

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE TAMIZAJE DE SALUD
MENTAL EN POBLACION ONCOLOGICA.

Maritza Johanna Romero Porras

Diplomado en Psicología de la Salud

Facultad de Psicología

Universidad de la Sabana

Chía, Enero de 2008

Resumen.

La finalidad del presente estudio fue determinar las principales estrategias de afrontamiento, tipo de intervención psicológica y presencia de red de apoyo, en pacientes con diagnóstico Oncológico, durante el periodo 2007 II, en un centro Hospitalario de la ciudad de Bogotá. Para ello, se realizaron 175 procesos de tamizaje, a través de una entrevista semi-estructurada. Los resultados demostraron que el espíritu de lucha es el mecanismo de afrontamiento que prevalece en pacientes con diagnóstico oncológico; la intervención psicológica de mayor frecuencia fue la psicoterapia de apoyo, evidenciando que la mayoría de los pacientes poseían una red de apoyo.

Palabras claves: *cáncer, mecanismos de afrontamiento, intervención psicológica, red de apoyo.*

Abstract.

The subject of this study was know the principal coping strategies, type of psychology treatment and net support presence in patients with oncology diagnostic, for the period of 2007-II, in a hospitality center in Bogota city. Therefore the study include 175 sieve process by a semi structure interview. The results shows that the fighting spirit is the principal coping mechanism in oncologic patients; the primary psychological intervention was the psychotherapy support, evince that the most of the patients have net support.

Key word: *cancer, coping mechanism, psychology intervention, net support.*

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE TAMIZAJE DE SALUD MENTAL EN POBLACION ONCOLOGICA

El cáncer es una enfermedad crónica que amenaza la vida, simboliza lo desconocido, lo peligroso, el dolor, el caos, el sufrimiento, la ansiedad e incluso para muchas personas significa muerte. (Bolund , 1990). Actualmente en el mundo el Cáncer es una de las principales enfermedades que causan mortalidad. En Colombia por cada 100 muertes, 15 son a causa de cáncer. El de mayor prevalencia es el de estomago el cual afecta tanto a hombres como mujeres. En la población masculina se encuentra en segundo lugar el de próstata, seguido por el de pulmón, esófago, colon y recto; en las mujeres, el cáncer de cuello uterino y el de mama, (Instituto Nacional de Cancerología, 2004). El cáncer es una enfermedad que no discrimina género, edad, o alguna otra condición. Es de vital importancia que los pacientes que tienen diagnostico oncológico, tengan a su servicio un equipo interdisciplinario de profesionales que le brinden un apoyo tanto físico como mental, pues este es de gran influencia en el ajuste psicológico del sujeto ante la enfermedad. (Dura e., Ibañez,. 2000)

El cáncer es un problema pluricausal en donde los factores sociales, culturales y ambientales juegan un papel importante; es decir, no es una enfermedad única sino que existen diferentes causas en su aparición. Algunos pueden heredarse, pero en la mayoría de los casos solo se hereda la predisposición a presentar una tumoración maligna. ¿por lo tanto, los principales desencadenantes del proceso canceroso además del genético, son los factores de origen ambiental, químico, físico y viral (Viollaz, 2004)

Según las estadísticas divulgadas por el Instituto Nacional de Cancerología [INC], (2003), se encontró un total de 6.174 casos nuevos de cáncer, en donde 2.440 corresponden al género masculino y 3.734 al femenino, con edades comprendidas desde los 0 hasta más de 65 años, siendo el rango de edad de 55 a más de 65 años para hombres y para mujeres de 15 a 44 y más de 65, dónde se presentan la mayoría de casos reportados.

Por otro lado, la localización primaria de los casos reportados, se encuentran distribuidos de la siguiente manera. Con un total de 1.039 casos, se encuentran aquellos ubicados en el aparato genital femenino; donde cuello uterino presenta la mayor frecuencia representada por 751 casos. En segundo lugar, con 947 casos, se encuentran aquellos diagnosticados en el sistema digestivo; siendo el cáncer de estómago el más presentado con 403 casos y colon con 164. En tercer lugar se encuentra el cáncer de mama con un total de 835 casos reportados (INC, 2003).

En cuarto lugar, con 828 casos, se encuentra cáncer de piel y en quinto lugar se encuentran ubicados 480 casos en el aparato genital masculino en donde 388 se encuentran relacionados con la glándula prostática y cáncer en los testículos con 73 (INC, 2003).

Según informes del Ministerio de Salud (2000), existen factores íntimamente relacionados con patrones culturales que hacen aumentar el problema de cáncer en Colombia: inicio temprano de la actividad sexual, aumento del número de compañeros sexuales y retardo en la maternidad, que perpetuarán un tipo de cáncer (cérvix) y evidenciarán otros (mama). Factores relacionados con la dieta tales como: disminución de la oferta de alimentos variados, mayor consumo de grasas lo cual aumentara unos tipos de cáncer más ligados al mundo accidental (colon, endometrio, mama, próstata, etc.), sin disminuir otros propios del subdesarrollo (cuello uterino).

Otros estilos de vida han suplantado culturas propias sumándole de esta manera, a los ya conocidos problemas del subdesarrollo, los problemas del mundo industrializado. Sin embargo, en el caso del cáncer, las principales localizaciones que afectan a los colombianos parecen también ligadas al desarrollo; el cáncer de cuello uterino no ha disminuido, pero en la medida en que la población de las mujeres acceda a la citología disminuirá su potencial de muerte al desaparecer las formas invasoras (Secretaría de Salud, 2000).

Existen otros factores relacionados con el riesgo de cáncer, entre ellos el uso de drogas y hormonas sexuales. El 57% de las mujeres en edad fértil (15-49) ha usado

alguna vez métodos anticonceptivos, siendo los anticonceptivos orales el método más empleado con un 34.9% y las inyecciones con un 9.6%. Actualmente, el 8.4% de estas mujeres usan anticonceptivos orales y el 1.4% usan estrógenos inyectados. El uso de compuestos hormonales sexuales femeninos podría aumentar en el futuro, pues es la tendencia que se muestra en las diferentes encuestas de uso de métodos anticonceptivos.

En Colombia, la incidencia de cáncer en mujeres y el riesgo de desarrollarlo, se ha mantenido en constante aumento en las últimas décadas. Según el registro poblacional de Cali, durante un año podrían aparecer 32.900 casos nuevos de cáncer en mujeres. El 23.9% de las mujeres podría desarrollar un cáncer con la actual esperanza de vida (Secretaria de Salud, 2000).

Al haber demostrado la importancia de reconocer la epidemiología tanto de otros países y en especial Colombia se logra indicar cómo el cáncer ha aumentado en los últimos años y cómo ciertos factores hacen más vulnerables a las personas a desarrollarlo. De aquí surge la importancia de determinar cómo los factores físicos y biológicos desempeñan un papel primordial en el desarrollo y curso del cáncer, pero a la vez, se hace indispensable determinar cómo las personas se ven afectadas a nivel de factores tanto psicológicos como sociales.

