



SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LOS PROCESOS
PSICOLÓGICOS EN LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS REALIZADAS EN
EL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA DE LA
CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
ENTRE LOS AÑOS 2000 AL 2002



19
61





SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LOS PROCESOS
PSICOLÓGICOS EN LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS REALIZADAS EN
EL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA DE LA
CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
ENTRE LOS AÑOS 2000 AL 2002

JORGE ENRIQUE HERNANDEZ HAYEK

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2003

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO: 4030908

PRECIO _____

FECHA: 01-11-2008

C. _____

**SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LOS PROCESOS
PSICOLÓGICOS EN LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS REALIZADAS EN
EL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA DE LA
CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
ENTRE LOS AÑOS 2000 AL 2002**

JORGE ENRIQUE HERNANDEZ HAYEK

Informe final de Investigación

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMÓN BOLÍVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA**

2003



NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla D.E.I.P, Diciembre 2003.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, a mis hermanos y a mi familia por su respaldo y apoyo permanente, por su paciencia ante las dificultades. A todas aquellas personas que de una u otra manera participaron de este proceso, y a la vida por darme la oportunidad de vivir esta experiencia y alcanzar estas metas.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Adriana Altamar y la Dra. María del Socorro Lara por su apoyo en este trabajo.

Agradezco a todos los docentes, personal administrativo y directivo del Programa de Psicología, quienes durante varios años contribuyeron a mi formación profesional. En especial a la Dra. Luisa Osorio Villegas.

Agradezco a mi amigo Miguel Artel, y a su padre, el Poeta Jorge Artel, cuya inspiración hizo posible la fundación del Programa de Psicología.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	11
1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN	19
3. OBJETIVOS	22
3.1. OBJETIVO GENERAL	22
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. MARCO TEÓRICO	23
4.1. LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS	23
4.2. QUÉ SON LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS	24
4.3. CÁNCER PULMONAR	28
4.4. LEUCEMIA	30
4.5. CÁNCER DE SENO	31
4.6. ATENCIÓN MÉDICA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER	32
4.7. LA PSICOONCOLOGÍA: ABORDAJE DEL CÁNCER DESDE LA PSICOLOGÍA	35
4.8. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS CLÍNICAS DEL CÁNCER	39
4.9. SISTEMATIZACIÓN	51
4.10. INVESTIGACIÓN EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR	54
5. DEFINICIÓN DE VARIABLES	57
5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	57
5.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL	58
6. CONTROL DE VARIABLES	59
6.1 VARIABLE CONTROLADA	59
6.1.1 En las investigaciones	59
6.1.2 En el instrumento	60

6.1.3 En el investigador	60
7. MÉTODO	61
7.1. PARADIGMA	61
7.2 TIPO DE INVESTIGACION	61
7.3. DISEÑO	62
7.4. POBLACION	62
7.5. MUESTRA	62
7.6. MUESTREO	62
7.7. INSTRUMENTO	63
7.8. PROCEDIMIENTO	63
8. RESULTADOS	65
9. CONCLUSIONES	73
10. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	84
ANEXOS	87



LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Asesores de las investigaciones.	66
Figura 2. Tipos de Cáncer abordados en las investigaciones.	66
Figura 3. Enfoques de las investigaciones.	67
Figura 4. Sujetos de estudio en las investigaciones.	69

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A. Formatos de Sistematización aplicados.	88
Anexo B. Categorización de Resultados.	98
Anexo C. Modelo del Formato de Sistematización de informes finales de investigación.	107
Anexo D. Instructivo del Formato de Sistematización de informes finales de investigación.	111

INTRODUCCIÓN

La Psicología ha logrado ser reconocida como una ciencia, gracias a la permanente construcción de un cuerpo teórico que se ha generado por medio de investigaciones científicas que han permitido mantener una dinámica en cuanto a modelos teóricos y enfoques explicativos sobre la personalidad humana. La complejidad de su objeto de estudio, hace que la Psicología tenga sus propios métodos, herramientas y paradigmas (que comparte con las demás ciencias humanas).

La complejidad que implica abordar al ser humano, lleva a que los hallazgos, hipótesis, teorías y formas del quehacer teórico-práctico, sean distintas para cada continente, país, e incluso región. De allí se desprende que la ciudad de Barranquilla, por sus particularidades culturales, sociales, económicas y su gran diversidad humana, necesite construir una visión propia de su realidad humana, bio-psico-socio-cultural y espiritual. La investigación desde el Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar; está llamada a esa importante labor.

Dentro de esta compleja realidad, el cuerpo, lo biológico, afecta al resto de esferas del ser humano, y cuando se presentan las alteraciones somáticas, se altera el

equilibrio del conjunto. En este sentido, las enfermedades oncológicas ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad entre los factores asociados a la salud (aquellos que no se relacionan con la violencia social).

Al respecto, es posible citar una reflexión del Proyecto Educativo Institucional del Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar:

El desarrollo humano empieza a alterarse cuando las opciones comienzan a limitarse, cuando los individuos no tienen las condiciones básicas, físicas, psicológicas, sociales, culturales, políticas, económicas, que les permitan avanzar a estados más complejos del desarrollo, como son el mental y el espiritual; situación que se ve reflejada en el surgimiento de enfermedades físicas, mentales y sociales, en las cuales se encuentran comprometidos de manera directa e indirecta todos los individuos de la sociedad¹

Entonces, se observa como los procesos somáticos u orgánicos, en este caso específico, las enfermedades oncológicas, tienen consecuencias directas sobre el Desarrollo Humano, disminuyendo la calidad de vida y generando un deterioro progresivo que afecta también la *psique*, por lo cual se hace necesario que la Psicología aplique sus saberes y sus constructos teóricos en el abordaje de esta temática –lo que de hecho ya se está realizando, por medio de la Psicooncología–.

Esta investigación busca sistematizar las investigaciones del Programa de Psicología en la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, pertenecientes a la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia,

¹ CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR. Proyecto Educativo Institucional Programa de Psicología. Barranquilla. 2000. p. 151

específicamente al eje temático "Procesos psicológicos en la población diagnosticada con enfermedades terminales en la costa caribe colombiana", sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, realizadas entre el año 2000 al 2002. Esta sistematización se construyó partiendo de una revisión documental, en la que se aplicó un instrumento (Formato de Sistematización de informes finales de investigación, Anexo D); a fin de recolectar, ordenar y clasificar los principales aspectos de los estudios sistematizados.

Posteriormente, se realizó una descripción de los resultados de dicho instrumento y se elaboró una reconstrucción reflexiva, partiendo de la información recopilada en las conclusiones, para finalizar con los aportes y hallazgos que surgieron de dicho ejercicio, lo cual se examinó en las discusiones y recomendaciones. Con la sistematización de las investigaciones pertenecientes a la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia, sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas en el Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, se espera aportar elementos para generar nuevas investigaciones en esta problemática.

Además de lo anterior, otros aspectos metodológicos generales se describen brevemente a continuación. Esta investigación aplica un paradigma empírico - analítico, debido a que en ella se parte de documentos ya terminados (las investigaciones de grado seleccionadas), que constituyen el hecho fáctico a partir del cual se realiza la sistematización. En esta investigación se emplea un diseño

descriptivo, puesto que un paso inherente al proceso de sistematización es la descripción (llevada a cabo mediante la clasificación en categorías específicamente delimitadas) de los aspectos más relevantes de la experiencia sistematizada (en este caso, la investigación sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas)². Así mismo, la población estudiada se conforma de los proyectos de investigación que abordan el tema de las enfermedades oncológicas, 5 investigaciones de un total de 176 (según listados autorizados a Octubre de 2003), esto es un 8.95% de las investigaciones realizadas en el Programa de Psicología entre 2000 y 2002, esta población se obtuvo aplicando la técnica de muestreo no aleatorio intencional³.

² GATNER, Lorena. Taller de Sistematización. Buenos Aires: Nordan, 1988.

³ KERLINGER, Fred. Metodología de la investigación en las ciencias humanas. México: Mc Graw Hill. 1992. p 135.

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

La ciencia pretende dar respuesta a los interrogantes que el ser humano se ha planteado por siempre sobre sí mismo, los demás y el universo. En la evolución histórica de la misma, se ha generado un cuerpo de conocimientos en constante desarrollo y autoevaluación, por medio de procedimientos sistemáticos, exactos, y verificables.

Tomando en consideración el carácter dinámico y progresivo de la ciencia, surge la necesidad de llevar a cabo investigaciones que reconstruyan los saberes, hipótesis, hallazgos y prácticas en torno a los cuales, las comunidades científicas deben elaborar sus reflexiones. De estas consideraciones, se deriva la importancia de sistematizar el quehacer investigativo sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, en el eje temático "Procesos psicológicos en la población diagnosticada con enfermedades terminales en la Costa Caribe colombiana", perteneciente a la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia del Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, desde los años 2000 al 2002.

Además del aspecto académico-científico de estos planteamientos; debe considerarse también la problemática de los procesos psicológicos en las

enfermedades. El cáncer es una enfermedad que, en Colombia, ha tenido un ritmo de crecimiento sostenido (según estadísticas del instituto nacional de cancerología, entre 1960 y 1994, la tasa de mortalidad por cáncer ha aumentado un 28%). Debido a una multiplicidad de factores, entre los cuales se cuentan las precarias condiciones de los sistemas de Salud Pública y atención médica, procesos emocionales, cognitivos, conductuales, espirituales y sociales inherentes a las enfermedades, y la importancia de mejorar la calidad de vida de dichos pacientes para mejorar los resultados de las intervenciones clínicas, surge la necesidad de abordar, desde la psicología, esta problemática.⁴

La definición de sistematización es compleja y contiene múltiples elementos. Gran parte de la forma como se aborde el proceso de sistematización, depende de las razones por las cuales se lleva a cabo, y de los elementos que se pretende abarcar, contiene aspectos muy diversos, en una complejidad que logra resultados que pueden implicar informar, organizar, gestionar, investigar, elaborar y evaluar, entre otros propósitos. La Sistematización "... en primer término, pretende la recolección, la organización y la clasificación de aquella información que ha sido requerida y encontrada de acuerdo con el problema objeto de trabajo, para hacer posible una descripción coherente y ordenada de la práctica y la experiencia que se quieren interrogar"⁵.

⁴ FORERO RESTREPO, Martha. Psicooncología y Calidad de vida. En: Revista Colombiana de Psicología. Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. N# 8. Bogotá: 1999. p. 106.

⁵ VELÁSQUEZ RAMIREZ, Jorge Enrique. La sistematización: Espejo del maestro innovador. Cuadernos de Reflexión Educativa. Bogotá: Centro de promoción ecuménica y social –CEPECS–. 1991. p 8-9.

Además de esta consideración inicial, también se debe anotar que la sistematización implica una elaboración intelectual sobre aquello que se sistematiza; que tiene una triple finalidad: 1. Recuperar crítica y reflexivamente una experiencia o proceso determinado, 2. Fortalecer la visión y el proceso como tal de la experiencia sistematizada, mediante la retroalimentación sobre sus logros y limitaciones, fortalezas y debilidades, y 3. Brindar elementos que enriquezcan la reflexión teórica y metodológica del proceso o experiencia sistematizada.⁶

Y son las instituciones académicas quienes deben generar estrategias, herramientas y modelos orientadores de la praxis del psicoterapeuta frente al paciente oncológico terminal. La psicooncología es una rama muy reciente de la psicología, que se ocupa de este campo de estudios.

Estos antecedentes llevaron a la Decanatura del Programa de Psicología a convocar a un equipo de docentes y estudiantes de la misma, para adelantar un proceso de sistematización de las investigaciones en la línea de Desarrollo Humano y Familia, el presente proyecto se enmarca en esa propuesta, y pretende dar cuenta, en particular, del tema específico de los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas.

⁶ Ibid, p 12.

Partiendo de todos los elementos anteriormente enumerados, se llegó a un planteamiento del problema de investigación, que reúne los elementos que hacen parte de este estudio: ¿Cuáles son los elementos teóricos, conceptuales y metodológicos, en la aproximación al problema de los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, identificadas por medio de la sistematización de los trabajos de investigación de grado presentados entre los años 2000 al 2002 que abordan esta temática, en el Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar?

2. JUSTIFICACIÓN

La investigación es una parte vital del quehacer científico y académico. Es por esto precisamente, que el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior –ICFES– reconoce a esta actividad, junto a la docencia y a la extensión, como los pilares de la educación superior. En este sentido, se hace necesario hacer un recuento de los principales trabajos de investigación realizados en el Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar en la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia, sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, buscando con ello unificar saberes, paradigmas, hallazgos y prácticas, para generar una psicología que sea capaz de abordar la realidad de la comunidad en la que se desenvuelve esta Comunidad Académica.

La sistematización, por otra parte, es un proceso que pretende:

"en primer término, la recolección, la organización y la clasificación de aquella información que ha sido requerida y encontrada de acuerdo con el problema objeto de trabajo, para hacer posible una descripción coherente y ordenada de la práctica y la experiencia que se quieren interrogar. A partir de esta descripción, se elabora una reflexión crítica, con la cual se fortalece aquello que se ha sistematizado, describiendo sus fortalezas y debilidades, y aportando elementos que lo enriquezcan teórica y metodológicamente"⁷.

⁷ Ibid, p 12.

Por otra parte, las enfermedades oncológicas, debido a las implicaciones que tienen en todas las esferas de la existencia humana, deben ser abordadas de manera integral, pero a la vez, profundizando desde cada saber, –en este caso, el de la Psicología– para encontrar las mejores estrategias y herramientas en procura de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Existen procesos psíquicos innegables que se derivan de esta enfermedad, en cualquiera de sus manifestaciones, que afectan el desarrollo humano y la *psique* de quienes las padecen.

Por esta razón al sistematizar las investigaciones sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, pertenecientes al eje temático "Procesos psicológicos en la población diagnosticada con enfermedades terminales en la Costa Caribe colombiana" de la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia en el Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, se busca, por medio de un proceso previo de recolección, ordenación y clasificación, hacer una reflexión crítica sobre estas experiencias académicas, a fin de enriquecer futuros trabajos de investigación, y aportar elementos que enriquezcan y optimicen el abordaje psicológico de esta problemática. En cuanto al tiempo que cubren las investigaciones sistematizadas (del año 2000 al 2002), se determinó luego de revisar las investigaciones formalmente evaluadas y aprobadas (según listados actualizados a Octubre de 2003), considerando además que era pertinente hacer una primera aproximación al

proceso de investigación en el Programa de Psicología, a fin de contribuir a su continuo avance y fortalecimiento.

Este proyecto también es útil para el investigador, al aportar elementos para su formación profesional y personal, a partir de la descripción y análisis de estas experiencias investigativas y la reconstrucción crítica y reflexiva de las mismas, a la vez que le permite enriquecer su experiencia académico - teórica en este campo, y obtener nuevos elementos para construir un modelo de Hombre como un todo bio-psico-social y espiritual.



3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Sistematizar las investigaciones de grado presentadas en la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia del Programa de Psicología en la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, que abordan como problema de investigación los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas entre los años 2000 al 2002.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Identificar los informes finales de investigación que, de manera explícita, tengan elementos teóricos, conceptuales y metodológicos, sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas.
- * Describir por medio de un proceso de recolección, organización y categorización los principales elementos teóricos, conceptuales y metodológicos a partir de los datos obtenidos con el instrumento diseñado para obtener esta información específica de los proyectos de investigación sistematizados.
- * Realizar una reflexión crítica sobre los principales elementos de las investigaciones sistematizadas, a partir de la previa categorización de los referentes conceptuales, teóricos y metodológicos recopilados en la aplicación del instrumento a las investigaciones sistematizadas.

4. MARCO TEÓRICO

Para estudiar al Hombre, debe tenerse en cuenta la complejidad que le es inherente. Actualmente se emplea un enfoque integral, que abarca las diversas esferas que lo componen: lo biológico, social y psicológico, se interrelacionan en todos los actos y fenómenos humanos. Desde esta óptica, es posible deducir que cuando lo biológico se altera –por ejemplo, cuando las enfermedades afectan el funcionamiento del cuerpo– lo psicológico y lo social también se alteran. A continuación se desarrollarán los elementos teóricos que dan soporte al presente trabajo de investigación, que tienen como núcleo común el concepto arriba citado.

4.1. LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

Las enfermedades oncológicas son una de las principales causas de morbimortalidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo. En Colombia ocupan un lugar de primer orden en las cifras de fallecimientos por causas naturales, junto con las enfermedades coronarias y cardiovasculares. El término "enfermedad oncológica", tiene su origen en una parte de la célula que se ha transformado en cancerosa, llamada "oncogen". Esta es una alteración que tiene lugar en las células, y genera anomalías en la forma como las células se dividen y reproducen⁸.

⁸ CORMACK H, David. Histología de Ham. México: Harla. 1987. p 155, 156.

Según el Instituto Nacional de Cancerología hay un aumento lento y sostenido de la mortalidad por cáncer en los últimos 30 años ha crecido su tasa en un 28%; en 1960 era de 49,4, mientras que en 1991 era de 63,1% por 100.000 habitantes. No está claro a qué se debe este aumento, pero se cree que puede deberse a diversos factores tales como: mejores técnicas de diagnóstico, mejores sistemas de información, aumento en la expectativa de vida y concentración de la población en los núcleos urbanos, con la consiguiente exposición a factores de riesgo derivados del ambiente, y la adopción de comportamientos de riesgo, como el tabaquismo, una alimentación inadecuada, y la promiscuidad sexual. Las siete primeras causas de muerte por cáncer en Colombia son en su orden: estómago, cuello del útero, próstata, tráquea y pulmón, mama de la mujer, hígado, y leucemia. Sin embargo, las estadísticas disponibles en el país para incidencia y prevalencia del cáncer son tan solo aproximadas, ya que aún no hay un registro adecuado y confiable⁹.

4.2. QUÉ SON LAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

El cáncer es una palabra del lenguaje médico, que hace referencia a un grupo con más de 100 patologías distintas, que dependiendo de su localización, y del tejido que involucren, tiene factores causales, evolución clínica, formas de diagnóstico y estrategias terapéuticas particulares. No obstante, todos los tipos de cáncer tienen algo en común: hay una alteración genética en las células que componen los

⁹ FORERO, Op. cit, p 106.

tumores. Son estas alteraciones las que hacen que el cáncer sea considerado hoy en día como una enfermedad genético-ambiental, como sucede con el 10% de los tipos de cáncer, o presentarse durante el curso de la vida por factores ambientales como la alimentación, el consumo de cigarrillos, o cierto tipo de toxinas y virus¹⁰.

Este daño a nivel celular, tiene que ver con mutaciones de los elementos que componen el A.D.N. Cuando un buen número de mutaciones se acumula, la actividad normal dentro de la célula se altera, y los tumores empiezan a crecer. Los científicos han identificado por lo menos 100 genes que, cuando están alterados, desempeñan un papel importante en el surgimiento del cáncer. Pero la mayoría de estas enfermedades empieza cuando hay mutaciones acumuladas en dos genes: aquellos que promueven la división celular, conocidos como oncogenes (de allí que el estudio del cáncer se llame también oncología); y aquellos que actúan como frenos de esa división celular, llamados genes supresores de tumores¹¹.

Los tumores son un crecimiento de tejido anormal, causado por la proliferación alterada de las células. El proceso por el cual una célula empieza a multiplicarse de manera patológica es bastante complejo; y una vez comienza, estas células crecen rápidamente, pero sus funciones son reemplazadas por otras distintas, que sin embargo, no son detectadas por el organismo, de forma tal que el nuevo tejido no es rechazado o atacado por el sistema inmunológico –esto en las primeras etapas

¹⁰ BLANCO, Lorena, MARULANDA, Esmeralda, MORENO, Aida, y REYES, Ignacio. Características del duelo en pacientes diagnosticados con cáncer pulmonar en fase terminal en fumadores crónicos, atendidos en el Instituto de los Seguros Sociales de los Andes, de la ciudad de Barranquilla. Barranquilla: 2002. (Psicólogo) Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Programa de Psicología. P. 17.

¹¹ Ibid, p. 18

de la enfermedad—. La transformación celular se trasmite a nuevas células, haciendo que este tejido crezca cada vez más. No obstante, se debe distinguir entre tumores malignos y benignos.

Esta clasificación se establece de acuerdo al grado en que las nuevas células y tejidos sean más o menos similares a los tejidos sanos; es decir, puede haber un crecimiento anormal en la piel de células que forman una "masa" o protuberancia, y al hacerse una biopsia (es decir, tomar una muestra de ese tejido), se descubre que no es tan anómalo o distinto; entonces será benigno. Pero si esta prueba demuestra que las células funcionan de forma muy alterada, y se reproducen agresivamente dañando a muchas más, entonces el tumor será maligno¹².

