vol 21, Issue 90230: 253s-265s*.
- Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, (1994). Programa Nacional de Control de Cáncer. Impresiones ligeras, La Habana.
- Instituto de Salud del Estado de México, (2012). Extraído en: webmasterisem@salud.gob.mx
- Jhingran, A. et al. (2008). Cancers of the cervix, vulva, and vagina. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, et al. eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 4thed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill-Livingstone, chap 91.
- Jinish, H. (1993) El médico ante nuevos retos. *Médico Moderno*, 32(2).
- Kanapp, E. (2005). *Psicología de la Salud*. Universidad de La Habana, Cuba.
- Kavanagh, A.J., Gooley, S. & Wilson, P.H. (1993). Prediction of adherence and control in diabetes. *J Behav Med*, 16 (5), pp. 509- 522.
- Karoly, P. (1993). Enlarging the scope of the compliance construct: toward developmental and motivational relevance. In: Krasnegor N.A., Epstein L., Bennett-Johnson S., Yaffe S.J., (Eds.) *Developmental aspect of health compliance*. Hillsdale, N.J: LEA, 11-27.

- Kirscht, J.P. & Rosenstock, I.M. (1979) .Patient's problems in following recommendations of health experts. En: GC Stone, F Cohen & EN Adler, (Eds). Health psychology 8 pp. 189-215). San Francisco, CA: Josey-Bas.
- Lacrauz, C. (2003). *Citología ginecológica de Papanicolaou*. Editorial Complutense.
- Latimer, E. (1990). *El cuidado de los pacientes graves y en etapa terminal. La filosofía y la ética*. Ponencia inédita, México.
- Leventhal, H. (1993) .Theories of compliance, and turning necessities into preferences: Application to adolescent health action. En: NA Krasnegor, L Epstein, S Bennett- Johnson & SJ Yaffe, (Eds).Developmental aspects of health compliance 8pp 91-124. Hillsdale, NJ.LEA.
- Ley, P. (1983). Patients understanding and recall in clinical communication failure. En: Pendleton D, Hasler J (Eds.). Doctor-patient communication. Londres: Academic Press, p. 89-107.
- Ley, P., Llewellyn, S. (1985). Improving patient's understanding, recall, satisfaction and compliance. En: Broome A, Llewellyn S (Eds). Health psychology. Processes and applications. Londres: Chapman y Hal, pp. 75-98.
- Lichtman E.E, Taylor S. E.,& Wood J.V. (1984). Comply with chemotherapy among breast cancer patients. Health Psychology. 3: 553-562.
- Llantá, M.C. (2000). Intervención Psicológica en el paciente con cáncer. Ponencia a la III Conferencia Internacional PSICOSALUD-2000. La Habana, Cuba.
- Llantá, M. C., Grau, J. (2001). ¿Existe una personalidad propensa al cáncer? Taller en I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud (ALAPSA) Veracruz, México.
- Llantá, M.C. (2007). INOR. Ciudad Habana.
- Lorenc, L. & Branthwite, A. (1993). Are older adults less compliant with prescribed medication than younger adults? Br. J. Clin. Psychol; 32 (4): 485-492.
- Lützén, K. & Ramfelt, E. (2005) Patients with cancer: Their approaches to participation in treatment plan decisions. *Nurs Ethics*, 12 (2): 143-55.
- Macía, D. & Méndez, F.X. (1996). Evaluación de la adherencia al tratamiento. En: Buela-Casal, G., Caballo, V.E. & Sierra, J.C. (Eds.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*, Madrid: Siglo XXI.
- Macía, D. & Méndez, F.X. (1999). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En: Simón, M.A. (Ed.). Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva, cap. VII, pp.217-58.
- Magai, C., Consedine, N., Neugut, A. & Hershman, D. (2007). Common psychosocial factors underlying breast cancer screening and breast cancer treatment adherence: A conceptual review and synthesis. *J Womens Health (Larchmt)*, 16 (1): 11-23.
- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica, Libertad Martín Alfonso, *Rev Cubana Salud Pública*, 30(4), 1-5.
- Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente, *Rev Cubana Salud Pública*, julio-septiembre, vol.32, No.3.
- Martín, L. (2009a). Estado actual de la investigación de la adherencia al tratamiento: revisión de trabajos publicados entre 2003 y 2007. Manuscrito en preparación. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública.

- Martín, L. (2009b). *La adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario*, Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.
- Martín, M., González, M. & Bravo, M (2008). Inventario sobre algunas situaciones sociales. Escala de Rotter. En: CD-ROM Especialización en Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
- Martínez, M., Rodríguez Marín, J. & Valcárcel, M.P. (1990). Psicología Social y Psicología de la Salud. En: J Rodríguez, Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad (pp. 13-26) Barcelona: PPU.
- Mayer, E., Partridge, A. & Ruddy, K., (2009). Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA Cancer J Clin* 2009; 59 (1): 56-66.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence*. Nueva York: Plenus Press.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. DC Bilbao: DDB.
- Mendoza, M. (2007). *Adherencia terapéutica y factores asociados en personas con Diabetes Mellitus tipo II. (Tesis)* Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
- Mendoza, P., Muñoz, M., Merino, J. & Barriga, O. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Revista Médica Chile*, 134, 65-71.
- Middleton, J. (1996). *Yo (no) quiero tener cáncer* (2da Edición). México: Grijalbo.
- Ministerio de Salud Pública, (2004). Anuario Estadístico de Salud. Dirección Nacional de Estadística. ISSN 1561-4425
- Ministerio de Salud Pública. (2010). Anuario Estadístico de Salud. Dirección Nacional de Registros médicos y estadísticas de salud. La Habana: MINSAP, p. 81.
- Morris, H. (1964). *Uses of epidemiology*. Edinburgh and London: E. and S. Livingstone, Ltd
- Murria, M. & McMillan, L. (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. *Br J Clin Psychol*, 32, pp. 87-100.
- Nichols-English, G. & Poirier, S. (2002). Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *Journal American Pharmaceutical Assoc*, 40(4), 475-485.
- Noller, K.L. (2012). Intraepithelial neoplasia of the lower genital tract (cervix, vulva): Etiology, screening, diagnostic techniques, management. In: Katz V.L., Lentz G.M., Lobo R.A., Gershenson D.M., eds. *Comprehensive Gynecology*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby, chap 28.
- Organización Mundial de la Salud, (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas*. Madrid: Ediciones Doyma.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington, DC: Traductor.
- Ovejero A (1990). Relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo. En: S Barriga, JM León, MF Martínez y IF Jiménez de Cisneros, (eds.) *Psicología de la salud. Aportaciones desde la Psicología Social*, pp. 135-158. Sevilla: Sedal.

- Ortego, M.C. (2004). La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. *Educare* 21,8. Extraído en: <http://enfermeria21.com/educare/educare08/enseñando/enseñando2.htm>
- Ortiz, M. (2004) Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psykhé*, 13, 21-31.
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile* 135, pp.647-652
- Palacios, X. & Vargas, L. P. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Rev. Psicooncología*. Vol. 8, Núm. 2-3, pág. 423-440.
- Piña, J. & Sánchez, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH Bogotá. *University Psychological* 6(2), 399-407
- Rizo, Y. (2010). *Estudio de la adherencia a la hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica asistidos en el Hospital Faustino Pérez de Matanzas*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología, Universidad de Ciencias Médicas, Matanzas, Cuba
- Roca, M. A., (1994). *Psicología y cáncer: El proceso de afrontamiento a las enfermedades oncológicas malignas en niños, adolescentes y sus familiares*. Tesis para optar por el título de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
- Roca, M. A. (2000). *Apoyo Social: su significación para la Salud Humana*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Rodríguez Arce, M. A. (2008). *Relación Médico-Paciente*, Editorial Ciencias Médicas ed., La Habana.
- Rodríguez López, D. (2004). Conozcamos elementos de la personalidad necesarios para el trabajo social. En Torres, O. (Comp.) *Temas de apoyo para el trabajo social*. (pp. 79-87), La Habana, Cuba.
- Rodríguez Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marín, J. (Ed.) *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis, 151-60.
- Rodríguez Marín, J. (2002). *Apoyo Social y Salud, Psicología Social de la Salud*. Editorial Síntesis. S.A. España. Tomado Dossier Maestría de la Salud
- Sarafino, E.P. (1990). Using health services En: Sarafino. *Health psychology. Biopsychosocial interactions* (pp.285-318) Nueva York: John Wiley & Sons, 1990.
- Sarduy, M. (2012). *Control de la calidad en los programas de pesquisa de cáncer cérvico uterino*. CIMEQ, La Habana, Cuba.
- Suárez, D. M. (2002). *Personalidad, cáncer y sobrevivencia*. La Habana, Editorial Científico-Técnica.
- Suls, J. (1982). Social support, interpersonal relations, and health: Benefits and liabilities. En: GS Sanders y J Suls, (Eds) *Social psychology of health and illness* (pp. 225-277) Hillsdale, NJ: LEA.
- Taylor, S.E., Lichtman, E.E. & Wood, J.V. (1984). Compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Health Psychology*, 3, PP.553-562.

- Turk, D.C. & Meichenbaum, D. (1991a). Adherence to self care regimens. The patient's perspective. En: JJSweet, RZ Rozensky y SM Tovian (Eds). Handbook of clinical psychology in medical settings. pp. 249- 266, Nueva York: Plenum Press.
- Turk, D.C. & Meichenbaum, D. (1991b). Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos, DC Bilbao: DDB.
- Ugarde, M. (2010). *Estudio de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II de Cárdenas*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología, Universidad de Ciencias Médicas, Matanzas, Cuba
- Valera Alfonso, O. (2003). *Las corrientes de la psicología contemporánea*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Vervloet, (2006). Desde el cumplimiento hasta la adherencia terapéutica. *Rev. Expressions*, 24: 4-13. Extraído de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00035.htm>
- Vidal y Benito, M.C. (1998). La Psico-Oncología: Conceptos Básicos. *Temas de Salud Mental*, Jul-Dic, Bs.As. Argentina. 2.2:29-36
- Vygotski, L. S. (1996). Obras Escogidas, Tomo IV Editorial Aprendizaje/Visor, Madrid, España.
- Villamarín F. (1990). Auto eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2(1-2), pp.45-64
- Zaldívar, D (2003) Factores psicosociales y adherencia terapéutica. Salud para la vida. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu>.

Bibliografía

- Ferrer Pérez, V. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados, Departamento de Psicología, Universidad de Islas Baleares, *Revista de Psicología de la Salud, España*, 7(1), pp. 104-122
- Grau, J. (2002). Estrés, salud y enfermedad. En ENSAP (Ed.): *Guía de estudio y bibliografía básica. Módulo 7, Maestría de Psicología de la Salud* (pp. 123 -141). La Habana: ENSAP.
- Grau, J. & Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión, *Psicología y Salud*, enero –junio, pp. 137-149.
- Grau, J. y Martín, M. (1993). La investigación psicológica de los enfermos crónicos en Cuba: una revisión. *Psicología y Salud*, enero –junio, pp.137-149.
- Hernández, E., Grau, J., (2003). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*, Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Knapp, E. (2005). "Psicología de la Salud", Universidad de la Habana, Cuba
- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica, *Revista Cubana Salud Pública*; 30(4), pág. 1-5
- Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente, *Rev Cubana Salud Pública*, julio-septiembre, No.3, vol.32.
- Martín, L. (2009). Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario (tesis), Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
- Sarduy, M. (2012). Control de la calidad en los programas de pesquisa de cáncer cérvico-uterino, CIMEQ, La Habana, Cuba
- Suárez Vera, D. (2002). *Personalidad, cáncer y sobrevivencia*. Editorial Científico- Técnica, La Habana.
- Zaldívar, D. (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida*. Disponible en línea: [www.info - med.sld.cu](http://www.info-med.sld.cu) (4 de abril).

Anexos

Anexo 1

Guía de observación aplicada en cada técnica, propuesta por Felicia Miriam González Llana y Marta Martín Carbonell (2006), la cual precisa algunos aspectos a tener en cuenta:

- Expresión facial. Seriedad, despreocupación, depresión, expresividad, etc.
- Postura. La persona está apoyada, recostada, relajada, etc.
- Conducta. Intranquilidad, sudoración, nerviosismo, movimientos innecesarios, etc.
- Expresión oral. Su lenguaje es lento, rápido, pausado, gagueos, cansancio verbal, etc.
- Apariencia física. Higiene personal, limpieza, vestimenta, etc.
- Actitud ante la tarea. Disposición, colaboración, seguridad, temor, etc.
- Actitud ante el examinador. Colaboración, hostilidad, apatía, empatía, etc.

Anexo 2 Entrevista semi-estructurada

Datos generales:

Nombre y apellidos

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado civil:

Hábitos tóxicos

APF

APP

HEA

Las siguientes preguntas no tienen un orden predeterminado, sino que serán formuladas en la medida en que la entrevista valla avanzando y se sienta mucho más cómodo el paciente.

Implicación personal

¿Cómo usted reaccionó ante el diagnóstico? ¿Por qué?

¿Qué usted cree de su enfermedad?

¿Cómo ha enfrentado su enfermedad?

¿Conoce los tratamientos que se emplean ante esa enfermedad?

¿Cuál es el tratamiento adecuado para su enfermedad?

¿Quién o quienes decidieron el tratamiento?

¿Cuáles son los efectos secundarios que puede provocar el tratamiento?

¿Cree que el tratamiento es necesario? ¿Por qué?

Relación entre médico y paciente

¿Cómo ha sido su relación con el médico que la asiste? ¿Por qué?

¿Usted le expresa sus dudas o preocupaciones acerca de su enfermedad o tratamiento?

¿Cuál ha sido la reacción de su médico?

¿Comprende sus orientaciones?

¿Se siente satisfecha con la atención médica recibida? ¿Por qué?

Cumplimiento del tratamiento

¿Con qué frecuencia usted cumple el tratamiento? ¿Por qué?

¿Cuál ha sido la orientación que no ha podido seguir? ¿Por qué?

Experiencias previas con esta enfermedad

¿En el pasado tuvo alguna experiencia con esta enfermedad? Descríbala.

Severidad percibida

¿Considera que su enfermedad es grave? ¿Por qué?