Según Viollaz (2004), existe un grupo de agentes denominados factores promotores, que sin ser cancerígenos por sí mismos pueden contribuir al desarrollo de una patología tumoral, entre los cuales se encuentran una dieta hipergrasa, consumo de alcohol, abuso de productos hormonales y estrés. Está comprobado que éste último provoca una disminución de las defensas inmunológicas.

Ya que el cáncer no solo involucra aspectos físicos y biológicos, sino también psicológicos, es importante resaltar la función que ha venido desempeñando la psicooncología como disciplina en el estudio de estos factores de gran importancia en enfermedades crónicas como el cáncer.

Según Olper (2000), de la psiquiatría y la oncología surgió hace unos años la psicooncología, la cual estudia las características psicológicas y sociales de los pacientes con cáncer, de su familia y del equipo oncológico que le atiende. En la psicooncología se analiza particularmente la personalidad del sujeto y los cambios psicológicos y sociales surgidos del diagnóstico de cáncer.

La psicooncología aborda las dos dimensiones mayores del cáncer: a) la respuesta psicológica de los pacientes con cáncer en todos los estadios de la enfermedad así como las de sus familias y cuidadores; y b) los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en el riesgo, la detección y la supervivencia. La dimensión psicológica impacta en todos los aspectos de la oncología y del cuidado de todos los pacientes. Cuestiones acerca de aspectos psicológicos, sociales, así como de calidad de vida están siendo considerados en las investigaciones en esas áreas las cuales tradicionalmente no incluían dichos cuestionamientos (Sala, Gatto y Marino, s.f).

Frente a las necesidades de dicha población y rescatando la labor del equipo interdisciplinario, la psicooncología, es una disciplina reciente que se interesa o surge debido a que el cáncer no solo vincula factores físicos y biológicos sino que también tiene en cuenta aspectos psicosociales que hacen parte del individuo, por eso es indispensable esta disciplina a la hora de establecer aspectos emocionales, adaptativos y los cuidados paliativos que conlleva la enfermedad. (Ingela, 2006)

Debido a que en los últimos años, el número de diagnósticos de cáncer se ha ido incrementando, es importante destacar el papel que tienen los aspectos psicosociales que pueden afectar el curso de la enfermedad, al igual que las estrategias de afrontamiento, que pueden emplear los pacientes a la hora de aceptar y convivir con la enfermedad. Al reconocer que el cáncer no sólo afecta aspectos biológicos y físicos sino que también involucra factores psicológicos y sociales, el psicólogo adquiere una labor primordial ya que permite asistir al paciente para que mejore sus expectativas y así permitir una mejor calidad de vida. (Michie, 2004)

Los inicios de la psicooncología se pueden remontar a partir de la década de los 70, donde los oncólogos empezaron a solicitar equipos formados por psiquiatras y psicólogos, con el objetivo inicial de ayudar al médico en las dificultades que se le presentaban en la información del diagnóstico de cáncer al paciente y a su familia (Carvalho, 2002).

En la medida en que la medicina, la psiquiatría y la psicología fueron contribuyendo cada vez más en el conocimiento profundo del ser humano y, a la vez, desarrollando novedosas y diversas formas de tratamientos, se fueron perfilando nuevas líneas de trabajo que involucraban al paciente oncológico. Consecuentemente, se lograba un entendimiento más profundo de las enfermedades oncológicas; y el descubrimiento de nuevos tratamientos fueron modificando la visión del cáncer como una sentencia de muerte a partir del inicio del siglo XX. Así mismo, se comenzó a modificar el panorama de la enfermedad, trazando una mayor esperanza de vida y cura, en un gran número de casos (Carvalho, 2002).

Según Holland (1989), la psicooncología se define como una subespecialidad de la oncología que busca estudiar dos dimensiones psicológicas presentes en el diagnóstico de cáncer: a) el impacto del cáncer en el funcionamiento emocional del paciente, su familia, los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento; y b) el papel de las variables psicológicas y comportamentales en la incidencia y sobrevivencia del cáncer.

Las situaciones a las que se deben enfrentar los pacientes con cáncer, hacen que los pacientes estén de una u otra forma más vulnerables a presentar o desarrollar problemas psicosociales que dificultan el transcurso del tratamiento y por ende una disminución en la calidad de vida (González, 1999).

La psicooncología tiene como objetivo la atención integral del paciente en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales manteniendo un permanente contacto con el resto de las especialidades médicas. Además, la psicooncología utiliza conocimiento educacional, profesional y metodológico proveniente de la psicología de la salud. El desarrollo de la psicooncología se ha ido formando como el campo

interdisciplinario en donde no solo el psicólogo y el psiquiatra tienen un papel fundamental sino que otros profesionales del área de la salud han ido aportando y fortaleciendo cada vez más esta disciplina. Además, es importante reconocer que la familia y el contexto en el que se desarrolla el individuo también es de gran impacto a la hora de desarrollar y sobrellevar la enfermedad (Holland, 1989).

Debido a lo anterior y a la gran importancia que ha adquirido la psicooncología en los últimos años, se han desarrollado diversas investigaciones y estudios sobre el tema destacando a la vez, los diferentes estilos de afrontamiento que adquieren las personas, lo que demuestra una gran importancia en esta enfermedad ya que se convierte en un factor determinante en el inicio y transcurso del cáncer. Algunos estudios han destacado la influencia de las expectativas, actitudes, el soporte psicosocial, las creencias y religión y, cómo los estilos de afrontamiento se ven determinados por estas variables.

Una de las investigaciones más representativas en Colombia fue la realizada por Restrepo (2001), donde además de destacar aspectos como depresión, ansiedad y calidad de vida relacionados con el cáncer, realiza un énfasis en la relevancia que tiene el afrontamiento y la relación con los factores anteriores. En este se postula que el afrontamiento es un importante mediador de la respuesta psicológica del cáncer, haciendo uso de la escala MAC (Mental Adjustment to Cancer) que contempla las siguientes cinco dimensiones: a) espíritu de lucha; b) desesperanza/impotencia; c) preocupación ansiosa; d) fatalismo; y d) evitación (negación). Este estudio pretendió iniciar una línea de investigación tendiente a desarrollar el campo de la psicooncología en Colombia. Los resultados ponen de manifiesto la conveniencia de evaluar y tratar los problemas emocionales de los pacientes oncológicos.

Por otro lado, España ha sido uno de los países que ha liderado el desarrollo de la psicooncología lo cual se demuestra en las numerosas investigaciones que se han realizado en dicho país. En un primer estudio desarrollado por Cano-Vindel, del Rosal, Tobal, Sirgo, Pérez y García (1998), se sugiere que el estilo represivo de afrontamiento tiende a provocar una activación fisiológica elevada y permanente. Y a

la vez, resalta que el control de emociones parece tener un impacto negativo sobre el funcionamiento del sistema inmune.

En una segunda investigación de Gómez-Morata (2001), se hace hincapié en que el estilo de afrontamiento adoptado por el paciente depende de una doble valoración: por un lado, el grado de amenaza que supone la enfermedad y por otro, de los recursos que tiene para enfrentarse a ella. Así mismo, las expectativas que tenga el paciente oncológico hacia la enfermedad y hacia sí mismo son las que van a condicionar su estilo de afrontamiento.

