

CSH

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

✓ Lic PSICOLOGIA SOCIAL

T E S I N A

126348

✓ EL SUJETO CON CANCER: CAMPO DE ESTUDIO  
DE LA PSICOLOGIA SOCIAL ✓

✓ POR: PATRICIA BRAVO FUENTES



ASESOR : LIC. MIGUEL ANGEL AGUIARZAYA

LECTORES: LIC. SERGIO GALAN CUEVAS

LIC. MIGUEL A. REYES GARCIDUEÑAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
UNIDAD IZTAPALAPA

ENERO - ABRIL - 1992.

Mate 2766.93 LHC

RESUMEN

126348

En la presente investigación se muestra el tipo de relaciones interpersonales que el paciente oncológico efectúa con las demás personas a su alrededor, después de recibir el diagnóstico, los cambios biopsicosociales que ha sufrido a raíz de la enfermedad e identidad personal y social que se genera en él. Las entrevistas realizadas (43) se llevaron a cabo con pacientes que tenían cáncer y que se encontraban en posibilidades de proporcionarnos la información requerida; fueron 23 hombres y 20 mujeres, de 17 a 69 años de edad; 29 entrevistas se efectuaron dentro del Hospital Centro Médico y 14 en el Hospital General de México. En las conclusiones se menciona que el equipo de salud, por lo regular, toma únicamente la parte biológica del paciente con cáncer, sin detenerse a analizar los factores psicológicos y sociales que intervienen para su salud-enfermedad; se olvidan que el paciente interactúa con familiares, amigos, vecinos y desconocidos, que influyen para su recuperación o empeoramiento, así como para hacerse una imagen de sí mismo distinta, principalmente devaluada, de la que con tanto trabajo se formó en las primeras etapas de su vida. De aquí, la importancia de la intervención del Psicólogo Social, y en general de todo Psicólogo, para ayudarles a los pacientes, comportamental (Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria) y psicológicamente (Logoterapia, Terapia de Grupo e Intervención Familiar), con la finalidad de predecir, prevenir y controlar el impacto Biopsicosocial que acarrea la enfermedad.

EXAPALAPA

## RECONOCIMIENTOS

A todas aquellas personas que  
brindaron su apoyo para la  
realización de esta investigación.

Principalmente:

Al Lic. Miguel Angel Aguilar Díaz.  
Al Lic. Sergio Galán Cuevas.  
Al Lic. Miguel Reyes Garcidueñas.  
Asesor y Lectores.

A la Psicóloga Gloria Martínez V.  
A la Psicóloga Pilar Laslelle.

Al Dr. Mario Gutiérrez Romero.  
Jefe del Servicio de Hematología  
del Hospital General de México.  
Al Dr. José A. Vázquez Curiel.  
Director del Hospital de Oncología  
del Hospital Centro Médico.

Al Lic. Rubén Villaseñor Ferreira  
jefe del Departamento de Recursos  
Humanos de la D.G.E.I.R.

A mis Padres y Hermanos.

**NO DEBEMOS DEJAR DE AVERIGUAR  
Y TODAS NUESTRAS AVERIGUACIONES  
NOS LLEVARAN AL PUNTO INICIAL, Y  
LO CONOCEREMOS POR PRIMERA VEZ.**

T. S. ELIOT.

**CUANDO HAYAS COMPENDIDO SU  
SIGNIFICADO CON LA VOLUNTAD,  
ENTONCES, TIERNAMENTE TUS OJOS  
LO DEJARAN PARTIR.**

R. M. RILKE.

EXB

## INDICE

	pág.
INTRODUCCION.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
EXPOSICION DE OBJETIVOS E HIPOTESIS.....	12
I. EL CANCER.....	15
1.1 Consideraciones Generales sobre el Cáncer.....	15
1.2 El Paciente con Cáncer.....	17
A) Hospitalización del Paciente.....	18
B) El Paciente fuera del Hospital.....	19
1.3 El Modelo Médico .....	22
1.4 El Modelo Psicológico.....	25
1.5 El Modelo Biopsicosocial.....	30
1.6 Intervención del Psicólogo Social en la Prevención y control del cáncer.....	34
1.6.1 Terapias Comportamentales.....	36
A. Prevención Primaria del Cáncer.....	36
B. Prevención Secundaria del Cáncer.....	38
C. Prevención Terciaria del Cáncer.....	39
1.6.2 Técnicas Psicológicas.....	44
A. La Logoterapia.....	44
B. La Terapia de Grupo.....	47

II.RELACION INTERPERSONAL ENTRE "ENFERMOS" Y "SANOS".....	51
2.1 Interaccionismo Simbólico.....	51
2.1.1 Breve Historia del Interaccionismo Simbólico..	51
2.1.2 La Teoría del Interaccionismo Simbólico.....	58
2.2 Estigma y Relaciones Sociales.....	63
2.2.1 El Individuo Desacreditado(su diferencia se -- revela de modo inmediato).....	64
2.2.2 El Individuo Desacreditable(su diferencia no - se revela de forma inmediata).....	70
III.METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	76
3.1 Estrategia General de la Investigación.....	76
3.2 Variable.....	76
3.3 Instrumento de Recolección de Información.....	77
3.4 Diseño de la Muestra.....	78
IV.PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION.....	79
4.1 Descripción y Situación de la Muestra.....	79
4.2 Transformaciones en el Paciente Oncológico.....	91
4.2.1 Cambios Físico-Biológicos.....	91
4.2.2 Cambios Psicológicos (Emocionales-Afectivos y Cognitivos).....	93

4.2.3 Cambios Sociales.....	97
4.3 Modalidades de Interacción Cara a Cara.....	99 →
4.3.1 Relaciones Interpersonales entre Pacientes y.. Familiares.....	99
4.3.2 Relaciones Interpersonales entre Pacientes y.. su "Grupo Social" (Amigos y Vecinos).....	104
4.3.3 Relaciones Interpersonales entre Pacientes y.. Médicos.....	108
4.4 Identidad Emergente.....	111
4.5 Pautas de Comportamiento y Técnicas Psicológicas....	115
4.5.1 Pautas Comportamentales.....	115
4.5.2 Técnicas Psicológicas.....	119
CONCLUSIONES.....	124
BIBLIOGRAFIA.....	133
ANEXOS.....	138

## INTRODUCCION

Los Psicólogos Sociales contamos con herramientas para tratar la salud-enfermedad de los sujetos que tienen cáncer, dando una atención integral de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación. El cáncer que es un proceso de transformación de células, en la que participan el RNA y el DNA, que se producen desordenadamente formando una masa que invade tejidos, la forma que adquiere dicha masa es de prolongaciones o patas, por lo que los médicos lo han denominado cáncer (por su forma de cangrejo).

En nuestro país, el tratamiento que recibe el paciente canceroso es básicamente médico y, por lo regular, se dejan a un lado los factores psicosociales que están presentes en todo individuo; se olvidan que el sujeto vive inmerso en un tejido de relaciones sociales y por tal, se le debe tratar de manera integral, es decir, brindándole ayuda médica, psicológica y social.

Cuando la persona se entera que tiene cáncer su manera de ver la vida cambia, y al mismo tiempo, al interactuar con los otros sujetos, adquiere o está en proceso de configuración de una nueva identidad. El paciente tiene que convivir con médicos, enfermeras, familiares, amigos y en la mayoría de las ocasiones con desconocidos; dichas relaciones poseen una importancia para el sujeto canceroso en relación a la imagen que éste se forma de

sí mismo, a la recuperación o avance de la enfermedad y, por lo tanto, a sus deseos de continuar viendo hacia el futuro.

Entonces, se hace necesario investigar ¿Qué tipo de relaciones interpersonales establece el sujeto con cáncer una vez que le han diagnosticado la enfermedad?; para poder ayudar a mejorar, en caso necesario, tales relaciones que posibilitarán al paciente no hacerse una imagen de sí mismo deteriorada, una identidad dañada, controlar el desarrollo de la enfermedad y pensar positivamente hacia el futuro. Así mismo, para proporcionar algunas pautas de comportamiento y técnicas psicológicas encaminadas a brindar apoyo biopsicosocial al paciente con cáncer y su familia.

El trabajo está dividido básicamente en cuatro capítulos: en el primer capítulo trataremos la enfermedad del cáncer mostrando algunas consideraciones generales de éste, los problemas a los que se enfrenta el Psicólogo cuando los pacientes son hospitalizados y cuando salen del hospital, el modelo médico y psicológico para llegar luego a la propuesta de un modelo biopsicosocial, y, por último, la ayuda con terapias comportamentales y técnicas psicológicas, revisando a una serie de investigadores conocedores del tema, que puede emplear el psicólogo para prevenir y controlar el cáncer.

El capítulo dos está dividido en dos subcapítulos: el primero se refiere al interaccionismo simbólico que es la teoría básica que sustenta nuestra investigación, donde se hace un recorrido por la historia de éste, terminando con la teoría en sí del interaccionismo simbólico; el segundo subcapítulo trata del estigma (una característica intensamente desprestigiada por la sociedad) y las relaciones sociales.

En el tercer capítulo se presenta la metodología de la investigación, considerada como la parte práctica o como la investigación de campo. Esta consiste en que el mismo objeto de estudio sirve de fuente de información; y se determina por la observación directa y en vivo de cosas, comportamientos de personas, circunstancias en que ocurren ciertos hechos, etc. La técnica utilizada, en nuestro caso, es la entrevista abierta, en la que empleamos una guía de entrevista (ver anexo No 1) aplicada a 43 sujetos con cáncer; 29 pacientes del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social y 14 pacientes del Hospital General de México, Servicio de Hematología.

En el capítulo cuarto se presenta el análisis de contenido de las entrevistas aplicadas a los pacientes oncológicos, de acuerdo a lo expuesto en el marco teórico.

Finalmente, mostraremos las conclusiones a las que llegamos con la investigación realizada.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina como se practica en México es muy limitada y reduccionista porque, por lo regular, los médicos toman al individuo como una cosa a curar y no como un ser humano social que debe ser considerado como tal; dividen al paciente, escogiendo de él sólo la parte física, de ahí que muchas veces se deterioren las relaciones entre los médicos y los pacientes, en la que no existe cabida para consideraciones que salgan de lo biológico.

Asimismo, fuera del hospital, el individuo enfermo es visto por los otros como una persona estigmatizada, como un ser sin derecho a pensar y/o a opinar, adquiriendo o estando en proceso de configuración, al interactuar con los demás, una identidad nueva o distinta y, por lo regular, agrabando, con ésto, su estado de salud que le impide tener en perspectiva la posibilidad de sanar.

Por ello, se requiere investigar ¿Qué tipo de relaciones interpersonales establece el sujeto que tiene cáncer, una vez que le han diagnosticado la enfermedad?, con el objetivo de ayudar a mejorar dichas relaciones evitando sufrimientos innecesarios y al mismo tiempo ofrecer algunas pautas de comportamiento y técnicas psicológicas encaminadas a prevenir y controlar el impacto biopsicosocial del cáncer.

## EXPOSICION DE OBJETIVOS E HIPOTESIS

Se ha considerado necesario, para la investigación, plantearse los siguientes objetivos e hipótesis:

### OBJETIVOS

1. Detectar los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren en el sujeto una vez que se ha enterado del diagnóstico de cáncer para que sean tomados en cuenta por el equipo de salud.
2. Detectar los principales problemas a los que se enfrenta el sujeto con cáncer en su interacción cara a cara con las personas a su alrededor.
3. Señalar y analizar la identidad emergente que se genera en el sujeto con cáncer al interactuar con los demás individuos después de recibir el diagnóstico.
4. Proporcionar algunas pautas de comportamiento y técnicas psicológicas que el psicólogo social puede emplear en el caso de personas con cáncer, y tal vez de otro tipo de enfermedades, que, aunadas a los métodos médicos ortodoxos, le puedan ayudar a evitar sufrimientos innecesarios y prevenir o controlar el impacto biopsicosocial.

## HIPOTESIS

Las hipótesis que se presentan en seguida son afirmaciones que se esperan comprobar con entrevistas abiertas llevadas a cabo con sujetos neoplásicos:

1. Los individuos que se encuentran alrededor del paciente con cáncer alteran la forma de tratarlo debido a la enfermedad.
2. Existe una curiosidad particular que exteriorizan personas que antes no se interesaban en absoluto por quien ahora se ha convertido en un enfermo de cáncer.
3. Personas que anteriormente se relacionaban "bien" con el sujeto canceroso, ahora se distancian de éste.
4. La familia del paciente neoplásico asume un comportamiento determinado, supervisan o realizan cualquier iniciativa o actividad de éste, lo cual contribuye a acentuar su estado de dependencia.
5. Cuando la enfermedad del cáncer es larga, las relaciones familiares van disminuyendo, llegando un momento de no interés para los integrantes de la familia.

6. En la relación médico-paciente existe un autoritarismo por parte del médico asignándole al enfermo, con esta posición, un papel pasivo.

7. El sujeto con cáncer requiere ayuda del psicólogo social, que lo tome de manera integral, porque no le basta con la que le proporciona el médico para que se sienta bien tanto física como psicológica y socialmente.

8. La persona cancerosa no sólo toma a la enfermedad como una amenaza de la vida física, sino que es vivida también como si fuera una amenaza a la propia identidad.

9. El paciente con cáncer se ve a sí mismo, en su interacción con los demás individuos a su alrededor, como un sujeto distinto a ellos.

## I. EL CANCER

### 1.1 Consideraciones Generales Sobre el Cáncer

No cabe duda, que una de las "enfermedades" que mayor temor provoca a los sujetos es el cáncer, ya que éste no respeta edad, sexo, escolaridad, clase social o nivel socioeconómico. La persona se aterroriza al escuchar hablar al médico, familiares, amigos y/o desconocidos sobre el término cáncer que seguidamente lo asocia con la muerte. Sus respuestas, en la mayor parte de las veces, son negativas, para sí mismos y para los que permanecen a su alrededor y se deben, en gran parte, al desconocimiento de lo que es en realidad dicha enfermedad. Por un lado, al cáncer lo exhiben como una desgracia donde sus causas, desarrollo y cura son ignorados. Por otra parte, se tiene conocimiento que éste (sin importar el tipo, localización o grado de desarrollo) es una enfermedad prolongada, extensa y angustiante.

En el estudio realizado por B. Angélica R. Ledezma e Ismael G. Cedillo (1978), se menciona que Laxanaire, Bentz y Chardot mostraron que había pacientes que aludían su enfermedad diciendo "esta cosa", "esta enfermedad", "esto que tengo" o sencillamente "eso". Algunos sujetos llegan a recurrir a métodos no médicos, como visitar a los "brujos" o "curanderos" con la esperanza de que desaparezcan su enfermedad. Sin embargo, son muy pocas personas que en verdad tienen los conocimientos de las hierbas

medicinales para el control del cáncer, u otras enfermedades; entre ellos destacan la Dra. Judith Pérez Giroud, Dr. Guillermo Romero, Dr. Gerardo Soria A. y el Dr. Hector Chain.

Los individuos que se encuentran alrededor de una persona cancerosa lo observan con recelo por miedo a ser infectados y tienden a alejarse de su persona. Algunos investigadores reportan que la familia o amigos del paciente pueden actuar de manera extrema, como el ejemplo, que presentan en su investigación Angélica R. L. e Ismael G. Cedillo (1978), de un esposo que le pidió a su mujer, que padecía cáncer, que no tocara a sus hijos después de dos años de su diagnóstico; él tenía miedo que contagiara a todos sus pequeños y por ello le hizo tal petición. Otro ejemplo, es el de un paciente que después que la operaron de un tumor canceroso, notó que sus amistades ya no iban a su casa a jugar a las cartas como lo hacían antes de conocer su enfermedad; posteriormente, una amiga decidió ir a verla pero no quiso pasar, tan sólo le preguntó la forma como lavaba sus utensilios de cocina con el objetivo de indagar si los esterilizaba y así reanudar el juego dentro de su casa.

El sólo término de cáncer, congela a tal grado toda expectativa de salud que casi ningún médico se decide a mencionarla libremente, y aun expresiones aminoradas como tumor y

neoplasias son expuestas con cautela.

Los médicos se topan con muchos problemas al interactuar con pacientes cancerosos; entre éstos se encuentran el de comunicar al paciente su diagnóstico y su insuficiencia para atender a un enfermo que acude a él cuando su cáncer está muy avanzado.

Renner y Cutler, tomados de la tesis de Ismael G. y B. Robles (1978), proporcionan un ejemplo del por qué en ocasiones las personas llegan tarde al hospital; una paciente, con edad de 47 años y viuda, descubrió que tenía cáncer cuando habían pasado dos años y medio de su desarrollo pero no fue al médico porque consideraba que era un castigo de Dios. Bacon y Renneker también muestran que una mujer de 30 años descubrió inmediatamente que tenía cáncer pero para castigarse lo mantuvo en el secreto a familiares y amigos.

## 1.2 El Paciente con Cáncer

Se debe tener presente siempre que más que una enfermedad, se está tratando a un ser humano, a una persona "enferma"; por tal, tiene que haber ayuda tanto para el paciente como para sus familiares, dentro y fuera del hospital.

---

1) Conglomerado de tejido nuevo; tumor que se forma en cualquier parte del cuerpo, con vida independiente de los otros tejidos normales en que está situado y que destruye.

### A. Hospitalización del Paciente

Cuando el paciente canceroso es trasladado al hospital, su vida cambia repentinamente; se aísla del hogar y de vecinos, sus intentos por conseguir su independencia y autonomía se ven obstaculizados, principalmente en adolescentes, porque tiene que someterse a los horarios y disciplina del hospital al cual ingresa, ello le causa irritación, soledad, frustración, entre otras cosas más, dependiendo de cada sujeto.

Hilda Fernández, en su estudio sobre "las reacciones emocionales en dos grupos..."(1990) muestra que los autores Plank (1962) y Petrillo junto con Sanger (1975) consideran que el enfermo, al ser hospitalizado, se le debe proporcionar información sobre los procedimientos a los que será sometido, incluyéndolo en la discusión del plan de tratamiento con familiares y médicos, permitir que sus amistades lo visiten, hacer llamadas por teléfono, seguir sus estudios, fomentar la interacción entre los pacientes de la misma edad para ayudarse y apoyarse recíprocamente; con ésto los autores piensan que el sujeto enfermo se adaptará al medio hospitalario.

En la misma investigación de hilda Fernández, se expone a Ajuriaguerra (1983), el cual está de acuerdo, con otros investigadores, que la hospitalización sería positiva en aquellas personas que son dependientes y sobreprotegidas porque les

permitiría valerse por sí mismas, pero siempre y cuando, dentro del hospital, los sujetos que están al lado del enfermo, no se comporten de forma sobreprotectora con él, no censuren los intentos que efectúa por ser independiente de sus familiares; lo que se tendría que hacer es proporcionarles responsabilidades, obligaciones y derechos como a cualquier otro integrante de la familia. Así mismo, tomar en cuenta que tiene el derecho a continuar su vida social, como es seguir asistiendo a la escuela, a reuniones con amigos, a practicar pasatiempos y deportes, "dentro de lo que su capacidad física le permita", salir con amigos, novia (o), etcétera. Con el apoyo y acuerdo mutuo entre la familia y manteniendo su círculo de relaciones abierto, lograrán salir adelante.

#### B. El Paciente Fuera del Hospital

El Psicólogo debe enfrentar a dos de los problemas que tienen los pacientes que sobreviven al cáncer: uno es el de continuar vigilando su salud para que no vuelvan a contraer algún neoplasma y otro es el de manejar los problemas psicosociales que se presentan en su interacción con los demás individuos (familiares, amigos, compañeros de escuela, etc.) para evitar sufrimientos innecesarios.

Shirley B. Lansky y otros (1986) encontraron que existen algunos pacientes que presentan efectos médicos posteriores como

problemas en el sistema orgánico importantes, preocupaciones en cuanto a la fertilidad, progenitura y el riesgo de presentar a futuro un segundo neoplasma. De igual forma, otros efectos a largo plazo que se generan, son problemas cardíacos, escorbiosis, deformidades en el esqueleto (como alteraciones en el crecimiento), intelectuales y de concentración, ocasionados por la radio y quimioterapia, fármacos, etc., que son aplicados al paciente en el hospital.

Es muy importante, entonces, como sugieren estos autores, ayudar al paciente a conseguir una estabilidad de relaciones tanto en la escuela o trabajo como en la familia y amigos; logrando que los "impedimentos" físicos no interfieran en su identidad personal y social.

Por otro lado, la enfermedad del cáncer y su cura no es sólo un problema de la persona que la padece, como muchos lo piensan, sino que implica necesariamente a la familia. Patricia A. Podrasky, en su estudio "perspectiva familiar sobre el paciente curado" (1986), aclara que tanto el enfermo como los familiares se ven afectados desde el momento de recibir el diagnóstico hasta la cura en sí. A ambos les es muy difícil ser diagnosticados con una enfermedad terminal, pasar por terapias y de pronto encontrarse "curados", con una "vida normal". Para todos los pacientes con cáncer la esperanza es el denominador común de continuar con una vida sana y estable como la que anteriormente

gozaban. La autora nos habla tanto profesional como personalmente, ya que ella fue diagnosticada con sarcoma porciogénico mientras era apenas una adolescente, tuvo intervenciones terapéuticas, radiaciones, amputación y la enfermedad metástica del pulmón, por esas experiencias atravezadas, recalca la importancia de la familia junto con el paciente, en el transcurso de la enfermedad.

La familia sana es distinta a la familia que tiene en casa a una persona cancerosa; la familia saludable posee un poco más de tiempo y energía para lidiar con problemas que al fin de cuentas solucionará de la mejor manera antes que se puedan ver en la clínica. Sin embargo, la familia "enferma" pasará problemas tras problemas dentro y fuera del hospital sin darse tiempo para resolverlos.

De lo que se trata pues, es de ayudar a los pacientes y a su familia, a través de proporcionar el diagnóstico y tratamiento para que puedan llevar una vida tan normal como sea posible. Mientras más personas sean curadas es imperioso que se trabaje, según la autora, con la familia y el paciente, que todos los miembros se reintegren a las actividades cotidianas; es importante si la familia tiene al enfermo como una idea familiar porque así se hace más fácil la transición, hacen que el paciente descontinúe la terapia y continúe con la vida común y corriente.

### 1.3 El Modelo Médico

A finales del siglo XIX y principios del XX se empezaron a desarrollar numerosos perfeccionamientos e innovaciones en todas las ramas de la medicina. La evolución de la cirugía y los avances en las radiaciones parecieron dar solución al problema del cáncer. Ello condujo a que se tomara a esta enfermedad como una manifestación específica de una zona del cuerpo y no como una enfermedad general.

Los médicos, consideran al cáncer como la reproducción desordenada de una o varias células, las que al crecer forman una masa, dureza o herida sin dolor en algunas partes del cuerpo, que si estas células se dejan sin atención médica, ocupan y destruyen tejidos vecinos, se separan hacia otras partes del cuerpo y ocasionan la muerte.

Von Eschenbach y Swanson (1979), tomados de la tesis "algunas alternativas en el tratamiento..."(1988), dicen que el sistema inmunológico detecta las células defectuosas y las elimina, sin embargo, algunas veces las células cancerosas poseen una energía para expandirse por el cuerpo del sujeto originándose una masa que empieza a rodear funciones propias de los órganos del cuerpo.

Por otro lado, los doctores Samuels, Tridade y Logothetis (1979) reportan que, en la forma más drástica del cáncer, las

células deficientes se desprenden de la masa originaria y se trasladan a otros sitios del organismo donde se albergan y se multiplican creando nuevas masas de células defectuosas. Esta expansión de las células se genera, en la mayor parte de las veces, por medio de la sangre; dicha masa o tumor aumenta considerablemente de tamaño produciendo cambios en el funcionamiento habitual, úlcera que no cicatriza, con sangrado por los orificios del cuerpo, tos o ronquera persistente, dolor, fiebre repentina, pérdida de peso, infecciones imprevistas, etc.

Los médicos toman como posibles causas del cáncer la predisposición genética, el consumo de bebidas alcohólicas y por fumar, por comer excesivamente alimentos enlatados, embutidos, ahumados a las brasas o al carbón, por aumento en el consumo de grasas, por dejar de comer tres veces al día y por no consumir diariamente verduras, por no protegerse adecuadamente cuando se trabaja con pesticidas, fertilizantes o cualquier sustancia química, por exponerse a los rayos del sol sin protegerse adecuadamente y por las sustancias tóxicas que están presentes en el ambiente; pero ninguno de estos factores aislados sirve para explicar por qué en algunos sujetos evoluciona tal enfermedad y en otros no.

En la investigación "algunas alternativas..." (1988) se plantea que el doctor Giulio J.D'angio, presidente del departamento de radioterapia del memorial Sloan-Kettering Cáncer

Center en 1975, expresó que estudios llevados a cabo en el laboratorio con animales, arrojan resultados de que al exponerse a éstos al humo del cigarrillo, los colorantes artificiales y otras cosas más por tiempo prolongado, aparecía el cáncer. Esto podría llevarnos a decir que hay un mayor índice de personas con cáncer en los países industrializados causado por la contaminación que se produce día con día. Otras investigaciones muestran que la cuestión genética juega un importante papel para el desencadenamiento de esta enfermedad en los sujetos. Pero al igual que en el caso de la industrialización, no es el único factor que la hace aparecer. Doppman, Gulaman y Rosch (1975), y varios investigadores más, consideran que los factores genéticos empleados junto con el agetreo que vive la gente, pueden explicar el surgimiento de tal enfermedad.

De la misma forma sucede con los rayos ultravioleta -la radiación origina cambios en las células provocando el cáncer- y la alimentación. Sin embargo, en esta última se deben de tomar en cuenta los factores culturales más que la dieta alimenticia.

Al modelo médico tradicional le interesa la parte física-biológica del individuo dejando de lado muchas veces lo psicosocial, de ahí que, como lo ha señalado De Miguel (1978), en la relación médico-paciente se note lo autoritario del doctor; los sujetos enfermos son los que se tienen que adaptar al médico y no el médico al paciente. En la mayor parte de las veces se

observa a los enfermos en una escala inferior y se le hace creer sólo en lo que diga el doctor, dándole con esto un papel pasivo en dicha relación.

#### 1.4 El Modelo Psicológico

A principios del siglo XX es cuando el psicólogo comienza a adquirir más elementos para investigar y manejar la enfermedad y no sólo a observarla, registrarla y clasificarla.

En el período de 1900 a 1925 el psicoanálisis toma auge y por su impacto (modificaciones y oposiciones) resultó positivo para la investigación en extensos campos de la psicología. En 1926 sale una publicación de Elida Evans, discípula de Jung, donde muestra su estudio, con 100 cancerosos, y llega a la conclusión de que el paciente con cáncer ha extraviado una parte esencial de sus relaciones emocionales antes de la aparición de la enfermedad. En ese mismo año, hay otro estudio estadístico sobre el cáncer hecho por Hoffman y encuentra que existen mucho más muertes por cáncer en los pacientes con trastornos psiconeuróticos.<sup>2</sup>

Entre 1940 y 1952 S. Peller elabora algunos estudios estadísticos y finalmente los resultados son que los sujetos que

---

2) Todo el grupo de trastornos funcionales del sistema nervioso central, en la medida en que comprenden o están causados por funciones o factores psíquicos.

han perdido a su esposo (a) tienen mayor posibilidad de adquirir cáncer, dejando de lado los factores genéticos, edad, clase social presentándose tan sólo un estado psíquico. Continuaron las investigaciones y reafirmaron estos resultados, entre ellos están los de Lombard y Potter (1950), Dorn (1943), Miller y Jones (1948). Leriche en Europa, Francia, señalaba también la importancia que tenía el trauma psíquico para el desencadenamiento de la enfermedad.

Leshan y Worthington, dos grandes investigadores, juntaron toda la información que se tenía hasta ese momento en relación a la influencia del estrés psíquico<sup>3</sup> en el desarrollo del cáncer con el propósito de elaborar una tesis estadística. Si eso fuera cierto, la cuestión del cáncer en los diversos grupos sociales tendrá que cambiar con la periodicidad con que se generará una variación en su vida de pareja o una privación sentimental importante. De esta forma, los que han perdido a la esposa(o) estarían en primer lugar, después los sujetos divorciados(as), en tercer lugar los que viven juntos pero no porque se quieran, sino por cuestiones de negocios, "religiosa", morales, etc., y por último, los individuos que no se han casado. Otros estudios posteriores reportan la misma curva de frecuencia.

---

3) las manifestaciones de la mente (la conducta del sujeto).

En 1951 por primera vez surge en la escena el psicólogo con herramientas de tests proyectivos y técnicas para entrevistas psicológicas. Tarlau y Smalheiser aportaron el test de Rorschach y los dibujos de la figura humana. Posteriormente se llevaron a cabo numerosas investigaciones sobre la influencia de la personalidad y la ubicación del cáncer fuera y dentro de los organos sexuales.

Bacon, Rennecker y Cutler (1952) lograron tener en sus manos historias psiquiátricas de 40 sujetos femeninos con cáncer de mama y encontraron algunas características de comportamientos, que más tarde otros autores reafirmaron. De las 40 mujeres, 35 de ellas eran masoquistas y no tenían los medios para expresar su coraje de manera directa y al mismo tiempo tenían problemas de agresividad con sus familiares. Por su parte Byron Butler (1954) consideró una personalidad definida en el paciente con cáncer, estas conclusiones las obtuvo mediante el empleo de la hipnosis.