¿Cree que su vida ha cambiado desde que enfermó? ¿En qué sentido?

Barreras percibidas

¿Cuáles han sido las molestias que le ha podido causar el tratamiento?

¿Cree que es complejo? ¿Por qué?

¿Qué le ha impedido o le ha hecho difícil seguir el tratamiento?

Beneficios percibidos

¿Ha mejorado con el tratamiento? ¿En qué sentido?

Autoeficacia percibida

¿Cree que puede hacer algo para mejorar? ¿En qué sentido?

Atribuciones causales

¿Cuáles cree sean las causas de su enfermedad?

Apoyo social percibido

¿Quiénes la han ayudado a enfrentar su enfermedad?

¿Cree que el apoyo que le han brindado es suficiente? ¿Por qué?

Posibilidad de cubrir los gastos que puede implicar el seguimiento del tratamiento

¿Puede cubrir los gastos que conlleva seguir el tratamiento?

¿Alguien la ayuda en este sentido? ¿Quién (es)?

Anexo3

Entrevista en profundidad

Área Familiar

- ¿Cómo fue su relación con sus padres?
- ¿Cómo fue su relación con su(s) hermano(s)?
- ¿Cómo fue su relación con otros familiares?
- ¿Cuáles son los principales recuerdos de su infancia?
- ¿Cómo son las relaciones con la familia que usted creó?
- ¿Usted tiene hijos? De ser negativa la respuesta ¿Quisiera tener hijos?
- ¿Cómo es su relación con ellos?
- ¿Cómo ha reaccionado su familia ante su enfermedad?
- ¿Cuenta con el apoyo de esta? ¿En qué sentido?

Área Escolar y Laboral

- ¿Cómo le fue en su etapa de estudiante?
- ¿A qué trabajo o profesión se ha dedicado? ¿Por qué?
- ¿Qué hace en la actualidad?

Área de Relaciones Interpersonales

- ¿Le resulta difícil relacionarse con los demás? ¿Por qué?
- ¿Cuántos amigos tiene?
- ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Puede contar con el apoyo de estos desde que enfermó?

Área Personal

- ¿Cuáles cree que sean sus mejores cualidades y características personales?
- ¿Reconoce en sí misma algún defecto? ¿Cuál?
- ¿Considera que ha obtenido mayores éxitos que fracasos en su vida? ¿Por qué?
- ¿Cómo reaccionó ante el diagnóstico?
- ¿Cuáles son sus principales preocupaciones?
- ¿Cuál fue su actitud ante la enfermedad?
- ¿Usted cumple su tratamiento? ¿Por qué?
- ¿Su vida ha cambiado desde que enfermó? ¿En qué sentido?
- ¿Qué piensa de sí misma?
- ¿Tiene planes para el futuro? ¿Cuáles son?

Área de Relaciones sexuales y de Pareja

- ¿Cómo describe sus relaciones amorosas?
- ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener relaciones sexuales?
- ¿Cómo fueron sus primeras relaciones sexuales? ¿Qué la motivó a hacerlo?
- ¿Cómo conoció a su actual pareja?
- ¿Cómo describe su relación?
- ¿A usted le realizaron una histerectomía? ¿Qué opina de esta?
- ¿Cómo ha sido la relación con su pareja desde que inició el tratamiento y después de la operación?
- ¿Qué puede decir de las relaciones sexuales con su pareja?
- ¿Desea expresar algo más que considere importante para esta investigación?

Anexo 4

Inventario de autoestima de Coopersmith

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo con el asunto planteado.

SI NO

- 1-Generalmente los problemas me afectan muy poco
- 2-Me cuesta trabajo hablar en público
- 3-Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi vida
- 4-Puedo tomar una decisión fácilmente
- 5-Soy una persona simpática
- 6-En mi casa me enoja fácilmente
- 7-Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo
- 8-Soy popular entre las personas de mi edad
- 9-Mi familia generalmente tiene en cuenta mis sentimientos
- 10-Me doy por vencido (a) fácilmente
- 11-Mi familia espera demasiado de mí
- 12-Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy
- 13-Mi vida es muy complicada
- 14-Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas
- 15-Tengo mala opinión de mi mismo
- 16-Muchas veces me gustaría irme de casa
- 17-Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo
- 18-Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente
- 19-Si tengo algo que decir generalmente lo digo
- 20-Mi familia me comprende
- 21-Los demás son mejores aceptados que yo
- 22-Siento que mi familia me presiona
- 23-Con frecuencia me desanimo con lo que hago
- 24-Muchas veces me gustaría ser otra persona
- 25-Se puede confiar muy poco en mí

Anexo 5 Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)

Instrucciones: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta ahora mismo. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No, en absoluto –1 Un poco –2 Bastante –3 Mucho --4

Primera Parte

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación
2. Estoy preocupado
3. Me siento con confianza en mí mismo
4. Siento que me canso con facilidad
5. Creo que no tengo nada de qué arrepentirme
6. Siento deseos de quitarme la vida
7. Me siento seguro
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo
9. Me canso más pronto que antes
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas
11. Me siento bien sexualmente
12. Ahora no tengo ganas de llorar
13. He perdido la confianza en mí mismo
14. Siento necesidad de vivir
15. Siento que nada me alegra como antes.
16. No tengo sentimientos de culpa
17. Duermo perfectamente
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea
19. Tengo gran confianza en el porvenir.
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.

Segunda Parte (las mismas instrucciones, pero con las siguientes opciones de respuesta)

Casi nunca 1 Algunas veces 2 Frecuentemente 3 Casi siempre 4

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo
2. Creo no haber fracasado más que otras personas
3. Pienso que las cosas me van a salir mal
4. Creo que he tenido suerte en la vida
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones
8. Me deprimó por pequeñas cosas
9. Tengo confianza en mí mismo
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas
11. Me siento aburrido
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales
15. Todo me resulta de interés
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza
17. Me falta confianza en mí mismo
18. Me siento lleno de fuerzas y energías
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente
20. Me ahogo en un vaso de agua
21. Soy una persona alegre
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago

Anexo 6

Test de completamiento de frases

Instrucciones: Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones. Trate de completar todas las frases.

- 1.- Me gusta
- 2.- El tiempo más feliz
- 3.- Quisiera saber
- 4.- En el hogar
- 5.- Lamento
- 6.- A la hora de acostarme
- 7.- Los hombre
- 8.- El mejor
- 9.- Me molesta
- 10.- La gente
- 11.- Una madre
- 12.- Siento
- 13.- Mi mayor temor
- 14.- En la escuela
- 15.- No puedo
- 16.- Los deportes
- 17.- Cuando yo era niño (o niña)
- 18.- Mis nervios
- 19.- Las otras personas
- 20.- Sufro
- 21.- Fracase
- 22.- La lectura
- 23.- Mi mente
- 24.- El impulso sexual
- 25.- Mi futuro
- 26.- Yo necesito
- 27.- El matrimonio
- 28.- Estoy mejor cuando
- 29.- Algunas veces
- 30.- Me duele
- 31.- Odio
- 32.- Este lugar
- 33.- Estoy muy
- 34.- La preocupación principal
- 35.- Deseo
- 36.- Mi padre
- 37.- Yo secretamente
- 38.- Yo...
- 39.- Las diversiones
- 40.- Mi mayor problema es
- 41.- La mayoría de las mujeres
- 42.- El trabajo
- 43.- Amo
- 44.- Me pone nervioso
- 45.- Mi principal ambición
- 46.- Yo prefiero
- 47.- Mi problema principal en la elección de carrera, profesión o trabajo
- 48.- Quisiera ser
- 49.- Creo que mis mejores aptitudes son
- 50.- Mi personalidad
- 51.- La felicidad

Anexo 7

Cuestionario de Estilos de Afrontamiento

Lea por favor los ítems que se indican a continuación y elija en cada caso el número que exprese en qué medida actuó.

0 – En absoluto. 1 - En alguna medida. 2 - Bastante. 3 - En gran medida.

- 1- Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (en el próximo paso).
- 2- Intenté analizar el problema para resolverlo mejor.
- 3- Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.
- 4- Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.
- 5- Me comprometí o propuse sacar algo positivo de la situación.
- 6- Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.
- 7- Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.
- 8- Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.
- 9- Me criticqué o me sermoneé a mí mismo.
- 10- No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.
- 11- Confié en que ocurriera algún milagro.
- 12- Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).
- 13- Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.
- 14- Intenté guardar para mí mis sentimientos.
- 15- Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.
- 16- Dormí más de lo habitual en mí.
- 17- Manifesté mi enojo a la (s) persona (s) que lo había provocado.
- 18- Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.
- 19- Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor.
- 20- Me sentí inspirado para hacer algo creativo.
- 21- Intenté olvidarme de todo.
- 22- Busqué la ayuda de un profesional.
- 23- Cambié, maduré como persona.
- 24- Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.
- 25- Me disculpé o hice algo para compensar.
- 26- Desarrollé un plan de acción y lo seguí.
- 27- Acepté la segunda posibilidad mejor después de aquella en la que no confiaba.
- 28- De algún modo expresé mis sentimientos.
- 29- Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.
- 30- Salí de la experiencia mejor de cómo entré.
- 31- Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.
- 32- Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomar unas vacaciones.
- 33- Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.
- 34- Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado.
- 35- Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso.
- 36- Tuve fe en algo nuevo.
- 37- Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.
- 38- Redescubrí lo que es importante en la vida.
- 39- Cambié algo para que las cosas fueran bien.
- 40- Evité estar con la gente en general.
- 41- No permití que me venciera, rehusé pensar en el problema mucho tiempo.
- 42- Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.
- 43- Oculté a los demás las cosas que me iban mal.
- 44- No me tomé en serio la situación, me negué a considerarla en serio.
- 45- Le conté a alguien como me sentía.
- 46- Me mantuve firme y peleé por lo que quería.
- 47- Me desquité con los demás.
- 48- Recurrí a experiencias pasadas, ya me había encontrado antes en una situación similar.
- 49- Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.

- 50-Me negué a creer lo que había ocurrido.
- 51-Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.
- 52- Propuse un par de soluciones distintas al problema.
- 53- Lo acepté, ya que no podía hacer nada al respecto.
- 54-Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas.
- 55-Deseé cambiar lo que estaba ocurriendo, o la forma en que me sentía.
- 56-Cambié algo de mí mismo.
- 57- Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.
- 58-Deseé que la situación terminara o se desvaneciera de algún modo.
- 59- Fantaseé o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.
- 60-Recé.
- 61-Me preparé para lo peor.
- 62-Repasé mentalmente lo que haría o diría.
- 63- Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a la que admiro y decidí tomarla como modelo.
- 64- Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.
- 65-Me recordé a mí mismo que las cosas podrían ser peor.
- 66-Hice yoga u otro ejercicio.
- 67- Intenté algo distinto a todo lo anterior (... *Por favor escríbalo...*)

Anexo 8

Cuestionario para valorar el comportamiento de adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer cérvico-uterino.

Nombre:

Edad:

Nivel de escolaridad:

Estado civil:

1. Lea las siguientes afirmaciones y seleccione la respuesta que más se corresponda a su caso.

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	Pocas veces	Nunca
a) Se interesa por conocer su enfermedad y los tratamientos médicos que puede recibir.				
b) Cree que puede superar la enfermedad con el tratamiento.				
c) Usted aclara las dudas que pueda presentar en torno a su padecimiento con el médico que la asiste.				
d) Realiza los ajustes necesarios en su vida cotidiana para cumplir el tratamiento.				
e) Usted y el médico que lo asiste, deciden conjuntamente el tratamiento a seguir.				
f) Para recibir los sueros acude al hospital				
g) Asiste a las consultas de seguimiento				
h) Considera necesario el tratamiento.				
i) Recibe la cantidad de sueros indicada				
j) Usted y el médico que lo asiste, analizan cómo cumplir el tratamiento.				
k) Cumple la orientación de abandonar o de no incluir en su estilo de vida el hábito de fumar.				
l) Cumple con la dieta recomendada				
m) Cumple con el tratamiento				

2. Considera que su enfermedad es:

a) _Grave b) _Poco grave c) _Nada grave d) _No pienso en eso

3. Usted considera que (marque las que se correspondan con su caso):

a) _____ su enfermedad cambió los planes que tenía para su vida.

b) _____ desde que enfermó no puede realizar, como antes, las actividades que habitualmente hacía.

c) _____ su vida ha cambiado poco desde que enfermó.

d) _____ han aumentado los gastos desde que enfermó.

e) _____ su enfermedad no ha afectado su vida.

4. Usted cree que: (marque las que se correspondan con su caso)

a) _____ su enfermedad provoca, irremediablemente, la muerte.

b) _____ su enfermedad puede agravar si no recibe tratamiento.

c) _____ su enfermedad se padece siempre no importa qué tratamiento se realice.

d) _____ puede ejercer un mejor control sobre su enfermedad si cumple el tratamiento acordado.

5. Usted cree que: (marque las que se correspondan con su caso)

a) _____ los tratamientos aumentan las posibilidades supervivencia y ayudan a controlar la enfermedad.

b) _____ el tratamiento es complejo pero necesario.

c) _____ son mayores las incomodidades que genera el tratamiento que sus beneficios.

d) _____ es agotador por su larga duración pero debo cumplirlo.

e) _____ son muchos los sueros pero los debo recibir.

- f) _____ la quimioterapia y la radioterapia tienen efectos secundarios indeseados, pero me ayuda a combatir la enfermedad.
- g) _____ debo recibir el tratamiento, el cual es supervisado por el personal médico del hospital.
- h) _____ no vale la pena cumplir el tratamiento.
6. Usted considera que puede cubrir los gastos que conlleva seguir con su tratamiento: a) sí b) sólo en parte c) no
7. Usted cree que: (marque las que se correspondan con su caso)
- a) _____ puede realizar las acciones de salud recomendadas.
- b) _____ puede modificar los hábitos de vida que afectan su salud.
- c) _____ no puede cumplir con las recomendaciones médicas.
8. Su enfermedad se debe a: a) la influencia genética b) hábitos perjudiciales para la salud c) a otros factores ¿Cuáles?-----
- 9) Considero que el apoyo que recibo es: a) suficiente b) medianamente suficiente c) insuficiente d) no recibo ningún apoyo.
- 10) Su médico: (seleccione la que más se corresponda a su caso)
- a) _____ le explica la importancia de cumplir el tratamiento.
- b) _____ le brinda información sobre su enfermedad.
- c) _____ le consulta sin mostrar interés.
- d) _____ se muestra receptivo ante sus dudas.
- e) _____ le impone el tratamiento sin tener en cuenta lo que usted piensa acerca de este.
- f) _____ No aclara sus dudas.
- g) _____ es agradable en el trato.
- 11) Usted comprende las orientaciones que le da su médico:
- a) sí b) en parte c) no
- 12) Con respecto a la atención médica me siento:
- a) satisfecha b) poco satisfecha c) insatisfecha

Anexo 9
Técnica de los diez deseos

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Escriba 10 deseos suyos, puede ser tanto aquello que desea que ocurra como lo que no desea que suceda, no es necesario que piense mucho para escribir. Es importante que sea sincero y que escriba los deseos que realmente quiera.

