

EVOLUCIÓN EN ASPECTOS DEL SÍ MISMO DEL FAMILIAR DEL PACIENTE DE
CÁNCER, DESDE QUE SE ENTERA DEL DIAGNÓSTICO DE SU PARIENTE

LUIS CARLOS BENAVIDES MONTENEGRO

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Pasto, 2003

EVOLUCIÓN EN ASPECTOS DEL SÍ MISMO DEL FAMILIAR DEL PACIENTE DE
CÁNCER, DESDE QUE SE ENTERA DEL DIAGNÓSTICO DE SU PARIENTE

LUIS CARLOS BENAVIDES MONTENEGRO

Trabajo de Grado presentado como requisito
Para optar al Título de Psicólogo

Asesor:

Dr. GILBERTO CARVAJAL GUZMÁN

Psicólogo

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Pasto, 2003

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado

Jurado

Asesor

Noviembre 13 de 2003.

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud imperecedera al Doctor Gilberto Carvajal Guzmán, por su infinita calidad humana y profesional.

A todos los familiares que asisten a la Unidad de Oncología del Hospital Departamental, por su permanente colaboración.

A mi hermano y amigo Carlos Darío Maya López.

*Al amor transparente y desinteresado
que me profesan las tres mujeres que
complementan mi vida: Gladys
Montenegro, Marina de Montenegro y
Laura de Benavides.*

TITULO: EVOLUCIÓN EN ASPECTOS DEL SÍ MISMO DEL FAMILIAR DEL PACIENTE DE CÁNCER, DESDE QUE SE ENTERA DEL DIAGNÓSTICO DE SU PARIENTE. ¹

Autor: BENAVIDES MONTENEGRO, Luis Carlos. ²; CARVAJAL GUZMÁN, Gilberto. ³

Palabras Claves:

Sí mismo, Autoconcepto, Autorrealización, Trascendencia, Investigación Humanista.

Descripción:

La presente investigación tuvo como finalidad el desentrañar los aspectos del Sí mismo, en los familiares de pacientes de cáncer, que asisten a la Unidad de Oncología del Hospital Departamental, en la ciudad de Pasto. El enfoque utilizado es el Histórico – Hermenéutico, con un método etnográfico, mediante la técnica de entrevista semi – estructurada, cuyo resultados arrojó dos grandes tipos de Supra categorías: Inductivas (impacto de la enfermedad, ambiente hospitalario y percepción que el familiar tiene del enfermo); Psicológicas (Trascendencia, Autoconcepto y Autorrealización). Llegando a concluir, que los familiares de pacientes de cáncer no reciben ninguna ayuda de tipo psicológico que mitigue la carga emocional y afectiva a la que se ven sometidos, desde que se enteran que un ser querido padece cáncer.

Fuentes:

Se consultaron un total de 22 fuentes bibliográficas distribuidas así: sobre la etiología del cáncer: 5 libros; sobre aspectos psicológicos del cáncer: 2; sobre psicología humanista: 11; sobre psicología de la salud: 1; y en aspectos metodológicos: 3.

Contenido:

Se inicio haciendo una revisión histórica sobre el surgimiento de la teoría del Sí mismo, adentrándose a los postulados de Carl Rogers sobre esta materia, haciendo la distinción entre el concepto del “Yo” (autoconcepto) y el “Yo” como instancia cognitiva y su significancia en la psicología humanista, llegando a las tres grandes características del sí mismo: autoconcepto, autorrealización y trascendencia, inmersas y expuestas por los familiares en las entrevistas grabadas en el Hospital Departamental. Es por esto que, el objetivo general es comprender el proceso por el cual transcurren aspectos del

¹ Trabajo de Grado

² Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Psicología

³ Asesor Trabajo de Grado

sí mismo: autoconcepto, trascendencia y autorrealización del familiar del paciente de cáncer, desde el momento que se entera del diagnóstico de su pariente.

Metodología:

Es una investigación de tipo cualitativo, con enfoque Histórico – Hermenéutico pretendiendo aproximarse al devenir de unas personas, que atraviesan una situación difícil y real en sus vidas, como es, que un pariente suyo padezca cáncer. El método es etnográfico, por cuanto, se pretende configurar un panorama psicológico (creencias, costumbres, pensamientos y sentimientos, entre otros), en términos de transcurso, de la cotidianidad de ocho personas, cuyo aspecto en común es ser familiar de un pariente de cáncer. Las técnicas de recolección de información fueron la observación, la entrevista semi - estructurada de tipo abierto y la denominada historia de vida.

Conclusiones:

La gran conclusión en el desarrollo de la investigación, es la carencia por parte de los familiares de pacientes de cáncer, en lograr acceder a una atención psicológica , que los ayude a soportar la carga emocional y afectiva, que de alguna manera desvirtúa su cotidianidad y que afecta su desarrollo personal, familiar, afectivo, económico y laboral, entre otros. Y la teoría del Sí mismo, vislumbra una posibilidad, en la comprensión e intervención psicológica, para el mejoramiento en la calidad de vida afectiva y emocional de los familiares de pacientes de cáncer.

Anexos:

- A. Descripción del sujeto social (Unidad de análisis)
- B. Categorización de las entrevistas
- C. Testimonios

ABSTRACT

This research embraces a real problem, such as the cancer's illness is, which day by day, acquires a bigger importance and transcendency in the Colombian society, on account of several negative consequences that bears this pathology. To go into this problem was necessary make a juridic review about the public health in Colombia, to describe the cancer's etiology, how is it classified and his incidence in the department of Nariño; to culminate in the psychological repercussions, not only of the patients, but of those which represent the axis or main objective of this research: The cancer patients' relatives that attend to the Departmental Hospital oncology unit, in the Pasto's city.

The research was carried out from an historical focus - hermeneutic, with an ethnographic method, by means of the semi-structured interview technique, whose information pretends to know about the psychological process and socio- familiar by the cancer patients' relatives happen, from the moment that they find out their relatives' diagnosis. Moreover the research involve three psychological aspects: self-concept, transcendency and self-realization; framed inside the humanist psychology, for this way to be able to understand and follow in the thought , the values, beliefs and feelings, among others that allows to clear up doubts and holes that assault to the oncologic patient's relatives.

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	2
I. INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
OBJETIVO GENERAL	18
Objetivos Específicos	18
JUSTIFICACIÓN	19
II. MARCO TEÓRICO	22
ASPECTOS METODOLÓGICOS	33
Enfoque Teórico de la Investigación	33
Enfoque Metodológico de la Investigación	34
Determinación del Planteamiento del Problema	35
Plan de Acción	35
Técnica Utilizada	38
Unidad de Trabajo	39
Unidad de Análisis	39
Sistema de Análisis de la Información	40
III. RESULTADOS	41
Análisis	53
Discusión	57
IV. REFERENCIAS	60

TABLA DE ANEXOS

ANEXO A. Descripción del sujeto social (Unidad de análisis).	62
ANEXO B. Categorización de las entrevistas.	68
ANEXO C. Testimonios.	79

Evolución en aspectos del Sí mismo del Familiar del Paciente de Cáncer, Desde que se Entera del Diagnostico de su Pariente.

En la presente investigación se abordó una problemática real y tangible como es la enfermedad del cáncer la que, día a día, adquiere mayor importancia y trascendencia en la sociedad Colombiana, por las variadas consecuencias de tipo negativo que conlleva esta patología. Para adentrarse en dicha problemática fue menester iniciar una reseña jurídica en lo concerniente a la Salud Pública en Colombia, describir la etiología del cáncer, cómo se clasifica y su incidencia en el departamento de Nariño; para culminar en las repercusiones Psicológicas, no sólo de los pacientes, sino de quienes representan el eje u objetivo principal de la presente investigación: Familiares de pacientes de cáncer, que asisten a la Unidad de oncología del Hospital Departamental, en la ciudad de Pasto.

La investigación fue llevada a cabo desde un enfoque Histórico – Hermeneútico, con un método etnográfico, mediante la técnica de entrevista semi - estructurada, de cuya información se pretende conocer el proceso psicológico y socio – familiar por el que atraviesan los familiares de pacientes de cáncer, desde el momento que se enteran del diagnóstico de su pariente. Lo psicológico estuvo anclado a tres aspectos del Sí mismo: Autoconcepto, Trascendencia y Autorrealización; enmarcados dentro de la Psicología Humanista, para así, poder comprender y avanzar en el pensamiento, valores, creencias y sentimientos, entre otros, que permita esclarecer dudas y vacíos, que asaltan a los familiares del enfermo oncológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se diagnostican en el Mundo siete millones de pacientes nuevos con cáncer y mueren, anualmente, cuatro millones. En el caso de Colombia, el Instituto Nacional de Cáncer (INC), afirma que el cáncer fue, en el año 2002, la tercera causa de muerte después de los trastornos cardiovasculares y la violencia; siendo la primera en el departamento de Nariño.

Alrededor de la enfermedad del cáncer se suscitan una serie de situaciones tales como: manejo del paciente, el aspecto económico en la familia de quien lo padece, los problemas psicológicos tanto del enfermo como de los familiares, entre otros. Es por ello que, la investigación radica en llegar a conocer una situación problemática en materia de salud pública, en el departamento de Nariño, en lo concerniente a las implicaciones psicológicas de los familiares del paciente de cáncer.

En remembranza a lo que significaba y significa enfermarse en Colombia, el antiguo sistema de salud se caracterizaba por la baja cobertura, la inequidad y la ineficiencia, razón por la cual, la Constitución Nacional de 1991 ordenó su transformación, partiendo de definir la Seguridad Social en Salud como un derecho irrenunciable de todos los habitantes del territorio nacional y como un servicio público obligatorio, cuya orientación y control está a cargo del Estado y a cuya prestación pueden concurrir los ciudadanos. La salud es, pues, un derecho fundamental derivado del derecho a la vida, derecho fundamental por excelencia. Así pues, de nada sirve garantizarle al ser humano, la protección de todos los bienes jurídicos, si no se protege, el que es fundamento de todos: la Vida humana. De allí que, la salud es un servicio público a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso al mismo, su promoción, protección y recuperación.

De ahí que, en nuestra legislación colombiana, el derecho a la salud conforma, en su naturaleza jurídica, un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. Por estos aspectos, el derecho a la salud resulta un derecho fundamental (artículos 2, 11, 46 y 49 de la Constitución Política Nacional). El segundo bloque de elementos, sitúa el derecho a la salud con un carácter asistencial ubicado en las referencias funcionales del denominado Estado Social de Derecho, en razón de que su reconocimiento impone acciones concretas.

El actual modelo de la seguridad social, transformó e integró el viejo sistema único, organizado con criterios de universalidad, solidaridad, eficiencia y que el legislador plasmó en la Ley 100 de 1993, estableciendo el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Igualmente, se creó el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, que es el más importante y novedoso logro prescrito en la Ley 100 de 1993 en materia de equidad y solidaridad, por lo que significa en términos de cobertura y de incremento de los recursos destinados a la salud de la población pobre del país, adoptando un modelo de seguridad social, progresivamente, creciente en sus beneficios. De la descoordinación e ineficiencia institucional se tiene el propósito de pasar a un sistema integrado, descentralizado y de competencia regulada por el Estado, lo que supone que este proceso se debe desarrollar dentro de un ambiente de sana competencia, cuyos actores públicos, mixtos y privados, aseguradores, prestadores y usuarios de los diferentes entes territoriales deben funcionar y concurrir dentro de los principios filosóficos establecidos en la Carta Magna y la Ley 100 de Seguridad Social.

En la ley 100 de 1993 se afirma que el Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente, las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Este tratamiento permite restablecer las condiciones de igualdad a grupos o personas que se encuentran en situaciones desfavorables como resultado de sus circunstancias de debilidad. Por esta razón, el gobierno Colombiano decidió poner fin a la anarquía y a la discriminación en la atención de enfermedades de alto costo (SIDA, cáncer, diálisis, entre otras). La carga financiera de estas enfermedades será repartida de manera equilibrada entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS). En consecuencia, las EPS que destinen más recursos para atender dichas enfermedades, también llamadas catastróficas, recibirán más dinero del sistema de salud, el cual será aportado por las que menos gasten en estos tratamientos. Para ello, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) decidió que el valor de la UPC (dinero que el sistema de salud le entrega a cada una de las EPS por cada uno de los aproximadamente 13 millones de afiliados) será mayor para las que más gasten en pacientes con enfermedades de alto costo y viceversa. Dado que, el cáncer, está incluido dentro de las enfermedades ruinosas o catastróficas, ésta debe ser cubierta por algún mecanismo de aseguramiento, constituyéndose en un deber de las EPS suministrar a los usuarios la atención médica, hospitalaria, quirúrgica y en general todos los servicios que demande el estado de cada uno de ellos.

Es, por las anteriores razones, que prevalece como punto de partida, el tener un conocimiento sobre la legislación Colombiana en materia de Salud Pública, en donde se encuentran muchos vacíos e inconsistencias en la atención de pacientes de cáncer aún existiendo decretos para la atención de enfermedades catastróficas, como el cáncer, normatividad que no alude a la población representativa como los familiares de un enfermo oncológico.

Entrando en materia de cáncer, esto se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad tanto en los países industrializados como en los que están en vía de desarrollo. El aumento de la frecuencia de cáncer se debe, quizá, entre otras causas, paradójicamente, al aumento de la expectativa de vida, ya que, las personas se dedican al mejoramiento de los medios diagnósticos que permiten detectar más fácilmente esta patología y al control de enfermedades infectocontagiosas que ocuparon, anteriormente, los primeros lugares de morbimortalidad.

En la etiología del cáncer existen numerosos factores medioambientales como: consumo de alcohol y tabaco, el déficit o exceso de algunos nutrientes, el comportamiento sexual, los contaminantes ambientales y la exposición a la luz solar, entre otros, que permiten la prevención primaria, logrando un alto porcentaje de curabilidad si se diagnostican a tiempo, con la consecuente disminución en las tasas de mortalidad por esta enfermedad.

De esta manera, para hablar de cáncer en el departamento de Nariño, según el Registro Poblacional de Cáncer (RPCP) del municipio del Pasto, creado en julio de 1998, mediante convenio establecido entre la dirección municipal de seguridad social en salud y la Universidad de Nariño, tiene como objetivo conocer el impacto real del cáncer en la población urbana y rural del municipio de Pasto. El registro poblacional de cáncer

de la ciudad de Pasto, suministra datos confiables a agencias nacionales e internacionales encargadas de la investigación y diseña e implementa programas de prevención y control. Este registro de búsqueda activa con base poblacional, se encuentra ubicado en el Hospital Departamental de Nariño.

En lo concerniente al departamento de Nariño, según el Doctor Álvaro G. Villacís (Jefe del Departamento de Epidemiología, Instituto Departamental de Salud), en los municipios donde se presentan mayores concentraciones urbanas, la tendencia es a incrementarse los casos de cáncer.

Ahora bien, si la esperanza de vida promedio tiende a aumentar, pareciera ser que, las nuevas generaciones de nariñenses pueden esperar a vivir un promedio de años cada vez mayor; sin embargo, Nariño continúa rezagado, respecto al promedio nacional, ya que la esperanza es de 69.2 años, 6.7 menos que el colombiano promedio. Desde luego que tal esperanza de vida está en relación directa con las condiciones de vida, las cuales, se revelan como poco óptimas; lo anterior se colige de los siguientes datos: en Nariño de las 205.635 viviendas censadas, el 65.99% posee conexión de agua y el 45% recibe agua potable. Referente a disposición de basuras y desechos sólidos, sólo el 36% posee un sistema de disposición adecuado, siendo el área rural la más afectada porque, únicamente, el 8% goza de un sistema.