Greene (1954), Greene, Young y Sweisher (1956) y Miller (1958) estudiaron la leucemia<sup>4</sup> en niños y adultos y encontraron que en los dos surgieron trastornos de comportamiento por la carencia de apoyo y escasa comunicación. Flanders Dumbar (1954), en su estudio llevado a cabo sobre "las emociones y modificaciones orgánicas", expone que en la evolución del cáncer el estado emocional del paciente tiene gran efecto. Asimismo,

---

4) Cáncer en la sangre.

West, Cutler y Ellis hayaron que, por medio de los test de Rosrchach y la ayuda de Bruno Klopfer, las emociones juegan un papel importante; los casos en que se desarrollaba más rápido la enfermedad eran causa de una ansiedad grande, escasa capacidad para aminorar la tensión. Así, mucho más neuróticas las defensas del sujeto mucho más posibilidades de que el cáncer evolucionara velozmente.

Galeno (1955) sustentaba que las personas de sexo femenino, que eran melancólicas, estaban más proclives a contraer cáncer que las que no lo eran. Pero en 1961 Stern y Dixón descubrieron, mediante un estudio psicológico con 5 parámetros de test y estudios de personalidad de 6.058 mujeres con cáncer, que había mayor probabilidad de aparecer en mujeres con "inestabilidad emocional" y con problemas familiares, en especial cuando eran casadas. S. Peller consiguió los mismos resultados y llegó a las conclusiones de Stern y Dixón.

Por otro lado, se ha estudiado también la influencia que puede tener el cáncer en las reacciones psicológicas de distintos grupos o sujetos. El individuo al enterarse que tiene cáncer comienza a tener una serie de pensamientos, actitudes y sensaciones que están presentes en él independientemente de que las perciba o no. La persona no sólo toma al síntoma como algo físico, un deterioro corporal, sino que es aceptado como un elemento que puede alterar o destruir sus estructuras

psicofísicas construídas en el desarrollo de su vida, usualmente con demasiado esfuerzo y paciencia. No se puede afirmar al cien por ciento que actitudes como negativismo, culpabilidad, inferioridad o rechazo se hallen nadamás en una enfermedad y no en otras, pero aparecen con mayor frecuencia, como lo han encontrado psicólogos estudiosos de la materia, en enfermos de cáncer.

El sujeto busca una causa de su nuevo estado; en gran parte de los casos se culpan a sí mismos y otros tantos le delegan toda la culpa a los médicos o familiares; ésto es claro cuando mencionan por ejemplo, "yo siempre fui muy sano", guarda seguidamente grandes sentimientos de culpa. Sean o no ciertos, hieren psíquica y orgánicamente al paciente. Abrams, Finesinger y Shanos (1951-1953) encontraron que las mujeres que tenían cáncer ginecológico lo atribuían a imaginados reclamos sexuales de su esposo; otras suponían que por las enfermedades venéreas en su marido. También se le ha considerado como un castigo divino y de mismo modo, como destino, suerte, etcétera.

Dicha culpa tiene efectos en el comportamiento del paciente ya que alienta actitudes de inferioridad, dependencia y sentimientos de rechazo o de repulsión; impidiendo la comunicación y la readaptación social.

Según Schavelzon es más conveniente permitir que el sujeto con cáncer hable de lo que encierra su enfermedad, dándole la oportunidad de descargar su angustia e intervenir cuando sea necesario, con el fin de rectificar los errores que puedan ser perjudiciales para su persona. Así pues, las características psicológicas son ahora muy variadas, pues dependen de su estructura psicofísica y del órgano afectado. La agresión puede presentarse cuando el cáncer es de mamas, en el recto, la matriz, la cara, etc. Este autor expresa entonces que el paciente debe ser tratado con mucho tacto ya que si no se hace así se corre el riesgo de acabar con el paciente, y lo más propicio es que esta labor sea asumida por profesionales sociales expertos para que la enfermedad no evolucione gravemente y el sujeto viva más y en mejores condiciones psicológicas y sociales.<sup>5</sup>

### 1.5 El Modelo Biopsicosocial

El modelo médico toma la parte biológica del sujeto abandonando el aspecto psicológico y social de éste; en el modelo psicológico se muestra que en el paciente surgen problemas de soledad, aislamiento, dependencia, inferioridad, rechazo, etcétera; al respecto Mario Timoteo (1986) nos informa que el enfermo posee la impresión de que está solo en el mundo, destituyendo su personalidad, sintiéndose de alguna manera que declina su integridad como ser humano.

---

5) Vid. Schavelzon J. en Psicología y cáncer, p.42.

El problema no es pues plantearse la oposición entre lo orgánico y lo psicológico, sino que se deben de completar ambos, junto con lo social, para tomar al sujeto integralmente, como dice Bleger J. "Todo fenómeno humano es siempre y al mismo tiempo biológico, psicológico y social"<sup>6</sup>. No se trata de "psicologizar" la medicina, sino que los médicos tomen en consideración la dimensión humana del paciente con cáncer o cualquier otra enfermedad.

Además de la esfera biológica el individuo se desplaza en hechos humanos, en el terreno de las motivaciones, emociones, afectos, cogniciones, de los valores, objetivos, significados, etcétera. Se trata pues de la investigación del ser humano, de las relaciones interpersonales en las que se desarrolla y finca su identidad.

Bleger es de las personas que piensan que ni la sociología, ni la psicología, ni la biología se excluyen entre sí, que no puede aparecer una sin las otras y viceversa, por ello es conveniente que cada área tenga siempre presente la totalidad del ser humano y esa totalidad abarca, siguiendo a Pichon Riviére, las áreas de la conducta: área de la mente, área del cuerpo y área del mundo externo (actuación en el mundo externo). La conducta siempre implica expresiones coexistentes en las tres

---

6) Bleger José. "Psicología y Medicina", Psicología y Cáncer, p.57.

áreas, por tanto, no puede surgir ningún fenómeno en ninguna de las tres áreas sin que implique forzosamente a las otras dos. Esta coexistencia no deshecha el que resalte una de ellas en un determinado momento.

Bleger dice, entonces, en su libro de Psicología de la Conducta (1989), que es una equivocación considerar a la psicología para el área de la mente, la biología para la conducta del área del cuerpo y la sociología para las manifestaciones en el área del mundo externo, pues esta concepción hoy en día ya no puede funcionar. Por tal, la psicología no es únicamente la ciencia que estudia los fenómenos mentales, sino que contempla todas las manifestaciones del ser humano y éstas siempre se presentan, según él, en el nivel psicológico de integración. La psicología no elimina ninguna otra ciencia, sino que las implica necesariamente. Sin psicología no habría un conocimiento total del individuo y tampoco lo hay con la pura psicología.

De ahí, que se necesite una serie de conocimientos y técnicas psicológicas que ayuden a conservar la salud y susciten el desarrollo de una vida con mejores condiciones para el sujeto. José Schavelzon (1983), en su libro Freud, un paciente con cáncer, también hace referencia en cuanto a que el profesional debe trabajar con un criterio de "enfermedad" más integrador, es decir, que incluya lo físico-biológico, lo psicológico y lo

social (psicología dinámica). Así mismo, Frederick B. Levenson (1986), sugiere que los estudiosos del cáncer, atados al microscopio, se interesen por el comportamiento de sus pacientes, en el momento de su interacción con los otros sujetos, porque cuando no se parte de una teoría integradora, el investigador se encontrará siempre en un laberinto sin salida. Si se deja de preocupar por insignificantes se tendrá la oportunidad de observar al paciente en su totalidad y rodeado por su entorno vital.

Por otro lado, Marie Langer considera que la ayuda que el psicólogo puede ofrecer desde el aspecto social, es aminorar la impaciencia o agitación del sujeto con cáncer, o la tensión de los familiares y ésto posibilitará a sus miembros conducirse casi normalmente, pese a que tienen en su casa a un enfermo. Del mismo modo, importa la ayuda psicológica en el terreno de lo biológico clínico; una cura psicológica del sujeto con cáncer trae como resultado un incremento de sus defensas naturales y hasta puede conseguir disminuir la extensión y desarrollo de los dolores. Una persona con cáncer menos impaciente, ansiosa, deprimida, logrado por el psicólogo, comerá mucho mejor y por tanto, estará en un mejor estado físico. En esta situación el individuo podrá seguir, con más aceptación, las indicaciones y tratamientos que el médico le señale o diagnostique. Al nivel psicológico, el paciente puede recibir terapia de grupo con su familia con el objetivo de curar rigidez, reproches y sentimientos de culpa, de acrecentar la

comunicación intergrupala y, con el sujeto con cáncer, para conseguir su atención.

Por último, Galán Cuevas Sergio (1989) señala que las investigaciones actuales están llevando a cabo una combinación de metodologías y conocimientos de las distintas disciplinas que existen, abriéndose, así, la posibilidad de dar solución a una gran cantidad de problemáticas. Con ello, tomando en cuenta, del ser humano, tanto sus condiciones sociales como cognitivas-afectivas-emocionales, fisiológicas y conductuales, se logrará intervenir óptimamente en su salud-enfermedad.

Cuando se consiga analizar, pues, al sujeto como un todo, el Psicólogo podrá elaborar pautas de comportamiento de un fenómeno, tal como el de Salud-Enfermedad conforme a la realidad de nuestro país; logrando que posteriormente, sean los propios sujetos los que controlen dichos estados en su persona, y para ésto, el autor propone que se realicen investigaciones y se haga un progreso de la Psicología sobre el estudio del comportamiento de los individuos y el estado de salud-enfermedad.

#### 1.6 Intervención del Psicólogo Social en la Prevención y Control del Cáncer

Varios investigadores, entre ellos Blanc (1982), Castagna y Weisburger (1982), Daune y fuchs (1982), etc. han dado a conocer

que al menos un 80% de la aparición del cáncer se debe a cuestiones ambientales. De ahí que Ramon Bayés considere que esta enfermedad se puede evitar; se lograría disminuir eficazmente su eventualidad o desterrarlo por completo si se descubriesen los factores ambientales responsables.

Los factores o contaminantes ambientales que menciona Bayés se refieren más que nada a las estimulaciones externas al individuo que interactúan con él (química, mecánica, verbal, visual, etc.), aptos para posibilitar, entorpecer (variando la disposición del organismo), crear, sustentar, apresurar o disminuir la evolución del cáncer. Entonces, como la gran parte de los cánceres se hayan mediados por el comportamiento del sujeto se requiere una ayuda médica, psicológica y cambios del modo de vida de los sujetos.

El cáncer cambia dependiendo de los países, regiones y grupos sociales mostrando variaciones conforme se cambian las costumbres y modos de vida. El surgimiento de la enfermedad no depende, entonces, de un sólo factor, al parecer tiene un origen multifactorial. De ahí, que Ramon Bayés considere "...el elemento carcinógeno más importante, que se encuentra prácticamente en la base de todos los demás, es el comportamiento...del hombre"<sup>7</sup> Por tal, este autor nos enseña cómo se puede prevenir y/o controlar el cáncer en los sujetos sociales.

---

7) Bayés Ramon. Psicología Oncológica, p.26.

### 1.6.1 Terapias Comportamentales

Bayés propone que sean los mismos individuos, con un reaprendizaje que el psicólogo les proporcione, quienes se combiertan en agentes activos de su propia salud y así resolver problemas y prevenir la aparición del cáncer.

#### A. Prevención Primaria del Cáncer<sup>8</sup>

La OMS y la UNICEF, llevaron a cabo en Alma Ata, 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud (APS), en la que diversos países, entre ellos México, acordaron alcanzar la meta de "Salud para Todos en el Año 2000", por medio de la APS. Sólo algunos países están realizando dicha prevención, haciendo participar a los propios individuos, de una comunidad, los cuales se han convertido en actores activos de la APS, es decir, que contribuyen en la toma de decisiones y en la evaluación de ésta. Sin embargo, el modelo médico al esperar a que algún sujeto se enferme para atenderlo biológicamente, impide el desarrollo hacia el modelo preventivo; resultando, así, inoperable tal prevención y quedando sólo las posibilidades de detener el curso del daño y restaurar la salud por medio de la atención "secundaria" y "terciaria".

---

8) Se realiza antes de que se desarrolle la enfermedad y su propósito es impedirla.

En cuanto a los estilos de vida el sujeto debe cuidar su alimentación, sexo, drogas, comodidad, limpieza corporal, etc., que son estímulos carcinógenos<sup>9</sup>; dejar de utilizar sustancias que acaban con los insectos o plagas, los rayos ultravioleta, etc.; dejar el vino, cerveza, cigarrillos, grasas, la promiscuidad sexual, que se promocionan en los medios de comunicación masiva. El estrés en que viven numerosas personas se tiene que disminuir y después aniquilar porque aunque no sea la causa primaria del cáncer sí genera reacciones fisiológicas en el organismo que pueden permitir su aparición o ayudar a su evolución. Balancear y seleccionar los alimentos ya que es otro factor que tiene grandes efectos para la etiología del cáncer (carcinógenos utilizados en la comida o presentes en ella, efectos indirectos de la desnutrición o de la mala nutrición, efectos indirectos de la sobrealimentación, las dietas, etc.).

Para poder, así, modificar los hábitos de los individuos positivamente se requiere brindarles una información adecuada (escuchada, asimilada) en cuanto a los efectos de los alimentos en el proceso de salud-enfermedad, tomando en cuenta costumbres y tradiciones étnicas, sociales y edad.

Pensamos como Bayés en que todo producto o alimento debiera contar con la garantía del Ministerio de Sanidad de que no se ha utilizado para su elaboración sustancias que puedan producir

---

9) Que produce cáncer.

alteraciones en el organismo a corto o largo plazo. Los estímulos carcinógenos influyen, pues, para la aparición y desarrollo del cáncer aunque no son suficientes.

En las manos de los Psicólogos está, pues, hacer una anticipación a la enfermedad, es decir, conociendo la asociación de los factores de riesgo y los riesgos a los que están expuestos los individuos de la comunidad e interviniendo sobre éstos, se podría conseguir una vida mejor para ellos y al mismo tiempo disminuir la tasa de mortalidad. Pero el Psicólogo tiene que integrar el amplio conocimiento de las diversas disciplinas (Biología, Psicología, Sociología, etc.) para incidir en el comportamiento del ser humano.

#### B. Prevención Secundaria del Cáncer<sup>10</sup>

Entre más temprano se detecta un cáncer más posibilidades hay para pasar la enfermedad, sin embargo, hay algunos cánceres que aunque se descubran al iniciarse, la tardanza en el resultado del diagnóstico puede prolongarse, como es el caso del cáncer de colon, mama, ciertas formas de melanoma, y el carcinoma de sérvix y útero, en los del estómago y pulmón; en otros como el del páncreas la demora no es muy grave.

---

10) Localizar y tratar lo más pronto posible las enfermedades cuyo origen no puede ser parado por las medidas de prevención primaria.

Para detectar lo más rápidamente posible el cáncer hay muchas técnicas, el psicólogo social puede ayudar proporcionando una información cuidadosa y eficaz a los sujetos, principalmente a aquellos que tengan más probabilidades de contraerla; lograr que se incorporen algunos hábitos de detección (o de ir al médico periódicamente), en especial a aquellos más propensos. Entonces la participación del psicólogo consistiría en la elaboración de programas de instrucción que aseguren un nivel de realización eficiente en todas las prácticas que lleve a cabo el sujeto; investigar las interacciones entre los médicos y los enfermos con el objetivo de mejorar tal relación; un examen de los factores causantes que obstaculicen realizar adecuadamente las técnicas de detección de la enfermedad con el propósito de solucionarlos.

### C. Prevención Terciaria del Cáncer<sup>11</sup>

Está en las manos del psicólogo el que el sujeto acepte los medicamentos, tratamientos y dietas que que los médicos le prescriban para impedir que la enfermedad avance. Otro de los trabajos del psicólogo es el de instruir a los enfermos en algunas técnicas que hagan ver su enfermedad más fácilmente y así evitar la ansiedad, depresión, agresión, dolor, etc. que complicarían su estado. Del mismo modo, mejorar las interacciones entre médico-paciente, brindándole a los médicos técnicas que los

---

11) Se realiza después de que la enfermedad está presente, con la finalidad de impedir que se complique la situación y no recaiga la persona.

ayuden a terminar con esa ansiedad y depresión, porque muchas veces tales conductas repercuten en el paciente.

Otra aportación psicológica es apoyar al médico en cuanto a la comunicación del diagnóstico para hacer que los pacientes se enfrenten a la vida, ayudarlos a ver hacia el presente y futuro. Controlar la alimentación en esta fase también es muy importante puesto que algunas comidas pueden provocar vómitos, diarreas, estreñimiento, anorexia, náuseas, bajo gusto por el alimento, que dificultan su estado; entonces, el psicólogo, en colaboración con dietéticos o médicos conocedores del tema, podrá desarrollar dietas que contemplen los alimentos aceptados y rechazados por el paciente. Una segunda intervención, en relación a lo anterior, sería la de crear programas para cambiar estas aceptaciones o rechazos o, si fuera requerido, las porciones de alimento ingerido. Otra técnica a utilizar es la de construir estrategias más que nada de autocontrol para que el paciente aprenda nuevos hábitos alimenticios de manera que las dietas puedan ser registradas a través del tiempo.

Por otro lado, el psicólogo también puede ayudar al médico a disminuir el dolor en los pacientes, ya que muchas veces el farmaco resulta inútil o insuficiente para calmar las consecuencias del dolor de varios sujetos crónicos<sup>12</sup>, a causa de

---

12) Individuos que pueden vivir durante un período de tiempo prolongado o indeterminado.

las exageradas atenciones, amabilidades, dedicaciones que tienen los familiares, amigos, enfermeras, etc. o a consecuencia de proporcionar una droga sólo cuando se está quejando teniendo como resultado una dependencia psicológica por parte del individuo a la droga. Para ello, se puede hacer una serie de anotaciones en los comportamientos del enfermo como por ejemplo, del llanto, gemidos o gritos, dormido, despierto y sin quejarse, platicando con familiares y visitantes, comiendo, recibiendo atención médica por el doctor o enfermeras, para observar en qué momento aparecen o se dan dichas conductas, con el objetivo de modificar las manifestaciones del dolor.

Senescu (1963) considera que el enfermo de cáncer requiere apoyo del psicólogo cuando: su reacción emocional le prohíbe buscar cura o ayuda en dicha cura; cuando su conducta es más dolorosa y angustiante que la enfermedad misma; cuando sus reacciones emocionales alteran algunas actividades como por ejemplo, realizar trabajos profesionales, leer libros, sostener interacciones sociales, entre otros.

Así mismo, el Psicólogo tiene que acabar con el punto de vista tradicional<sup>13</sup>, debe proporcionar información tanto al paciente como a sus familiares, pero jamás cuando el paciente no lo desee; tiene que hacerlo sin rodeos y con esperanzas para el

---

13) Susan Sontag (1983), reporta que los médicos comúnmente comunican el diagnóstico de cáncer a los familiares sin tomar en cuenta al que lo padece.

presente y futuro aunque no sea forzosamente la curación. Susan Sontag(1978), en su libro sobre La Enfermedad y sus Metáforas, nos indica que mientras la gente continúe tratando al cáncer como un destructor mortal e invencible y no como a una enfermedad, los sujetos decaerán notablemente al saber que tienen cáncer. Por tanto, la resolución no está en esconder la verdad sino en quitarle lo misterioso al cáncer. La idea tradicional también la sostienen los médicos y en especial los que tratan al individuo con cáncer.

Klagsbron (1970) comenta que algunos médicos consideraban a sus pacientes como "muertos que andaban" y casi en todos los casos desconocían sus "necesidades emocionales", al mismo tiempo los enfermos se quejaban que los médicos no los tomaban en cuenta y que las enfermeras eran ineficientes.

Luce (1979) reconoce que muchos investigadores han llegado a los resultados de que los médicos, por lo regular, no son muy eficaces para dar una respuesta correcta a las necesidades psicosociales de los enfermos, en particular en lo que toca a su reacción emocional ante el diagnóstico de cáncer.

Bayés sugiere, entonces, que el impacto psicológico del cáncer se combatiría si se acabara con algunas de las causas que lo originan: imagen mítica del cáncer como sinónimo de muerte, estigmatización producida por la enfermedad, clima existente en

muchos hospitales, clínicas y ambulatorios, etc. Así mismo, delineando y adaptando estrategias psicológicas que colaboren a prevenir el dolor, mareos, náuseas, vómitos anticipatorios, desvelos, depresión, agresividad, etc. -Benson y Klipper (1975) piensan que la mayor parte de estas estrategias tendrán que encaminarse a algún sistema de relajación-. Y por último, darle al paciente la información necesaria, cumplimiento, verificación y libertad, lo más que se requiera, para conducir su enfermedad, así como los demás aspectos de su vida cotidiana.

Con respecto a la rehabilitación del paciente canceroso, Dietz (1974) propone que se debe tomar en cuenta la particularidad de cada sujeto, es decir, ubicación del cáncer, edad, sexo, profesión, familiares y demás factores con los que tiene relación. Parafraseando a Bayés, es necesario que tanto familiares como médicos, enfermeras, etc. auxilién al enfermo y no lo controlen y para lograrlo se requiere que el paciente deje -o no llegue a aceptar- el rol de sometido o inactivo que comúnmente le ha otorgado la medicina occidental, y en su caso adquiera una posición de actor frente a su presente y futuro; por esta razón, se tratará que el paciente lleve a cabo por él mismo, todo lo que verdaderamente sea apto para hacer. Toro (1983) encontró que muchos pacientes con cáncer viven con el temor de que los otros sujetos sociales se interesen por su "defecto" y no por su persona; de que la "deficiencia" los deteriore como seres humanos; que se genera en ellos un sentimiento de culpa como

resultado de considerarse una carga para los demás; que se forma un conflicto entre el anhelo de dependencia e independencia; y por último, surgen sentimientos de autocompasión.

### 1.6.2 Técnicas Psicológicas

El psicólogo social tiene la oportunidad de ayudar al paciente y su familia a vivir la enfermedad con mayor calidad y dignidad de vida posible. De aquí, que una de las metas del psicólogo sea lograr que la enfermedad se entienda de una manera más equilibrada para emplear respuestas activas de enfrentar el "problema" tanto cognitiva como comportamentalmente.

#### A. La Logoterapia

Con esta terapia se pretende dar apoyo al enfermo para que enfrente dudas de la "existencia humana"; se basa en tres principios que pueden ser experimentados en los sujetos con cáncer según nos marca Frankl (1973):

1. La vida tiene un sentido o dirección en cualquier circunstancia o situación.
2. El sujeto es amo de la voluntad de esa dirección y se siente fracasado o hueco cuando ya no la ejerce.
3. El sujeto es libre, dentro de sus visibles limitaciones, para el sentido de su existencia.

De acuerdo con Frankl, la vida se puede hacer representativa de tres maneras: por medio de lo que le otorga a la vida (el trabajo creativo); por lo que toma del mundo (valores incorporados) y por medio de la actitud hacia el destino que "no se puede modificar". Cuando el individuo se encuentra ante una situación dolorosa, que es "incapaz de alterar", puede haber sentido o dirección si la encara con valentía y dignidad y piensa que su vida es un claro ejemplar para otros sujetos sociales.

Esta terapia no puede acabar con el sufrimiento pero sí puede terminar con la ansiedad, la desesperación que experimenta el individuo, y a la que tal autor define como un dolor que no tiene sentido para el sujeto enfermo. Tomando tales planteos teóricos Frankl realizó dos técnicas terapéuticas : la intención paradójica y la desreflexión; en la primera se trata de exhortar al paciente a anhelar o realizar aquello a lo que tiene miedo, su fin es cortar con el círculo vicioso que se forma de la angustia anticipatoria a una situación. Cortando esta pauta de comportamiento, no importa que sea sólo en el momento, el paciente consigue observarse a sí mismo, no como a una víctima pasiva, sino como el dueño de su propio destino o dirección; la segunda técnica consiste en apartar la atención del enfermo de su persona. Al respecto, recientemente en el V Congreso Internacional de Medicina Tradicional y Folklórica, celebrado en la ciudad de México en diciembre 1991, Nahum Megged presentó una ponencia sobre el análisis multidisciplinario, recalcando el

aspecto psicológico y filosófico, del Popol Vuh, el cual es una muestra de la eterna historia humana. El autor se refirió entonces, a la logoterapia de grupo para indicar que la finalidad de todo agrupamiento humano es sacar el mal, trayendo el bien para su gente y mostró al juego, con el fin de conseguirlo, como un sistema de lucha y de vida, en donde todos participamos. Al hablar del juego se refería más que nada, a un sistema para que la realidad no fuera tan pesada, dándonos una esperanza continua; de ahí que esto puede ser aplicado a personas con algún tipo de enfermedad, o problema físico, psicológico y social, como es el caso de personas cancerosas:

1. No tomes tan enserio la enfermedad.
2. Quita a tu persona de tus ojos y del mundo.
3. Sí, todo es tremendo, duro, pesado, cada momento es dramático y dificultoso de sobrevivir, pero si pierdes la partida en un juego no pierdes la vida, mañana comienza otro juego.

Tomando, pues, esa caracterología del juego, expuesta por Nahum M., los individuos juegan todo el tiempo durante el transcurso de su enfermedad.

Hay otros autores como Zurchler y Watkins (1975) que retoman la logoterapia, e indican que ese tipo de pacientes puede ser apoyado a tolerar la tensión emocional originada por su adverso pronóstico e instituir nuevas perspectivas de sentido y

predicción de su vida.

### B. La Terapia de Grupo

El objetivo principal de la terapia de grupo es el de lograr que los miembros de un grupo puedan ayudarse mutuamente. Las técnicas grupales las han clasificado en dos: de apoyo reductivas y reestructurativas. El tratamiento de grupo puede centrarse en el mismo grupo o en el psicólogo. En el primero todos los miembros dirigen al grupo y el psicólogo tiene un rol consultivo; en el segundo el psicólogo es quien dirige al grupo, moderando la comunicación entre los integrantes.

Los investigadores Parsell y Tagliareni (1974) se interesaron en trabajar con enfermos de cáncer a raíz de escuchar una plática donde se decía "nadie entiende lo que es tener cáncer," sólo aquellos que la padecen. Ambos autores trabajaron con terapias de grupo y capacitaron a algunos facilitadores con el propósito de levantar la interacción, la aceptación y la ayuda entre los integrantes, para lo cual se averiguaron temas que eran generales entre las vivencias de los pacientes que se ponían a consideración del grupo. De esta forma, los sujetos se dieron cuenta que podían expresar y compartir sus vivencias y comprobar que había otros como ellos.

A los pacientes se les tiene que ayudar a encontrar formas de ejercer un mayor control sobre sus vidas para que puedan incrementar su autoestima e intentar que aprendan a no perder la esperanza.

Tanto Parsell como Tagliareni, se dieron cuenta que una preocupación de sus pacientes era la actitud de sus familiares y amigos hacia ellos. Ciertos pacientes estaban en conflicto pues trataban de proteger a sus familiares de los resultados de su enfermedad, cuando al mismo tiempo éstos necesitaban la ayuda de la familia.

Mc Carty (1975) al trabajar con psicoterapias de grupo con pacientes con cáncer encontró que el psicólogo tiene que funcionar como un aliado emocional para dar apoyo en la resolución, de forma creativa, de los problemas que el enfermo tenga para adaptarse y vivir de una mejor manera con las dificultades propias de su padecimiento. Así mismo, hayó que es sumamente importante atender a la familia como un sistema de apoyo a la interacción médica.

Por su parte Franzino, Geren y Meiman (1976) supusieron que un grupo de sujetos con una enfermedad, problemas físicos y emocionales idénticos se podrían brindar apoyo entre todos para enfrentar su muerte. Tales investigadores trabajaron con pacientes cancerosos terminales en psicoterapia de grupo tratando

los temas de: el tratamiento médico (el sujeto se quejaba de su pérdida de energía debido a los medicamentos más que a su propia enfermedad); las pláticas en relación a su familia, vida cotidiana, social y vivencias antes del padecimiento, así como sus problemas recientes en sus relaciones interpersonales; los libros, revistas que hablaran del cáncer, nuevos medicamentos y tratamientos; el suicidio como forma no viable para dar solución a los problemas.

Otros investigadores como Yalom y Greaves (1977) trabajaron con psicoterapias de grupo con sujetos cancerosos, tuvieron un grupo de seguimiento durante cuatro años, en los cuales encontraron que había varios factores de ayuda y algunos cambios en los sujetos, entre éstos destacan:

1. Los enfermos fueron los que principalmente generaron su cambio. La ayuda y el dar apoyo les resultó benéfico para levantar su autoestima.
2. Expresaron que el comportamiento general de los médicos era muy impersonal, autoritario y de exclusión de los pacientes para la toma de decisiones en su tratamiento.
3. La presencia y camaradería fueron las necesidades básicamente resultas por el grupo.

Así, tales estudiosos llegaron a la conclusión de que se necesita que el psicólogo aprenda a respetar la negación y ha

aceptar que cada paciente avance a su propio ritmo; igualmente es importante para el grupo que se le juzgue para vivir el tiempo que le quede y no para morir. Con ello el enfermo podrá ver lo trivial como tal, controlarse y comunicarse más abiertamente de manera directa con su familia, amigos, desconocidos y vivir el presente y no el pasado.

