

Universidad de Pamplona
Facultad de Salud
Departamento de Psicología



ESTILOS DEFENSIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y PACIENTES CRÓNICOS
DEL LA CIUDAD DE PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER

Presentado Por

Carlos Alfonso Castelblanco Torres

Luis Fernando Manrique Noguera

Pamplona, Colombia

2020

Universidad de Pamplona
Facultad de Salud
Departamento de Psicología



ESTILOS DEFENSIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y PACIENTES CRÓNICOS
DEL LA CIUDAD DE PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER

Presentado Por

Carlos Alfonso Castelblanco Torres

Luis Fernando Manrique Noguera

Dora Carolina Orduz Moreno

Directora

Pamplona, Colombia

2020

Tabla de Contenido

Introducción	16
Problema de Investigación	18
Planteamiento del Problema	18
Descripción del Problema.....	21
Formulación del Problema.....	25
Objetivos	26
Objetivo general	26
Objetivos específicos	26
Justificación.....	27
Estado del Arte	29
Investigaciones internacionales	29
Marco Teórico	33
Capítulo I. Psicoanálisis	33
Capítulo II. Estilos Defensivos.....	41
Capitulo III. Cáncer	52
Capitulo IV. Psicooncología.....	63
Capítulo V. Enfermedades Crónicas	71
Diabetes	71
Función de la insulina.	71
Factores asociados a la diabetes	72
Hábitos alimentarios.	72
<i>Actividad física</i>	73
<i>Factores psicosociales</i>	74

Factores de riesgo	74
Factores de adaptación	75
Hipertensión.....	76
Factores de riesgo.	77
Marco contextual.....	81
Marco Legal	83
Ley 1090 de 2006 De la Profesión de Psicología.....	83
Constitución Política de Colombia 1991	88
Ley Estatutaria 1581 de 2012	89
Resolución 5521 de 2013	92
Metodología	95
Tipo de investigación.....	95
Diseño y Alcance de la Investigación.....	95
Población	96
Muestra	96
Tipo de muestreo	98
Definición de variables.....	99
Instrumentos	100
<i>Ficha técnica.</i>	101
Hipotesis	103
Hipotesis de investigación.	103
Hipotesis nula.....	103
Hipotesis alternativa.....	103
Procedimiento.....	103
Análisis y Resultados	105

Validez y confiabilidad.....	105
Proceso de Validez y Confiabilidad.....	106
Análisis por mecanismos	109
Genero.....	110
Edad	111
Supresión.....	115
Orientación a la tarea	116
Anticipación	117
Humor	119
Formación reactiva.....	120
Anulación	121
Inhibición	122
Retirada.....	123
Idealización.....	124
Pseudoaltruismo	125
Proyección.....	126
Agresión pasiva.....	127
Acción.....	128
Omnipotencia devolución	129
Queja	130
Fantasía	131
Aislamiento.....	132
Escisión	133
Identificación proyectiva	134
Regresión	135

Somatización.....	136
Negación	137
Afiliación	138
Análisis por dimensión.....	139
Defensas maduras	140
Defensas neuróticas	141
Defensas inmaduras	142
Análisis por dimensión: variables sociodemográficas.....	144
Discusiones.....	154
Conclusiones	161
Recomendaciones.....	166
Referencias Bibliográficas	168
Anexos.....	175

Lista de Tablas

Tabla 1. Tipos de angustia	43
Tabla 2. Clasificación de los mecanismos de defensa	44
Tabla 3. Diferencias entre tumores malignos y benignos	54
Tabla 4. Tipos de cáncer y sintomatología	55
Tabla 5. Tratamiento del cáncer	60
Tabla 6. Definición de variables	99
Tabla 7. Análisis de fiabilidad	106
Tabla 8. Análisis de confiabilidad	106
Tabla 9. Elementos eliminados	107
Tabla 10. Estadística total de elementos eliminados	107
Tabla 11. Análisis de confiabilidad total	108
Tabla 12. Ítems totales final	108
Tabla 13. Alfa de Cronbach final	109
Tabla 14. Genero	110
Tabla 15. Edad	111
Tabla 16. Enfermedad	112
Tabla 17. Fase de la enfermedad	113
Tabla 18. Supresión	115
Tabla 19. Orientación a la tarea	116
Tabla 20. Anticipación	117
Tabla 21. Sublimación	118
Tabla 22. Humor	119
Tabla 23. Formación reactiva	120
Tabla 24. Anulación	121
Tabla 25. Inhibición	122
Tabla 26. Retirada	123
Tabla 27. idealización	124
Tabla 28. Pseudoaltruismo	125
Tabla 29. Proyección	126
Tabla 30. Agresión pasiva	127
Tabla 31. Acción	128

Tabla 32. Omnipotencia-devolución.....	129
Tabla 33. Queja.....	130
Tabla 34. Fantasía.....	131
Tabla 35. Aislamiento.....	132
Tabla 36. Escisión.....	133
Tabla 37. Identificación proyectiva	134
Tabla 38. Regresión	135
Tabla 39. Somatización.....	136
Tabla 40. Negación.....	137
Tabla 41. Afiliación	138
Tabla 42. defensas maduras	140
Tabla 43. Defensas neuróticas	141
Tabla 44. defensas inmaduras	142
Tabla 45. defensas maduras, genero	144
Tabla 46. defensas neuróticas, genero	145
Tabla 47. defensas inmaduras, genero	146
Tabla 48. Defensas maduras enfermedad.	147
Tabla 49. defensas neuróticas, enfermedad	148
Tabla 50. defensas inmaduras, enfermedad.	149
Tabla 51. defensas maduras, fase de la enfermedad.	150
Tabla 52. defensas maduras, fase de la enfermedad.	150
Tabla 53. defensas neuróticas, fase de la enfermedad.	151
Tabla 54. defensas inmaduras, fase de la enfermedad.	152