En este mismo sentido, hay que tener en cuenta que la economía del departamento de Nariño es netamente agrícola, carece de industria, por lo tanto, sus habitantes tienen un ingreso bajo, lo que conlleva a que su alimentación no sea la más adecuada en términos nutricionales y puede ser la causa de muchas de las enfermedades que padecen los Nariñenses, tal como lo afirma Ortega M, (1998) ante la pregunta

planteada, sobre si determinados componentes de los alimentos pueden estar implicados en la aparición de un proceso canceroso.

La respuesta que en el momento actual se extrae de estudios experimentales y de datos epidemiológicos es que, efectivamente, compuestos presentes en los alimentos pueden ser causa, pero no la única, de la aparición de un cáncer, ya que, hay que considerar también factores concomitantes como: raza, edad, modos de vida, agentes externos, resistencia inmunitaria del individuo, y la, cada vez más clara características genéticas.

Así mismo, el nariñense consume grandes cantidades de café, y como lo plantea Ortega M, (1998) una taza de café contiene más de 1.000 compuestos químicos diferentes, de los cuales en sólo 26 han sido realizadas las pruebas de carcinogenicidad, resultando positiva para 19 de ellos, demostrando así que la población nariñense está en alto grado de contraer algún tipo de cáncer por el consumo excesivo de café.

Y estos son algunos datos estadísticos obtenidos por el registro poblacional de cáncer (RPCP), en su último informe del año 2002: la Tasa de incidencia general estimada de cáncer para la población del municipio de Pasto es de 116,83 por 100.000 habitantes; para los hombres, la tasa de incidencia de cáncer es de 103,78 por 100.000 h; y para las mujeres es de 128,26 por 100.000 h. La tasa de incidencia urbana es de 122 por 100.000 h y para la zona rural es de 81,27 por 100.000 h.

El registro poblacional de cáncer, señala una frecuencia de cáncer mayor en las mujeres que en los hombres del municipio de Pasto. En cuanto a la ubicación del tumor y en relación con el género hay diez localizaciones más frecuentes de tumores en hombres residentes en pasto: Los dos primeros lugares son: estómago, 54 casos; y,

próstata 17 casos. De las diez localizaciones más frecuentes, en mujeres residentes en Pasto, los tres mayores en su orden son: de mayor a menor, cuello uterino invasivo (43 casos); más, el de cuello uterino in situ y estómago. Dentro de los diez tumores más incidentes, tres de ellos forman parte del aparato reproductor femenino: cuello uterino, ovario y mama.

Durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero 1 de 2002 y Diciembre 31 de 2002, se registraron un total de 434 casos nuevos de cáncer en la ciudad de Pasto, tanto en el área urbana como rural, para una tasa bruta de incidencia de 116,83 por 100.000 h. La mayor incidencia tanto para hombres como para mujeres, se presentó en estómago, seguido de piel y en tercer lugar tiroides; este último, es mucho más frecuente en mujeres. En las mujeres se encontraron más casos de cáncer de colon, recto, hígado, vesícula y vías biliares. El tracto respiratorio aporta un mayor número de casos de hombres (bronquio y laringe); cánceres asociados al hábito de fumar, de mayor arraigo en el sexo masculino. En hombres como en mujeres hay igual distribución en el cáncer de vejiga urinaria.

De esta manera, se observa cómo la enfermedad del cáncer en el departamento de Nariño, específicamente, en el municipio de Pasto tiene gran incidencia en materia de salud pública, pero las políticas de prevención, diagnóstico y tratamiento se han centrado en el paciente que padece esta enfermedad crónica, dejando atrás un aspecto importante como son los familiares del enfermo.

Ahora bien, lo siguiente es referirse a la enfermedad del cáncer, desde el punto de vista biológico. El cáncer es una enfermedad derivada de la desorganización de una célula específica del organismo, que prolifera desordenadamente, con capacidad de invasión de las células vecinas. Consume los nutrientes de las células buenas,

asfixiando, a todo el organismo. Está condicionada por factores ambientales externos, como el consumo de tabaco, alcohol, mala alimentación y contaminación, por ejemplo.

Así pues, para entender el cáncer, es importante conocer cómo las células normales se convierten en cancerosas: el cuerpo se compone de muchos tipos de células; normalmente, las células crecen, se dividen y reproducen para mantener el cuerpo saludable y funcionando apropiadamente. Sin embargo, a veces, el proceso se descontrola y las células se siguen dividiendo cuando no es necesario. La masa de células extras, forma un crecimiento o tumor y algunos tipos de células son más propensos al crecimiento anormal que otras. Los tumores pueden ser benignos o malignos.

Los tumores benignos no son cancerosos, generalmente, se pueden remover, y en la mayoría de los casos, no reaparecen. Las células, en tumores benignos, no se extienden a otras partes del cuerpo. Lo más importante es que los tumores benignos raramente representan amenaza de muerte. Los tumores malignos son cancerosos; las células en los tumores malignos son anormales y se dividen sin control, ni orden. Estas células cancerosas pueden invadir y destruir el tejido a su alrededor; además, las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar en el torrente sanguíneo o los vasos del sistema linfático (los dos sistemas de vasos sanguíneos que bañan y alimentan todos los órganos del cuerpo); este proceso, llamado metástasis, es la manera como el cáncer se extiende del tumor original a otras partes del cuerpo, para formar nuevos tumores.

Así mismo, algunos síntomas y señales comunes del cáncer son: cambios en el funcionamiento del intestino y la vejiga, una herida que no sana, hemorragia o secreción

inusual, engrosamiento o nódulo en el seno o cualquier otra parte del cuerpo, indigestión al tragar, cambio obvio de una verruga y/o tos persistente o ronquera.

Es por esto, que, al conocer diversos aspectos sobre la enfermedad del cáncer, se encuentra que, los pacientes experimentan una mayor demanda de apoyo psicosocial a la hora de enfrentarse con la problemática de su enfermedad, sus miedos y ambigüedades. El apoyo psicosocial puede provenir de la pareja, los hijos, amigos, miembros de su familia y personal médico, entre otros. Sin embargo, en muchas ocasiones el paciente no encuentra ese apoyo, siendo necesario, en este caso, la intervención psicológica.

A propósito de lo anterior, desde el punto de vista psicológico, según la Sociedad Americana del Cáncer, el diagnóstico de cáncer es uno de los acontecimientos más tensionantes en la vida de una persona; dada la propia naturaleza y progresión de la enfermedad, no es extraño que el cáncer modifique el curso natural de la vida de un individuo. Es una enfermedad, que se caracteriza por la constante incertidumbre y la escasa capacidad de control percibidas por el paciente. Otro aspecto es, el de las connotaciones psicosociales del cáncer: significados de muerte, desfiguración y dolor son algunos de los estereotipos asociados a la enfermedad, que llevan, en la mayoría de los casos, un incremento de los niveles de ansiedad y estrés. Además de todo esto, se encuentra que el tratamiento y diagnóstico del cáncer pueden provocar en el paciente un gran impacto emocional, e incluso, serios problemas psicológicos y sociales, como son: problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés y anorexia); problemas derivados tanto de los síntomas físicos (dolor, pérdida del cabello y amputaciones); como de los derivados de la ruptura de los modelos de vida cotidianos (laborales, familiares, sexuales y de relación social, entre otras).

De lo anterior puede deducirse que, el enfermar de cáncer supone enfrentarse a una situación amenazante, poco predecible y más o menos aversiva, en función de las características de los procesos de diagnóstico y de tratamiento que se requiera. El padecimiento del enfermo tiene un profundo efecto sobre cada miembro, los integrantes de la familia tienden a sufrir pena, ansiedad y desamparo en respuesta a la enfermedad del paciente. Sin embargo, también niegan o minimizan su dolor emocional cuando están preocupados por ayudar a aquel que está enfermo. Esta capacidad de los miembros de la familia para enfocarse en los problemas del enfermo, que con toda claridad son más graves, es una necesidad para sobrevivir y funcionar en la vida cotidiana. La enfermedad grave es repentina y atemorizante para el paciente y la familia.

Y se observa cómo la gran mayoría de los familiares de pacientes con cáncer se refugian en la religión y tal como lo plantea Lorraine S, (1999) es importante hacer notar una diferencia entre las necesidades espirituales y religiosas de las personas en momentos de enfermedad y de angustia. El término religioso se refiere más a la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de la espiritualidad, es mucho más sencillo deducir las necesidades religiosas más que las espirituales. Los aspectos espirituales pueden manifestarse a través de cuestionamientos o afirmaciones, como: “¿Por qué me sucedió esto a mí?; ¿Qué he hecho para merecerme esto?; No es justo”. Cuando una persona está tratando de encontrarle algún significado a una experiencia personal mirará hacia muchas direcciones, empezando con las cosas que lo han hecho encontrar un sentido en el pasado. Esto puede ser producto de su cultura o que la persona ha desarrollado una filosofía de la vida que ha dado siempre respuesta a lo que busca y por tanto le permite enfrentarse. Otros pueden expresar su

creencia en Dios, la que nunca se ha manifestado ni practicado dentro de una religión, pero que han buscado trascender.

Si el familiar del paciente de cáncer se siente abandonado por Dios o por algún otro poder divino, puede llegar a sentir enojo contra aquellos que representan dicho poder. En forma alterna, la persona puede buscar conciliarse con este poder divino comportándose, especialmente, bien. Afirmaciones de que ya no se cree en Dios, que Dios está muerto o que ha abandonado a la persona, están frecuentemente acompañadas por un sentimiento de impotencia y de vacío interno. Lorraine, (1999) asegura que romper con las prácticas culturales y religiosas interrumpe una de las múltiples formas de enfrentarse a las crisis. La razón para ello puede ser que la propia filosofía de la vida no da respuesta a los cuestionamientos que se han originado a raíz de la enfermedad de su familiar o que la propia imagen de Dios corresponde a la de un niño y en la actualidad parece irrelevante ante lo que sucede en la edad adulta. Estas áreas pueden manifestarse como una incapacidad para tener confianza en las personas que cuidan a su familiar enfermo, con grandes sentimientos de inseguridad.

Todos los patrones religiosos a los que se ha venido haciendo referencia, influyen en el pensamiento y en la conducta del familiar del paciente de cáncer; sirven para poder explicar alguna de la amplia gama de reacciones que cualquier familiar de un enfermo crónico puede enfrentar y que pueden abarcar desde una agradable aceptación hasta un miedo petrificante. No todos serán igualmente fervientes devotos de su religión o filosofía de la vida y pueden no haber pensado en una clara posición religiosa, agnóstica o ateísta, sin embargo, esto no quiere decir que no tendrán necesidades espirituales distintas a sus necesidades religiosas. Lorraine, (1999) plantea que el principal requisito en todos los casos es la privacidad, tranquilidad, bienestar y el libre

acceso a la ayuda y servicio religioso tanto como ese familiar lo desee. Antes que nada, una actitud sensible por parte de todos aquellos que rodeen al familiar y que puede apoyar y ayudar a esa persona como un ser completo más que la escrupulosa atención a los detalles de un rito religioso en particular.

El aspecto religioso es sólo uno de los ámbitos por las que el familiar del paciente de cáncer tiene que atravesar, ya que cualquiera, con una enfermedad progresiva e incurable, enfrenta muchas pérdidas; su familia participa de esas pérdidas, pero también tiene que anticipar su propia agonía. Las pérdidas psicológicas van acompañadas de cambios en el funcionamiento social y en los papeles desempeñados por cada uno de los miembros de la familia, que pueden ser difíciles de aceptar tanto para el paciente como para la familia. En las entrevistas realizadas, para definir el problema de investigación, los familiares del paciente de cáncer denotan una preocupación por la falta de apoyo hacia ellos por parte de las instituciones de salud, y ello está en concordancia con lo afirmado por Holaday, (1994) que las familias con apoyo ineficaz tienden a presentar múltiples áreas de funcionalidad problemática. Gran parte de las familias tienen múltiples necesidades sociales, financieras y médicas, y están dispuestos a utilizar los grupos de apoyo y orientación a su alcance. Los familiares de enfermos crónicos en la unidad de oncología del Hospital Departamental, manifiestan su preocupación por no saber a donde o a quien dirigirse a exponer su problemática interna, y como lo plantea Fallon, (1999) al postular, que, las estrategias encaminadas a apoyar la normalidad, como sucesos sociales para toda la familia, pueden ser bien recibidos y suministrar oportunidad a los familiares para apoyarse entre sí.

De otra manera, el sentimiento de culpa o de vergüenza es general entre los familiares del paciente de cáncer; muchos de ellos afirman que la enfermedad de su familiar es el resultado de alguna cosa que hicieron mal en el pasado y que si pudieran enmendarlo, posiblemente desaparecería el cáncer. A propósito de lo anterior, Alonso A, (1998) asegura que los sentimientos de culpa y de vergüenza de los familiares de pacientes con enfermedades graves son los principales obstáculos para mitigar la pena.

Otro aspecto que recalcan los familiares del paciente, es la falta de comunicación que se presenta entre ellos, con el enfermo y con el personal médico y de este concepto Rolland, (1997) destaca que entre más comunicación exista entre la familia acerca de la enfermedad, se distribuyan de nuevo los roles, se resuelvan problemas y manejarán mejor el padecimiento. La familia puede volverse experta en mantener en privado sus preocupaciones y reacciones emocionales, con frecuencia la falta de comunicación aumenta la angustia y ansiedad.

Por consiguiente, se vislumbró la imperiosa necesidad de realizar la investigación la cual, comenzó presentando de forma general, como preámbulo, una síntesis de la legislación que en materia de Salud Pública regía y rige en Colombia. Así mismo, fue conveniente colocar de manifiesto, los aspectos más relevantes, desde el punto de vista físico y biológico sobre la enfermedad, sea en procesos de detección y posterior tratamiento de los diferentes tipos de cáncer, ya que, en los actuales momentos constituye el índice más alto de morbimortalidad entre la población Colombiana.

Siguiendo con esta directriz, se entra en uno de los campos más importantes y así mismo, desatendidos por los profesionales de la Salud: el manejo que, en las diferentes áreas psicosociales debe realizarse, tanto a pacientes oncológicos como a familiares de estos. Y como objetivo primordial, se pretende escrutar, en qué medida los familiares

de pacientes de cáncer, se ven afectados por esta problemática, escudriñando de manera directa y objetiva todo la vivencia emocional, afectiva, desde el momento mismo que se enteran, que un familiar suyo, padece cáncer.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo evoluciona el Sí mismo, del familiar de paciente de cáncer, desde que se entera del diagnóstico de su pariente?

OBJETIVO GENERAL

Comprender el proceso por el cual transcurren aspectos del Sí mismo: Autoconcepto, Trascendencia y Autorrealización del familiar del paciente de cáncer desde el momento del diagnóstico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer las fases o categorías con sus consiguientes características, por los que atraviesa el familiar del paciente de cáncer.
2. Identificar los sentimientos, actitudes, creencias y valores con respecto al cáncer y el paciente, desde el momento del diagnóstico.
3. Descubrir la calidad de la relación entre el familiar y el paciente de cáncer (en el mejoramiento de la relación) y su incidencia en la vida psicológica del familiar.
4. Puntualizar la visión del familiar del paciente de cáncer acerca del origen y el transcurso de la enfermedad.
5. Leer la experiencia como investigador, para determinar el crecimiento como persona, psicólogo e investigador, (No es objetivo propiamente dicho de la investigación, sino que emerge de la misma).

JUSTIFICACIÓN

El cáncer, enfermedad de gran incidencia en Colombia y desde luego, en el departamento de Nariño, representa una problemática significativa, la que, al ser abordada desde diversos tópicos, como la morbilidad, adquiere características singulares, en cuanto a su prevención, diagnóstico y tratamiento. Es así que, en diversos estudios, se toma como eje central al paciente de cáncer y sus aspectos psicológicos, en cuanto al cuidado y manejo que el paciente oncológico hace de su vida y de su enfermedad.

De acuerdo a esto, hay un punto sustancial y poco tratado, como son los vínculos emocionales, sentimentales y cognitivos, entre otros, por los que atraviesan las personas que de una u otra forma están en contacto directo con el enfermo de cáncer: los familiares.