## II. RELACION INTERPERSONAL ENTRE "ENFERMOS" Y "SANOS"

### 2.1 Interaccionismo Simbólico

Haremos un breve recorrido por la historia y la teoría del interaccionismo simbólico con el propósito de mostrar que el sujeto está sumergido en un medio simbólico y físico, donde construye y reconstruye su propia identidad social al interactuar con los otros individuos sociales.

#### 2.1.1 Breve Historia del Interaccionismo Simbólico

El interaccionismo simbólico se toma como la continuación de algunas porciones del pensamiento y la investigación del variado grupo de teóricos, investigadores sociales de la Universidad de Chicago (Herbert Spencer, William Isaac Thomas, Robert Park, Ernest Burgess, Ellsworth Farias, Louis Wirth, Herbert Blumer, Everett Hughes, John Dewey, George H. Mead, etc.) que cultivaron una decidida influencia en la sociología americana entre 1890 y 1940.

La escuela de Chicago tomó al pragmatismo<sup>14</sup> como su primer fuente filosófica; tal pragmatismo utilizado no agrade al

---

14) Doctrina según la cual todo el significado de un concepto se expresa en sus consecuencias prácticas.

utilitarismo<sup>15</sup> en la cuestión de la acción y del orden social, sino más bien en la acción y la conciencia. De ahí, que se hiciera un concepto de intencionalidad y de orden social que se diferencia básicamente del utilitarista. La teoría pragmática del orden social está dirigida por una idea de control social en el sentido de autorregulación y de determinación social de problemas. Esta noción está sugerida, en pensamientos, en relación a la democracia y la distribución de la comunicación en las comunidades científicas.

El pragmatismo estaba en contra del concepto superior del cartesianismo -el yo que duda en solitario- e intentó una búsqueda en conjunto de lo verdadero con el propósito de enfrentarse a problemas verídicos que surgieran en el recorrido de la acción; así quedaba transformada toda la relación entre conocimiento y realidad. La noción de verdad dejaba de significar una exacta representación cognitiva de la realidad, dando paso a un incremento del dominio para obrar en relación con el entorno.

Charles Peirce empezó a desarrollar esta idea de verdad, ejerciendo muy poco efecto en los sociólogos. Por su parte Williams James planteó el principio de verdad en relación de los resultados artificiales de la acción y no en relación de los

---

15) Teoría económica o social que considera la utilidad práctica de cualquier objeto o plan como criterio adecuado juzgar su valor; la conducta utilitaria caracterizada por sanciones sociales (morales).

resultados que se esperaban sucedieran. En la psicología de James se utilizaba, como punto de partida, la sólo corriente de la experiencia consciente y no la acción. Pese a esto, James contribuyó a mostrar la condición seleccionada de la percepción y la división de la atención como ejercicio de la finalidad del sujeto. Pero la influencia definitiva, crucial del pragmatismo en la sociología fue hecha por John Dewey y George Herbert Mead. Ambos notaron que era necesario volver a fundar el pragmatismo sobre el principio de las ciencias biológicas y sociales; al iniciar este propósito, tomó la forma de una psicología funcionalista<sup>16</sup>, la cual consistía en comprender las operaciones y procesos cognitivos y psíquicos<sup>17</sup> desde el aspecto de su funcionalidad con relación a la solución de los problemas que los sujetos encuentran en el transcurso de su conducta.

Dewey y Mead criticaron a las teorías que trataban de reducir la acción a un comportamiento ocasionado por el ambiente. Ello, abrió nuevos espacios de expresiones al igual que exigía la reinterpretación de las ya conocidas. Ambos objetaron sobre

---

16) Interpretación sistemática de los fenómenos psíquicos que lo considera como actividades o procesos y no como experiencia. Punto de vista que insiste en el papel biológico de los fenómenos psíquicos, es decir, que estudia su utilidad para el organismo en su adaptación al medio.

17) Para Mead lo psíquico es la faceta de la experiencia en la que el individuo es cercanamente consciente de impulsos en pugna que desprende al objeto de su condición de objeto-estímulo, legándole una actitud de subjetividad; pero durante la cual un nuevo objeto-estímulo surge por medio de la actividad reconstructiva que se asemeja con el sujeto "yo" en cuanto diferente del objeto "mi".

algunas ideas del pragmatismo que se estaba llevando a cabo; una crítica era que este modelo limitaba la noción de acción de forma activista o instrumentalista -la disposición pasiva del sujeto a la observación y consumación de la experiencia en relación con el presente-; otra crítica es que la conciencia se encontraba orientada al momento presente, para los dos, los sujetos no guardaban en su conciencia soluciones a los problemas de la acción, sino que las ponían en práctica a nuevas acciones, las que, como rutinas, continuaban su camino ajenas de la conciencia de los sujetos. Solamente un nuevo problema que exponga la acción hace estéril las rutinas y las costumbres, demandando nuevos aprendizajes; una tercera crítica al pragmatismo es que este modelo de la acción es muy general que no llega a definirse, a distinguir la relación del sujeto con los objetos de su entorno de la relación de éste con las otras personas sociales.

Charles H. Cooley fue el primer investigador en proponer un pragmatismo "social" o "sociológico" y en aparecer una suposición del yo y de su dependencia de grupos elementales. Sin embargo, propuso una teoría más que nada emocional que de conocimiento. Por su parte Herbert Mead, se colocó como el personaje más importante de la escuela de Chicago ya que cambió el problema; investigó el modelo de aspectos de acción en que una gran percepción a los objetos del medio es insuficiente para asegurar una exitosa prolongación de la acción, por supuesto tomando en cuenta los problemas de la acción interpersonal. En el aspecto

social el sujeto es una fuente de estímulos para los otros individuos con los que interactúa. Por tal, debe atender a sus propias formas de actuar, ya que éstas originan reacciones en las otras personas y por tal se transforman en situaciones para continuar sus propias acciones. Para dichas situaciones, Mead consideró fundamental la conciencia y la autoconciencia. La conducta de la persona se dirige a las probables reacciones de los otros, sucediendo por medio de símbolos que construyen modelos de perspectivas mutuas de comportamiento, modelos que, sin embargo, siempre se encuentran integrados en el desarrollo de la interacción, de la comprobación de adelantos ( la idea de acogimiento de papeles, del yo, del otro generalizado, etc.).

Así pues, Mead intentó extender su método a la propiedad de los problemas cognoscitivos. Tomando de base este giro social de pragmatismo, Mead brinda una nueva explicación de la naturaleza del objeto físico, de la imagen del cuerpo y de la pasajera subjetividad. Todas estas partes juntas posibilitan comprender la acción como comportamiento autocontrolado y pensar en una idea de autocontrol que no tiene límites instrumentalistas. De esta forma, decreta las condiciones de la interacción simbólica y de la autoreflexión basadas por una noción normativa ideal de la estructura del orden social, de un autogobierno democrático junto con la comunicación libre en la comunidad científica.

Por otro lado, Dewey explica una suposición que utiliza el

proceso de acción colectiva como arranque; esta acción se topa y traslada problemas no deseados o inesperados que la sociedad que actúa debe comparar cavilando. Es esta la causa de comprender y valorar los resultados de la acción social, la comunicación entre todos los sujetos afectados tienen un papel importante. Todos los involucrados están motivados para contribuir a esa comunicación, para expresar que se encuentran emocionados por las consecuencias. Por tal, la filosofía política de Dewey toma como punto de partida los problemas internos de la acción del grupo. El estado autónomo y el sujeto independiente se establecen en público instituido en la comunidad de acción. Así, el orden social no necesita la conformidad de los participantes de la sociedad; la comunicación de las personas sujeta la individualidad y el registro uso compartido o general de los sistemas simbólicos.

En la manera distinta en que la idea de "control social" fue empleada por este grupo de investigadores, tal idea no se dirigía a una conformidad social sino más bien a la autorregulación realizado por medio de la comunicación y comprendido como resolución de los problemas sociales. La filosofía social del pragmatismo brinda, de esta manera, un grupo de conceptos básicos para los estudios de la ciencia social, de la formación de teorías y para esta conciencia social una gran importancia moral y política ya que pensaba que podían ayudar a las comunidades humanas a acrecentar su capacidad para la acción social y hacer

un aporte decisivo a la promoción de la solidaridad de una sociedad, que considera, razona y soluciona socialmente los problemas de la humanidad.

El nombre de interaccionismo simbólico fue grabado en 1938 por Herbert Blumer; su principal objeto de estudio son los procesos de interacción (acción social que se define por una situación de reciprocidad) y los estudios de este desarrollo se fundamentan en un exclusivo concepto de interacción que marca la condición simbólica de la acción social. El modelo es el de las relaciones sociales en las que la acción aprueba las definiciones de las relaciones cuando son propuestas e implantadas social y compartidamente. Por tal, se considera que las relaciones sociales no quedan establecidas definitivamente, sino libres y expuestas al constante registro por los integrantes de la comunidad; los estudios de psicología social avanzaron grandemente. Herbert Blumer tuvo un valor crucial para la autocomprensión de las recientes generaciones de representantes del interaccionismo simbólico. Este personaje, al estar metodizando las proposiciones de la tradición de la escuela de Chicago, produjo el nombre de "interaccionismo simbólico", desarrollando grandemente la proposición de que se fije una inseparable relación del científico social con el objeto que está investigando. Con influencia de Mead, y demás pensadores sociológicos de los que había aprendido, lo llevaron a expresar su punto de vista del interaccionismo simbólico, el cual se

concreta a mencionar problemas que no se pueden tratar fácilmente dentro de este marco.

Everett Hugues también hizo grandes innovaciones, la idea de conciencia colectiva no se encaminaba ya a la sociedad como totalidad, sino más bien que se aplicó únicamente a los actores individuales, "macroscópicos". Pero esta aplicación restringida del concepto de conciencia colectiva, también se refiere a la pérdida de la noción de sociedad como orden social y político único. Pensador que contribuyó grandemente con sus estudios de sociología ocupacional; la tradición de Chicago se interesó por utilizar, con la investigación empírica, sus conceptos sobre la estructura social en relación a la sociología ocupacional.

### 2.1.2 La Teoría del Interaccionismo Simbólico

El ser humano está inmerso en un ambiente simbólico y físico con posibilidades de estimulación para actuar por estos dos espacios, Arnould M. Rose define al símbolo como un incentivo que es aprendido y valorado, y la respuesta a éste se realiza por su significado y valor. El significado alude a la manera en la que los sujetos emplean una palabra en su conducta; el valor vendría siendo la aceptación o rechazo aprendido que experimentan hacia ese significado.

Los símbolos que adquieren los individuos los aprenden por

medio de la comunicación, es decir, por la interacción con otros sujetos sociales, de ahí que la gran parte de los símbolos se perciban como significados y valores universales. El sujeto se diferencia por tener un lenguaje que se apoya en algunas características anatómicas y fisiológicas (cerebro complejo, aparato bucal) permitiéndole vivir en un ambiente simbólico y en un medio físico. Por medio de los símbolos las personas poseen la capacidad de estimular y ser estimulados en forma diferente.

Mead llama símbolos significantes a aquellos símbolos aprendidos que para su comunicación, necesitan la exaltación del rol y signos naturales a lo que inconscientemente invocan las mismas respuestas del cuerpo y caracteres afectivos en el observador y en los que lo expresan; ambos son pues medios de comunicación.

En la comunicación por medio de símbolos significativos, el que comunica puede influir en el comportamiento del que lo escucha o lo observa; aunque el comunicador produce el gesto o sonido, el que la recibe es el que le da el significado y el valor. Esta comunicación incluye palabras o gestos que intentan transportar información expresiva desde el emisor hasta el receptor y es el significado de una palabra, sonido, etc., de el movimiento físico o del gesto lo que comunica por sí mismo. Así, tanto el emisor como el receptor tuvieron que aprender el significado de la palabra y los gestos para lograr una

comunicación simbólica.

La gran parte de la conducta de un sujeto es aprendida, y aprendida por medio de la comunicación simbólica; el individuo tiene una cultura (grupo elaborado de significados y valores) compartida por los integrantes de una sociedad que conduce la mayor parte de su comportamiento.

Por medio del aprendizaje de una cultura el sujeto es apto para predecir el comportamiento de las demás personas en circunstancias determinadas y adaptar su conducta a lo que advierte que puede ser la conducta de los otros.

Por otro lado, Mead muestra que el "mi" de los individuos contiene todas las actitudes de otros sujetos, ordenadas y asociadas a la persona; y el "yo" se construye sobre los mis del individuo, es el inicio de la acción y el impulso cambiando la estructura social con esta acción; el "yo" es pues, el aspecto inventor y el creador del individuo, sin el "yo" el sujeto sería siempre reflejo de los otros.

El sujeto puede decidir por la mejor solución (curso futuro de la acción) entre todas las que ya conoce, en vez de elegir la primera solución oportuna. Por medio del pensamiento el sujeto tiene la capacidad para trasladar el futuro imaginado o esperando al presente de manera que el comportamiento actual puede ser una

respuesta a los alicientes futuros esperados y el camino de la acción prevenirse para el futuro; de la misma forma que el futuro se traslada al presente, durante el proceso de pensamiento, pasa con el pasado; el sujeto imagina lo pasado simbólicamente (su experiencia pasada y la experiencia pasada de los individuos que conoce). Las acciones actuales y próximas se pueden escoger en términos de lo que el sujeto sabe o cree que sabe en relación del pasado.

Una parte de la interacción entre sujetos sucede en un plano de signos naturales o no culturales, de manera que el comportamiento asimilado es generalmente humano, con autonomía de las culturas determinadas; la gran parte de las perspectivas culturales se encaminan a grados de comportamiento más que a vidas concretas. La mayoría de estas perspectivas, son más que nada, determinados roles y, por supuesto, para ciertas situaciones, por lo que el sujeto tiene algunas "libertades de escoger" entre los roles y situaciones de las que está presente; algunas perspectivas culturales requieren variación en vez de conformidad. Los significados culturales señalan probabilidades de comportamiento y no reclamos o tensiones para algunos tipos de conductas (como los valores culturales); por lo regular nuestra cultura es internamente frágil, de manera que las personas pueden trasladarse de una cultura a otra y encontrar problemas y aquí, dentro de los límites aceptados por la cultura, definirse a sí mismo por determinados nuevos modelos que se originen de una

variación entre los antiguos. Así, cuando el sujeto está bloqueado, al intentar llevar a cabo la conducta esperada por la sociedad, posee ciertas probabilidades de cambiar dentro de los límites permitidos culturalmente, creando nuevos modelos de vida que le posibiliten acordonar el obstáculo, el "yo" es un "yo" innovador.

La sociedad crea día con día nuevos significados y valores aportando el individuo a esta creatividad, de ahí que sus integrantes aprendan lo nuevo al igual que, en ocasiones, aprenden a no utilizar las antiguas; ésto es, según Arnold M. Rose, el cambio social.

La teoría del interaccionismo simbólico comparte con la teoría del psicoanálisis la hipótesis de que el sujeto jamás olvida nada, pero el interaccionismo simbólico reconoce que la memoria del individuo no es una bolsa común que guarda distintos viejos objetos, sino que en su memoria hay una integración de los significados y los valores actualmente logrados con los que ya poseía, generandose una modificación continua. Con este tipo de integración, la conducta del sujeto es un resultado de la historia de su vida, de su experiencia social y personal, directa, por medio de la comunicación con los otros sujetos. Entonces, un grupo integrado por personas que aprenden por medio de símbolos tiene una cultura y una historia.

Como el sujeto no puede desaprender nada, aunque varíe decisivamente su aprendizaje reaprendido, y como el concepto de sí mismo es el significado más importante del sujeto, un concepto de él aprendido en un determinado momento afecta su comportamiento a través de toda su vida. Por ejemplo, si un sujeto se considera a sí mismo como un drogadicto, criminal, etc. jamás saldrá de su mente esta autoconcepción e incluso como ha sido curado aprendiendo nuevas autoconcepciones, la tentación de tomar una droga o robar algo tendrá más probabilidades de aparecer en este individuo, que en cualquier otro que nunca se haya definido a sí mismo como drogadicto o criminal. La habilidad psíquica-mental puede fracturarse, pero jamás la autoconcepción se olvida y el comportamiento final del sujeto es el resultado de una disputa entre la antigua concepción y las nuevas.

## 2.2 Estigma y Relaciones Sociales

En este apartado exponemos un estudio psicosocial realizado por Erving Goffman donde se muestra los problemas por los que tiene que atravesar un sujeto con alguna "deficiencia" y donde la sociedad los coloca en una categoría específica, al mismo tiempo que les dice cuál es su identidad social y por tanto, su identidad personal.

### 2.2.1 El Individuo Desacreditado (Su Diferencia se Revela de Modo Inmediato).

La psicología Social se ha venido preocupando, a lo largo de los años, por el estigma,<sup>18</sup> por la situación del sujeto incapacitado para una completa aceptación social; Erving Goffman, aunque sociólogo, llevo a cabo grandes investigaciones al respecto y nos muestra que los individuos tienden a alejarse de los sujetos que poseen un rasgo distinto a las demás personas sociales, o a tratarlos como seres inservibles sin tomar en cuenta sus restantes características.

En el discurso cotidiano de los sujetos se utilizan términos particularmente reafirmados al estigma, tal es el caso de inútil, invalido, torpe, etc., desconociendo la real significación; partiendo del "defecto" de la persona, la gente le asigna un gran número de deficiencias sin que éste las presente.

---

18) Los primeros en utilizar este término fueron los griegos para remitirse a las huellas del cuerpo con las cuales se mostraba lo indeseable, lo malo para la sociedad y ésto era lo que diferenciaba a los "buenos" de los siervos, criminales o traidores, de quien la gente debía alejarse. Más tarde, en la época del cristianismo se utilizaron dos significados; uno era para indicar las señales del cuerpo de la "gracia divina", los cuales consistían en germinaciones "eruptivas en la piel"; el otro a las señales del cuerpo de la alteración física. Ahora esta palabra es utilizada para señalar "al mal en sí mismo", es decir, a una característica intensamente desprestigiada y no a sus expresiones del cuerpo.

Por otra parte, algunas personas con una desventaja perciben que cualquiera que sean las explicaciones de los otros sujetos sociales, éstos no lo admitirán verdaderamente ni permitirán tener contacto con él, ello lo hace sentirse deprimido hasta el grado de tener en mente que se encuentra muy retirado de ser como "en Realidad debería", pudiendo llegar a odiar y denigrar su persona; resultando, en la mayoría de los casos, confundido con respecto de su propia identidad; no hay un reconocimiento y se es extraño a sí mismo.

Algunos de estos sujetos intentarán ponerse en las manos de un cirujano, oftalmólogo, psicoterapeuta, etc., pero cuando salen de estos tratamientos no llegan a casa como un hombre "normal", sino que se presenta en ellos una "transformación del yo" (alguien que tuvo un defecto que ya subsanó). Otras personas estigmatizadas intentan modificar su situación en forma indirecta, es decir, llevar a cabo actividades que para una persona con el mismo "defecto" serían difíciles o hasta imposibles. Por último, existen sujetos que pueden emplear su estigma para conseguir "provechos secundarios", como por ejemplo, una excusa de no tener éxito por otras circunstancias donde el individuo deposita todo lo inapropiado, todas las declaraciones y todas las obligaciones fastidiosas de la vida social, que le sirve para protegerse de la responsabilidad, y cuando le "corrigen" este "defecto", el paciente se siente desprotegido emocionalmente a causa de la pérdida de algo que era su

protección. Igualmente, el sujeto puede llegar a una nueva apreciación de las restricciones de los "normales" y ver en ellos defectos pese a que tanto sus mentes y sus cuerpos se encuentren completamente sanos, aunque el hombre se mueva, vea y escuche no quiere decir, según el estigmatizado, que vean y oigan ya que su familia, amigos u extraños les piden amor, cariño y comprensión y éstos no acuden a su llamado.

Antes de sufrir alguna deficiencia muchas personas son de carácter alegre, amables, pasean por diversos lugares, salen a correr, a visitar a sus familiares, amigos o conocidos, etc., pero cuando por desgracia les sucede algo físicamente, biológicamente, cambia su vida por completo; el individuo se aísla prefiriendo no tener contacto o intercambio social con los otros individuos generándose hostilidad, desconfianza, depresión, ansiedad o precipitación.

Los estigmatizados temen a que los demás les falten al respeto, por ello muchas veces se sienten inseguros al ponerse en contacto con otras personas, y esa situación proviene de algo que el sujeto sabe que "no puede corregir". Esto muestra una deficiencia casi funesta en el sistema del yo, ya que éste no logra esconder o deshechar sentirse un "inferior", que la gente le tendrá antipatía y que se sentirá inseguro con ellos. Parafraseando a Erving Goffman, al interactuar los "normales" y los estigmatizados, al enfrentarse cara a cara, en particular

para conversar, el sujeto estigmatizado puede sentir dudas en la manera en que los otros lo van a reconocer y/o a aceptar; la fragilidad del estigmatizado se genera, pues, porque desconoce en qué tipo de clase será instalado y si esa instalación lo beneficiará ya que tiene en cuenta que los demás lo pueden determinar en relación de su estigma.

Los individuos estigmatizados temen a que se les vea como "bichos raros" y su angustia se ve más marcada con las pláticas que familiares, médicos y extraños llevan a cabo, en las que exponen lo que él estima una impertinencia malsana en referencia a su situación, o le brindan un apoyo que no requiere ni ansia y los que sí considera necesarios no se los proporcionan. Conociendo lo que le puede pasar, al interactuar con personas "normales", el individuo puede, como ya se mencionó anteriormente, utilizar el aislamiento o la agresividad como refugio; los "normales" pueden sentir que estos sujetos son excesivamente agresivos o tímidos y muy proclives a percibir expresiones que no pretendían darles.

Al respecto Erving Goffman nos dice que "es probable que en las situaciones sociales en las que interviene un individuo cuyo estigma conocemos o percibimos, empleemos categorizaciones inadecuadas, y que tanto nosotros como él nos sintamos molestos."<sup>19</sup>

---

19) Goffman Erving. Estigma , p.31.

Por lo que, en ocasiones, los sujetos estigmatizados prefieren o tienden a reunirse con otras personas en grupos sociales, donde los integrantes poseen el mismo defecto al de ellos.

Goffman expone que muchas veces el vocabulario, empleado dentro y fuera del grupo, les ayuda a no sentirse tan agredidos durante su interacción con las personas "normales". Un segundo instrumento que se puede utilizar en el grupo, para que los sujetos estigmatizados no se depriman o enfurezcan en sus interacciones, es la de intentar ser oradores, es decir, comentar sus experiencias y sentimientos a sus compañeros y a las personas "normales"; también, el grupo puede publicar artículos o libros para que los estigmatizados presenten sus opiniones opuestas sobre la mejor forma de conducir la situación de la persona estigmatizada, si su "defecto" necesita de instrumentos especiales, etc. En Estados Unidos los sujetos estigmatizados tienden a estar literalmente muy bien informados, sino pueden leer libros que hablen sobre otros estigmatizados, leen revistas, van al cine, y si no es factible, entonces, escuchan a los miembros del grupo, logrando permanecer ocupados todo el día y en constante interacción con los individuos internos y externos al grupo.

Entre los estigmatizados se logra cierto apoyo: son definidos y se definen a sí mismos como sus iguales. Por otro

lado, hay personas "normales" que aceptan al sujeto estigmatizado, llegándose a sentir parte de su grupo, a estas personas Goffman las coloca como "sabias" puesto que son "individuos marginales" ante quienes los estigmatizados no requieren abochornarse y de limitarse porque lo consideran como un sujeto igual a ellos. "Un tipo de persona sabia es aquella cuya sabiduría proviene de sus actividades en un establecimiento que satisface tanto las necesidades de quienes tienen un estigma particular como las medidas que la sociedad adopta respecto de estas personas".<sup>20</sup> Por ejemplo, un individuo sabio puede ser aquel que interactúa con un sujeto estigmatizado por medio de la estructura social; dicha relación lleva a que en algunos aspectos, el resto de la gente, considere a los dos como una misma persona. Es el caso de los familiares del estigmatizado, padres, esposa (o), hijos y amigos íntimos, que se encuentran obligados a compartir una parte del "deshonor" del individuo estigmatizado.

Por otra parte, Goffman nos habla de una carrera moral del estigmatizado, donde los sujetos que poseen un estigma singular están expuestos a pasar por las mismas prácticas de aprendizaje en relación a su nueva condición y por los mismos cambios en la estructura del yo. Los que han sido víctimas de un estigma desde pequeños o en un momento tardío de su vida, son personas que realizan un esmerado aprendizaje de lo "normal" y lo

---

20) Ibidem. p.43.

estigmatizado antes de tener que pensarse a sí mismos como sujetos "deficientes".

Refiriéndonos nuevamente a Goffman "al revisar su propia carrera moral, el individuo estigmatizado puede escoger y elaborar retrospectivamente las experiencias que le permiten explicar el origen de las creencias y de las prácticas que ahora tiene con respecto a sus iguales y a los normales".<sup>21</sup> El sujeto estigmatizado puede comprender que a las personas con algún defecto se les puede identificar con otras características que no encajen con su desventaja física, que a estos individuos, al igual que al resto de la gente, se les puede amar u odiar sin tomar en cuenta para ello su "deficiencia".

2.2.2. El Individuo Desacreditable (su diferencia no se revela de forma inmediata.).

Se podría decir que los contactos interpersonales entre desconocidos están propensos a respuestas estereotipadas, pero conforme las personas interactúan más, la simpatía, comprensión y apreciación real de las características personales aumentan, dejándose de lado los "atributos erróneos". Se ha demostrado que las personas estigmatizadas, en particular, las físicamente inpedidas, emplean varias técnicas especiales para manejar a extraños y para deshechar la distancia y la desconfianza inicial

---

21) Ibidem. p.53.

que están propensos a recibir; pueden procurar alcanzar una relación más íntima donde su defecto no sea un factor decisivo.

Las personas que tienen un estigma físico notifican que dentro de ciertos términos, los individuos "normales" con los que se relacionan más, lograrán, con el paso del tiempo, experimentar menos impugnación por la "deficiencia". Es probable que casos de estigmatizados encuentren una protección por parte de los otros sujetos sociales: los comerciantes que venden cerca de los hospitales mentales pueden soportar las conductas psicóticas; los individuos que viven alrededor de los hospitales observan con serenidad a las personas desfiguradas que son sometidas a injertos cutáneos; los residentes de un pueblo que cuentan con una escuela de ejercitamiento para ciegos aprenden a ver aprobatoriamente a los estudiantes invidentes. Pero Goffman considera que esta familiaridad no siempre disminuye el menosprecio hacia el sujeto estigmatizado. Ya sea que se interactúe con desconocidos o con íntimos, se encontrará que las "huellas de sociedad" quedan marcadas en estas relaciones, colocando a los sujetos en el lugar que "les corresponde".

En la sociedad se encontrarán personas que, por no estar obligadas a compartir una parte del "deshonor" del estigmatizado o ha permanecer largos períodos brindándole atenciones y cuidados, hayan que es muy fácil aceptarlo, todo lo contrario a aquellas personas que deben estar con él "siempre". Sin embargo,

se han descubierto varias pruebas de que tanto los que tienen una relación más afectiva con el estigmatizado como los desconocidos se retiran de él por causa de su estigma y es a sus familiares y amigos a los que les trata de ocultar mayormente su defecto.

Erving Goffman nos dice que para el sujeto el haber tenido un pasado "oscuro" es un problema referente a su identidad social; la forma como conduce la información referida con ese pasado es un asunto de identidad personal. Entonces, para que el sujeto maneje su identidad personal es necesario que conozca a quienes puede proporcionar una mayor información y a quienes poca información; necesitará contar con una "memoria", es decir, la explicación precisa y pronta de su pasado y de su presente demandada por los demás individuos.

El poseer un secreto de un "defecto" desacreditable logra un significado más intenso cuando se guarda a amigos que a desconocidos ya que al revelarlo perjudica la situación social actual y las relaciones establecidas; daña la imagen presente que los otros tienen de él y la que poseerán en el futuro. El estigma y los intentos por esconderlo o modificarlo se establecen como parte de la identidad personal.

El manejo de su identidad personal y social de un estigmatizado cambiará cuantiosamente dependiendo del conocimiento o ignorancia que de él tengan las personas a su

alrededor y de su propia cognición o desconocimiento de esta situación. En algunas circunstancias, el sujeto que mantiene un estigma oculto no lo podrá guardar por mucho tiempo, ya que las relaciones afectivas con los demás, reafirmadas en la sociedad por la confianza recíproca de "defectos" ocultos, lo conducirán a confesar su defecto a las personas más cercanas a él y sino lo hace vendrá el sentimiento de culpabilidad. Igualmente, el individuo tendrá, en ciertas ocasiones, que elegir por guardar información decisiva sobre su persona.