1. *Yo deseo*
2. *Yo deseo*
3. *Yo deseo*
4. *Yo deseo*
5. *Yo deseo*
6. *Yo deseo*
7. *Yo deseo*
8. *Yo deseo*
9. *Yo deseo*
10. *Yo deseo*

Anexo 10

Cuestionario sobre el dibujo de la figura humana

Instrucciones. Considere que su dibujo representa un personaje de una novela o cuento. En ese caso, conteste las siguientes preguntas sobre el mismo. Deje rienda suelta a su imaginación, déjela correr libremente. Escriba lo primero que se le ocurra.

- 1) ¿Qué edad tiene esta persona?
- 2) ¿Qué le gustaría estudiar? ¿Para qué quisiera prepararse?
- 3) ¿Qué hace en la actualidad?
- 4) ¿Qué trabajo o profesión desempeña?
- 5) ¿Cuáles son sus dificultades principales en el trabajo?
- 6) ¿Cómo emplea su tiempo libre?
- 7) ¿Cuáles son sus propósitos o ideales en la vida? ¿Cómo quisiera ser dentro de 10 años?
- 8) ¿Qué nivel o capacitación intelectual imagina Ud. que tenga y en qué aptitudes se destaca más?
- 9) ¿Qué piensa de sí mismo? (Cómo se ve a sí mismo).
- 10) ¿Cómo se lleva con los demás? (Actitudes y relaciones con las personas).
- 11) ¿Cuáles son sus problemas y preocupaciones principales?
- 12) ¿Cuáles imagina que sean sus mayores deseos actualmente?
- 13) ¿Cuáles considera que son sus mejores cualidades o características personales?
- 14) ¿Cuáles cree que son sus defectos principales o cualidades peores?
- 15) ¿Cuáles estima que han sido sus mayores fracasos o frustraciones en la vida?
- 16) ¿Cuáles cree que han sido sus éxitos más importantes?
- 17) ¿Cómo son la vida íntima y las relaciones sexuales y amorosas de esa persona?
- 18) ¿A quién le podría recordar este dibujo?

Anexo 11

Acta de consentimiento Informado al personal médico. Matanzas, 27 de agosto de 2013

A: Dirección del Hospital Oncológico de Matanzas.

Por medio de la presente solicito autorización para realizar una investigación, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer cérvico-uterino.

Atentamente:

Laura Grisel Cabrera Llufrío

Investigadora (Estudiante de 5to año de la carrera de Psicología de la Universidad Camilo Cienfuegos de Matanzas)

Anexo12
Acta de consentimiento Informado a las pacientes.

Yo ----- autorizo mi participación en la investigación que se realizará con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer cérvico uterino. Apruebo de forma voluntaria mi participación, así como la posibilidad de abandonar la investigación sin perjudicar mi atención médica.

Firma de la paciente

Firma de la investigadora

Anexo13

Análisis de las técnicas aplicadas

Caso1

Completamiento de frases: Su enfermedad constituye su preocupación principal, por la amenaza que representa para su vida, la cual vivencia como un reto ante el cual ha emitido respuestas adaptativas, ha regulado su comportamiento para cumplir el tratamiento, presenta expectativas positivas en cuanto a la efectividad del mismo y motivada por sus deseos de vivir, de retomar su trabajo y disfrutar de la compañía de sus seres queridos, en los cuales reconoce una fuente de apoyo ante esta situación. Aunque acepta estar preparada ante cualquier cambio en su estado. Presenta un locus de control interno dado la autodeterminación, la responsabilidad y el compromiso con el que asume sus objetivos como superar la enfermedad por lo que continúa con el tratamiento. También se expresa en su concepto de felicidad, de la cual se siente responsable por las buenas o malas decisiones tomadas. Presenta indicadores de una autovaloración adecuada, reconoce virtudes y defectos, se acepta a sí misma y regula su comportamiento a favor de su desarrollo personal. Se percibe como una persona sociable y decidida. Disfruta de la lectura, los deportes al aire libre como la natación, y principalmente de la cocina, dada su profesión. Duerme bien y tiene apetito. Se siente satisfecha por el apoyo que le han brindado profesionales, pacientes, amigos y familiares, en especial su esposo, con el cual mantiene una buena relación. Reconoce la necesidad de que se incremente el número de enfermeras para que la atención sea más rápida dada la cantidad de pacientes.

Técnica de los Diez Deseos: Expresa la necesidad de recuperarse y de que su familia no padezca esa enfermedad, ambas constituyen necesidades de seguridad, es decir, de estar fuera de peligro y de defenderse dada la amenaza y el reto que representa la enfermedad para la vida. Su familia ocupa un lugar privilegiado jerárquicamente, es fuente de apoyo y felicidad. Desea recuperarse para compartir el futuro con su familia y sus amigos y para retomar su trabajo en el que sentía realizada; desea desarrollar habilidades en repostería que contribuyan a mantenerse activa. Metas bien definidas. Tiene expectativas positivas en su futuro.

Dibujo de la figura humana (Machover): Se identifica con una figura de su propio sexo y edad. Se aprecian trazos largos, firmes, precisos y sin reforzamiento presentes en personas seguras de sí mismas, perseverantes en la realización de sus objetivos; piernas y pies proporcionales, aparentemente firmes sugieren seguridad, equilibrio personal; la cabeza mediana, adecuado desarrollo intelectual, social y control personal; dedos medianos, buna comunicación y habilidades manuales; brazos que cuelgan flexiblemente a los lados del cuerpo sugieren buenas relaciones interpersonales; vestimenta adecuada sin accesorios sugiere adaptación social y extroversión; el cabello suelto y abundante, persona sexualmente activa. Figura simétrica, fue dibujada descendientemente, de manera organizada, parada indicando energía, disposición a

actuar; no se aprecian indicadores de conflictos (ausencia de borraduras, reforzamiento, omisión, distorsión) ni de ansiedad, depresión, narcisismo, agresividad, inmadurez o dependencia. De acuerdo con el dibujo, la historia y el cuestionario se concluye que la paciente se proyecta a sí misma, se percibe positivamente, como una mujer presumida, sencilla, sociable, segura de sí misma, decidida, optimista, perseverante en la satisfacción de sus necesidades (recuperarse con el tratamiento, retomar su trabajo). Su autoimagen no se ha deteriorado, ha aceptado los cambios devenidos con el tratamiento adaptándose a los mismos, manteniendo una visión positiva de sí misma. Se siente deseada por su esposo, quien ha sido una fuente de apoyo significativa para ella, mantiene buenas relaciones con este.

Cuestionario de adherencia terapéutica y algunas variables asociadas: 1) Las respuestas sugieren adherencia total al tratamiento, se interesa por conocer su enfermedad, presenta expectativas positivas en torno al tratamiento, se ha adaptado a su situación realizando los ajustes necesarios para enfrentarla, ha continuado con el tratamiento ininterrumpidamente, manteniendo una relación de colaboración con el médico que la asiste. 2) y 3) cree que su enfermedad es grave, 4) posee conocimientos sobre su enfermedad, 5) cree que el tratamiento es beneficioso, que las barreras para realizarlo son sobrepasadas por sus beneficios, 6) puede cubrir los gastos que implica, 7) presenta autoeficacia, 8) las atribuciones causales son verdaderas, 9) cree que recibe suficiente apoyo, 10) existe adecuada comunicación entre el médico y la paciente, 11) comprende adecuadamente las orientaciones médicas, 12) se siente satisfecha con la atención médica recibida.

Entrevista semi-estructurada

Implicación personal: Al recibir el diagnóstico presentó estados emocionales de tristeza y ansiedad, ya que se sintió triste y preocupada por la amenaza que representa la enfermedad para su vida, sintió la necesidad de centrarse en el problema para superarlo, de seguir el tratamiento con optimismo, manteniendo expectativas positivas en torno a este. Se ha adaptado a los cambios de roles y actividades, a los efectos secundarios del tratamiento tales como leve pérdida de peso y de cabello, aceptándolos como cambios transitorios.

Cumplimiento del tratamiento: Ha realizado los ajustes necesarios para cumplir ininterrumpidamente el tratamiento, con autodeterminación.

Relación médico-paciente: Se siente satisfecha con la atención que ha recibido; el apoyo y las orientaciones transmitidos por el médico, las enfermeras y la investigadora en calidad de psicóloga. Solo sugiere que existan más enfermeras ya que son demasiados pacientes para tan pocas, considera que tienen demasiado trabajo. En este sentido es importante prever el síndrome de desgaste profesional.

Experiencias previas con la enfermedad: Vivenció la enfermedad y recuperación de su abuela materna, quien constituye un ideal que ha reforzado su actitud hacia el tratamiento.

Severidad percibida: Cree que su enfermedad es grave, que si no se trata puede provocar la muerte. Ha notado algunos cambios desde que enfermó: leve pérdida de peso corporal y cabello, tuvo que abandonar el trabajo para tratarse, los cuales ha aceptado como cambios transitorios facilitando su adaptación a estos .

Barreras percibidas: Dadas sus expectativas en el tratamiento ha aceptado los efectos secundarios, y está decidida a continuar hacia adelante con él.

Beneficios percibidos: Se siente más segura al enfrentar el cáncer activamente, pues cree así puede superarlo.

Autoeficacia percibida: Presenta confianza en sí misma, cree que puede seguir el tratamiento.

Atribuciones causales: Considera que su enfermedad se debe a la herencia familiar por el antecedente de su abuela materna.

Apoyo social: Cuenta con una amplia red de apoyo integrada por sus amigos, profesionales de la salud y su familia que cubre sus necesidades, la acompañan a consulta, se reúnen y comparten momentos agradables, la escuchan, respetan y comprenden.

Puede cubrir los gastos por sus propios medios aunque su familia y sus amigos han contribuido principalmente.

Entrevista en profundidad

Área familiar: Familia de origen nuclear compuesta por sus padres y dos hermanos mayores que ella. No existieron conflictos en su infancia, se desarrolló en un ambiente de armonía, aparentemente funcional. Asumieron un estilo democrático en la educación de sus hijos, basado en la buena comunicación, el amor, el respeto, la disciplina, la estimulación y el reconocimiento de cualidades y habilidades. Características presentes en la familia que formó con su esposo e hija, la cual tiene 22 años, está casada y con hijo de 2 años, al igual que los hermanos de la paciente. Desde los 23 años convive con sus padres y esposo, ante la llegada de su hija a los 25 años sus padres no trasgredieron límites, la orientaron siempre que necesitaron ayuda. Atravesaron por varias crisis para-normativa: por problema de salud, de la abuela materna quien padeció y superó cáncer de seno; de su nieto, quien tuvo que ser sometido a una operación para que pudiera desarrollar la visión ya que nació con desprendimiento de la retina de los ojos; aunque la cirugía fue exitosa, fue una situación estresante ante la cual se unieron para dar apoyo a su hija y yerno, tratando de aliviar sus tensiones y transmitirle esperanza. La pérdida de los abuelos maternos por infarto del miocardio, evento generador de dos crisis normativas siendo ambos adultos mayores fue otro momento en el que se evidenció la unidad y el apoyo familiar. En sentido general, se trata de una familia cohesionada con adaptabilidad a los cambios como fue la enfermedad de A.A.M., la cual generó una crisis para-normativa según su efecto en la dinámica familiar y subjetividad individual ya que se reorganizaron para brindarle apoyo, comprensión, cubrir sus necesidades y mantener un ambiente estable, lo cual ha facilitado su

afrontamiento a la enfermedad. No se ha presentado la conspiración del silencio, en su lugar existe una adecuada comunicación, se aborda la enfermedad aceptando esta realidad pero con expectativas positivas en el tratamiento, reforzando su actitud ante el mismo.

Área escolar-laboral: Fue una buena estudiante, se interesó en juegos pasivos y activos, disfruta la lectura y los deportes. Desde pequeña se interesó en la gastronomía, la cual proyectó en sus juegos de roles, hasta finalmente estudiarla con autodeterminación, ejerciéndola hasta recibir el diagnóstico, momento desde el cual asumió la superación de su enfermedad como meta sustituta para canalizar frustración devenida con ese cambio.

Área de relaciones interpersonales: Se percibe como una persona sociable, desinhibida en grupos, con buenos amigos que ha creado sobre la base de la sinceridad, la comunicación y el respeto. Desde que enfermó cuenta con el apoyo de estos y su familia.

Área personal: Tiene una adecuada autovaloración ya que reconoce sus virtudes y defectos, confía en sí misma, se percibe como una persona optimista, sociable, decidida, trabajadora, sencilla, presumida, una mujer atractiva y deseada pese a los efectos secundarios del tratamiento los cuales acepta. Su autoimagen aparentemente no se ha deteriorado sino ajustado a esos cambios, manteniendo una visión positiva de sí misma en la medida de lo posible. Inicialmente se sintió frustrada por abandonar su trabajo, aunque aceptaba que era necesario para recuperarse, ha canalizado dicha frustración disfrutando más tiempo con su familia, cocinando, nadando, leyendo. Presenta un locus de control interno, al enfermar asumió el tratamiento con autodeterminación, sus principales fuentes de motivación: sus ganas de vivir y de disfrutar en compañía de sus seres queridos. Su proyección futura está orientada a la satisfacción de necesidades de recuperación, reinserción laboral, de compartir el futuro con las personas que la aman y la continúan apoyado.