En ese orden de ideas, es de suponer que, los familiares de pacientes de cáncer presentan vacíos y dudas frente a un hecho desestabilizador como es la enfermedad de un pariente, en donde la cotidianidad y ocupación que hacen de su vida, se perjudica, produciendo cambios en la forma de afrontar su propia existencia, en la rutina familiar, laboral y afectiva, entre otros.

Ahora bien, para abordar también la justificación de la Investigación, se debe tener en cuenta que la Psicología Humanista se interesa por los aspectos de la experiencia humana que tienen importancia en la vida diaria, de ahí que estudie y pretenda acrecentar el conocimiento sobre experiencias tan comunes como el amor, la voluntad, el temor, la esperanza y el dolor, entre otros. A su vez, la psicología humanista está involucrada en la tarea de ayudar a que las personas crezcan y evolucionen más plenamente en la realización de su potencial.

En concordancia con lo expuesto, si la investigación está dirigida a comprender los procesos por los que atraviesan los familiares de pacientes de cáncer, entonces, ésta se compromete con el contexto en el que se desenvuelven y dilucida las condiciones de vida de estas personas, construyendo bases para nuevas investigaciones.

Si se prosigue con lo precedente, siendo el cáncer una enfermedad devastadora que afecta a un gran número de personas en el departamento de Nariño, cuyas causas son muy disímiles y variadas, en donde intervienen factores como la alimentación y la nutrición, se ha descuidado o dejado a un lado, un factor relevante: las personas que están en contacto personal y permanente con el enfermo, su familia. Por este motivo, la investigación está centrada en los procesos emocionales y afectivos por los que atraviesa el familiar del paciente de cáncer, pretendiendo saber, cómo se afecta la calidad de vida de este grupo poblacional.

De otro lado, la investigación tiene un alcance social sin precedente, ya que cuando el familiar del paciente posee un conocimiento real de aspectos, en el orden biológicos; de tratamiento y psicológicos, entre otros, frente a la enfermedad; conocer el manejo de emociones, temores, dudas y ver cómo es la organización de su propia vida, en momentos de crisis, favorecerá, de algún modo en la recuperación de su familiar.

De esta manera, se procura, dentro del impacto social que genera la enfermedad del cáncer, el sensibilizar a los familiares, dentro de sus propias emociones como: sufrimiento, angustia, miedo y culpa, entre otros, que los invade y perturba; y, dar lugar a derivar en la previsión de un derrotero en actitudes como, manejo del dolor desde el momento que se enteran que su pariente está enfermo ó ante una eventual muerte de su familiar.

Puesto que, el familiar del paciente de cáncer, se encuentra sólo frente a su propio dolor y a su angustia existencial, es precisamente ahí, donde entra a trabajar el campo psicológico como herramienta real en el reconocimiento de la problemática del familiar, como propuesta ante los vacíos emocionales y afectivos, de ahí que, el objetivo que se persigue es analizar las diversas manifestaciones emocionales de los familiares de enfermos oncológicos, desde el punto de vista de la lógica científica con un método que la ciencia prevé. En consecuencia, en términos científicos, se pretende un conocimiento objetivo de los acontecimientos y algunas relaciones funcionales existentes entre ellos bien que se descubra una verdad relativa sin grado de probabilidad alguno.

Siguiendo con el decurso justificativo de la investigación, Carl Rogers, uno de los más brillantes teóricos humanistas, cuyo aporte a la llamada “tercera fuerza” se encuentra en: 1. El desarrollo de la psicoterapia conversacional, 2. Formulación de una teoría del sí mismo, 3. Apertura de la psicoterapia a la investigación empírica; donde pone de manifiesto su interés en el estudio del individuo en sí mismo; ve al ser humano como un ser racional, con el mejor conocimiento de sí mismo y de sus reacciones, además, propone el autoconocimiento como base de la personalidad y a cada individuo como ser individual y único. Rogers, (1969) plantea, al organismo como un todo organizado y funcional, con una fuente central de energía que sería la tendencia a la actualización, mantenimiento y mejora del mismo. Todas las etapas de un proyecto científico – su comienzo, su desarrollo y su conclusión provisional – es aquello que resulta aceptable para el sujeto y solo puede comunicarse a aquellos que están en condiciones subjetivas de recibir comunicación.

De otro lado, el interés personal que motiva a realizar esta investigación, surge de lo sucedido al interior de mi familia, al fallecer una tía diagnosticada con cáncer de mama, y ver cómo el grupo familiar no supo manejar el propio dolor, frente al hecho de muerte de un ser querido; así mismo, cómo algunos miembros de la familia enfocaron su tristeza hacia la espiritualidad y religiosidad, o por el contrario, presentaron un rechazo o negación de Dios; también, contribuyó el captar cómo la convivencia entre nosotros se vino abajo, cambiando por completo los lazos afectivos anteriormente comunes y cotidianos.

Por último, si se pretende implementar nuevas ideas o programas sobre el contexto en el cual se construye la investigación, se parte de estudios llevados a cabo en centros educativos como la Universidad Mariana y la Universidad de Nariño, encontrando investigaciones pertinentes a la enfermedad del cáncer, desde una óptica psicológica; pero con una concesión sólo hacia el enfermo oncológico, en aspectos como: manejo del dolor, ansiedad y depresión, entre otros.

MARCO TEÓRICO

En un principio, William James (1842 – 1910), puso los fundamentos de la formación de la teoría del sí mismo. La concepción de éste se desarrolló, fundamentalmente, en dos direcciones: por un lado, hacia el “sí mismo como objeto”, que caracteriza las autopercepciones y autovaloraciones del ser humano en las que se expresa el modo de pensar de una persona acerca de sí como objeto; y, por otro lado, el “sí mismo como proceso”, donde el sí mismo se ve como actuante activo.

Para Rogers (1950), el concepto de sí mismo, se puede definir como “la estructura del sí mismo”, una configuración organizada de las percepciones del sí mismo que son admisibles a la consciencia. Se compone de elementos tales como las percepciones de

las propias características y capacidades; los preceptos y conceptos de sí mismos en relación con los demás y con el medio; las cualidades de valor que se perciben como asociadas con las experiencias y con los objetos; y las metas e ideales que se perciben poseyendo valor positivo o negativo.

De esta manera, considera como características del sí mismo:

- a) Es consciente. Sólo incluye las experiencias o percepciones conscientes, es decir, simbolizadas en la conciencia.
- b) Es una gestalt o configuración organizada y, en cuanto tal, se rige por las leyes de los campos perceptuales, (fluctuaciones en los sentimientos o actitudes hacia sí mismo). Un cambio en un aspecto insignificante puede alterar la configuración global, ya que tiene carácter de totalidad organizado.
- c) Contiene percepciones de uno mismo, valores e ideales.

Por lo tanto, lo que piensa o experimenta una persona no es para ella toda la realidad; es simplemente una hipótesis provisional acerca de la realidad, una hipótesis que puede ser o no cierta. Su campo perceptual será la realidad ante la cual reacciona el individuo.

Rogers (1979), denomina a esta estructura de comprobación el “sí mismo”, que se separa a lo largo del desarrollo del ser humano más y más del campo fenoménico; como “la Gestalt organizada y conceptualmente consistente, formada por percepciones de las características del “yo” o “a mí” y por las percepciones de la relación entre el “yo” o “a mí” con otros y bs diferentes aspectos de la vida, junto con los valores ligados a estas percepciones”.

Entonces, es de utilidad, el distinguir, según Rogers (1950), el Yo del concepto del Yo (autoconcepto), o del Mí. El “Yo” como instancia cognitiva, como agente conocedor

o como proceso de experiencia activa es algo diferente del “Mi” como algo conocido o como contenido de experiencia. El Yo como conocido es lo que se llama autoconcepto y abarca las ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de sí mismo, incluyendo las imágenes que otros tienen de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser.

Por consiguiente, Rogers (1950), plantea, qué, el autoconcepto consiste en las representaciones simbólicas que una persona se forma de sus distintas características físicas, biológicas, psicológicas, éticas y sociales, y que además es la organización de las cualidades (rasgos que el individuo podía expresar por medio de adjetivos, roles que él mismo adopta: padre, hermano, esposo, hijo, entre otros), que la persona se atribuye a sí mismo. El sí mismo, es un sistema complejo y dinámico de creencias, cada una con su propio valor, que un individuo mantiene acerca de sí mismo, es una realidad organizada que se caracteriza por el orden y la armonía. El autoconcepto tiene numerosas creencias acerca de sí mismo que forman un sistema jerarquizado; cada creencia tiene dentro del sistema su propio valor, positivo o negativo. El éxito o el fracaso se generalizan dentro del sistema, de forma que el fracaso en una habilidad importante para el autoconcepto, reduce la consideración de las otras capacidades aparentemente no relacionadas. Y al revés, el éxito en una característica importante eleva la valoración de otras características personales. El autoconcepto es una realidad única, no hay dos personas que sostengan idéntico conjunto de creencias. Además de ser organizado, el autoconcepto es una realidad dinámica. El mantenimiento del autoconcepto, tal como se percibe a sí mismo, constituye el motivo central y la clave dinámica de la conducta humana. El sí mismo, se convierte de esta manera, en el punto central de referencia de la realidad total que afecta a la persona.

Cuando un nuevo concepto de sí mismo, dice Rogers (1950), se presenta como relevante y consistente con los conceptos presentes ya en el sistema, se acepta y asimila con facilidad. Si el concepto no tiene relevancia, se ignora; y si es inconsistente, se distorsiona o se rechaza. La persona que tiene un alto concepto de sí mismo en una dimensión cualquiera, pero importante de la personalidad, tendrá que sufrir muchas experiencias de fracaso antes de cambiar la imagen del autoconcepto. Además, el autoconcepto es una realidad aprendida, ya que se adquiere y se modifica a través de los intercambios y relaciones interpersonales.

En este concepto del sí mismo, el ser humano no tiene un sí mismo, sino que es sí mismo; es un amontonamiento de experiencias que se presentan a través del sí mismo; a pesar de que el sí mismo se encuentra, constantemente, en un proceso fluido de cambio, su estructura integrada y ordenada se conserva siempre. A pesar de que una persona se aleje cada vez más en su personalidad de la realidad, esto va frecuentemente acompañado de un estado de coincidencia interna con la propia imagen (consistencia).

En consecuencia, en el marco del desarrollo de una estructura de valores, el individuo se valora finalmente a sí mismo; esta valoración del sí mismo es la base psicológica de su existencia y sus experiencias se organizan de tal forma que el sistema de valores existente no pueda desequilibrarse. Por ello, según Rogers (1979), el organismo humano intentará comportarse, por regla general, de tal forma que – en principio independientemente del entorno – el comportamiento mostrado sea consistente con el concepto propio, es decir, que coincidan. Así pues, es probable, qué, el familiar de un enfermo oncológico llegue a experimentar cambios dentro de la psiquis interna, desarrollando posibles sentimientos contradictorios que afecten su campo

emocional, haciéndolo más vulnerable a los efectos de características propias del sufrimiento, las dudas y la angustia, alterando su estructura de valores ante la vida misma.

Entonces, la coincidencia puede darse, según Rogers (1994), por tres caminos distintos: - entre el sí mismo, tal como lo percibe el individuo, y la vivencia orgánica concreta (consistencia),
- entre la realidad subjetiva del campo fenoménico y la realidad del mundo “de fuera”,
- entre el sí mismo y un sí mismo deseado (ideal self);

Rogers (1994), designa con ideal self, el concepto de sí mismo “que más le gustaría poseer al individuo, sobre el que éste sitúa el máximo valor para él mismo. En todos los demás aspectos se define de igual modo que el concepto del sí mismo”. El estado de incongruencia es amenazante para el ser humano cuando no penetra en la conciencia.

El ser humano tiende a ser mejor en todos los aspectos que atañen a su propio existir, pero, cuando se presentan situaciones que desequilibran ese potencial por alcanzar, se presenta un conflicto o choque entre las expectativas reales y las subjetivas (que son las ideales para desarrollar, en la vida de cualquier individuo).

Ahora bien, al indagar por medio de las entrevistas realizadas a los familiares de pacientes oncológicos, sobre aspectos que tienen que ver con su manera de enfrentar la enfermedad: conocimiento de síntomas, tratamiento, farmacología, costos, trato con el personal administrativo del Hospital, entre otros; e, igualmente, en la forma como se ve afectada su calidad de vida, en la resolución de los conflictos internos y la forma de exteriorizar sus emociones, creencias y valores o su desenvolvimiento en el mundo real que los rodea; se vislumbra dentro de la teoría Humanista, a tres aspectos que conforman y están inmersos dentro del concepto de sí mismo, como un todo:

trascendencia, autorrealización y autoconcepto. Y, que, al tema central de investigación proporciona una aproximación, en el entendimiento e interpretación de situaciones inesperadas para los individuos, como el que un familiar sea diagnosticado con cáncer.

Estos elementos que confluyen y son necesarios para convertirse en mejor persona, aceptan al sí mismo como herramienta propia e invaluable en el proceso de trascender en el mundo moderno al cual se enfrenta.

Por consiguiente, la trascendencia, como primer elemento del sí mismo, según Rogers, (1994) refiere a los niveles más elevados, inclusivos u holísticos de la conciencia; la conducta; y, las formas humanas de relacionarse, como fines y no como medios, de uno mismo, con otras personas significativas, con los seres humanos en general, con otras especies, con la naturaleza y con el cosmos.

Aún a pesar de un marco general del concepto trascendencia, esta conlleva varios tópicos tal como lo plantea Rogers (1996), y entre ellas están:

1. Trascendencia del ego, del yo, del egoísmo, del egocentrismo, entre otros; cuando de responder al carácter demandante de las tareas externas, de las causas, deberes y responsabilidades hacia los demás y hacia el mundo de la realidad. Y en el caso concreto de la investigación, puede suceder, qué, los familiares del enfermo de cáncer deban exteriorizar todas las pulsiones que los invitan a relacionarse con una realidad, que, aunque dura, no pueden evadirla, por el contrario enfrentarla.
2. La trascendencia de la muerte, el dolor, la enfermedad, el mal, entre otros; cuando se está en un nivel lo suficientemente alto como para reconciliarse con la muerte, el dolor, entre otros; Entonces, es posible, qué, los familiares del enfermo de cáncer no logren un reconocimiento propio, frente a la enfermedad de su pariente, que su dimensión comprensiva no logre internarse hacia su propio dolor o angustia, que experimentan a

partir del diagnóstico médico, llevándolos a sentir una serie de emociones encontradas, que los puede embargar y desconcertar.

3. Trascendencia de la propia debilidad y dependencia; Ser capaz de ser fuerte y responsable; además de dependiente, trascender la propia debilidad y crecer hasta hacerse fuerte ya que todos los mecanismos de adaptación, los mecanismos de imitación y los mecanismos de defensa, son los mecanismos de la debilidad ante la fuerza.

4. Trascendencia de la propia voluntad. Ceder ante el propio sino o destino y fundirse con él en sentido Spinoziano o en el sentido taoístico. Abrazar, amorosamente, el propio destino. Esto es elevarse por encima de la propia voluntad personal, hacerse cargo, tomar el control, necesitar el control, entre otros. Y puede suceder, qué, los familiares se encuentren a la deriva, sin rumbo fijo, al garete, sin saber manejar sus propias determinaciones, actuaciones y emociones ante lo que representa la enfermedad de su pariente.

5. Una trascendencia de lo negativo (lo cual incluye el mal, el dolor, la muerte, entre otros). Se advierte en los reportes sobre experiencias cumbre, en las cuales, el mundo es aceptado como bueno y hay una reconciliación con los males que no advierte.