Hay pues, dos aspectos en el desarrollo del aprendizaje de los individuos estigmatizados; uno es conocer la opinión de los normales y saber que, de acuerdo a esto, es descalificado. Es posible que la etapa siguiente sea en aprender a afrontar la forma como los otros tratan al tipo de sujeto que él puede manifestar ser. Pero lo que le interesa a Goffman es como el individuo estigmatizado aprende a encubrirse cuando una diferencia no se percibe a simple vista; el sujeto debe aprender que puede fiarse del secreto. El sujeto que se oculta le surgen necesidades que no ha previsto, las cuales lo forzan a proporcionar información que lo desprestigia. Las personas que saben su misterio y que no son de confiar pueden chantajearlo; también corre el riesgo de que, al interactuar cara a cara, sea descubierto su "defecto" que, esconde, por los presentes; la persona que posee una "deficiencia" debe permanecer alerta a la situación social probando todos los medios a su alcance.

Por otro lado, la madre y el padre, conociendo el estigma de su pequeño se lo pueden ocultar, pero cuando interactúa con otros niños o adultos, los padres comienzan a experimentar una serie de conflictos referentes al manejo de la información y se refugian en los médicos buscando estrategias. Si al pequeño le proporcionan la información a muy corta edad es probable que no soporte, desde el punto de vista psicológico, su "defecto", sin embargo, si se le oculta por mucho tiempo, más tarde no podrá afrontar lo que le puede suceder y además estaría propenso a recibir la información a través de desconocidos.

La vida diaria une pues, al sujeto con sus distintos aspectos sociales. Entonces, para poder estudiar esa vida diaria Goffman recomienda que, si se trata de una persona estigmatizada, se debe de averiguar la serie de limitaciones a las que está propenso con relación a la aceptación social y si es desacreditable tomar en consideración las circunstancias que afronta para conducir la información sobre su persona.

Una destreza empleada por los estigmatizados es la de conducir los peligros partiendo el mundo en dos fracciones; uno en un grupo grande al que le oculta todo; otro pequeño al que le comenta todo y en el cual deposita su confianza. Si el individuo estigmatizado se reconoce y respeta a sí mismo tal y como es, no experimentará la fatalidad de disminuir su "deficiencia".

Los "normales" no quieren dañar, en la mayoría de los casos, a los estigmatizados y cuando lo hacen es porque desconocen el cómo se puede equilibrar, por tanto tiene que ser ayudado a obrar de forma más benéfica; tanto el estigmatizado como la persona "normal" se deben ayudar mutuamente. Goffman les aconseja a los estigmatizados que se acepten como individuos normales y de ésta manera conseguirán ganar tanto ellos como los "normales" en las interacciones cara a cara.

Sugún Goffman un "buen ajuste" exigiría que el sujeto estigmatizado se admitiera como "normal", al mismo tiempo que se retire, por su propia voluntad, de todos aquellos espacios en donde los "normales" tendrían dificultades para disimular una aceptación parecida a la que él tiene de sí mismo. Cuando un sujeto estigmatizado lleva a cabo el "buen ajuste" se dice, por lo regular, que tiene una firmeza sólida.

Es muy complicado comprender cómo en los individuos, que estaban sanos y de pronto adquirieron un estigma, pueden "sobrevivir psicológicamente" al cambio. Tener conocimiento que se está después del límite, o que no se está después de haberlo estado, no es complejo, es sencillamente un nuevo reacomodo dentro de un viejo referente, y un aceptar para uno mismo lo que anteriormente consideraba que habitaba en los otros.

### III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

#### 3.1 Estrategia General de la Investigación

El presente estudio está determinado por una investigación de campo, en la que se buscó, por medio de la entrevista estructurada o dirigida, recabar información sobre el tipo de relaciones interpersonales que hombres y mujeres con cáncer, de 17 a 69 años de edad, que se encuentran en el Hospital de Oncología, del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social y Hospital General de México, Servicio de Hematología, establecen una vez que se les ha diagnosticado la enfermedad, así como su estado biopsicosocial e identidad personal y social, para posteriormente realizar un análisis de de contenido de las entrevistas.

#### 3.2 Variable

La variable que se manejó en la investigación fue las relaciones interpersonales -las cuales se encuentran cimentadas en el hecho de la interacción social, es decir, en la relación recíproca que existe entre la conducta, en nuestro caso, del paciente con cáncer y la de sus familiares, médicos, amigos o extraños (A  $\Leftarrow\Rightarrow$  B); ellos son una fuente y un centro de efectos psicológicos, los que se expanden en la vida del sujeto enfermo, e igualmente sucede a la inversa. Pueden ejercer efectos

reanimantes, desanimantes, desesperanzados o amputantes, al igual que el paciente hacia éstos. Los pensamientos, las emociones y los motivos de la familia, médicos, amigos o desconocidos ponen en acción las actividades psicológicas del enfermo, y viceversa. Así pues, todas las relaciones sociales, interpersonales de cooperación, desconfianza, repulsión (antipatía) y toda acción conjunta, son producto, como considera Asch, de la interacción que el sujeto con cáncer establece después de enterarse de la enfermedad; una vez que **adquiere e.** está en proceso de configuración (formación) de una nueva identidad.

### 3.3 Instrumento de Recolección de Información

La mejor forma de caracterizar nuestro criterio de investigación es en términos de la entrevista estructurada que nos permitió obtener datos suficientes para la comprobación de las hipótesis y, a su vez, conocer el problema planteado.

Para realizar esta técnica se elaboró una guía de entrevista, la que contenía los indicadores que deseábamos explorar (ver anexo No 1). La información se recopiló en una libreta de campo y en una grabadora, ya que con éstos pudimos captar todo lo que el informante nos expresaba.

En la aplicación de la técnica de la entrevista, establecimos una relación de confianza con el informante, con la

finalidad de garantizar la veracidad de los datos recopilados; comentándole sobre la finalidad de las preguntas, el clima, la comida, platicando con los familiares que se encontraban con él, etc.

Considero que las ventajas implícitas en el hecho de observar la conducta humana y de documentar la forma en que el observador experimenta la vivencia de lo observado durante la entrevista, superan las de otras escalas de evaluación.

#### 3.4 Diseño de la Muestra

El muestreo empleado es el intencional, ya que requeríamos tener casos que fueran representativos de la población estudiada. Entrevistamos a 43 sujetos, 23 hombres y 20 mujeres; 29 pacientes del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social y 14 pacientes del Hospital General de México, Servicio de Hematología, que proporcionaron información sobre sus relaciones interpersonales con familiares, médicos, amigos y/o desconocidos, sus cambios biopsicosociales e imagen de sí mismos.

#### IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos en las entrevistas efectuadas a pacientes con cáncer, realizadas en los meses de febrero y marzo de 1992 en la Ciudad de México, sobre el tipo de relaciones interpersonales que establecen éstos con las demás personas una vez que se han enterado de la enfermedad, sobre algunos aspectos biológicos, psicológicos, sociales y de identidad emergente que se están generando en ellos y propuestas comportamentales y técnicas psicológicas que el psicólogo puede emplear con los sujetos oncológicos.

##### 6.1 Descripción y Situación de la Muestra

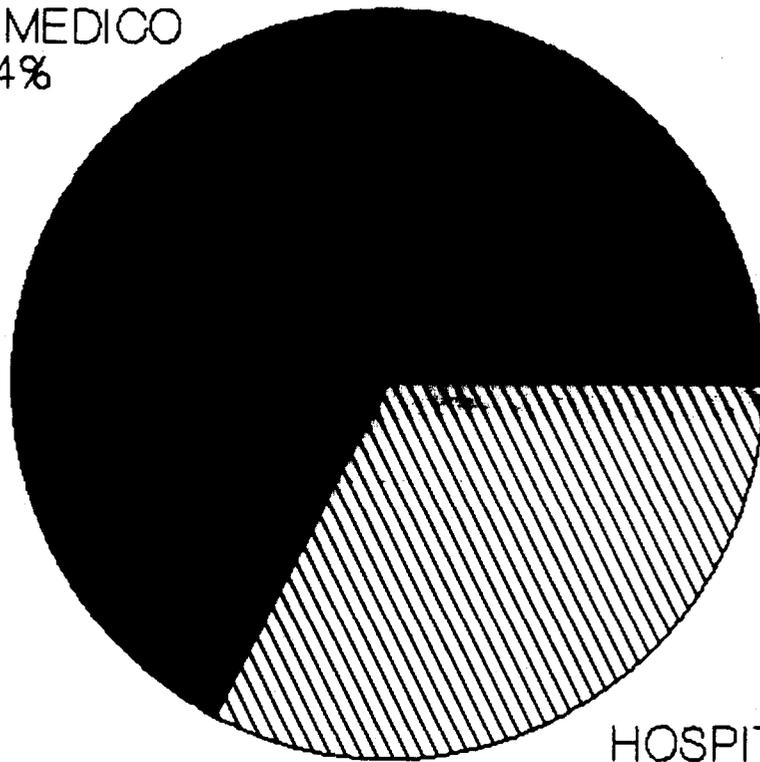
Del total de los entrevistados (43) un 67% es atendido en el Hospital Centro Médico, Hospital de Oncología; un 33% se encuentra internado en el Hospital General de México, Servicio de Hematología:

##### Pacientes Entrevistados Por Hospital

HOSPITAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CENTRO MEDICO	29	67.4%
HOSPITAL GENERAL	14	32.6%

# RELACION POR HOSPITAL C.M. Y H.G.

CENTRO MEDICO  
67.4%



HOSPITAL GENER  
32.6%

RELACION POR HOSPITAL

Como se puede observar, se entrevistó a 29 sujetos en Centro Médico y a 14 en el Hospital General; éstos por ser pacientes con cáncer, estuvieran en posibilidades de hablar y permitirnos la entrevista. Unicamente hubo dos personas que nos rechazaron, sin embargo, 5 pacientes se mostraron dudosos para dar una respuesta afirmativa por temor a que su información pudiera tener un mal uso, pero al explicarles la finalidad de ellas, se generó un ambiente de confianza y accedieron a contestar las preguntas que les fueron formuladas.

Cada entrevista duró aproximadamente entre 25 y 35 minutos, resultando muy doloroso para la mayoría de los pacientes hablar de la enfermedad y de las consecuencias que ha generado ésta y fácil para una minoría de la muestra expresar sus respuestas sin aparente sufrimiento.

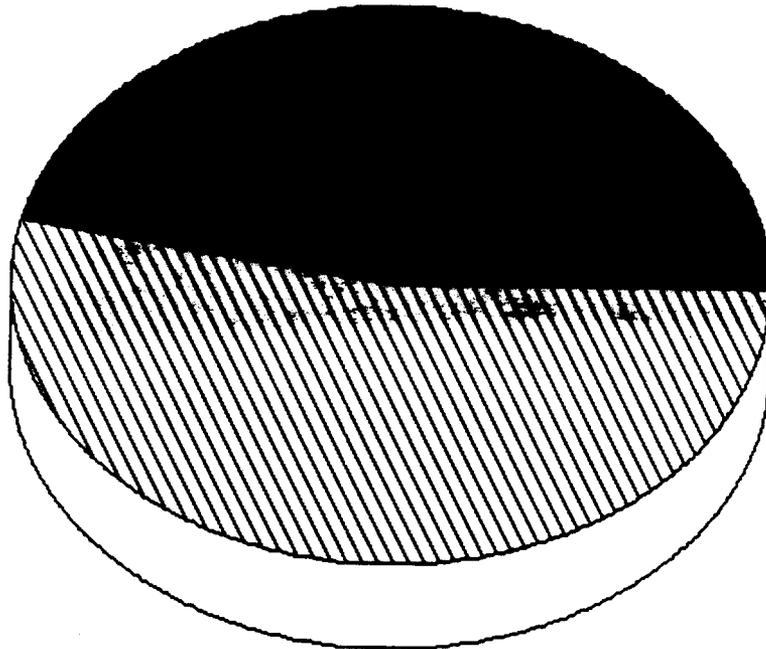
De la muestra total, el 53% era de sexo masculino y el 47% restante de sexo Femenino; 23 pacientes hombres aceptaron ser entrevistados y 20 mujeres pacientes accedieron a la entrevista:

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1:FEMENINO	20	46.5%
2:MASCULINO	23	53.5%

Ver Gráfica por Sexo.

# RELACION POR SEXO C.M. Y H.G.

FEMENINO  
46.5%



MASCULINO  
53.5%

RELACION POR SEXO

La edad de dichas personas va desde los 17 hasta los 69 años: 83

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1: 17-27	19	44.2%
2: 28-38	13	30.2%
3: 39-49	8	18.6%
4: 50-60	2	4.7%
5: 61-71	1	2.3%

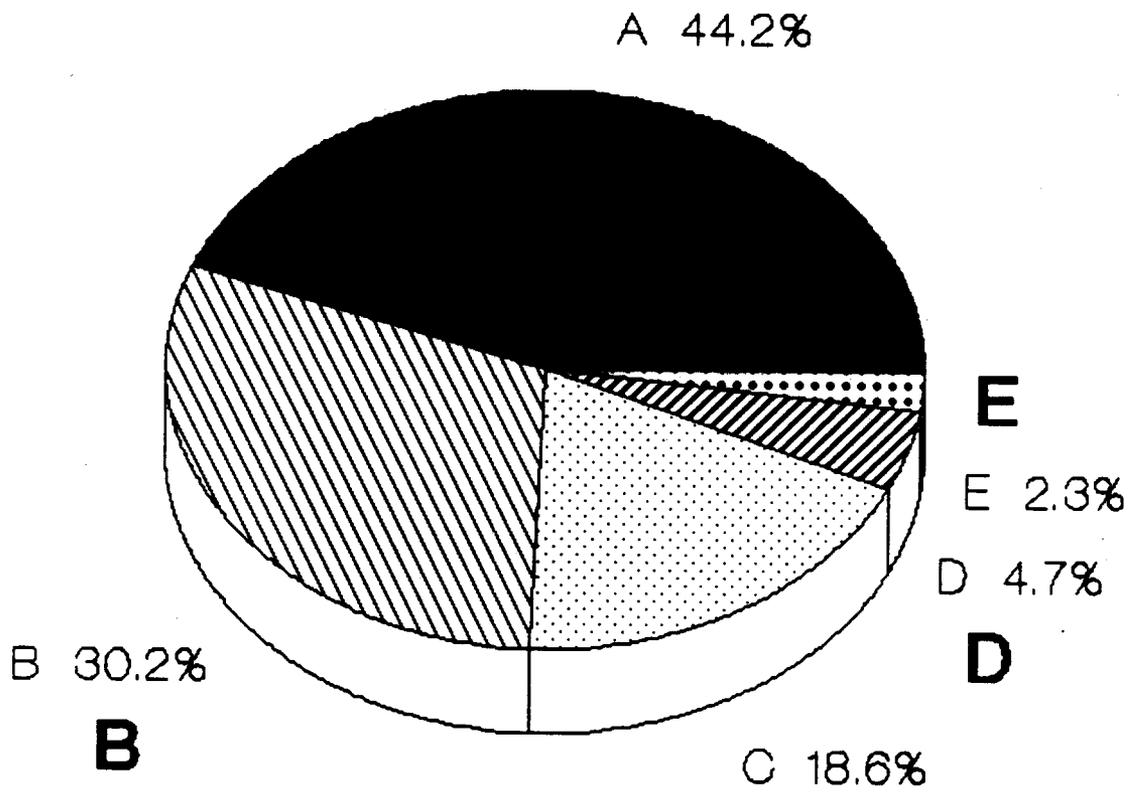
Ver Gráfica por Edad.

Como se puede apreciar, el 74% está entre los 17 y los 38 años y el 26% entre los 39 y 71 años de edad; tales resultados dejan ver que gran parte de los entrevistados está en la etapa joven y una mínima parte en la etapa adulta. Sin embargo, pese a que en su mayoría son jóvenes, el 58% se encuentra casado y sólo un 35% soltero:

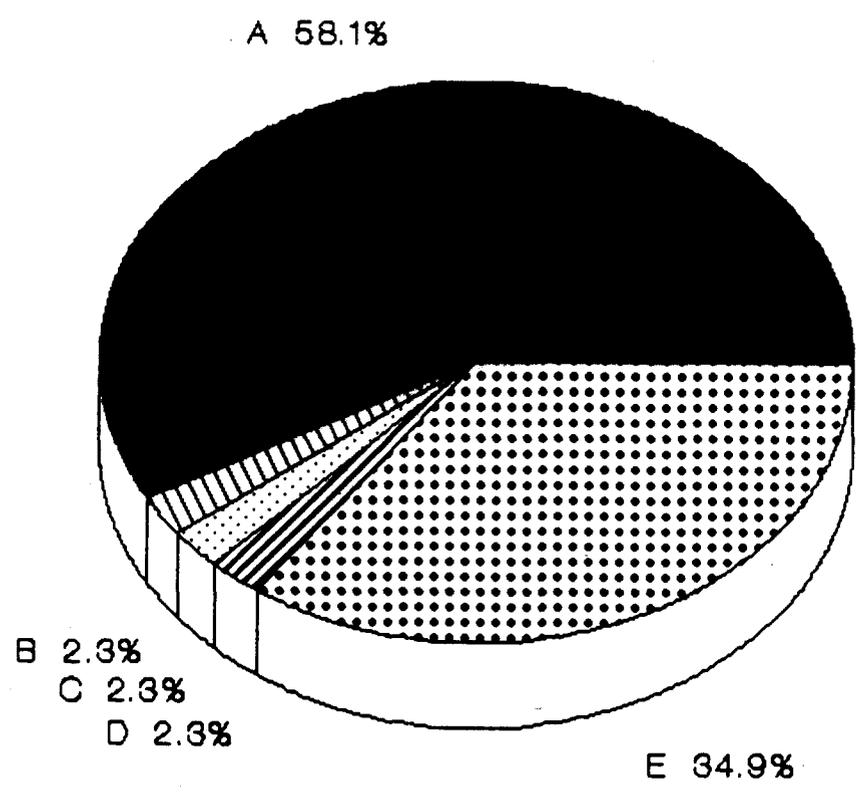
EDO. CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1: CASADA (O)	25	58.1%
2: UNION LIBRE	1	2.3%
3: MADRE SOLTERA	1	2.3%
4: VIUDA	1	2.3%
5: SOLTERA (O)	15	34.9%

Ver Gráfica por Edo. Civil.

# RELACION POR EDAD C.M. Y H.G.



# ESTADO CIVIL C.M. Y H.G.



El 7% restante corresponde a unión libre, madre soltera y viuda.

Encontramos también que los pacientes son internados en el hospital varias veces, estando desde una semana o quince días aproximadamente, dependiendo del tratamiento (Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, etc.) que vaya a recibir el sujeto:

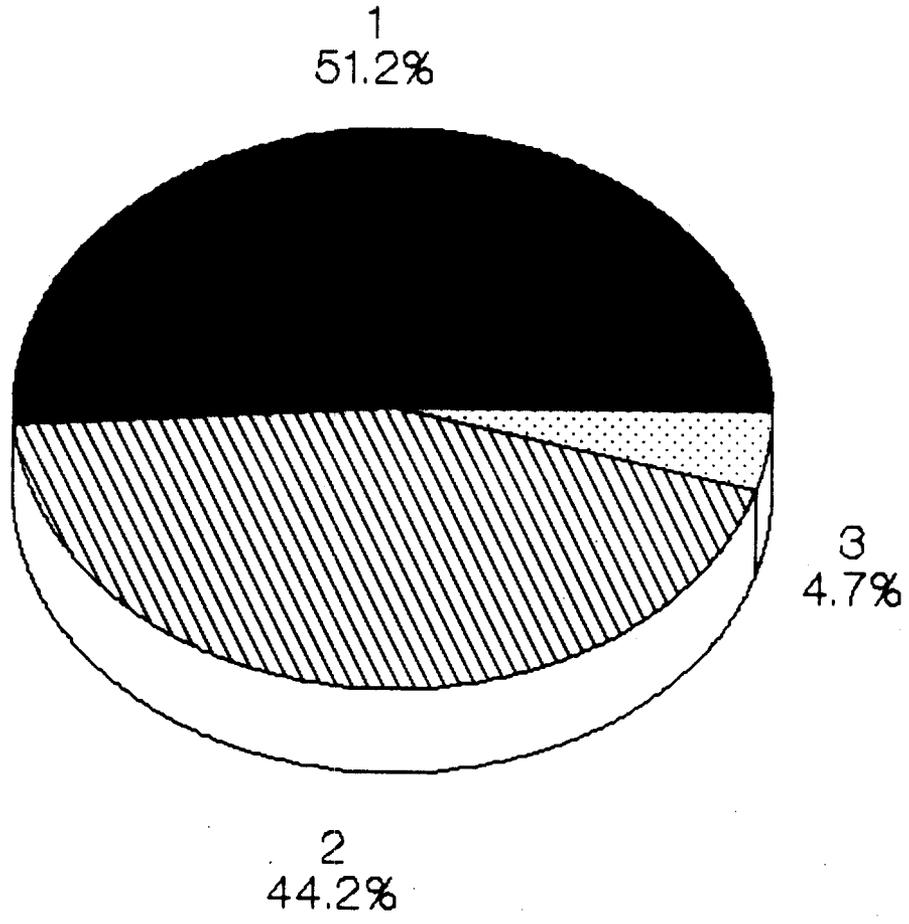
-----		
RANGO DE TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-----		
1:1 día - 1 mes	22	51.2%
2:2 meses-2 años	19	44.2%
3:3 años-10 años	2	4.7%
-----		

Ver Gráfica por Tiempo de Hospitalización.

El 95% de los entrevistados tienen de un día a 2 años de estar acudiendo al hospital y sólo un 5% de 3 a 10 años aproximadamente.

Dentro de estos pacientes, existen sujetos que desconocen que son personas neoplásicas, por lo que se optó solicitar el tipo de cáncer de cada entrevistado a las psicólogas de ambos hospitales, las que amablemente nos proporcionaron la información:

# TIEMPO DE HOSPITALIZACION

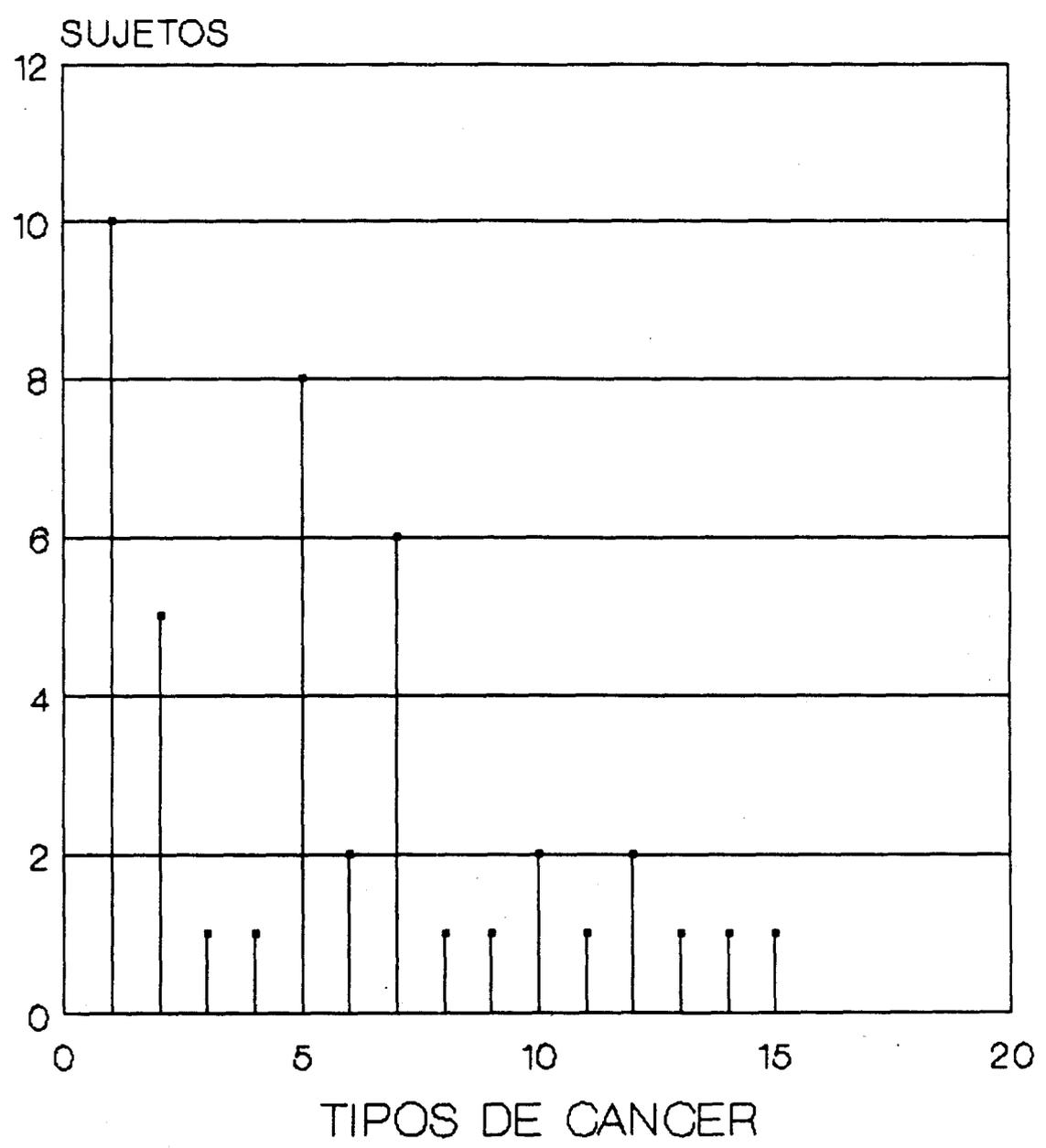


TIPO DE CANCER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1: LEUCEMIA	10	23%
2: LINFOMA	5	12%
3: PENE	1	2.3%
4: VEJIGA	1	2.3%
5: TESTICULO	8	19%
6: TESTICULO CON METASTASIS PULMONAR	2	4.5%
7: OVARIO	6	14%
8: MAMA	1	2.3%
9: ESOFAGO	1	2.3%
10: GASTRICO	2	4.5%
11: COLON	1	2.3%
12: MELANOMA EN LA PIERNA	2	4.5%
13: SENOS ENDODERMICOS	1	2.3%
14: GERMINAL EXTRAGONODAL DE TIPO EMBRIONARIO	1	2.3%
15: LIPOSARCOMA EN EL MIEMBRO PELVICO IZQ.	1	2.3%

Ver Gráfica por Tipos de Cáncer.

De acuerdo a los datos recopilados, un 68% de los casos tienen cáncer de testículo, leucemia, ovario y linfoma; un 13.5% cáncer de testículo con metástasis pulmonar, gástrico y melanoma en pierna; y un 18.5% el tipo de cáncer es heterogéneo, como lo podemos apreciar en los datos anteriores.

# TIPOS DE CANCER



Por otra parte, los pacientes del Hospital Centro Médico, Hospital de Oncología, cuentan, a grandes rasgos, con instalaciones y mobiliario modernos; un pasillo donde pueden salir a caminar, ventanas que dan al exterior del hospital, que les permiten observar las calles y avenidas y a la gente que transita por éstas, mesas movibles para colocar la charola de los alimentos o colocar su televisión, radio, revistas, libros, etc.

En el Hospital General de México, Servicio de Hematología, los pacientes tienen un "jardín" donde pueden salir a "tomar" el sol, recostarse en el pasto y/o platicar con las personas que los visitan, ventanas que dan al interior del hospital, que les posibilitan contemplar a los demás pacientes y áreas verdes, mesas movibles para colocar la charola de los alimentos, la televisión, el radio, las lecturas, los medicamentos u otras cosas.

Sin embargo, coincidimos con Plank (1962), Petrillo y Sanger (1975) y Fernández (1990) en que el paciente debe contar con todo lo necesario para que la hospitalización no sea tan dolorosa, es decir, tener adecuado mobiliario y actividades que le hagan sentir que "su vida social" continúa; el sujeto con cáncer puede disfrutar de una vida lo más apegada a la "normalidad": seguir su educación dentro del hospital, reunirse con pacientes de la misma edad, para que puedan brindarse apoyo de todo tipo, reuniones con familiares y amigos que lo frecuentan, para que no se interrumpa o pierda la comunicación y se mejoren las relaciones en caso

necesario, practicar algunos pasatiempos, efectuar llamadas telefónicas, participar en dinámicas grupales y actividades diversas en grupo que el Psicólogo Social lleve a cabo. Así mismo, contar con espacios físicos como comedor, jardín, sala de reuniones, etc., donde puedan desplazarse libremente, de acuerdo a sus posibilidades físicas.

## 6.2 Transformaciones en el Paciente Oncológico

Enseguida presentamos los cambios que encontramos en nuestra investigación y que ocurren en los pacientes oncológicos después de que les han comunicado la enfermedad, es decir, las transformaciones que hay en su cuerpo, en lo afectivo, emocional, cognitivo y en las relaciones interpersonales con los otros.

### 6.2.1 Cambios físico-biológicos

Los sujetos muestran ciertas modificaciones en su organismo, que van desde el dolor hasta una debilidad intensa; y las explicaciones para referirse a la sintomatología física causada por la enfermedad y la quimioterapia varían en cada uno de los entrevistados.