Los tumores tienen una anatomía característica. Constan de parénquima y estroma. El parénquima es el tejido propiamente tumoral, y mantiene las características del tejido en el que se origina el tumor, tanto las que éste exhibe en condiciones normales, como las modificaciones patológicas que puede haber sufrido previamente (metaplasias). Dos tejidos muy próximos de un mismo órgano pueden unirse y conformar tumores mixtos (fibroadenomas). El estroma es el lecho o base donde se desarrolla el tumor, y consta de vasos que irrigan al tejido anormal. El tumor maligno de los tejidos conectivos se denomina sarcoma. En cuanto a la multiplicación de estas células, se debe diferenciar entre crecimiento y proliferación. El crecimiento normal es siempre un equilibrio entre la asimilación de

¹² Biblioteca Salvat de Grandes Temas. El Cáncer. Barcelona, Salvat. 1985. p 22.

material nutritivo y una tasa de pérdida o destrucción, acompañadas de un activo consumo o producción de energía. En general, las células de los tumores no crecen de forma anormal, sino que se proliferan (es decir, se multiplican) de manera incontrolada¹³.

Actualmente existen los mismos tratamientos que existían hace dos décadas para combatir el cáncer: la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía. Pero en cada uno de ellos se han dado avances significativos. Uno de los grandes problemas de la quimioterapia es que destruye tanto las células cancerosas como las sanas; pero los científicos han descubierto fármacos que controlan estos efectos adversos. De igual forma, hasta 1980 se creía que lo mejor era hacer cirugías radicales para remover los tumores. Pero a raíz de que varios estudios demostraron que estas intervenciones no mejoraban el pronóstico de los pacientes, actualmente se hacen intervenciones menos radicales y menos invasivas. En cuanto a la radioterapia, es posible tener una imagen del tumor en tres dimensiones para localizarlo más fácilmente, y darle grandes dosis de radiación sin afectar tejidos adyacentes.

Recientemente se ha empleado la terapia multimodal, que consiste en la combinación de todos estos recursos; con lo cual se han obtenido mejores resultados¹⁴.

¹³ Ibid, p 41-46.

¹⁴ Ibid, p 23-24.

4.3. CÁNCER PULMONAR

Es posiblemente uno de los más trágicos, pues en la mayoría de los casos de podría haber evitado, y su tratamiento es muy limitado. El cáncer pulmonar se puede definir como una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del pulmón. Este tipo de cáncer se asocia a los fumadores o a elementos químicos tales como el gas radón y el asbesto. Sin embargo, la principal causa del cáncer de pulmón es el cigarrillo. El humo del mismo contiene más de 4000 agentes químicos, muchos de los cuales son carcinógenos (es decir, generadores de cáncer) comprobados; otros cientos de estos agentes aumentan el poder de causar cáncer de los carcinógenos¹⁵.

El humo del tabaco de otras personas, con su elevada dosis de carcinógenos, va directamente cuando se quema tabaco (cigarrillos , habanos o puros), y es inhalado tanto por los fumadores como por los no fumadores. Se estima que los hombres que fuman tienen 22 veces más probabilidad de contraer cáncer de pulmón; y que las mujeres que lo hacen tienen 22 veces más de probabilidades de adquirirlo. El riesgo de contraer cáncer de pulmón es directamente proporcional al consumo de tabaco, y al dejarlo, el riesgo se reduce progresivamente cada año. Las otras causas más comunes son la exposición al radón y al asbesto, pero ambas son mínimas en comparación con el tabaco.

¹⁵ BLANCO, MARULANDA, y MORENO, Op Cit, p 19.

En sus etapas iniciales el cáncer pulmonar es una "enfermedad silenciosa", es decir, sus síntomas no son fuertes o graves; y generalmente, cuando el enfermo asiste al médico por las primeras manifestaciones serias de la enfermedad, el cáncer a menudo ya está en una etapa avanzada. Los síntomas del cáncer de pulmón incluyen la tos característicamente seca y crónica, con expectoración de sangre, sibilancia respiratoria, y dolor el pecho. Cuando el paciente va al médico por estos síntomas, el doctor toma una completa historia clínica, en la que anota posible exposición a agentes cancerígenos, hace un examen físico completo, y si el paciente tiene una tos productiva (es decir, que presenta expectoración de sangre y células muertas) se puede analizar estas muestras, para determinar si contienen células cancerosas¹⁶.

El médico puede ordenar una radiografía de tórax o una radiografía especializada, como una tomografía por computador, que pueda ayudar a localizar zonas anormales en los pulmones. El médico puede realizar también una broncoscopia para mirar dentro de los tubos bronquiales y de los pulmones, por medio de una cámara en miniatura unida a un pequeño tubo especial para este propósito. Durante este procedimiento, el médico puede también tomar biopsias (muestras de tejido), a fin de analizar si existen células cancerosas, y si es así, de qué tipo son¹⁷.

¹⁶ Ibid, p 21-22.

¹⁷ Ibid, p. 22-23.

4.4. LEUCEMIA

La leucemia puede definirse como la alteración de ciertas células que componen la sangre (denominadas blastos), cuya proliferación y desarrollo excesivo lleva a su acumulación en el torrente sanguíneo y en la médula ósea, llegando a deteriorar a las células sanguíneas normales (glóbulos rojos, plaquetas, glóbulos blancos). Si bien se desconocen las causas de esta enfermedad, se han descartado la herencia o el contagio, no sobra decir que creencias populares como la "sangre mala" o los "embrujo" no tienen ningún fundamento real. Por tratarse de una proliferación de células inmaduras y anormales en la sangre, a la leucemia se le considera un "cáncer de la sangre".

Es difícil lograr el diagnóstico de la leucemia cuando ésta inicia, ya que sus primeros síntomas son parecidos a los de otras enfermedades típicas de la niñez. Estos síntomas son: cansancio, falta de apetito o fiebre intermitente. Debido a esta situación los padres suelen culparse por la demora en el diagnóstico, cuando incluso para el médico resulta complicado reconocer esta situación en su primera etapa. A medida que la afección avanza aparece dolor en los huesos, como resultado de la multiplicación de las células leucémicas en el sistema óseo. El deterioro de las células sanguíneas normales causa otras manifestaciones tales como la anemia, la baja de las defensas contra las infecciones y reducción de la capacidad de coagulación de la sangre¹⁸.

¹⁸ DORLAND, E. Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina. Vol I. Interamericana. Madrid.

Generalmente, la leucemia es tratada por medio de la quimioterapia, empleando diversos medicamentos especiales destinados a destruir las células leucémicas. Una vez que se ha logrado esto, debe continuarse la medicación durante tres años ininterrumpidos, a fin de que la enfermedad no vuelva a presentarse. Sin embargo, la quimioterapia no destruye selectivamente las células malignas, sino que también ataca células normales tales como las del sistema digestivo (provocando diarreas y úlceras en la boca), las de la raíz del cabello (caída del mismo), de la médula ósea (disminución de las células sanguíneas), además de otros efectos secundarios, que deben tener un seguimiento médico y ameritan un manejo interdisciplinario de estos pacientes¹⁹.

4.5. CÁNCER DE SENO

El cáncer de seno es uno de las más comunes que afectan a la mujer a nivel mundial. Es por esto que es muy importante un diagnóstico temprano del mismo. En general las mujeres pueden practicarse un sencillo auto-examen a fin de descubrir a tiempo cualquier cambio anormal en sus senos. Se recomienda también que se realicen mamografías cada año a partir de los 20 años, pues esta es la etapa de mayor riesgo. Así mismo, existen ciertos factores asociados a una mayor incidencia de la enfermedad, y que deben llevar a una vigilancia más cuidadosa para tratarlo tempranamente.

¹⁹ DORLAND, Op. Cit. P 129.

Entre estos factores, se cuenta la existencia de un historial de cáncer de seno o de otros tipos (cáncer en los ovarios, leucemia, de piel, etc), obesidad y vida sedentaria, primera menstruación antes de los 12 años, y el primer hijo luego de los 25 años. Debe recordarse que de un diagnóstico temprano, depende la posibilidad de evitar cirugías traumáticas (es decir, la mastectomía total de uno o hasta los dos senos), pues pueden hacerse intervenciones menores si los tumores no se han desarrollado completamente²⁰.

4.6. ATENCIÓN MÉDICA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER

Es claro que el cáncer, por ser una enfermedad tan compleja, exige un abordaje multidisciplinario. Pero también lo es que el médico especialista es el profesional de primera línea en el proceso; y que en medios como el nuestro, es muchas veces el único que atiende al paciente. Y para el paciente, la información que recibe sobre el efecto adverso de los medicamentos y la quimioterapia, las consecuencias de la radioterapia, y los cuidados que debe tener, es de importancia clave para mantener su ansiedad en niveles manejables, y prevenir episodios depresivos, a la vez que se mejora su calidad de vida y su bienestar psicológico, pues siente que tiene responsabilidad sobre su propio estado, en vez de ser un enfermo con el que los médicos prueban sus tratamientos, sin capacidad de pensar o decidir.

²⁰ LOPEZ, Oscar. Cáncer de seno en el Sistema de Seguridad Social en Colombia. Bogotá: Cajanal. 1999.

En este sentido, numerosos estudios han mostrado que los pacientes no suelen estar satisfechos con la información que reciben durante las consultas clínicas con los especialistas médicos. Algunos médicos norteamericanos, ante esta situación, han empezado a entregar por escrito sus sugerencias, ideas y mensajes importantes a los pacientes, así como explicaciones de los tratamientos, y efectos adversos; todo ello en un lenguaje simple, sin tecnicismos, acompañando esto con frases de motivación, a los pacientes. Estas cartas han demostrado ser un medio eficaz para mejorar la relación médico-paciente, a la vez que han aumentado la comprensión y aceptación de las indicaciones y responsabilidades de los consultantes sobre las acciones a seguir, aunque no han demostrado ser benéficas para comunicar malas noticias, por la carga de ansiedad que pueden generar²¹.

Por otra parte, los procedimientos médicos para frenar el avance del cáncer, y erradicar las células afectadas, pueden ser dolorosos y tener efectos colaterales que por sí mismos llevan a consecuencias psicológicas que demandan atención clínica. Tal es el caso de la quimioterapia y la mastectomía. La quimioterapia (también llamada terapia antineoplásica) hace referencia al uso de distintas sustancias químicas para tratar el cáncer. Existen diversos tipos de quimioterapia, pero todos tienen en común su efecto inhibitorio sobre las células malignas, la detención de su crecimiento, y la prevención de la formación de nuevas células cancerosas. Estas sustancias pueden administrarse de forma oral, por vía

²¹ DAMIAN, D, y TATERSALL, M.H. Cartas a los pacientes: mejor comunicación en la atención médica del cáncer. En: The Lancet, Vol 20, N# 3. 1992. p 169-170.

parenteral (es decir, por medio de una aguja o catéter se introduce la sustancia al cuerpo), o llevándola hasta el líquido cefalorraquídeo.

Ahora bien, la quimioterapia puede tener efectos colaterales diversos, en la medida que su acción no solo afecta a las células cancerosas. Entre estos efectos se encuentran la reducción de los glóbulos rojos, blancos y plaquetas, componentes vitales de la sangre (lo que conlleva a anemias, hemorragias y baja de las defensas ante infecciones), irritación y molestias digestivas (que implican náuseas y pérdida del apetito), efectos sobre los folículos pilosos (caída del cabello), resequedad en la piel, y alteraciones del ciclo menstrual, entre otras. Todo esto causa alteraciones en la imagen corporal, a las que debe adaptarse el paciente, de no hacerlo, puede sentir frustración, tristeza y baja autoestima, lo que puede generar cambios en el estado de ánimo, depresión y ansiedad²².

El cáncer de seno, uno de los tipos de mayor prevalencia en la población, puede requerir, dependiendo de su estado y diagnóstico tardío, de una cirugía llamada mastectomía, que implica la extirpación del tejido de la glándula mamaria, e incluso de las glándulas linfáticas bajo el brazo. Este procedimiento también altera la imagen corporal de la paciente de manera especialmente delicada, y exige un mayor esfuerzo de adaptación, que debe acompañarse de apoyo psicológico²³.

²² GRANDA, Clara. La Quimioterapia: tu aliada. Liga colombiana contra el cáncer. Cartilla instructiva. Bogotá: 2000.

²³ LIGA COLOMBIANA CONTRA EL CÁNCER. Un lazo con la vida: Ejercicios para después de una mastectomía. Guía de la paciente. Cartilla instructiva. Bogotá: 2002.

4.7. LA PSICOONCOLOGÍA: ABORDAJE DEL CÁNCER DESDE LA PSICOLOGÍA

La investigación del impacto y los cambios psíquicos que se originan al padecer una enfermedad oncológica, y la forma cómo abordar lo psicológico ayuda en el proceso de estos pacientes, tiene un origen reciente, y es el médico Jimmie Holland quien, en 1975, establece el campo de la psicooncología. En 1976 Spiegel, Bloom y Yalom estudiaron los efectos de grupos de soporte psicológico en mujeres con cáncer de seno metastásico. Posteriormente, en 1989, Spiegel y cols, publicaron los resultados de un estudio en que lograron demostrar que estas pacientes lograron una mejor calidad de vida, y además aumentaban considerablemente el tiempo de sobrevida. Estos estudios, aunque metodológicamente controvertidos (Spiegel, 1994) son punto de referencia para llamar la atención sobre el papel que pueden jugar los aspectos psicológicos en la progresión del cáncer²⁴.

En 1992 se empieza a publicar la revista *Psycho-Oncology*, en la que Holland presenta un panorama general de la psicooncología, y afirma que la misma aborda dos dimensiones básicas del cáncer: las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, así como las de sus familias, y los factores psicológicos, sociales y conductuales que puedan influenciar la morbimortalidad por cáncer. Plantea, como obstáculos para su expansión, el número reducido de

²⁴ FORERO, Op Cit, p 106.

investigadores en el área, aunque reconoce que existe una mayor presión por parte de los pacientes, sobre la atención de aspectos psicológicos. En 1994, Greer, en Inglaterra, delimita de forma precisa en qué consiste el campo de la psicooncología: "El estudio científico de las personas que desarrollan cáncer. Se ocupa de los aspectos psicológicos y sociales del cáncer. Su principal propósito es aliviar la perturbación emocional que aflige a muchos pacientes. De lo anterior, se desprende que la prácticas clínica de la psicooncología debe formar parte integral de la atención médica del paciente con cáncer".²⁵

Como áreas principales de investigación, se encuentran: I. Las consecuencias psicológicas y sociales del cáncer para el paciente y su familia, II. El desarrollo y evaluación de terapias psicológicas diseñadas para reducir la morbilidad psicológica, y por tanto, mejorar la calidad de vida, y quizás, el tiempo de sobrevivida. III. El efecto del cáncer en la calidad de vida psicológica de los pacientes, para lo cual se valoran aspectos físicos tales como movilidad, actividad, niveles de dolor y limitaciones causadas por la enfermedad; aspectos sociales como roles laborales y familiares; aspectos cognoscitivos tales como memoria, concentración y lenguaje; aspectos emocionales como ansiedad y depresión, aspectos espirituales como percepción de los propósitos y significados de la vida, y creencias trascendentales; y aspectos relacionados a síntomas tales como náuseas, pérdida de cabello, y otros.

²⁵ Ibid., p. 107.

Estos estudios son la piedra angular de la psicooncología, y deberían desarrollarse en hospitales y universidades. Otra área principal de investigación se interesa en el papel que juegan los eventos estresantes, la depresión, las características de personalidad (entre ellas las respuestas de afrontamiento) en la promoción y desarrollo posterior de cáncer. Se incluyen en esta área los estudios psicobiológicos de los mecanismos neurohormonales e inmunológicos que puedan mediar estas influencias psicológicas. La tarea más importante e inmediata de la psicooncología es cerrar las brechas entre el conocimiento actual y las destrezas terapéuticas en el manejo y cuidado de los pacientes con cáncer²⁶.

En este sentido, examinando el artículo citado, se puede concluir que faltan investigaciones que se focalicen en la forma como las enfermedades oncológicas, los distintos tipos de cáncer, afectan el proceso de Desarrollo Humano de los pacientes; al igual que investigaciones de alto nivel tecnológico, que permitan encontrar la relación entre procesos psicofisiológicos y el cáncer; como algunas hormonas y neurotransmisores pueden llegar a causar alteraciones en las células, que las lleven a convertirse en células cancerosas.

En Colombia, la atención psicológica a los pacientes con cáncer es incipiente y no está incorporada como tal al protocolo de intervención, no obstante la denominación de "enfermedad catastrófica" que le da el Sistema de Salud. Varios factores inciden en esta situación: la visión excesivamente médica de la

²⁶ Ibid., p. 107.

enfermedad, que parte de la misma formación profesional de los médicos, que no incluye cátedras sobre los aspectos psicológicos de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

Igualmente, la escasez de recursos para atender a los pacientes, hace que se limiten a las medidas mínimas necesarias, que excluyen a la psicología, que es vista como menos importante. La financiación de la atención médica, en el sistema de salud actual, es limitada porque se le exige ver a un gran número de pacientes, reduciendo el tiempo mínimo para lograr sesiones adecuadas. También incide la falta de preparación de los psicólogos, que les dificulta ofrecer programas de buena calidad, con más cobertura, y que desarrollen investigación sobre la evaluación del riesgo psicosocial, para identificar a aquellos pacientes que tienen menor ajuste a la enfermedad, para darles atención prioritaria.

Entonces, se plantean varias tareas para los psicólogos que trabajan en el área de la psicooncología en Colombia:

1. La conformación de redes profesionales de psicooncólogos, que permitan aunar esfuerzos en procura del desarrollo, adaptación y validación de instrumentos de evaluación del paciente con cáncer. Es necesario contar a corto plazo con un protocolo sencillo de evaluación, que sea incorporado al Sistema de Salud como parte integral del tratamiento del paciente con cáncer.
2. El fortalecimiento académico del grupo de profesionales que trabajan desde hace mucho tiempo en el campo de la psicooncología, y han consolidado

experiencias de intervención clínica grupal e individual. Se requiere organizar programas de actualización en el área, con la participación de expertos internacionales.

3. Unificar esfuerzos para investigar sobre los factores psicosociales que intervienen en la presencia de conductas de riesgo para el cáncer en distintos grupos poblacionales.

4. De manera urgente, gestionar el cambio de políticas nacionales referentes a la atención de pacientes con cáncer, para incluir la intervención en aspectos psicosociales de la enfermedad.

5. Trabajar para que la comunidad médica esté mejor informada sobre la importancia de atender las necesidades psicosociales los pacientes y sus familias, propendiendo además por la convergencia de múltiples profesionales en esta atención integral.

6. Informar y educar al público, en general, sobre los aspectos psicológicos que implica el cáncer, tanto para los pacientes como para las familias.²⁷

4.8. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS CLÍNICAS DEL CÁNCER

Como se expuso en el párrafo inicial del marco teórico, existe una relación innegable entre el funcionamiento del sistema biológico-somático y la psique, lo psicológico. A nivel emocional, ya desde que se diagnostica en un paciente la existencia de un tumor maligno –pues en caso de ser benigno, la connotación

²⁷ Ibid., p. 118-119.

negativa y los imaginarios de muerte y dolor no tienen tanta fuerza— surge la posibilidad de que el paciente entre en un estado de crisis. En este sentido, Cáceres, García y Martínez afirman "...desde el punto de vista de la teoría de la crisis la enfermedad física y las lesiones son sucesos precipitantes que la familia y el individuo tienen que afrontar con habilidad para poder adaptarse a ellos, y como factor de resolución se ha encontrado que existe una adaptación en los individuos que padecen una crisis, o una desadaptación en el afrontamiento del suceso".²⁸

Como puede verse, el cáncer se constituye en un evento estresor en alto grado. En una investigación al respecto, se determinó que en una escala ascendente de 10 a 100, el cáncer maligno (y otras enfermedades físicamente severas) se calificaba con 53 puntos, superado por la muerte de los padres o cónyuges (Holmes y Rahe, 1967), esto indica el elevado nivel de ansiedad que genera.