6. La trascendencia de las diferencias individuales, donde la actitud más elevada es no sólo estar conscientes de ellas y aceptarlas, sino también disfrutarlas y, finalmente, estar profundamente agradecido por su existencia, reconocer el valor de las diferencias individuales y maravillarse ante ellas. Así pues, es probable, qué, los familiares como seres humanos únicos e irremplazables, deban aceptarse tal y como son, con la capacidad de ser conscientes de su propio potencial, en la resolución de conflictos, ante eventos que desequilibran su vida afectiva. A su vez, cabe la posibilidad, que el familiar

del enfermo oncológico puede llegar a sentir que no es él mismo, no saber cuál es su verdadero sí mismo y podría experimentar satisfacción cuando llegue a ser más auténticamente, él mismo; lo anterior, debe ir ligado a la comprensión y asimilación que logre, de los tres elementos (trascendencia, autoconcepto y autorrealización), que enmarcan el sí mismo.

El segundo elemento, propuesto por Rogers (1996), para la conformación del sí mismo, es el autoconcepto. En su teoría de la personalidad centrada en el yo, afirma que, el ser humano es un ser racional, con un conocimiento de sí mismo y de sus reacciones; Además, propone el autoconocimiento como base de la personalidad y a cada individuo como ser individual y único. A medida que el ser humano va madurando, el entorno impone lógica y orden. El individuo se va haciendo consciente de esta lógica, el yo se asoma y se diferencia del mundo fenoménico. Este hecho le permite al yo, pasar a ser parte consciente de su experiencia; evoluciona en relación con el mundo, desea ser consciente y podría presentarse un cambio mediante las interacciones que se producen. A propósito, el autor plantea, que, en el transcurso de la vida el ser humano se forma un autoconcepto, lo que, habitualmente, se llama autoimagen o imagen de sí. Del mismo modo, realizar el potencial biológico, también se trata de hacer lo mismo con los autoconceptos, el sentido consciente de quiénes son y de lo que quieren hacer. A este esfuerzo, Rogers le da el nombre de tendencia a la autorrealización.

De esta manera, el familiar del paciente de cáncer, podría llegar a conocer sus propias debilidades y del mismo modo, potenciar sus fortalezas; sabría el lugar que le corresponde como individuo y como parte de un conglomerado social (familia), frente a eventos positivos para su existencia, o, los que acarrear experiencias

desestabilizadoras, como la enfermedad de un ser querido; sabría lo que realmente quiere de su vida, adaptándose a las condiciones, que su entorno le proporciona.

El otro aspecto, como elemento del sí mismo, y, que, forma parte de lo experimentado por el familiar de un enfermo oncológico, es la autorrealización y según lo expuesto por Maslow (1992), autorrealización significa: el experimentar plena, vívida y personalmente, una total concentración y abstracción, en este momento de experiencia la persona es total y plenamente humana. Se toma a la vida como un proceso de constante elección, una tras otra, en cada punto hay la posibilidad de hacer una elección hacia el progreso o una elección regresiva. Puede haber un momento de vacilación, de inseguridad, de temor, pero al vencerlo, está del otro lado la elección hacia el desarrollo; La autorrealización es un proceso progresivo.

En efecto, es probable que, llegar a enfrentar una enfermedad calamitosa de un pariente, el familiar se vería inmerso en una serie de circunstancias, no fáciles de manejar, que puede conducirlo a un desequilibrio en términos de control de emociones y sentimientos, como la culpa, dolor, angustia, rechazo o abstracción hacia la religiosidad, entre otros.

Porque al hablar de autorrealización, según Rogers (1996), implica que existe un sí mismo a realizar, y lo que en ocasiones se ha llamado “escuchar las voces de impulso”; significa, permitir la salida de ese sí mismo. Casi todo el tiempo el individuo no se escucha a sí mismo sino más bien escucha la voz introyectada de mamá o papá o la voz de lo establecido por los mayores, de la autoridad o de la tradición. Buscar dentro de uno muchas de las respuestas implica tomar una responsabilidad. Eso es en sí mismo un gran paso hacia la autorrealización. Cada vez que se asume responsabilidades hay una realización del yo. Es posible, que, el familiar del enfermo

de cáncer, al asumir su propia responsabilidad, en el afrontamiento y manejo de emociones, valores y creencias, deba propender por asumir sus propias experiencias negativas, en el contexto de un mejoramiento vivencial, sin detrimento de su calidad de vida y por ende de su pariente enfermo.

Para Rogers (1996), la autorrealización es cuestión de grados, de pequeñas ascensiones acumuladas una por una. Las personas autorrealizantes avanzan al escuchar sus propias voces, al tomar responsabilidades, al ser honestos y al trabajar duro. Descubren su propia naturaleza biológica y congénita la cual es irreversible o difícil de cambiar. Se es más eficaz cuando se puede escuchar con tolerancia y ser uno mismo. No se puede cambiar, no se puede dejar de ser lo que es, en tanto no se acepte tal como es. Una vez que se acepte, el cambio parece llegar casi sin que se lo advierta. Así mismo, hay la probabilidad, que, si el familiar del enfermo de cáncer aprende a escuchar y asimilar los impulsos internos, estaría en la capacidad de aceptarse tal y como es, adquiriendo un concepto positivo, del posicionamiento como ser humano dentro de una estructura social y familiar.

Por consiguiente, Rogers (1996), plantea, que, se ha descubierto que abrir canales por medio de los cuales los demás puedan comunicar sus sentimientos, su mundo perceptual privado, enriquece. Se quiere reducir el temor o la necesidad de defensa, de modo tal que las personas puedan comunicar sus sentimientos libremente, se puede confiar en la propia experiencia. A medida que se aprende a confiar en las propias reacciones como organismo total, se descubre que se pueden usar como guía de los propios pensamientos. Ser la persona que uno realmente es, implica que el individuo comienza a vivir en una relación franca, amistosa e íntima con su propia existencia.

Entonces, puede ser qué, si el familiar del paciente de cáncer, tiene un canal donde logra expresar sus sentimientos, con respecto a los sucesos traumáticos de la enfermedad de su pariente, será capaz de reconocer los preceptos internos que rigen su vida y que lo conducirán en el mejoramiento y por ende en ser mejor persona. De otro lado, Maslow (1992), afirma, que, lo más personal es lo que resulta más general, aquellos sentimientos que parecen más íntimos y personales, y en consecuencia, más incomprensibles para los demás, logran hallar resonancia en otras personas. Por esta razón, si se es expresado y compartido, lo más personal y singular de cada uno de nosotros puede llegar más profundamente a los demás. Como se ve, posiblemente, si el familiar logra comprender empáticamente los sentimientos que expresa y sea capaz de aceptarlos como persona que ejerce su derecho a ser diferente, se descubriría que tiende a moverse en ciertas direcciones: positivo, constructivo, movimiento hacia la autorrealización, maduración, desarrollo de su socialización. Y según, lo propuesto por Rogers (1996), es así cuanto más comprendido y aceptado se siente un individuo, más fácil le resulta abandonar los mecanismos de defensa con que ha encarado la vida hasta ese momento y comenzar avanzar hacia su propia maduración.

Es así qué, al llegar a comprender los elementos del sí mismo: autoconcepto, autorrealización y trascendencia, en los familiares de pacientes oncológicos, conforme con los preceptos teóricos de Carl Rogers, donde, pone de manifiesto que la vida, en su óptima expresión, es un proceso cambiante, en el que nada está congelado; se vislumbra un manejo adecuado de sentimientos, creencias y valores por parte del familiar del enfermo de cáncer, sin detrimento de la calidad de vida, ante eventos desestabilizadores, que interrumpen la cotidianidad, a la cual están acostumbrados. Por medio del enfoque Humanista, se plantea, como el familiar descubre o es capaz de

llegar a un desarrollo positivo, del potencial inmerso en su sí mismo, para sortear vicisitudes a las cuales debe enfrentarse, por consecuencia de una enfermedad devastadora, que padece su pariente.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Enfoque Teórico de la Investigación

El enfoque teórico de la investigación es el que propone la Escuela Humanista, aplicable a la Psicología y cuya esencia destaca: la libertad personal, la elección, la autodeterminación, el esfuerzo por el desarrollo personal y, la representación. Consiste en darle principal importancia a la motivación intrínseca. Su precursor, Carl Rogers (1902 – 1969), con su teoría de la personalidad centrada en el yo, ve al ser humano como un ser racional, con el mejor conocimiento de sí mismo y de sus reacciones; Además, propuso el autoconocimiento como base de la personalidad y a cada individuo como ser individual y único.

Entre sus contemporáneos, se encuentra Abraham Maslow, quien fija presupuestos teóricos de este enfoque, y, radica, que el ser humano debe pensar en la vida, como un proceso de constante elección (una tras otra), y, en cada punto hay la posibilidad de hacer una opción hacia el progreso o una elección regresiva, puede haber un momento de vacilación, de inseguridad, de temor, pero al vencerlo, está del otro lado la elección hacia el desarrollo.

Por consiguiente, ante una situación fortuita y desestabilizante, como es la enfermedad de un pariente, cabe la posibilidad que, el familiar experimente cambios cognitivos y emocionales, afectando su propio yo (Sí mismo), replanteando su concepción individual frente a la vida y a los demás la que puede llegar a significarle contradicciones en su desarrollo y esfuerzo personal, hacia el autoconocimiento. Es

así, que las bases de la Escuela Humanista, referente a la teoría del sí mismo iluminen la comprensión de los procesos por los que atraviesa un familiar del paciente de cáncer.

Enfoque Metodológico de la Investigación

La investigación fue abordada desde un enfoque Histórico - Hermeneúutico, pretendiendo aproximarse al devenir de unas personas, que atraviesan una situación difícil y real en su vida, como es, que un pariente suyo padezca de cáncer. Teniendo en cuenta el decurso de algunos acontecimientos o serie de actuaciones consecutivas, desde el momento mismo que se enteran del diagnóstico de su familiar enfermo, interpretando su reacción cognitiva y emocional ante estos hechos que de una u otra forma cambian el panorama afectivo y social en el cual se desenvuelven. Se ha de procurar, el recibir de los familiares de pacientes oncológicos, información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores, deseos, creencias, sentimientos y motivaciones, (pasados y actuales), entre otros, de lo que acontece en su mundo, afectado de manera súbita, ante un suceso que trastorna su realidad cotidiana.

El método es Etnográfico, por cuanto, se pretende con la investigación configurar un panorama psicológico (creencias, costumbres, pensamientos y sentimientos, entre otros), en términos de transcurso, de la cotidianidad de un grupo de ocho personas cuyo aspecto, en común, es ser familiar de un paciente con cáncer. En ese sentido lo etnográfico permite describir y reconocer la importancia de la singularidad de eventos psicológicos ya reseñados, los cuales, aunque no escapan a la medida, de todos modos, sí se margina de las escalas de normalidad. Lo etnográfico, también, complementa la aproximación que se viene haciendo desde la estadística, la medicina, y la jurisprudencia positivista, al fenómeno sobre la presencia del cáncer en el departamento de Nariño.

Siendo el Cáncer, una de las enfermedades de mayor aumento en el departamento de Nariño, se hace visible el profundizar e ir avanzando, dentro de las creencias, costumbres, pensamientos y sentimientos, entre otros, de los familiares del enfermo oncológico, manteniendo la interconexión entre lo psíquico y lo social, para lo cual se hace necesario auscultar, la legislación en materia de salud pública en Colombia, llegando a discernir lo que respecta a la etiología de la enfermedad en sí, implícita en la cotidianidad, para desentrañarla y hacerla evidente en el texto, desembocando en aspectos psicosociales que atañen al paciente, centrando el estudio en los familiares del enfermo de cáncer.

Determinación del Planteamiento del Problema

No fue fácil. Se cambió varias veces, debido a las connotaciones que adquiriría la investigación. En principio, el tema de estudio estaba localizado hacia el enfermo en sí, pero, con la experiencia personal y el análisis de estudios en la Universidad Mariana y Universidad de Nariño, se descubre que, hay un vacío, en materia de investigación aquí aludido, en cuanto a la conceptualización sobre sentimientos, creencias y valores, entre otros, de las personas que están alrededor del enfermo, que en su mayoría son familiares.

Plan de Acción

FASE	MOMENTO	ACTIVIDAD
De estructura del Anteproyecto de Investigación.	Aproximación al problema.	Escogencia del tema de investigación, teniendo en cuenta la motivación personal y el aporte científico de la investigación. Consultas en la Universidad Mariana y la Universidad de Nariño, sobre el tema a investigar.

		Reunión con el Asesor para tratar el tema de investigación.
	Definición del problema a investigar y la Unidad de análisis	<p>Ejercicio intelectual para definir el problema a investigar, teniendo en cuenta lo analizado en centros de estudios superiores, los vacíos existentes y el aporte que la investigación concede a la psicología.</p> <p>Enmarcar la investigación dentro de la Psicología Humanista (con sus máximos representantes), y la metodología a emplear, para su posterior desarrollo.</p>
		Escogencia entre dos opciones (Unidad de Oncología del Hospital Departamental y Liga de Lucha contra el Cáncer), de la Unidad de Análisis (Actor Social).
Discernimiento sobre el Marco Teórico.	Revisión bibliográfica.	<p>Consulta en bibliotecas de Universidades (Nariño, Mariana y UNAD), Internet y documentos particulares sobre Psicología Humanista y biografías de Carl Rogers.</p> <p>Asistencia a clases de Psicología Humanista (6xto semestre), en la Universidad de Nariño, sobre vida y obra de Carl Rogers.</p>
Trabajo de Campo.	Escogencia de la Unidad de Trabajo.	Desplazamiento y observación durante cinco días, de las salas de espera en la Unidad de Oncología del Hospital Departamental y en la Liga de Lucha contra el Cáncer.

Trabajo de Campo.	Encuentros con la Unidad de Análisis.	<p>Reunión y charla informal, con familiares que asisten como acompañantes de enfermos con cáncer, a la Unidad de Oncología del Hospital Departamental.</p> <p>Negociación con los actores sociales (ocho personas), quienes están en disposición de formar parte de la investigación, contestando las preguntas de la entrevista semi-estructurada.</p> <p>Solicitud de permisos para realizar la investigación, ante el Director de la Unidad de Oncología Dr. Carlos Narváez y del Director científico del Hospital Departamental Dr. Carlos Fierro.</p> <p>Compromiso de entregar una copia del trabajo final, al Hospital Departamental.</p> <p>Entrega de la escarapela que acredita al investigador como trabajador ex – temporáneo del Hospital Departamental.</p>
	Recolección de información.	<p>Determinación del horario de la mañana, para desarrollar la entrevista semi – estructurada.</p> <p>Se utiliza una grabadora de periodista, para recoger lo expresado por los familiares.</p> <p>La sala de espera en la Unidad de Oncología del Hospital Departamental, es el sitio escogido para la recolección de la información.</p>

	Complemento a la recolección de información.	Lo primero que se obtiene son datos personales, como: edad, sexo, estado civil, situación económica, entre otros.
Sistematización y Análisis.	Enmarcar los testimonios dentro de Categorías.	Se transcribió las entrevistas de manera individual. De acuerdo al referente teórico, se procede a profundizar con los actores sociales, en aspectos del Sí mismo. Se categoriza y se hace el correspondiente análisis de la información obtenida (resultados).
Socialización.	Preparación de la socialización.	Se entrega copia del trabajo final al Asesor y los dos jurados calificadores. Con la técnica de Power Point, se crean las diapositivas que servirán como referente a la exposición de la investigación.

Técnica Utilizada

En primer término, se tuvieron en cuenta técnicas cualitativas, como la observación, entrevistas semi - estructuradas de tipo abierto y la denominada Historia de Vida, para enmarcar dentro de un estudio de tipo etnográfico, hacia las personas que acompañan a los enfermos de cáncer, a la unidad de Oncología en el Hospital Departamental, en la ciudad de Pasto.