Área de relaciones sexuales y de pareja: En esta área evidencia su autodeterminación y locus interno tanto en el afrontamiento de eventos estresantes vivenciados en la primera relación como en la estabilidad de la relación actual aparentemente sin conflictos, con buena comunicación, amor, apoyo y comprensión. Comienza a tener relaciones de pareja a los 18 años, esa primera relación que terminó a los 5 meses porque la presionaba para tener relaciones ante lo cual no cedió ya que no se sentía preparada. Su actual esposo, 6 años mayor que ella, cariñoso, comprensivo, sociable, con el que tuvo su primera relación sexual a los 8 meses de relación, casándose con él a los 24 años, luego de un año y medio de noviazgo. Desde que enfermó ha sido una fuente de apoyo, se siente amada, aceptada, deseada y satisfecha sexualmente.

Inventario de Autoestima: Presenta un nivel alto de autoestima con un puntaje de 25, la paciente se percibe de manera positiva, se acepta a sí misma, se considera una persona decidida, segura de sí misma, capaz de enfrentar y superar los problemas, con

adaptabilidad a los cambios, optimista, sociable, con una familia comprensiva, que le ha brindado apoyo y aceptación, aparentemente sin conflictos.

IDERE: Presenta un bajo nivel de depresión como estado y como rasgo para puntajes de 34 y 33 respectivamente. No presenta indicadores de depresión, se ha centrado en seguir el tratamiento para enfrentar la enfermedad con optimismo y confianza en sí misma, tiene la necesidad de vivir, duerme bien, se siente realizada sexualmente con su esposo, tiene buen apetito, se mantiene activa frecuentemente, es sociable; tiende a emitir respuestas adaptivas a los cambios.

IDARE: Presenta un bajo nivel de ansiedad como estado y como rasgo para puntajes de 27 y 22 respectivamente. No presenta indicadores de ansiedad, presenta estabilidad emocional, confianza en sí misma, adaptación a los cambios, los cuales no sobrevalora sino analiza de acuerdo a su magnitud, poco propensa al estrés.

Escala de modos de afrontamiento: Los resultados fueron los siguientes confrontación y distanciamiento un puntaje de 7, autocontrol 10, búsqueda de apoyo social 9, aceptación de la responsabilidad e huida-evitación 4, reevaluación positiva 12 y planificación 13, siendo este último el modo de afrontamiento más usado, sugiere que está centrada en el problema, el cual analiza para tratar de resolver, se esfuerza por cambiar su situación, por seguir el tratamiento con la esperanza de curarse.

Caso 2

Completamiento de frases: Se percibe positivamente, acepta su enfermedad y a sí misma, regula su comportamiento en función de su desarrollo personal, sociable, decidida, optimista, con buen sentido del humor, con una familia unida, aparentemente sin conflictos, que le ha brindado apoyo ante su enfermedad; esta constituye su principal preocupación, representa una amenaza y un reto para su vida, comentó: "es mejor luchar que rendirse, creo que puedo superar mi enfermedad". Tiene expectativas positivas en torno al tratamiento, el cual asume con responsabilidad y optimismo, regulando su comportamiento para seguirlo con autodeterminación. En su proyección futura proyecta la necesidad de estar fuera de peligro, es decir, recuperarse, la cual constituye su prioridad para que otras necesidades puedan satisfacerse como retomar su trabajo e iniciar una relación estable. Disfruta la lectura, mantenerse activa. Aparentemente sus necesidades de sueño y alimentación están satisfechas.

Técnica de los Diez Deseos: Expresa la necesidad de recuperarse y de que su familia no la padezca esa enfermedad, ambas constituyen necesidades de seguridad, es decir, de estar fuera de peligro y de defenderse dada la amenaza y el reto que representa la enfermedad para la vida. Jerárquicamente su familia ocupa un lugar privilegiado, esta satisface necesidades de apoyo emocional e instrumental. Desea recuperarse para continuar compartiendo con su familia y sus amigos, retomar su trabajo, establecer una relación estable de pareja, cuya satisfacción está orientada hacia el futuro ya que hasta entonces no ha hallado un buen compañero y ha concedido mayor importancia a su recuperación. Se proyecta hacia el futuro con optimismo.

Dibujo de la figura humana (Machover): La paciente se identifica con una figura de su propio sexo y edad, se proyecta a sí misma percibiéndose como una mujer sociable, presumida, con buen sentido del humor, segura de sí misma, decidida, optimista, perseverante en la satisfacción de sus necesidades, (recuperarse es su prioridad, mientras que necesidades como retomar su trabajo e iniciar una relación estable de pareja ha sido orientada hacia el futuro sin generar conflictos). Su autoimagen no se ha deteriorado, se ha ajustado a los efectos secundarios, manteniendo una visión positiva de sí misma. La figura es mediana, proporcional en cuanto a tamaño y dimensiones de sus partes, fue dibujada descendentemente, en ella se aprecian: trazos largos, firmes, precisos y sin reforzamiento presentes en personas seguras de sí mismas, perseverantes en la realización de sus objetivos; piernas y pies proporcionales, aparentemente firmes sugieren seguridad, equilibrio personal; la cabeza mediana, adecuado desarrollo intelectual, social y control personal, cabello suelto, corto pero abundante, libertad y poca actividad sexual; brazos que cuelgan flexiblemente a los lados del cuerpo y dedos medianos sugieren buenas relaciones interpersonales, buena comunicación y habilidades manuales; vestimenta adecuada sin accesorios sugiere adaptación social y extroversión; figura simétrica, fue dibujada de manera organizada de las extremidades superiores hasta las inferiores y parada indicando energía, disposición a actuar; no se aprecian indicadores de conflictos (ausencia de borraduras, reforzamiento, omisión, distorsión) ni de ansiedad, depresión, narcisismo, agresividad, inmadurez o dependencia.

Cuestionario de adherencia terapéutica y algunas variables asociadas: 1) Las respuestas sugieren adherencia total al tratamiento, se interesa por conocer las características de su enfermedad y tratamiento, el cual considera necesario, asumiendo su cumplimiento con autodeterminación y sin interrupciones, manteniendo una relación de colaboración con el médico que la asiste. 2) y 3) cree que su enfermedad es grave, 4) posee conocimientos sobre su enfermedad, 5) cree que el tratamiento es beneficioso, que las barreras para realizarlo son sobrepasadas por sus beneficios, 6) puede cubrir los gastos que implica, 7) presenta autoeficacia, 8) las atribuciones causales son verdaderas, 9) cree que recibe suficiente apoyo, 10) existe adecuada comunicación entre el médico y la paciente, 11) comprende adecuadamente las orientaciones médicas, 12) se siente satisfecha con la atención médica recibida.

Entrevista semi-estructurada

Implicación personal: Dados sus antecedentes familiares, hizo conjeturas sobre su posible diagnóstico, pensó que lo que podía tener era cáncer por lo que decidió acudir al médico en busca de ayuda especializada, expresando la necesidad de conocer su diagnóstico para poder enfrentarlo. Este no fue motivo de sorpresa, ya que se había preparado anticipadamente ante esa posibilidad, sus principales reacciones fueron de tristeza y preocupación por su vida, recordó la experiencia de su padre, las creencias devenidas de esta impronta reforzaron su actitud ante el tratamiento, tuvo la necesidad

de centrarse en el problema para superarlo, de cumplir el tratamiento con optimismo, manteniendo expectativas positivas en torno a este. Se ha adaptado a los cambios de roles y actividades, a los efectos secundarios del tratamiento tales como leve pérdida de peso y de cabello, aceptándolos como cambios transitorios.

Cumplimiento del tratamiento: Ha realizado los ajustes necesarios para cumplir ininterrumpidamente el tratamiento, con autodeterminación.

Relación médico-paciente: Se siente satisfecha con la atención que ha recibido; el apoyo y las orientaciones transmitidos por el médico, las enfermeras y la investigadora en calidad de psicóloga. Sugiere que hallen más enfermeras dada la creencia de que tienen una sobrecarga de trabajo dado el número de pacientes, reconoce que son buenas profesionales. En este sentido es importante prever el síndrome de desgaste profesional.

Experiencias previas con la enfermedad: Vivenció la enfermedad de su padre, quien falleció a los 2 años del diagnóstico por metástasis ya que se le detectó cáncer de próstata en etapa avanzada, experiencia que refuerza su actitud ante el tratamiento y ante el test citológico.

Severidad percibida: Cree que su enfermedad es grave, que si no se trata puede provocar la muerte. Ha notado algunos cambios desde que enfermó: ha perdido levemente su cabello y peso corporal, se ha retirado de su trabajo para tratarse, a los cuales se ha adaptado.

Barreras percibidas: Dadas sus expectativas en el tratamiento está decidida a continuar con este. Se ha adaptado a sus efectos secundarios y a la distancia que debe recorrer para recibirlo.

Beneficios percibidos: Se siente más segura al enfrentar el cáncer activamente, cree que con el tratamiento puede superarlo.

Autoeficacia percibida: Tiene confianza en sí misma, cree que puede seguir el tratamiento con el optimismo y la responsabilidad que la caracteriza.

Atribuciones causales: Conoce su enfermedad así como sus causas, concede en su caso mayor importancia a la herencia familiar por el antecedente de su padre.

Apoyo social: Reconoce en su familia, amigos y profesionales fuentes de apoyo importantes por su preocupación y disposición a ayudarla.

Puede cubrir los gastos por sus propios medios aunque su familia y sus amigos han contribuido principalmente.

Entrevista en profundidad

Área familiar: Familia de origen nuclear compuesta por sus padres y su hermano 4 años mayor que ella, unida, con buena comunicación, amor y respeto entre sus miembros, no vivenció conflictos en su infancia, desarrollándose en un ambiente de armonía, aparentemente funcional y con estilo educativo democrático. Características que estuvieron presentes en la familia que formó con su esposo e hija, la cual hace dos años transitó por una crisis para-normativa por desmembramiento dado el divorcio a

causa de la infidelidad de su pareja, aunque mostró gran adaptabilidad a este evento ya que mantienen buenas relaciones reconociéndolo como buen padre y amigo. Desde entonces convive solo con su hija de 32 años, su yerno y su nieto de 7 años. Al morir su madre y luego su padre en el breve lapso de 4 años, contó con el apoyo de todos. Reconoce que pese a seguir la quimioterapia y contar con el apoyo de la familia, su padre fue en cierta medida responsable de su descenso, ya que no contribuyó a la detección precoz de su enfermedad, accediendo tardíamente al examen rectal que así lo facilita. En sentido general, se trata de una familia cohesionada con adaptabilidad a los cambios como fue la enfermedad de M.C.F.B., la cual generó una crisis para-normativa según su efecto en la dinámica familiar y subjetividad individual ya que se reorganizaron para brindarle apoyo, comprensión, cubrir sus necesidades y mantener un ambiente estable, lo cual ha facilitado su afrontamiento a la enfermedad. No se ha presentado la conspiración del silencio, en su lugar existe una adecuada comunicación, aceptan la realidad con expectativas positivas en el tratamiento, refuerzan su actitud ante el mismo.

Área escolar-laboral: Fue una buena estudiante, se interesó por la lectura, hábito que conserva en la actualidad, por conocer y aprender otros idiomas e intervino en algunas actividades escolares mostrándose desinhibida. Desde pequeña escuchaba atentamente y reproducía las frases en inglés y francés devenidas de la televisión, hasta estudiar ambos idiomas durante el preuniversitario para luego pasar un curso de operadora telefónica nacional e internacional en el que canalizó sus habilidades idiomáticas, desempeñándose satisfactoriamente hasta recibir el diagnóstico, momento desde el cual asumió la superación de su enfermedad como meta sustituta para canalizar frustración devenida con ese cambio.

Área de relaciones interpersonales: Se percibe como una persona sociable, desinhibida en grupos, con buenos amigos que ha creado sobre la base de la buena comunicación, la sinceridad y el respeto. Desde que enfermó cuenta con el apoyo de estos, de su familia y de los profesionales que la han asistido.

Área personal: Tiene una adecuada autovaloración, confía en sí misma, se percibe como una persona optimista, sociable, decidida, trabajadora, sencilla, presumida, una mujer atractiva pese a los efectos secundarios del tratamiento los cuales acepta. Su autoimagen aparentemente no se ha deteriorado sino ajustado a esos cambios, manteniendo una visión positiva de sí misma en la medida de lo posible. Inicialmente se sintió frustrada por abandonar su trabajo, aunque aceptaba que esto era necesario para recuperarse; ha canalizado dicha frustración a través de la lectura, los ejercicios tibetanos, desarrollando habilidades como peluquera y al compartir más tiempo con su familia, en especial, con su nieto. Vivenció la enfermedad y muerte de su padre, quien pese a mantenerse con la quimioterapia, no contribuyó al diagnóstico precoz de su enfermedad ya que accedió tardíamente al examen rectal para detectarla por sus creencias en torno a dicho examen (es incómodo y doloroso), considerándolo en cierta

medida responsable de su descenso. Centrada en el presente con proyección futura, con un locus de control interno, al enfermar asumió el tratamiento con autodeterminación siendo reforzada su actitud por la experiencia previa con su padre. Sus principales fuentes de motivación: sus ganas de vivir, de disfrutar de sus seres queridos, de su trabajo y de formar una relación estable con un buen compañero.

Área de relaciones sexuales y de pareja: Las relaciones de pareja han sido frustradas por factores externos a la paciente, la cual ha transitado por crisis para-normativas, la primera por emigración y la segunda por infidelidad, mostrando en ambos casos tolerancia a las frustraciones y adaptabilidad a los cambios, los cuales ha reevaluado positivamente, apreciando el valor de los años de matrimonio compartidos y de la amistad. Es optimista, no ha renunciado a la posibilidad de hallar un buen compañero para establecer una relación, concede mayor importancia a los valores personales (honesto, cariñoso, comunicativo, fiel) en su ideal de pareja. A los 21 años comienza a tener relaciones de pareja, al enamorarse de un joven de 24 años apuesto, cariñoso e inteligente, esta relación terminó por la emigración de este luego de 6 meses al ser invitado por su padre, quedaron como amigos. Luego de año y medio de relación, a los 24 años se casa con el padre de su hija, con el cual terminó hace dos años atrás por infidelidad de este, aunque mantienen buenas relaciones lo que indica adaptabilidad a los cambios y tolerancia a las frustraciones. Al principio se correspondía con su ideal de pareja, dada la buena comunicación y el amor entre ellos, pero luego de la decepción amorosa quedaron como amigos. Dos años antes de divorciarse viajó a Suiza por invitación de su primer novio y su actual esposa, ahora como amigos, viaje que disfrutó y en cual pudo valerse sus habilidades idiomáticas. Aunque actualmente no tiene pareja, esta no constituye una necesidad que demande satisfacción inmediata no así con la necesidad de superar su enfermedad, priorizada por la sujeta. Admite que aceptaría abrirse paulatinamente a una nueva relación si hallara un buen compañero y que este estuviera dispuesto a apoyarla ahora que está enferma.