Otro de los países destacados en psicooncología es Estados Unidos, una evidencia de esto son algunos de los estudios que se mencionarán a continuación. Merluzzi, Narin, Hegde, Sánchez y Dunn (2001), hacen la revisión del CBI (Cancer Behavior Inventory) que evalúa siete factores relacionados con el afrontamiento entre estos se encuentran, afrontamiento relacionado con efectos secundarios del tratamiento, información médica pertinente y la regulación afectiva. En esta investigación se concluyó que el instrumento es una medida confiable y válida para evaluar el afrontamiento al cáncer.

También se ha hecho gran énfasis en el apoyo social relacionado con el afrontamiento, como lo demuestran los dos siguientes estudios. El primero de Hamilton (2002), hace referencia a las interacciones sociales negativas relacionadas con el diagnóstico de cáncer y también con las reacciones cognoscitivas y emocionales generadas por los comentarios hechos por los miembros de la red social del paciente, en el que se concluyó que las interacciones sociales negativas ejercen un mayor impacto en el ajuste psicológico y el afrontamiento del paciente. Y en el segundo, los autores (Duffy y Gillig, 2003), examinan el papel del consejero de la familia en los pacientes con cáncer y en sus familias; y cómo los factores como inactividad física, obesidad, nutrición y estilos de afrontamiento se ligan cada vez más al desarrollo y curso de la enfermedad. Estos autores concluyen que el papel de la familia es muy importante, ya que ayuda en la visión que tiene el paciente del

cáncer como enfermedad crónica y así mismo, ayudan a hacer frente con más eficacia al impacto de la enfermedad en la vida del paciente.

Por último, vale la pena mencionar que en Australia, Tood, Roberts y Black (2002), llevaron a cabo un programa de educación y apoyo para los pacientes con cáncer sus familiares y amigos, que incluye la adaptación del programa para individuos con cáncer avanzado o recurrente, modificación de la estructura del programa y revisión de la metodología de la evaluación. Este programa fue desarrollado ya que después del diagnóstico de cáncer, los pacientes, familiares y amigos experimentan una necesidad significativa de información sobre la enfermedad así como del tratamiento y el pronóstico.

Mecanismos de afrontamiento

Según Reeve (1994), el afrontamiento se puede definir como: “un método que incluye cualquier esfuerzo, sea sano o no, consciente o inconsciente que prevenga, elimine o debilite un acontecimiento estresante” (p. 406); en este caso específico, el acontecimiento estresante sería la enfermedad (cáncer) y sus tratamientos.

De esta manera, se puede entender que el afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede realizar, tanto a nivel cognoscitivo como conductual, para enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del sujeto están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Otros autores como, Lazarus y Folkman (1984, citado por Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 1997), definen el afrontamiento como aquellos 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. Ellos plantean el

afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Así mismo, dependiendo de si el esfuerzo está dirigido al problema, a la emoción, o al significado del evento para el individuo, se habla de tres tipos de afrontamiento (Folkman, 1997, citado por Forero, Bernal y Restrepo, 2005); en el primero el individuo intenta modificar la situación y desactivar o disminuir la cognición de amenaza, mientras que en el segundo se busca regular la respuesta emocional generalizado asociado a nuevas expectativas. Estos tres tipos de afrontamiento pueden participar conjuntamente durante la interacción del individuo con el entorno ya sea interfiriéndose o favoreciéndose mutuamente.

El afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, y es una de las variables personales declaradas como intervinientes o participantes en los niveles de calidad de vida percibida, a la cual se atribuye un gran valor e importancia en las investigaciones sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico. El afrontamiento entraña siempre la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio, hasta un somero control de solo las emociones suscitadas por el evento estresante (Fierro, 1997, citado por Arjona y Guerrero, 2004).

Para Miller, Sabin, Goldman, Clemente, Sadowski, Taylor & Lee (2000), el afrontamiento es definido en cómo los individuos responden a situaciones estresantes. Es el intento cognoscitivo y comportamental de un individuo para manejar, tanto situaciones internas y externas las cuales esté percibiendo y por lo tanto requieran su demanda. Similarmente, hay muchas definiciones pero en este caso se resalta como: funciones adaptativas al enfrentar experiencias adversas. Los términos estrés y afrontamiento son muy difíciles de definir u operacionalizar.

El afrontamiento es un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de este proceso no garantiza el éxito del mismo. Si el individuo, tras poner en marcha el proceso de afrontamiento tiene éxito para solucionar el problema presente, repetirá el mismo cuando se presente ante situaciones similares. Si no tiene éxito utilizará otra estrategia (Cea, Brazal y González-Pinto, 1997).

Algunos modelos conceptuales tienden a promover la descripción de los eventos estresantes, el impacto de dichos eventos en el individuo y cómo las personas logran afrontarlo y realizar ajustes hacia estos eventos. Con esto han surgido los siguientes modelos conceptuales: el modelo cognoscitivo de apreciación, el modelo bidimensional de control primario y secundario, el modelo ego-psicológico y el modelo de monitoreo. Aunque cada uno de estos modelos emplea diferentes términos descriptivos, todos ellos sugieren dos vías fundamentales de afrontamiento, las realizaciones y esfuerzos individuales como control de la situación, y el manejo de las emociones negativas asociadas con el evento estresante. En general, algunas investigaciones sugieren que el primero es el más efectivo (Cea et al., 1997).

Es importante mencionar que las reacciones psicológicas sobre cáncer son universales. El tipo de tumor, la facilidad en localizarlo, el lugar en que está situado o la dificultad para localizarlo son factores que influyen en la respuesta psicológica del paciente y su familia, e incluso a veces en la actitud de los médicos. De manera específica, la reacción inicial si el cáncer se halla en un lugar visible, lejos de los órganos internos tiende a causar menos miedo y mayor esperanza, ya que se supone que en tal caso es más fácil su control y curación. Los tumores asociados a los órganos vitales producen más miedo y éste es más difícil de superar (Castiblanco y Delgado, 2001).

El afrontamiento en las personas que tienen Cáncer, según Watson y Greer, se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales frente a su enfermedad, es decir, el significado del cáncer para el sujeto y lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone dicha enfermedad. (Soriano, 2002)

Moorey y Greer (1989) plantearon el esquema de supervivencia, el cual supone el observar y considerar las relaciones existentes entre los procesos de valoración, afrontamiento y las respuestas emocionales en los enfermos de cáncer. Según dichos autores, existen cinco tipos de estrategias de afrontamiento, que pueden adoptar los pacientes de cáncer ante su diagnóstico: Espíritu de lucha, negación, fatalismo o aceptación estoica, indefensión o desesperanza y preocupación ansiosa. Estas estrategias de afrontamiento determinan la valoración subjetiva del diagnóstico, la percepción de control y el nivel de adaptación del sujeto.