La entrevista semi-estructurada individual, se utiliza como método fundamentalmente vocal, donde existen dos roles definidos: el entrevistador y entrevistado, en el contexto de una relación asimétrica en virtud de la existencia de unos objetivos. Es un poderoso

instrumento de recogida de información, que permite la interacción cara a cara con el sujeto y con ello la retroalimentación necesaria. No enmarca al investigador en interrogantes concretos, sino, que le brinda una pauta para orientarse en el tema a indagar y deja libertad de creación. No sigue una secuencia de preguntas fijas, aunque sí se adecúa a un esquema o pauta general y que van conformando el contexto del entrevistado y la posición en el mismo.

Unidad de Trabajo

La unidad de Oncología, se encuentra en el Hospital Departamental en la ciudad de Pasto, donde confluyen, en primer término: los enfermos de cáncer y, en segunda instancia, las personas que acompañan a los enfermos para diagnóstico, consulta médica, tratamiento de radioterapia o quimioterapia y que, en su mayoría son familiares (unidad social). Se estableció contacto con 20 personas (hombres y mujeres), provenientes de diferentes municipios de los departamentos de Cauca, Nariño y Putumayo.

Unidad de Análisis

Luego de los primeros contactos, con las veinte personas que acuden como acompañantes y que, son familiares de enfermos de cáncer en la Unidad de Oncología del Hospital Departamental, se procede a escoger ocho personas (cinco mujeres y tres hombres), para el desarrollo de las entrevistas. La razón principal para la selección de estas personas es debido a que, están asistiendo, de manera ininterrumpida, a la Unidad, dado el tratamiento que requiere el familiar enfermo; además, su sitio de residencia es la ciudad de Pasto, lo que no sucede con el resto de acompañantes, ya que su permanencia en la Unidad es transitoria. Por otro lado, las ocho personas están

en plena disponibilidad de colaborar con el investigador, para la realización de las entrevistas.

Perfil General de los Familiares:

Género: Son cinco (5) mujeres y tres (3) hombres.

Edad: Las edades de los sujetos sociales, están comprendidas dentro del rango entre, los veinte (20) años y los cincuenta y cinco (55) años.

Parentesco: Los familiares en calidad de acompañantes son: esposos, padres e hijo(a)s de los enfermos de cáncer.

Residencia: La mayoría residen en municipios cercanos a las capitales de los departamentos de Cauca, Nariño y Putumayo, pero su domicilio es la ciudad de Pasto.

Escolaridad: Presentan baja tasa de escolaridad, sólo dos han cursado estudios superiores; el resto, básica primaria y bachillerato.

Situación socio – económica: Son de escasos recursos, laboran en el campo, se dedican a trabajos informales y algunos están desempleados.

Tiempo del diagnóstico de su pariente: En promedio, llevan asistiendo a la Unidad de Oncología del Hospital Departamental, entre año y medio y seis meses.

Sistema de Análisis de la Información

El método es psicolingüístico, junto a la información previa referida a unas circunstancias de donde resulta el problema de investigación y con los pre-conceptos adquiridos, se hace una interpretación del fenómeno, llegando a sintetizarlo en categorías de análisis, utilizando el método deductivo (de lo general a lo específico) y el inductivo (de lo específico a lo general). Este análisis de textos escritos provienen de una información oral (entrevistas grabadas), las cuales fueron categorizadas en dos

formas: a) In vivo, que representan las propias palabras del individuo, y b) Sustantivo, síntesis de lo que el individuo expresa.

RESULTADOS

La entrevista semi – estructurada, en la Unidad de oncología del Hospital Departamental en la ciudad de Pasto, posterior a una observación, de las ocho (8) personas escogidas para tal fin, y quienes concurren en calidad de acompañantes y además, son familiares de pacientes de cáncer, arrojó supra – categorías, de diversa índole; algunas de estas derivadas de las supra – categorías preestablecidas.

Estas categorías inductivas que emergieron de la lectura minuciosa sobre lo que dijo la unidad de análisis investigada, se caracterizan por:

- Ser reiterativas en el transcurso del diálogo con el investigador
- Ser espontáneas
- Estar acompañadas de detalles de modo, tiempo y espacio
- No estar simbolizadas en la conciencia, sino más bien ancladas en darse cuenta del transcurrir existencial
- No ser estáticas

Así pues, en primera instancia, se tienen las categorías que están relacionadas con las situaciones de contexto inherentes al diagnóstico de cáncer de su pariente: Impacto de la enfermedad, ambiente hospitalario y percepción que el familiar tiene del enfermo.

Estas categorías son:

SUPRA CATEGORIAS	Categorías de Primer Orden	Categorías de Segundo Orden
	Re-afirmación de Obligaciones Familiares	Acompañamiento al familiar enfermo
	Cotidianidad Familiar (Redistribución de funciones)	<p>Desplazamiento al Hospital Departamental</p> <p>Abandono del trabajo</p> <p>Responsabilidad económica familiar</p> <p>Vida social restringida</p> <p>Desatención a seres queridos (hijo(s), esposo(a), padres)</p> <p>Asumir labores de enfermería (manejo de droga y tratamiento)</p>
	Sentimiento y/o estado emocional	<p>Deterioro de relaciones familiares</p> <p>Consumo de alcohol</p> <p>Creen ser indispensables para el pariente enfermo</p> <p>Dificultad para expresar sentimientos</p> <p>Tristeza por deterioro físico del enfermo</p> <p>Dependencia afectiva, (sobrepotección y rebeldía)</p> <p>Soledad</p> <p>Nostalgia</p> <p>Miedo</p>

	<p>Llanto Angustia Depresión</p> <p>Culpa Rabia Frustración</p> <p>Desmotivación Bajo autocontrol Debilidad, cansancio físico Cansancio mental</p> <p>Incertidumbre hacia futuro</p> <p>Pensamiento confuso, errático</p> <p>Desesperanza</p>
<p>Aceptación de la Enfermedad</p>	<p>No aceptan la enfermedad</p> <p>Creer en castigo divino por comportamiento pasado</p> <p>Se aferran a cura milagrosa</p> <p>Creer que no es justo lo que les está sucediendo</p> <p>Hay disponibilidad para cuidar y atender al enfermo</p> <p>No entienden sobre suministro de droga y tratamiento</p> <p>Hay interés por evolución médica de la enfermedad</p> <p>Negativos y escépticos ante eficacia del tratamiento</p> <p>Rechazan y temen posible muerte de su pariente</p>

<p>Percepción que el familiar tiene del enfermo</p>	<p>Sentimientos</p>	<p>Sufrimiento ante dolor y deterioro físico del pariente</p> <p>Minusvalía afectiva</p> <p>Cambios en estado emocional (apáticos, callados, aburridos)</p> <p>Sensación de debilidad</p> <p>Creen que no soportarán ni droga ni tratamiento</p> <p>No ven mejoría en el enfermo</p> <p>Panorama oscuro hacia el futuro</p>
<p>Ambiente Hospitalario</p>	<p>Relación y percepción del personal médico</p>	<p>Distanciamiento emocional entre los familiares y personal administrativo, médico y paramédico</p> <p>Hostilidad y apatía por personal médico</p> <p>Estancia incómoda en la sala de espera</p> <p>Temor al personal médico y paramédico</p> <p>Poco conocimiento sobre eficacia del tratamiento</p>

Del anterior cuadro, donde están consignadas las Supra-categorías con sus correspondientes categorías de primer y segundo orden, se deduce lo siguiente:

Los familiares del paciente de cáncer experimentan un cambio sustancial en la cotidianidad de sus propias vidas, al momento de recibir el diagnóstico de su pariente, ya que, asumen el papel de acompañante del enfermo en el traslado que deben realizar a diario hacia el Hospital, y su opinión es: “ Tengo que venir al Hospital todos los días, me toca acompañar a mi mamá” (L.P.H. Entrevista # 4), “ Yo soy la que acompaño a mi papito a las vueltas de aquí, del Hospital” (N.C. Entrevista # 8). Esta condición de acompañantes, hace que los familiares deban abandonar de manera abrupta su hogar, su sitio de trabajo y las personas con quienes comparten a diario, dando paso a una nueva situación que les resulta desconocida, adversa y poco favorable, sobre este aspecto, los miembros de la unidad de análisis se refieren así: “ Nos tocó venirnos del Tambo, dejar todo botado allá, aquí no conocemos a nadie” (L.G.J. Entrevista # 1); “Tengo que viajar acá a Pasto todos los días... me tocó dejar el trabajo, el pueblo, los amigos” (J.A.P. Entrevista # 2); “ No pude seguir estudiando” (L.P.H. Entrevista # 4). Extrañan la compañía de sus otros familiares (esposo(a), hijo(s), hermano(s) y padres, entre otros), a quienes tuvieron que dejar en el pueblo o vereda donde residen habitualmente, y por el contrario, la ciudad de Pasto les resulta amenazante, ruidosa, sucia, contaminada, extensa y costosa, a lo cual se suma, que por estar la mayor parte del tiempo en el Hospital con su pariente enfermo, no llevan ningún tipo de vida social, no tienen amigos, expresando su inconformidad por no tener con quien hablar, y así, comunicar todo lo que en esos momentos sienten; “No me gusta venir ni aquí ni a Pasto... hay mucha bulla, los carros, todo es feo por acá” (N.C. Entrevista # 8); “ No

conozco a nadie, extraño mi pueblo, la gente... no hablo con nadie, no salgo ni a la esquina" (G.E.I. Entrevista # 5).

Es así cómo, la permanencia en la sala de espera de la Unidad de Oncología les resulta aburridora, tediosa, creen que están perdiendo su tiempo y al respecto afirman: "Me aburro mucho esperando que salga de la quimio" (J.A.P. Entrevista # 2), "Debería estar trabajando y no perdiendo mi tiempo aquí sentado" (G.E.I. Entrevista # 6). Y esto se refleja en la aversión que experimentan hacia el personal médico; hostilidad manifiesta, por miedo a preguntar sobre temas relacionados con la evolución de la enfermedad y el tratamiento de su familiar enfermo, y así lo expresan en sus testimonios: " Me da pena preguntar a las enfermeras, siempre están como bravas" (L.G.J. Entrevista # 1); " El olor de este Hospital me da nauseas" (L.P.H. Entrevista # 4); " Es difícil hablar con los médicos, siempre es a las carreras" (F.I.B. Entrevista # 7); " Yo no entiendo eso del tratamiento y yo a los médicos no les pregunto" (J.A.P. Entrevista # 2).

De otro lado, la disponibilidad que tienen para estar junto al enfermo y por ende, de permanecer en la Unidad de Oncología del Hospital Departamental la mayor parte de su tiempo, en el papel de acompañantes y observando de manera directa todo lo relacionado con el tratamiento, hace que los familiares adquieran una percepción propia de su pariente enfermo, mirándolos como personas que no pueden valerse por sí mismos, que no serán capaces de soportar el tratamiento oncológico y mucho menos que logren u obtengan alguna mejoría y así lo testifican: " No sé si será capaz de soportar el tratamiento que es tan doloroso" (D.C.I. Entrevista # 3); " Está muy débil me da pena verla así" (F.I.B. Entrevista # 6); " Está hecho nada, pobrecito" (N.C. Entrevista # 8).

Sin embargo, ello cambió casi que radicalmente, ya que, a medida que transcurrían las entrevistas con la Unidad de análisis, sus opiniones demostraron variaciones positivas en aspectos como: del nulo interés y conocimiento sobre el tipo de cáncer que padecía su pariente, pasaron, a un mejor entendimiento sobre el origen y evolución de la enfermedad, así como del tratamiento, e hicieron un manejo apropiado en el suministro de la droga, de otro lado, las relaciones con el personal administrativo, médico y paramédico del Hospital, se tornaron más afables y de mutua colaboración.

Ahora bien, en segunda instancia están las categorías que tienen toda una implicación psicológica y que están relacionadas con el autoconcepto, la trascendencia, y la autorrealización del Sí mismo. Estas categorías son:

SUPRA CATEGORIAS	Categorías de Primer Orden	Categorías de Segundo Orden
TRASCENDENCIA	Debilidad y dependencia afectiva	Mecanismos de adaptación, imitación y defensa Reconciliación con la muerte, el dolor y los males que no advierte Carácter demandante de responsabilidad y deberes Estado de incongruencia en su pensamiento y actuación Concepción del entorno sin lógica u orden No ceden ante el propio destino No hay goce ni disfrute de las diferencias individuales

<p>AUTOCONCEPTO</p>	<p>Preceptos y conceptos de sí mismos</p>	<p>Autopercepciones y autovaloraciones</p> <p>Metas e ideales que quieren lograr</p> <p>Configuración organizada y global débil (Gestalt)</p> <p>Realidad aprendida a la larga</p> <p>No hay un estado de coincidencia interna con la propia imagen</p> <p>El sistema de valores existentes, tiende a desequilibrarse</p>
		<p>No hay una vivencia orgánica concreta</p> <p>Relaciones deterioradas con el resto de la gente y con el medio donde se desenvuelven</p> <p>Realidad subjetiva del campo fenoménico</p> <p>Desechan sus propias características y capacidades</p> <p>Adquieren una hipótesis provisional acerca de la realidad</p>

<p style="text-align: center;">AUTORREALIZACIÓN</p>	<p style="text-align: center;">Tendencia a la autorrealización y un sí mismo a realizar</p>	<p>La vida es tomada como un proceso constante de elección (progresiva)</p> <p>Necesidad de potenciar sus fortalezas</p> <p>Tendencia a constituir</p> <p>Tratan de descubrir su propia naturaleza</p> <p>Hay comunicación libre de sus sentimientos</p> <p>Confían en su propia experiencia</p> <p>No escuchan las “voces de impulso”</p>
---	---	--

En el anterior esquema y de acuerdo con el referente teórico de la investigación, se encuentra lo siguiente:

En las diferentes impresiones verbales, los familiares ponen de manifiesto su transcurrir o evolución afectiva y emocional desde que se enteran del diagnóstico de su pariente, donde se observa: las personas, respecto de la configuración organizada de su Sí mismo, presentan unas percepciones negativas del papel que desempeñan como integrantes o actores sociales dentro de la estructura familiar, ya que, en su condición de acompañantes del enfermo se enfrentan a situaciones nuevas y desconocidas que desvirtúa aspectos, cómo: abandono de hogar, trabajo y amistades, la cotidianidad a la que estaban acostumbrados y las relaciones con los otros miembros de la familia se ve afectada, sobre todo, por cuestiones económicas; no son conscientes, inicialmente, de sus propias capacidades y cualidades de valor, por ejemplo: desplazarse a la ciudad, la

comunicación con el personal médico, asumir gastos no previstos en su deteriorada economía familiar, entre otros, les genera miedo y desconfianza, no logran manejar adecuadamente el tener que desenvolverse ante estos eventos nuevos; y, poseen un significado restringido respecto de sus metas y objetivos. Además, el futuro se presenta obscuro y amenazante, exhibiendo fluctuación en sus sentimientos o actitudes hacia sí mismos, ya que, la enfermedad de su pariente es una realidad frente a la cual el familiar reacciona de acuerdo a los valores que posee y que están conectados con las percepciones experimentadas y aprendidas.

Es por esto, que, algunas representaciones simbólicas de los familiares, se traducen en las características que ellos tienen de sí mismos; los roles que ellos adoptan y los rasgos que asumen en el papel de padres, esposo(a), hermano(a) e hijo(a), entre otros y que deben llevarlos a mantener un orden y una armonía dentro de su psiquis y su comportamiento, no se dan en un principio, ya que, por la misma condición de ver a su pariente enfermo, adquieren un papel sobreprotector fruto de la dependencia afectiva que se va consolidando, creen ser indispensables, y, con el transcurso del tiempo los llena de angustia y desasosiego, por no saber qué hacer, ni cómo comportarse, tornándose inseguros y vacilantes hacia el desarrollo de su propia personalidad.