Inventario de Autoestima: Presenta un nivel alto de autoestima con un puntaje de 25, la paciente se percibe de manera positiva, se acepta a sí misma, se considera una persona decidida, sociable, segura de sí misma, capaz de enfrentar y superar los problemas, de adaptarse a los cambios. Cree que es una persona agradable y agraciada ya que pese a la leve pérdida de cabello y peso se mantiene en forma y optimista, reconoce que ha cambiado pero no por eso deja de cuidar su apariencia, lo asume como un paso más hacia su recuperación. Reconoce el apoyo de su familia que la comprende y la acepta y respeta, aparentemente sin conflictos.

IDERE: Presenta un bajo nivel de depresión como estado y como rasgo para puntajes de 34 y 31 respectivamente. No presenta indicadores de depresión, se ha centrado en seguir el tratamiento para enfrentar la enfermedad con optimismo y confianza en sí misma, tiene la necesidad de vivir, duerme bien, tiene buen apetito, se siente bien sexualmente aunque no tiene pareja, se mantiene activa, es sociable; tiende a emitir

respuestas adaptivas a los cambios y a asumir cada experiencia como una oportunidad de crecimiento y de aprendizaje.

Sus necesidades de sueño, alimentación, defensa y de relación están satisfechas.

IDARE: Presenta un bajo nivel de ansiedad como estado y como rasgo para puntajes de 27 y 23 respectivamente. No presenta indicadores de ansiedad, presenta estabilidad emocional, confianza en sí misma, adaptación a los cambios, los cuales no sobrevalora sino analiza de acuerdo a su magnitud, es posible que desarrolle afrontamientos centrados en el problema, es decidida, activa.

Escala de modos de afrontamiento: Los resultados fueron los siguientes: confrontación y distanciamiento un puntaje de 7, autocontrol 10, búsqueda de apoyo social 9, aceptación de la responsabilidad 3, huida-evitación 4, reevaluación positiva 12 y planificación 13, siendo este último el modo de afrontamiento más usado, sugiere que está centrada en el problema, el cual analiza para tratar de resolver, se esfuerza por cambiar su situación, cumpliendo el tratamiento con la esperanza de recuperarse.

Caso 3

Completamiento de frases: Ama la vida, su familia, su trabajo por lo que su principal necesidad es vencer su enfermedad y curarse, orientando sus esfuerzos a continuar con el tratamiento con una actitud positiva. Acepta su enfermedad y a sí misma, se describe como una persona capaz de sobreponerse a las dificultades, optimista, decidida, sociable, con una familia unida, aparentemente sin conflictos, que le ha brindado apoyo ante su enfermedad, la cual constituye su principal preocupación por la amenaza que representa para su vida, la vivencia como un reto. En su proyección futura proyecta la necesidad de estar fuera de peligro, es decir, saludable, la cual constituye su prioridad para que otras necesidades puedan satisfacerse como retomar su trabajo e iniciar una relación. Tiene una autovaloración adecuada, reconoce virtudes y defectos, se acepta y regula su comportamiento en función de su desarrollo personal. Disfruta mantenerse activa. Duerme bien y tiene apetito. Se siente satisfecha por el apoyo que tanto profesionales, familiares como amigos le han brindado, en especial su hija, con la cual mantiene una buena relación. Sugiere que se refuerce el personal de enfermería el cual considera está sobrecargado de trabajo

Técnica de los Diez Deseos: Expresa la necesidad de seguridad, de estar fuera de peligro tanto ella como sus seres queridos, es decir, la necesidad de que su familia no padezca esta enfermedad, la necesidad de vivir, de superar la enfermedad como un reto personal y recuperarse. Su familia es fuente de apoyo y felicidad, ocupa un lugar importante jerárquicamente. Se proyecta hacia el futuro con optimismo, sus metas centradas en su salud, su familia, el rol de cuidadora y su trabajo; la necesidad de tener una relación estable de pareja, manifiesta en las entrevistas, no quedó expuesta en la presente técnica, no demanda satisfacción inmediata, ha concedido mayor importancia a su recuperación.

Dibujo de la figura humana (Machover): La paciente se identifica con una figura de su propio sexo y edad, se proyecta a sí misma percibiéndose como una mujer fuerte, segura de sí misma, sociable, presumida, perseverante en la satisfacción de sus necesidades, (recuperarse es su prioridad, por lo que ha aceptado la enfermedad y los cambios en su estilo de vida, mientras que la satisfacción de otras como retomar el rol de cuidadora, su trabajo o tener una relación estable de pareja ha sido orientada hacia el futuro sin generar conflictos). Su autoimagen no se ha deteriorado, se percibe positivamente. Figura simétrica, fue dibujada de manera organizada de las extremidades superiores hasta las inferiores y parada indicando energía, disposición a actuar; mediana, proporcional en cuanto a tamaño y dimensiones de sus partes, fue dibujada descendentemente, en ella se aprecian: trazos largos, firmes, precisos y sin reforzamiento presentes en personas seguras de sí mismas, perseverantes en la realización de sus objetivos; piernas y pies proporcionales, aparentemente firmes sugieren seguridad, equilibrio personal; la cabeza mediana, adecuado desarrollo intelectual, social y control personal; cabello suelto, corto pero abundante, libertad y poca actividad sexual; brazos que cuelgan flexiblemente a los lados del cuerpo y dedos medianos sugieren buenas relaciones interpersonales, buena comunicación y habilidades manuales; vestimenta adecuada sugiere adaptación social y extroversión; no se aprecian indicadores de conflictos (ausencia de borraduras, reforzamiento, omisión, distorsión) ni de ansiedad, depresión, narcisismo, agresividad, inmadurez o dependencia.

Cuestionario de adherencia terapéutica y algunas variables asociadas: 1) Las respuestas sugieren adherencia total al tratamiento lo cual se fundamenta en sus esfuerzos por orientados a conocer su enfermedad, tratamiento el cual cumple ininterrumpidamente y considera necesario. Ha ajustado su estilo de vida a las demandas de la enfermedad para enfrentarla con responsabilidad y disciplina, sosteniendo buenas relaciones con su médico basadas en la buena comunicación y colaboración. 2) y 3) cree que su enfermedad es grave, 4) posee conocimientos sobre su enfermedad, 5) cree que el tratamiento es beneficioso, que las barreras para realizarlo son sobrepasadas por sus beneficios, 6) puede cubrir los gastos que implica, 7) presenta autoeficacia, 8) las atribuciones causales son verdaderas, 9) cree que recibe suficiente apoyo, 10) existe adecuada comunicación entre el médico y la paciente, 11) comprende adecuadamente las orientaciones médicas, 12) se siente satisfecha con la atención médica recibida.

Entrevista semi-estructurada

Implicación personal: La experiencia previa con su padre hace 6 años reforzó su actitud positiva ante la enfermedad y las expectativas positivas en torno a la efectividad del tratamiento. Esta experiencia la preparó anticipadamente ya que tenía sus sospechas, las cuales al ser confirmadas por su médico se sintió triste, preocupada pero dispuesta a seguir adelante con el tratamiento que aceptó al igual que su enfermedad,

reconociéndolo como necesario para superarla convirtiéndose en un reto personal. Se ha adaptado a los cambios de roles y actividades, como delegar la responsabilidad del cuidado de su padre a su hija y abandonar su trabajo habitual, y a los efectos secundarios del tratamiento tales como pérdida leve de peso y de cabello, aceptándolos como cambios transitorios.

Cumplimiento del tratamiento: Ha asumido con responsabilidad y disciplina el seguimiento de la quimioterapia ininterrumpidamente con expectativas positivas en su efectividad siendo reforzada dicha actitud por la experiencia previa con su padre.

Relación médico-paciente: Valora como positiva su relación con el médico que la asiste, percibe su preocupación, dedicación y apoyo ante su enfermedad, por lo que se siente satisfecha con la atención brindada por este, las enfermeras y la investigadora en calidad de psicóloga. Sugiere que se incremente el número de enfermeras para disminuir la presión de trabajo que estas tienen y así disminuir el tiempo de espera.

Experiencias previas con la enfermedad: Vivenció la enfermedad de su padre, cáncer de próstata, experiencia que le generó tristeza y preocupación, pero la preparó como cuidadora, conoció mucho sobre esa enfermedad y los tratamientos para tratarla, con el apoyo de la familia, el médico y la actitud positiva de su padre, este superó la enfermedad y sobrevivió, convirtiéndose en un modelo a seguir que ha reforzado su actitud ante su enfermedad actual.

Severidad percibida: Cree que su enfermedad es grave porque si se descuida puede avanzar, pero que con optimismo y perseverancia se puede vencer. Acepta los efectos secundarios vivenciados tales como leve pérdida de cabello y de peso corporal, así como los cambios en su estilo de vida: se ha retirado de su trabajo para tratarse y ha delegado la responsabilidad de cuidadora de su padre a su hija, adaptándose sin dificultad.

Barreras percibidas: Dadas sus expectativas en el tratamiento está decidida a continuar con él. Se ha adaptado a los efectos secundarios y a la distancia que debe recorrer para recibirlo.

Beneficios percibidos: Se siente más segura al enfrentar el cáncer activamente, cree que con el tratamiento puede superarlo.

Autoeficacia percibida: Cree que puede seguir el tratamiento con el optimismo y la perseverancia que la caracteriza.

Atribuciones causales: Conoce su enfermedad así como sus causas, concede en su caso mayor importancia a la herencia familiar por el antecedente de su padre.

Apoyo social: Reconoce en su familia, amigos y profesionales fuentes de apoyo importantes por su preocupación y disposición a ayudarla.

Puede cubrir los gastos por sus propios medios aunque su familia y sus amigos han contribuido principalmente.

Entrevista en profundidad

Área familiar: Familia de origen nuclear compuesta por sus padres y su hermano 3 años menor, no presentó conflictos alrededor de su infancia, aparentemente funcional, existían buenas relaciones entre los miembros. Padres sencillos, afectuosos, comprensivos que asumieron un estilo educativo democrático en la educación de sus hijos, desarrollando en ellos valores importantes para la vida. La familia transitó por dos crisis, una para normativa por el efecto que causó en la dinámica familiar y en la subjetividad individual la enfermedad de su padre hace 6 años, quien padeció y superó cáncer de próstata, y una normativa, la muerte de su madre por infarto del miocardio hace 4 años, en ambos eventos la familia se mantuvo unida, para adaptarse a estos, existiendo apoyo y comprensión entre la paciente, su hermano, esposo e hija. Características que estuvieron presentes en la familia que formó con su esposo e hija, hace 3 años falleció su esposo por infarto del miocardio, su pérdida fue un evento difícil para ella, lo extraña y recuerda con cariño, pero se ha adaptado a su ausencia concentrándose en objetivos personales, su trabajo, su familia. Desde entonces convive solo con su padre, hija de 35 años, su yerno y su nieto de 5 años. Al morir su madre y luego su esposo en el breve lapso de 4 años, contó con el apoyo todos. Pese a seguir la quimioterapia y contar con el apoyo de la familia, la experiencia previa con su padre ha favorecido su actitud ante la enfermedad y ante el tratamiento. En sentido general, se trata de una familia cohesionada con adaptabilidad a los cambios como fue la enfermedad de M.J.D.A., la cual generó una crisis para-normativa según su efecto en la dinámica familiar y subjetividad individual ya que se trata de una enfermedad que pone en peligro la vida y ante la cual se reorganizaron para brindarle apoyo, satisfacer sus necesidades y mantener un ambiente estable, facilitando su afrontamiento a la enfermedad. No se ha presentado la conspiración del silencio, en su lugar existe una adecuada comunicación, aceptan la realidad con expectativas positivas en el tratamiento, de manera que tanto la familia como la experiencia previa con su padre, refuerzan su actitud ante el mismo.

Área escolar-laboral: Fue una buena estudiante, se interesó por la educación física y la educación laboral donde expresó sus habilidades para la costura, oficio que proyectó en sus juegos de roles y que comenzó a ejercer después de la secundaria, habiendo desarrollado esas habilidades en la escuela y con el apoyo de su madre, que también lo ejercía. La frustración devenida con el abandono temporal de este oficio la ha canalizado en metas sustitutas como superar su enfermedad, desarrollar habilidades en la artesanía, profesión que ejerce su hija a la que ayuda al mismo tiempo que se distrae, además de comenzar a bordar, actividad que había abandonado por no disponer de tiempo suficiente para hacerlo.

Área de relaciones interpersonales: Se percibe como una persona sociable, desinhibida en grupos, con buenos amigos que ha creado por medio de su trabajo y de su esposo sobre la base de la buena comunicación y la sinceridad. Desde que enfermó cuenta con el apoyo de estos y de su familia.