El primer mecanismo de afrontamiento es el espíritu de lucha el cual se refiere a las respuestas activas con aceptación del diagnóstico, la actitud optimista, la disposición a luchar contra la enfermedad y la participación en las decisiones sobre el tratamiento. El segundo corresponde a la negación en el cual el paciente rechaza el diagnóstico, minimiza la seriedad del mismo y evita pensar en la enfermedad. El tercero es el fatalismo o la aceptación estoica; el paciente acepta el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista. En el cuarto mecanismo; la preocupación ansiosa, el paciente se encuentra constantemente preocupado por la enfermedad, (el miedo a cualquier tipo de dolor indica la propagación o recurrencia de la enfermedad), de esta manera busca frecuentemente la reafirmación. La quinta estrategia de afrontamiento es la impotencia o desesperanza, es donde el paciente se sumerge en el diagnóstico de cáncer adoptando una actitud totalmente pesimista con sentimientos de desesperanza. Watson y Greer (1998)

Estas estrategias han sido de gran importancia, ya que según estudios realizados en pacientes con diferentes diagnósticos de cáncer, se ha encontrado mayor supervivencia en los pacientes que presentaron espíritu de lucha como mecanismo de afrontamiento, ya que se caracteriza por el papel activo del paciente frente a su tratamiento, y teniendo control sobre lo que está pasando consigo mismo y a su alrededor. (Greer y Morris, 1990). Por el contrario, en otro estudio realizado, con una población de 357 mujeres con Cáncer cervico-uterino demostró que las pacientes con un afrontamiento pasivo hacia su tratamiento, y en general hacia su enfermedad,

tenían la probabilidad de desarrollar algún tipo de patología, como ansiedad, depresión entre otras, las cuales dificultaban la adaptación y por ende su calidad de vida disminuía considerablemente comparada con las mujeres que desarrollaron algún tipo de afrontamiento, que le hacia tomar una posición activa hacia su nueva condición. (Pieterse, 2007)

La adaptación al cáncer es influida por la sociedad, el paciente y la propia enfermedad. Los factores sociales son dinámicos y cambiantes. Actualmente se teme menos al cáncer y su diagnostico es mas rutinario y abierto, especialmente en sociedades como la Norteamericana. Se enfrenta en general con más optimismo que en el pasado y origina una mayor demanda de información. Además la capacidad de afrontamiento permite manejar el distress, mantener la dignidad de la persona y las relaciones significativas, así como recuperar e incrementar la función física.

Factores tales como la personalidad, la religiosidad, la historia de cáncer en la familia, así como experiencias traumáticas, afecta dicha capacidad adaptativa. Los factores derivados de la enfermedad incluyen el tipo de cáncer, su estadio, la sintomatología, y el pronóstico. Lo cual permite que el paciente y su familia se adapten a la nueva condición del paciente. (Almanza, 2001)

La enfermedad involucra la ruptura de las rutinas, la perdida de funcionamiento familiar, de la salud y la integridad física, lo cual lleva a temores hacia la muerte, entre otras consecuencias, constituyendo la base de múltiples duelos. Los duelos implican o están relacionados con la perdida de un estado previo de estabilidad, seguido por desorganización y búsqueda de adaptación. (Ibarra., Ruiz. ,Restrepo, 2004) En el momento en que el paciente se le ha diagnosticado algún tipo de cáncer, es de vital importancia el papel que desempeña la familia, ya que ellos le proporcionan al paciente un apoyo y ayudan a que se adapte a su enfermedad. Sin embargo, el desarrollo de las estrategias de afrontamiento no solamente son para el paciente sino debe involucrar a la familia; el objetivo principal de este tipo de intervenciones es ampliar los canales de comunicación y facilitar un clima afectivo

en el que se pueda compartir e intercambiar información al interior de la ella.(
Fonnegra, 1992 y Ospina, 2002)

Las estrategias de afrontamiento de los pacientes son mas efectivas, si posee una adecuada red de apoyo, esta puede ser la familia, los amigos e incluso algunas personas del servicio medico. Lo importante es resaltar que una red de apoyo afectiva es aquella que puede proporcionar al paciente tranquilidad, compañía, amor, y en general conductas que hagan sentir al paciente que es importante y no una carga o algún tipo de obligación, esto no implica que tengan que negar o ocultar información pertinente. Es importante poder expresar las emociones que se tienen en determinados momentos especialmente en este tipo de enfermedades, para poder proporcionar ayuda más asertiva al paciente. (Grbich, 2001 y Kimlin, 2004)

Por otra parte, los pacientes con mal pronostico empiezan a vivir, al igual que en otros estadios de la enfermedad, procesos de duelo como de crisis los cuales pueden generar estados de estrés, por tal motivo una de las demandas en las instituciones o centros de salud en los cuales se atienden pacientes con este tipo de enfermedad deben desarrollar programas de intervención para el manejo de esta problemática, de forma que se trabaje oportunamente en la preparación para el enfrentamiento ante la crisis que pueden generar la situación de perdida. (Fallowfield y Jenkins. 1999)

Orden (1997) afirma que el manejo del duelo debe ser desarrollado en una intervención la cual esta basada en cuatro tareas:

1. Aceptación de la realidad de la perdida: para el caso del duelo anticipatorio, la tarea consiste en reconocer la posibilidad de la muerte, conservando la esperanza de una cura o por lo menos de disfrutar de una buena calidad de vida hasta el final.
2. Experimentar el dolor: implica el no negarse así mismo los sentimientos que se generan ante la pérdida, reconociendo la tristeza, el miedo y la impotencia.

3. Adaptarse al nuevo ambiente sin el ser querido: significa continuar con la vida sin su presencia.
4. Reinvertir la energía emotiva en nuevas relaciones afectivas.

El duelo anticipatorio permite iniciar el proceso antes de que ocurra la muerte, pero no significa que no habrá dolor, en el momento en que esta ocurra. Constituye una oportunidad para que la familia incluya al enfermo en el proceso y facilite la resolución de conflictos y una buena despedida que proporcionen al enfermo mayor tranquilidad y bienestar, al mismo tiempo que propicia en los sobrevivientes un duelo postmortem menos traumático.(Wenzel, 2005)

Intervención Psicológica

También es importante brindar información sobre como por medio de la evaluación, el psicólogo en un ambiente hospitalario puede brindar diferentes formas de intervención, este tipo de intervención depende de las necesidades de los pacientes. Entre los tipos de intervención mas empleados se encuentre la intervención en crisis la cual según Slaikeu (1988) es la primera ayuda psicológica, que requiere ayuda inmediata y que dura, generalmente una sesión. Los objetivos de esta terapia son proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular a la persona en crisis con otros recursos de ayuda que puedan necesitarse.

Parad – Parad en 1990, citado por Rubin y Bloch (2001), definen la intervención en crisis como: un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las personas afectadas directamente por la crisis, para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés. (p 71)

Por otra parte, García, Martínez y Cáceres (2001), afirman que la implementación de un programa de intervención conductual influye significativamente en el afrontamiento de la crisis, ya que dicho programa disminuye

la ansiedad y aumenta la percepción de control de los sujetos. Dentro de las técnicas que consideran tienen una repercusión significativa, se encuentra la terapia cognitiva de Beck, la entrega de información acerca de la situación, la relajación, la desensibilización sistemática y la Terapia Racional Emotiva de Ellis, que al ser utilizadas de manera conjunta alcanzan mayor eficacia.