De acuerdo a lo que los pacientes oncológicos reportaron, la masa o tumor canceroso provocó cambios en su funcionamiento habitual, antes de ser hospitalizados, tales como inflamaciones, dolores leves e intensos, comezón, debilidad, cansancio, pérdida

del apetito y de peso, hemorragias vaginales, del oído, boca, nariz, etc., fiebres y vómitos:

"Me empezó a dar un dolor de pulmón, ya después empecé a sentir dolores en la nuca, por donde - estaba el oído pero yo pensé que eran así de aire, un dolor leve; pero que me despertó para ir a comprar los tamales y me senté en la ----- orilla de la cama para ponerme los zapatos y -- cuando me quise levantar ya no pude, senti un-- fuerte desgarré. He notado que ya no tengo las mismas fuerzas es como uno más lento, ya no -- tiene una fuerza". (Paciente del hospital Centro Médico).

Sin embargo, hay pacientes que aún estando bajo tratamiento médico continúan con las mismas molestias y dolores que aquejaban a su organismo en un principio:

"Me siento muy mal, no me puedo parar ni sentar menos caminar, me siento completamente afligido". (Paciente del Hospital General de México).

Por otro lado, los tratamientos que son aplicados para controlar o "acabar" con el cáncer resultan, en la mayoría de los pacientes de la muestra, de lo más doloroso y atemorizador y más cuando son "inadecuadamente" administrados:

"Lo que más me ha afectado son las cuestiones de la quimioterapia y las operaciones, pues es muy duro; lo que yo ya quiero decir es que ya sea la última, ya por completo, ya no tener -- más, ya me habían acabado mis venas, ya no que ría nada, pues me tuvieron que meter catete, en dos días me acabaron mis venas con la quimioterapia y con los piquetes, tenía todo morado, -- hasta ese día los labios me abrí de que me mordí tan fuerte". (Paciente del Hospital Centro-

Los sujetos han experimentado molestares físicos de todo tipo y los médicos han hecho lo posible para aminorarlos, sin embargo, la aplicación de los tratamientos, como la quimioterapia, debe hacerse con una completa información, respetando al paciente para que no resulten tan dolorosos y los vea como algo no frustrante; entonces, es importante, pues, que no se deje de lado este aspecto, ya que si el paciente acude a los tratamientos sin rechazo o con una actitud positiva, más que negativa en ciertas ocasiones, aceptará ser ayudado posteriormente, emocional, afectiva, cognitiva y socialmente, porque, de acuerdo a los resultados obtenidos, mientras no se atiendan los sufrimientos orgánicos la persona no tomará ayudas de este tipo que son también de suma importancia para su salud biopsicosocial.

Así, pues, el paciente tiene que enfrentar un doble dolor: la enfermedad y el tratamiento; los sujetos oncológicos reciben quimioterapia, radioterapia, cirugía, que resultan ser una extensión del cáncer en tanto que hay alteraciones físicas y sufrimientos físicos en éstos.

#### 6.2.2 Cambios Psicológicos (Emocionales, Afectivos y Cognitivos)

Prácticamente todos los entrevistados han sufrido psicológicamente al enterarse que están enfermos, pese a que

muchos de ellos desconocen que tienen cáncer; es el hecho de "saber" y "sentir" que ya no son "sanos", que su enfermedad es larga, que han perdido un miembro y/o que permanecerán por un buen tiempo en el hospital, lo que les provoca una serie de reacciones: "tristeza", "angustia", "culpabilidad", "inferioridad", "preocupación", "depresión", "negación", "rareza", "confusión", "lastimados", "impactantes" y "aflijidos"; que como sabemos impiden la comunicación, la readaptación social y aceleran la enfermedad.

La negación es una de las primeras reacciones que algunos entrevistados tuvieron cuando se enteraron del diagnóstico:

"Uno pierde la cabeza, uno pierde la calma y es muy difícil aceptar que tengas una enfermedad-- que pues es difícil o imposible de curarse,---- entonces el primer golpe es muy duro, lo primero es el aceptar de que tienes esa enfermedad;- al principio no lo acepte, si me deprimí y completamente me deje al abandono, me dormía todo el día y no quería saber nada". (Paciente del - Hospital Centro Médico).

Otro rechazo o no aceptación viene a consecuencia de los efectos colaterales de la quimioterapia, gran parte de los entrevistados no aceptaron la pérdida del pelo:

"Yo usaba bigote, el pelo más o menos largo, en tonces viene el cambio radical, me hizo sentir-muy mal". (Paciente del Hospital Centro Médico).

"Ya lloré mucho por mi pelo, yo lo tenía larguí simo, no lo creía yo, yo decía que no se me podía caer, mi esposo nunca quiso que me lo corta

ra que no le gustaba verme pelona y esas palabras me duelen mucho ahora, porque ahora si voy a ser pelona". (Paciente del Hospital General - de México).

Entonces, la enfermedad se hace visible, de manera indirecta, en ésta esfera corporal.

La familia también influye para que algunos pacientes oncológicos se sientan moralmente decaídos, pese a que hacen "intentos" por sentirse "bien":

"Salgo del hospital y mi familia se siente mejor con más ganas y vuelvo y los veo agüitados, la verdad no se ni como resisto, ni los veo mejor". (Paciente del Hospital Centro Médico).

La Hospitalización es un factor más para que los enfermos se desesperen, angustien y se depriman:

"Pues la verdad me siento deprimido de pensar - cuantos días voy a estar aquí y también me fastidia el suero que es un poco incomodo, pero yo mismo me tranquilizo. Me la paso leyendo unas - revistas, cuentos, escuchando un poco de música pero es muy desesperante y un poco aburrido; me siento deprimido, me levanto, me voy a bañar, regreso, desayuno, leo un poco para no aburrirme" (Paciente del Hospital Centro Médico).

Tanto el espacio como el ambiente del hospital son prácticamente desfavorables para los pacientes y familiares; pareciera que la institución de salud significara como una especie de prisión, donde se llega por cometer una falta: "estar

enfermos", restringiéndoles sus actividades; de aquí, que resulte muy duro para ambos acudir al hospital porque además de todo lo que perciben y les sucede, se piensan más enfermos de lo que ya están. Sucediendo lo contrario cuando se encuentran en casa; el hogar los hace sentirse mejor, pese a que se saben enfermos, porque pueden hacer, dentro de sus "limitaciones", las actividades cotidianas que venían realizando.

Por otro lado, el sujeto busca una causa de su nuevo estado, algunos se culpan ellos mismos y otros tantos delegan la culpa a sus familiares, que verdaderos o no, lesionan, como dice Schavelzon, psíquica y orgánicamente al paciente:

"Cuando me dijeron de la enfermedad, pues sí sentí feo porque nunca me había pasado, hora sí, - que por atender a los niños me descuidé yo y me siento muy mal". (Paciente del Hospital General de México).

Asimismo, hallamos que algunos pacientes lo toman como una cuestión divina:

"Por qué, por qué tenía que sucederme a mí, estar así, enferma, para qué vivir si toda la gente me hace todo, es que es horrible, qué pecado tan grande cometí para que me diera esta enfermedad y le digo a Dios que porque no me -- devuelve mis fuerzas, pero Dios sabe porque -- no". (Paciente del Hospital General de México).

La responsabilidad representó, pues, para el paciente un castigo, el cual " tiene que pagar muy caro" por no haber

atendido su cuerpo. Para otros, Dios es la salvación a ese castigo, sólo él podrá hacer que la enfermedad del cáncer desaparezca de su persona.

### 6.2.3 Cambios Sociales

Resulta interesante apuntar que son contados los pacientes que reportaron tener dificultades con sus familiares, la gran mayoría cuentan con el apoyo de sus padres, hermanos, tíos, primos, sobrinos, nietos, amigos y/o vecinos. Sin embargo, existen alteraciones en la forma como éstos tratan al enfermo; tanto el paciente como la familia resultan afectados desde el instante de recibir el diagnóstico, a ambos les es muy duro "ser diagnosticados con la enfermedad y/o pasar por una serie de tratamientos":

"Mis familiares se asustaron porque vieron de forma muy sorpresiva como me volvió a dar, a tirarme en la cama; al oír la palabra cáncer fue muy duro tanto para mi, como para mis familiares". (Paciente del Hospital Centro Médico).

Por eso es muy importante que la familia tenga a la enfermedad como una idea familiar, y no sólo perteneciente al que la padece, porque así se hará más fácil la transición y ayudarán a que el paciente continúe con su vida cotidiana.

De ésta manera, hallamos que el Psicólogo se enfrentará a dos situaciones que tendrá que resolver con los sujetos

neoplásicos una vez que éstos han salido del hospital: uno sería cuidar su salud para que no haya otra recaída y un segundo, ayudarle a enfrentar positivamente los problemas psicosociales que se originan con las demás personas:

"Lloraba mucho por eso, yo no salía a la calle, sentía que me veía muy mal, me daba pena". (Paciente del Hospital General de México).

Por otro lado, para un gran número de pacientes, el denominador común es la esperanza de continuar con una vida como la que gozaban anterior a la neoplasia o estar como las personas "sanas":

"Y no, casi no digo que estoy mal a los otros - y sólo pienso en que algún día voy a estar como ellos, como algún día lo estuve". (Paciente del Hospital Centro Médico).

↳ Entonces, de acuerdo a los resultados, coincidimos con Schirley B. Lansky y otros en que se debe de ayudar al paciente para que logre una estabilidad de relaciones en todos los ámbitos donde se mueva (escuela, trabajo, familia, amigos, vecinos, etc.) y lo obtendremos en parte cuando consigamos que los "impedimentos físicos" no interfieran en la identidad personal y social del sujeto.

Con ello, se logró cumplir con el primer objetivo de la investigación de detectar los cambios biopsicosociales que ocurren en el sujeto una vez que se ha enterado del diagnóstico

de cáncer, para que posteriormente sean tomados en cuenta por los Psicólogos Sociales.

### 6.3 Modalidades de Interacción Cara a Cara

En este apartado se describirá y analizarán las formas cómo los pacientes oncológicos son tratados a raíz de la enfermedad y los principales problemas que afrontan con las demás personas (familiares, médicos, enfermeras, amigos, vecinos y extraños), en su interacción; entendiendo a la interacción, basándonos en Herbert Blumer, como la relación recíproca que existe entre dos o más individuos.

#### 6.3.1 Relaciones interpersonales entre pacientes y familiares

El diagnóstico de cáncer provocó reacciones tanto en el paciente como en la familia; ahora, todo el sistema y la dinámica familiar, se está viendo afectada por la enfermedad y los tratamientos para contrarestarla, por lo que la manera de relacionarse entre ellos se ha modificado:

"Mi esposo es diferente porque antes casi no me decía que me quería y ahora con la enfermedad veo que tengo más apoyo de él que de mi familia, veo que receta que me dan, receta que me surte y aquí siempre lo tengo seguidito". (Paciente del-Hospital General de México).

Los alicientes y el ánimo que la gran mayoría de los pacientes reciben vienen dados de las pláticas o comentarios que

los familiares efectúan con éstos, especialmente de los padres, esposo, hijos y hermanos:

"Yo sentí muchísimo apoyo de mi familia, me --dieron muchos ánimos, no dejaron que yo decaye ra, que cuando se enteraron del problema pues me dijeron que tuviera mucho valor y hasta el momento he tenido muchísimo apoyo". (Paciente del hospital Centro Médico).

Cabe señalar, retomando la teoría del interaccionismo simbólico postulada por G. Herbert Mead y John Dewey, que los familiares del paciente oncológicos son una fuente de estimulación al momento de interactuar con él, fuera y dentro del hospital, por tanto, deben estar al pendiente de la manera como actúan en su presencia porque sus conductas y discursos harán surgir reacciones en éste, que luego se transformaran en situaciones para continuar sus propias acciones, es decir, que los familiares deben aprender a conducir sus comportamientos y discursos de una forma positiva, para que el paciente también actúe y piense de la misma forma, durante y después de la enfermedad.

Algunas de las modificaciones que se han generado en los familiares de los pacientes, son de carácter afectivo, el entrevistado dijo sentir más acercamiento hacia él:

"Me demuestran ahora mucho cariño, mucho amor-- y comprensión, ellos me dicen que ya rehabilité y ya quieren que esté con ellos, con mi familia" (Paciente del Hospital Centro Médico).

Otros pacientes señalaron que había una mayor preocupación por parte de la familia:

"Han cambiado bastante, principalmente por que  
rme hacer sentir bien a mí, como por ejemplo,  
invitándome al cine, a ver partidos de futbol"  
(Paciente del Hospital Centro Médico).

De igual forma, encontramos que hubo un trato más amigable hacia el sujeto a raíz de la enfermedad:

"Han cambiado, son más tiernos, con más cuidados,  
ya no es el hermano Ricardo, sino el hermano en  
enfermo, entonces se notó luego, luego el trato  
más tierno, más hermanable" (Paciente del Hospi  
tal Centro Médico).

Por otro lado, ciertas familias son sobreprotectoras con el enfermo, lo asean, le dan de comer, los medicamentos, atienden a sus hijos, la casa y le prohíben hacer una serie de tareas o actividades que bien las podría ir realizando poco a poco; tales actitudes o posiciones hacen que el paciente vaya dependiendo cada vez más de sus familiares con los cuales convive:

"Pues me ayudan en todo y casi nomás me la paso acostada, ellos ya me hacen todo, ya están grandes". (Paciente del Hospital General de México)

Sin embargo, para otras personas, que les gusta valerse por sí mismas, esta sobreprotección resulta intolerable:

"Al principio sí, pero como yo soy muy agresivo y por lo regular siempre me gusta depender de mí mismo no, entonces como que al principio si me quisieron sobreproteger, pero no los dejé y ahora ya me tratan distinto; si están muy atentos en todo no, pero tampoco dejo que me ayuden en cualquier cosa no, porque me hacen sentir -- mal, en este sentido me siento enfermo, más enfermo de lo que estoy, me enferma que me sobreprotejan". (Paciente del Hospital Centro Médico).

Por lo que queda comprobada nuestra cuarta hipótesis de que la familia del paciente neoplásico sume un comportamiento determinado, supervizan o realizan cualquier actividad o iniciativa de éste, lo cual contribuye a acentuar su estado de dependencia.

La sobreprotección es lo que genera que, en una gran parte de los sujetos entrevistados, haya una dependencia hacia los familiares más próximos. Por tanto, consideramos, al igual que Fernández (1990), que al paciente se le debe respetar su autonomía, dejar que realice actividades y tareas cuando su estado físico así lo permita, darle un trato como a cualquier otro integrante de la familia o del grupo de amigos.

Otros de los cambios, causados por la enfermedad, que los pacientes notaron en los familiares, son de carácter negativo:

"Entonces lo que si he visto son cambios en la familia de mi esposo, que uno de mis cuñados como que me ve diferente, como pobre no, y eso es lo que no me gusta, es la única persona que he notado y que no me ha gustado su actitud hacia mí. Después de la enfermedad me empezó a ver con

lástima, como diciendo pobre, como está de enferma, a lo mejor hasta se va a morir no, que se yo". (Paciente del Hospital Centro Médico).

Cita que nos deja ver, como encontró Erving Goffman en personas estigmatizadas, que ciertos sujetos tienden a tratar a los pacientes con cáncer como seres deteriorados o inservibles físicamente, dejando de lado sus demás características que son importantes.

Asimismo, pacientes entrevistados coincidieron en señalar que algunos familiares habían mostrado interés y varias atenciones para con ellos en los inicios de la enfermedad, pero que ahora les han abandonado:

"Al momento mi familia se alarmó pero hoy me -- han dejado sola, al principio, todos se preocuparon, ahora ponen miles de pretextos para no venir a verme o para ir a la casa a visitarme, ponen muchos pretextos, los cuales yo siento; mejor preferible que me digan que ya no pueden y no anden con evasivas porque ésto es por voluntad y no a fuerzas. Entonces como que unos familiares se han distanciado, en vez de unirse la familia se desunió; yo pienso que tantos tratamientos y que son muy largos, ellos piensan que voy a ser una carga, siendo que pues no, porque primeramente Dios voy a salir adelante y no voy a ser una carga para ellos, piensan que van a estar pegados a mí, que yo voy a obligar a ellos a que estén conmigo". (Paciente del Hospital Centro Médico).

Con este ejemplo, se muestra, una situación parecida a la que encontró las explicaciones que dan los otros, los rechazan y no conscienten tener relación con ellos.

De acuerdo a ésto, la quinta hipótesis de que cuando la enfermedad del cáncer es larga las relaciones familiares van disminuyendo, llegando un momento de no interés para los integrantes de la familia quedó confirmada.

Así, pues, como consecuencia de la enfermedad los pacientes se hacen más sensibles; existe una mayor atención al entorno social-individual, dejándose llevar fácilmente del sentimiento (compasión, humanidad y ternura). De ahí que, siempre estén anhelando recibir afecto por parte de aquellas personas que los rodean, particularmente de la familia. Al momento de tener más amor, cariño y amistad se originan, entonces, dos situaciones: una negativa y otra positiva; en la negativa el sujeto se vuelve dependiente de los demás, los que realizan "casi todas" sus actividades cotidianas; y en la positiva, el paciente toma un papel de autonomía, es decir, el afecto le permite tener seguridad en sí mismo y decisión que le posibilitan llevar a cabo las actividades cotidianas por su propia cuenta.

#### 6.3.2 Relaciones Interpersonales entre el Paciente y su "Grupo Social" (Amigos y Vecinos)

La enfermedad también actúa en el "grupo Social" que rodea al paciente: amigos y vecinos; en ellos se generan conductas o actitudes que varían de las que tenían antes de saber el diagnóstico; cada sujeto estudiado ha tenido alguna experiencia positiva y/o negativa al interactuar con éstos después de la

enfermedad.

Personas de la muestra señalaron tener "buenas" relaciones con amigos y/o vecinos antes o al comienzo del cáncer y que posteriormente se retiraron:

"Desde que supieron que yo era un muchacho enfermo, de ahí ya, osea, ya no cedieron; cuando yo les daba algo a mis amigos si eran mis amigos, ya no son mis amigos, su compañero ya no soy, yo vi esos cambios, su crueldad de amigos antes todo querían para ellos y a mi me abandonaron ahora". (Paciente del hospital Centro -- Médico).

Después de ésto, podemos darnos cuenta que existen sujetos actuando de forma extremosa o estigmatizada hacia aquellos que padecen de cáncer; pareciera, de acuerdo al discurso de algunos entrevistados, que amigos o vecinos se alejan porque se sienten incapaces de enfrentarse con él, por no saber que decir o hacer; y/o porque temen a ser estigmatizados:

"Pues sí, algunas, pero otras no, ve como es - la gente de hoy en día, es voluble; hay personas de buen corazón que si la compadecen a uno o estiman a uno; pero hay personas que no han sufrido y no saben lo que es mi enfermedad, unos vecinos me tratan bien y otros como que me ven mal, antes me saludaban de mano y ahora no, ni siquiera me hablan ya". (Paciente del Hospital General de México).

De ahí, que la tercer hipótesis de la investigación de que personas que anteriormente se relacionaban "bien" con el sujeto canceroso, ahora se distancian de éste, haya sido corroborada.

Así, en contraposición a los que decían haber perdido a sus amigos y vecinos, surgieron aquellos que mencionaron tener visitas y apoyo moral de individuos con los que no se comunicaban:

"Se han acercado muchas personas a mí que antes ni me hablaban, ni se me arrimaban, se -- acercaron, pero es gente de la iglesia porque muchas vecinas son de la iglesia, unas no son pero también se han acercado a mí". (Paciente del hospital General de México).

Por tanto, queda comprobada la segunda hipótesis de que existe una curiosidad particular que exteriorizan personas que antes no se interesaban en absoluto por quien ahora se ha convertido en un enfermo de cáncer.

También es claro ver en los resultados, que los pacientes que viven los efectos colaterales de la quimioterapia solían adelantarse a ciertos comportamientos que los otros tendrían hacia ellos:

"Al principio fue que me veía muy delgado, que se me caía el cabello y yo pensaba que cuando me vieran ya pelón mis amigos ya no iban a ser los mismos". (Paciente del Hospital Centro Médico).

En realidad, como ha señalado Erving Goffman en Estigma, el sujeto, al interactuar con los "normales" cara a cara, especialmente para entablar una conversación, siente dudas en la forma en que los otros lo van a reconocer y a tratar; su

debilidad se genera, entonces, porque ignora en donde lo van a ubicar y si su comportamiento hacia él será positivo o negativo, ya que tiene presente que los demás lo pueden catalogar en función de las consecuencias de la quimioterapia (caída del pelo, aspecto amarillento, debilidad, etc.) y en sí de la enfermedad.

Si el estar calvo, bajo de peso, etc. causa debilidad cuando se interactúa, después de la pérdida de algún miembro, se remarca todavía más; entonces, conociendo los pacientes lo que les puede pasar al convivir con los "sanos", éstos optarán por alejarse de ellos, es decir, intentarán aislarse:

"Pienso que mi vida va a ser otra porque voy a cambiar de carácter, voy a ser calmado por lo mismo y pienso encerrarme mucho tiempo". (Paciente del hospital Centro Médico).

Todo esto, hace sentir deprimido y confundido al sujeto con respecto de su propia identidad (extraños así mismos):

"Mal, me siento mal, me siento diferente". (Paciente del Hospital Centro Médico).

De acuerdo al interaccionismo simbólico, dichos sujetos han aprendido, por medio de la comunicación simbólica con los otros individuos, que el estar "sanos" equivale a estar bien físicamente; significados y valores compartidos por la gran mayoría de la sociedad; por tanto, el no contar con alguna parte del cuerpo (pie, mano, pelo, etc.) es considerarse como

"enfermos", entre otras denominaciones, sin estarlo en realidad.

Entonces, en base a tales resultados, se logró comprobar nuestra primer hipótesis de que los individuos que se encuentran alrededor del paciente con cáncer alteran la forma de tratarlo debido a la enfermedad; la manera de interactuar con el paciente tanto de familiares como de amigos y vecinos han repercutido positiva y/o negativamente para la salud-enfermedad biopsicosocial de éste.

#### 6.3.3 Relaciones Interpersonales entre Pacientes y Médicos

En la revisión bibliográfica hemos encontrado que debido a la significación que tiene la palabra cáncer para nuestra sociedad y para otros países, casi ningún médico se decide a nombrarla con libertad; y de acuerdo a nuestros resultados, pareciera que tal situación se presenta en algunos de los médicos del Hospital General y Centro Médico al momento de dar el diagnóstico. Cierta número de pacientes no saben que tienen cáncer, otros tantos conocen, por ejemplo, que tienen la enfermedad pero ignoran en qué consiste:

"Pues yo vine enferma de una hemorragia vaginal del oído y de la boca y me dijeron que estaba--yo bien grave, y por eso me interné; me informaron que era una leucemia, pero francamente no sé que es la leucemia". (Paciente del Hospital-General de México).

Sabemos que el momento de proporcionar el diagnóstico es

difícil tanto para el paciente como para los familiares y el médico, pero se tiene que dar, respetando por supuesto la decisión del enfermo de tener o no conocimiento de ella, y qué mejor en los inicios de la enfermedad para evitar incertidumbre, confusión, malas interpretaciones, temor, angustia, etc., en el paciente y su familia:

"Yo le quisiera preguntar al médico de mi enfermedad, que me dijera por que a veces yo dudo que dar bien; aquí las personitas me dicen que ya - uno no va a tener familia, ya no va a ser uno - la misma de antes, pues eso es lo que me atemoriza, pues digo va a salir uno como una inútil - por lo principal y eso es lo que yo quisiera saber. Los médicos me dicen que yo ya estoy bien, pero yo soy la única que estoy sintiendo lo que me pasa" (Paciente del Hospital General de México).

El médico debe explicar la enfermedad del cáncer tal cual, sin darle otras denominaciones o etiquetarla, así como también exponer al paciente lo que implica la enfermedad y las consecuencias de ella.

Fue interesante descubrir también, que algunos pacientes saben que tienen cáncer pero que prefieren hablar de Tumor o utilizar palabras como "eso", "la enfermedad", "esto que me ocurrió", aunque bueno, teniendo o no conocimiento de que son personas neoplásicas, de todos modos las personas las utilizan en sus discursos:

"El doctor me dijo que ese tumor podía ser canceroso que por eso debería de recibir la qui--

mioterapia y que con ella se me iba a borrar - todo el tumor". (Paciente del Hospital Centro Médico).

Pareciera que estas personas desearan encubrir lo "dañino", esconder algo que les resulta vergonzoso, algo que aprendieron que era "malo".

Por otro lado, hallamos que los médicos no disipan las dudas de sus enfermos y aplican quimioterapia, radioterapia, medicamentos, inyecciones, etc., muchas veces sin tomar en cuenta las opiniones de los pacientes, lo que ha provocado, con tal relación vertical, pasividad en algunos de éstos:

"No, porque ellos saben lo que me están administrando y saben que es para mi bien, no tienen - porque pedir mi opinión, como yo no se de eso, - pues ellos pueden hacer lo que más les plasca". (Paciente del Hospital Centro Médico).

Pero no todos los sujetos entrevistados tienen un papel pasivo en la relación médico-paciente:

"Es superficial todo lo que los médicos me dicen, inclusive yo tengo que hacer algunas preguntas, porque inclusive yo les preguntaba acerca de la alimentación, si hay dieta especial o una guía a seguir y ellos mencionan que todo está normal, pero posteriormente, al volver a recaer y venir yo a urgencias yo le comentaba y él me contradijo todo, todo lo que me había dicho; que no, que yo ya no me podía comparar con una persona normal puesto que había cambios". (Paciente del Hospital Centro Médico).

Por lo regular, el modelo médico refuerza las estrategias pasivas que emplean los individuos para enfrentar la enfermedad (fe religiosa, negación, conformidad, etc.), debilitando aquellas estrategias activas (búsqueda de información, solución de problemas, búsqueda de ayuda en familiares, amigos, vecinos, etc., esfuerzos para lograr un balance emocional, etc.).

De ahí que la sexta hipótesis de que en la relación médico-paciente existe un autoritarismo por parte del médico asignándole al enfermo, con esta posición, un papel pasivo, se logrará comprobar.

Podría, pues, argüirse que si los pacientes utilizan estrategias activas para enfrentar la enfermedad resultará más fácil controlar el impacto biopsicosocial del cáncer.

Por último, nuestro segundo objetivo de detectar los principales problemas a los que se enfrenta el sujeto con cáncer en su interacción cara a cara con las personas a su alrededor, se logró alcanzar.

#### 6.4 Identidad Emergente

Aquí analizaremos la forma como los pacientes se ven a sí mismos y las dificultades que se generan en ellos cuando están cambiando.

Basándonos en Lily Bleger, Schilder, Pichon Riviere y Asato B. Ma. L., se puede decir que la identidad del paciente con cáncer, y de cualquier otro ser humano, guarda singular correspondencia con su propio cuerpo, en base de cómo éste integra su propio esquema corporal; así, la imagen de sí mismo se determinaría en función de como se siente y cómo piensa el sujeto a cerca de sí mismo. Pero esta autoimagen que el enfermo ya tenía se ve modificada cuando recibe el diagnóstico, le son aplicados los tratamientos de quimioterapia, radioterapia, cirugía y vive con los efectos secundarios de ellos; el paciente ya no se ve a sí mismo igual que antes, su imagen de sí mismo empieza a cambiar, acelerándose al interactuar con las personas "sanas":

"Pues la caída del pelo, mi persona que es diferente ahora, se me cai el pelo y todo eso".  
(Paciente del Hospital General de México).

En los discursos de los entrevistados, se emplean palabras tales como "extraño", "distinto", "mal", "diferente", "antiestético" e "inservible", para designar la nueva forma como se perciben a sí mismos, es decir, para señalar su nueva identidad personal y social:

"Que no me siento la misma de antes, yo ya no soy una persona normal, yo soy una mujer inservible". (Paciente del Hospital Centro Médico).

Y en relación a ésto, la novena hipótesis de que el paciente con cáncer se ve a sí mismo, en su interacción con los demás

individuos a su alrededor, como un sujeto distinto a ellos, quedó comprobada.

También encontramos que los pacientes hacen un continuo intercambio entre su imagen y las de los otros sujetos "sanos":

"Pues sí me siento mal y extraña, los envidio - en cierto modo porque a veces me pregunto por qué yo no, si hay tantas personas, yo quisiera ser ellos, los que están sanos; y veo muchas veces a personas bien humildes y yo en ese momento preferiría ser esa persona y no tener lo que tengo". (Paciente del Hospital General de México).

Acentuándose más en aquellos sujetos que han tenido mayor número de interacciones cara a cara con individuos "sanos".

Los pacientes que han perdido el pelo debido a la quimioterapia y que no cuentan con un miembro, como encontró Erving Goffman en sujetos estigmatizados, temen a que los familiares, amigos, vecinos y/o desconocidos los vean raros o que les falten al respeto por ésto, sintiéndose inseguros al interactuar con los otros:

"Si, tengo un gran conflicto no, el salir a la calle; se que tengo que hacerlo para trasladarme al hospital, es lo que más me molesta de todo, venir por la calle en ese estado no, va a ser muy molesto". (Paciente del Hospital Centro Médico).

Tal situación resulta dolorosa para el sujeto porque no consigue dejar de sentirse "diferente" a los demás.

Por otro lado, la persona no sólo ve a la enfermedad como una amenaza a la vida física, sino también como una amenaza a la propia identidad:

"Pues el cambio en la imagen tan drástico, es-- un cambio, de repente estas con dos pies, de -- repente ya no tienes uno y lo sientes no; bueno yo al menos me destape y me ví y realmente, pues, me vi muy malo, o sea antiestético todo no, yo-- si los siento así, y sé que estamos en una sociedad a donde así se ve, pero realmente el tiempo lo cura todo no, y estando tu bien contigo mismo pues la gente te viene y te va. Es difícil,-- es un cambio drástico de verse diferente como a los otros; por un lado dices ya no tengo lo que tenía, pero por otro te cuesta trabajo aceptarlo". (Paciente del Hospital Centro Médico).