Área personal: Su fortaleza personal la distingue al igual que su optimismo, autodeterminación con la que asume sus metas, es decidida, sociable, es lenta para realizar sus actividades habituales aunque eficiente, tiende a analizar las situaciones para manejarlas, puede tomar decisiones fácilmente, frecuentemente calmada, resistente ante la adversidad. Su autoimagen aparentemente no se ha deteriorado sino ajustado a los efectos secundarios los cuales considera cambios transitorios antes de llegar a recuperarse, aceptándolos, se percibe positivamente como una mujer agradable, capaz de sobreponerse a la adversidad con optimismo y decisión. Se siente realizada como esposa, madre, abuela y trabajadora. Presenta adaptabilidad a los cambios como la pérdida de su madre y de su esposo, la enfermedad de su padre y luego la de ella, desarrollando afrontamientos centrados en esta, se ha autorregulado para seguir el tratamiento y aceptar la necesidad de abandonar temporalmente el cuidado íntegro de su padre y su trabajo. Se ha mantenido activa en el hogar. Ha desarrollado habilidades en la artesanía, profesión que ejerce su hija a la que ayuda al mismo tiempo que se distrae realizando una actividad que la motiva, ha empleado su tiempo en este y otros intereses como la lectura, disfrutar de su familia, particularmente con su nieto y su padre. La experiencia previa con la enfermedad de su padre reforzó su actitud ante su enfermedad y el tratamiento, asumiéndolo como un ideal en el afrontamiento al cáncer. Sus principales fuentes de motivación: sus deseos de vivir, sus seres queridos, su trabajo.

Área de relaciones sexuales y de pareja: Su única experiencia en relaciones sexuales y de pareja ha sido con su esposo, experiencia que describe positivamente en la que se sintió amada, deseada y apoyada, inició la relación a los 21 años y duraron 43 años de feliz matrimonio hasta su descenso, el cual significó una gran pérdida que tuvo que aceptar y sobreponerse, fue un buen esposo, padre y abuelo, la apoyó en cada momento difícil como la enfermedad de su padre y la muerte de su mamá. Se encuentra en la etapa de duelo tardío en la que ha aceptado la pérdida, aunque lo extraña y recuerda con cariño, se ha relacionado con el medio e implicado en retos personales como vencer su enfermedad hasta recuperarse, no obstante, es flexible en este sentido, ya que considera que puede rehacer su vida como lo hubiera hecho su esposo, estableciendo una relación con un buen compañero.

Inventario de Autoestima: Presenta un nivel alto de autoestima con un puntaje de 25, la paciente se percibe de manera positiva, se acepta a sí misma, se considera una persona optimista, sociable, decidida, segura de sí misma, capaz de enfrentar y superar los problemas, de adaptarse a los cambios. Cree que es una persona agradable y agraciada ya que pese a la leve pérdida de cabello y peso, cuida su apariencia. Reconoce el apoyo de su familia que la comprende, acepta y respeta sus decisiones, aparentemente sin conflictos.

IDERE: Presenta un bajo nivel de depresión como estado y como rasgo para puntajes de 32 y 25 respectivamente. No presenta indicadores de depresión. Le preocupa su

enfermedad por la amenaza que representa para su vida, no obstante, la ha asumido como un reto que puede superar con autodeterminación y optimismo, es consecuente y responsable con su manera de actuar, locus interno, tiene confianza en sí misma, necesidad de vivir, duerme bien, tiene buen apetito, se siente bien sexualmente, se mantiene activa, es sociable; tiende a emitir respuestas adaptivas a los cambios y a asumir cada experiencia como una oportunidad de crecimiento y de aprendizaje.

IDARE: Presenta un bajo nivel de ansiedad como estado y como rasgo para puntajes de 28 y 21 respectivamente. No presenta indicadores de ansiedad, presenta estabilidad emocional, confianza en sí misma, adaptación a los cambios, los cuales no sobrevalora sino analiza de acuerdo a su magnitud, poco propensa al estrés.

Escala de modos de afrontamiento: Los resultados fueron los siguientes: aceptación de la responsabilidad y huida-evitación 4, distanciamiento un puntaje de 5, confrontación 6, autocontrol y búsqueda de apoyo social 10, reevaluación positiva 11 y planificación 12, siendo este último el modo de afrontamiento más usado, sugiere que está centrada en el problema, se esfuerza por superarlo, por seguir el tratamiento con la esperanza de recuperarse.

Caso 4

Completamiento de frases: Su infancia transcurrió en un ambiente aparentemente libre de conflictos. Su familia ocupa un lugar importante en su vida y en su proyección futura. Tuvo experiencias positivas como estudiante, abandonar el trabajo en el que sentía realizada generó frustración. Concede importancia a la comunicación y al apoyo en las relaciones interpersonales, es sociable. Presenta una percepción positiva de sí misma, acepta su enfermedad, esta constituye su principal preocupación, cree que amenaza su vida y que debe enfrentarla, se siente preparada para enfrentar cualquier complicación, se mantiene positiva, expresa sus deseos de vivir. Padece eventualmente dolor de espalda. Presenta un locus interno, motivada por retos personales, se responsabiliza de las consecuencias de sus actos, de su propia felicidad. Posee una percepción positiva del sexo opuesto.

Técnica de los Diez Deseos: Superar su enfermedad constituye una necesidad jerárquicamente priorizada, para sentirse fuera de peligro, esta constituye una necesidad de seguridad, no obstante, la define como un reto orientando sus esfuerzos a rebasarla. Desea que no reaparezca el cáncer en la familia, proyectando su amor por esta y la necesidad de que esté a salvo; se siente satisfecha con su relación de pareja la cual desea continúe estable. Se proyecta hacia el futuro con expectativas positivas.

Dibujo de la figura humana (Machover): Se identifica con una figura de su propio sexo y edad. Se aprecian trazos largos, firmes, precisos y sin reforzamiento presentes en personas seguras de sí mismas, perseverantes en la realización de sus objetivos; piernas y pies proporcionales, aparentemente firmes sugieren seguridad, equilibrio personal; cabeza mediana, adecuado desarrollo intelectual, social y control personal; dedos medianos, buena comunicación y habilidades manuales; brazos que cuelgan

flexiblemente a los lados del cuerpo sugieren buenas relaciones interpersonales; vestimenta adecuada sin accesorios sugiere adaptación social y extroversión; cabello suelto, presente en personas sexualmente activas. Figura simétrica, fue dibujada de las extremidades superiores hasta las inferiores y parada indicando energía, disposición a actuar; no se aprecian indicadores de conflictos (ausencia de borraduras, reforzamiento, omisión, distorsión) ni de ansiedad, depresión, narcisismo, agresividad, inmadurez o dependencia. De acuerdo con el dibujo, la historia y el cuestionario se concluye que la paciente se proyecta a sí misma. Asume una actitud positiva ante la vida, siente la necesidad de vivir, de rebasar su enfermedad, de disfrutar a su familia, sus amigos y de su trabajo. Ha aceptado los efectos secundarios, presenta una percepción positiva de sí misma. Se siente amada y apoyada por su esposo, siente la necesidad de mantener su relación estable.

Cuestionario de adherencia terapéutica y algunas variables asociadas: 1) Las respuestas sugieren adherencia total al tratamiento, se interesa por conocer su enfermedad, presenta expectativas positivas en torno al tratamiento, ha realizado los ajustes necesarios para seguirlo ininterrumpidamente, manteniendo una relación de colaboración con el médico que la asiste. 2) y 3) cree que su enfermedad es grave, 4) posee conocimientos sobre su enfermedad, 5) cree que el tratamiento es beneficioso, que las barreras para realizarlo son sobrepasadas por sus beneficios, 6) puede cubrir los gastos que implica, 7) presenta autoeficacia, 8) las atribuciones causales son verdaderas, 9) cree que recibe suficiente apoyo, 10) existe adecuada comunicación entre el médico y la paciente, 11) comprende adecuadamente las orientaciones médicas, 12) se siente satisfecha con la atención médica recibida.

Entrevista semi-estructurada

Implicación personal: Se sintió preparada para enfrentar su enfermedad por la experiencia previa con su abuela, incrementó sus conocimientos con la ayuda de su médico, aceptó la quimioterapia siendo consciente de sus efectos secundarios, mantiene expectativas positivas en torno a su efectividad.

Cumplimiento del tratamiento: Ha asumido una actitud positiva ante el tratamiento, reconoce que es necesario, que son mayores sus beneficios que sus costos, tratándose ininterrumpidamente con autodeterminación.

Relación médico-paciente: Se siente satisfecha con la atención que ha recibido; el apoyo y las orientaciones que le han transmitido, ha podido expresar sus preocupaciones, ampliar sus conocimientos sobre su enfermedad, los tratamientos, lo cual ha facilitado su afrontamiento. Agradece la atención que le han brindado el médico, las enfermeras y la investigadora en calidad de psicóloga. Reconoce el gran esfuerzo realizado por las enfermeras para satisfacer la alta demanda de los pacientes, sugiere que se incrementen el número de profesionales de esta especialidad. En este sentido es importante prever el síndrome de desgaste profesional.

Experiencias previas con la enfermedad: Vivenció la enfermedad de su abuela, a partir de la cual conoció el cáncer y sus tratamientos, así como el afrontamiento positivo ante la misma, ella se convirtió en un modelo a seguir por el optimismo y la fortaleza personal con la que logró enfrentar y superar su enfermedad.

Severidad percibida: Cree que su enfermedad es grave, que si no se trata puede provocar la muerte. Ha vivenciado la pérdida de cabello y el retirarse del trabajo, no obstante se mantiene optimista.

Barreras percibidas: Dadas sus expectativas en el tratamiento ha aceptado sus efectos secundarios, y está decidida a continuar con este.

Beneficios percibidos: Se siente más segura al enfrentar su enfermedad activamente, dada la creencia de que así puede superarlo.

Autoeficacia percibida: Presenta confianza en sí misma, cree que puede continuar el tratamiento.

Atribuciones causales: Considera que su enfermedad se debe a la herencia familiar por el antecedente de su abuela materna.

Apoyo social: Cuenta con una amplia red de apoyo, su familia y sus cubren sus necesidades materiales y de afecto, la acompañan a consulta, se reúnen y comparten momentos agradables, la escuchan y comprenden, también agradece la atención que le prestan el equipo de profesionales que la asisten.

Puede cubrir los gastos por sus propios medios aunque su familia y sus amigos han contribuido principalmente.

Entrevista en profundidad

Área familiar: La familia de origen (padres, 2 hermanos mayores que ella, 3 y 4 años respectivamente) cohesionada y aparentemente funcional. Sus padres adoptaron un estilo educativo democrático, garantizaron la satisfacción de sus necesidades, existieron buenas relaciones entre sus miembros, comunicación, respeto, aceptación, apoyo y disciplina, sin conflictos alrededor de su infancia. La familia ha transitado por crisis para-normativas por desmembramiento cuando emigró el hermano mayor a España luego de casarse en Cuba; cuando se divorció del padre de sus hijas hace 10 años porque dejaron de amarse, manteniendo actualmente una relación de amistad; y por el impacto en la dinámica familiar y en la subjetividad individual de la enfermedad de su abuela materna hace 18 años así como el diagnóstico de su propia enfermedad hace año y medio. Ante estos eventos han evidenciado cohesión, comunicación y adaptabilidad a los cambios generados, reorganizándose para facilitar un mejor afrontamiento y satisfacer las necesidades de sus miembros, respetando decisiones individuales. La familia que creó con su primer esposo fue muy unida, presentó características similares a la de origen, buena comunicación, apoyo y comprensión entre sus miembros. Asumieron un estilo democrático en la educación de su hija de 24 años, actualmente casada, tiene un niño de 3 años, quien convive con su pareja, con la paciente y su esposo, al cual

recibieron sin conflictos en el hogar, hace 6 años se casaron estableciendo una familia reconstituida, mas existen buenas relaciones entre ellos. Han facilitado su afrontamiento a la enfermedad reforzando su actitud ante el tratamiento, manteniendo expectativas positivas en su efectividad dada la experiencia de su abuela; no han incurrido en la conspiración del silencio, mantiene una comunicación abierta, permeada por el optimismo y aceptación de la enfermedad para enfrentarla.

Área escolar-laboral: Describe positivamente esta etapa, desarrolló su interés por la lectura y las ciencias naturales. Desde pequeña se interesó por la enfermería, la cual proyectó en sus juegos de roles, hasta finalmente estudiarla y ejercerla con autodeterminación, ya que disfruta el cuidar a los pacientes, solo que esta vez ha tenido que aceptar el cambio de rol de profesional a paciente. Abandonar temporalmente el trabajo, generó frustración pero lo ha aceptado, asumiendo su recuperación como meta sustituta.

Área de relaciones interpersonales: Se percibe como una persona sociable, capaz de construir y mantener buenas relaciones tanto en la vida cotidiana como en sus centro laboral, es receptiva, solidaria, acepta las críticas positivamente, tiene buenos amigos que la han apoyado en las crisis que ha atravesado a lo largo de su vida. Reconoce el apoyo de su familia, los colegas que la asisten; ella también ha brindado su apoyo a las demás pacientes, trasmitiéndoles esperanza, seguridad y valor para seguir enfrentando su enfermedad.

Área personal: Se caracteriza por su optimismo, viveza, fortaleza personal, perseverancia en la realización de sus metas, es sociable, una mujer segura de sí misma, con buena apariencia física pese a los sueros, es presumida. Se siente realizada como madre, abuela y esposa. Su autoimagen aparentemente no se ha deteriorado sino ajustado a esos cambios, manteniendo una visión positiva de sí misma en la medida de lo posible. Tiene una alta autoestima y adecuada autovaloración, acepta los efectos secundarios que ha vivenciado con el tratamiento por las expectativas positivas que tiene en este, cree que tiene oportunidad de sobrevivir, siendo esta una necesidad priorizada. La vivencia de la enfermedad de su abuela ha reforzado su actitud hacia el tratamiento así como las expectativas en torno a su efectividad y a la esperanza de vida. Inicialmente se sintió frustrada por abandonar su trabajo, aunque acepta que es necesario para recuperarse, ha canalizado dicha frustración en metas sustitutas como: recuperarse, pasar más tiempo con su familia y perfeccionar sus habilidades culinarias con su esposo. Su proyección futura está centrada en su salud, en disfrutar de sus seres queridos y en retomar su trabajo.

Área de relaciones sexuales y de pareja: Sus expectativas en esta área se mantuvieron positivas, deseaba una relación estable y pudo realizarse en este sentido. Su primera relación amorosa fue con el padre de sus hijas, experiencia que resultó agradable dado que existía buena comunicación, amor y compartían intereses, sin embargo se divorciaron hace 10 años por pérdida del amor por ambas partes, siempre se han

respetado y mantiene una buena relación de amigos, entre este y su actual esposo existe muy buenas relaciones, hace 6 años la paciente se casó nuevamente, se siente realizada sexualmente con su pareja, quien la ama, la apoya y comprende.