Además, existen acciones específicas o comportamientos que deben tener en cuenta el psicólogo en una situación de crisis, y que puede realizar de manera inmediata, pues de esta forma facilitara el proceso de intervención, estas acciones pueden ser: demostrar al paciente que se está ahí con la disposición de escucha y de ayuda, permitir relatar los hechos, los pensamientos y los sentimientos que genera la situación, ayudar a normalizar las reacciones, identificar las necesidades y orientar y ayudar para que el sujeto pueda volver a asumir la realidad. (Pérez, 2001)

Otro tipo de intervención fundamental en los pacientes con cáncer consiste en la psicoterapia la cual se fundamenta en la posibilidad de curar o aliviar a otra persona a través de la comunicación, sin la utilización de intermediarios, tales como medicamentos, dietas, medidas de higiene entre otras. La psicoterapia emplea varias técnicas, y por tal motivo puede recibir diferentes nombres. La psicoterapia de apoyo busca reforzar las defensas utilizadas por el paciente y sus capacidades de enfrentamiento a situaciones estresantes. La terapia en este caso constituye un periodo de acompañamiento en el que el terapeuta ayuda al paciente a expresar y sobrellevar las emociones molestas o dolorosas y a reconocer las circunstancias externas que pueden ser abrumadoras y frustrantes. Lo que se busca es que el paciente se sienta aceptado, respetado, seguro y animado a recuperarse en lugar de avergonzado, impotente, ansioso y sin posibilidad de recuperación. Es importante que desde el inicio de la psicoterapia el terapeuta motive al paciente para que asuma su independencia, ya que por las características de dicha intervención, puede causar dependencia por parte del paciente. (Sánchez, Rodríguez 2003; Groot, 2005)

La psicoterapia de apoyo, puede realizarse de manera individual, familiar, de pareja o de grupo. Este modelo terapéutico tiene como objeto que el psicoterapeuta provee apoyo emocional, estimule la expresión de sentimientos y pensamientos y asistir en el fortalecimiento y desarrollo de las habilidades de afrontamiento; para que de esta forma el paciente y su familia puedan disminuir su sufrimiento que están sintiendo a partir de su enfermedad. Por ello la psicoterapia de apoyo se basa en las circunstancias actuales más que en el pasado. (Bloch, Kissane. 2004)

En el momento de psicoterapia, el psicólogo puede emplear diferentes técnicas o métodos, que le permitan resolver de una u otra forma el motivo de consulta del paciente, en los centros hospitalarios donde existe población oncológica, existen diversas técnicas, que pueden estar incluidas dentro de una psicoterapia de apoyo como es la ventilación emocional, donde se le propio al paciente un espacio para poder ventilar y disminuir así su sufrimiento, según Fawzy, Fawzy, Arndt y Pasnau, 1995; Holland, 1998 citados por (García, Martínez, Caceres 2001), otro método es la relajación Autógena de Schultz , ya que se ha estudiado en el campo de la psicooncología que introducir sensaciones de calor en las extremidades puede producir aversión al tratamiento medico en aquellos pacientes que están siendo tratados con radioterapia- o que en el futuro lo estarán, por esta razón se ha recomendado que en estos pacientes reemplazar estas inducciones a sensaciones de calor por elementos de imaginería similares a los utilizados en la desensibilización sistemática y que pueden llevar fácilmente al paciente a sensaciones de bienestar profundo, (García, Martínez, Caceres 2001) esto es un ejemplo de una serie de técnicas o métodos que pueden ser útiles en pacientes con cáncer para así poder proporcionarles que aumenten su calidad de vida teniendo en cuenta su nueva condición.

Objetivo General.

Evaluar las principales estrategias de afrontamiento y técnicas de intervención psicológica, de pacientes diagnosticados con cáncer en un centro hospitalario de la Ciudad de Bogotá.

Objetivos Específicos

Identificar cual es el mecanismo de afrontamiento de mayor frecuencia en dicha población oncológica.

Identificar la intervención psicológica mas empleada por parte del área de psicología.

Identificar si los pacientes con diagnostico oncológico poseen red de apoyo.

Pregunta de investigación

Cuales son los mecanismos de afrontamiento y técnicas de intervención psicológica mas empleados por los pacientes con diagnostico oncológico en un centro hospitalario de la Ciudad de Bogotá.

METODO

Población

Este estudio se llevo a cabo con 175 pacientes diagnosticados con enfermedad oncológica, quienes fueron valorados por practicantes de Psicología de la Universidad de la Sabana, en un centro Hospitalario de la Ciudad de Bogotá.

Composición familiar

Familia nuclear primaria. Compuesta por padres y hermanos

Familia nuclear secundaria. Compuesta por esposo-a e hijos

Familia extensa. Compuesta por abuelos, tíos, primos.

Hipótesis

La estrategia de afrontamiento mas adoptada por los pacientes diagnosticados con cáncer, es el espíritu de lucha, la intervención psicológica empleada es la psicoterapia de apoyo que cuentan con una red de apoyo.

Diseño

El presente estudio es de tipo descriptivo, el cual según Hernández, Fernández y Baptista, (2006) busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga. La finalidad del presente estudio fue determinar las principales estrategias de afrontamiento, tipo de intervención psicológica y presencia de red de apoyo, en pacientes con diagnóstico Oncológico,

Operacionalización de variables

Mecanismos de afrontamiento

Espíritu de lucha. Es una respuesta de afrontamiento activo, en dónde el paciente acepta el diagnóstico y adopta una actitud optimista, determinada por el deseo de luchar contra la enfermedad y querer participar en decisiones concernientes al tratamiento. (Watson, et al., 1998, citados por Forero et al., 2005).

Negación. El paciente tiende a rechazar el diagnóstico de cáncer, o más comúnmente, tiende a minimizar la seriedad de la enfermedad evitando pensar sobre esta. (Watson, et al., 1998, citados por Forero et al., 2005).

Preocupación ansiosa. El paciente esta constantemente preocupado por el cáncer, frecuentemente refleja temor hacia el dolor y padecimiento en el desarrollo de la enfermedad, y frecuentemente busca aliento. (Watson, et al., 1998, citados por Forero et al., 2005).

Desesperanza. El paciente es desesperanzado por el diagnóstico de cáncer, siente que ya no puede hacer nada, adopta una actitud totalmente pesimista, y pierde cualquier esperanza. (Watson, et al., 1998, citados por Forero et al., 2005).

Fatalismo. El paciente acepta el diagnóstico, pero en una forma de resignación, que está acompañada de una actitud fatalista. (Watson, et al., 1998, citados por Forero et al., 2005).

Procedimiento

Intervención Psicológica

Psicoterapia de apoyo. Reforzar las defensas utilizadas por el paciente y sus capacidades de enfrentamiento a situaciones estresantes (Sánchez, Rodríguez, 2003)

Intervención en crisis. Proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular a la persona en crisis con otros recursos de ayuda que puedan necesitarse. (Slaikeu, 1988)

Psicoterapia Familiar. Ampliar canales de comunicación y facilitar un clima afectivo en el que se pueda compartir e intercambiar información al interior del paciente.(Fonnegra, 1992 y Ospina, 2002)

Seguimiento. Proporcionar acompañamiento y facilitar proceso de empático, con el paciente, para establecer vínculos que permitan apoyar, orientar o intervenir al paciente, dependiendo de sus necesidades.