Ahora bien, al hablar de autoconcepto, siendo los familiares de pacientes de cáncer, personas únicas con sus propios conjuntos de creencias y actitudes, vienen a experimentar situaciones que no estaban dentro de sus planes de vida; dejar su lugar de residencia y de trabajo, enfrentarse a un ambiente desconocido y hostil (ciudad de Pasto, Hospital Departamental), no hacer ningún tipo de vida social (sin amigos), sufrir y ver sufrir a un ser querido, entre otros, les resulta extraño y desalentador, motivándolos

a tener un cambio en su personalidad, ya que, se vuelven callados, de mal genio, sensibles, taciturnos y pesimistas.

De otro lado, los familiares de pacientes de cáncer ante las expectativas reales (ideales para desarrollar), en su propia vida, ven truncados sus objetivos o metas propuestas, advierten que, por estar pendientes del pariente enfermo y de su propio proceder y sentir, no serán capaces de continuar o lograr lo que se habían propuesto alcanzar, en aspectos como: un nuevo trabajo, realizar o culminar estudios, cambio de residencia y formación de su propia familia, entre otros.

Por consiguiente, los actores sociales, materia de investigación, están tratando de trascender al carácter demandante de las tareas externas y nuevas a las que se ven sometidos, enfocando su reconciliación con la muerte, el dolor y la enfermedad. Adoptan mecanismos de defensa, como: no confiar en la eficacia del tratamiento que su pariente recibe, creer que la enfermedad es producto de las malas actuaciones pasadas tanto del familiar como de ellos mismos, se aferran a curas milagrosas, entre otros, que son propios de la debilidad y la impotencia al no encontrar una respuesta que satisfaga las dudas y contradicciones que les genera la enfermedad de su familiar.

Igualmente, muestran dificultad en la elección progresiva de sus vidas, ya que en esta etapa primaria, presentan vacilación, inseguridad y temor hacia el propio desarrollo, no pueden ser ellos mismos; su pensamiento está canalizado al devenir de la enfermedad del pariente, están inmersos en los problemas de tipo económico (costo de droga, desplazamiento hacia Pasto, comida y vivienda, entre otros), sus emociones dan paso a la soledad, tristeza, depresión, culpa, rabia e incertidumbre hacia el futuro, lo que conlleva a que no puedan continuar con el decurso normal de sus vidas. No aceptan los cambios que el transcurrir existencial les depara; enfrentar la posible

muerte de su ser querido, asumir las riendas de su propia vida, y, no son capaces de escuchar las voces internas de su impulso; por que en su interior desean salir adelante, sortear de manera correcta las situaciones adversas, pero, no logran formar la estructura integrada y ordenada de su propio existir, ganando terreno el miedo que desconfigura sus autopercepciones, valores e ideales por desarrollar.

De esta manera, los cambios que se presentan cuando se enteran del diagnóstico de su pariente, vienen a alterar su configuración organizada (Gestalt), es decir, los familiares experimentan un vuelco total en varios aspectos de su vida, (sentimental, laboral, familiar, económico, entre otros), les sobreviene una carga de emociones y circunstancias nunca imaginadas ni advertidas, afectando la visión que tienen del transcurrir existencial; desde la rutina diaria hasta los planes o metas propuestos, dejan de tener prioridad, convirtiéndose en recuerdos nostálgicos y difíciles de alcanzar. Por consiguiente, denotan fluctuaciones en los sentimientos y/o actitudes hacia sí mismos, hay momentos que se culpan por la enfermedad de su pariente, producto del poco conocimiento que tienen acerca de esta, expresan qué, los malos comportamientos del pasado están repercutiendo ahora y son tomados como castigo Divino, y, este sí mismo no se convierte en el punto central de referencia de la realidad que viven, a la cual se enfrentan y que en alguna medida está afectando su desarrollo como persona, por que, no tienen un control de sus emociones, se sumen en una desesperanza poco favorable para su progreso y trascendencia individual; estas experiencias negativas tendrán injerencia en su autoconcepto, dependiendo de la forma como lo asimilen y lo acepten.

Entonces, esta acumulación de experiencias a las que se refieren en las entrevistas los familiares de pacientes de cáncer, y qué, se presentan a través del Sí mismo, representan cambios en su estructura integrada y ordenada, donde los actores sociales

no logran valorarse a sí mismos, lo que contrasta, con el equilibrio que pretende la psicología, en el comportamiento, emociones y sentimientos, en aras de mejorar la calidad de vida de todos los seres humanos, que atraviesan por situaciones calamitosas y difíciles de sobrellevar.

ANÁLISIS

Al desentrañar el complejo mundo de afectos, emociones y sentimientos en los familiares de pacientes de cáncer, donde muestran una etapa en sus vidas, aunque dolorosa desde cualquier óptica, resulta fascinante para el estudio, comprensión y análisis de los preceptos y conceptos que ellos tienen de sí mismos, en relación con los demás y aún, con el medio en donde se desenvuelven. Es así que, partiendo de Rogers (1996), en la definición de las características del sí mismo, se observa, cómo, los familiares comienzan a experimentar fluctuaciones en sus sentimientos hacia sí mismos, sintiéndose desvalidos, confundidos e impotentes al no saber afrontar y enfrentar un hecho inesperado y perturbador, generándoles sentimientos de culpa al no encontrar una respuesta dentro de su campo perceptual de la realidad, en cuanto a lo que piensan (de sí mismos), su manera de actuar (frente a la enfermedad, tratamiento) y de lo que puede llegar a suceder (posible deceso del pariente).

El trasfondo del sí mismo, se ve interrumpido por la serie de cambios, tanto en su cotidianidad mundana (desplazamiento a otra ciudad, abandono de hogar y pérdida de empleo, entre otros), como en lo que están sintiendo (tristeza, rabia, llanto, soledad) y que no logran comprender o asimilar. Su "Yo" como algo conocido, entra en una serie de conflictos, puesto que, reevalúa el concepto que tienen de sí mismos (autoimagen), se ven acabados, más viejo(a) s, débiles y sentimentales (lloran por cualquier cosa), sin metas ni alicientes para continuar con el desarrollo positivo de su propia vida, sus ideas

no son coherentes con los acontecimientos que viven, ya que, su pensamiento es confuso y pesimista. Entonces, según Rogers (1995), este amontonamiento de experiencias que se presentan a través del sí mismo, es lo que genera cambios en la estructura integrada y ordenada (Gestalt), de la personalidad en los familiares de pacientes de cáncer, donde la valoración del sí mismo es la base psicológica de su existencia. Ahora bien, los familiares expresan su deseo e ilusión por lograr un bienestar propio y de las personas que los rodean, pero todo ese “querer lograr” se ve desequilibrado por la situación de enfermedad y esto les representa un choque entre las expectativas reales (pronta mejoría del pariente) y las expectativas subjetivas (empleo, salud y estabilidad afectiva, entre otras), que atañen a su propio existir.

En este orden de ideas, se adentra en los tres elementos del sí mismo (trascendencia, autoconcepto y autorrealización), y que están inmersos en las Supra – categorías, en concordancia con lo dicho en las entrevistas por los familiares.

En el caso de la trascendencia, conlleva varios tópicos a resaltar: desde el momento mismo de recibir el diagnóstico de su pariente enfermo, los familiares responden a las tareas externas que les demanda esta situación, volviéndose responsables, en buena medida, de todo el proceso que conlleva la enfermedad (acompañar al Hospital, estar pendiente de la droga, tratar de comprender el tratamiento al que será sometido y apersonarse de los gastos, entre otros), tomando todo esto, como un deber que cumplir, haciendo que, dejen a un lado u olviden su propio devenir existencial, su propia capacidad de enfrentar la vida a la que estaban acostumbrados y que trunca las metas que se habían propuesto (estudio, trabajo, organizarse formando su propia familia).

De otro lado, no logran darle explicación a la angustia y al dolor que los embarga, es decir, según lo expuesto por Rogers (1997), no hay una reconciliación con la muerte,

con la enfermedad y con el mal al que se están enfrentando y que les produce una serie de emociones encontradas, tornándolos débiles tanto física como mentalmente, su pensamiento es negativo, errático, y más aún, se crea una dependencia afectiva difícil de sobrellevar, porque se sienten indispensables en todos los aspectos que demanda su pariente enfermo y esto se refleja en la rabia, culpa y frustración que experimentan por esa incertidumbre hacia lo que puede llegar a suceder y que no conocen o no entienden. No ceden ante el propio destino, o sea, no tienen el control de su voluntad, se sienten a la deriva, sin rumbo fijo y no manejan sus propias actuaciones, emociones y determinaciones con respecto a lo que quieren y hacen. No logran disfrutar y no son conscientes de las diferencias individuales, renegando de su existencia, de su autenticidad y de su potencial en la resolución de conflictos, ante eventos que llegan a desequilibrar su mundo emocional y afectivo.

En consecuencia, otro de los elementos presentes en el sí mismo, es autoconcepto: y sobre este particular, de acuerdo a Rogers (1999), los familiares de enfermos oncológicos mantienen un sistema complejo y dinámico de creencias acerca de sí mismos, con su propio valor sea positivo o negativo y esto se viene a reflejar, en los roles que cada uno de ellos asume (hijo(a), padre, esposo(a) y hermano(a), entre otros), frente a la realidad que están viviendo, empero, por tratarse de una situación dolorosa y traumática, el orden y la armonía de su propia organización se ve desvirtuada y amenazada, presentándose un retroceso en la lógica de sus reacciones y sentimientos, que debilita su personalidad como ser único e individual. Por estas razones, los familiares comparan la situación actual y añoran la vivida en el pasado, tornándose melancólicos al recordar su casa, sus amigos y el trabajo, entre otros, a pesar de las

dificultades de tipo económico, que conlleva a discrepancias con el núcleo familiar al cual pertenecen, por los gastos que deben asumir (droga, transporte y manutención).

Ahora bien, el cambio de ambiente al que se ven sometidos sin ser consultados, además del golpe experimentado por el repentino diagnóstico de su pariente, genera sentimientos de soledad, mucha nostalgia y melancolía, se tornan callados y taciturnos con una facilidad inusitada al llanto. Así mismo, la prospectiva que tienen de los acontecimientos a futuro, no son nada alentadores, comenzando con la no aceptación ante la eventual muerte de su pariente, lo que les produce angustia, depresión y tristeza, pasando por el poco conocimiento que tienen de la enfermedad y el tratamiento, llegando a sentir profundo desasosiego frente a las expectativas reales de la enfermedad y de lo que pasará con sus propias vidas.

Por lo tanto, al remitirse al otro gran exponente de la Psicología Humanista, Abraham Maslow (1992), con respecto a la autorrealización, los familiares no hacen una elección hacia el progreso, por su inseguridad y temor, no hay una comunicación libre de sus sentimientos, lo que conduce a que no confíen en sus propias experiencias, se abstraen en sus propios miedos y debilidades, no logran desarrollar su potencial hacia lo positivo, la directriz en sus vidas está enmarcada por el desconcierto, la duda y el sufrimiento, sin una expectativa real de lo que será, el continuar con el manejo de su transcurrir existencial. Además, al no encontrar respuesta a las múltiples preguntas que los asalta, no asumen la responsabilidad de escucharse a sí mismos, esto es lo que Rogers (1994), llama “escuchar las voces de impulso”, no buscan dentro de sí mismos, de su “yo” y no logran realizar el descubrimiento, de su razón de ser y de seguir existiendo, menospreciando sus cualidades y actitudes para enfrentar al mundo, tal y como se les presenta.

DISCUSIÓN

El ejercicio intelectual de la investigación, así como el contacto directo con los actores sociales (familiares de pacientes de cáncer), arroja una serie de reflexiones que atañen desde la propuesta teórica que hace la corriente Humanista, en materia Psicológica, hasta la vivencia personal obtenida por el investigador. Por lo tanto, luego de sortear con los inconvenientes propios en la escogencia del tema a investigar, las dudas que asaltaban su realización y el tiempo que se requeriría para su culminación, se decide adentrarse en un campo que, de acuerdo a estudios consultados en centros educativos como la Universidad Mariana y la Universidad de Nariño, no ha sido estudiado ni analizado, y es, captar desde un referente teórico (Psicología Humanista), cómo transcurre los aspectos del Sí mismo, desde que se enteran del diagnóstico, de personas que acompañan a un enfermo de cáncer a la Unidad de Oncología en el Hospital Departamental.

Ahora bien, los familiares que permanecen en la sala de espera de la Unidad, en un principio, son reticentes al hablar o expresar lo que están sintiendo, no son capaces de entablar un diálogo que despeje las dudas o disipe la angustia que los embarga, debido a, el ambiente hostil que les genera el Hospital Departamental, tienen miedo de preguntar sobre el tratamiento o la droga al personal médico, cuyo comportamiento y atención es muy distante de lo que debería ser, con esto quiero decir, a manera de sugerencia, que tanto médicos como enfermeras adopten un mejor manejo en las relaciones paciente - médico cuyo objetivo será, que las personas con quienes tratan a diario no sientan pena, vergüenza o miedo de preguntar por la evolución de su pariente, sea por que no entienden sobre determinada droga o por las características del

tratamiento, entre otros, y así, crear un ambiente de cordialidad, respeto y colaboración mutua.

Y es así cómo, a pesar de las valiosas campañas llevadas a cabo por las diferentes entidades estatales y organizaciones privadas en la prevención, control y diagnóstico del cáncer, el conglomerado más vulnerable, afectado y con mayor registro de personas enfermas, es el rural; y esto se basa en los datos estadísticos obtenidos, lo que refleja la imperiosa necesidad de volcar los esfuerzos en la educación e información hacia este grupo poblacional, para que tengan acceso en su propio municipio de todo lo concerniente a esta grave enfermedad (prevención, diagnóstico, síntomas, cuidados, y efectos, entre otros), sin olvidar el aporte que la Psicología les pueda brindar en el manejo de su propio devenir existencial, ante una noticia tan cruda y real como el que un familiar suyo padece cáncer.

Por lo tanto, cabe resaltar, que el desarrollo y aplicación de la Psicología en un campo tan variado como es el estudio y comprensión del estado afectivo y emocional, que se realiza con una persona que padece una enfermedad catastrófica, como el cáncer, se base exclusivamente en quién ha sido diagnosticado, dejando a un lado, sin intención, a todos quienes gravitan a su alrededor, y en el caso de la investigación, son los familiares, que como bastones o soportes físicos y anímicos, sin los cuales les resultaría difícil continuar con la adaptación a una nueva forma de ver y sentir la vida, amenazante por cierto, soportan una carga emocional que desvirtúa en muchos aspectos la forma de tomar las riendas de su propia vida, de lograr su desarrollo como personas óptimas, en camino de una superación galopante que los conduzca a la realización plena y satisfactoria de todos sus propósitos y metas.

De esta manera, a título personal, encuentro satisfactorio el haber conducido la presente investigación con un grupo de personas que estuvieron dispuestas a colaborar, pese a la difícil situación por la que están atravesando; donde lo recopilado a través de las entrevistas y su posterior análisis, cimienta las bases para futuros estudios, sobre todo, teniendo como referente teórico a una de las corrientes más fascinantes y poco desarrolladas de la Psicología en nuestro departamento, la Humanista.