Confirmando lo anterior, Cáceres, García y Martínez (2002) señalan también que la mayoría de los pacientes, tanto frente al diagnóstico como al tratamiento médico, llegan a sentirse abrumados por los cambios que implica esta enfermedad, e incluso el elevado riesgo de muerte subyacente; la percepción de incontrolabilidad e indefensión, junto a una "intensa situación de amenaza", asociada al dolor, a la inmovilización, al deterioro físico, a una eventual dependencia excesiva de otras

²⁸ CACERES ORTIZ, Eladio, MARTINEZ SOLER, Edgar y QUIÑONES GARCÍA, Federico. Implementación de un programa de intervención cognoscitivo-conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer. En: Revista Colombiana de Psicología. Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. N° 10. Bogotá: 2002. P. 41-52

personas, y otros factores relacionados con la evolución de la enfermedad, y el éxito o fracaso en su tratamiento. Esta ansiedad además se caracteriza por temores generalizados o específicos, malestar intenso, agitación, palpitaciones, sudoración, fatiga e irritabilidad, entre otros²⁹. (Debe anotarse que estos síntomas pueden deberse a los medicamentos y procedimientos utilizados, al mismo avance de los tumores, o a factores psicógenos, entonces se requiere una evaluación médica permanente en estos casos).

La depresión también aparece de manera frecuente en estos pacientes, cuando comprenden las implicaciones del carácter crónico de la enfermedad. Esta depresión puede ser grave y prolongada, con intensos sentimientos de indefensión, y desesperanza, asociada con sentimientos de pérdida, lo que puede impedir que el paciente adopte el papel activo que sería deseable para el manejo de su enfermedad. La posibilidad de que se presente un cuadro de depresión se relaciona estrechamente con la severidad e intensidad de la enfermedad, y la intensidad de los síntomas afectivos aumentan en la medida que hay una mayor amenaza vital. Al respecto, debe remarcarse la importancia de un adecuado manejo de los criterios diagnósticos del D.S.M. IV, considerando que estos pacientes padecen una enfermedad orgánica y no mental, y que dichos cuadros pueden además ser desórdenes adaptativos, y por tanto deben darse al paciente las herramientas y elementos para adaptarse al evento causante (la enfermedad) y de esta forma estabilizarlo psicológicamente³⁰.

²⁹ CÁCERES, GARCÍA Y MARTÍNEZ, Op Cit. p 42.

³⁰ Ibid., p. 53

De hecho, anteriormente se consideraba "normal" por los pacientes y por el mismo personal interdisciplinario tratante de los casos, que se presentaran reacciones depresivas tanto frente al diagnóstico de cáncer como a las etapas posteriores de la enfermedad; y no se les daba importancia real. Hoy se ha revaluado totalmente esta creencia, y el procedimiento incluye siempre detección temprana y manejo adecuado de los síntomas afectivos y cuadros depresivos en los pacientes, entre otras razones porque los individuos deprimidos se comprometen menos con su salud y los tratamientos establecidos, pierden peso más rápidamente, presentan una respuesta inmune deficiente, y responden menos a los medicamentos. La psicoterapia individual y grupal, combinada con medicamentos antidepresivos (si son requeridos) es la estrategia a seguir en estos casos³¹.

Los trastornos psicológicos que se presentan como consecuencia del padecimiento de esta enfermedad, dependen de numerosas circunstancias y factores. Dichos trastornos están relacionados con la capacidad de los pacientes de, primero, afrontar el diagnóstico, y luego, el tratamiento de esta enfermedad. También tienen una marcada influencia, el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento que se realice, la respuesta al mismo, la presencia y las características del dolor, el estado físico general, el apoyo familiar y social, y el tipo de alianza terapéutica que tanto el paciente como el equipo médico puedan desarrollar.

³¹ Manejo integral del paciente con cáncer. Una aproximación para el médico general. En: Tribuna Médica Número 102 . Bogotá: 2002. p 59-66.

Los acontecimientos vitales estresantes padecidos a lo largo de la vida y la historia de depresión previos al diagnóstico de cáncer, son fuertes indicadores de riesgo de distress psicológico elevado en el período posterior a la iniciación del tratamiento. Existe evidencia clara, de que la personalidad de los pacientes y su valoración subjetiva de los acontecimientos, son factores clave en la adaptación al stress de padecer cáncer. Los Trastornos Psicológicos más frecuentes en los pacientes oncológicos son los Trastornos Adaptativos (32%), es decir que si éstos son excluidos, se puede decir que esta población es básicamente una población psicológicamente sana. Cuando la enfermedad psíquica aparece, la ansiedad y la depresión son los diagnósticos más comunes³².

Se debe considerar también, que el paciente con cáncer atraviesa por algunas fases que concuerdan con la evolución de la enfermedad, y en cada una se generan tensiones psicológicas, y se pone a prueba su capacidad de adaptación y afrontamiento:

PRIMERA FASE

En este primer estadio de la evolución de la enfermedad, el paciente debe comenzar a vivir con el cáncer, aceptar que esa es su realidad y que solamente adaptándose a ella y viviéndola de forma constructiva y adaptada, podrá

³² DEL CARMEN VIDAL, María, y LOPEZ CAMELO, Jorge. La depresión en el Cáncer. "Alcmeon". Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol.8, N° 2, octubre de 1999, p 141 a 156. En: www.psicooncologia.org

sobrellevarla. El diagnóstico y los pronósticos de evolución del padecimiento suelen ser los "focos de conflicto" principales.

SEGUNDA FASE

En este momento, la enfermedad ha avanzado a un punto en que se requieren intervenciones quirúrgicas y la radioterapia y/o quimioterapia. El paciente debe ser entrenado en el control de su ansiedad y en el aumento de las estrategias de afrontamiento, pues los efectos colaterales de estos procedimientos suelen ser displacenteros. Esto le proporcionará el apoyo emocional necesario, para aceptar y superar la realidad del mejor modo posible.

En estas dos fases, el paciente está completamente centrado en sí mismo, en todo lo que le está ocurriendo y sobre todo en sus posibilidades de supervivencia, por lo que no comprende que sus familiares pueden sentirse también frustrados, enojados y cansados, esto debe ser tenido en cuenta por el psicólogo.

TERCERA FASE

Dependiendo de la evolución que tenga según los procedimientos implementados, el paciente retorna a su hogar, y se inicia la adaptación familiar y la reincorporación a las actividades laborales y sociales. Es importante que existan relaciones afectivas estables, pues de esta manera el paciente adquiere seguridad, motivación y encuentra mayor sentido a todo lo que ha tenido que superar, y lo que aún falta por hacer.

La intervención clínica orientada hacia la reducción de la ansiedad, hacia el manejo de técnicas de solución de problemas, una alta autoestima, al autocontrol, la modificación de esquemas cognitivos erróneos, etc., es fundamental en este proceso, en el que también surgen los temores a una resurgimiento del cáncer.

CUARTA FASE

Si las intervenciones médicas oncológicas no logran detener la enfermedad, o ésta es muy avanzada y ya ha hecho metástasis; solo se puede optar por cuidados paliativos, que den al paciente terminal una aceptable calidad de vida. En muchos casos el paciente se enfrenta a la perspectiva de morir, cuando ya las terapias han mostrado su ineficacia. En este momento es necesario que las intervenciones médicas se orienten hacia un ser humano que sufre, y evalúen en enfoque en el que el médico lucha contra la enfermedad sin importar las consecuencias, y dediquen sus capacidades a mejorar la calidad de vida del paciente terminal.

Aquí, el papel del psicólogo cobra una mayor importancia, tanto para el paciente como para la familia. Todo esto exige la máxima sensibilidad humana, pues se trata de hacer soportable la vida a enfermos terminales y de proporcionarles una muerte digna, serena y en paz; y facilitar a sus familias la adaptación a la pérdida y la elaboración del duelo³³

³³ Ibid, p 156.

Al respecto, es conveniente recordar los estadios que la Dra. Kübler-Ross descubrió en los pacientes que sufren de una dolencia terminal se caracterizan por cinco fases emocionales intensas:

1. Negación de la enfermedad: La persona piensa que la enfermedad no es real, niega las evidencias y las desvirtúa. Busca varias opiniones que puedan desmentir el diagnóstico, y puede incluso arriesgar su salud al intentar "métodos y curas alternativas" que solo dificultan la labor de los profesionales.
2. Ira: El paciente convierte su frustración en agresividad y enojo, incluso culpando a los demás como mecanismo defensivo para evadir la realidad, y enfrentarse a los hechos.
3. Negociación: El paciente intenta racionalizar la situación, y busca respuestas mágicas o sobrenaturales, esperando que si funcionan a cambio de esto hará algún sacrificio o transformación interior. Es una forma más elaborada de negación a la realidad de su enfermedad.
4. Interiorización y toma de conciencia: El paciente comprende que está enfermo, y debe adaptarse a las nuevas circunstancias, incluso tomar decisiones en caso de morir, pues esta posibilidad ahora forma parte de las perspectivas existenciales del paciente.

5. Aceptación: No es una actitud pasiva, el paciente aquí renuncia a la negación de su enfermedad, la asume con todas sus consecuencias, y busca darle un sentido dentro de su historia personal, a la vez que intenta cerrar todos aquellos capítulos vitales no resueltos³⁴.

Todas estas fases deben ser respetadas y acompañadas de cerca por profesionales de diversas disciplinas, y los miembros del grupo familiar. Si la persona finalmente muere, será con dignidad, bien asistida y en compañía de sus seres queridos. El trabajo psicológico clínico con el equipo de hospital (médicos, enfermeras, asistentes) es de igual importancia, pues si éstos no han resuelto sus miedos y fantasías con relación a la propia muerte, difícilmente podrán confrontar la muerte de otro. Estarán estresados y emocionalmente abatidos, lo que dificultará su trabajo y la situación del moribundo.

Ahora bien, lo anterior ha hecho referencia en su mayoría al individuo enfermo, pero no debe descuidarse que la familia de los pacientes también tiene su propia dinámica frente a la enfermedad. Así, existen diversos retos o tareas antagónicas que los familiares del paciente oncológico, tanto si no es terminal como si lo es, deben superar, lo cual produce enormes cantidades de angustia, indecisión y culpa. Algunos de estos dilemas o tareas son:

³⁴ CASALDO ROYO Eva Maria La psico-oncología. En: www.med.jhu.edu/peds/childlife/

1. Invertir más energía y dedicación en un paciente que puede deteriorarse progresivamente y llegar a morir, Vs ir separándose poco a poco bajo el riesgo de causar sentimientos de abandono en el paciente.
2. Balancear el apoyo al paciente en su creciente dependencia Vs el respeto por su necesaria autonomía y necesidad de control.
3. Atender las necesidades del paciente Vs atender las necesidades propias, es decir, encontrar el punto medio entre la participación en el cuidado del paciente oncológico y poder seguir viviendo la propia vida.
4. Exagerar los cuidados y detalles amorosos en la medida en que progresa la enfermedad hasta un punto terminal Vs actuar con naturalidad hasta el final, simplemente estando presente en forma más pasiva frente al paciente.
5. Ir planeando la vida con la eventual ausencia del paciente si fallece Vs "traicionarlo" al estar aún mientras vive readaptándose como si hubiera fallecido.
6. Redistribuir activamente entre la familia los roles y tareas que el paciente asumía antes Vs esperar para no hacer nada que le procure mayor sensación de pérdida a él³⁵.

En las entidades que trabajan con los pacientes oncológicos y sus familias, el abordaje considera estos elementos. En la Liga de Lucha Contra el Cáncer, a veces se emplean instrumentos como el APGAR familiar, cuyo formato básico se muestra aquí:

³⁵ FONNEGRA, Isa. Aproximación psicológica al mundo del paciente terminal. En: Simposio Colombiano sobre el cuidado integral a paciente terminales (1988 Bogotá). p 8

APGAR FAMILIAR ³⁶

Nombre de la Familia.....
 Nombre del Paciente.....
 Fecha.....

Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios marcando una X:

Nunca / Casi nunca / Algunas veces / Casi siempre / Siempre

- 1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema y/o necesidad?
- 2.- ¿Me satisface la participación que mi familia brinda y permite?
- 3.- ¿Me satisface como mi familia expresa los afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor?
- 4.- ¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?
- 5.- ¿Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos. b) los espacios en la casa. c) el dinero?
- 6.- ¿Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as)?
- 7.- ¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesito ayuda?

TOTAL:

Estos criterios se cuantifican en un rango de 0 a 4 donde 0 = Nunca y 4 = Siempre, al sumar los puntajes de las 5 primeras preguntas se obtiene un rango entre 0 y 20 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento familiar. Estos rangos se interpretan así:

- Buena función familiar: 18-20.
- Disfunción familiar leve: 14-17.
- Disfunción familiar moderada: 10-13.
- Disfunción familiar severa: 0-9.

³⁶ BUELVAS PERCY, María, CAMARGO LANDÁZURY, Maryluz, CEPEDA BERMEJO, Rosiris. Descripción del proceso de duelo anticipado en familias de tipo funcional con un miembro diagnosticado con cáncer en fase terminal atendido en la liga de lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla. Barranquilla: 2002 (Psicólogo). Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Programa de Psicología.

En efecto, cuando un paciente es diagnosticado con cáncer, la familia también atraviesa por un proceso de crisis, de mayor o menor intensidad dependiendo del avance de la misma, y la evolución del paciente, hasta llegar incluso a evidenciar fases de duelo similares a las del paciente. La perspectiva de la muerte, o del deterioro físico de un ser querido, genera en la familia fuertes emociones y sufrimiento psicológico, sentimientos de culpa, ansiedad, incredulidad, confusión y negación. Las fases de negación, ira, negociación y aceptación son similares en ambos casos. Sin embargo, éstas fases no se viven de manera sincronizada entre el paciente y la familia, cada uno tiene su propio proceso, y tampoco se dan secuencialmente, sino que pueden darse en otro orden, incluso existen regresiones y avances súbitos³⁷.

La óptica sistémica ayuda a entender el interjuego que se establece entre los miembros del grupo familiar y el paciente, pues aborda a la familia como un todo organizado cuyas partes son a la vez independiéntes pero interactuantes, es decir, la familia es vista como un sistema. Y cada persona en el grupo familiar tiene sus propias emociones, temores, imaginarios y duelos frente al paciente oncológico. Y es posible que si uno de los miembros no puede adaptarse adecuadamente y reacciona de forma inadecuada; desequilibre al resto del grupo familiar. Pero a la vez, la familia es un subsistema inserto en macrosistemas como el entorno social, cultural y económico, que también inciden en sus procesos internos.

³⁷ BUELVAS, CAMARGO Y CEPEDA, Op. Cit. P 36.

4.9. SISTEMATIZACIÓN

La sistematización no implica una sola voz, una sola interpretación. Su estructura, interpretaciones y conclusiones varían de acuerdo a la situación y el propósito con el cual se elabora. Ésta claro que sistematizar no es lo mismo que evaluar, informar o investigar. La sistematización pretende la recolección, ordenación y clasificación de la información que ha sido recopilada de acuerdo al problema planteado, para posibilitar una descripción coherente y organizada de la práctica y experiencia que se busca abordar. Se requiere reconstruir la experiencia para poder verla de nuevo, en actitud cuestionadora³⁸. Para algunos autores la sistematización permite reflexionar sobre las experiencias vividas y hacer un análisis de los proyectos e investigaciones establecidas, para así poder hacer algunas generalizaciones de estos procesos³⁹.

La sistematización tiene una doble fundamentación: uno, el contexto social-político, las referencias históricas y el desarrollo teórico-metodológico del proyecto o experiencia; dos, los sustentos teóricos de la sistematización como práctica misma, y la elaboración que se hace durante la experiencia. No es un simple registro de información. La sistematización también tiene como objetivo la producción de conocimientos, en la medida en que reconstruye críticamente una serie de experiencias dadas, hasta la elaboración de explicaciones que respondan a las

³⁸ VELÁSQUEZ, Op. Cit, p 9.

³⁹ GARTNER, Op. Cit, p 15

interrogantes del proceso. La sistematización se apoya en una reflexión teórica, utilizando la información recolectada para producir nuevos conocimientos y hacer aportes significativos a la ciencia en la cual se elabora⁴⁰.

Entonces, la sistematización tiene tres grandes propósitos: Además de esta consideración inicial, también se debe anotar que la sistematización implica una elaboración intelectual sobre aquello que se sistematiza; que tiene una triple finalidad: 1. recuperar crítica y reflexiva de una experiencia determinada, 2. fortalecer la visión y el proceso como tal de la experiencia sistematizada, mediante la retroalimentación sobre sus logros y limitaciones, fortalezas y debilidades, y 3. Brindar elementos que enriquezcan la reflexión teórica y metodológica del proceso o experiencia sistematizada.

La sistematización se interpreta partiendo de un primer elemento, conformado por la observación documental directa, y el registro de información pertinente sobre dichos documentos (en el caso de este proyecto, esta fase corresponde a la obtención de los datos contenidos en el Formato de Sistematización de informes finales de investigación.); lo cual permite registrar y ordenar la información más importante⁴¹.

⁴⁰ VELÁSQUEZ, Op. Cit, p 10

⁴¹ Ibid., p. 13.

Está claro que la sistematización no es evaluación, es un proceso de mayor complejidad. La sistematización es más global y organizadora sobre la experiencia, además de agrupar y clasificar la información, produce conocimientos sobre ella. Además, parte de lo que ya se ha construido, para proponer nuevos elementos teóricos, en contraste, la evaluación es una mirada más inmediata para dar respuestas concretas sobre lo ya hecho. Así mismo, la sistematización pretende definir un ideal de cómo debería ser la realidad que estudia, con una visión histórica hacia aportes y nuevos caminos y planteamientos; partiendo de los referentes teóricos, conceptuales y prácticos ya existentes –en este caso, de las investigaciones ya elaboradas sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas– se busca construir nuevos conocimientos⁴².

La sistematización puede verse como una elaboración explicativa, que parte de la ordenación, descripción, reflexión y explicación sobre el fenómeno estudiado. Para ordenar y describir la información en sistematización, se requieren dos herramientas básicas: los registros de información y las categorías de análisis. En cuanto a los instrumentos, éstos deben estar diseñados para que la información que recojan sea la adecuada, y pueda ser utilizada en los análisis y elaboraciones posteriores de manera adecuada. En esta investigación, el Formato de Sistematización de informes finales de investigación, es el instrumento establecido para tal fin, y cumple este criterio⁴³.

⁴² Ibid., p 15

⁴³ Ibid., p 24-27

En cuanto a las categorías, se definen como instrumentos operativos que permiten clasificar y ordenar la información; al igual que facilitar los elementos por medio de los cuales analizar y reconstruir el cuerpo de datos recolectado; la descripción se orienta a encontrar las relaciones y características que permitan comprender y explicar los supuestos en los cuales se sustentan las investigaciones incluidas en el proceso. Así mismo, la sistematización implica una labor teórica, pues se parte de una experiencia investigativa, que debe ser interpretada a fin de producir nuevos conocimientos e incrementar los saberes existentes⁴⁴.

4.10. INVESTIGACIÓN EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR

El presente trabajo de grado gira en torno a la investigación, y por lo tanto es pertinente que se aborden algunos referentes en torno a la misma, extraídos de las diversas consideraciones que sobre esta materia realiza el Consejo nacional de acreditación (CNA), adscrito al ministerio de educación.

Inicialmente, dicho estamento distingue dos tipos de investigación en la educación superior: la formativa y la investigación como tal. La primera hace referencia a la dinámica pedagógica entre los estudiantes y los docentes, en la cual exploran juntos, reflexionan y reconstruyen el cuerpo de conocimientos ya existente en una determinada cátedra o temática. Dado que el docente es quien guía esta búsqueda, debe mantener una permanente actualización a fin de que los estudiantes sean capaces de comprender y utilizar los avances y descubrimientos

⁴⁴ Ibid, p 29-30

del área estudiada. Así mismo investigación formativa incluye el desarrollo profesional del docente como tal, y su permanente paso por las aulas, en el rol de estudiante que busca aprender más cada día⁴⁵.