Instrumento

En el presente estudio se realizó por medio de un formato de tamizaje el cual cuenta con información acerca del paciente, la cual es recolectada por medio de una entrevista semi-estructurada.

El formato de tamizaje tiene en cuenta datos sociodemográficos, tales como: edad, género, lugar de nacimiento, lugar de procedencia, con quien vive durante el tratamiento, escolaridad, ocupación, estado civil y religión,. Además se cuenta con información sobre cual es el diagnóstico oncológico, el estadio en el cual se encuentra el paciente, como se afronta emocionalmente la enfermedad, cual ha sido el mecanismo de afrontamiento empleado, como se encuentra emocionalmente, si cuenta o no con red de apoyo, antecedentes psiquiátricos y por último el tipo de intervención psicológica empleada. Ver anexo 1 el tamizaje

Plan de análisis

Con fundamento en la categorización matriz base, se organizó la información con el fin de aplicar el análisis de estadística descriptiva, con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se realizaron 175 procesos de tamizaje de forma no aleatoria, correspondientes a 96 mujeres y 79 hombres, el rango de edad encontrado fue entre 5 a 84 años de edad, pertenecientes a diferentes departamentos del país.

El diagnóstico oncológico más frecuente en hombres determinado según las áreas de estudio fue en hematología con un 34.2%; el segundo diagnóstico se presentó en el área gastrointestinal con un 27.8%. En las mujeres el diagnóstico oncológico más frecuente es en el área ginecología- mama con un 39.6% y el segundo diagnóstico en frecuencia es el de hematología con un 16,7% . (ver tabla 1)

Tabla 1

Tipos de cáncer en población entrevistada.

Genero	Área	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	<i>Hematologia</i>	27	34.17
	<i>Gastroenterologia</i>	22	27.84
	<i>Sarcomas</i>	10	12.65
	<i>Urologia</i>	8	10.12
	<i>Cabeza y cuello</i>	7	8.86
	<i>Sistema Nervioso</i>	2	2.53
	<i>CA no especificado</i>	2	2.53
	Total	<i>Renal</i>	79
Mujeres		38	39.58
	<i>Ginecología-mama</i>	16	16.66
	<i>Hematologia</i>	14	14.58

	<i>Cabeza y cuello</i>	13	13.54
	<i>Gastroenterologia</i>	6	6.25
	<i>CA no especificado</i>	5	5.20
	<i>Sarcomas</i>	1	1.04
	<i>Renal</i>	1	1.04
Total	<i>Sistema Nervioso</i>	96	100
	<i>Piel</i>		

Datos obtenidos en estudio Descriptivo en un centro Hospitalario en la Ciudad de Bogotá.

En los resultados obtenidos, se evidencio que el mecanismo de afrontamiento mas utilizado por hombres y mujeres fue el espíritu de lucha. En hombres con un 77.2% y en las mujeres con un 66.7%. El segundo mecanismo de afrontamiento empleado por los hombres y mujeres fue la desesperanza, los hombres con un 8.9% y las mujeres con un 11.5%. En tercer lugar, se encuentra la preocupación ansiosa con 7.6% en hombres y en mujeres el mecanismo de afrontamiento es la negación con un 10.4%. El cuarto mecanismo en los hombres es la negación con 6.3%, en mujeres el cuarto mecanismo de afrontamiento es la preocupación ansiosa con un 7.3% y finalmente, el quinto mecanismo de afrontamiento empleado por las mujeres es el fatalismo con 4.2 % (Ver tabla 2)

Tabla 2

Mecanismos de afrontamiento

Genero	Mecanismo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	<i>Espíritu de lucha</i>	61	72.21
	<i>Desesperanza</i>	7	8.86

	<i>Preocupación ansiosa</i>	6	7.59
Total	<i>Negación</i>	5	6.32
Mujeres		79	100
	<i>Espíritu de lucha</i>	64	66.66
	<i>Desesperanza</i>	11	11.45
	<i>Negación</i>	10	10.41
	<i>Preocupación ansiosa</i>	7	7.29
	<i>Fatalismo</i>	4	4.16
Total		96	100

Datos obtenidos en estudio Descriptivo en un centro Hospitalario en la Ciudad de Bogotá.

Por otro lado, se encontró que durante el tratamiento oncológico los pacientes viven con la familia nuclear secundaria, con una frecuencia de 44.57%. El 33.71% vive con su familia nuclear primaria, y el 13.71 % de los pacientes durante el tratamiento viven con su familia nuclear primaria y secundaria. (Ver figura 1)

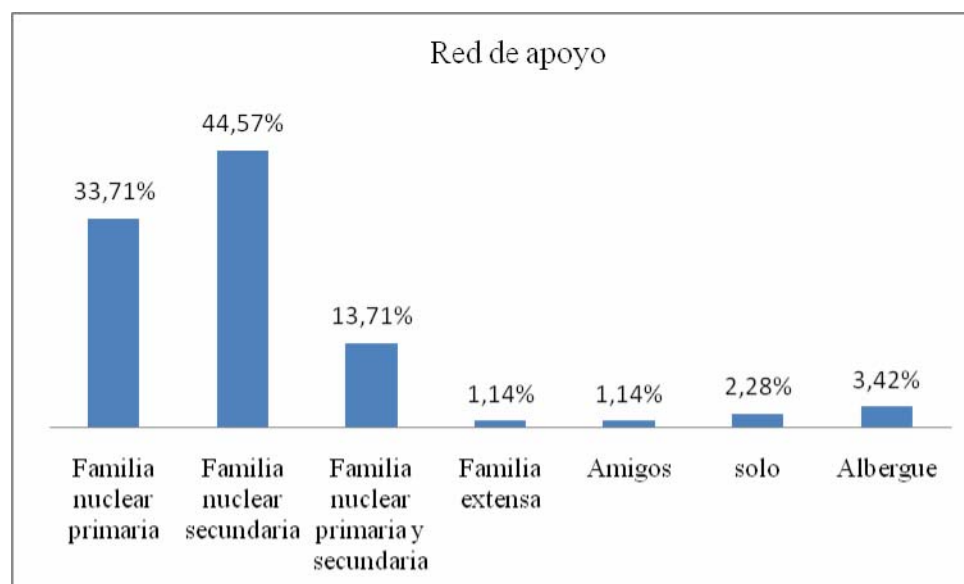


Figura 1

Red de Apoyo

DISCUSION

El diagnóstico, evolución y tratamiento del cáncer son acontecimientos perturbadores para la mayoría de las personas, por lo tanto es importante estudiar y determinar qué mecanismos intervienen en una mejor adaptación al transcurso de la enfermedad.

En el campo de la investigación sobre la relación entre el proceso salud-enfermedad con variables psicológicas y sociales en la situación del cáncer, el concepto de afrontamiento ha resultado ser de particular importancia, ya que la comprensión acerca de cómo los pacientes afrontan las demandas impuestas por el cáncer, permite desarrollo de técnicas de intervención orientadas a proporcionar recursos y estrategias a los pacientes oncológicos, que minimicen el impacto médico de la enfermedad neoplásica, así como sus secuelas psicológicas y sociales (Forero et al., 2005).