Referencias

- Arraztoa, J. (1999). Cáncer: diagnóstico y tratamiento. Madrid: Mediterráneo.
- Beneit, P. (1997). Aspectos psicológicos del cáncer. Bogotá: Norma.
- Buela, G. y Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. Madrid: Limusa.
- Die, A; Llombart, M. y Matilla, A. (1995). Manual de oncología básica. Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hernández, R; Fernández, C. y Baptista, P. (1997). Metodología de la investigación. México: Mc Graw - Hill.
- Hugh, C. (1997). Métodos de investigación y estadística en Psicología. (2da. Ed.) México: Manual Moderno.
- Lafarga, J y Gómez, J. (1997). Desarrollo del potencial humano. México: Trillas.
- Landsman, T. (1997). La personalidad saludable. México: Trillas.
- Latorre, J. y Beneit, P. (1994). Psicología de la salud. Argentina: Lumen.
- Martínez, M. (1996). La psicología humanista. México: Trillas.
- Maslow, A. (1997). La amplitud potencial de la naturaleza humana. México: Trillas.
- Pepper, I. (1997). Cáncer, etiología y patogenia. Madrid: Mediterráneo.
- Pitot, H. (2000). Fundamentos de oncología. Buenos Aires: Reverté.
- Quitmann, H. (1990). Psicología humanista. Barcelona: Herder.
- Revista del Instituto Nacional de Cancerología (2002). Colombia: Ministerio de Salud.
- Rodríguez, E; Pellicer, G. y Domínguez, M. (1998). Planeación de vida y trabajo. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, G; Gil, J. y García, E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. España: Aljibe.
- Rogers, C. (1996). La persona como centro. México: Trillas.

Rogers, C. (1997). El poder de la persona. México: Manual Moderno.

Rogers, C. (1996). Psicoterapia centrada en el cliente. México: Paidós.

Rogers, C. (1999). El proceso de convertirse en persona. México: Lumina.

Rogers, C. (1991). Significancia del sí mismo, actitudes y percepciones. Nueva York:

Mc Graw – Hill.

ANEXO A

Descripción del Sujeto Social:

Estas ocho (8) personas, presentan las siguientes características:

1) Nombre: J.A.P.M

Edad: 38 años.

Parentesco: Esposo.

Género: Masculino.

Situación Socio – económica: Empleado informal, se dedica a oficios varios como la recolección de hoja de coca, venta de productos agrícolas, albañilería, carpintería entre otros. Tiene tres hijos y el mayor sufre de retardo mental.

Escolaridad: Primero de primaria

Rutina diaria: Madruga todos los días para salir de la vereda donde habita, hacia la población más próxima, La Hormiga (Putumayo), para cumplir con oficios de diversa índole y así poder recolectar suficiente dinero para el mantenimiento de su familia.

Regresa entrada la noche con los alimentos comprados durante el día fruto de su trabajo para luego retirarse a descansar. Desde el 2002 su esposa padece de cáncer, por lo que a él debe desplazarse a la ciudad de Pasto, abandonando su trabajo para poder acompañar a su esposa para recibir el tratamiento correspondiente.

Estado Civil: Casado

Residencia: Vereda a 30 minutos de La Hormiga (Putumayo).

2) Nombre: L.G.J.

Edad: 33 años

Parentesco: Hijo

Género: Masculino

Situación Socio – económica: Empleado en una ferretería en servicios varios (bodega, mensajería, ventas), con lo que devenga (menos del mínimo legal establecido) en el almacén viven él y su madre enferma, tiene 2 hermanos que ya tienen familia conformada, de ellos recibe algún tipo de ayuda económica para gastos del tratamiento y droga de su madre. Se tiene que desplazar de su ciudad de origen, cuando su madre recibe tratamiento en Pasto.

Escolaridad: Bachillerato

Rutina diaria: Trabaja de Lunes a Viernes a doble jornada en la ferretería, almuerza en el centro de la ciudad, regresando en la noche a su casa, dedicando los fines de semana al cuidado de su madre. Acompaña a su madre al tratamiento en la unidad de oncología.

Estado Civil: Soltero

Residencia: Ipiales (Nariño).

3) Nombre: D.C.L.

Edad: 32 años

Parentesco: Hija

Género: Femenino

Situación Socio – económica: Trabaja como asistente del docente en un centro de sistemas, gana el mínimo y no recibe ayuda de sus hermanos porque son menores de edad.

Escolaridad: Tecnología en sistemas

Rutina diaria: Trabaja en horas de la mañana, de lunes a sábado, las tardes las dedica al cuidado de su madre y arreglo de la casa, ya que sus hermanos son estudiantes de

Bachillerato. Debe pedir licencia en su trabajo para acompañar a su madre al Hospital Departamental

Estado Civil: Soltera

Residencia: Tambo (Nariño).

4) Nombre: L.P.H.

Edad: 28 años

Parentesco: Hija

Género: Femenino

Situación socio – económica: No trabaja, subsiste junto a su padre de lo que sus 8 hermanos le colaboran.

Escolaridad: Segundo de Bachillerato

Rutina diaria: Desde hace un año (de lo que le diagnosticaron cáncer a su padre) vive en Pasto en la casa de una hermana de su Padre, durante las mañanas lo acompaña al Hospital a las sesiones de quimio y radioterapia; en las tardes, permanece en la casa al cuidado y atención del papá. Una vez al mes viaja a Puerto Asís para encontrarse con sus hermanos y recibir la ayuda económica que ellos le proporcionan. En Pasto sólo posee la ropa de ella y de su padre, ya que todos sus pocos bienes están en su ciudad de origen.

Estado Civil: Soltera

Residencia: Puerto Asís (Putumayo).

5) Nombre: G.E.I.

Edad: 59 años

Parentesco: Padre

Género: Masculino

Situación socio – económica: Cultiva la tierra en donde vive y vende los productos, no tiene otra entrada económica adicional, mantiene a su esposa de 58 años y a tres hijos menores de edad, los cuales no estudian.

Escolaridad: Quinto de primaria

Rutina diaria: Se levanta al amanecer para trabajar en la parcela que posee en su casa, le ayudan sus otros tres hijos, ya casados e independientes; madruga mientras su esposa se dedica a labores domésticas. El día sábado se dirige al mercado central para vender los productos cosechados.

Estado Civil: Casado

Residencia: Vereda cerca al municipio de Gualmatán.

6) Nombre: F.I.B

Edad: 30 años

Parentesco: Hija

Género: Femenino

Situación socio – económica: Comerciante informal, vende artículos por catálogo y distribuye algunos productos en almacenes de cadena; así mismo, trae mercancía de Tulcán (Ecuador) hacia la ciudad de Ipiales. Vive, únicamente, con su madre, sus otros diez hermanos son independientes.

Rutina diaria: Por la enfermedad de su madre le ha tocado desplazarse a Pasto, en horas de la mañana asiste a la unidad de oncología del Hospital Departamental, por las tardes se dedica al cuidado de la madre y una vez entre semana viaja a la frontera para realizar negocios. Viven en la casa de una tía.

Estado Civil: Soltera

Residencia: Ipiales (Nariño).

7) Nombre: J.E.

Edad: 27 años

Parentesco: Hija

Género: Femenino

Situación socio – económica: No trabaja, vive con su madre enferma y una hermana mayor que trabaja en un almacén, de los ingresos de su hermana y de sus otros hermanos que ya son casados, subsisten.

Escolaridad: Bachillerato

Rutina diaria: Como no trabaja, todo el día está al cuidado de la madre y de los quehaceres de la casa y en horas de la mañana asiste al Hospital Departamental para el tratamiento de la madre.

Estado Civil: Soltera

Residencia: Pasto (Nariño)

8) Nombre: N.C.

Edad: 40 años

Parentesco: Esposa

Género: Femenino

Situación socio – económica: Vive de la pensión de su esposo, recibe arriendo de un local comercial en el primer piso de su residencia y maneja los negocios producto de una finca; tiene dos hijos, uno estudia bachillerato y el otro asiste a la Universidad.

Escolaridad: Bachillerato y cursos de computación.

Rutina diaria: Se dedica al cuidado de su esposo y de sus hijos, está al frente de los negocios familiares (locales comerciales y la finca), asiste regularmente a la unidad de oncología del hospital, ya que la mayoría del tratamiento su esposo lo recibe en la casa.

Estado civil: Casada

Residencia: Pasto (Nariño)

ANEXO B

Entrevista 1:

1) Impacto de la enfermedad

Re-afirmación de las obligaciones familiares: Acompañar a la mamá

Cotidianidad familiar: Incertidumbre por abandono de hogar (pueblo), no conoce a nadie, no tiene amistades, cuidado de enfermedad de mamá, se encierra en la casa, no sale, no hace vida social, el cambio la abrumba (los carros, el ruido, la gente).

Redistribución de funciones: El hermano cuida de la casa, gastos del hogar, ahora los asume hermano, no pudo seguir trabajando.

Sentimiento y/o estado emocional: Tristeza por deterioro físico, compadece edad avanzada de mamá, sentimiento de soledad, añora a padre fallecido, ausencia de figura paterna, desea tener compañero, dificultad al expresar sentimientos, miedo a soledad, aburrimiento, desesperación, inversión de roles, pensamiento de muerte, incertidumbre a futuro, dependencia maternal, desmotivación, cree ser indispensable, llanto, sin autocontrol.

Aceptación: No acepta enfermedad, enfermedad tomada como designio Divino, sentimiento de culpa, cree en Castigo de Dios, aferra a cura milagrosa, solo la comprende Dios.

2) Ambiente Hospitalario:

Relación con el médico: Distante

Percepción del médico: Bravo

Conocimiento sobre la psicología: Apreciación errada

Productividad, estancia: Le resulta el hospital apático, tenebroso, hostil

3) Percepción del paciente: Sufrimiento ante dolor físico, debilidad, deterioro físico, no puede valerse por sí misma, cambio en su comportamiento.

4) Evolución del transcurrir existencial:

Pasado: Enfermedad actual consecuencia de embarazos anteriores y fallidos, añora amistades y pueblo natal

Ritmo de vida: Calmado

Solvencia económica: Pobreza

Comparación con la actualidad: Distinto

Unidad familiar: Desintegrada

Prospectiva: Futuro incierto, preocupación económica, soledad, desmotivación, desasosiego

5) Enfermedad:

Diagnóstico: Cáncer de matriz

Evolución: Avanzado

Conocimiento de tratamiento: Poco conocimiento sobre droga, efectos, evolución, tratamiento (quimioterapia)

Síntomas: Fiebre, dolor en las extremidades inferiores, hemorragia vaginal, desmayos.

Origen: Percepción errada

6) Económico: Angustia por costo de droga, preocupación por mantenimiento en Pasto (alimentación, vivienda, transporte), abandono de trabajo en pueblo, futuro económico abrumador, oscuro, hermano asume mantenimiento de casa

Entrevista 2:

1) Impacto de la enfermedad:

Cotidianidad de la familia: Madrugar, desatención hacia los hijos.

Re- afirmación de obligaciones familiares: Acompañar al hijo

Redistribución de funciones: Esposo deja de trabajar, ausencia de obligaciones domésticas, esposa sin desempeño laboral.

Sentimiento y/o estado emocional: No acepta la enfermedad, poco autocontrol, sentirse mal, nostalgia, llanto y silencio, sentimiento de culpa, debilidad, cansancio

Aceptación: Injusticia, reconocimiento de la asistencia divina

2) Ambiente Hospitalario:

Relación con el médico: Distante

Percepción del médico: Bravo

Productividad, estancia: Pérdida de tiempo

3) Percepción del Paciente: Débil, dificultad para valerse por sí mismo

4) Evolución del transcurrir existencial:

Pasado: Ritmo de vida: Tranquilo

Solvencia económica: Pobreza

Comparación con la actualidad: Diferente

Comportamiento: Bueno

Unidad familiar: Sólida

Prospectiva: Panorama oscuro

5) Enfermedad:

Diagnóstico: Leucemia

Evolución: Intermitente

Conocimiento del tratamiento: Nulo (Procedimiento, droga)

Comprensión: Ninguna

Origen, síntomas: Adelgazamiento, disminución de actividades físicas, cansancio.

6) Económico: No recibe apoyo de la familia, gastos de desplazamiento, alojamiento, altos costos de droga, alternativas para buscar dinero.

Entrevista 3:

1) Impacto de la enfermedad:

Re- afirmación de obligaciones familiares: Acompañar al esposo.

Redistribución de funciones: Manejo de negocios familiares (finca, almacenes), esposo deja de trabajar

Cotidianidad familiar: Cuidar a esposo (droga, limpieza), suministro de droga (inyecciones), desplazamiento a hospital, conversar con diferentes médicos (oncólogos), lectura de material sobre cáncer, cambio en la alimentación (dieta), manejo de negocios familiares

Sentimiento y/o estado emocional: No hay coordinación de ideas, pensamiento confuso, futuro incierto, angustia por dolor físico de esposo, miedo a que hijos queden sin padre, la prioridad son sus hijos, sobreprotección hacia hijos y esposo, cree ser indispensable, preocupación por adolescencia de hijos, rememora rencillas pasadas, con hijos de esposo, papel maternal, interés por saber sobre enfermedad, replantea su vida afectiva, afronta hechos que suceden.

Aceptación: Acepta y asume enfermedad de esposo, disponibilidad para atender y cuidar esposo, enfermedad es tomada como designio divino, acepta cambios: alimenticios, traslado a hospital, suministrar droga, Interés por conocer adelantos médicos sobre cáncer, pendiente de evolución de enfermedad y tratamiento, acepta posible muerte de esposo.

2) Ambiente Hospitalario:

Relación con el médico: Excelente

Percepción del médico: Buena

Productividad, estancia: Saca provecho de charlas con enfermeras y médicos, tiene buen trato con demás familiares de enfermos de cáncer, en el Hospital

3) Percepción del paciente: Tristeza ante reacción física y emocional ante tratamiento, no puede valerse por sí mismo, sólo la tiene a ella, Indefensión, por la edad avanzada no soportaría tratamiento.

4) Evolución del transcurrir existencial:

Pasado: Ritmo de Vida: Aceptable

Solvencia económica: Buena

Comparación con la actualidad: Igual

Unidad familiar: Compacta

Prospectiva: Angustia por futuro económico, consciente de posible muerte de esposo, preocupación por adolescencia de hijos.

5) Enfermedad:

Diagnostico: Cáncer de próstata

Evolución: Fase terminal

Conocimiento de tratamiento: Óptimo, se ilustra sobre avances, nuevas drogas, manejo del paciente, alimentación.

Origen: Desconocido, piensa que la enfermedad se debe a mala alimentación del esposo en joven

Síntomas: Debilidad, sangrado, fiebre, dolor

6) Económico: No hay preocupación por costo de droga y tratamiento, desea manejar negocios familiares, angustia por futuro de hijos

Entrevista 4:

1) Impacto de la enfermedad:

Re- afirmación de obligaciones familiares: Acompañar a la mamá, relación con hermanos disuelta, por acompañar a mamá

Cotidianidad familiar: No hace vida social, no trabaja, ocupación de quehaceres domésticos, traslado diario a hospital, ponerse al frente de negocio familiar.

Redistribución de funciones: Nuevas ocupaciones domésticas, distanciamiento con hermanos, manejo de asuntos económicos.

Sentimiento y/o estado emocional: Rabia hacia hermanos, desmotivación, frustración, apatía hacia personal médico, ofuscamiento por desplazamiento a hospital, sentimiento de culpa, nostalgia por amigos y vida social, soledad, se siente incomprendida, desea salir adelante, rebeldía con personal médico, depresión, insomnio, miedo a muerte de mamá.

Aceptación: Sentimiento de culpa, castigo por comportamiento pasado, no quiere seguir cuidando a mamá, se aferra a poder Divino

2) Ambiente Hospitalario: Inconforme con todo lo relacionado con hospital

Relación con el médico: Mala

Percepción del médico: Mala

Productividad, estancia: Aburrimiento, le caen mal todas las personas

3) Percepción del paciente: Cansancio, desvalida, pensamiento anticuado

4) Evolución del transcurrir existencial:

Pasado: Ritmo de vida: Desequilibrado, aburrido, melancólico, taciturno, triste

Solvencia económica: Regular

Comparación con la actualidad: Mala, añora amistades, rumba

Unidad familiar: Inconsistente, debilitada, disgregada

5) Enfermedad:

Diagnostico: Cáncer hepático (Hígado)

Evolución: Irregular, alterno

Conocimiento del tratamiento: Ninguno

Síntomas: Dolor abdominal, vómito, náuseas, somnolencia

Origen: Desconoce

6) Económico: Recibe arriendo, Hermanos no la apoyan

Entrevista 5:

1) Impacto de la enfermedad:

Cotidianidad familiar: Desplazamiento del Putumayo hacia Pasto, no conoce a nadie en la ciudad, deja zona de violencia, conflicto, disgusto con hermanos.