En el otro nivel se encuentra la investigación propiamente dicha, aquella que busca una producción de conocimiento "nuevo" en un área o campo teórico o práctico, conocimiento cuya originalidad y legitimidad puede ser reconocida por la correspondiente comunidad académica. Estos conocimientos pueden ser reconocidos también como "nuevos" si logran responder a realidades y problemáticas locales, utilizando los saberes validados y aceptados por la comunidad científico-académica en la que se producen. Dichos conocimientos también deben obedecer a un lenguaje técnico, a unos procedimientos y regulaciones nacional e internacionalmente establecidos por la comunidad científico-académica del campo en el que se investiga.⁴⁶

Sin embargo, aunque esta distinción parece privilegiar la investigación que produce conocimientos "nuevos", sobre la investigación formativa, en el mismo documento se reflexiona acerca de la relación entre ambas, y se concluye que pertenecen a un mismo proceso de relación entre conocimiento, estudiantes y docentes. Además, existe el elemento del grupo de investigación, como un colectivo académico que construye, debate, perfecciona, genera propuestas y reflexiona en

⁴⁵ ALJURE, Emilio, HAKIM, Ramsés, HERNÁNDEZ, Carlos Augusto y otros. La evaluación externa en el contexto de la acreditación en Colombia. Consejo Nacional de Acreditación. Bogotá, 1998

⁴⁶ Ibid, p. 6

torno a la investigación, este es el nicho de donde puede evolucionar la investigación formativa hacia la investigación que genera nuevos conocimientos.

Por otra parte, en el recuento de características de investigación que debe tener una facultad, programa o unidad académica que aplique para un proceso de acreditación ante el CNA, se encuentran entre otros la existencia de un núcleo de investigadores que permita el permanente avance de la investigación al interior de esa comunidad, puede equipararse esto con un grupo de investigación. También se resalta la importancia de la participación de los docentes en proyectos, programas y líneas de investigación, y la importancia que le otorgan a la investigación formativa en su trabajo. Igualmente la permanente actualización de los contenidos académicos por medio de la investigación formativa y la relación que exista entre los grupos y centros de investigación de la institución, con otras entidades afines a nivel local, nacional e internacional⁴⁷.

⁴⁷ ALJURE NASSER, Emilio, HAKIM MURAD, Ramşés, HERNÁNDEZ, Carlos Augusto y otros. Lineamientos para la Acreditación. Consejo Nacional de Acreditación. Bogotá, 1998.

5. DEFINICIÓN DE VARIABLE.

5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La sistematización se define como un proceso que implica dos fases: en la primera, se lleva a cabo la recolección, organización y clasificación de la información sobre el problema sistematizado, y la segunda fase, en la cual se elabora una reflexión crítica que permita una reconstrucción del conocimiento y la experiencia, valorando sus debilidades, fortalezas y posibilidades de desarrollo a futuro⁴⁸.

La sistematización como variable de este estudio, aborda los trabajos de investigación sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, definidos como todos los cambios psicológicos y sociales que generan las enfermedades oncológicas en los pacientes y sus familias⁴⁹, realizados en la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia, en el Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, entre el 2000 y el 2002.

⁴⁸ VELASQUEZ, Op. Cit. P 12.

⁴⁹ FORERO, Op. Cit. P 110.

5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
Sistematización de los trabajos de investigación sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas realizados en el Programa de psicología entre los años 2000 y 2002.	Recolección de Datos	Datos Recopilados en el Formato de Sistematización de informes finales de investigación de las investigaciones sistematizadas, verificando su pertenencia a la temática del tema de los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas.
	Organización de Datos	Ordenamiento de los datos recopilados en el instrumento aplicado a las investigaciones que abordan el tema de los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas.
	Categorización de Datos	Categorización de los aspectos más relevantes de las investigaciones sistematizadas, que abordan el tema de los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas. Esta categorización se realiza por medio de cuadros diseñados para tal fin (anexo B)
	Reflexión Crítica sobre los Datos	Elaboración crítico - reflexiva de los datos sobre las investigaciones sistematizadas que tienen como problema de estudio los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas. Esta elaboración crítica es desarrollada en las Discusiones y Recomendaciones

6. CONTROL DE VARIABLES.

6.1. VARIABLE CONTROLADA.

6.1.1. En las investigaciones.

QUÉ	CÓMO	POR QUÉ
Los proyectos de investigación de grado pertenecientes a la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia del Programa de Psicología, que aborden específicamente el tema de los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas.	Verificando que los informes finales de investigación seleccionados para la aplicación del Formato de Sistematización, y el posterior análisis de los datos recolectados con este instrumento, estén debidamente aprobados por el Comité de investigación del Programa de Psicología, pertenezcan a la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia, y aborden el tema de los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas.	Porque el proceso de sistematización exige la verificación exacta de los documentos objeto de la sistematización, para poder realizar una adecuada recolección, organización y clasificación de la información sobre el problema sistematizado, y la posterior reflexión crítica para reconstruir el conocimiento y la experiencia investigativa de los estudios sistematizados ⁵⁰ .

⁵⁰ VELÁSQUEZ, Op. Cit p 15

6.1.2. En el instrumento.

QUÉ	CÓMO	POR QUÉ
Formato de Sistematización de informes finales de investigación para ser aplicada a las investigaciones sistematizadas, complementado con un instructivo especial que explica paso a paso la forma de aplicarlo.	Utilizando el Formato de Sistematización aprobado por el Comité de Investigaciones del Programa de Psicología, para sistematizar las investigaciones sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas.	Para ordenar y describir la información en sistematización, se requieren dos herramientas básicas: los registros de información y las categorías de análisis. En cuanto a los instrumentos, éstos deben estar diseñados para que la información que recojan sea la adecuada, y pueda ser utilizada en los análisis y elaboraciones posteriores de manera adecuada ⁵¹ .

6.1.3. En el investigador.

QUÉ	CÓMO	POR QUÉ
Entrenamiento del investigador en la aplicación del instrumento y en el proceso de sistematización.	Con la aprobación del proceso, del procedimiento y de los demás elementos que conforman la sistematización por parte de los docentes acreditados y las instancias pertinentes el Programa de Psicología.	Para lograr realizar un adecuado proceso de sistematización, y adelantar las fases que la conforman (la recolección, organización y categorización de la información, y la reflexión crítica a partir de estos elementos) ⁵²

⁵¹ Ibid, P. 9.

⁵² Ibid, P. 12

7. MÉTODO

7.1. PARADIGMA

En esta investigación se aplica un paradigma empírico-analítico, puesto que es una investigación documental, que busca abordar un problema de estudio desde sus características fácticas, y analizándolo objetivamente, desde parámetros de medición e interpretación controlados para dar una interpretación rigurosa del problema abordado⁵³, en este caso el proceso de sistematización de las investigaciones de grado sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, realizadas en la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia del Programa de Psicología entre los años 2000 al 2002.

7.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es descriptiva, por cuanto busca la sistematización, –que puede resumirse como un proceso de recopilación, organización y clasificación de información, a fin de elaborar una reflexión crítica sobre una experiencia o fenómeno determinado– de la investigación sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas en la presente comunidad académica.

⁵³ VASCO, Carlos. Tres estilos de trabajo en las Ciencias Sociales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1996. p 25-28.

7.3. DISEÑO

El Diseño de esta investigación es descriptivo, el objeto de estudio en esta investigación es documental, en cuanto a la utilidad del conocimiento es básica, pues no se plantea una aplicación concreta de sus hallazgos; aunque éstos pueden ser utilizados con la finalidad de mejorar el quehacer investigativo y científico⁵⁴.

7.4. POBLACIÓN

La población de la cual se obtuvo la muestra para esta investigación fue de 176 informes finales de investigación presentados al Comité de Investigación del Programa de Psicología, y aprobados por dicho estamento (según listado actualizado a Octubre de 2003).

7.5. MUESTRA

La muestra que cubrió este estudio fue de 5 investigaciones, las cuales representan un 8.95% de un total de 176 trabajos finales de investigación.

7.6. MUESTREO

La técnica aplicada es el muestreo no aleatorio intencional, por cuanto se seleccionaron sólo aquellas investigaciones cuyas características concordaban con lo requerido para ser sistematizadas⁵⁵

⁵⁴ POURTOIS, Jean Pierre, y HUGUETTE, Desmet. Epistemología e investigación en las ciencias humanas. Biblioteca de Psicología y Sociología #19. Barcelona: Herder. 1992. P 32-35

⁵⁵ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ, Carlos, y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill. 1998.

7.7. INSTRUMENTO

En esta investigación se utilizó como instrumento un Formato de Sistematización de informes finales de investigación, diseñado por Maria del Socorro Lara, y adaptada por Adriana Altamar, validado y aceptado para ser aplicado en todas las investigaciones de sistematización por el Comité de Investigación del Programa de Psicología (ver Anexo C), con la cual se describen los puntos más pertinentes de las investigaciones, entre los que se encuentran aspectos conceptuales, metodológicos, teóricos y los resultados obtenidos en dichos trabajos. Así mismo el Formato de Sistematización de informes finales de investigación tenía como complemento un instructivo especial, igualmente validado y aceptado por el Comité de Investigación (ver Anexo D) también elaborado por las mismas autoras, el cual explicaba, punto por punto, cada una de las preguntas y de las partes de las cuales se compone el Formato de Sistematización, a fin de asegurar su correcta aplicación, y darle mayor validez y confiabilidad como herramienta investigativa; debe anotarse que tanto el Formato de Sistematización como el instructivo del mismo fueron validados y aprobados por el Programa de Psicología.

7.8. PROCEDIMIENTO.

Para realizar esta investigación, inicialmente se procedió a seleccionar dentro de la Línea de Investigación de Desarrollo Humano y Familia unos ejes temáticos, entre ellos el de los procesos psicológicos en las enfermedades terminales. Una vez seleccionado este eje para la investigación, se elaboró una revisión teórica inicial,

sobre el concepto de sistematización, pues inicialmente se pensaba trabajar con este esquema de investigación.

Posteriormente Maria del Socorro Lara y Adriana Altamar elaboraron el instrumento, denominado "Formato de Sistematización de informes finales de investigación" (Anexo C), diseñado a propósito para esta investigación, por lo que debía ser útil en la descripción de las investigaciones sistematizadas. Este instrumento de recopilación de información, fue complementado con el "Instructivo del Formato de Sistematización", también de las mencionadas autoras (Anexo D)". Con la finalidad de aumentar su validez y confiabilidad para ser empleado en otras investigaciones de Sistematización, este instrumento fué revisado y aceptado por el Comité de Investigación del Programa de Psicología. Simultáneamente, se empezaron a consultar los trabajos de grado que luego fueron sistematizadas.

Realizada la fase del proceso de sistematización a las 5 investigaciones sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, que correspondía a la recolección y ordenamiento de la información, se llevó a cabo la clasificación de la información recolectada, de acuerdo a las categorías planteadas en el instrumento, esta categorización se organizó en cuadros detallados (Anexo B). Finalmente, se procedió a dar una revisión a aspectos metodológicos, teóricos y formales de la investigación, a la vez que se realizaba la última fase del proceso: la reflexión crítica sobre las investigaciones que fueron sistematizadas; los resultados de este último procedimiento se consignan en la discusión y recomendaciones.



8. RESULTADOS

Los resultados de la aplicación del instrumento, el Formato de Sistematización de informes finales de investigación (Anexo C) a los trabajos sistematizados, cinco en total, y el posterior proceso de categorización de la información recopilada en estos Formatos por medio de cuadros de categorización diseñados para tal fin (Anexo B), se exponen a continuación. En los resultados se realiza un análisis en conjunto de las investigaciones sistematizadas, el mismo se retoma y profundiza en las conclusiones; para dar paso a la reflexión crítica, en la discusión y recomendaciones.

En primer lugar, haciendo referencia al proceso de seguimiento y asesoría permanente que tienen los proyectos de investigación en el Programa de Psicología, los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento y del proceso de categorización de dichas investigaciones, indican que éstos han contado en igual medida con la asesoría de docentes adscritos al Programa de Psicología y con profesionales que no laboran en la misma. En cifras estadísticas porcentuales, 2 investigaciones (40%) emplean docentes adscritos al Programa de Psicología, 2 investigaciones (40%) tienen asesores externos, que no trabajan en el Programa, y una investigación (20%) no tuvo asesoría, o el asesor no fue mencionado en la misma. Es destacable además que en general estos docentes tienen a la vez

experiencia investigativa y bases conceptuales acorde con las investigaciones asesoradas. Este gráfico ilustra dichos datos:

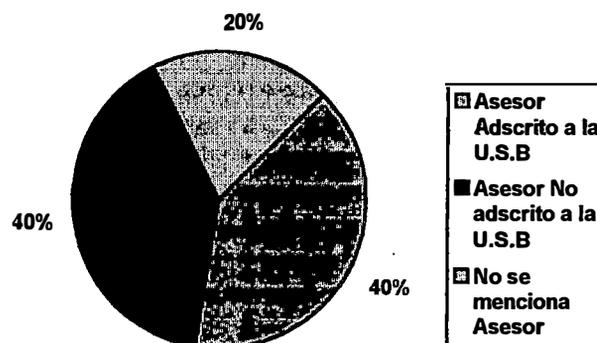


Figura 1. Asesores de las investigaciones.

En cuanto a los tipos de cáncer abordados en las investigaciones sistematizadas, en dos de ellas (40%) se investigó sobre la leucemia infantil, en dos de los estudios se investigó sobre el proceso de duelo en el cáncer terminal (40%) y en uno de los estudios se abordó el cáncer de seno y la mastectomía (20%). Estos datos se ilustran en el siguiente gráfico:

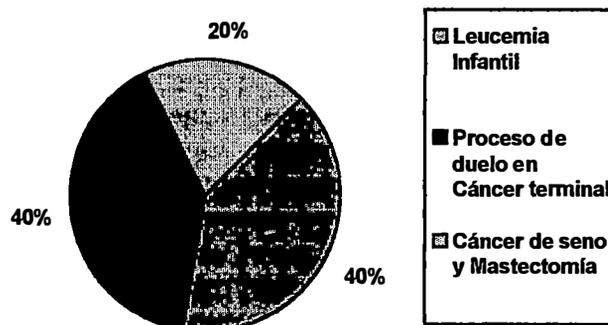


Figura 2. Tipos de Cáncer abordados en las investigaciones.

Así mismo, en las investigaciones sistematizadas se encontró una variedad de enfoques psicológicos usados para abordar el tema de las enfermedades oncológicas, destacándose el modelo sistémico en aquellos estudios que tenían como sujeto a los grupos familiares (en total tres estudios, con el 60%), el enfoque psicodinámico con una investigación (20%) y el enfoque cognitivo conductual con una investigación (20%). Puede afirmarse que en el Programa de psicología existe libertad de elección que tienen los alumnos para emplear distintas escuelas de pensamiento psicológico. La siguiente figura ilustra estas tendencias:

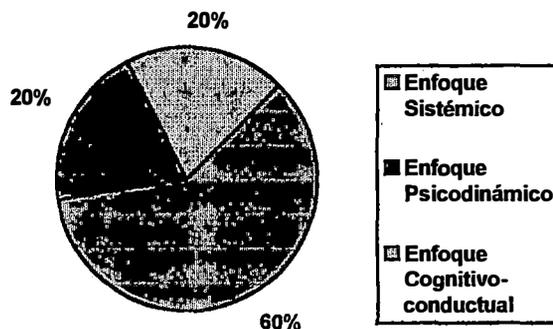


Figura 3. Enfoques de las investigaciones.

También debe mencionarse en estos resultados que la mayoría de estudios sistematizados tienen un nivel de profundidad descriptivo (4 investigaciones, un 80%), y solo uno es exploratorio (esto es un 20%), y todas tienen como finalidad únicamente enriquecer el cuerpo de conocimientos ya existentes, es decir, son investigaciones puras (los cinco estudios, totalizando el 100%). Esto puede deberse a que los estudiantes del Programa de Psicología que han elegido esta temática, se encuentran con una carencia de estudios previos que permitan llegar

a niveles más complejos de investigación; es necesario fortalecer el trabajo en este campo, pues se ha consolidado una experiencia importante en intervención clínica grupal e individual, pero, según afirma Martha Forero (1999) no se ha dado un desarrollo igual en la investigación psicológica de los factores psicosociales relacionados con la enfermedad⁵⁶.

En referencia a los paradigmas de las investigaciones sistematizadas y a la población abordada en las mismas, los resultados del instrumento aplicado y del proceso de categorización, señalan que en la totalidad de investigaciones sistematizadas (cinco estudios, totalizando un 100%) se empleó el paradigma cualitativo, con variantes dentro del mismo (histórico hermenéutico y cualitativo-descriptivo).

La población sujeto de estudio en las distintas investigaciones es diversa, en tres investigaciones (60% del total) la familia fue el objeto de investigación, en una investigación (20% del total) los sujetos de estudio fueron niños entre los 4 y 10 años, y en otro estudio (el restante 20%) los sujetos fueron adultos de ambos sexos entre 45 y 55 Años. Vale también la anotación de que el estudio de casos fue el diseño metodológico empleado en todas las investigaciones sistematizadas. La siguiente figura ilustra los datos de las poblaciones estudiadas.

⁵⁶ FORERO, Op Cit. p 118-119.

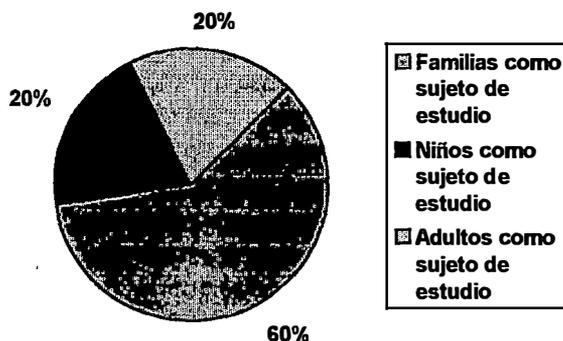


Figura 4. Sujetos de estudio en las investigaciones.

Así mismo, se encontró que los instrumentos empleados en las investigaciones sistematizadas fueron en su totalidad diseñados por los autores de las investigaciones sistematizadas con la asesoría de docentes del Programa de psicología (en los cinco estudios, se dió esta tendencia, es decir, en el 100%). Esta tendencia de las investigaciones sistematizadas puede deberse en parte a la relativa ausencia de test psicométricos especializados en los procesos psicológicos de pacientes oncológicos, e igualmente a que los aspectos a medir o evaluar suelen acompañarse del seguimiento cuidadoso por parte de los investigadores (aplicando procedimientos tales como el registro de las conductas y el lenguaje no verbal de quienes aplican las pruebas a los sujetos de investigación), lo que requiere de la aplicación de instrumentos específicos para recolectar esta información particular.

En cuanto a los resultados y las conclusiones obtenidos en las investigaciones sistematizadas, puede realizarse un análisis a partir del conjunto de estos

hallazgos. En las cinco investigaciones los resultados y las conclusiones indican que tanto el diagnóstico como el desarrollo de esta enfermedad y las intervenciones médicas (incluso el proceso de duelo) generan un alto nivel de tensión en los pacientes y en las familias; las demandas afectivas, emocionales, sociales y de otras índole son mayores y la red de apoyo en todos los casos se constituye en un elemento clave del manejo psicológico de las enfermedades oncológicas.

En referencia al ciclo de desarrollo humano individual y familiar, los resultados y conclusiones de las cinco investigaciones sistematizadas indican que el cáncer en cualquiera de sus etapas implica una ruptura, un elemento de alteración en estos procesos de desarrollo psicológico, (en cuanto a la familia se le clasifica como una crisis no normativa)⁵⁷, lo cual según los resultados y conclusiones de las investigaciones sistematizadas exige una alta capacidad de adaptación y flexibilidad, y cuando se carece de éstas, surgen dificultades que requieren atención psicoterapéutica. Así mismo, a medida que progresa la enfermedad las demandas y la tensión aumentan en severidad, y de no existir apoyo psicológico pueden darse cuadros clínicos severos.

Igualmente significativa es la verificación en los hallazgos de las cinco investigaciones sistematizadas de una serie de fases en los procesos psicológicos de las enfermedades oncológicas, tanto a nivel individual como familiar, que en

⁵⁷ BUELVAS, CAMARGO Y CEPEDA, Op. Cit, p 65

general no son atendidas por el sistema de salud público (en el privado se da mayor énfasis al seguimiento psicológico de estos casos). Retomando brevemente elementos del marco teórico, la Dra. Kübler-Ross (1960) (extensamente citada en todas las investigaciones sistematizadas) describe las fases del proceso de duelo mencionadas antes, las cuales también están presentes cuando la enfermedad no es terminal, lo cual evidentemente conlleva una menor intensidad en las mismas.

1. Negación de la enfermedad: La persona piensa que la enfermedad no es real, niega las evidencias y las desvirtúa. Busca varias opiniones que puedan desmentir el diagnóstico, y puede incluso arriesgar su salud al intentar "métodos y curas alternativas" que solo dificultan la labor de los profesionales.
2. Ira: El paciente convierte su frustración en agresividad y enojo, incluso culpando a los demás como mecanismo defensivo para evadir la realidad, y enfrentarse a los hechos.
3. Negociación: El paciente intenta racionalizar la situación, y busca respuestas mágicas, religiosas o sobrenaturales, esperando que si funcionan a cambio de esto hará algún sacrificio o transformación interior. Es una forma más elaborada de negación a la realidad de su enfermedad.
4. Interiorización y toma de conciencia: El paciente comprende que está enfermo, y debe adaptarse a las nuevas circunstancias, incluso tomar decisiones en caso de morir, pues esta posibilidad ahora forma parte de las perspectivas existenciales del paciente.