Según los estudios realizados, el espíritu de lucha es el mecanismo de afrontamiento más empleado por los pacientes con diagnósticos oncológicos (Greer y Morris, 1990), lo que significa que los pacientes poseen respuestas activas con aceptación del diagnóstico, actitud optimista, disposición a luchar contra la enfermedad y a participar en las decisiones sobre el tratamiento. Watson y Greer (1998). En este estudio se confirma dicha información ya que el espíritu de lucha fue empleado por los hombres con un 77.2% y en las mujeres con un 66.7%. El estudio realizado en Villavicencio coincide con el mecanismo de afrontamiento más utilizado en pacientes oncológicos es el espíritu de lucha. (Suarez, Baquero, Londoño y Low. 2006). Otra investigación que reafirma la hipótesis de investigación es la realizada por Restrepo (2001), en donde la muestra de 67 pacientes oncológicos, que recibían tratamiento ambulatorio, obtuvieron resultados similares. La estrategia de espíritu de

lucha es la más utilizada por los sujetos, seguida por desesperanza y finalmente se encuentra fatalismo.

Aunque espíritu de lucha representa a la mayoría de la población, se propone realizar estudios en donde se establezca si una estrategia adoptada es mantenida a lo largo del transcurso de la enfermedad, ya que, según Cano-Vindel, Sirgo, Díaz-Ovejero y Pérez-Manga, (1998), el afrontamiento al cáncer no puede ser caracterizado a través de una sola estrategia de afrontamiento, sino que puede cambiar a lo largo del proceso de la enfermedad. De igual manera, una misma persona puede estar empleando diferentes estrategias de afrontamiento al mismo tiempo.

Teniendo en cuenta esto, es posible plantear una segunda investigación, dirigida a establecer si durante el transcurso de la enfermedad las estrategias de afrontamiento se dan en etapas y si es así, considerar la posibilidad de precisar la secuencia de tal proceso.

En el área de la salud, hay evidencia que sugiere la importancia de las estrategias orientadas a tener el control de la situación, de igual forma, las estrategias centradas en la resolución de problemas y las estrategias cognoscitivas con alto componente de acción, parecen ser de especial relevancia en el entorno rehabilitador en la línea de los resultados encontrados en el afrontamiento de las enfermedades crónicas (Viney y Westbrook, 1981, citados por Rueda y Aguado, 2003).

Lo anterior indica que los pacientes oncológicos del presente estudio, al presentar una estrategia de espíritu de lucha, perciben un mayor control de la situación, participan en las decisiones concernientes al tratamiento y constantemente se encuentran buscando soluciones a los problemas que se presenten en una situación determinada relacionada con la enfermedad.

Los pacientes que emplearon el espíritu de lucha como mecanismo de afrontamiento, recibieron con mayor frecuencia intervención psicológica, por medio de la psicoterapia de apoyo, lo cual nos puede indicar que este tipo de intervención

puede ser la mas adecuada en dicha población, ya que busca reforzar las defensas utilizadas por el paciente y sus capacidades de enfrentamiento a situaciones estresantes. Además constituye un periodo de acompañamiento en el que el terapeuta ayuda al paciente a expresar y sobrellevar las emociones molestas o dolorosas y a reconocer las circunstancias externas que pueden ser abrumadoras y frustrantes. (Sánchez, Rodríguez 2003)

Según la literatura revisada, las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes son efectivas, si cuentan con el apoyo de la familia, o personas cercanas, ya que esta les proporciona tranquilidad, compañía, amor, y permite que el paciente exprese sus emociones. (Grbich, 2001) En nuestro estudio encontramos que el 94.27% de los pacientes poseen red de apoyo, por tal motivo se considera que la familia o amigos son indispensables para que el paciente se adapte con mayor facilidad a su nueva condición. El involucrar a la familia en el proceso psicoterapéutico podría proporcionar al paciente mayores herramientas para adaptarse y aumentar la calidad de vida para él y su familia.

También se encontró que la intervención en crisis es la primera ayuda psicológica, que requiere ayuda inmediata y que dura, generalmente una sesión. Los objetivos de esta terapia son proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular a la persona en crisis con otros recursos de ayuda que puedan necesitarse. Slaikeu (1988). Este tipo de intervención se realizo, en algunas áreas de oncología como Urologia, ginecología, hematología, entre otras. Sin embargo no fue la intervención mas frecuente debido a que los pacientes a quienes se les realizo el proceso de tamizaje poseían información suficiente de su enfermedad con antelación, lo cual les permite estar en una reacción de ajuste y de asimilación.

Existen otros tipos de intervención psicológica que se puede llevar a cabo en pacientes oncológicos como es la técnica de activación que maneja la relajación y la respiración; el control cognoscitivo que maneja la terapia cognitiva de Beck y la terapia Racional Emotiva de Ellis y en tercer lugar el duelo anticipatorio

Estas intervenciones se pueden realizar teniendo en cuenta las demandas del paciente y su problemática y con ellas lograr disminución del sufrimiento y adaptación a su nueva condición de enfermedad, buscando con ellas alternativas de bienestar que le proporcionen una adecuada calidad de vida.

Finalmente, los mecanismos de afrontamiento que están adoptando los pacientes con mayor frecuencia están siendo efectivos para la adaptación a la enfermedad, y esto puede deberse al proceso de prevención que se realiza con dichos pacientes en el centro hospitalario, como el grupo de admisión que se llevan a cabo antes de la hospitalización y la adecuada información dada por el personal médico. De esta forma se cree que los pacientes están previniendo crisis, malas adaptaciones a la enfermedad y patologías psiquiátricas. Por tal motivo se considera interesante que se realicen posteriores estudios del impacto de dichos grupos y de la forma de comunicar las noticias por parte del médico, lo cual valida la intervención psicológica realizada por equipos interdisciplinarios.

Recomendaciones

1. Hacer un estudio de validez y confiabilidad del instrumento de tamizaje
2. realizar una evaluación objetiva de los mecanismos de afrontamiento utilizando el MAC, ya que existe una adaptación y estudio de estandarización con población oncológica colombiana
3. Continuar el estudio para determinar si existen correlaciones entre variables.