Quedando comprobada nuestra octava hipótesis de que la persona cancerosa no sólo toma a la enfermedad como una amenaza a la vida física, sino que es vivida también como si fuera una amenaza a la propia identidad.

Es necesario entonces, que al paciente se le brinde información precisa y ayuda necesaria para comprender y, al mismo tiempo, aceptar activamente las modificaciones que la enfermedad y los tratamientos originan en su esquema corporal, con la finalidad de prevenir, entre otros objetivos, que deterioren la imagen de sí mismo, de su propia identidad personal y social.

Lográndose, por tanto, el tercer objetivo de la investigación de señalar y analizar la identidad emergente que se genera en el sujeto con cáncer al interactuar con los demás

individuos, después de recibir el diagnóstico.

### 6.5 Pautas de Comportamiento y Técnicas Psicológicas

En este apartado se analizarán las necesidades biopsicosociales requeridas por los pacientes oncológicos, al mismo tiempo que se proporcionará, de acuerdo con la bibliografía revisada y los resultados obtenidos, patrones de comportamiento y técnicas psicológicas que el psicólogo puede brindar a estos sujetos.

#### 6.5.1 Pautas de Comportamiento

Por los resultados que se obtuvieron, nos pudimos dar cuenta que gran parte de los pacientes desconocen las posibles causas que dieron origen a su enfermedad, algunos otros las conocen superficialmente, pero insisten en atribuirlo a la "diabetes", "Dios", "destino" y al "esfuerzo físico" :

"Yo este, yo soy diabético, tengo cinco años - con esta enfermedad, yo pinso que la azúcar me afectó eso. Yo lo que tenía era de las piernas a la cintura, entonces yo le platiqué al doctor, este, le digo, yo trabajé tantos años así y así - tons el doctor me dijo que podía ser alguna enfermedad de la mina". (Paciente del Hospital -- Centro Médico).

Debido, pues, a la escasa información que tienen los pacientes, dentro y fuera del hospital, consideramos necesario la participación del psicólogo social que brinde una información

completa y precisa sobre las posibles causas de la enfermedad, llevando a cabo para ello, reuniones grupales en el interior del hospital, con el propósito de evitar confusiones e ignorancia en los pacientes.

Por otro lado, el psicólogo social también puede ayudar a las personas que acuden al hospital (familiares, amigos, vecinos y desconocidos), proporcionándoles una completa información sobre el cáncer, a impedir que se desarrolle la enfermedad en su persona; una de las estrategias a emplear para lograr tal propósito serían las conferencias.

El contenido podría consistir en:

1. Los factores o contaminantes ambientales con los que interactúa el sujeto y que pueden influir para el desarrollo de la enfermedad.
2. La importancia del cuidado de los estilos de vida (alimentación, sexualidad, aseo corporal, estrés, etc.).

Asimismo, el Psicólogo puede hacer que las personas más propensas a contraer el cáncer realicen algunas pautas de comportamiento con la finalidad de localizar y tratar la enfermedad lo más rápidamente posible. Podría hacerlo por medio:

de Técnicas grupales, las cuales consistirían en:

1. Brindar información cuidadosa y eficaz a las personas para que incorporen algunos hábitos de detección de la enfermedad, así como la importancia de asistir frecuentemente al médico.
2. Proporcionarles un programa que contenga instrucciones eficientes de todas las prácticas que el sujeto puede realizar para la detección de la enfermedad.
3. Localizar los factores que impiden llevar a cabo adecuadamente las técnicas de detección de la enfermedad para darles solución, realizando ejercicios prácticos entre todos los miembros del grupo.
4. Realizar dinámicas grupales, tales como el Psicodrama, en la que los pacientes personifiquen su relación con el médico, para dar propuestas encaminadas a mejorar dichas relaciones en caso necesario.

Los entrevistados pueden también ser orientados por los Psicólogos Sociales para impedir se complique su situación y no recaigan. Se podría trabajar con grupos de enfermos del mismo tipo de cáncer.

Al intervenir con los grupos definidos se intentará:

1. Acabar con los mitos sociales, terminando con algunas de las causas que los originan, tales como cáncer igual a muerte,

estigmatización por la enfermedad y los tratamientos, ambiente existente en el hospital, etc.

2. Aminorar el dolor físico, psicológico y social que es originado por múltiples factores, a través de la ayuda grupal (intercambio de opiniones y sugerencias de todos los integrantes del grupo).

3. Proporcionar estrategias psicológicas, como terapia de relajación (ver anexo No 3), asertividad, hipnósis, etc. que ayuden a prevenir el dolor, agresividad, depresión, vómitos, nauseas, etc., causados por la misma enfermedad y los tratamientos que se emplean para contrarestarla.

4. Brindar al equipo de Salud (Médicos, enfermeras, trabajadores Sociales, administrativos, etc.) técnicas que los ayuden a terminar o por lo menos a disminuir los estados de ánimo negativos porque muchas veces, como dice Ramon Bayés, esto repercute en los pacientes.

5. Preparar al paciente para vivir su cáncer y ayudarle a ver siempre hacia el presente y futuro.

6. Hacer que los propios pacientes sean los que, por medio del trabajo grupal, construyan dietas y hábitos alimenticios para hacer frente al cáncer.

#### 4.5.2 Técnicas Psicológicas

Prácticamente casi todos los pacientes señalaron requerir la ayuda de un psicólogo para "desahogarse con él", "les oriente y aconseje sobre la enfermedad y sus relaciones con familiares", "haga aceptar y soportar más fácilmente el cáncer", "disipe sus dudas", "los tome en cuenta como personas", "de un trato más humano", "haga sentir bien de todo", "saque de sus crisis", "mejore sus relaciones", "los anime" y "los centre en la situación por la que atraviezan":

"Sí, es lo que quisiera, que se me tomara en cuenta como una persona y no sólo que se trata ra mi enfermedad porque a veces tu quieres platicar con alguien distinto de tu familia, que te aconseje qué hacer y no te sea más pesada - la enfermedad" (Paciente del Hospital Centro - Médico).

Con ello queda comprobada la séptima hipótesis de que el sujeto requiere ayuda del Psicólogo Social, que lo tome de manera integral porque no le basta con la que le proporciona el médico para que se sienta bien tanto física como psicológica y socialmente.

Así, a raíz de los resultados, nos pudimos dar cuenta que los pacientes que son intervenidos por las psicólogas se sienten mejor que aquellos que no han platicado con éstas:

"Sí la necesito, a mi me estuvo atendiendo la psicóloga del hospital y cuando platicaba con

ella me sentía muy bien, sentía una tranquilidad". (Paciente del Hospital Centro Médico).

"Pues sí, yo pensaría que me ayudaran un poco, que me platicaran y que me dijeran que usted - va a ser así de hoy en adelante, a estar así y a que sea fuerte o algo así; yo me sentiría -- más tranquila, pero como ahorita así, no se nada y en vez de salir yo adelante como que me - voy desfalleciendo más, me voy dejando más por que ya venía comiendo bien, pero ahora ya no". (Paciente del Hospital General de México).

De ahí, la necesidad, entonces, de que se cuente siempre con varios psicólogos dentro de las instituciones de salud. Estos podrían aplicar una serie de técnicas psicológicas como la logoterapia, la terapia de grupo e intervención familiar.

Al hacer uso de la logoterapia se ayudará al paciente a afrontar incertidumbres de la "existencia Humana"; ésta se podría llevar a cabo con grupos de enfermos con el mismo tipo de cáncer.

Las actividades que se pretenden al poner en práctica dicha técnica serían:

1. Hacerles ver, apoyándonos de audiovisuales, películas, acetatos, etc., que la vida tiene sentido o dirección en cualquier situación.
2. Comentar entre todos los miembros, las escenas que se observaron, tratando de conseguir que asimilen que ellos mismos son los que tienen en sus manos esa dirección y que si la dejan

ir se sentirán frustrados y vacíos.

3. Explicarles amplia y eficazmente que cuando el individuo se enfrenta ante el diagnóstico de cáncer no está nada perdido, sino que puede haber sentido o dirección si la afronta con fortaleza y dignidad, y piensa que su vida será tomada como ejemplo por otros pacientes con la misma enfermedad.

4. Invitar al paciente a que realice todas aquellas cosas a las que tiene temor, con la finalidad de romper con la angustia anticipatoria a una situación, como el presentarse a la quimioterapia, radioterapia y cirugía. Esto ayudará a que el enfermo se observe a sí mismo como dueño de su propio destino o dirección y no como una mera víctima pasiva.

Por otro lado, la terapia de grupo se puede utilizar para lograr que haya un mútuo apoyo entre los pacientes; los psicólogos serán, entonces, personas a consultar o moderadores en las reuniones de éstos.

Las actividades consistirían en:

1. Hacer que los pacientes interactúen, se acepten y ayuden mutuamente; para lo cual, el psicólogo investigará los temas generales que sean de importancia para los miembros del grupo, por medio de dinámicas grupales (collage, presentación, línea de la vida, fantasía del futuro, identificación sensorial, etc.).

2. Hacer que se resuelvan de forma creativa, junto con la ayuda del grupo, los problemas que cada enfermo presente para que se adapte y viva de la mejor manera con las dificultades que encierra su padecimiento.
3. Hacer que entre los miembros del grupo se brinden apoyo para enfrentar la vida ahora que se saben enfermos.
4. Lograr que cada miembro del grupo platique sin temor en relación a su familia, vida cotidiana, "social", y vivencias antes del padecimiento, así como sus "nuevos" problemas a los que se enfrenta en sus relaciones interpersonales con los otros, para que el grupo dé algunas orientaciones al respecto.
5. Conseguir que se comente y se realicen críticas constructivas, entre todos los miembros del grupo, sobre los libros, revistas, películas, etc., que hablen del cáncer; sobre los "nuevos medicamentos y tratamientos"; con el propósito de "hacer" seres activos en lo referente a todo lo que implica su enfermedad, más que seres pasivos; asimismo, hablar del suicidio y otras actitudes negativas, como formas no viables para dar solución a sus problemas.

Por último, la intervención familiar tiene como propósito conseguir una comunicación más abierta entre los pacientes y sus familiares, así como aminorar la tensión que se genera en éstos, para posibilitar actuar casi normalmente.

Las actividades consistirían en:

1. Hacer que tanto el paciente como sus familiares comenten de lo que representa estar enfermos.
2. Proporcionar una información completa y precisa sobre la influencia que tiene la familia para la recuperación del paciente oncológico.
3. Mejorar, por medio de dinámicas de grupo las relaciones interpersonales entre el paciente y sus familiares, cuando así sean requeridas.

Al brindar estas técnicas, hemos alcanzado nuestro último objetivo de proponer algunas pautas de comportamiento y técnicas psicológicas que el Psicólogo Social puede emplear en el caso de personas con cáncer y, tal vez, otro tipo de enfermedades, que, aunadas a los métodos médicos ortodoxos, le pueden ayudar a evitar sufrimientos innecesarios y prevenir y/o controlar el impacto biopsicosocial.

## CONCLUSIONES

1. Si a los Psicólogos Sociales nos interesa la salud completa de los seres humanos, debemos, entonces, contemplar y tratar a su organismo integralmente, en toda su complejidad porque el hombre es en sí una realidad biopsicosocial y no podemos dividirlo; tenemos que saber, del paciente oncológico, tanto sus cambios fisiológicos como emocionales, afectivos, cognitivos y sociales para intervenir eficazmente en él, es decir, para modificar sus pautas de comportamiento en pro de una vida "sana" porque son los propios sujetos los que están provocando sus males a causa del comportamiento que llevan cotidianamente. Se podría decir que de esta forma, los sujetos se mueren cuando se quieren morir porque mientras continúen con la "vida desordenada" (inadecuados hábitos alimenticios, sexuales, estrés, degradación del medio, etc.) se irán conduciendo más aceleradamente hacia la muerte.

Creemos, pues, que en estos momentos, los Psicólogos Sociales contamos ya, con los elementos para hacer que el paciente "enfermo" aprenda a incrementar la resistencia de su organismo a las agresiones del medio, al dolor y enfermedades, y por medio de un comportamiento eficaz preventivo se podrán salvar muchas vidas.

Los médicos pueden suministrar quimioterapia, radioterapia, realizar cirugías para reducir el cáncer, pero nada o muy poco

pueden hacer para prevenir el tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, inadecuados hábitos alimenticios, sexuales, estrés, exceso del ejercicio físico, contaminación, etc., que en su conjunto, incluyendo la resistencia física de cada sujeto, intervienen para que se desencadene; todo lo contrario a lo que la tecnología psicológica puede afectar; ella está en posibilidades de impedir, por medio del aprendizaje o reaprendizaje sobre los estilos de vida y la degeneración del ambiente, los diversos tipos de cánceres que aquejan a nuestra sociedad, ya que la vulnerabilidad de una persona es, en parte, aprendida y puede, por tanto, modificarse a través de intervenciones apropiadas, como lo plantea Ramon Bayés. Entonces, no bastaría solamente con proporcionar información al paciente porque, aunque es necesaria, resulta insuficiente para la prevención, lo que interesa es investigar, analizar y evaluar programas que promuevan comportamientos eficaces, dependiendo, por supuesto, de la particularidad de cada caso, sin hacer generalizaciones.

Así, pues, los elementos teórico-prácticos nos han permitido tener en cuenta el hecho de que un cuerpo, sano o enfermo, siempre es un cuerpo en relación con el medio psicológico y social; el cáncer, entonces, no sería una enfermedad, sino un grupo de enfermedades donde intervienen varios factores para que se desencadene y no uno sólo como muchos han creído a lo largo de los años.

Lamentablemente, las diversas especializaciones han dificultado conocer al fenómeno humano como una unidad total, por lo regular lo desmenuzan, principalmente el modelo médico, tomando de él sólo un aspecto o factor, que por sí sólo no nos produce una explicación del fenómeno humano.

Lo que podemos decirles a los Psicólogos, basandonos en Galán Cuevas Sergio, es que deben integrar toda una serie de disciplinas; que incorporen aportaciones de cada aproximación para aclarar la relación entre las variables psicosociales y sus efectos en el proceso biológico, para predecir y controlar las conductas de los sujetos, con la finalidad de no caer en el error de muchos otros investigadores. Pero hay que señalar, que este trabajo no es fácil, que no existen recetas para todos los casos, que debe tomarse muy en cuenta la personalidad de cada paciente, la presión social a la que se ve sometido y su posibilidad de respuesta; factores que ayudarán a incidir en el cáncer. Esta enfermedad, pues, no empieza, cuando comienza a generar modificaciones físico-biológicas, sino mucho antes; por lo que el Psicólogo tiene que analizar sus pautas de comportamiento que llevaba el sujeto antes de ésta para poder pronosticar lo que la ocasionó y transmitir al paciente indicaciones que se encaminen a la prevención y control de la misma.

Pensamos que se hace necesario, pues, conocer al hombre mismo en su totalidad, los resortes que mueven su conducta, los conflictos que perturban su vida emocional, física y social, los

intereses que lo guían, los diferentes mecanismos de su vida psíquica que intervienen en las relaciones humanas y, en fin, todo lo que se refiere al funcionamiento de su vida biopsicosocial y mundo externo, para producir modificaciones en él, que lo conviertan en un ser más feliz, mejor adaptado a su mundo para establecer relaciones interpersonales satisfactorias con las demás personas y sobre todo poder controlar por sí mismo una serie de enfermedades y dificultades que se le puedan presentar.

2. En lo que respecta a los problemas que afronta el sujeto con cáncer en su interacción cara a cara con los demás individuos después de recibir el diagnóstico, podemos decir que son muchos y muy variados dependiendo de la personalidad, la familia, médicos y del tipo de cáncer que presenta el paciente. Por tanto, para aminorarlos, el Psicólogo Social tendrá que trabajar conjuntamente con grupos de pacientes y de familiares que deseen participar en su ayuda biopsicosocial, dentro y fuera del hospital.

El "enfermo" no es, pues, un ente aislado, como muchas veces se le pretende ver, sino que convive, como el ser social que es, con los otros sujetos que influyen para su proceso de salud-enfermedad; entonces, tampoco, podemos hacer una intervención solamente con el paciente porque de nada serviría que modificáramos su comportamiento, cuando los otros pueden hacer que nuevamente recaiga física, psicológica y socialmente.

A la familia, amigos, vecinos y médicos se les tiene que proporcionar, de igual forma, un reaprendizaje en el que asimilen que ellos pueden contribuir al mejoramiento del paciente, brindándole afecto, alicientes, trato más amigable y humano, pero cuidando siempre de no generar dependencia hacia ellos por parte del enfermo.

Algo que nos dejó sorprendidos fué el hecho de que los médicos con su comportamiento refuerzan, inconcientemente, estrategias pasivas, como se señaló en la exposición de Fernández (1990), para que los pacientes afronten la enfermedad, lo que, por supuesto, consideramos perjudicial para la salud-enfermedad del sujeto, ya que posteriormente ésto le impedirá tener un autocontrol de los problemas que vayan surgiendo en su camino.

Otro de los problemas a resolver por los Psicólogos Sociales es el que se refiere a la información; ellos deben proporcionar al paciente y familiares todas las explicaciones y dudas que requieran y soliciten en cuanto a su cáncer y tratamientos, tales como el diagnóstico, la hospitalización, el curso que puede seguir la enfermedad, el pronóstico, los efectos secundarios que produce la quimioterapia, radioterapia y cirugías, la alimentación, la importancia de las relaciones interpersonales, etc., para evitar, principalmente, la ignorancia y los sufrimientos innecesarios en éstos, que van contribuyendo poco a poco a su decline biopsicosocial. Aquí cabría preguntarse: ¿Los

médicos podrán aceptar que los Psicólogos Sociales sean los encargados de llevar a cabo éstas actividades ?, si es así, habremos avanzado para beneficio de los sujetos oncológicos.

Los Psicólogos Sociales, y en general todo Psicólogo, tendrían que estar prestos a escuchar a los pacientes y orientarlos, cuando así sea requerido, porque, como nos pudimos dar cuenta, tienen gran necesidad de expresar, de desahogar sus malestares físicos, psicológicos (afectivos, emocionales y cognitivos) y sociales, que les podría permitir sentir alivio, y que no pueden hacer con los médicos debido a las "múltiples ocupaciones" de éstos últimos.

Lo que pretendemos no es invadir el terreno médico, sino trabajar integralmente todas las personas que tengamos contacto con sujetos oncológicos y llevar a cabo todo aquello que el equipo de salud deja prácticamente de lado, como el realizar la intervención primaria a la salud antes de efectuar la intervención secundaria y terciaria.

3. Una tercera situación es la imagen de sí mismos que se genera en los pacientes con cáncer después de recibir el diagnóstico; éstos se empiezan a ver diferentes, deteriorando su persona, y no solamente por temor a su aspecto físico, sino también al daño de su propia identidad personal y social, de ahí, la necesidad, entonces, de la intervención psicológica que les ayude a formarse una autoimagen no devaluada y a comprender y

aceptar los cambios porque así se conseguirá impedir que caigan en un estado de depresión, culpabilidad, etc., que obstaculizan la cura total.

4. Los tratamientos que proponemos, de acuerdo a la revisión bibliográfica y resultados obtenidos, pueden adecuarse a las características de cada grupo de pacientes y familiares.

Es, pues, alentador y un ejemplo, saber que Psicólogos han podido intervenir en esta enfermedad del cáncer a través del procesamiento de información activo, por medio del entrenamiento cognitivo-comportamental. A estas alturas, esperamos que los Psicólogos hayan comprendido que tienen las herramientas suficientes para prevenir, con mucho tiempo de anticipación, minimizar y controlar los efectos biopsicosociales negativos (displacenteros, dañinos, etc.) que se originan en el sujeto oncológico debido a una gran infinidad de factores.

Como futuros Psicólogos Sociales, podemos ayudar a que los pacientes piensen y se comporten de tal manera, para que logren manejar su vida; y ello se conseguirá cuando el psicólogo realice programas individualizados, para trabajarse posteriormente en grupo, que sirvan para las necesidades específicas, las expectativas y los estilos de vida de los distintos pacientes, ya que no podremos generalizar porque cada sujeto es particular, lo que debemos hacer es matizar cada caso; a un grupo, a una población para no seguir extrapolando.

El Psicólogo Social debe lograr encontrar la mejor forma posible para que el paciente se sienta a gusto biopsicosocialmente y haciendo una revisión crítica y exhaustiva del individuo oncológico es como éste se irá puliendo para trabajar enfermedades que antes no conocía o no tomaba en cuenta.

Este trabajo, abre otro camino para el Psicólogo Social, una nueva puerta que es desconocida por gran parte de nuestra sociedad y muy probablemente por muchos Psicólogos.

Finalmente, queremos mencionar las limitaciones, experiencias y sugerencias que se presentaron en la investigación. Una de las limitaciones fué el no poder aplicar la segunda técnica que se tenía planeada que era la observación ordinaria, la cual se clasifica así porque el investigador se halla fuera del grupo que observa, es decir, no participa en los sucesos de la vida del grupo, pero si está pendiente de todas las situaciones que le ayudarán en la resolución de su problema planteado, ésto, porque en ninguno de los dos hospitales (Centro Médico y Hospital General de México) se llevan a cabo tareas o actividades que hicieran posible nuestra observación sobre los tipos de relaciones interpersonales que los pacientes efectúan con las demás personas; una segunda limitación fue la utilización de una bata blanca para tener contacto con los pacientes, lo que generó confusión en los cinco primeros entrevistados; se pensó que era doctora pese a que, antes de iniciar con las preguntas, se les especificó que era estudiante de la carrera de Psicología;

y una tercera limitación fué la tardanza de ingreso a los hospitales, lo que produjo retraso en la entrega de dicha tesina.

Por otro lado, al estar conviviendo con pacientes oncológicos nos dimos cuenta de la importancia de tratarlo como él lo demanda, como un ser humano que tiene sentimientos al igual que cualquiera de nosotros. Cada entrevista resultó interesante y muy relajante tanto para los pacientes como para uno; nunca se nos hizo aburrida o monótona alguna entrevista, fue todo lo contrario, el tiempo pasaba sin percatarnos que ya llevábamos 30 o 35 minutos con un sólo paciente. En sí, fue muy gratificante mantener comunicación con cada uno de los enfermos oncológicos entrevistados.

Por último, quisiéramos señalar, ante todo, la importancia de que se haga un estudio en los mismos hospitales, con pacientes oncológicos, con la finalidad de que se pueda establecer una comparación entre los resultados que se obtengan, con los que aquí presentamos. También quisieramos sugerir, en calidad de futuras investigaciones, que se realice la observación participativa para recabar mayor información sobre lo que se pretende investigar.

## BIBLIOGRAFIA

1. Acevedo Ibáñez Alejandro. Aprender Jugando, Tomo I-II, 2a.ed., Edit. Limusa, México, 1991, 210 pp.
2. Alvarez-Manilla J.M. "Atención Primaria a la Salud", Salud Pública de México (México), Vol. 30: Septiembre-Octubre, 1988, núm. 5, pp. 676-682.
3. Asato Baños, Ma. De Lourdes. "La Depresión y Ansiedad en el Paciente Oncológico y su Interrelación con el Dolor", Tesis de Licenciatura, UNAM, 1990.
4. Asch Salomon E. "Hechos Sociales: Los Resultados de la -- Interacción" en Psicología Social, Edit. EUDEBA, Buenos-Aires Argentina, 1972, pp. 178-189.
5. Bayés Ramon. Psicología Oncológica, Ediciones Martín Roca, Barcelona, España, 1985, 187 pp.
6. Bleger José. Psicología de la Conducta, 3a.ed., Edit. Paidós, Psicología General, México, 1989, 256 pp.
7. Chahin Hector, et al. La Chahina y el Circulan. Dos --- Medicamentos de Origen Vegetal, Sus Efectos Sobre el --- Cáncer y Sida y Otras Patologías ( V Congreso de Medicina Tradicional y Folklórica), A.M.M.T.A.C., México, 11 de --

Diciembre de 1991.

8. Estrada Flores, Laura y Martha Patricia , Valencia Arriaga. "Sintomatología Psíquica Asociada al Cáncer Infantil", Tesis de Licenciatura, UNAM, 1990.
9. Fernández Álvarez, Ma. Hilda. "Reacciones Emocionales en Dos Grupos de Adolescentes con Tipos de Cáncer Diferentes : Osteosarcoma y Enfermedad de Hodgkin", Tesis de---  
Licenciatura, UNAM, 1990.
10. Frankl Viktor E. El Hombre en Busca de Sentido, Edit. Herder, México, 1987, 248 pp.
11. Galán Cuevas Sergio. "Incremento de la Función Inmune por Medio de Relajación Profunda, en una Población Geriátrica", Documento Inédito, 1989.
12. García Dounce, Patricia Ma. De F. "Algunas Alternativas para el Tratamiento emocional del Paciente con Cáncer", Tesis de Licenciatura, UNAM, 1988.
13. García Martínez, Ofelia. "Reacciones Psicológicas en Pacientes Mastectomizadas por Carcinoma Mamario", Tesis de -  
Licenciatura, UNAM, 1977.

14. Goffman, Erving. ESTIGMA, La Identidad Deteriorada, Trad. Leonor Guinsberg, Buenos Aires, Argentina, 1963, 173 pp.
15. González Rocha, Ana María. "Actitudes Emocionales ante el Diagnóstico del Cáncer", Tesis de Licenciatura, UNAM, 1978.
16. Joas Hans. "Interaccionismo Simbólico", en Guidens y Turner (editores), La Teoría Social, Hoy, edit. CONACULTA-ALIANZA, México, 1990, pp.112-148.
17. Levenson, Frederick B. Causas y Prevención del Cáncer, Trad. L. Schmiot, Edit. Javier Vergara, Buenos Aires, Argentina Argentina, 1986, 238 pp.
18. Megged Nahum. El Universo del Popol Vun. Análisis Psicológico Y Filosófico del Mito Quiche ( V Congreso Internacional de Medicina Tradicional Y Folklórica ), A.M.M.T.A.C., México, 12 de Diciembre de 1991.
19. Montaña Cuadra, María Elena. "Estudio Bibliográfico de Algunos Factores Psicodinámicos Presentes en el Cáncer", Tesis de Licenciatura, UNAM, 1979.
20. Podrasky, Patricia Anne. "The Family Perspective of the Cured Patient", Cáncer, (E.E.U.U.) 1986, núm. 58, pp.

522-523.

21. Robles Ledezma, B. Angélica y Ismael C. García Cedillo  
"Características Psicológicas de Pacientes con Cáncer  
Broncogénico", Tesis de Licenciatura, UNAM, 1978.
22. Rose Arnold, M. "El Interaccionismo Simbólico" en Torregrosa,  
Historia y Método en Psicología Social, Edit. Barcelona  
Hora, España, 1984, pp. 36-76.
23. Schavelzon José et al. Psicología y Cáncer, Pról. de Osvaldo  
Fustinoni, Ediciones Hormé, Buenos Aires Argentina, 1965,  
140 pp.
24. Schavelzon José. Freud, Un Paciente con Cáncer, Buenos Aires,  
Argentina, 1983, 229 pp.
25. Schirley B. et al. "Psychosocial Consequences of Cure", Cáncer  
(E.E.U.U.), 1986, núm. 58, pp. 529-533.
26. Soberón Guillermo, et al. "La Implantación de la Estrategia  
de Atención Primaria a la Salud en México", Salud Pública  
de México (México), Vol. 30: Septiembre-Octubre, 1988,  
núm. 5, pp. 683-690.
27. Timio M. Clases Sociales y Enfermedad, Edit. Imagen, México,  
1986, 144 pp.

28. Vargas Tentori Emelia. "Aspectos Psicológicos de la --  
Personalidad en la Mujer con Cáncer", Tesis de Maestría,  
UNAM, 1963.
29. Wolf Maud. "Erving Goffman, o la Descalificación de la  
Inocencia", Sociologías de la Vida Cotidiana, Trad. por  
Sol Gaviera, Ediciones Cátedra, Madrid España, 1982,  
pp. 19-105.

GUIA DE ENTREVISTA SOBRE LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE EL SUJETO CON CANCER Y LAS PERSONAS QUE LO RODEAN.

Buenas tardes, soy Patricia Bravo estudiante de la Universidad Autónoma Metropolitana, estoy realizando una investigación sobre los pacientes que se encuentran en el hospital, ¿me permitiría un momento de su tiempo para platicar con usted?

.Nombre

.Edad

.Estado Civil

I.SALUD

1. ¿Hace cuánto tiempo ingresó al hospital?

2. ¿Por qué razón está usted internada (o)?

3. ¿Cómo se ha sentido últimamente?

A. Qué cambios ha notado en su cuerpo?

B. Qué reacción tuvo su familia y amigos al enterarse de su enfermedad?

C. "Moralmente" cómo se siente?

II.AMBIENTE SOCIAL

4. ¿Las personas que la (o) conocen continúan tratándola (o) como lo hacían antes de la enfermedad o han cambiado en algo

su comportamiento hacia usted?