5. Aceptación: No es una actitud pasiva, el paciente aquí renuncia a la negación de su enfermedad, la asume con todas sus consecuencias, y busca darle un sentido dentro de su historia personal, a la vez que intenta cerrar todos aquellos capítulos vitales no resueltos⁵⁸.

Finalmente, en lo referente a las recomendaciones planteadas en las 5 investigaciones sistematizadas, cabe anotar que las mismas coinciden en la importancia de mejorar la atención psicológica y psicoterapéutica tanto en las instituciones públicas como privadas que manejan a estos pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida, en los distintos niveles de evolución de la enfermedad. Así mismo enfatizan en las exigencias emocionales que deben considerar los terapeutas, y el apoyo que a su vez deben tener para afrontarlas. Igualmente, en todos las investigaciones sistematizadas se enfatiza en la necesidad de realizar estudios que enriquezcan el conocimientos sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, tales como la comparación entre distintos modelos clínicos, y el abordaje de rangos poblacionales más amplios tanto en pacientes individuales como en sistemas familiares.

⁵⁸ CASALOD ROYO Eva Maria. La psico-oncología. En: www.med.jhu.edu/childlife/

9. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos al aplicar el instrumento y sistematizar las cinco investigaciones objeto de estudio, es posible llegar a conclusiones importantes sobre los aspectos más relevantes de las mismas, de forma conjunta. En primer término, debe recordarse que los estudios objeto de esta investigación, pertenecen al eje temático "Procesos psicológicos en la población diagnosticada con enfermedades terminales en la costa caribe colombiana", de la línea de investigación de Desarrollo Humano y Familia, del Programa de psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.

Este grupo de investigaciones, cinco (5) en total, representan un 8.95% en un total de 176 investigaciones realizadas entre el 2000 y el 2003 (según listados del Programa de psicología a Octubre de 2003). De manera similar, en la sistematización de investigaciones realizada en la Universidad del Norte, que abarca desde 1982 hasta 1992, estudios que abordan temáticas similares, denominadas allí "Psicología de la Salud", alcanzan un 5% del total de investigaciones realizadas⁵⁹. Entonces una primera conclusión es que, si bien la investigación en el campo de la psicooncología está tomando relevancia en el

⁵⁹ UNIVERSIDAD DEL NORTE. Centro de Investigaciones Universidad del Norte. Psicología y Desarrollo Humano. Sistematización de investigaciones del Programa de Psicología (1982-1992). Barranquilla: 1994.

entorno académico local, aún hace falta un mayor número de estudios, y más interés en el tema.

Retomando los planteamientos de Martha Forero (1999), deben hacerse esfuerzos para que los psicólogos puedan hacer un manejo clínico integral de los casos oncológicos, lo cual implica, como se deduce de las investigaciones sistematizadas, abordaje de pacientes adultos, de niños, de personas de la tercera edad, y de sistemas familiares. Se requiere igualmente sensibilizar a la comunidad médica, y a las entidades de salud, para que incluyan los servicios de psicólogos preparados en los planes de atención de pacientes con cáncer, que además cubran a las familias de los mismos⁶⁰.

Puede observarse que en las investigaciones sistematizadas, existe un proceso de asesorías tanto en lo metodológico como en lo conceptual, llevado a cabo en igual medida por docentes adscritos al Programa y por profesionales que no laboran en la misma. Los asesores de investigación del Programa en particular, muestran un dominio específico de áreas como el psicoanálisis y la psicología familiar sistémica.

Resulta importante destacar que, de todos los tipos de enfermedades oncológicas conocidas, solo se abordaron tres: la leucemia infantil, el cáncer pulmonar, y el cáncer de seno; estos son tipos de cáncer que por su alta prevalencia deben ser prioritarios, y estas investigaciones pueden enriquecer programas de prevención

⁶⁰ FÓRERO, Op. Cit, p 109

locales. Existen otras tipologías tales como el cáncer de piel, tumores en órganos como el hígado, tumores cerebrales entre otros, que pueden ser abordadas en próximas investigaciones. Es muy interesante anotar que dos investigaciones abordaron el tema del duelo en los procesos de cáncer terminal, estos estudios aportan una información de especial interés para la psicología en el ámbito local y regional, en la medida que muestran como este complejo proceso psicológico se ve influenciado por las particulares características culturales del Caribe Colombiano.

En cuanto a los enfoques psicológicos empleados en las investigaciones sistematizadas se puede concluir que existe una gran diversidad en este sentido, y que en el Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, a diferencia de las tradiciones en otras comunidades académicas, no se privilegia ningún modelo psicológico; encontrándose en la categorización de los datos una investigación con el enfoque psicodinámico, otra con el cognitivo conductual y en las investigaciones relacionadas con la familia se emplea el modelo sistémico, debido a que brinda las herramientas para abordar la compleja dinámica familiar. Esta diversidad es importante puesto que permite a los estudiantes una mayor riqueza conceptual, y el análisis de los fenómenos desde distintos esquemas teóricos.

Así mismo, todos los estudios sistematizados se caracterizaron por tener un nivel descriptivo y ser puros, no buscan generar aplicaciones concretas a sus

resultados. Esto implica que se tiene una mirada preliminar desde la óptica descriptiva del fenómeno estudiado –los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas–El siguiente paso es utilizar estos elementos como base para estudios más complejos, que permitan hallar relaciones causales, es decir, investigaciones que aborden estilos de vida, comportamientos y diversos factores ambientales como posibles factores causales de las enfermedades oncológicas.

También es posible, a partir de la categorización de los datos obtenidos con la aplicación del instrumento, concluir que pueden derivarse nuevas investigaciones, o profundizar en los hallazgos ya establecidos, otros estudios de mayor complejidad. Tomando como referente nuevamente a Martha Forero (1999), en la psicooncología se establecen tres áreas principales de investigación, la primera debe abordar las consecuencias psicológicas y sociales del cáncer para el paciente y su familia, la segunda se encarga del desarrollo y evaluación de terapias psicológicas diseñadas para reducir las consecuencias psicológicas del cáncer, mejorando la calidad de vida, y la tercera área encargada de estudiar el efecto del cáncer en la calidad de vida psicológica de los pacientes. Adicionalmente, es prioritario alcanzar un mayor conocimiento sobre las herramientas, estructuras conceptuales y técnicas psicoterapéuticas frente al paciente oncológico.⁶¹

⁶¹ Ibid., p 107.

Partiendo de estos referentes conceptuales y de los resultados obtenidos, puede afirmarse que las investigaciones sistematizadas se encuentran en la primera y tercera área de estudio (es decir, han abordado las consecuencias del cáncer en los pacientes y sus familias, y su calidad de vida psicológica) pero no se ha realizado ninguna investigación que permita poner a prueba distintos modelos y estrategias de manejo clínico de estos casos; y si se considera que es este uno de los aspectos más urgentes de la psicooncología en Colombia, puede deducirse que deben generarse propuestas investigativas (incluso lideradas por docentes del Programa de Psicología) en este sentido.

Finalmente, puede concluirse que las cinco investigaciones sistematizadas sobre el tema de la psicooncología constituyen un primer paso hacia la construcción de conocimientos relativos a la interacción entre la salud física y el bienestar psicológico, este tipo de investigaciones deben continuar, no solo en cuanto a la psicooncología, sino en otros ámbitos (tales como la psicología del deporte, campo en el cual hace falta investigación), e incluso puede darse un paso aún más importante, la ejecución de estudios multidisciplinarios, donde se reúnan distintos saberes para resolver en conjunto problemas de investigación complejos.

10. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Los resultados y conclusiones de este estudio, permiten afirmar que la investigación es un proceso complejo dentro del Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar; en el que intervienen diversos actores que integran esta comunidad académica, pero a su vez la misma se encuentra en un entorno social, al que debe responder. Por ello se hace necesario reflexionar sobre el quehacer investigativo en la misma desde la docencia en la formación de aulas, la manera como los estudiantes perciben la investigación, y la manera como esta actividad enriquece a todos los actores implicados y puede llegar a aportar nuevos conocimientos en el plano local y regional.

Al respecto es válido retomar las apreciaciones del Consejo Nacional de Acreditación sobre la investigación. Dicho estamento menciona dos tipos de investigación en la educación superior: la formativa y la investigación como tal. La investigación formativa es la que se genera en las aulas de clases, a fin de reconstruir los conocimientos y consolidar bases conceptuales en los estudiantes, por medio de la búsqueda de diversos textos, lectura de libros, y otras fuentes⁶².

⁶² ALJURE, HAKIM, y HERNÁNDEZ, Op. Cit, p 5.

Debe mencionarse que en el Programa de Psicología, el curriculum acierta al incluir asignaturas relacionadas con la investigación desde los primeros semestres, y de la misma forma la mayoría de docentes practica la investigación formativa en las aulas.

Es pertinente la observación de que los estudiantes, en cuanto actores del proceso educativo, no tienen hábitos de lectura establecidos, en muchos casos incluso presentan dificultades de comprensión y análisis de textos, las cuales se acentúan debido a la complejidad inherente a los contenidos de la educación superior. Este hecho ha motivado a la creación de cursos orientados a sensibilizar a los estudiantes hacia la lectura y al mejoramiento de sus competencias comunicativas, pero aún es frecuente que, cuando el docente intenta generar debates en el aula sobre textos previamente asignados, se vea frustrado cuando los estudiantes no cumplen su papel adecuadamente. Puede pensarse que existe una relación directa entre la motivación hacia la lectura y la percepción de los estudiantes en cuanto a la investigación, por tanto todas las acciones que mejoren la calidad y cantidad de lectura en ellos, se reflejarán también en más y mejores investigaciones.

Ahora bien, el C.N.A. menciona otro nivel de investigación, aquella que busca una producción de conocimiento "nuevo" en un área o campo teórico o práctico, o bien, un conocimiento que dé respuestas a realidades y problemáticas locales, utilizando los saberes validados y aceptados por la comunidad científico-académica en la que

se producen. En este sentido, puede afirmarse que las investigaciones en el Programa de Psicología (no solo las referentes al campo de la psicooncología), sirven como base para iniciar una producción de conocimientos que sea reconocida por la comunidad científico-académica local, en la medida en que responda a la realidad local, es decir, a problemáticas, fenómenos o dinámicas humanas de la ciudad, el departamento e incluso la Región Caribe.

Para que ello sea posible, se requiere un trabajo institucional, que trascienda los límites administrativos y de capital humano del Programa de psicología, e incluya a las demás instancias académicas, así como al Instituto de Postgrados y al Centro de Investigaciones. En este sentido, el proceso de "semillero de investigadores" puede utilizarse como eje estratégico para diseñar investigaciones multidisciplinarias con estudiantes de diversas carreras, y a la vez generar un espacio donde los docentes implicados en la investigación, intercambien sus experiencias y generen propuestas innovadoras en el ámbito local, a la vez que se divulguen por diversos medios, los resultados y hallazgos de todas estas investigaciones (lo que ya se está realizando por medio de la revista Psicogente, y otras publicaciones institucionales).

Retomando el tema específico de la investigación en los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas realizadas en el Programa de psicología, es decir, el campo de la psicooncología, es importante incentivar estudios en este sentido, pues este tipo de enfermedades mantiene un ritmo de aumento constante, y dentro

de los ideales sobre desarrollo humano integral que motivan el quehacer académico del Programa, es clave profundizar en la influencia de éstas sobre el curso de dicho proceso evolutivo.

Igualmente, un aspecto sobre el que debe reflexionarse, es el hecho de que todos los estudios sistematizados se centraron en el campo clínico, es decir, enfocaron el problema de estudio en sus efectos adversos en la salud mental y psicológica, tanto de los sujetos individuales como de las familias y abarcaron diversos rangos de edad; esto es importante porque permite una mayor comprensión de la problemática.

Ahora bien, es posible explorar otros aspectos, como las consecuencias sociales de las enfermedades oncológicas, el papel de la educación en la prevención de estas enfermedades, los factores de riesgo que existen en las empresas que pueden llevar a enfermedades oncológicas, y factores como la prevención de conductas de riesgo hacia las enfermedades oncológicas, y el diseño de programas en este sentido.

Partiendo de todos estos elementos, se pueden hacer diversas sugerencias, tanto para la investigación dentro del Programa de Psicología, como sobre el tema de los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas.

* Se sugiere que, a partir de esta investigación, se consolide, como una iniciativa desde la Línea de Investigación de Desarrollo Humano y Familia, un grupo de estudio, análisis, debate y divulgación académica sobre el tema de la Psicooncología, que sea un centro de construcción de estrategias integrales para el abordaje de ésta temática.

* Se sugiere realizar una investigación de más amplio espectro, que sistematice las investigaciones sobre los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, realizadas en las comunidades académicas de Psicología en la Ciudad de Barranquilla, y posteriormente, se extienda en una segunda fase, a las comunidades académicas de Psicología en la región caribe y que estos resultados sirvan para alimentar las bases del grupo arriba sugerido.

* Se sugiere realizar investigaciones que permitan generar instrumentos de evaluación específicos, desde los distintos enfoques psicológicos, de los procesos psicológicos en las enfermedades oncológicas, pues como se observó en la revisión teórica, es necesario consolidar herramientas que permitan identificar aquellos pacientes oncológicos que requieran atención psicoterapéutica específica.

* Se sugiere que dentro de la Línea de Investigación de Desarrollo Humano y Familia, se establezca un eje temático de Psicooncología, que podría retomar las posibles investigaciones sugeridas en las conclusiones de este estudio para su realización.

* Se sugiere realizar investigaciones con propósitos de aplicación concreta, a fin de que se establezcan estrategias de intervención psicológica en este tipo de pacientes, al igual que estudios que estén orientados a la relación entre estos pacientes y los médicos, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y demás componentes de la Atención Médica y en Salud para estos casos.

* Se sugiere también llevar a cabo investigaciones para probar la efectividad de programas de prevención del cáncer en distintos segmentos de la población, y con diversos factores de riesgo, tales como el tabaquismo, los signos y síntomas tempranos de cáncer de seno y otras variables de predisposición a esta enfermedad, tales como la ansiedad, el estrés laboral, y las características de personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

ALJURE NASSER, Emilio, HAKIM MURAD, Ramsés, HERNÁNDEZ, Carlos Augusto y otros. Lineamientos para la Acreditación. Consejo Nacional de Acreditación. Bogotá, 1998.

_____ La evaluación externa en el contexto de la acreditación en Colombia. Consejo Nacional de Acreditación. Bogotá, 1998

ARNAL, Justo, y otros. Investigación Educativa: Fundamentos y Metodologías. Labor, México, 1992.

BLANCO, Lorena, MARULANDA, Esmeralda, MORENO, Aida, y REYES, Ignacio. Características del duelo en pacientes diagnosticados con cáncer pulmonar en fase terminal en fumadores crónicos, atendidos en el instituto de los Seguros Sociales de los Andes, de la ciudad de Barranquilla. Barranquilla: 2002. (Psicólogo) Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Programa de Psicología. P. 17.

BUELVAS PERCY, María, CAMARGO LANDÁZURY, Maryluz, CEPEDA BERMEJO, Rosiris. Descripción del proceso de duelo anticipado en familias de tipo funcional con un miembro diagnosticado con cáncer en fase terminal atendido en la liga de lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla. Barranquilla: 2002 (Psicólogo). Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Programa de Psicología.

CACERES ORTIZ, Eladio, MARTINEZ SOLER, Edgar y QUIÑONES GARCÍA, Federico. Implementación de un programa de intervención cognoscitivo-conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer. En: Revista Colombiana de Psicología. Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. N° 10. Bogotá: 2002. P. 41-52

CALVO MOLINA, Belkis, PETTY MAESTRE, Zayda, DEL CARMEN NÚÑEZ, Sofía. Recursos personales, familiares y de la comunidad, de la familia y de la paciente, de 45 a 65 años, frente al diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía, que asisten a la Liga contra el cáncer en la ciudad de Barranquilla. Barranquilla: 2001 (Psicólogo). Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Programa de Psicología.

CAÑAS Karina, ORTIZ Eira, RADA Selene. Descripción del sistema de creencias en los niños enfermos con leucemia frente a los procesos quimioterapéuticos

Barranquilla: 2000 (Psicólogo). Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Programa de Psicología.

CASALDO ROYO Eva Maria La psico-oncología. En: www.med.jhu.edu/peds/child

CORMACK H, David. Histología de Ham. México: Harla. 1987. p 155, 156.

CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLIVAR. Proyecto Educativo Institucional Programa de Psicología. Barranquilla. 2000. p. 151.

DAMIAN, D, y TATERSALL, M.H. Cartas a los pacientes: mejor comunicación en la atención médica del cáncer. En: The Lancet, Vol 20, N# 3. 1992. p 169-170.

DAVID FANDIÑO, José, HERNÁNDEZ DORADO, Yuberlis, LUQUE MANOTAS, Diana. Sistema de creencias, estructura y funcionamiento de la familia con respecto a la enfermedad y rehabilitación de un infante de siete años de edad, diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda de la ciudad de Barranquilla. Barranquilla: 2000. (Psicólogo). Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Programa de Psicología.

DEL CARMEN VIDAL, María, y LOPEZ CAMELO, Jorge. La depresión en el Cáncer. "Alcmeon". En: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol.8, N° 2, octubre de 1999, p 141 a 156.

DORLAND, E. Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina. Vol I. Interamericana. Madrid. 1993.

El Cáncer. Biblioteca Salvat de Grandes Temas. Barcelona, Salvat. 1985. p 22.

FAWCETT, Don, HERRANZ, Gonzalo. Tratado de Histología. Madrid: Mc Graw Hill - Interamericana. 1987.

FONNEGRA, Isa. Aproximación psicológica al mundo del paciente terminal. En: Simposio Colombiano sobre el cuidado integral a paciente terminales (1988 Bogotá). p 8

FORERO RESTREPO, Martha. Psicooncología y Calidad de vida. En: Revista Colombiana de Psicología. Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. N# 8. Bogotá: 1999. p. 106.

GATNER, Lorena. Taller de Sistematización. Buenos Aires: Nordan, 1988.

GRANDA, Clara. La Quimioterapia: tu aliada. Liga colombiana contra el cáncer. Cartilla instructiva. Bogotá: 2000.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNADEZ, Carlos, y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill. 1998.

HOYOS BOTERO, Consuelo. Un modelo para la investigación documental. Medellín: Señal. 2000.

KERLINGER, Fred. Metodología de la investigación en las ciencias humanas. México: Mc Graw Hill. 1992. p 135.

LIGA COLOMBIANA CONTRA EL CÁNCER. Un lazo con la vida: Ejercicios para después de una mastectomía. Guía de la paciente. Cartilla instructiva. Bogotá: 2002.

LOPEZ, Oscar. Cáncer de seno en el Sistema de Seguridad Social en Colombia. Bogotá: Cajanal. 1999.

Manejo integral del paciente con cáncer. Una aproximación para el médico general. En: Tribuna Médica Número 102 . Bogotá: 2002. p 59-66.

MARTINEZ DE BIAVA, Yadira. Línea de Investigación: Desarrollo Humano y Familia. En: Revista Psicogente. N 3. Junio 1999. Programa de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.

OVALLE, Víctor, y RAMIREZ, Andrés. Una nueva visión en la metodología de la investigación científica: un enfoque experimental. Barranquilla: Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Documento Inédito.

POURTOIS, Jean Pierre, y HUGUETTE, Desmet. Epistemología e investigación en las ciencias humanas. Biblioteca de Psicología y Sociología #19. Barcelona: Herder. 1992. P 32-35

UNIVERSIDAD DEL NORTE. Centro de Investigaciones Universidad del Norte. Psicología y Desarrollo Humano. Sistematización de investigaciones del Programa de Psicología (1982-1992). Barranquilla: 1994.

VASCO, Carlos. Tres estilos de trabajo en las Ciencias Sociales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1996.

VELÁSQUEZ RAMIREZ, Jorge Enrique. La sistematización: Espejo del maestro innovador. Cuadernos de Reflexión Educativa. Bogotá: Centro de promoción ecuménica y social –CEPECS–. 1991. p 8-9.

A N E X O S

ANEXO A. FORMATOS DE SISTEMATIZACIÓN APLICADOS.

FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN # 001

Fecha de elaboración: Febrero 2002.

Investigación N. 032 Programa de psicología

1. Universidad: Corporación educativa mayor del desarrollo Simón Bolívar.
2. Año de realización: 2000
3. Título: Recursos personales, familiares y de la comunidad, de la familia y de la paciente, de 45 a 65 años, frente al diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía, que asisten a la liga de lucha contra el cáncer en la ciudad de Barranquilla.
4. Director/Asesor Investigación: Adriana Altamar.
5. Investigadores: Belkis Calvo Molina, Zayda Petty Maestre, Sofía del Carmen Núñez.
6. Línea de investigación: Desarrollo Humano y Familia.
7. Tema de investigación: La mujer, la familia y la comunidad frente al cáncer.
8. Autores conceptuales del tema: Issa Fonnegra, Matías Llorca, Leon A.
9. Autores más representativos: Issa Fonnegra.
10. Enfoque guía / paradigma conceptual: Modelo Sistémico.
11. Autores enfoque guía: Ángela Hernández, Salvador Minuchin.
12. Conceptos / palabras clave: Recursos Personales, Recursos Familiares, Recursos de la Comunidad, Sistema Familiar, Ciclo vital familiar, Cáncer de Seno, Mastectomía, Enfoque Sistémico.
13. Pregunta problema: ¿Cuáles son los recursos personales, familiares y de la comunidad, de la familia y el paciente entre 45 y 65 años, frente al diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía, que asisten a la liga de lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla?
14. Objetivo general: Describir los recursos familiares, personales y de la comunidad, de la familia y la paciente de 45 a 65 años, frente al diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía, que asisten a la Liga de lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla.
15. Objetivos específicos:
 - Describir los recursos personales que utiliza el paciente y la familia frente al diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía, tales como: inteligencia, conocimientos y habilidades, salud física y emocional, y autoestima.
 - Describir los recursos familiares con los que cuenta el paciente ante el diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía, tales como: cohesión, adaptabilidad y comunicación.
 - Describir los recursos de la comunidad con los que cuenta la paciente y la familia ante el diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía, tales como apoyo emocional, apoyo de información y apoyo instrumental.
 - Comparar los recursos personales, familiares y de la comunidad utilizados por el paciente, con los recursos empleados por su familia.
16. Hipótesis:
17. Variables de estudio: Recursos Personales, Recursos Familiares, y Recursos de la Comunidad.
18. Tipo/niveles de investigación: Descriptivo.
19. Objeto de interés de la investigación: Pura.
20. Paradigma de investigación: Cualitativo (histórico hermenéutico, interaccionismo simbólico)
21. Metodología:
 - 21.1 Diseño: Estudio de casos.
 - 21.2 Población: grupal
2 pacientes de 45 a 65 años y sus familias, ubicadas en la etapa del ciclo vital de familia con hijos adolescentes.
 - 21.3. Instrumento:
Técnicas: Historia Clínica Sistémica.
Entrevistas: Entrevista Semiestructurada.

Observación: Se utilizó un sistema de triangulación con dos observadores de las entrevistas, quienes consignaban sus registros en una guía de autoobservación, y una guía de autoobservación para el entrevistador.

Pruebas estandarizadas: Ninguna específica.

22. Resultados relevantes:

Los recursos personales, tales como la inteligencia, el conocimiento y los estilos de afrontamiento, en cada miembro del sistema familiar, se ponen a prueba ante el cáncer de seno; entre mejores sean éstos, mejor se enfrentará a la enfermedad. La familia pone en juego su cohesión y adaptabilidad, para afrontar la crisis que genera este problema, a mayor fortaleza de estos recursos, mejor se supera la crisis. La familia y la paciente necesitan de apoyo emocional e información por parte de la comunidad; de esta forma logran enfrentar mejor la demanda que el diagnóstico de cáncer de seno, como evento estresor, implica para la familia y la paciente.

23. Conclusiones de la investigación:

El equipo de investigadoras concluye que las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno poseen una serie de recursos a nivel personal, familiar y social, que ponen en juego para afrontar la tensión generada por este evento estresor. A nivel personal, los recursos intelectuales ayudan a enfrentar la enfermedad; si estos no son suficientes, suele reflejarse en un deterioro de las relaciones familiares, e igualmente, se da una actitud pasiva frente a la enfermedad, pero si los recursos intelectuales son elevados, las estrategias de afrontamiento son más adecuadas. Así mismo, indican que si ya se ha dado anteriormente esta enfermedad, se tiende a interpretar la situación de acuerdo a las vivencias pasadas.

A nivel del sistema familiar, los hallazgos indican que la autoestima se ve fortalecida por el apoyo de la red social, si ésta logra dar a las pacientes un soporte psicológico adecuado. También mencionan que la cohesión es importante, porque permite crear nuevas formas de funcionamiento familiar, y así adaptarse a la demanda del diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía; si la cohesión no es funcional, dificultará la adaptación del sistema familiar en este sentido. Las investigadoras reconocen claramente que la adaptabilidad del sistema familiar se da en la medida en que las familias pueden generar nuevas formas de funcionamiento, y la cohesión es fundamental para ello. A nivel del entorno social, el equipo de investigadoras explica que los recursos existentes se clasifican en soporte emocional y de información, si estos son adecuados, fortalecen la capacidad de afrontamiento de las familias ante las demandas del diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía; si por el contrario son insuficientes, el sistema familiar tendrá dificultades para adaptarse a esta situación.

24. Recomendaciones:

El equipo de investigadoras, ante los resultados, discusiones y conclusiones, recomienda:

- Se debe mejorar la información que tienen las pacientes respecto al diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía, esta información debe ser adecuada a sus niveles de conocimientos y preparación, y debe proveerse por parte de las organizaciones de salud pertinentes.

- El trato de los médicos hacia las pacientes y las familias no solo debe dirigirse a aspectos curativos y de intervención oncológica, además debe motivar al crecimiento personal y a la calidad de vida integral de las pacientes, lo que incluye el acompañamiento psicológico permanente en estos casos.

- Los resultados sugieren que la etiología del cáncer tiene relación con personalidades caracterizadas por una gran intolerancia a la frustración, gran incapacidad para descargar la ira, y por presentar una actitud pasiva y sumisa, el equipo de investigadoras sugiere profundizar en estos aspectos realizando investigaciones psicológicas en este sentido.

- Es necesario que los médicos y demás personal que interviene en estos casos, se dirijan a las pacientes de forma más humana, en términos menos técnicos y más comprensibles.

Observaciones: Ninguna particular.

25. Elaborado por: Jorge Hernandez.

FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN # 002

Fecha de elaboración: Diciembre 2001

Investigación N. 053 Programa de psicología.

1. Universidad: Corporación educativa mayor del desarrollo Simón Bolívar.

2. Año de realización: 2001

3 Título: Características del duelo en pacientes diagnosticados con cáncer pulmonar en fase terminal en fumadores crónicos atendidos ambulatoriamente en el Instituto de los Seguros Sociales de los Andes en la ciudad de Barranquilla.

4. Director\Asesor Investigación: No se mencionó ninguno.

5. Investigadores: Lorena Blanco, Esmeralda Marulanda, Aida Moreno, Ignacio Reyes.

6. Línea de investigación: Desarrollo Humano y Familia.

7. Tema de investigación: Duelo en pacientes con cáncer pulmonar terminal.

8. Autores conceptuales del tema: Issa Fonnegra.

9. Autores más representativos: Issa Fonnegra.

10. Enfoque guía / paradigma conceptual: Psicodinámico.

11. Autores del enfoque guía: Sigmund Freud, Otto Fenichel, Henry Ey, Antonio Ceva y E. Kübler-Ross.

12. Conceptos / palabras clave: Duelo, Cáncer Pulmonar, Fase Terminal, Fumador Crónico, Psicoanálisis.

13. Pregunta Problema: No se encontró.

14. Objetivo General: Describir las características del duelo en fumadores crónicos diagnosticados con cáncer pulmonar en fase terminal, en la unidad de cuidados intensivos del I.S.S de los Andes de Barranquilla.

15. Objetivos Específicos:

– Describir las características del duelo propias de cada individuo diagnosticado con cáncer pulmonar en fase terminal.

– Describir el diagnóstico dinámico a los apcientes con cáncer pulmonar en fase terminal.

– Describir el diagnóstico gnosográfico a los pacientes con cáncer pulmonar en fase terminal.

16. Hipótesis:

17. Variables de estudio: Duelo, Cáncer Pulmonar.

18. Tipo/niveles de investigación: Descriptivo.

19. Objeto de interés de la investigación: Pura.

20. Paradigma de investigación: Cualitativo.

21. Metodología:

21.1 Diseño: Estudio de casos.

21.2 Población: individual.

Paciente de sexo femenino, 55 años, nivel socioeconómico bajo.

Paciente de sexo masculino, 45 años, nivel socioeconómico medio.

21.3. Instrumento:

Técnicas: Entrevista Clínica, Historia Clínica.

Entrevistas: Entrevista cualitativa no directiva.

Observación: Se utilizó como técnica de observación el contacto directo con los sujetos investigados.

Pruebas estandarizadas: Ninguna específica.

22. Resultados relevantes:

Los resultados en esta investigación giran en torno a una descripción psicoanalítica del proceso de duelo en pacientes terminales. En este proyecto se afirma que el duelo revive vivencias infantiles sobre pérdidas y separaciones, desestructurando todas las esferas vitales de las y los pacientes. En estos casos la angustia de castración les genera procesos depresivos, ante la pérdida real de sus vidas. Igualmente, se encontró que el temor a la muerte genera ansiedad en este tipo de pacientes; insomnio de conciliación, agresividad hacia médicos y familiares,

sentimientos de impotencia y negación del proceso de muerte. Así mismo se encontró que existe un marcado abandono del sistema familiar ante este tipo de pacientes.

23. Conclusiones de la investigación: el equipo investigador concluye que el proceso de duelo en pacientes de cáncer pulmonar terminal tiene una gran relación con características individuales de los pacientes, tales como su estructura de personalidad, nivel cultural, social y económico. Así mismo, en estos casos suele desencadenarse un proceso depresivo, consecuencia de la sensación de pérdida y duelo por los roles, la capacidad laboral, la independencia física, y en general la vida, que se deteriora progresivamente.

El equipo investigador considera que no se puede generalizar en el abordaje clínico de estos pacientes, y cada caso tiene sus propios elementos, pero si es importante conocer las características generales de estos procesos psicológicos. Destacan la importancia de que los pacientes expresen sus sentimientos de impotencia, ira y agresividad, a fin de lograr un mejor manejo del cuadro depresivo subyacente, y su calidad de vida. El terapeuta debe enfocarse en los recursos disponibles, en el aquí y el ahora, restableciendo la capacidad de adaptación de los pacientes, y debe usar una psicoterapia breve e intensiva. Igualmente, debe haber un proceso terapéutico con la familia del paciente, que debe seguir después de que éste fallezca.

24. Recomendaciones de la investigación:

- Se debe seguir profundizando sobre el tema en las investigaciones del programa de psicología de la U.S.B.
- Quienes trabajen con este tipo de pacientes deben tener un proceso terapéutico personal, a fin de que logren manejarlos adecuadamente.
- Se propone que en las siguientes investigaciones la universidad proporcione a los estudiantes investigadores una adecuada supervisión y orientación.

Observaciones:

No existieron suficientes notas de pie de pagina en el documento.

El lenguaje utilizado en algunos capítulos no contenía un vocabulario técnico.

25. Elaborado por: Jorge Hernandez.

FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN# 003.

Fecha de elaboración: Enero 2002
Investigación N. 055 Programa de psicología

1. Universidad: Corporación educativa mayor del desarrollo Simón Bolívar.
2. Año de realización: 2000
3. Título: Descripción del sistema de creencias en los niños enfermos con leucemia frente a los procesos quimioterapéuticos.
4. Director/asesor de la investigación: Anahel Hernandez
5. Investigadores: Karina Cañas, Eira Ortiz, Selene Rada.
6. Línea de investigación: Desarrollo Humano y Familia.
7. Tema de investigación: Creencias de niños con leucemia frente a la quimioterapia.
8. Autores conceptuales del tema: Willy Meyer, Schavelzon, J, Bonadonna, Gianni, Holland, Tross.
9. Autores más representativos: Willy Meyer, y Schavelzon, J.
10. Enfoque guía: Cognitivo - conductual.
11. Autores enfoque guía: Albert Ellis, Aaron Beck.
12. Conceptos / Palabras clave: Sistema de creencias, Niñez, Leucemia, Quimioterapia.
13. Pregunta Problema: ¿Cómo es el sistema de creencias de los niños enfermos con Leucemia frente al proceso quimioterapéutico del Hospital Infantil Francisco de Paula?
14. Objetivo General: Describir el sistema de creencias en niños enfermos de leucemia frente a los procesos quimioterapéuticos del Hospital Infantil Francisco de Paula.
15. Objetivos Específicos:
 - Identificar las creencias que tienen los niños acerca de los procesos quimioterapéuticos.
 - Identificar la capacidad de comprensión que tienen los niños de los efectos colaterales del tratamiento.
 - Comparar la participación de los niños en la actividad cotidiana antes y después de haber diagnosticado la enfermedad.
 - Identificar la percepción según las dimensiones de aceptación a si mismo, autoestima, autoimagen, autonomía, relación, autovaloración y autoexpresión de los niños expuestos al tratamiento quimioterapéutico.
 - Identificar las diferencias según la etapa de pensamiento del niño.
16. Hipótesis:
17. Variables de estudio: La variable de estudio mencionada es el "sistema de creencias".
18. Tipo/niveles de investigación: Descriptivo.
19. Objeto de interés de la investigación: Pura.
20. Paradigma de investigación: Cualitativo
21. Metodología:
 - 21.1 Diseño: Estudio de casos.
 - 21.2 Población: 16 niños con edades entre los 4 y 10 años; de los cuales se tomaron para la muestra 4 niños, de 4 a 10 años, diagnosticados con leucemia en el Hospital San Francisco de Paula.
Paciente masculino de 4 años, dos pacientes masculinos de 10 años, y una paciente femenina de 5 años.
 - 21.3 Instrumento:
 - Técnicas: Historia Clínica.
 - Entrevista: entrevista semiestructurada.
 - Observación:
 - Pruebas estandarizadas: Ninguna

22. Resultados relevantes:

En todos los casos menos uno, existe aceptación de si mismos por parte de los pacientes, en la mitad de ellos la autoestima es baja, y en los otros, alta. En los cuatro casos existe una adecuada autonomía en cuanto a las tareas cotidianas, y un buen nivel de socialización con el la comunidad del hospital. Así mismo, en todos los casos existe una adecuada expresión de los sentimientos y emociones. En cuanto a la enfermedad, los niños la ven como algo "malo", y la quimioterapia como algo indeseable, por sus efectos colaterales adversos; el hospital es también un lugar negativo y desagradable. El sistema de creencias de estos niños está construido con imágenes, frases, ideas y pensamientos, que los llevan a interpretar su realidad de una forma específica, y a actuar en consecuencia.

En cuanto a la religión, ellos manifiestan creer en un ser superior que los va a ayudar y que los protege; estas creencias son inculcadas por los padres y madres, y los médicos, a fin de darles mayor fortaleza emocional. Ven la muerte como un castigo por algo que han hecho, pero en los niños mayores de 7 años, ya se empieza a estructurar un manejo conceptual más claro sobre la muerte y la religión. En cuanto a la vida cotidiana, es distinta a la de otros niños, porque deben dividir su tiempo entre el hogar y el hospital, y ya no pueden hacer muchas actividades comunes, y además su sistema inmunológico es débil y esto genera mayores restricciones. Las etapas del desarrollo cognitivo inciden en la forma en que ellos entienden su situación; de 4 a 6 años es preoperacional y esto limita su capacidad de abstracción y simbolismo; desde los 7 a los 10 años, estas habilidades son más altas y hay un mejor entendimiento de la enfermedad y de la muerte.

23. Conclusiones de la investigación:

En los niños de menor edad, los efectos de la quimioterapia y la enfermedad son más físicos que psíquicos, pues la dependencia hacia los padres es mayor, en los de mayor edad, mostraron mayores cambios psicológicos en relación con el avance de la enfermedad y el tratamiento. Las creencias más importantes de estos pacientes frente a la quimioterapia son ambiguas; les molestan sus efectos adversos, pero a la vez saben que es una cura y así la aceptan. Existe también un relativo deterioro en el área social, y un incremento de la dependencia en ciertos aspectos. También se concluyó que el acompañamiento psicoterapéutico en estos pacientes debe ser implementado tempranamente, a fin de que alcancen una mayor estabilidad emocional y mejoren la visión de si mismos.

24. Recomendaciones de la investigación:

El grupo investigador recomienda, a partir de los hallazgos obtenidos, que se aborde a este tipo de pacientes desde la psicoterapia conductual cognitiva, y en modelos de intervención en crisis, buscando que éste adquiera herramientas para analizar de forma más racional y adaptativa su enfermedad y la quimioterapia con todos sus aspectos adversos. Recomiendan que siempre exista un apoyo terapéutico en estos casos, donde se exploren las creencias del paciente, y se reestructuren para que éste logre sobrellevar mejor el proceso de su enfermedad.

Observaciones:

No existieron suficientes notas de pie de pagina en el documento.
No se especifica el nivel socioeconómico de la población.

25. Elaborado por: Jorge E. Hernandez Hayek.

FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN# 004.

Fecha de elaboración: Enero 2002
Investigación N. 052 Programa de psicología

1. Universidad: Corporación educativa mayor del desarrollo Simón Bolívar.
2. Año de realización: 2000
3. Título: Sistemas de creencias, estructura y funcionamiento de la familia con respecto a la enfermedad y rehabilitación de un infante de siete años de edad, diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda de la ciudad de Barranquilla.
4. Director/ Asesor investigación: Adriana Altamar.
5. Investigadores: José David Fandiño, Yuberlis Hernández Dorado, Diana Luque Manotas.
6. Línea de investigación: Desarrollo Humano y Familia.
7. Tema de investigación: Creencias, estructura y funcionamiento de la familia frente a la leucemia linfoblástica infantil.
8. Autores conceptuales del tema de investigación: Berkow Andrew, Bayes Ramon, Velez, Hernán, Baetlner Robert.
9. Autores más representativos: Berkow Andrew, y Bayes Ramon.
10. Enfoque guía / paradigma conceptual: Enfoque Sistémico.
11. Autores del enfoque guía: Ángela Hernandez, Montero Maritza, Minuchin Salvador.
12. Conceptos / palabras clave: Leucemia Infantil, Leucemia Linfoblástica Aguda, Teoría Sistémica, Sistema Familiar, Sistema de creencias, Estructura Familiar, Funcionamiento Familiar.
13. Pregunta problema: No se encontró.
14. Objetivo General: Describir los sistemas de creencias, estructura y funcionamiento de una familia con un hijo diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda, en la clínica CEMED, de la ciudad de Barranquilla.
15. Objetivos específicos:
 - Describir los sistemas de creencias de la familia y el paciente diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda, de la clínica CEMED, con respecto a la enfermedad y la rehabilitación.
 - Describir la estructura de la familia y el paciente diagnosticado con L.L.A, con respecto a los roles, reglas, jerarquías, límites y composición de la familia.
 - Describir el funcionamiento de la familia y el paciente diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda, con respecto a las pautas de interacción y relaciones de afecto.
16. Hipótesis:
17. Variables de estudio: Sistema de creencias, Estructura Familiar, Funcionamiento Familiar.
18. Tipo/niveles de investigación: Descriptivo
19. Objeto de interés de la investigación: Pura.
20. Paradigma de investigación: Cualitativo - descriptivo
21. Metodología.
 - 21.1 Diseño: Estudio de Casos.
 - 21.2 Población: Grupo Familiar
Esta investigación se desarrolla con un infante de sexo masculino, 7 años de edad, y su núcleo familiar. Etapa del ciclo familiar: matrimonio con hijos pequeños.
 - 21.3 Instrumento:
Técnicas: Historia Clínica, Genograma.
Entrevistas: Guía de entrevista semiestructurada.
Observación: Se controló la validez y confiabilidad por medio del sistema de triangulación, dos observadores analizan el desarrollo de las entrevistas, y aplican guías de observación que son analizadas posteriormente.
Pruebas estandarizadas: ninguna específica.
Otras: Ninguna específica.