Inventario de Autoestima: Presenta un nivel alto de autoestima con un puntaje de 25, la paciente se acepta a sí misma, se considera una persona segura de sí misma, decidida, capaz de enfrentar y superar los problemas, con adaptabilidad a los cambios, optimista, sociable, con una familia aparentemente comprensiva, sin conflictos, que le ha brindado apoyo y aceptación.

IDERE: Presenta un bajo nivel de depresión como estado y como rasgo para puntajes de 34 y 31 respectivamente. No presenta indicadores de depresión, se ha centrado en seguir el tratamiento para enfrentar la enfermedad con optimismo y confianza en sí misma, tiene la necesidad de vivir, duerme bien, se siente realizada sexualmente con su esposo, tiene buen apetito, se mantiene activa frecuentemente, es sociable; tiende a emitir respuestas adaptivas a los cambios.

IDARE: Presenta un bajo nivel de ansiedad como estado y como rasgo para puntajes de 34 y 21 respectivamente. No presenta indicadores de ansiedad, presenta estabilidad emocional, seguridad, decisión, optimismo, adaptación a los cambios, percepción positiva de la realidad y de sí misma, poco propensa al estrés.

Escala de modos de afrontamiento: Los resultados fueron los siguientes confrontación y reevaluación positiva un puntaje de 9, distanciamiento 8, autocontrol 13, búsqueda de apoyo social 10, aceptación de la responsabilidad 4, huida-avoidación 5, y planificación 14, siendo este último el modo de afrontamiento más usado, sugiere que está centrada en el problema, se esfuerza por cambiar su situación, por seguir el tratamiento con la esperanza de curarse.

Caso 5

Completamiento de frases: Su infancia se desarrolló aparentemente sin conflictos, su familia constituye fuente de apoyo, felicidad y motivación para cuidar su salud. Ha vivenciado la pérdida de seres queridos mostrando adaptabilidad a estos eventos. Su enfermedad constituye su principal preocupación, por la amenaza que representa para su vida, la cual vivencia como un reto ante el cual ha decidido seguir el tratamiento, motivada por las ganas de vivir y disfrutar de sus seres queridos, en los cuales reconoce una fuente de apoyo ante esta situación. Se percibe positivamente, se considera una persona sociable, agradable, positiva ante la vida, paciente. Disfruta de la lectura, las habilidades manuales. Se responsabiliza con las consecuencias de sus actos, con su felicidad, lo cual sugiere un locus de control interno.

Técnica de los Diez Deseos: Proyecta la necesidad de vivir, de compartir el futuro con su familia, tenerla toda reunida, reencontrarse con su hija, que su relación se mantenga estable; necesidad de realizarse como abuela, retomar roles y actividades habituales como costurera y ama de casa. Tratar y superar su enfermedad constituye su prioridad dada la creencia de que puede empeorar sin tratamiento y que este es efectivo a

tiempo, constituye un reto personal, satisfaciendo esta necesidad, podrían realizarse las demás.

Dibujo de la figura humana (Machover): Se identifica con una figura de su propio sexo y edad. Se aprecian trazos largos, firmes, precisos y sin reforzamiento presentes en personas seguras de sí mismas, perseverantes en la realización de sus objetivos; piernas y pies proporcionales, aparentemente firmes sugieren seguridad, equilibrio personal; cabeza mediana, adecuado desarrollo intelectual, social y control personal; cabello suelto, rizado, corto, presente en personas sexualmente activas; dedos medianos, buena comunicación y habilidades manuales; brazos que cuelgan flexiblemente a los lados del cuerpo sugieren buenas relaciones interpersonales; vestimenta adecuada sin accesorios sugiere adaptación social y extroversión; figura simétrica, dibujada organizadamente, de las extremidades superiores hasta las inferiores y paradas indicando energía, disposición a actuar; no se aprecian indicadores de conflictos (ausencia de borraduras, reforzamiento, omisión, distorsión) ni de ansiedad, depresión, narcisismo, agresividad, inmadurez o dependencia. De acuerdo con el dibujo, la historia y el cuestionario se concluye que la paciente se proyecta a sí misma. Se percibe como una mujer presumida, segura, perseverante en la satisfacción de sus necesidades (recuperarse con el tratamiento, reencontrarse con su hija, realizarse como abuela ya que su nieto pequeño no lo ha podido conocer en persona solo interactúan vía telefónica) en las que proyecta necesidad de vivir. Su autoimagen no se ha deteriorado, se ha ajustado a los cambios. Se siente deseada por su esposo, el cual ha sido una fuente de apoyo para ella, un hombre cariñoso, comprensivo.

Cuestionario de adherencia terapéutica y algunas variables asociadas: 1) Las respuestas sugieren adherencia total al tratamiento, se interesa por conocer su enfermedad, presenta expectativas positivas en torno al tratamiento, se ha adaptado a su situación realizando los ajustes necesarios para enfrentarla, ha continuado con el tratamiento ininterrumpidamente, manteniendo una relación de colaboración con el médico que la asiste. 2) y 3) cree que su enfermedad es grave, 4) posee conocimientos sobre su enfermedad, 5) cree que el tratamiento es beneficioso, que las barreras para realizarlo son sobrepasadas por sus beneficios, 6) puede cubrir los gastos que implica, 7) presenta autoeficacia, 8) las atribuciones causales son verdaderas, 9) cree que recibe suficiente apoyo, 10) existe adecuada comunicación entre el médico y la paciente, 11) comprende adecuadamente las orientaciones médicas, 12) se siente satisfecha con la atención médica recibida.

Entrevista semi-estructurada

Implicación personal: Asume su enfermedad como un reto que está decidida a vencer motivada por su necesidad de vivir y la experiencia previa de su padre. Ha desarrollado un afrontamiento centrado en el problema emitiendo respuestas adaptativas como la búsqueda de apoyo y de orientación médica, aplicando el tratamiento con autodeterminación siendo conscientes de sus efectos secundarios los cuales acepta por

la importancia que concede el tratamiento, el cual considera necesario para recuperarse.

Cumplimiento del tratamiento: Ha realizado los ajustes necesarios para cumplir ininterrumpidamente el tratamiento, con autodeterminación.

Relación médico-paciente: Se siente satisfecha con la atención que ha recibido; el apoyo y las orientaciones transmitidos por el médico, las enfermeras y la investigadora en calidad de psicóloga. Sugiere que se incremente el personal de enfermería, dada la gran cantidad de trabajo que presentan.

Experiencias previas con la enfermedad: El antecedente de su padre, experiencia que asumió con madurez brindándole apoyo, refiere que él se mantuvo seguro y decidido a luchar por su vida. La paciente, por su parte, conoció la enfermedad desde cerca, los tratamientos usuales, especialmente la quimioterapia y sus efectos. La figura paterna se ha convertido en un ideal en el afrontamiento al cáncer, las creencias en torno a la enfermedad y el tratamiento derivadas de esa impronta refuerzan su actitud ante estos.

Severidad percibida: Cree que el cáncer es una enfermedad grave, que puede causar la muerte si avanza y pero que puede sobrevivir si recibe tratamiento a tiempo.

Barreras percibidas: efectos secundarios vivenciados dígame leve pérdida de cabello y de peso corporal los cuales acepta.

Beneficios percibidos: Se siente más segura al enfrentar el cáncer activamente, pues cree así puede curarse y realizar metas personales como tener nuevamente a la familia reunida.

Autoeficacia percibida: Confía en sí misma, cree que puede realizar las metas que se proponga, entre ellas recuperarse con el tratamiento.

Atribuciones causales: antecedentes familiares.

Apoyo social: Cuenta con una amplia red de apoyo sus amigos, profesionales de la salud y su familia.

Puede cubrir los gastos por sus propios medios aunque su familia y sus amigos han contribuido principalmente.

Entrevista en profundidad

Área familiar: Familia de origen nuclear compuesta por sus padres y su hermano 2 años mayor, quien es gay y es aceptado por ellos, asumieron un estilo democrático en la educación de sus hijos, se desarrollaron en un ambiente de paz, amor, aceptación, comprensión, reconocimiento ya que ambos hermanos son buenos profesionales. El estilo educativo y la adaptación a los cambios son también características de la familia creada por la paciente, quien, su hija reside en el exterior desde hace 5 años y junto a su esposo le ha brindado apoyo instrumental y emocional, está casada, tiene un niño de 3 años con el que la paciente no ha podido interactuar, solo por vía telefónica; la visitaron varias veces hace casi 3 años, estaban esperando que el niño tuviera esa edad para poder venir, el reencuentro tendrá lugar dentro de dos meses, ante lo cual la paciente no muestra indicadores de ansiedad, sí se muestra alegre y con expectativas

positivas, refiere que ha esperado pacientemente y no perderá la calma ahora que se aproxima. Tanto la de origen como la creada por la paciente, son familias cohesionadas donde existe buena comunicación, adaptabilidad a los cambios y tolerancia a las frustraciones. Presentó crisis normativas como la pérdida de sus padres hace aproximadamente 10 años, y para-normativas: por desmembramiento dada la emigración de su hija; por el impacto en la dinámica familiar y en la subjetividad individual de la enfermedad de su padre quien logró rebasar el cáncer hace 20 años, experiencia previa a su enfermedad que la preparó para un mejor afrontamiento, reconociendo su optimismo y fortaleza personal ante esta situación, a partir de la cual surgieron expectativas positivas en torno a la efectividad del tratamiento; otra crisis de esta naturaleza tuvo lugar con la enfermedad de la paciente, brindándole apoyo instrumental y emocional, el cual reconoce por parte de su esposo, su hermano y su compañero, su hija y su yerno, abordan abiertamente su enfermedad con expectativas positivas, refuerzan su actitud ante su enfermedad y el tratamiento, no han desarrollado la conspiración del silencio.

Área escolar-laboral: Fue una buena estudiante, se interesó por el desarrollo de habilidades manuales en educación laboral, su orientación vocacional estuvo dirigida a la costura, sus maestros y familiares contribuyeron a su desarrollo, finalmente la ejerció sintiéndose realizada y reconocida. Coser, leer y cocinar son algunos de sus intereses.

Área de relaciones interpersonales: Se percibe como una persona sociable, solidaria, desinhibida en grupos, con buenos amigos que ha creado sobre la base de la comunicación y el apoyo, el cual le han brindado tanto estos como su familia.

Área personal: A lo largo de su vida ha mostrado tolerancia a las frustraciones y adaptabilidad a los cambios devenidos de las pérdidas de sus seres queridos, estancia de su hija en el exterior y el padecimiento de su enfermedad, la cual ha asumido como un reto que está decidida a superar, actitud reforzada por la experiencia previa con su padre. Reconoce en su familia una fuente de apoyo y motivación para continuar el tratamiento. Tiene necesidad de vivir para reencontrarse con su hija, retomar su trabajo y realizarse como abuela metas comprendidas en su proyección futura. Tiene una adecuada autovaloración ya que reconoce sus virtudes y defectos, confía en sí misma, se percibe como una persona paciente, optimista, sociable, solidaria, trabajadora, decidida, agradable, una mujer deseada pese a los efectos secundarios del tratamiento los cuales acepta. Su autoimagen aparentemente no se ha deteriorado sino ajustado a estos cambios, manteniendo una visión positiva de sí misma en la medida de lo posible. Abandonar temporalmente su trabajo generó frustración la cual canalizó en metas sustitutas siendo su prioridad recuperarse, también está confeccionando y creando prendas de vestir para su nieto, eventualmente como distracción, además de que refleja la necesidad de realizarse como abuela, lee, cocina, se relaciona, disfruta de su relación.

Área de relaciones sexuales y de pareja: Ha mantenido su relación estable con su esposo, el cual ha sido su fuente más cercana de apoyo ante la enfermedad al igual que su hermano, reconoce en él su ideal de pareja, tienen buenas relaciones, se siente deseada y amada, este cumple sus expectativas.

Inventario de Autoestima: Presenta un nivel alto de autoestima con un puntaje de 25, la paciente se percibe de manera positiva, se acepta a sí misma, se considera una persona decidida, segura de sí misma, capaz de enfrentar y superar los problemas, con adaptabilidad a los cambios, optimista, sociable, con una familia comprensiva, que le ha brindado apoyo y aceptación, aparentemente sin conflictos.

IDERE: Presenta un bajo nivel de depresión como estado y como rasgo para puntajes de 34 y 33 respectivamente. No presenta indicadores de depresión, se ha centrado en seguir el tratamiento para enfrentar la enfermedad con optimismo y confianza en sí misma, tiene la necesidad de vivir, duerme bien, se siente realizada sexualmente con su esposo, tiene buen apetito, se mantiene activa frecuentemente, es sociable; tiende a emitir respuestas adaptivas a los cambios.

IDARE: Presenta un bajo nivel de ansiedad como estado y como rasgo para puntajes de 27 y 21 respectivamente. No presenta indicadores de ansiedad, presenta estabilidad emocional, seguridad, optimismo, adaptación a los cambios, percepción positiva de la realidad y de sí misma, poco propensa al estrés.

Escala de modos de afrontamiento: Los resultados fueron los siguientes confrontación y búsqueda de apoyo social 9, distanciamiento y huida-evitación un puntaje de 7, autocontrol 10, aceptación de la responsabilidad 3, reevaluación positiva 11 y planificación 18, siendo este último el modo de afrontamiento más usado, sugiere que está centrada en el problema, se esfuerza por cambiar su situación, por seguir el tratamiento con la esperanza de curarse.