No----Cómo la (o) tratan?

Sí----Cuáles son esos cambios?

5. ¿Sus familiares están especialmente atentos a cualquier comportamiento o iniciativa que usted toma?

Sí--No-- Cómo se siente al respecto?

6. ¿Los familiares que la (o) visitaron cuando fue internada (o) continúan haciéndolo o algunos han dejado de venir?

Sí----Quiénes la visitan?

No----A qué se debe?

7. ¿Ha notado cambios en la forma en que su familia se relacionó con usted al comienzo de la enfermedad y ahora?

No----A qué cree que se deba?

Sí----Cuáles son esos cambios?

8. ¿Antes de iniciar algún tratamiento o actividad relacionada con su enfermedad, los médicos le piden su opinión para llevarla a cabo?

9. ¿Tiene usted algunas dudas en lo que se refiere a su enfermedad ?

10. ¿Cómo es su relación con los médicos?

11. ¿Cómo es su relación con las enfermeras?

12. ¿Qué es lo que usted siente que le ha afectado más?

A. Los dolores que sufre en su organismo

B. Los cambios en su imagen

C. Las modificaciones que han tenido sus relaciones con las demás personas a raíz de la enfermedad

13. ¿Cuando convive con personas que no están internadas en el hospital, qué imagen se forma de usted mismo?

14. ¿Cree la necesidad de recibir una ayuda que tome en cuenta no sólo la enfermedad sino también sus emociones y relaciones con las demás personas (como la del psicólogo)?

Sí--No----Por qué?

15. ¿Podría contarnos qué hace y cómo se siente en un día común o típico en el hospital?.

CINCO ENTREVISTAS, ELEGIDAS AL AZAR, QUE SE EFECTUARON A PACIENTES CON CANCER EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

SUJETO No 30  
Sexo: Femenino  
Edad: 28 años  
Edo. Civil: Casada

I. SALUD DEL PACIENTE

1. Pues para el ocho de éste cumplo dos meses.

2. Pues yo vine enferma de una hemorragia vaginal, del oído y de la boca y me dijeron que estaba yo bien grave y por eso me interné; me informaron que era una leucemia, pero francamente no se que es la leucemia.

3. Pues ya de mi cuerpo me siento un poco bien aunque ahora me duele la cabeza y se me ha quitado el hambre, ya no tengo ni fuerzas para caminar, el oído me duele pero ya me están atendiendo de él. Ahorita no me dan ánimos de nada, me deprimó mucho y me desespero estando aquí y a veces quisiera estar en mi casa. Mi esposo se preocupó mucho y dijo que de qué me había venido y yo le dije que no sabía, yo los veo muy preocupados de ver que aveces estoy bien y aveces estoy mal, luego me dicen héchale ganas, come bien, piensa en que tienes que ver a tus hijos y tienes que estar otra vez con nosotros.

II. AMBIENTE SOCIAL

4. Mi esposo es diferente porque antes casi no me decía que me quería y ahora con la enfermedad veo que tengo más apoyo de él que de mi familia, veo que receta que me dan receta que me surte y aquí siempre lo tengo seguidito.

5. Mi familia no, mi esposo me cuida, yo le pido cualquier cosa y me lo trae, me ayuda a darme de comer, me acompaña un buen rato y luego se va porque vivimos lejos.

6. Nada más mi esposo es el que no ha dejado de venir y los que si han dejado de venir es una comadre y mi hermana la mayor, ellas casi no vienen, mejor dicho ya no han venido y los que sí es mi esposo, mi otra hermana y mi hija.

7. Pues si han cambiado mucho, porque mi hermana viene a verme siendo que antes ni nos visitábamos, ahora veo que está haciendo un sacrificio, y pues mi esposo también se ha acercado más a mi.

8. Pues no, yo llegue y luego, luego me pusieron los medicamentos que tenían que darme y hasta ahorita así lo hacen.

9. Yo le quisiera preguntar al médico de mi enfermedad, que me dijera, porque a veces yo dudo que llegue a quedar bien; aquí las personitas me dicen que ya uno no va a tener familia, ya no va a ser uno la misma de antes, pues eso es lo que me atemoriza, pues digo va a salir uno como una inútil por lo principal (el procrear hijos) y eso es lo que yo quisiera saber. Los médicos me dicen que yo ya estoy bien pero yo soy la única que estoy sintiendo lo que me pasa.

10. Pues nada más como ahora que vienen a entregarnos con otros doctores nomás dicen paciente #3 o #2 y está así con medicamentos y les dicen la enfermedad que tiene uno y ya, y luego se pasan a la siguiente cama y así es, no es de que digan esa señora esta mala así, siente así, de que también uno entienda tantito no, solamente ellos saben.

11. Pues con las enfermeras sí porque luego a veces me pongo a platicar con ellas, hechamos relajo con las enfermeras, bueno con unas y con otras no, dependiendo del trabajo que tengan.

12. Lo que más me mortifica es lo de mi cabeza que me duele mucho y no se si vaya yo a quedar bien.

13. Yo ya no soy la misma de antes y sólo Dios sabe porque, si quede así o qué. Yo digó que me voy a sentir un poco triste porque no voy a ser la misma que era yo, a lo mejor iré a ser más seria o a lo mejor si no quedo bien me iré mortificando de la enfermedad que tenga o tal vez ya no reaccione como reaccionaba yo antes (comenzó a llorar).

14. Pues sí, yo pensaría que me ayudaran un poco, que me platicaran y que me dijeran que usted va a ser así de hoy en adelante, a estar así y a que sea fuerte o algo así. Yo me sentiría más tranquila, pero como ahorita, así no se nada, y en vez de salir yo adelante como que me voy desfalleciendo más, me voy dejando más porque ya venía comiendo bien pero ahora ya no.

15. Aquí me siento aburrida, luego a veces quisiera yo salirme, hecharme a correr, no se qué verdad, y luego a veces me tranquilizo. No se pues cuánto tiempo vaya a estar todavía, lo único que hago es estar acostada y oír música que me prestan aquí.

SUJETO No 33  
Sexo: Femenino  
Edad: 40 años  
Edo. Civil: Casada

## I. SALUD DEL PACIENTE

1. Aquí estoy desde el miércoles.

2. Aquí vine a dar porque me vinieron hacer unos estudios porque según tengo anemia y a parte una úlcera en el estómago, pero el último estudio que me hicieron ya no aparece la úlcera, pero lo que no me deja es el dolor en las piernas.

3. Me siento muy deprimida la verdad, también me siento mal de mis piernas que me duelen mucho. Estoy tan deprimida que le pido a Dios que me quite estos dolores, en la casa de usted no me daba ya las penas, hacía todo el que hacer porque la verdad somos muy pobres y no podía pagar criada, entonces no he tenido reposo. Mi esposo se aflige mucho, lo veo triste y a mi hija no, pero ella no demuestra tristeza, es muy fuerte, pero el de catorce años se la pasaba llorando porque luego me veía que yo también lloraba, yo gritaba y el inocente ya no hallaba ni que hacerme, se desesperaba.

## II. AMBIENTE SOCIAL

4. Pues sí algunas, pero otras no, ve cómo es la gente de hoy en día, es voluble; hay personas de buen corazón que sí la compadecen a uno o estiman a uno, pero hay personas que no han sufrido y no saben lo que es mi enfermedad, unos vecinos me tratan bien y otros no, como que me ven mal, antes me saludaban de mano y ahora no, ni siquiera me hablan ya.

5. Ahorita ellos me hacen todo en la casa porque yo no puedo, estoy aquí; ellos me dan de comer, me bañan, me traen fruta y me ayudan en todo.

6. Nomás mi familia, mi esposo y mis dos hijos, pero tengo a otro de 7 años pero no lo dejan pasar.

7. De por sí eran muy agrios, de por sí son muy despegados, estuviera yo buena o mala.

8. No, no me dicen, ellos son los que saben que hacer y no me están diciendo.
9. Pues saber cuándo me van a quitar estos dolores que tengo, que cuándo me voy a curar.
10. Pues es la primera vez, no se su modo.
11. Pues bien, como debe de ser.
12. La ausencia de mi familia, yo quisiera estar ya sana y no un ser inservible, yo pienso que ya no voy a servir , yo le pido a Dios que me permita estar viva aunque ya no seré la misma.
13. Me dan ánimos porque veo que caminan bien y digo: hay Dios mio permíteme ser una persona normal para que sirva yo a mis hijos, porque quiero mucho a mis hijos y no los voy a dejar desamparados porque me necesitan.
14. Si para que alguien me ayude a soportar esto, siento que sería como un descanso para la consciencia, para el alma.
15. En el día me siento bien pero en la noche ya no, me siento triste la verdad; estoy todo el día acostada por el suero que tengo, le pido a Dios que me de fuerzas y que salga yo adelante.

SUJETO No 34  
Sexo: Femenino  
Edad: 40 años  
Edo. Civil: Casada

## I. SALUD DEL PACIENTE

1. Voy para seis meses de estar enferma.
2. Quien sabe, creo que me anda dando leucemia, me han dicho que no funciona mi médula y que el tratamiento va a ser largo.
3. Mal, me he puesto muy mal, me dió sangrado vaginal, de los dientes, vomito y mucha fiebre. Me siento mal moralmente, muy triste porque yo tengo seis hijos y me siento muy triste porque ahora que he estado en la casa no he podido atenderlos. Mi familia también está triste porque me lo demuestran, sobre todo mi hijo, mi esposo, mis niñas pues están chicas todavía, pero mi hijo se preocupa mucho y ya no sabe que hacer y eso me hace sentir muy mal, muy mal.

## II. AMBIENTE SOCIAL

4. Mi familia se preocupa mucho, ahora me atienden, me arriman la comida, el agua, pero a mí me hace sentir mal eso porque en vez de que yo les dé, ellos son los que hacen todo.
5. Sí, porque yo no hago nada, no me dejan hacer nada, nomás estoy acostada, me arriman el agua, mi comida, me dan a mis horas las comidas, eso es.
6. Se han acercado muchas personas a mí que antes ni me hablaban, ni se me arrimaban, se hacercaron, pero es gente de la iglesia porque muchas vecinas son de la iglesia, unas no son pero también se han acercado a mí.
7. No, porque yo antes yo les daba, yo les arrimaba, yo les hacía la comida y así, y ahora pues es al revés, a mí me tratan como enferma que estoy.
8. No, ellos hacen los estudios y nos dan medicamentos y ya.

9. Pues estoy esperanzada que me voy a curar y a la vez no porque no veo mejoría; esto que me había pasado y entonces quiere decir que en vez de que vaya mejor no estoy mejor, al contrario, me han puesto sangre, plaquetas y yo me siento mal y antes nomás me ponían una bolsita de sangre cada quince días y con eso me bastaba, duraba 15 días y ahora me han puesto, me han puesto y no se que es lo que pase, sólo Dios sabe. Yo quisiera que ya sesara el tratamiento, quisiera saber que sí saldré adelante o no, me gustaría saber si voy a volver a ser como antes, tener las fuerzas, tal vez cambiara de actitud, de algunas cosas, acercarme a Dios, una revolución de vida pero fuerte.

10. Bien, son amables.

11. También, todas son buenas.

12. Yo siento que mi imagen, mi físico, por ejemplo, ahorita ya me estaba desinchando de la cara y de la panza y ahorita ya me volvieron a dar la medicina, esa que infla mucho los cachetes y yo me siento mal que me vean así y mi pelo, ya lloré mucho por mi pelo, yo lo tenía larguísimo, no lo creía yo, yo decía que no se me podía caer; mi esposo nunca quiso que me lo cortara, que no le gustaba verme pelona y esas palabras me duelen mucho ahora porque ahora sí voy a ser pelona. Los doctores no me han dicho que me va a crecer mi pelo, yo no he visto ahorita que alguna tenga con esta enfermedad. A mi me da mucha tristeza de eso, de que también estoy muy gorda y no tengo fuerzas.

13. Yo siento bonito que me vayan a visitar pero a la vez siento tristeza, por qué, por qué tenía que sucederme así, a mi, estar así enferma para que vivir si toda la gente me hace todo, prefiero estar sana y no tener a la gente que me este haciendo todo, es que es horrible, que pecado tan grande cometi para que me diera esta enfermedad. A veces me da envidia con la gente que esta bien y le digo a Dios que porque no me devuelve mis fuerzas como aquella persona, pero Dios sabe porque no.

14. Necesito a alguien que me dé consuelo, que me escuche y que me diga qué está pasando conmigo. Quisiera levantarme porque yo digo como hay gentes de sesenta y tantos años y handan bien y yo que tengo cuarenta años ya no puedo más, ya no puedo cuidar a mis chiquitos, las señoras me ayudan, se turnan para cuidarlos, pero no es lo mismo a estar con ellos ahí, pero Dios sabe porque hace las cosas. Necesito a alguien, es que me nace llorar mucho.

15. Mal, me siento mal, no hago nada, se me hacen largas las horas, las noches y no me gustaría estar aquí, no quiero estar aquí, no me gusta.

SUJETO No 35  
Sexo: Femenino  
Edad: 36 años  
Edo. Civil: Viuda

#### I. SALUD DEL PACIENTE

1. Me internaron el jueves de la semana pasada.
2. Es que se me vino una hemorragia por nariz y boca, en otro hospital según me dijeron que tenía anemia pero aún no saben los resultados de qué tengo aún.
3. Aquí parece que me controlan una cosa y tengo otra, que hago Dios mío, yo no se qué hacer (comenzó a llorar). Yo ya quisiera salir de aquí por mis hijos, a veces me desespero por la sangre que me sale, no se (comenzó a llorar). Cuando me dijeron de la enfermedad pues sí sentí feo porque nunca me había pasado. Hora si que por atender a los niños me descuide yo y me siento muy mal. Mi familia también se siente desesperada, no hayan que hacer.

#### II. AMBIENTE SOCIAL

4. Al contrario, se han acercado más a mí mis hermanos.
5. Sí, están aquí, atentos a todo lo que hago, me ayudan en todo, ahorita están viendo a mis hijos y quién más que ellos.
6. Todos han venido, todos siguen viniendo, todos mis hermanos.
7. Antes no nos veíamos, pero ahora con la enfermedad me han tratado bien, me ayudan y me han venido a ver.
8. Mis hermanos son los que andan pidiendo los informes y todo, a mi no me han pedido mi opinión para nada.
9. Sí, que me dijeran que es lo que tengo, que voy o no a ponerme bien, que me resolvieran qué es lo que tengo, por qué no puedo hacer mucho esfuerzo.
10. Ahorita casi no los he tratado, no los he tratado mejor dicho.

11. Son muy amables.

12. La verdad ya no sé ni qué me ha afectado más, pero lo más, son mis hijos, mi familia que ya no estoy con ellos y los dolores que ya tampoco los aguanto.

13. Que no me siento la misma de antes, yo ya no soy una persona normal, yo soy una mujer inservible.

14. Sí, yo quisiera que me sacara de mis dudas, que me tomara en cuenta también mis dolores del alma que me pasan.

15. Nada, sólo me la paso acostada y me siento muy deprimida y triste, también no aguanto los dolores que me producen.

SUJETO No 37  
Sexo: Femenino  
Edad: 25 años  
Edo. Civil: Casada

## I. SALUD DEL PACIENTE

1. Ingresé en noviembre y luego salí el 24 de diciembre y me internaron el 22 de enero.

2. Bueno, ingresé porque me sentía muy mal, débil y cansada, entonces me hicieron unos estudios y me dijeron que tenía anemia primero y luego me dieron el resultado de que era una leucemia lo que tenía.

3. Pues ya ahora mejor porque antes me sentía muy mal, me dolía todos mis huesos, tenía mucho sueño, casi no tenía hambre y me desmayaba. Me volví muy sentimental, cualquier cosita me daban ganas de llorar y no era así antes, pero después de cualquier cosita lloraba, sentí muy feo cuando me dijeron de la enfermedad. Cuando mi familia lo supo también se preocupó mucho, fue muy triste, no me quisieron decir nada pero yo ya lo sabía. Hasta ahora que he platicado con ellos les pregunté que cómo se habían enterado y me dijeron que el médico se los había dicho; yo ya lo sabía porque yo había estado estudiando auxiliar de enfermería y me imaginaba algo así y luego escuchaba a los médicos y apenas si les entendía. Los médicos no me dijeron lo que me estaba pasando hasta que después yo les dije que si era una leucemia lo que tenía y me dijeron que sí, yo lo tomé normal pero mi familia dice que cuando se enteró lloraron mucho, ahora me tratan normal, no me tratan diferente.

## II. AMBIENTE SOCIAL

4. Sí, normal, todos me tratan normal, mi esposo sigue igual, él es como muy seco, hasta luego me decía que yo nadamás me hacía la enferma pero yo si me sentía mal, mi esposo me decía que los médicos nadamás querían experimentar conmigo, me hacía sentir mal, pero yo me reanimaba mucho.

5. Sí, todos me vienen a ver, mi mamá, mi hermana, son las que más me cuidan, incluso, cuando salgo del hospital me voy a la casa de mi mamá y ella me hace todo, porque yo ya no puedo hacer lo mismo, no dejan que haga algo por pequeño sea.

6. Sí, todos han venido, los hermanos de mi mamá, mi mamá, mis hermanos, mi esposo, mis cuñados, mi suegra y mi suegro.

7. Yo casi no convivía con la familia de mi mamá pues nadamás era mi esposo y yo, yo estaba muy alejada de ellos, hacían fiestas y no íbamos, y ahora que estoy en el hospital vienen a verme mucho, ahora sí han venido a verme.

8. No, pues nadamás me dicen que ahora nadamás se va a iniciar otro esquema de tratamiento e incluso he dejado que hagan todo, bueno ellos sólo saben porque lo hacen, esta vez no aguanté la quimioterapia, la reacción fue muy fuerte, me dieron hemorragias y me sentí muy mal, yo ya no quería que me pusieran la segunda dosis, pero me la tienen que poner para mi tratamiento, para controlar mi enfermedad.

9. Pues quisiera saber cuánto tiempo voy a vivir pero no me interesa, sí lo quisiera saber, porque quisiera hacer muchas cosas ahora que estoy enferma, por eso me gustaría saber, cuanto tiempo voy a vivir, pero a la vez no me interesa prefiero vivir así.

10. Pues yo les pregunto bastante, también cada vez que pasan a visita escucho lo que dicen, pero hay veces que no les entiendo porque sus términos médicos no los alcanzo a entender. Yo les pregunto que cómo he reaccionado y ellos me dicen que pues bien.

11. Pues bien, no pasa de que nos atiendan, de que nos pongan el medicamento y eso, pero bien.

12. Pues al principio me afectó mucho lo de mi cabello porque yo tomé muy resignada la enfermedad, lo que me afectó mucho fué la caída del pelo, lloraba mucho por ello, yo no salía a la calle, sentía que me veía muy mal, me daba pena, pensé que se me iban a quedar viendo, pero ya después me puse la peluca, porque precisamente me daba pena.

13. Pues si me siento mal y extraña, los envidio en cierto modo porque a veces me pregunto porqué yo, no, si hay tantas personas Yo quisiera ser ellos, los que están sanos y veo muchas veces a personas bien humildes y yo en ese momento preferiría ser esa persona y no tener lo que tengo.

14. Sí, la verdad sí porque hay momentos en que me entra mucha depresión, no siempre porque trato de reanimarme, pienso que el estado de ánimo cuenta mucho en la enfermedad porque lo he visto, pero yo hay veces que necesito alguien con quien desahogarme

porque me dan muchas ganas de llorar, simplemente es eso ganas de desahogarme y que sintiera la demás gente lo que etoy sintiendo yo para que me pudieran entender. Ahora quisiera estar mucho tiempo con mi hijo y mi esposo, aunque no puedo pero siento las ganas de hacerlo, la hospitalización es la que nos hace sentir así, estar aquí encerrado, uno no tiene que pensar más que en la enfermedad y hay veces que uno piensa tantas cosas feas de la enfermedad.

15. Pues cuando no toy deprimida normal, pero los días se hacen muy largos, salgo a veces a tomar el sol para distraerme, me acuesto, veo la televisión, oígo el radio y ya pasa el día, pero cuando esta uno deprimido o en efectos de quimioterapia a veces se siente horrible, se siente muchísimo más largo el día, se siente uno muy mal pero pasa.

CINCO ENTREVISTAS, ELEGIDAS AL AZAR, QUE SE EFECTUARON A PACIENTES CON CANCER EN EL HOSPITAL CENTRO MEDICO

SUJETO No 2  
Sexo: Masculino  
Edad: 29 años  
Edo.Civil: Soltero

I. SALUD DEL PACIENTE

1. Desde octubre estoy, entré aquí el 7 de octubre y salí hasta el 6 de noviembre, pues me aventé un mes aquí completo, bueno casi, relativamente no, ya por un día fué completo al mes.

2. Fue de un tumor que tuve, como se llama, parte de un testículo se me hizo el tumor en el vientre, estuve muy grave, estuve muy gravísimo, y por medio de la Quimioterapia pus me tuvieron que pus reducirlo, porque cuando me quisieron meter la primera sonda, no me entraba sino que el mismo tumor estaba tapando y pus no podían y me lastimaron la primera vez, pues ya la segunda vez cuando vino la doctora, ella fue la que me puso la sonda, pero yo ya no quería tener nada y ya sobre de éso, empecé a desechar mucho líquido como, se me estaba, yo ya el agua la sentía hasta los pulmones, un gorgoreo aquí, pero fuerte que luego me vino tos y yo ya sentí que no aguantaba todo eso.

3. Pues ya ahorita me he sentido mejor, ya ahorita ya lo que me dijeron los doctores dicen que ya no tengo nada, ya que mis tumores tanto en los pulmones como en el vientre ya se desaparecieron, que la última topografía que me hicieron que ya salí limpio y en las radiografías también solamente, que solamente que nada más sea esta sección, ésta, la que sigue sea de terapia y ya de ahí me van a revisar, pura revisión nada más. Un poco de cambios he notado en mi cuerpo, me han dicho que ya me veo un poco más joven, que no aparento, como se llama, la edad que tengo, verdad, se supone que tengo 29 años y me dicen que tengo de 25, 26 años. Fue una reacción fuerte, ellos como pues, es como si me estuvieran perdiendo ellos y todo eso y sí, el tiempo que estuvieron aquí conmigo pues no los hacía que se desesperaran para nada.

II. AMBIENTE SOCIAL

4. Nadie ha cambiado, toda la gente sigue, tanto mis hermanos como mis amigos han sido iguales; no han cambiado ni yo he cambiado para con ellos tampoco. Es muy amable el trato, me

quieren bastante, me dicen: héchale ganas, tanto ahora que voy al trabajo, me dicen: ya cuándo vas, ya cuando vas a estar por acá no, perenne tantito, ya les digo para cuándo, para cuando, y ya solamente así y es la distracción que luego a veces tengo, por ahí en el trabajo, de visita nada más, y ya ellos son los que me alientan también, ya héchale ganas, ya te queremos ver por acá y todo eso, ya, ya también quieren que esté trabajando, es por eso que ya quieren que me vaya para allá (el paciente sonríe por su comentario).

5. Sí, si están al tanto, todos están al tanto porque hay que informarles, osea las actividades que hace uno, por ejemplo, para ser independiente hay que consultarlos, sabes qué, que ya no quiero estar aquí en la casa, mejor me voy a ir a vivir a tal parte o cualquier cosa, estar al contacto para que no haya un problema ahí.

6. Pues ya ahorita ya dejaron todos de venir, como ya pasó el peligro y todo eso, ya nomás lo único que hacen es hablarme por teléfono y cómo me siento; pero antes sí, cuando estuve bien grave, que fueron cuatro días bien graves y que toda mi familia estuvo aquí y ya, vieron que ya me compuse, que ya me reestablecí ya muy bien y todo eso y entonces sí dejaron de venir, y como se llama, y ya nomás me hablaban por teléfono, ya por medio del teléfono me decían cómo me sentía pues les contestaba como me sentía y todo.

7. Pues ahora si qué cambios, no me he dado cuenta si, no me he dado cuenta, pero yo creo que sí debe haber. Me trataban bien aunque me están cuidando aquí, mi mamá se queda o mi papá, cualquiera de los dos se queda o a veces mis hermanos se quedan, uno de mis hermanos, que es el tercero de los hermanos, es el que luego a veces me ayudaba aquí, a quedarse; y sí, sí había cambios, sí, los mandaba a que a veces se fueran a descansar un poco, porque luego los veía muy agotados, entonces decía: no pus sabes que vete a descansar, mándame a chucho o a mi papá, o cualquier cosa para que se fueran a descansar. Los cambios, por ejemplo, fueron en acercamiento más de como se llama, de mi familia, había una distancia un poco retirada entre mi familia y yo y ahorita pus creo que hay ya un poco más de distancia más cercana.

8. Mmm bueno, había un doctor con el que no la llevaba, puesto que le preguntábamos y según nos decía que estaba bien, que estaba grave, osea no teníamos respuesta a nada de esto, sino que teníamos que consultarlo con los otros médicos, que nos veían como andábamos y todo eso; tuvimos muchos problemas con este doctor, tuvimos muchos problemas con él y hasta la fecha, no nos hablamos y ni nada, sí nos saluda nos saluda de vez en cuando, sino cuando quiere. El doctor se creía creer mucho aquí, él quería ser hora sí el potente, estar aquí, nada más lo que el

decía , eso era lo que tenía que hacer, pero pues luego a veces le preguntábamos y no nos decía, y le preguntaba mi mamá: cómo sigue mi hijo y le decía: pus hay va, hay va saliendo o está muy grave. Y nada más, pero qué tiene, no, no daba ninguna explicación, sino nada más así, así nada más así lo hacía. Cuando me iba a dar un tratamiento y luego cuando él me quizo sondear yo le dije que no, le dije que yo ya no quiero nada, porque yo ya estoy fastidiado, osea yo ya no quería que me tocara y que no me hiciera ya nada porque me sentía muy débil, ya bien cansado, me daban tantito así un raspon en las piernas o en las manos y sentía que todo el cuerpo me dolía, todo el cuerpo así me dolía; entonces fue cosa que mejor estuvimos preguntando, por medio de la doctora y algunos doctores más, sobre de ellos les pedimos información de qué es lo que me estaba pasando, más para mis papás, para que vieran como iba, luego llegó un momento en el que le preguntamos a uno de los doctores sobre mi estado y le dijeron a mi papá que yo ya no amanecía, osea que yo ya no amanecía y fueron de esos cuatro días que estuve muy grave, que fué un domingo exactamente, para amanecer ya el lunes. Yo ya no sentía nada, ya fue cuando me dejé desvanecer y ya dije Dios si me vas a recoger, recógeme de una vez, y no, parece que al 25 para las 5:00 que fué cuando reaccioné porque me levanté así de rápido y hasta se espantó la enfermera que me estaba atendiendo osea, se espantó y así entre ojos nomás le alcancé a preguntar la hora, dije: ha bueno entonces me voy a seguir durmiendo y así como me levanté, así me dejé caer y me quede ya dormido hasta la tarde, que fué cuando reaccioné ya bien, ya, ya, ya, había pasado un poco el peligro, el tumor ya se había desvanecido bastantito y todo eso.

9. Dudas casi no, porque ya se más o menos de dónde provino y cómo se formo todo eso, según ellos pudo haber sido de un golpe que me haya dado, pero pus eso de que uno nunca se acuerda de los golpes. La información no me la daban de lleno, sino más o menos así para no alarmarme tanto y no alarmar también a mis papás, cómo era el tumor, porque si de por sí el tumor era todo, todo, todo mi vientre, era todo hasta la espalda, sentía dolores; si el dolor no lo tenía aquí no me daba aquí, sino me reflejaba en los riñones y pensaba que eran los riñones y no, así fue como empecé con un dolor en los riñones y no era de eso, era del vientre y es que desde Septiembre estoy en el hospital, desde septiembre hasta la fecha que me operaron de la péndice, luego del testículo, luego ya de ahorita el tumor que me lo están bajando ya con la quimioterapia. La doctora es la que me ha sacado de dudas, ella nos enteraba de cómo iba mi ovulosa, ella era la que nos decía pus sabe qué, que su hijo está bien , ya vi su expediente está muy bien y salió bien en sus pruebas y todo éso, los demás doctores pus no, no nos decían cómo iba. Luego íbamos a onco ahí me decían una cosa, cuando iba acá, me decían otra cosa, pus yo ya ni sabía a quien creerle, no me decían aca, pus todavía tienes por hay unas particulillitas chiquitas que tienes ahí en tus pulmones, llegaba acá no pus sabes qué, que ya tus pulmones están bien, pus entonces a quien le hago caso, hasta que ya cuando me

dijeron sabes que ya estás limpio por completo, la topografía salió muy bien, ya se de ciso tu tumor, nomás ahorita vas a hacer ésto, ésto de quimioterapia y la que sigue va a hacer de refuerzoya de aquí, a como se llama a pura observación. Ya la observación pus no se cuánto tiempo va a hacer verdad. Necesité tal vez quimioterapia pero ya no al mes, sino que puede ser a los dos meses, tres meses o un año completamente, ya no va a ser continúa como antes la tenía, que era muy seguido pus como a los quince días me toca, si de por sí no tengo venas pus se me acabaron de volada, rápido se me acabaron las venas. Nos dieron un folleto las enfermeras acerca de la quimioterapia, tuve algunas dudas pero luego ya me explicaron, más bien mi papá me lo empezó a leer y él fue el que me estuvo explicando de la quimioterapia, que es lo que se debe, que es lo que no se come y todo éso y me lo empezó a explicar. Le correspondía al médico, pero te digo que los médicos de aquí son muy, no sé, el médico que me atendía era muy apático completamente y que no quería dar información adicional, hasta que no consultamos con las señoritas, con las jefas que fueron las que nos dieron los folletitos, ahí nos enteramos qué era la quimioterapia, solamente así.