Referencias

- Almanza, J. (2001) Psico-oncología: el abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. *Revista de neurología, neurocirugía y psiquiatría*. Numero especial 1994-2001 pps.35-43
- Arjona, J. y Guerrero, S. (2004). *Un estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación en adolescentes de secundaria*. Tomado el 2 de Noviembre de 2007, de http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar_arjona01.htm
- Bloch, S., Kissane, D. (2004) Psychotherapies in psycho-oncology. *Br J Psychiatry*. 17 (7) pps. 112-116
- Bolund C, (1990) Crisis and coping-learning to live with cancer. *Psychosocial Aspects of Oncology*. New York. 12 pps. 134-138
- Brbich, C. (2001) The emotions and coping strategies of caregivers of family members with a terminal cancer. *Journal of palliative care*. 17 (1) pps. 30-36
- Brannon y Feist. (2000). *Psicología de la salud*. España: Thomson Learning.
- Carvalho, M.M (2002). Psico-oncología: historia, características y desafíos. *Psicol. USP*. 13 (1) pps. 151-166. Tomado el 12 de Mayo de 2003, Base de datos Lilacs.
- Cano-Vindel, A., del Rosal, M.A., Tobal, M., Sirgo, A., Pérez, G. y García, R.(1998). *Evaluación del estilo represivo de afrontamiento y su posible influencia sobre variables hematológicas en mujeres con cáncer de mama*. Tomado el 14 de Octubre de 2007, de <http://www.psiquiatria.com>

- Castiblanco, A. y Delgado, C. (2001). La Mente Importa: Afrontamiento y Evolución del Cáncer. *Journal of Psychosomatic Researh.* 4 (1) pps. 143-147
- Cea, J., Brazal, J. y González-Pinto, A. (1997). *Estrategias de afrontamiento e hipertensión esencial*. Tomado el 13 de Agosto de 2007, de <http://reme.uji.es/articulos/aceauj7542404101/texto.html>
- Duffy, m. Y gillig, s. (2003). Cancer, families and family counselors. *Source family journal: counseling & therapy for couples & families.* 11 (1). Pps. 34-42
- Dura, E., Ibañez,E. (2000) Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. Universidad de Valencia. *Psicología, Saude y Doencas.* Vol 1 (1) pps. 27-43
- Fallowfield. L., Jenkins. V. (1999) Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer.* 35 (11) pps. 1592-1597
- Fonnegra I. (1992) Asistencia psicológica al paciente terminal. Morir con dignidad. Fundamentos de cuidado paliativo: atención interdisciplinaria del paciente terminal. Bogotá: Amazonas.
- Forero, Bernal y Restrepo (2005). Propiedades psicométricas de la escala de ajuste mental al cáncer (MAC) en una muestra de pacientes Colombianos. *Avances en medición.* 3 pps. 135-152
- García, F., Martínez, E.D. Y Cáceres, E.E. (2001).Implementación de un programa de intervención cognoscitivo-conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnostico y el tratamiento medico del cáncer. *Revista Colombiana de Psicología,* 10 pps. 41-52
- Greer, S., Morris, T. (1990).Psychological response to breast cancer and 15 year outcome. *Lancet,* pps. 49-50
- González, A. (1999). *Manual de psicooncología.* Madrid: Aula Médica.

- Gómez-Morata, m. (2001). La importancia de las expectativas en el proceso del cáncer. *Revista profesional española de terapia cognitivo conductual*. 1, (2) PPS. 123-127
- Groot,J.M et al (2005) The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *International journal of gynecological cancer*. 15 pps 918-925
- Hamilton, S. (2002). The negative social interactions and coping with cancer: good intentions from the messenger of death. *Constructivism in the Human Sciences*. 5 (2) pps. 97-114..
- Holland, J. (1989). Historical overview. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology*. New York: Oxford Press.
- Ibarra. A., Ruiz. R., Restrepo. M. (2004) intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia. *Revista Colombiana de Psicología*. 013 pps. 90-101
- Ingela,C,V.(2006) The role of illness beliefs, treatment beliefs, and perceived severity of symptoms in explaining distress in cancer patients during chemotherapy treatment. *Behavioral medicine* 32 (1) pps. 189-199
- Instituto Nacional de Cancerología (2003). *Estadísticas*. Tomado el 12 de Octubre de 2007, http://www.incancerologia.gov.co/paginas.aspx?cat_id=154&pub_id=252&pag=2.
- Instituto Nacional de Cancerología (2004) Ministerio de protección Social. República de Colombia. Recuperado el 15 de octubre de 2007, de www.incancerologia.gov.co.
- Kimlin, T. et al (2004) the impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study. *Psycho-oncology*. 13 pps. 709-728

- Martín, M., Jiménez M. y Fernández-Abascal, E. (1997). *Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento*. Tomado el 13 de Octubre de 2007, de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Merluzzi, T., Narin, R., Hegde, K., Sánchez, M. y Duna, L. (2001). Self-efficacy for coping with cancer: revision of the cancer behavior inventory. *Psycho-Oncology*. 10 (3) pps. 206-217.
- Michie, S.(2004) To be reassured or to understand? A dilemma in communicating normal cervical screening results. *British journal of health psychology*. 9 pps. 113-123.
- Miller, R., Sabin, C., Goldman, E., Clemente, C., Sadowski, H., Taylor, B. y Lee, C. (2000). Coping Styles in Families with Haemophilia. *Psychology, Health & Medicine*. 5 (1) pps 3-12.
- Ministerio de Salud. (2000). Tomado el 13 de Octubre de 2007, de www.minsalud.gov.co
- Moorey, S., Greer, S. (1989) *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Olper, R. (2000). Temas psicosociales del paciente con cáncer. En Herrera, *Manual de Oncología*. (p. 85 – 87). México: McGraw – Hill.
- Ospina. A. (2002). *El paciente terminal y la familia, el proceso de duelo y la acción profesional*. Cali: Universidad del Valle.
- Pérez, D. (2001). Programa de apoyo psicológico para afectados por las situaciones críticas. *Intervención psicosocial*, 10 (2), pps. 151-156.
- Pieterse, K. et al. (2007) Passive coping psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psycho-Oncology*. 16 pps. 851-858
- Reeve, J. (1994). Cuestiones teóricas en la investigación sobre emociones. *Motivación y Emoción*. (pp. 406-412). Madrid: McGraw-Hill

- Restrepo, M. (2001). Depresión, ansiedad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. *Oncología*. 24 (10) pps. 492-428
- Rubin, B.R. – Bloch, H.L.(2001) Intervención en crisis y respuesta al trauma. España: Desclee de Brouwer
- Rueda, M y Aguado, A. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Tomado el 10 de Octubre de 2007, de http://www.infodisclm.com/documentos/lesionado_medular/afrontamiento.htm
- Sánchez, R., Rodríguez, J. (2003) Psicoterapia. En: Sánchez Rodríguez- Losada Editores. *Fundamentos de Psiquiatría*. Bogotá. Oveja Negra
- Sala, V., Gatto, M., y Marino, A. (s.f). *Psicosociooncología abordaje integral del paciente con cáncer*. Tomado el 10 Octubre de 2007, de http://www.psychoncology.net/CD_psicosocionc.htm
- Slakue, K.A. (1988). Intervención en crisis. Manual moderno.
- Soriano, J. (2002) Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75. pps. 73-85 *Clínica*. Bogotá: Losada Editores.
- Suarez, A., Baquero,L., Londoño,C., Low, C. (2006). . Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. Proyecto de Tesis. Bogotá, Colombia.
- Tood, K., Roberts, S., y Black, C. (2002). The living with cancer education programe. Development of an australian education and support programme for patients and their family and friends. *European Journal of Cancer Care*. 11 (4). 271-279. Tomado el 13 de Octubre de 2007 de Base de datos Proquest.
- Viollaz, M (2004). Influencia del estrés y la personalidad en la etiología de cánceres formas de prevenirlo. Tomado el 12 de Octubre de 2007, de http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/105_viollaz.pdf

Watson, M. Greer, S. (1998) Personality and coping. *Psycho-oncology*. 3 pps. 91-98.

Wenzel, L. (2005) Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *The women Oncology review*. 5 (3) pps. 157-158.