Caso 6

Completamiento de frases: Su infancia se desarrolló con la carencia afectiva de su madre, la cual no la aceptaba, desvalorizaba y criticaba, sin reconocer sus cualidades, es posible que haya vivenciado el rechazo de una madre perfeccionista pese a lo cual no presenta ambivalencia afectiva hacia ella, la quiere y acepta. Reprime sus sentimientos y pensamientos acerca de su enfermedad con el objetivo de no preocupar a su familia, se siente culpable por ser portadora de esta "desgracia" (su enfermedad). El tratamiento le genera más molestias que beneficios aún así lo cumple para aliviar el sentimiento de culpa. Desde los sueros, ha perdido peso corporal y cabello. Cree que en su situación solo un milagro la salvaría, colocando en fuerzas externas ajenas a sí misma la solución a su problema, cuando en realidad se está tratando, las creencias negativas en torno a la enfermedad y el pesimismo mantenidos quizás por desconocimiento, no le han permitido asumir una actitud optimista ante el tratamiento. Presenta insomnio, hiperoerotismo, ama a su esposo pero evita las relaciones sexuales por inseguridad, subvaloración. Poco sociable, dificultades para relacionarse por posible

temor al rechazo social, inseguridad generada a partir de su relación con figura materna. Tuvo experiencias positivas en el entorno escolar, buenas relaciones con sus profesores, pero igual vivenció el perfeccionismo y falta de aprobación de la madre, aumentando su sentimiento de inferioridad.

Técnica de los Diez Deseos: Proyecta su miedo a la muerte y sus ganas de vivir. Vivencia negativamente su enfermedad. Su proyección futura comprende la preocupación por el impacto de la enfermedad en su impacto en la familia, por el futuro de su nieto, así como por su relación de pareja. Proyecta necesidades de seguridad ante su enfermedad vivenciada como una amenaza, ya que considera poco probable su recuperación aunque se trata; también la necesidad de expresar emociones negativas ya que emplea la represión como mecanismo de defensa, para evitar sufrimiento y preocupación a su familia, que la motiva a continuar el tratamiento y a mantener la esperanza, pese a sus apreciaciones pesimistas.

Dibujo de la figura humana (Machover): Figura bastante simétrica y proporcional según su tamaño y dimensiones, aunque pequeña, lo cual indica represión y depresión, representa una mujer adulta media, proyectándose así misma, lo que sugiere identificación con su propio sexo y edad; presenta facies depresivas, brazos rígidos al lado del cuerpo, dedos largos y pañuelo ocultando su cabello, lo cual sugiere represión, habilidades manuales, así como compensación por sentimientos de inferioridad dada una autoimagen deteriorada respectivamente; piernas cortas y pies que no se apoyan firmemente, sugiere inseguridad; la rigidez con que se presentan las figuras sugiere que mantiene un control rígido sobre sí misma y sus situaciones. Realizó trazos cortos y sombreados, lo que sugiere ansiedad, timidez e inseguridad; fue dibujada de manera descendente, presenta: cabeza pequeña asociada a represión y poco desarrollo social; refuerzo de rasgos faciales, timidez y sentimientos de inferioridad; vestimenta adecuada sin accesorios. De acuerdo con el dibujo, la historia y el cuestionario se concluye que la paciente se proyecta a sí misma, una mujer insegura, retraída, deprimida, ansiosa, que reprime sus emociones, con una baja autoestima, sentimiento de inferioridad. Se subvalora, su autoimagen está deteriorada, vivencia su enfermedad de manera negativa, cree que causa irremediamente la muerte. En su jerarquía de necesidades está proteger a su familia y aliviar el sentimiento de culpa ya que cree que ha causado preocupación en dicho grupo, lo cual la motiva a continuar el tratamiento; en el fondo pareciera que desea compensar el apoyo, el amor y la aceptación que le han brindado. Su padre compensó la carencia afectiva de su madre, con él tuvo vivencias positivas durante su infancia, su muerte fue una pérdida a la que se pudo adaptar con el apoyo de la familia creada, su amiga y sus compañeros de trabajo.

Cuestionario de adherencia terapéutica y algunas variables asociadas: 1) Las respuestas sugieren no adherencia, ya que solo un componente se manifiesta totalmente, predominan respuestas que indican siempre y casi siempre, presenta poca implicación, pese a que considera el tratamiento necesario para retrasar su muerte, no

se interesa por conocer su enfermedad, los esfuerzos que realiza para cumplirlo están motivados por el miedo a morir, deseos de vivir, de evitar mayor preocupación a su familia y así aliviar sus sentimientos de culpa. Ha sostenido una inadecuada relación con su médico ya que no expresa sus preocupaciones ni busca activamente información, que facilite su afrontamiento, reconoce su apoyo y disposición para ayudarla. 2) y 3) cree que su enfermedad es grave, 4) no posee conocimientos sobre su enfermedad, 5) cree que el tratamiento la beneficia, pese a que vivencia negativamente sus efectos secundarios, 6) puede cubrir los gastos que implica, 7) presenta autoeficacia, 8) sus atribuciones causales son verdaderas teniendo en cuenta antecedentes familiares, 9) cree que recibe suficiente apoyo, 10) existe inadecuada comunicación entre el médico y la paciente, 11) comprende adecuadamente las orientaciones médicas, 12) se siente satisfecha con la atención médica recibida.

Entrevista semi-estructurada

Implicación personal: Poca. No presenta conocimientos sobre su enfermedad; la vivencia de la enfermedad de su abuela paterna suscitó creencias negativas sobre el cáncer, así como apreciaciones pesimistas sobre su futuro, no obstante ha asumido el tratamiento con responsabilidad por temor a morir más rápido sin este y por sus deseos de vivir, compartir su futuro junto a su familia, la cual refuerza el cumplimiento del tratamiento.

Cumplimiento del tratamiento: El tratamiento lo ha cumplido ininterrumpidamente, teme morir antes sin este, desea vivir, disminuir la preocupación de su familia que mantiene expectativas positivas en este, así también disminuye su sentimiento de culpa.

Relación médico-paciente: Inadecuada, ya que el médico le ha brindado información y aunque se ha interesado por la misma, no le ha expresado sus preocupaciones pese a su actitud receptiva, permanece pasiva ante la búsqueda de conocimiento que le permitan modificar sus creencias ante la enfermedad y comprender mejor su situación. Ha confesado sus preocupaciones y el deseo de que estas no sean transmitidas a sus familiares, a la investigadora en calidad de psicóloga, manteniéndose dicha información confidencialmente.

Experiencias previas con la enfermedad: Vivenció la enfermedad de su abuela paterna, la vivencia de esta impronta suscitó el desarrollo de creencias negativas en torno a la enfermedad, y actitud pesimista ante el futuro.

Severidad percibida: Cree que su enfermedad es grave, que provoca irremediablemente la muerte. Se ha deteriorado su autoimagen, se siente fea, poco atractiva, lo cual ha fomentado su baja autoestima y presenta hipoerotismo.

Barreras percibidas: Efectos secundarios del tratamiento.

Beneficios percibidos: Cree que con el tratamiento puede retrasar la muerte, disminuir a preocupación de su familia y con esto su sentimiento de culpa. Cree que solo un milagro puede salvarla, colocando en fuentes externas la solución al problema, lo cual pudiera estar asociado a un locus de control externo.

Autoeficacia percibida: Presente, determinada por sus deseos de vivir y la necesidad de disminuir el sentimiento de culpa, ya que pretende aliviar la preocupación de su familia como así lo refiere.

Atribuciones causales: Considera que su enfermedad se debe a la herencia familiar por el antecedente de su abuela paterna.

Apoyo social: Cuenta con una amplia red de apoyo: familia, amiga, compañeros de trabajo y profesionales, que percibe y acepta, aunque tiende a aislarse, reprimir emociones que no ha ventilado sintiéndose angustiada y triste.

Puede cubrir los gastos con ayuda de su familia que ha contribuido principalmente.

Entrevista en profundidad

Área familiar: Familia de origen compuesta por sus padres, existieron conflictos entre estos debido a los diferentes estilos educativos empelados: democrático, por parte del padre que satisfizo las necesidades de afecto, aceptación seguridad, apoyo y comprensión de su hija, y autoritario por parte de la madre, quien desvalorizaba a su hija por no corresponderse con sus expectativas, rechazo manifiesto y perfeccionismo, actitudes psicopatogenizantes que generaron complejo de inferioridad, inseguridad, retraimiento social, represión de las emociones, contribuyendo al desarrollo de una baja autoestima, subvaloración, y pocos recursos personales para afrontar situaciones estresantes como su enfermedad. La pérdida de sus padres en el lapso de 10 años, eventos normativos que vivenció negativamente, logró superarlos con el apoyo de su familia. Ha atravesado crisis para-normativas: por desmembramiento, a causa del divorcio de sus padres que vivenció ambivalentemente, ya que sufrió la partida del hogar de la figura paterna aunque nunca la abandonó y continuó satisfaciendo sus necesidades, cree que fue lo mejor pese a que tuvo que vivir con su madre con la consecuente exposición a su estilo educativo, no culpó a su padre acepta que tenía derecho a ser feliz y que este compensó la carencia afectiva de su madre, a la cual aceptó, quiso y buscó su aprobación. Otras crisis para-normativas se dieron por el efecto en la dinámica familiar y en la subjetividad individual, primero, de la enfermedad de la abuela paterna, evento que vivenció negativamente y ante el cual se deprimió aunque reprimió sus emociones para no preocupar a su familia, y en segundo lugar, la enfermedad de la paciente, se reorganizaron para darle apoyo y satisfacer sus necesidades. La impronta de la muerte de la abuela no afectó las expectativas de la familia que se mantienen optimistas ante el tratamiento, no siendo este el caso de la paciente, quien presenta creencia negativas en torno a la enfermedad pese al estadio en que se encuentra. No se desarrolló la conspiración del silencio. La familia creada por la paciente está compuesta por su esposo e hija a la que educó mediante un estilo democrático, convive con estos, con su nieto y yerno, es cohesionada y presenta adaptabilidad ante los cambios como la enfermedad de la paciente. Al conocer el diagnóstico comenzaron a deteriorarse las relaciones ya que se aísla y

reprime sus emociones, ya que no quiere expresar su miedo a la muerte, a empeorar y terminar como su abuela para así no preocupar a su familia, ya que se siente culpable por ser portadora de una enfermedad que causa sufrimiento y muerte.

Área escolar-laboral: Se sintió aceptada y reconocida por los maestros, en ese entorno se mostró inhibida ante el grupo dada su inseguridad reforzada por las frecuentes críticas de su madre, quien aprobó que se dedicara al oficio de cocinera no sin antes desvalorizarla. Sus resultados docentes fueron discretos pero buenos, el miedo al fracaso generó frustración al no participar en concursos u otras actividades. Su oficio de cocinera, lo proyectó en su juego de roles, se sintió motivada por este, el cual ejerció sintiendo el reconocimiento de los demás no así de su madre incapaz de apreciar sus virtudes, refiere que se sentía bien en condiciones laborales tales como habitación aislada, poco contacto con los demás trabajadores aunque valoraban su trabajo; al recibir el diagnóstico tuvo que retirarse, lo cual generó frustración canalizándola a través de metas sustitutas como: cumplir el tratamiento para salvarse y pasar tiempo con su nieto.

Área de relaciones interpersonales: Es retraída, durante toda su vida tuvo la necesidad de aceptación, pero frecuentemente se frustraba en este sentido por temor a ser rechazada, presenta hipersensibilidad a las críticas. Solo se sintió reconocida y aceptada por su padre, hija y esposo, así como por sus maestros, su amiga y compañeros de trabajo. Cuenta con solo una amiga que la ha aceptado incondicionalmente, deviene del entorno escolar, le ha brindado apoyo emocional e instrumental, reconociendo el valor de la amistad por parte de esta, en cuyo concepto destaca la importancia de la aceptación y el respeto, aunque no le ha confesado como se siente y piensa ante su enfermedad.

Área personal: Presenta una percepción negativa de sí misma, subvaloración, poca confianza en sí misma, inseguridad, que limita sus relaciones interpersonales, así como pesimismo ante su enfermedad, una autoimagen deteriorada, aunque acepta los efectos secundarios. Mostró poca tolerancia a la frustración de no ser aceptada y reconocida por su madre la cual afectó su autoestima, contribuyó a su retraimiento, inseguridad aunque reconoce que esta necesidad fue compensada por su padre, su esposo, su hija, su amiga y compañeros de trabajo; se siente culpable por no corresponderse a las expectativas de su madre por lo que buscó su aprobación frecuentemente, reprime sus verdaderos pensamientos y sentimientos en relación con su enfermedad, tiene sentimiento de culpa ya que cree que su enfermedad ha preocupado a su familia, en el fondo pareciera que desea compensar el apoyo, el amor y la aceptación que le han brindado cumpliendo el tratamiento, queriendo por esta vía disminuir ese sentimiento. La impronta de su abuela, devino en la creencia de que el cáncer causa irremediamente la muerte afectando sus expectativas en torno a su enfermedad, incrementando su temor a fallecer por esta dado sus deseos de vivir.

Área de relaciones sexuales y de pareja: Ha tenido solo una relación de pareja, la cual describe positivamente, la considera una experiencia que cambió su vida en la que pudo satisfacer necesidades de afecto, comunicación, aceptación y sexuales. Desde el diagnóstico se ha deprimido, presenta hipoerotismo, ama a su esposo, se siente amada y aceptada por este, pero teme que le sea infiel dada su baja autoestima y subvaloración agudizadas por los efectos secundarios vivenciados que han afectado su autoimagen. Este le brinda su apoyo incondicional.

Inventario de Autoestima: Presenta un nivel bajo de autoestima con un puntaje de 11, hiperboliza los problemas, presenta inseguridad, indecisión, autoimagen deteriorada, dificultades para adaptarse a los cambios, percepción negativa de sí misma aunque se acepta a sí misma.

IDARE: Presenta un nivel alto de ansiedad como estado y como rasgo para puntajes de 49 y 51 respectivamente. Se siente tensa, triste, preocupada, insegura y pesimista ante las situaciones que enfrenta, presenta hipobulia, hipotimia, se considera una persona estable, el autocontrol y la represión pudieran estar asociados a dicha percepción.

IDERE: Presenta un nivel alto de depresión como estado y medio como rasgo para puntajes de 58 y 46 respectivamente. Se siente triste, angustiada, presenta inseguridad, aislamiento, pocos intereses, apreciaciones pesimistas de su futuro, hipoerotismo, hipobulia e insomnio matutino, ausencia de ideas suicidas.

Escala de modos de afrontamiento: Los resultados fueron los siguientes: confrontación, distanciamiento, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva un puntaje de 4, planificación 7, huida-evitación 8 y autocontrol 10, siendo este último el modo de afrontamiento más usado, sugiere que está centrada en el control de las emociones activando la represión como mecanismo de defensa.