Re-afirmación de obligaciones familiares: Enfermera y acompañante del papá

Redistribución de funciones: Dejar el pueblo, cuidar al papá, vivir de lo que le dan los hermanos

Sentimiento y/o estado emocional: Tristeza por sufrimiento de papá, llanto, insomnio, soledad, desmotivación, cansancio, desesperanza, incertidumbre, pensamiento confuso, errático, miedo a sucesos futuros, expresa sentimientos, dependencia paterna, cansancio, añora amistades y pueblo, se siente desgraciada, anhela tener familia propia (hijos, esposo).

Aceptación: Injusticia, cree en castigo divino, se siente abandonada de hermanos por enfermedad, asume ser enfermera del papá, sentimiento de culpa

2) Ambiente hospitalario: Adverso, aburrimiento, mala comunicación con personal médico, no desea acudir a hospital

3) Percepción del paciente: Sufre ante tratamiento y droga, indefensión, invalidez

4) Evolución del transcurrir existencial:

Pasado: Ritmo de vida: Normal

Solvencia económica: Carencia, necesidad

Comparación con la actualidad: Desigual, distinta

Comportamiento: Normal

Unidad familiar: Con discrepancias

Prospectiva: Futuro sombrío

5) Enfermedad:

Diagnostico: Cáncer de Pulmón

Evolución: Inicial (fase primaria)

Conocimiento de tratamiento: No sabe

Origen: Desconoce

Síntomas: Tos, dolor, fiebre, falta de aire, fatiga

6) Económico: Recibe apoyo de hermanos, acude a caridad de la gente

Entrevista 6:

1) Impacto de la enfermedad:

Re- afirmación de obligaciones familiares: Acompañar a la esposa

Cotidianidad familiar: Dejar de trabajar, desplazamiento diario a hospital, cuidar de esposa, desatención hacia hijos, no tener vida social, tomar alcohol

Redistribución de funciones: Dejar trabajo en las mañanas, la mamá cuida de hijos, asumir labores domésticas, traslado diario a hospital

Sentimiento y/o estado emocional: Aburrimiento, rabia, mutismo, insomnio, depresión, expresa sentimientos, pensamiento confuso, deseo de desahogar sentimientos, tristeza,

mala comunicación con los demás , no ve solución favorable a enfermedad, papel protector, recurre a alcohol, futuro incierto, gris, debilidad física y emocional, impotencia, sentimiento de culpa y castigo.

Aceptación: No ve solución positiva a enfermedad (negativismo), cree en castigo divino por actuaciones pasadas, cree ser imprescindible, dudas en eficacia de tratamiento

2) Ambiente hospitalario: Aburrimiento

Productividad, estancia: Pérdida de tiempo por no estar trabajando, no cree en tratamiento

3) Percepción del paciente: Tristeza ante dolor físico, no puede valerse por sí misma, Cree ser indispensable.

4) Evolución del transcurrir existencial:

Pasado: Ritmo de vida: Normal

Solvencia económica: Mejor (tenía trabajo)

Comparación con la actualidad: Mejor

Unidad familiar: Unidos

Prospectiva: Futuro negativo, confuso, dudas ante eficacia de tratamiento, consumo de alcohol

5) Enfermedad:

Diagnóstico: Cáncer de huesos

Evolución: Etapa primaria

Conocimiento del tratamiento: Ninguno, dudas ante eficacia

Síntomas: Debilidad, pérdida de peso

6) Económico: Angustia por no tener trabajo, Mantenimiento de esposa, hijos y mamá, droga y tratamiento costoso

Entrevista 7:

1) Impacto de la enfermedad:

Re-afirmación de obligaciones familiares: Asistir y acompañar a pareja

Cotidianidad familiar: Traslado al hospital, desatención hacia hijos, disminución en ritmo laboral, ausencia de relaciones sociales.

Redistribución de funciones: Ocupación de quehaceres domésticos, desplazamiento a hospital.

Sentimientos y/o estado emocional: Se siente mal, todo se le hace difícil, tristeza ante sufrimiento de pareja, añoranza del pasado , incertidumbre hacia futuro , no acepta realidad, expresa sentimientos, llanto, desesperanza, soledad, mutismo, insomnio, pensamiento de muerte, desmotivación laboral, sentimiento de culpa y castigo, angustia a hechos venideros.

Aceptación: Cree ser castigado por Dios, sentimiento de culpa, no acepta cambios en su vida, teme y rechaza posible muerte de pareja, miedo por futuro propio y de hijos, no entiende sobre la enfermedad.

2) Ambiente hospitalario: Hay buen trato con médicos y enfermeras, dificultad en el manejo y entendimiento de drogas y tratamiento, se siente mal al acudir a hospital

3) Percepción del paciente: No puede valerse por sí misma, angustia ante dolor físico de pareja, no le ve mejoría con tratamiento

4) Evolución del transcurrir existencial:

Pasado: Ritmo de vida: Tranquilidad

Solvencia económica: Regular

Comparación con la actualidad: Diferente

Comportamiento: Regular

Unidad familiar: Buena

Prospectiva: Futuro impreciso, miedo a muerte de compañera, no cree en tratamiento

5) Enfermedad:

Diagnostico: Cáncer de seno

Evolución: Permanente

Conocimiento del tratamiento: Ninguno

Síntomas: Debilidad, dolor

7) Económico: No recibe apoyo familiar, angustia por gastos de transporte y droga

NEXO C

	CATEGORÍA INDUCTIVA	TESTIMONIOS	UNIDAD DE ANÁLISIS
<p>¿A partir del diagnóstico, cómo cree que su vida ha cambiado?</p>	<p>Cotidianidad Familiar (Redistribución de Funciones)</p>	<p>Nos tocó venirnos del Tambo, dejar botado todo por allá, aquí no conocemos a nadie... por estar cuidando a mi mamá yo ya ni salgo... ni con mis amigas charlo.</p> <p>Tenemos que viajar acá a Pasto todos los días, a las cuatro de la mañana hay que estar en pie, para coger el bus... me tocó dejar el trabajo, el pueblo, los amigos y por acá no conozco a nadie y mi mujer es la que toca levantarse cualquier peso.</p> <p>Imagínate ya no cuido dos niños sino tres (risas); nunca pensé que me tocaría tomar las riendas de la casa porque como nunca había trabajado... Ahora la de los negocios soy yo.</p> <p>Por aquí, todos los días, no pude seguir estudiando... ahora la que se encarga de cobrar los arriendos del primer piso soy yo.</p> <p>Es difícil la viajadera acá a Pasto, no conozco a nadie, extraño mi pueblo, la gente... no salgo ni a la esquina.</p> <p>Dejé de trabajar y mi mamá es la que cuida a los niños.</p> <p>No me gusta venir ni aquí, ni a Pasto, a mí lo que me gusta es estar en mi casa, en el campo, trabajarlo, no la bulla de la ciudad, de los carros, todo es feo por acá.</p>	<p>L.G.J Entrevista # 1</p> <p>J.A.P Entrevista # 2</p> <p>D.C.I Entrevista # 3</p> <p>L.P.H Entrevista # 4</p> <p>G.E.I Entrevista # 5</p> <p>F.I.B Entrevista # 6</p> <p>N.C. Entrevista # 8</p>

¿Cómo han sido sus emociones y sentimientos durante este tiempo?	<p>Miedo a la soledad</p> <p>Contraste de emociones</p> <p>Evolución del impacto emocional</p>	<p>No me diera tanto miedo el quedarme sola. Yo me la paso callada, aburrída, me entra una desesperación. No se que hacer ni que pensar, me quiero morir, lloro mucho.</p>	L.G.J Entrevista # 1
		<p>No es justo. Antes vivía tranquilo. Aquí pierdo tiempo. Permanezco callado, de mal genio. Veo el panorama obscuro, me siento confundido, solo.</p>	J.A.P Entrevista # 2
		<p>Cómo un ente, no coordinaba las ideas, todo era confuso, me sentía rara. Ellos solo me tienen a mí. Soy realista.</p>	D.C.I Entrevista # 3
		<p>Fatal, no se qué hacer, me siento mamada, me da rabia todo. Todo está patas arriba. Es un castigo de mi Dios. Me toca valerme por mí misma.</p>	L.P.H Entrevista # 4
		<p>Me escapo de morir, mis hermanos me dejaron sola, me desespero, me vuelvo como loca de pensar. No tengo quien me escuche.</p>	G.E.I Entrevista # 5
		<p>Me aburro mucho, pienso tonteras, me deprimó, no se qué hacer, qué decir, para donde coger, todo cambio en mi vida. Ver por mí y mis hijos, seguir adelante.</p>	F.I.B Entrevista # 6
		<p>No me imaginé que me fuera a dar tan duro, que me sentiría tan mal, no soporto verla sufrir. Hasta llorón me he vuelto.</p>	J.E Entrevista # 7
		<p>Yo lloro mucho, me siento como en un callejón sin salida, sufro muchísimo al verla.</p>	N.C Entrevista # 8

¿Usted piensa que lo que está sucediendo es producto de?	Calificación de injusticia	No entiendo porqué nos tiene que estar pasando esto a nosotros, ella es buena y no debería de sufrir esto. Solo confío en que Dios la alivie de una vez.	L.G.J Entrevista # 1
	Incertidumbre	No es justo que mi hijo tan joven esté enfermo. No me explico lo que está sucediendo.	J.A.P Entrevista # 2
	(Sentimientos de Culpa)	Solo un milagro nos sacaría de esta. Nadie puede cambiar los designios de Dios, me toca ser fuerte, soy realista y la enfermedad es grave.	D.C.I Entrevista # 3
		Dios me ha castigado con la enfermedad de mi mamá, nadie debería morir, pero todos vamos para allá.	L.P.H Entrevista # 4
	(Creen en Castigo y designios Divinos)	Porqué me tiene que suceder esto a mí, sino le hago mal a nadie. Por qué mi Diosito deja que esto pase, no quiero ni pensar en la muerte.	G.E.I Entrevista # 5
	(Se aferran a cura Milagrosa)	No veo una solución favorable a todo esto, a veces pienso que es por mi culpa que mi señora se enfermó, mi Dios me las está cobrando todas.	F.I.B Entrevista # 6
		Esto es como una película donde el malo soy yo, no quiero ni pensar en el futuro, me da miedo lo que puede venir.	J.E. Entrevista # 7
		Le pido a mi Diosito que me lleve a mí y no a mi mamá, no es justo que ella sufra todo esto.	N.C. Entrevista # 8
		Mi angustia es no saber que va a pasar con A., si será capaz de soportar el tratamiento que es tan doloroso.	D.C.I Entrevista # 3

<p>¿Cómo ve ha su pariente enfermo?</p>	<p>Percepción del paciente</p>	<p>Verlo a mi papá tan enfermo y con esos dolores y con la reacción del tratamiento, se me hace un nudo en la garganta. Mi papá no es una carga para mí.</p> <p>Ella está sufriendo y no me gusta que me vea triste, está muy débil, me da pena verla así.</p> <p>Yo quiero mucho a m vieja y me duele verla sufrir, y no soporto cuando se queja.</p> <p>Ella ya cumplió con aguantar a mi papá, no debería de sufrir, sino estar descansando, ella es muy buena, dedicada al hogar y ahora está hecha nada.</p>	<p>G.E.I Entrevista # 5</p> <p>F.I.B Entrevista # 6</p> <p>J.E. Entrevista # 7</p> <p>N.C. Entrevista # 8</p>
<p>¿Cómo es su vida en estos momentos?</p>	<p>Evolución del transcurrir Existencial</p>	<p>No se por qué nos tuvo que pasarnos esto, si tuviera alguien conmigo, un esposo, por lo menos no me diera tanto miedo quedarme sola.</p> <p>Me siento débil, parezco viejito de cien años, me hace falta mi pueblo, la gente, no hallo la salida a esto.</p> <p>Mis hijos solo me tienen a mí y ahora soy yo la que me ocupo de los negocios de la casa, me di cuenta que sí sirvo para eso.</p> <p>Estoy como en un callejón sin salida, no le encuentro gusto a nada, me dan ganas de salir corriendo y dejar tirado todo.</p> <p>Las noches son las más duras, me entra una pensadera lo más de horrible, parece que me vuelvo loca.</p> <p>Uno también necesita desahogarse y con Ud. es bueno, porque me la paso solo, aburrido, me deprimó con facilidad, hasta llorón me he vuelto.</p>	<p>L.G.J Entrevista # 1</p> <p>J.A.P Entrevista # 2</p> <p>D.C.I Entrevista # 3</p> <p>L.P.H Entrevista # 4</p> <p>G.E.I Entrevista # 5</p> <p>F.I.B Entrevista # 6</p>

		<p>La situación se pone cada vez peor, el futuro es incierto, obscuro, me da miedo lo que pueda pasarle a mis hijos, si la mamá faltara.</p> <p>Será seguir rezando a mi Diosito, que él es el único que puede salvarla a mi mamita, mi vida no vale nada sin ella.</p>	<p>J.E. Entrevista # 7</p> <p>N.C. Entrevista # 8</p>
¿Le preocupa la falta de dinero?	Situación Económica	<p>La droga es muy costosa, no se de donde voy a sacar para comprarla. Mi hermano es el que nos manda cualquier peso.</p> <p>Somos gente muy pobre, me tocó dejar de trabajar y aquí la gastadera es brava.</p> <p>En esta situación tan tenaz, toca conseguir de donde sea para la droga.</p> <p>Antes vivía tranquila, la plata como que rendía para todo, pero ahora toca hacer maravillas, para conseguir cualquier peso.</p> <p>Se gasta mucho en el transporte y aquí en el Hospital por lo de la droga, somos pobres por la violencia en el pueblo.</p> <p>No me importaría gastar lo que fuera, con tal que se cure, pero con esta pobreza, ni modo.</p> <p>Me deprimó mucho cuando no tengo ni un peso para lo de la droga.</p>	<p>L.G.J Entrevista # 1</p> <p>J.A.P Entrevista # 2</p> <p>D.C.I Entrevista # 3</p> <p>L.P.H Entrevista # 4</p> <p>G.E.I Entrevista # 5</p> <p>F.I.B Entrevista # 6</p> <p>J.E Entrevista # 7</p>

<p>¿Cómo es su trato con los médicos, enfermeras y cómo se siente en aquí en el Hospital?</p>	<p>Ambiente Hospitalario (Relación y percepción del personal Médico)</p>	<p>Aquí todo es extraño, ruidoso, me da pena preguntar a las enfermeras, siempre están como bravas.</p> <p>Yo no entiendo eso del tratamiento y yo a los doctores no les pregunto.</p> <p>Narváez me tiene al tanto de la evolución de le enfermedad.</p> <p>El olor de este Hospital me da náuseas, me caen mal los médicos y ni que decir de esas enfermeras, son unas brujas.</p> <p>Me siento más triste aquí, quisiera regresar a mi pueblo, no me gusta el ambiente del Hospital.</p> <p>Es difícil hablar con los médicos, siempre es a las carreras, y lo que me dicen yo no les entiendo.</p> <p>Todo es costumbre, yo no hablo con nadie aquí, quisiera hacer amigos, pero me da pena, nadie se presta para hablar.</p>	<p>L.G.J Entrevista # 1</p> <p>J.A.P Entrevista # 2</p> <p>D.C.I Entrevista # 3</p> <p>L.P.H Entrevista # 4</p> <p>G.E.I Entrevista # 5</p> <p>F.I.B Entrevista # 6</p> <p>J.E. Entrevista # 7</p>
---	---	---	--