22. Resultados relevantes.

El equipo de investigadoras ha encontrado que la familia y el paciente, en cuanto a sus sistemas de creencias frente al tratamiento y rehabilitación de esta enfermedad, se relacionan directamente por el contexto social en que se encuentran, dándole una interpretación negativa y fatalista a la situación. Si bien la familia tiene conocimientos científicos sobre la enfermedad, surgen en ellos sentimientos de "angustia" y "desespero". Así mismo, ellos perciben la quimioterapia como un proceso doloroso, pero que lleva a la curación del paciente. También se encontró la tendencia a buscar respuestas en la espiritualidad, por medio de creencias de tipo religioso, y oraciones.

En cuanto a la estructura del sistema familiar, se encontró que los roles del subsistema parental, se rigen por las reglas implícitas explícitas frente a las necesidades del paciente, en su tratamiento y rehabilitación, así, la madre asume un rol activo en el cuidado del menor, y el padre, un rol pasivo, pues solo se encargó de la subsistencia económica; esto junto a la redistribución de algunos roles específicos, asignando responsabilidades concretas en la pareja nuclear. El rol del sistema social (médicos, vecinos y amigos), así como el de la familia extensa, fue también importante, tanto a nivel de información como de apoyo emocional. La familia presentó una participación activa y funcional para resolver las tensiones causadas por el proceso de enfermedad, buscando el equilibrio u homeostasis familiar.

En cuanto al funcionamiento familiar, se concluyó que los roles de cada subsistema se adaptaron a las tensiones originadas por la enfermedad del paciente; y pusieron a funcionar sus recursos psicológicos personales a fin de lograr los cambios necesarios para mantener el equilibrio del sistema. Los patrones de interacción se caracterizaron por una adecuada comunicación, y un nivel de cohesión adecuado entre los subsistemas. Las estrategias de afrontamiento se manejaron de manera funcional dentro de la familia.

23. Conclusiones de la investigación:

El equipo de investigadoras concluye que el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad afecta significativamente al sistema familiar, al ser un evento no normativo y estresante. También destacan que es esta enfermedad, a diferencia de los casos de V.I.H, se da un gran respaldo por parte de la comunidad y la familia extensa, lo que ayuda a la adaptación familiar. Así mismo, el hecho de que las entidades de salud facilitaran información adecuada, ayudó a percibir de una manera adaptativa la situación. En este caso particular, concluyen, la familia logró poner en juego sus recursos de una forma adecuada, dando respuestas adecuadas a las demandas planteadas por esta enfermedad; y por lo tanto, el mejoramiento de la calidad de vida del paciente depende también de la capacidad de la familia para adaptarse a la enfermedad y convivir con ella.

24. Recomendaciones y sugerencias de la investigación:

- Se sugiere desarrollar un programa de apoyo emocional, donde se brinde a la familia un apoyo integral, en las dimensiones biopsicosociales del paciente y la familia, a fin de que logren mejorar sus estrategias de afrontamiento y su adaptabilidad a la enfermedad del cáncer.
- Partiendo de esta investigación, se debe diseñar un programa de intervención en crisis para el manejo del estrés en las familias con pacientes de cáncer, que tenga objetivos tales como fortalecer los vínculos, la comunicación y la cohesión familiar, examinar los sistemas de creencias de las familias y los pacientes frente al cáncer, y ayudarlos a afrontar los procedimientos médicos que esta enfermedad implica.
- Se sugiere también la realización de una investigación más amplia por parte del Programa de psicología, a fin de abarcar una población mayor, y así corroborar los resultados y conclusiones obtenidos, y mejorar los conocimientos en esta temática.

Observaciones:

No está planteada la Pregunta Problema en la Investigación.

25. Elaborado por: Jorge E. Hernández Hayek.

FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN # 005

Fecha de elaboración: Marzo 2003
Investigación N. 138 Programa de psicología

1. Universidad: Corporación educativa mayor del desarrollo Simón Bolívar.
2. Año de realización: 2002
3. Título: Descripción del proceso de duelo anticipado en familias de tipo funcional con un miembro diagnosticado con cáncer en fase terminal atendido en la Liga de Lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla.
4. Director/Asesor Investigación: Carlos de Castro.
5. Investigadores: Maryluz Camargo Landázury, Rosiris Bermejo Cepeda y María Buevas Percy.
6. Línea de investigación: Desarrollo Humano y Familia.
7. Tema de investigación: Duelo anticipado en familias funcionales con un miembro diagnosticado con cáncer terminal.
8. Autores conceptuales del tema: Isa Fonnegra, Elizabeth Kübler Ross.
9. Autores más representativos: Isa Fonnegra.
10. Enfoque guía / paradigma conceptual: enfoque Sistémico, paradigma histórico-hermenéutico.
11. Autores enfoque guía: Angela Hernández, Maritza Montero.
12. Conceptos / palabras clave: Duelo anticipado, familias de tipo funcional, cáncer en fase terminal.
13. Pregunta problema: ¿Cómo es el proceso de duelo anticipado en familias de tipo funcional con un miembro diagnosticado con cáncer en fase terminal atendido en la Liga de Lucha contra el Cáncer en la ciudad de Barranquilla?.
14. Objetivo General:
Describir el proceso de duelo anticipado en familias de tipo funcional con un miembro diagnosticado con cáncer en fase terminal atendido en la Liga de lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla.
15. Objetivos específicos:
 - Describir las fases de negación, ira, negociación, depresión y aceptación en familias de tipo funcional que vivencian un proceso de duelo anticipado por un miembro diagnosticado con cáncer en fase terminal atendido en la Liga de lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla.
 - Describir la adaptabilidad, participación, ganancia, afecto y recursos en familias de tipo funcional que vivencian un proceso de duelo anticipado por un miembro diagnosticado con cáncer en fase terminal atendido en la Liga de lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla.
16. Hipótesis:
17. Variables de estudio: Proceso de duelo anticipado, Familias funcionales.
18. Tipo/niveles de investigación: Exploratoria.
19. Objeto de interés de la investigación: Pura
20. Paradigma de investigación: Histórico-hermenéutico.
21. Metodología.
 - 21.1 Diseño: Estudio de Casos.
 - 21.2 Población: 7 grupos familiares evaluados como "funcionales", con uno de sus miembros con cáncer terminal. La muestra final obtenida de esta población, con la que se realizó la investigación, es de 3 familias.
 - 21.3. Instrumento.
Técnicas: Historia clínica familiar.
Entrevistas: Guía de entrevista semi-estructurada, guía de cierre de entrevista.
Observación: Guía de autoobservación para el entrevistador.
Pruebas estandarizadas: APGAR Familiar.

22. Resultados relevantes:

Un primer resultado que obtuvieron las investigadoras, es la confirmación de que el funcionamiento adaptativo del sistema familiar previo a la crisis generada por el diagnóstico de cáncer terminal es determinante para la adecuada elaboración del duelo anticipado, y que también los recursos internos y externos son factores que facilitan estos procesos psicológicos.

Otro resultado se relaciona con la verificación, en las familias estudiadas, de que a pesar de las diferencias en la elaboración del duelo en cada miembro del sistema familiar y las etapas distintas que cada uno vivencia, la familia puede tener un nivel funcional de adaptación.

También encontraron que en dos de las familias se da una adecuada comunicación, e igualmente en dos de las tres familias se logra el empleo de la crisis para realizar actividades que buscan el desarrollo de sus miembros, (esto se denomina "ganancia") y en especial del paciente oncológico. Así mismo los resultados obtenidos por las investigadoras implican que en estas familias prima la expresión de afectos positivos y los afectos negativos son reprimidos, y que en las tres familias se emplean de forma adecuada recursos tales como el tiempo, el dinero y los espacios.

23. Conclusiones de la investigación:

Las investigadoras concluyen que las fases más transitadas por las familias en el proceso de duelo fueron la negociación y la depresión, debidos a las consecuencias físicas y psicológicas de la evolución del cáncer terminal, y que especialmente el propio paciente es quien vive estos estados emocionales.

También concluyen que de las tres familias, solo una logró alcanzar un verdadero duelo anticipado, porque aceptaron la realidad de la pérdida con honestidad y confianza, a la vez que lograron mejorar la calidad de vida del paciente afectado. También concluyen que de las esferas del funcionamiento familiar (adaptabilidad, participación, afecto, ganancia o crecimiento y recursos) la que más se vio alterada con la enfermedad terminal de cáncer fue la afectiva, y que también se le dificulta a dos de las tres familias la reformulación de los roles al interior de las mismas y reorganizar su funcionamiento. Señalan que la enfermedad generó ganancias en las familias que fueron descubiertas en la investigación.

24. Recomendaciones y sugerencias de la investigación:

El equipo investigador estableció algunas sugerencias partiendo de los hallazgos y elementos de estudio:

- Sugieren que tanto las familias participantes del estudio como las demás en general, reciban atención psicológica al enfrentar una enfermedad oncológica terminal en uno de sus miembros.
- Sugieren a la universidad incluir en sus procesos formativos temas como el duelo y las enfermedades oncológicas terminales.
- Recomiendan que futuras investigaciones relacionadas con la familia tengan en cuenta variables como ganancias o crecimiento, recursos y afecto. También estudios que aborden la edad de los pacientes, la religión y el ciclo vital ante las enfermedades oncológicas terminales.
- Recomiendan también que el personal de salud facilite información clara y comprensible a los pacientes y sus familias, que sepan manejar los cambios psicológicos que la enfermedad implica en sus pacientes y las familias.
- Recomiendan a los pacientes y sus familias ver la crisis como una oportunidad de crecimiento, no descuidar las necesidades de todos los miembros de la familia, y buscar apoyo psicológico profesional como una forma de mejorar su adaptación a la enfermedad oncológica terminal.

Observaciones: No hay observaciones en particular.

25. Elaborado por: Jorge E. Hernandez Hayek.

ANEXO B.
CATEGORIZACIÓN DE RESULTADOS DE LOS FORMATOS DE SISTEMATIZACIÓN APLICADOS

Nombre de la investigación.	Aspectos Conceptuales	Aspectos Metodológicos	Evidencias (Resultados)	Propuestas Investigativas./ Recomendaciones
<p>Recursos personales, familiares y de la comunidad, de la familia y de la paciente, de 45 a 65 años, frente al diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía, que asisten a la liga de lucha contra el cáncer en la ciudad de Barranquilla. (2000)</p> <p>Número de Formato de sistematización: 001</p> <p>Número de registro en archivos del Programa de psicología: 032</p>	<p>Autores conceptuales más representativos: Issa Fonnegra.</p> <p>Enfoque guía / paradigma conceptual: Modelo Sistémico.</p> <p>Autores enfoque guía: Ángela Hernandez, Salvador Minuchin.</p> <p>Autor/a enfoque guía más representativo/a: Angela Hernandez</p>	<p>Variables de estudio: Recursos Personales, Recursos Familiares, y Recursos de la Comunidad.</p> <p>Tipo/niveles de investigación: Descriptivo.</p> <p>Objeto de interés de la investigación: Pura.</p> <p>Paradigma de investigación: Cualitativo (histórico hermeneutico, interaccionismo simbólico)</p> <p>Diseño: Estudio de casos.</p> <p>Población: grupal</p> <p>2 pacientes de 45 a 65 años y sus familias, ubicadas en la etapa del ciclo vital de familia con hijos adolescentes.</p> <p>Instrumento:</p> <p>Técnicas: Historia Clínica Sistémica.</p> <p>Entrevistas: Entrevista Semiestructurada.</p>	<p>Los recursos personales, tales como la inteligencia, el conocimiento y los estilos de afrontamiento, en cada miembro del sistema familiar, se ponen a prueba ante el cáncer de seno; entre mejores sean éstos, mejor se enfrentará a la enfermedad. La familia pone en juego su cohesión y adaptabilidad, para afrontar la crisis que genera este problema, a mayor fortaleza de estos recursos, mejor se supera la crisis. La familia y la paciente necesitan de apoyo emocional e información por parte de la comunidad; de esta forma logran enfrentar mejor la demanda que el diagnóstico de cáncer de seno, como evento estresor, implica para la familia y la paciente.</p>	<p>El equipo de investigadoras, ante los resultados, discusiones y conclusiones, recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se debe mejorar la información que tienen las pacientes respecto al diagnóstico de cáncer de seno y la mastectomía, esta información debe ser adecuada a sus niveles de conocimientos y preparación, y debe proveerse por parte de las organizaciones de salud pertinentes. - El trato de los médicos hacia las pacientes y las familias no solo debe dirigirse a aspectos curativos y de intervención oncológica, además debe motivar al crecimiento personal y a la calidad de vida integral de las pacientes, lo que incluye el acompañamiento psicológico permanente en estos casos.

				<p>– Los resultados sugieren que la etiología del cáncer tiene relación con personalidades caracterizadas por una gran intolerancia a la frustración, gran incapacidad para descargar la ira, y por presentar una actitud pasiva y sumisa, el equipo de investigadoras sugiere profundizar en estos aspectos realizando investigaciones psicológicas en este sentido.</p> <p>– Es necesario que los médicos y demás personal que interviene en estos casos, se dirijan a las pacientes de forma más humana, en términos menos técnicos y más comprensibles.</p>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATEGORIZACIÓN DE RESULTADOS

Nombre de la investigación	Aspectos Conceptuales	Aspectos Metodológicos	Evidencias (Resultados)	Propuestas Investigativas/ Recomendaciones
<p>Características del duelo en pacientes diagnosticados con cáncer pulmonar en fase terminal en fumadores crónicos atendidos ambulatoriamente en el Instituto de los Seguros Sociales de los Andes en la ciudad de Barranquilla. (2001)</p> <p>Número de Formato de sistematización: 002</p> <p>Número de registro en archivos del programa de psicología: 053</p>	<p>Autores conceptuales más representativos: Issa Fonnegra.</p> <p>Enfoque guía / paradigma conceptual: Psicodinámico.</p> <p>Autores enfoque guía: Sigmund Freud, Otto Fenichel, Henry Ey, Antonio Ceva y E. Kübler-Ross.</p> <p>Autor/a enfoque guía más representativo/a: Sigmund Freud, E. Kübler-Ross.</p>	<p>Variables de estudio: Duelo, Cáncer Pulmonar.</p> <p>Tipo/niveles de investigación: Descriptivo.</p> <p>Objeto de interés de la investigación: Pura.</p> <p>Paradigma de investigación: Cualitativo.</p> <p>Diseño: Estudio de casos.</p> <p>Población: individual.</p> <p>Paciente de sexo femenino, 55 años, nivel socioeconómico bajo.</p> <p>Paciente de sexo masculino, 45 años, nivel socioeconómico medio.</p> <p>Instrumento:</p> <p>Técnicas: Entrevista Clínica, Historia Clínica.</p> <p>Entrevistas: Entrevista cualitativa no directiva.</p>	<p>Los resultados en esta investigación giran en torno a una descripción psicoanalítica del proceso de duelo en pacientes terminales. En este proyecto se afirma que el duelo revive vivencias infantiles sobre pérdidas y separaciones, desestructurando todas las esferas vitales de las y los pacientes. En estos casos la angustia de castración les genera procesos depresivos, ante la pérdida real de sus vidas. Igualmente, se encontró que el temor a la muerte genera ansiedad en este tipo de pacientes; insomnio de conciliación, agresividad hacia médicos y familiares, sentimientos de impotencia y negación del proceso de muerte. Así mismo se encontró que existe un marcado abandono del sistema familiar ante este tipo de pacientes.</p>	<p>– Se debe seguir profundizando sobre el tema en las investigaciones de la facultad de Psicología de la U.S.B.</p> <p>– Quienes trabajen con este tipo de pacientes deben tener un proceso terapéutico personal, a fin de que logren manejarlos adecuadamente.</p> <p>– Se propone que en las siguientes investigaciones la universidad proporcione a los estudiantes investigadores una adecuada supervisión y orientación.</p>

CATEGORIZACIÓN DE RESULTADOS

Nombre de la investigación.	Aspectos Conceptuales	Aspectos Metodológicos	Evidencias (Resultados)	Propuestas Investigativas. / Recomendaciones
<p>Descripción del sistema de creencias en los niños enfermos con leucemia frente a los procesos quimioterapéuticos. (2000).</p> <p>Número de Formato de sistematización: 003</p> <p>Número de registro en archivos del programa de psicología: 055</p>	<p>Autores conceptuales más representativos: Willy Meyer, Schavelzon, J, Bonadonna, Gianni, Holland, Tross Autores más representativos: Willy Meyer, y Schavelzon, J.</p> <p>Enfoque guía: Cognitivo - conductual.</p> <p>Autores enfoque guía: Albert Ellis, Aaron Beck.</p>	<p>Variables de estudio: La variable de estudio mencionada es el "sistema de creencias".</p> <p>Tipo/niveles de investigación: Descriptivo.</p> <p>Objeto de interés de la investigación: Pura.</p> <p>Paradigma de investigación: Cualitativo</p> <p>Diseño: Estudio de casos.</p> <p>Población: 16 niños con edades entre los 4 y 10 años; de los cuales se tomaron para la muestra 4 niños, de 4 a 10 años, diagnosticados con leucemia en el Hospital San Francisco de Paula.</p> <p>Paciente masculino de 4 años, dos pacientes masculinos de 10 años, y una paciente femenina de 5 años.</p> <p>Instrumento:</p> <p>Técnicas: Historia Clínica.</p> <p>Entrevista: entrevista semiestructurada.</p>	<p>En todos los casos menos uno, existe aceptación de sí mismos por parte de los pacientes, en la mitad de ellos la autoestima es baja, y en los otros, alta. En los cuatro casos existe una adecuada autonomía en cuanto a las tareas cotidianas, y un buen nivel de socialización con el la comunidad del hospital. Así mismo, en todos los casos existe una adecuada expresión de los sentimientos y emociones. En cuanto a la enfermedad, los niños la ven como algo "malo", y la quimioterapia como algo indeseable, por sus efectos colaterales adversos; el hospital es también un lugar negativo y desagradable. El sistema de creencias de estos niños está construido con imágenes, frases, ideas y pensamientos, que los llevan a interpretar su realidad de una forma específica, y a actuar en consecuencia.</p> <p>En cuanto a la religión, ellos manifiestan creer en un ser superior que los va a ayudar y que los protege; estas creencias son inculcadas por</p>	<p>El grupo investigador recomienda, a partir de los hallazgos obtenidos, que se aborde a este tipo de pacientes desde la psicoterapia conductual cognitiva, y en modelos de intervención en crisis, buscando que éste adquiera herramientas para analizar de forma más racional y adaptativa su enfermedad y la quimioterapia con todos sus aspectos adversos. Recomiendan que siempre exista un apoyo terapéutico en estos casos, donde se exploren las creencias del paciente, y se reestructuren para que éste logre sobrellevar mejor el proceso de su enfermedad.</p>

			<p>los padres y madres, y los médicos, a fin de darles mayor fortaleza emocional. Ven la muerte como un castigo por algo que han hecho, pero en los niños mayores de 7 años, ya se empieza a estructurar un manejo conceptual más claro sobre la muerte y la religión. En cuanto a la vida cotidiana, es distinta a la de otros niños, porque deben dividir su tiempo entre el hogar y el hospital, y ya no pueden hacer muchas actividades comunes, y además su sistema inmunológico es débil y esto genera mayores restricciones. Las etapas del desarrollo cognitivo inciden en la forma en que ellos entienden su situación; de 4 a 6 años es preoperacional y esto limita su capacidad de abstracción y simbolismo; desde los 7 a los 10 años, estas habilidades son más altas y hay un mejor entendimiento de la enfermedad y de la muerte.</p>	
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CATEGORIZACIÓN DE RESULTADOS