10. Pues con algunos bien, como le decía y con otros no, había veces que unos doctores nos hablaban y luego no.

11. Pues bien, si es un cotorreo a todo dar que hacemos, pero más, más en las mañanas, pues en la mañana conocí a muchas enfermeras, pus hicimos buenas amistades, buenas amistades, buen cotorreo que nos hechamos y todo eso.

12. Pus mira de eso lo que me ha afectado, sería la cuestión de las operaciones porque pus yo antes era una persona sana y de repente salí así, con dos operaciones y luego la quimioterapia pus es muy duro, estar desde septiembre a la fecha, pus es bastante duro para uno, lo que ya quiere decir es que ya sea la última, ya por completo, ya no tener más. Luego bajas ya no quieres pensar en que ya, ya no te quieres enfermar porque entonces volverías a estar por el mismo problema y lo vuelves a analizar y vuelves a recordar todo lo que te pasó anteriormente y eso es lo que ya no quiero yo, osea estar recordando todo, si hora el mes que estuve descansando pus hasta pelo ya me había salido y todo eso y si pus ya se me habían acabado mis venas, ya no quería nada, yo no quería nada pus me tuvieron que meter catete, en dos días me acabaron mis venas con la quimioterapia, más bien no fue con la quimioterapia sino la primera vez fue con la quimio y la segunda vez fue a puro piquete, qué piquetes aquí, tenía todo morado pus aquí traigo la cicatriz del catete de que me entró y luego la persona ésta que me la hizo, me la hizo a los cinco sentidos sin nada de anestecia, yo creo que con eso se quizo desquitar ahí, hasta ese día hasta los labios me abrí de que me mordí tan fuerte, él, el que me puso el catete, como entra así en diagonal en catete, pus era una aguja de este tamaño

híjoles pues sí me dolio, pero hasta el alma, pues sí me tuve que aguantar, pues me dijo: nada más un piquetito, un piquetito y pras, púmbale, sacaba y otro piquetito, pero no me dijo nada, nada más me dijo vas atener un piquetito y ya.

13. Pus osea yo estar en su lugar de ellos, osea estar sanos, ya no estar encerrado, estar como ellos (Su voz temblaba y sus ojos se pusieron rojos), estar como esas personas sanas, que has de cuenta como si estuvieran en libertad y eso es lo que yo ya quiero; yo quiero estar así en libertad, ya para poder abandonar todo esto y que ya no sea desesperante. Afuera veo a personas obesas y digo: a mí como me gustaría estar así, caray qué se siente no, o ser también delgado y no tener ninguna enfermedad, sino estar como ellos, completamente sanos, esa sería la cuestión que yo ya quiero, estar hechando afuera relajo, trabajando o irme a divertir, cualquier cosa haría no, actividades, ya todo normal.

14. Pues sí, yo digo que sí porque sería una cosa de que hay que escuchar, pues otras personas tienen mayor experiencia que te pueden aconsejar y ayudar y sobre de eso tú captas qué es lo bueno y qué es lo malo y si te conviene lo puedes hacer y si no te conviene; ellos más o menos te orientan como se hará y todo eso. Cuando estuve muy grave sí necesité la ayuda psicológica, porque no quería, no podía creerlo, no lo aceptaba y me ponía y me sentaba en la orilla de la cama y era de que temblaba, pero temblaba, así que era de desesperación y luego, luego les decía sabes qué: que me estoy desesperando y me estoy desesperando y cuál que me decían que calmate, entonces fué cuando vino la psicóloga y fué la que me ayudó, y con ella sí lloré bastante, pero fue un llorar de que me desahogue por completo todo lo que tenía por dentro y ya sobre éso me calmé, ya me calmé; antes no podía ni oír la radio, no podía ni asomarme a la ventana, porque yo viendo personas haya a bajo y yo estar acá arriba no lo podía creer y ese fue el motivo de que me pusieron a la psicóloga, para que yo pudiera reaccionar, en el movimiento de todo ésto acepté un poco más la enfermedad.

15. Pus mira ahorita por ejemplo, sí me desespero un poco porque ya cuando veo el día de mañana que ya voy a salir, ya me estoy desesperando; lo que hago es que me duermo un ratito, veo la tele o oigo la música para no pensar en que todavía me falta mucho por salir, voy contando los días, hay ya mero no faltan tantos, hay ya me falta ésto; ahorita ya me estoy tranquilizando, ya se que ya al rato se termina ésto, ya ahorita vamos más de medio día, ya se anochese y ya mañana salgo temprano. En las mañanas pus, si es pe. dísimo porque cada ratito preguntaba la hora, a qué horas son, y pa qué quieres, no pus nada más pa saber; y si se me hacía eterno el día, pus ya llegaba el medio día y pus me dormía un rato, sentía que dormía bastante pero el tiempo no avanzaba, sino seguía igual, y así, así me la estuve pasando, durmiendo en ratitos o caminaba no más de aquí al pasillo pa no desesperarme

tanto, y ya caminaba, me sentaba y todo eso. En las mañanas me desayunaba, bueno luego ya comida de contrabando, le decía a mi mamá: traeme porque es que la comida de hospital no me gusta es que tiene un sabor muy raro, le decía: no traime de afuera porque no, no, no me pasa el agua, ni la comida verdad. Casi por lo regular les pido fruta y sí, éso es lo que me han traído, pura fruta; en la mañana, en la tarde y en la noche pura fruta lo que como; nomás se llega la hora de dormir y acostarse y ya, hasta el otro día, la misma rutina otra vez, lo mismo estar aquí sería lo mismo, no se puede uno salir, bueno sí salimos pero a caminar aquí un ratito en el pasillo y ya, pero no hay más, no puede uno salir y entrar a la hora que quiera uno y no, entonces no se puede.

SUJETO No 7  
Sexo: Masculino  
Edad: 24 años  
Edo. Civil: Soltero

## I. SALUD DEL PACIENTE

1. Apenas ayer ingresé al hospital.

2. Ahorita estoy en un tratamiento que se llama quimioterapia; desconozco un poco lo de mi enfermedad, el doctor no me ha dicho hasta ahorita qué es lo que tengo, simplemente me internaron, algo me explicó pero no como yo quería, más profundamente qué es lo que yo realmente tengo, lo único que me señalaron: ésto es el tratamiento y ya.

3. Pues ahorita estoy un poco mejor, claro cuando ya comienza lo del tratamiento es cuando ya me empiezo a sentir un poco mal, pero de hay en fuera bien. Puedo decir que ésto es muy triste, estar internado es aburrido, encerrado no es nada de cómodo, me siento deprimido no sé qué hacer. Desde un principio a mi familia les dije mi problema y todo esto; estuve en tratamiento particular y el doctor me recomendó cirugía busque ayuda y de ahí me pasaron al tratamiento éste. Pues mis familiares todos saben y lo han tomado un poco triste, pero me apoyan.

## II. AMBIENTE SOCIAL

4. Pues realmente todo ha sido normal, la amistad siempre ha seguido, también mis amigos y me dicen que hay que terminar con éso y seguir el tratamiento.

5. Sí, me vigilan todos mis movimientos, se preocupan en este caso y ellos son los que me están insistiendo de que hay que ir a la cita, que ésto y que el otro, sí se interesan bastante, ellos son los que influyen para determinar algo sobre mi persona.

6. Sí, me visitan mis tíos, parientes de mi papá, inclusive cuando no pueden venir aquí, llegan a la casa preguntando por mi.

7. No, en verdad no han cambiado, sólo se han acercado más a mí.

8. Solamente los doctores deciden, como había mencionado hace un rato, en mi caso me mandaron hacer mis estudios y me dijeron: sabes qué te vas a internar y allá te decimos qué es lo que tienes y cosa que no; osea, inclusive al doctor le pregunté y no me dijo nada, le pregunté cuántos días voy a estar aquí y dice: tú no te preocupes traite una tele, traite esto y esto, pero realmente no me dijeron nada, ni tampoco después de mis estudios me dijeron que era lo que yo tenía realmente. Yo ignoro porque me lo están negando, simplemente fue su decisión de hacer este tratamiento sin tomarme en cuenta no. Algunas cosas yo las se por un doctor que, por ejemplo, me dijo de las consecuencias de la quimioterapia, como son las náuseas, vómito, la caída del pelo, entre otras cosas. Pero el doctor que me atendió aquí me dijo que me iba a informar ya cuando estuviera internado pero hasta ahorita no se.

9. Sí, tengo muchas dudas, como cuál es mi estado, yo es lo que quisiera saber no, porque yo pense que después del estudio que me hicieron me iban a decir que es lo que tenía, pero no.

10. Pues muy poca relación porque nada más llegan a preguntar cómo estás, cómo te sientes de tu organismo y dicen bueno pues nos vemos al rato y eso es todo, falta comunicación.

11. Mmm, pues con las enfermeras con las que estamos más en contacto, ellas son las que nos dicen esto es para esto o va a suceder esto y esto, cómo te sientes o si hay dolor; es con ellas realmente con las que tenemos más contacto.

12. Pues más que nada sería físico, pues normalmente con mi familia estoy bien, pues más bien sería un poco penoso no, osea eso de salir con los amigos ya sería más penoso no, que me vieran así como estoy.

13. Pues me siento un poco deprimido y dice uno: hijoles quisiera ser como ellos, pero pues ni modo no todos somos iguales, pero sí hay un poco de influencia psicológica, se podría decir que al ver a los otros sanos, eso duele que tú no lo estés, uno no acaba de preguntarse el por qué.

14. Sí, es lo que más quisiera, que se me tomara en cuenta como a una persona y no sólo que se tratara mi enfermedad, porque a veces tú quieres platicar con alguien distinto de tu familia que te aconseje que hacer y no te sea más pesada la enfermedad.

15. Pues la verdad me siento deprimido, de pensar cuántos días voy a estar aquí y también me fastidia el suero que es un poco

incómodo, pero yo mismo me tranquilizo. Me la paso leyendo unas revistas, cuentos, escuchando un poco de música pero es muy desesperante y un poco aburrido. Me siento deprimido, me levanto, me voy a bañar, regreso, desayuno, oigo música, leo un poco para no aburrirme.

(la madre del muchacho comentó los problemas por los que atravesaron en el hospital para poder internar a su hijo, la falta de camas, las tres veces que fueron regresados por tal motivo, la falta de información de los médicos para con ellos respecto de la enfermedad, entre otras cosas).

SUJETO No 8  
Sexo: Masculino  
Edad: 18 años  
Edo. Civil: Soltero

## I. SALUD DEL PACIENTE

1. Desde mayo del año pasado del 91, he salido pero por motivos de mi tratamiento he tenido que estar viniendo constantemente aquí; vengo aproximadamente tres semanas de cinco días y hasta ahorita van nueve sesiones y ahorita llevo dos días.

2. Porque tengo un problema en el pulmón, un tumor, es el diagnóstico que me dieron los doctores.

3. Actualmente de salud bien, con un poco de molestias que causa la quimioterapia como son náuseas, dolor de estómago y con otras reacciones que no son muy, muy agradables al principio. Cuando estoy en casa, una vez saliendo del hospital, me siento un poco deprimido, un poco triste y luego pasan cinco días y me siento normal, como antes y una vez que me vuelven a dar cita me pongo triste porque ya son bastantes sesiones las que me han dado y pues me pongo triste y deprimido. La relación que tengo con mi familia es muy bonita, bueno porque me han apoyado siempre, me han dicho que le heche muchas ganas y con mis amigos igualmente, me apoyan moralmente a que le ponga muchas ganas al tratamiento.

## II. AMBIENTE SOCIAL

4. Sí, han cambiado bastante, principalmente por quererme hacer sentir bien a mí, como por ejemplo, invitándome al cine, a ver partidos de fútbol; se han acercado bastante a mí, aunque siempre lo han hecho, con este problema aún más. El trato ha sido de mucha comprensión y apoyo; más que nada también he visto cambios en el trato de mis tres hermanos, antes eran un poco pesados conmigo porque a veces no nos llevábamos bien y ahora ya no es tanto ese problema, ahora con mígo nadie se mete, no me dicen nada.

5. Pues a veces yo he sentido que sí me sobreprotegen, pero yo creo que está bien en lo que hacen porque muchas veces, cuando salgo de mis tratamientos, yo quiero hacer muchas cosas y me pongo mal; me han hablado de lo que yo debo de hacer, lo que está bien y todo es, se han preocupado mucho, principalmente mi mamá.

6. Pues no, no han dejado de venir, bueno la mayoría viene y los otros no vienen porque se mudaron a Monterrey, mi abuelita vive

en el Estado de México viene a verme sólo cuando tiene tiempo esté yo hospitalizado o en mi casa.

7. Claro que sí, en las atenciones con respecto de mi alimentación, con respecto a su apoyo moral, como ya le dije, me han dicho que le heche ganas. Antes el ambiente en mi casa era pesado por los problemas, en mi caso económicos, que afectaban a mis padres y a mí.

8. Ellos me han dicho los tratamientos, me han dicho que puedo seguir con la quimioterapia o con la radioterapia tal vez, me preguntan que cómo me siento.

9. Pues la verdad no sé que es la enfermedad que tengo pero sí la siento, la siento, siento el problema que tengo, la verdad no se que es en realidad, qué es un tumor y también quisiera saber cuántos tratamientos más me van a dar, que cuándo me van a operar. Ahora sé las ventajas y desventajas de la quimioterapia porque ya llevo nueve sesiones y radioterapia no se en qué consista, pero yo creo que es mucho mejor la quimioterapia. No me han hablado nada de la radioterapia.

10. Tengo una relación buena, muchas veces he tenido algunas confusiones con algunos doctores, pero siempre se han arreglado. Son confusiones, muchas veces yo le hablo de lo que siento o lo que quiero y tal vez ellos no me entienden o yo no los entiendo a ellos y no nos ponemos de acuerdo a veces.

11. Pues bien, algunas enfermeras son para mí algo molestas porque no cumplen con su trabajo como debe de ser, pero no todas. No cumplen porque muchas veces, por ejemplo, yo tengo las venas de mis brazos muy resentidas, les pido por favor que me pasen el medicamento por medio de disolución por un aparato y unas si me lo ponen ahí, pero otras me la ponen directo a la vena y ya me duele bastante.

12. Pues en todo, osea yo antes era algo presumido con mi forma de ser, me gustaba tener peinados modernos y ahora como que tuve un pequeño trauma, no quería que me viera nadie, no quería salir de mi cuarto, pero ya después con el tiempo me fui adaptando yo. Mis cambios físicos han sido bastantes, he adelgazado muchísimo, por la enfermedad y con respecto a mi familia me he acercado más a ella y ellos a mí.

13. Pues yo siento muchas ganas de salir adelante para poder estar como ellos; emocionalmente me encuentro decaído cuando veo a las demás personas por las calles, por mí no, pero cuando estoy en mi casa me tranquilizo más.

14. Sí, ayeces cuando uno se siente deprimido o decaído es bueno tener a alguien para desahogarnos; mucha gente me ha hablado y también personas que tienen tumores y la verdad uno siente bién de que le digan cosas buenas, que le den ánimos a uno., así uno se siente bién definitivamente.

15. Pues en la mañana tuve vómito y después del desayuno también y eso no me hace sentir mal; me baño, trato de pensar cosas agradables y no dejo de pensar en el día que me vayan a dar de alta y todo eso, ayeces me para con mi tripie a caminar y me recuesto, me siento, como, ceno y me acuesto, etcétera.

SUJETO No 9  
Sexo: Femenino  
Edad: 31 años  
Edo. Civil: Casada

## I. SALUD DEL PACIENTE

1. Aquí tengo aproximadamente dos meses.

2. Ingresé por la quimioterapia, me detectaron un tumor en un ovario, entonces me hicieron tres operaciones y de la última operación ya me mandaron directamente aquí. Aparentemente creo que todo esta saliendo bien, pero uno pierde la cabeza, uno pierde la calma y es muy difícil aceptar que tengas una enfermedad que pues es difícil o imposible de curarse, entonces el primer golpe es muy duro, lo primero es el aceptar de que tienes esa enfermedad, para mí fue muy difícil el aceptarlo, pero ahora ya estoy en ésto y me he sentido mejor, pues lo he intentado superar poco a poco con la psicóloga, porque al principio no lo acepté, sí me deprimí y completamente me deje al abandono, me dormía todo el día, no quería saber nada y abandoné a mi hija, le deje toda la responsabilidad a mi esposo, entonces ahora que me he sentido mejor, que el tratamiento va bién, que es 100% curable pues eso me ha dado ánimo.

3. Ultimamente me he sentido mejor; he tratado que cada vez que salgo de un tratamiento pues me voy a Oaxaca, que es de donde vengo, entonces eso es como una terapia para mi no, entonces esa es una de las cosas que creo que me ha servido para sentirme mejor. Para mi familia fue un golpe en el que al principio pues no lo aceptaban, porque dicen: cómo es posible que si estaba muy bien, que no le dolía nada, que en fin, una serie de cosas; entonces cuesta trabajo aceptarlo, pero terminas por aceptarlo porque es la realidad, entonces eso es lo que ha pasado con mi familia si.

## II. AMBIENTE SOCIAL

4. Mira yo realmente soy muy poco sociable, entonces a mis amigas como que las tengo contadas, entonces han sido las mismas no ha habido cambios, yo no he visto que hayan cambiado, osea me dan ánimos, que por mi hija tengo que superar ésto, que tengo que salir; entonces lo que si he visto son cambios en la familia de mi esposo, que uno de mis cuñados como que me ve diferente, como pobre no y eso es lo que no me gusta, es la única persona que he notado y que no me ha gustado su actitud hacia mí. Después de la enfermedad me empezó a ver con lastima, como diciendo pobre, como está de enferma, a lo mejor hasta se va a morir no, qué se yo; esa es la única persona, pero de hay en fuera todos se han portado bién con\_migo y yo me siento muy agusto, no han

cambiado.

5. Ira yo siento que sí, y muchas veces he querido decirles que, por ejemplo voy caminando y me quieren ayudar así como si me fuera a caer no, yo si puedo hacerlo sola, que me siento bién, que puedo caminar yo sola; son demasiadas atenciones las que tienen para mí y muchas veces me molesta, aunque yo se que ellos lo hacen con la mejor intención, pero me hacen sentir inútil, que no puedo hacerlo yo sola. Hubo un principio en el que si me tenían que voltear de la cama porque yo no me podía mover para nada, entonces si no me disgustaba que no hicieran porque no podía, pero ahora, que yo puedo hacerlo sola, me siento mal, aveces si les digo que ya no es necesario que me ayuden, que ya no necesito tanta ayuda como la que me quieren dar.

6. Las personas que pueden venir, que no tienen tantas obligaciones vienen y las que no pues se dan sus vueltas cuando pueden; tengo unas tías aquí en México que son solteras y ellas son las que me vienen a visitar constantemente no, además yo vengo para un tratamiento nada más y no porque este yo enferma, así las personas que vienen a verme son para acompañarme y no por algo específico.

7. Fue mucha preocupación, al principio fue un caos no, yo si note al principio que hubo muchos desconciertos en la familia si, pero ahora se ha ido superando poco a poco y ya lo hemos tomado de otra manera sabiendo que si hay cura. No ha habido ningún cambio más.

8. Me dicen los riesgos que puedo tener, lo que me van a hacer, las ventajas que tengo.

9. Pues si, si tengo varias dudas no, lo que pasa es que cada vez que voy a consulta trato pues de que el médico me saque de ellas y así he logrado poco a poco, preguntándole yo, que me saquen de mis dudas.

10. Bueno es que como realmente vienen poco, bueno el médico que me está atendiendo, viene por las mañanas, viene a ver como estoy, las molestias que tuve, viene a dar indicaciones y ya.

11. Es buena, yo tenía la idea de que las enfermeras eran unas autoritarias, pero no, al contrario, se portan muy amables, con una son muy atentas y sí me llevo bien con ellas.

12. Lo que más me ha afectado es la relación que ha habido con mi

familia, con mi hija, con mi esposo; con mi hija que me he alejado de ella debido a la enfermedad, hasta hubo un momento en el que como le dije, me deje deprimir y me dejé caer, yo ya no platicaba con ella, a veces se acercaba y yo la alejaba de mí, ahora ya que como que convivo más con ella, pero eso fue lo que más me afectó, ese tipo de relación con mi familia.

13. Bueno pues yo me veo y veo a los demás y digo: quiero estar sana completamente como ellos, yo ya no soy la misma, me siento distinta a las personas normales.

14. Sí la necesito, a mí me estuvo atendiendo la psicóloga del hospital y cuando platicaba con ella me sentía muy bien, sentía una tranquilidad.

15. Me la paso aburrida, trato de no pensar en la situación con mi hija; pienso que nada más van a ser cinco días y ya voy a salir, pienso que el día no se me va a ser pesado, porque todavía me falta mañana y entonces día a día así me la paso.

SUJETO No 20  
Sexo: Femenino  
Edad: 31 años  
Edo. Civil: Casada

## I. SALUD DEL PACIENTE

1. En esta ocasión, ayer 26 de febrero, el primer internamiento fue el año pasado.
2. Tuve un problema tumoral, que es un linfoma y entonces me están tratando.
3. Bien, me he sentido bien de mi enfermedad; al principio pensaba por qué a mi, es difícil aceptarlo pero poco a poco lo vas superando y actualmente como mis placas salieron negativas ya estoy más tranquila. Al principio fui impactada por la sorpresa porque me preocupaba y más por mis hijos y la pregunta por qué yo, si era muy sana, muy deportista, muy todo no, pero aceptarlo es lo difícil. Para mi esposo y familiares más cercanos fue muy impactante pero recibí apoyo, fuerza moral de todos ellos.

## II. AMBIENTE SOCIAL

4. No, solamente las he encontrado más interesadas, me preguntan como estoy pero me siguen tratando igual, bueno siento que son un poco más de consideraciones y de más ayuda.
5. Sí, si son sobreprotectores, realmente intentan que no me moleste en nada que todo me lo procuren ellos realmente, por ejemplo, no bajas a comer y me suben, no tienden las camas y las tienden ellos, pero poco a poco le he estado diciendo que yo lo puedo hacer.
6. La mayoría cada vez que me llegó a internar me visitan, mi esposo, hermanos y padres.
7. No, sólo un poco más cariñosos y atentos, es que de por sí nosotros hemos sido muy unidos.
8. Bueno es que aquí no es mi opinión sino que es la de ellos porque es un caso tan definitivo, más bien yo les pido su opinión de como vamos, pero yo no puedo dar mi opinión porque desconozco totalmente esto.

9. Al principio tenía varias dudas como qué tratamiento me iban a dar, qué reacciones podía tener con el tratamiento, la duración del tratamiento, si la enfermedad era curable con el tratamiento o sólo servía para prolongar la vida un poco más y ya poco a poco he preguntado a los doctores, sin embargo, me gustaría saber si la enfermedad puede volver a surgir porque ya estoy como paciente asintomático, pero no se si pueda volver a surgir, cuándo, en qué forma, en qué condiciones, esas son las principales dudas no.

10. Pues muy buena.

11. También muy buenas, saben lo que estan haciendo.

12. Más bien el cambio de mi vida, ya no puedo llevar una vida rutinaria como antes, ello me ha desconsolidado y afectado emocionalmente, el hecho de que no puedo contar conmigo misma en un tiempo para hacer mi vida normal no. Mi cambio físico también me ha afectado, pero pienso que voy a volver a como era antes.

13. Angustia y envidia verdad, definitivamente porque ellos están sanos y yo no; anteriormente llegaba a la casa y no me pintaba, me sentia como un trapo viejo en una esquina no, pero después me arregle, pero es muy difícil, muchas veces necesita uno gente que le ayude a uno a saber que esta pasando, darnos ánimo. Pero en un hospital es muy difícil tener la mente ocupada en otra cosa que no sea la enfermedad y todo lo que se relacione con ella; sólo puedes ver quien entra y quien sale, uno piensa muchas tonterias y aparte, es un lugar muy apresivo para la mente estar viendo otros casos, otras personas que muchas veces mueren y dice uno para allá voy o dice uno: mira esa señora parecida a mí o empieza uno a querer tomar en sí mismo personalidades de otras personas y uno debe de cerrarse al mundo para no ver éso, pero es bien difícil no.

14. Si, yo pienso que es bien importante, sobre todo en este tipo de lugares que le hechen porras a uno o que uno lo platique, decir algo más profundo, lo que sentimos, sacar todo y que nos orienten para irlo acomodando como rompecabezas para poder seguir una vida normal. Yo sentí mucha necesidad de ésta persona, pero no la tuve de una ayuda profesional pero si de muchas personas muy positivas y eso ha sido lo que a mí poco a poco me ha estado levantando.

15. Aburrida porque uno sólo se sienta, se acuesta, se levanta, veo la televisión pero no la veo en realidad sino que estoy en otra cosa, es muy tedioso el hospital y a veces muy angustiante; meto a bañar, comer y dormir, creo que es lo único que nos queda aquí. Quisiera tener una distracción, de qué generó, no lo se

exactamente verdad, pero alguna otra cosa que no haga pensar nada más en la enfermedad sino tener la mente ocupada en algo, porque el cuerpo está supuestamente bien, pero la mente no. Tener alguna otra ocupación mental tan siquiera porque muchas de aquí no podemos pararnos y eso sería muy sano para todos.

## RELAJACION PROFUNDA

La Psicología ha desarrollado técnicas que permiten contrarrestar los efectos inmunosupresores del estrés y la angustia, siendo la Desensibilización Sistemática (D. S.), una de las técnicas de la terapia del comportamiento más conocida, cuyo uso se ha hecho frecuente y de las que se ha investigado más. Los procedimientos básicos han sido detalladamente descritos por Wolpe y Lazarus (1966). El entrenamiento consta básicamente de tres etapas: a) Entrenamiento en relajación muscular profunda, b) Construcción de jerarquías de ansiedad, y c) Aplicación de procedimientos de desensibilización, desplazándose a lo largo de éstas, paso a paso, mientras se practican las respuestas de relajación (Yates, A., 1980; Bernstein, 1982).

EL entrenamiento en Relajación consta de sesiones de aproximadamente 45 minutos cada una, y dependiendo del sujeto, puede variar entre seis y diez sesiones. El hecho consiste en provocar que el paciente se relaje física y mentalmente, lo cual se consigue mediante una serie de ejercicios, en los que se tensan durante algunos segundos, diferentes grupos musculares, para relajarlos posteriormente.

Después se procede a elaborar las jerarquías graduadas de ansiedad, éstas pueden ser escenas reales o imaginarias, que provocan angustia o ansiedad, generalmente se elaboran junto con el paciente, y se les asigna una escala, por la cual se transita presentando los eventos menos angustiantes, si el paciente logra mantenerse relajado se continúa, hasta llegar a aquel que provoque angustia, se detiene la presentación de estímulos y se procede a relajar al paciente, en ese mismo orden se continúa hasta llegar al evento más estresante de todos y lograr que el paciente consiga llegar a la relajación.

Una vez optimizado el entrenamiento en relajación, y con la construcción de las jerarquías de ansiedad, se procede a la D.S.. El paciente se relaja y se le pide que visualice, de la manera más realista posible, el reactivo más sencillo de la escala, si el paciente es capaz de imaginarse la escena sin sentir ansiedad durante diez segundos, se presenta la siguiente escena. Si se llega a presentar ansiedad, la cual será mostrada mediante una indicación convenida entre el paciente y el terapeuta, se suspende la presentación de estímulos y se procede a la relajación completa, una vez logrado esto, se vuelve a presentar la escena con una duración más breve, por varias ocasiones, hasta que no se presente más ansiedad y pueda continuarse con las siguientes escenas, y así hasta que se puedan tolerar todos los reactivos (Bernstein, 1982).

Poco a poco se ha ido afinando más esta posibilidad terapéutica y en la actualidad, se considera que la Técnica en Relajación Profunda, por sí misma, puede detener los mismos

efectos, para determinados trastornos, que la D. S.. La literatura reporta estudios interesantes que informan sobre este hecho y que a continuación mencionamos.

En 1985, Kielcolt-Glaser y Glaser, propusieron la posibilidad de que por medio de intervención Psicosocial, se puede realzar la función inmune de sujetos de una población geriátrica. En este estudio sometieron a 45 residentes geriátricos, con facilidad para la vida independiente, a uno de tres protocolos : a) Entrenamiento en Relajación acompañado de hipnosis, b) Contacto Social y c) Sin contacto. Encontraron que el grupo sometido al entrenamiento en relajación, mostró un incremento significativo de la actividad de las células NK (Células asesinas naturales), y un decremento significativo en los títulos de anticuerpos al virus del herpes simple; además, hubo un incremento general de la estimulación de los linfocitos T a la Fitoheماغlutinina, con grandes cambios a bajas concentraciones de mitógenos. (DOCUMENTO INEDITO-LIC. SERGIO GALAN CUEVAS).