Nombre de la investigación.	Aspectos Conceptuales	Aspectos Metodológicos	Evidencias (Resultados)	Propuestas Investigativas. / Recomendaciones
<p>Sistemas de creencias, estructura y funcionamiento de la familia con respecto a la enfermedad y rehabilitación de un infante de siete años de edad, diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda de la ciudad de Barranquilla. (2000).</p> <p>Número de Formato de sistematización: 004</p> <p>Número de registro en archivos del programa de psicología: 052</p>	<p>Autores conceptuales del tema de investigación: Berkow Andrew, Bayes Ramon, Velez, Hernán, Baetlner Robert.</p> <p>Autores más representativos: Berkow Andrew, y Bayes Ramon.</p> <p>Enfoque guía / paradigma conceptual: Enfoque Sistémico.</p> <p>Autores del enfoque guía: Ángela Hernandez, Montero Maritza, Minuchin Salvador.</p>	<p>Variables de estudio: Sistema de creencias, Estructura Familiar, Funcionamiento Familiar.</p> <p>Tipo/niveles de investigación: Descriptivo</p> <p>Objeto de interés de la investigación: Pura.</p> <p>Paradigma de investigación: Cualitativo - descriptivo</p> <p>Diseño: Estudio de Casos.</p> <p>Población: Grupo Familiar</p> <p>Esta investigación se desarrolla con un infante de sexo masculino, 7 años de edad, y su núcleo familiar. Etapa del ciclo familiar: matrimonio con hijos pequeños.</p> <p>Instrumento:</p> <p>Técnicas: Historia Clínica, Genograma.</p> <p>Entrevistas: Guía de entrevista semiestructurada.</p>	<p>El equipo de investigadoras ha encontrado que la familia y el paciente, en cuanto a sus sistemas de creencias frente al tratamiento y rehabilitación de esta enfermedad, se relacionan directamente por el contexto social en que se encuentran, dándole una interpretación negativa y fatalista a la situación. Si bien la familia tiene conocimientos científicos sobre la enfermedad, surgen en ellos sentimientos de "angustia" y "desespero". Así mismo, ellos perciben la quimioterapia como un proceso doloroso, pero que lleva a la curación del paciente. También se encontró la tendencia a buscar respuestas en la espiritualidad, por medio de creencias de tipo religioso, y oraciones.</p> <p>En cuanto a la estructura del sistema familiar, se encontró que los roles del subsistema parental, se rigen por las reglas implícitas explícitas frente a las necesidades del paciente, en su tratamiento y rehabilitación, así, la madre asume un rol activo en el cuidado del menor, y el padre, un rol pasivo, pues solo se encargó de la subsistencia</p>	<p>– Se sugiere desarrollar un un programa de apoyo emocional, donde se brinde a la familia un apoyo integral, en las dimensiones biopsicosociales del paciente y la familia, a fin de que logren mejorar sus estrategias de afrontamiento y su adaptabilidad a la enfermedad del cáncer.</p> <p>– Partiendo de esta investigación, se debe diseñar un programa de intervención en crisis para el manejo del estres en las familias con pacientes de cáncer, que tenga objetivos tales como fortalecer los vínculos, la comunicacón y la cohesión familiar, examinar los sistemas de creencias de las familias y los pacientes frente al cáncer, y ayudarlos a afrontar los procedimientos médicos que esta enfermedad implica.</p> <p>– Se sugiere también la</p>

			<p>económica; esto junto a la redistribución de algunos roles específicos, asignando responsabilidades concretas en la pareja nuclear. El rol del sistema social (médicos, vecinos y amigos), así como el de la familia extensa, fue también importante, tanto a nivel de información como de apoyo emocional. La familia presentó una participación activa y funcional para resolver las tensiones causadas por el proceso de enfermedad, buscando el equilibrio u homeostasis familiar.</p> <p>En cuanto al funcionamiento familiar, se concluyó que los roles de cada subsistema se adaptaron a las tensiones originadas por la enfermedad del paciente; y pusieron a funcionar sus recursos psicológicos personales a fin de lograr los cambios necesarios para mantener el equilibrio del sistema. Los patrones de interacción se caracterizaron por una adecuada comunicación, y un nivel de cohesión adecuado entre los subsistemas.</p>	<p>realización de una investigación más amplia por parte de la Facultad de Psicología, a fin de abarcar una población mayor, y así corroborar los resultados y conclusiones obtenidos, y mejorar los conocimientos en esta temática.</p>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CATEGORIZACIÓN DE RESULTADOS

Nombre de la investigación.	Aspectos Conceptuales	Aspectos Metodológicos	Evidencias (Resultados)	Propuestas Investigativas. / Recomendaciones
<p>Descripción del proceso de duelo anticipado en familias de tipo funcional con un miembro diagnosticado con cáncer en fase terminal atendido en la Liga de Lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla. (2002)</p> <p>Número de Formato de sistematización: 005</p> <p>Número de registro en archivos del programa de psicología: 138</p>	<p>Autores conceptuales del tema: Isa Fonnegra, Elizabeth Kübler Ross.</p> <p>Autores más representativos: Isa Fonnegra.</p> <p>Enfoque guía / paradigma conceptual: enfoque fenomenológico, paradigma histórico-hermenéutico.</p> <p>Autores enfoque guía: Angela Hernández, Maritza Montero.</p>	<p>Variables de estudio: Proceso de duelo anticipado, Familias funcionales.</p> <p>Tipo/niveles de investigación: Exploratoria.</p> <p>19. Objeto de interés de la investigación: Pura Paradigma de investigación: Histórico-hermenéutico.</p> <p>Diseño: Estudio de Casos.</p> <p>Población: 7 grupos familiares evaluados como "funcionales", con uno de sus miembros con cáncer terminal. La muestra final obtenida de esta población, con la que se realizó la investigación, es de 3 familias.</p> <p>Instrumento.</p> <p>Técnicas: Historia clínica familiar.</p> <p>Entrevistas: Guía de entrevista semi-estructurada, guía de cierre de entrevista.</p> <p>Observación: Guía de autoobservación para el entrevistador.</p> <p>Pruebas estandarizadas: APGAR Familiar.</p>	<p>El equipo investigador en sus resultados dice confirmar que el funcionamiento adaptativo del sistema familiar previo a la crisis generada por el diagnóstico de cáncer terminal es determinante para la adecuada elaboración del duelo anticipado, y que también los recursos internos y externos son factores que facilitan estos procesos psicológicos.</p> <p>Otro resultado se relaciona con la verificación, en las familias estudiadas, de que a pesar de las diferencias en la elaboración del duelo en cada miembro del sistema familiar y las etapas distintas que cada uno vivencia, la familia puede tener un nivel funcional de adaptación.</p> <p>También encontraron que en dos de las familias se da una adecuada comunicación, e igualmente en dos de las tres familias se logra el</p>	<p>El equipo investigador estableció algunas sugerencias partiendo de los hallazgos y elementos de estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sugieren que tanto las familias participantes del estudio como las demás en general, reciban atención psicológica al enfrentar una enfermedad oncológica terminal en uno de sus miembros. - Sugieren a la universidad incluir en sus procesos formativos temas como el duelo y las enfermedades oncológicas terminales. - Recomiendan que futuras investigaciones relacionadas con la familia tengan en cuenta variables como ganancias o crecimiento, recursos y afecto. También estudios que aborden la edad de los pacientes, la religión y el ciclo vital ante las enfermedades oncológicas terminales. - Recomiendan también que el personal de salud

			<p>empleo de la crisis para realizar actividades que buscan el desarrollo de sus miembros, (esto se denomina "ganancia") y en especial del paciente oncológico. Así mismo los resultados obtenidos por las investigadoras implican que en estas familias prima la expresión de afectos positivos y los afectos negativos son reprimidos, y que en las tres familias se emplean de forma adecuada recursos tales como el tiempo, el dinero y los espacios.</p>	<p>facilite información clara y comprensible a los pacientes y sus familias, que sepan manejar los cambios psicológicos que la enfermedad implica en sus pacientes y las familias.</p> <p>– Recomiendan a los pacientes y sus familias ver la crisis como una oportunidad de crecimiento, no descuidar las necesidades de todos los miembros de la familia, y buscar apoyo psicológico profesional como una forma de mejorar su adaptación a la enfermedad oncológica terminal.</p>
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO C.**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN EMPLEADO COMO INSTRUMENTO
DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Formato # : _____

Fecha de elaboración: _____

Tesis N (Número interno de clasificación bibliográfica): _____

1. Universidad: _____

2. Año de realización: _____

3. Título:

4. Director(a)/ Asesor(a) Investigación:

5. Investigadores/as:

6. Línea de investigación: _____

7. Tema de investigación: _____

8. Autores conceptuales del tema: _____

9. Autores más representativos: _____

10. Enfoque guía / paradigma conceptual: _____

11. Autores enfoque guía: _____

12. Conceptos / palabras clave: _____

13. Pregunta problema: _____

14. Objetivo general: _____

15. Objetivos específicos: _____

16. Hipótesis: _____

17. Variables de estudio: _____

18. Tipo/niveles de investigación:

- Exploratorios: _____
- Descriptivos: _____
- Descriptivo - Comparativo: _____
- Correlacional: _____
- Explicativos: _____

Usualmente esta información se obtiene de la introducción, la justificación o el planteamiento del problema de investigación.

19. Objeto de interés de la investigación:

Pura: _____

Aplicada: _____

20. Paradigma de investigación:

- Cualitativo: _____
- Histórico-Hermenéutico: _____
- Hermenéutico: _____
- Fenomenológico: _____
- Crítico-social: _____
- Interaccionismo simbólico: _____

Cuantitativo: _____

Empírico-analítico: _____

21. Metodología.

21.1 Diseño: _____

21.2 Población:



Individual _____
Edad: _____
Género: _____
Nivel socioeconómico: _____
Tamaño de la muestra: _____
Etapa del ciclo vital: _____

Grupal : _____
Educativo: _____
Empresarial: _____
De salud: _____
Religioso: _____
Familiar: _____
Militar: _____
Otro: _____
Nivel socioeconómico (si aplica): _____
Edad: _____
Tamaño de la muestra: _____

En caso de ser un grupo familiar, especificar:

- Etapa del ciclo vital familiar
- Matrimonio sin hijos.
 - Matrimonio con hijos pequeños.
 - Matrimonio con hijos adolescentes.
 - Matrimonio con hijos adultos.
 - Matrimonio con nido vacío.

21.3. Instrumento:

Técnicas: _____

Entrevistas: _____

Observación: _____

Pruebas estandarizadas: _____

Otras: _____

22. Resultados relevantes:

23. Conclusiones de la investigación:

24. Recomendaciones:

Observaciones:

25. Elaborado por: _____



ANEXO D.

INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMES FINALES DE INVESTIGACIÓN .

INSTRUCTIVO

Por medio de este instructivo se especifica la información que se busca en cada pregunta del Formato de Sistematización.

Formato # : Explica el número del Formato elaborado, asignándole un número a cada una en un rango desde 001 hasta 999

Fecha de elaboración: Explica la fecha en que se tomaron los datos de las investigaciones, y se resumieron las investigaciones.

Tesis N: Se escribe el código interno de clasificación bibliográfica, que cada universidad a la que pertenecen las investigaciones sistematizadas, asigna a estos documentos, usualmente se encuentra en el lomo del mismo, o en las primeras páginas.

1. Universidad: Se anota el nombre de la Universidad, o entidad de Educación Superior, a la que pertenecen la investigación sistematizada, esta información se encuentra en la portada de la misma.

2. Año de realización: Se escribe el año en que la investigación sistematizada fue terminada, se obtiene de la portada de la misma.

3. Título: Se escribe el título completo de la investigación sistematizada, que aparece en la portada de la misma.

4. Director(a)/ Asesor(a) Investigación: Hace referencia a la persona o personas que actuó o actuaron en calidad de asesor/a o director/a de la investigación; este dato se obtiene de las primeras hojas de presentación, y de la carta de aceptación que usualmente se anexa en esta misma parte de la investigación.

5. Investigadores/as: Se anotan los nombres de las / los investigadores /as, esta información se encuentra en la portada de la misma.

6. Línea de investigación: Se consigna en esta pregunta la Línea de investigación dentro de la cual se realizó ese estudio; cada departamento de investigación en las entidades de educación superior, tiene sus propias áreas y ejes temáticos, deberá especificarse en este punto a cuál de estos ejes o líneas pertenece cada investigación.

7. Tema de investigación: Se resume en este punto el tema de que trata la investigación sistematizada, de acuerdo al título de la misma.

8. Autores conceptuales del tema: De acuerdo al tema de la investigación, se verifican los autores que han dado base al marco teórico, de acuerdo a las citas de pie de página, y otras referencias de autores/as.

9. Autores más representativos: Se anota el/la autor/a que tiene mayor importancia en el marco teórico, de acuerdo a una rápida revisión del mismo.

10. Enfoque guía / paradigma conceptual: Se define que enfoque guía o paradigma conceptual, dentro del cuerpo teórico de la psicología, es el que da orientación a la investigación; clasificándose si pertenece a:

- PSICOANÁLISIS O ENFOQUE PSICODINÁMICO.
- CONDUCTUAL.
- CONDUCTUAL (O COMPORTAMENTAL) COGNITIVO.
- HUMANISTA Y /O EXISTENCIALISTA.
- SISTÉMICO.
- OTRO.

Esta información se obtiene usualmente de la introducción, la justificación o el planteamiento del problema; analizando los autores mencionados y conceptos citados.

11. Autores enfoque guía: Se anotan los/as autores/as que aportan las bases de los elementos del enfoque guía. Esta información también se obtiene de la introducción, la justificación, el planteamiento del problema; o del marco teórico.

12. Conceptos / palabras clave: Se describen los principales conceptos y las palabras importantes, de forma que se pueda comprender el tema y la problemática investigada; usualmente estos aspectos se encuentran en el título de la investigación, y en la pregunta problema.

13. Pregunta problema: Se anota la pregunta problema, o problema de investigación, el interrogante que define el propósito del estudio sistematizado; usualmente se encuentra en el planteamiento del problema.

14. Objetivo general: Hace referencia al objetivo general de la investigación, el cual se consigna por completo; se encuentra en la página de los objetivos.

15. Objetivos específicos: De la misma forma, se consignan los objetivos específicos del estudio sistematizado; que se encuentran regularmente a continuación del objetivo general.

16. Hipótesis: Se consigna la hipótesis que se plantea en la investigación, esto es característico solo de los estudios correlacionales o explicativos.

17. Variables de estudio: Se especifican las variables que son objeto de estudio, usualmente son definidas en la página de definición conceptual y operacional de variables, o en la explicación del control de variables.

18. Tipo/niveles de investigación: Se define a qué tipo o nivel de investigación pertenece el estudio sistematizado; considerando que existen cinco categorías generalmente aceptadas:

- Exploratorios (aquellos estudios en los cuales se tratan temas que no han sido investigados previamente).
- Descriptivos (en estos se describe el fenómeno estudiado, sin que se explique en profundidad sus causas)
- Descriptivo - Comparativo (en este tipo de estudios se describe un fenómeno, y además, se realiza una comparación entre factores propios de ese fenómeno).
- Correlacional (estos estudios buscan hallar la relación entre dos o más fenómenos o variables, tienen un mayor nivel de profundidad)
- Explicativos (son las investigaciones más complejas, pues buscan explicar las causas de un fenómeno, deben partir de un análisis profundo de las causas de éste).

Usualmente esta información se obtiene de la introducción, la justificación o el planteamiento del problema de investigación.

19. Objeto de interés de la investigación: Se especifica si la investigación pertenece a una de estas dos clases; estudios puros (aquellos que solo buscan obtener conocimientos sobre un fenómeno, sin generar estrategias o formas de influir en el desarrollo del mismo); o estudios aplicados (en estos la investigación se propone aportar pautas, o generar formas de influir en el fenómeno estudiado, por medio de la prevención, capacitación, educación, formulación de planes de acción, o estrategias similares. Esta información se define en la introducción, la justificación o el planteamiento del problema de investigación.

20. Paradigma de investigación: Se especifica a que enfoque investigativo o paradigma investigativo pertenece el estudio sistematizado, esta información se encuentra en la justificación, y en el aparte de la tesis donde se explica la metodología empleada. Deben considerarse los siguientes paradigmas con sus respectivas categorías:

– Cualitativo:

Histórico-Hermenéutico.

Hermenéutico.

Fenomenológico.

Crítico-social.

Interaccionismo simbólico.

Cuantitativo:

Empírico-analítico.

21. Metodología.

21.1 Diseño: Se especifica cuál fue el diseño metodológico empleado en la investigación, dicha información se obtiene de la justificación, o del aparte de la tesis donde se explica la metodología empleada.

21.2 Población: Se describe el tipo de población que se investigó en los estudios sistematizados; de acuerdo a los siguientes criterios:

Individual (si se trabajó con sujetos sin considerar su filiación grupal, analizando fenómenos psicológicos diversos).

Si es individual, se determina:

Edad: edad(es) de la(s) persona(s) que participaron de la investigación.

Género: Masculino / Femenino.

Nivel socioeconómico: Estrato social según especificaciones generales, en rangos del 1 al 6; y a nivel cualitativo, Bajo, Medio - Bajo, Medio, Medio - Alto, Alto.

Tamaño de la muestra: cuantas personas participaron de la investigación, a quienes se les aplicó el instrumento, y fueron estudiadas.

Etapa del ciclo vital: en que estadio del desarrollo humano se encuentran: infancia temprana, niñez, preadolescencia, adolescencia, adultez joven, adultez media, adultos mayores.

Si es grupal, se determina a qué sistema pertenece:

Educativo: el grupo estudiado se dedica a actividades formativas de diversa índole.

Empresarial: el grupo estudiado se dedica a actividades laborales de diversa índole.

De salud: el grupo estudiado se dedica a actividades relacionadas con la salud.

Religioso: el grupo estudiado se dedica a actividades religiosas de diversa índole.

Familiar: el grupo estudiado se especifica como un sistema familiar.

Militar: el grupo estudiado se dedica a actividades militares de diversa índole.

Otro: cualquier otra forma de agrupación no mencionada; debe especificarse.

Nivel socioeconómico (si aplica): se especifica el nivel socioeconómico al que pertenece el grupo estudiado.

Edad: se especifican las edades de las personas que conforman el grupo estudiado.

Tamaño de la muestra: se especifica el número de grupos estudiados.

En caso de ser un grupo familiar, especificar:

Etapa del ciclo vital familiar

- Matrimonio sin hijos.
- Matrimonio con hijos pequeños.
- Matrimonio con hijos adolescentes.
- Matrimonio con hijos adultos.
- Matrimonio con nido vacío.

La descripción de la población de los estudios sistematizados, se encuentra usualmente en el capítulo denominado Población en la investigación; puede complementarse con información del planteamiento del problema, la justificación y la introducción.

21.3. Instrumento: En este segmento de la ficha- resumen, se recopila información sobre el/los instrumento/s utilizados en la investigación sistematizada. Estos datos se obtienen en la introducción, justificación, metodología o procedimiento.

Técnicas: Se describe –si se especifica en el estudio– el tipo de técnicas de observación y análisis empleadas por los investigadores, las estrategias o formas utilizadas para aplicar el instrumento.

Entrevistas: Se describe si se emplearon las entrevistas como instrumento principal o de soporte, si son de tipo estructurado (el desarrollo de la misma es orientado estrictamente por el entrevistador), semi estructurado (existe un modelo básico a seguir en la entrevista, pero hay libertad en su desarrollo), o no estructuradas (no existe ningún tipo de modelo o esquema a seguir, solo la intuición del entrevistador); y si las preguntas son abiertas (permiten respuestas extensas) o cerradas (solamente se responden con sí o no, o de forma similar).

Observación: Se explica si se aplicaron estrategias de observación, tales como los sistemas de observación en los cuales dos investigadores realizan las preguntas y/o toma de datos, y un tercero evalúa el papel de los dos primeros y de los entrevistados.

Pruebas estandarizadas: Se describe o anota si en la investigación se utilizaron pruebas reconocidas por la comunidad científica psicológica como de uso seguro y confiable. Existen pruebas de medición de coeficiente intelectual (tales como la escala Wechsler de inteligencia), pruebas proyectivas de personalidad (prueba de Rorschach, test de apercepción temática, test proyectivo de la figura humana –Machover), y pruebas no proyectivas de personalidad (MMPI).

22. Resultados relevantes:

Se elabora un resumen de los resultados más importantes que se obtuvieron en la investigación, consignados en el capítulo de Resultados.

23. Conclusiones de la investigación:

Se elabora un resumen de las conclusiones más importantes que se mencionan en la investigación, que se encuentran en el capítulo correspondiente.

24. Recomendaciones:

Se anotan las recomendaciones que se dieron en la investigación sistematizada; especialmente en cuanto a sugerencias de nuevos proyectos de investigación.

Observaciones:

Se escriben los comentarios que se tengan sobre la investigación sistematizada; en cuanto a aspectos tales como redacción, metodología, normas técnicas de elaboración, entre otros.

25. Elaborado por:

Se escribe el nombre y apellido de quien elaboró el Formato de Sistematización.

- 1- ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS
- 2- SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO Y RECUPERACION DE INFORMACION
- 3- PSICOLOGIA ONCOLÓGICA
- 4- ONCOLOGIA MEDICA
- 5- NEOPLASIAS
- 6- AUTOMATIZACION
- 7- CANCER - INVESTIGACIONES
- 8- PSICOLOGIA - TESIS Y DISERTACIONES ACADÉMICAS