Lista de Gráficas

Grafica 1. Genero.....	110
Grafica 2. Edad	111
Grafica 3. Enfermedad.....	112
Grafica 4. Fase de la enfermedad.....	113
Grafica 5. Supresión	115
Grafica 6. Orientación a la tarea	116
Grafica 7. Anticipación.....	117
Grafica 8. Sublimación	118
Grafica 9. Humor	119
Grafica 10. formación reactiva	120
Grafica 11. Anulación.....	121
Grafica 12. Inhibición	122
Grafica 13. Retirada.....	123
Grafica 14. idealización	124
Grafica 15. Pseudoaltruismo.....	125
Grafica 16. Proyección	126
Grafica 17. Agresión pasiva.....	127
Grafica 18. Acción.....	128
Grafica 19. Omnipotencia devolución	129
Grafica 20. Queja.....	130
Grafica 21. Fantasía	131
Grafica 22. Aislamiento	132
Grafica 23. Escisión.....	133
Grafica 24. identificación proyectiva.....	134
Grafica 25. Regresión	135
Grafica 26. Somatización.....	136
Grafica 27. Negación	137
Grafica 28. Afiliación	138
Grafica 29. Defensas maduras.	140
Grafica 30. Defensas neuróticas	141
Grafica 31. Defensas maduras	143
Grafica 32. defensas maduras y genero	144

Grafica 33. defensas neuróticas, genero	145
Grafica 34. defensas inmaduras, genero.	146
Grafica 35. defensas maduras, enfermedad.	147
Grafica 36. defensas neuróticas, enfermedad.	148
Grafica 37. defensas inmaduras, enfermedad.	149
Grafica 38. defensas neuróticas, fase de la enfermedad.	151
Grafica 39. defensas inmaduras, fase de la enfermedad.	152

Lista de Apéndices

Apéndice 1. formato carta para la traducción del cuestionario.....	175
Apéndice 2. formato consentimiento informado	176
Apéndice 3. formato carta participantes	177
Apéndice 4. carta solicitud de directora de trabajo de grado	178
Apéndice 5. cuestionario de Estilos Defensivos Versión 88 preguntas.....	179

Resumen

El presente proyecto de investigación comprendido la temática de estilos defensivos y enfermedades crónicas no transmisibles, por lo cual, el objetivo principal estaba mediado por determinar los mecanismos de defensa en pacientes oncológicos y pacientes crónicos de la ciudad de Pamplona Norte de Santander, por ello se hizo uso del Cuestionario de Estilos Defensivos en su versión de 88 preguntas, realizando su aplicación a una muestra total de 16 pacientes; siendo el 50% masculinos y el 50 restante femenino. Tras el análisis de datos suministrados se pudo concluir que: 37,5% de los pacientes que se encuentran en una fase de la enfermedad de tratamiento tienden hacer uso frecuente o regular de los mecanismos de defensa inmaduros, mientras que el 12,6% de los pacientes oncológicos y crónicos hacen uso de defensas inmaduras en la fase de diagnóstico. De la misma forma, entre los mecanismos de defensa más utilizados por estos pacientes se encuentra: la somatización, la represión, la fantasía, etc.

Palabras claves: pacientes oncológicos, pacientes crónicos, estilos defensivos, psicoanálisis.

Summary

The present research project includes the subject of defensive styles and chronic noncommunicable diseases, so the main objective was to determine the defence mechanisms in oncological patients and chronic patients in the city of Pamplona Norte de Santander. For this reason, the 88-question version of the Defensive Styles Questionnaire was used, applied to a total sample of 16 patients, 50% of whom were male and 50 female. After the analysis of the data provided, it was concluded that: 37.5% of patients who are in a treatment phase of the disease tend to make frequent or regular use of immature defense mechanisms, while 12.6% of oncological and chronic patients make use of immature defenses in the diagnostic phase. Similarly, among the defence mechanisms most used by these patients are: somatization, repression, fantasy, etc.

Key words: oncological patients, chronic patients, defensive styles, psychoanalysis.

Dedicatoria

A nuestros padres, que siempre nos ofrecieron todo y con quienes siempre contamos y nos motivaron cada vez que nos pensamos rendir.

A mis hermanos, que nos acompañaron en este proceso con su apoyo y unas palabras de consuelo cuando pensábamos desistir.

A mis amigos, que hicieron de este proceso un mar de alegrías y nuevas experiencias.

A mi familia, que nos apoyaron siempre y nunca pararon de creer en nosotros y nos aportaron en un momento dado a cumplir esta meta.

Agradecimientos

A los docentes que participaron en esta investigación con tanta amabilidad y disposición, y que hicieron posible ese estudio.

A los profesores que nos acompañaron en nuestro proceso de formación universitaria como Psicólogos, que nos aportaron todo el conocimiento y las herramientas para direccionar nuestro proyecto de vida y poder desarrollar todas las competencias profesionales como psicólogos en nuestro quehacer diario.

Y especialmente a las Psicólogas Dora Carolina Orduz, Blanca Isabel Rozo Santafé y Luisa Fernanda Clavijo López; quienes guiaron este trabajo y quienes se preocuparon y orientaron esta investigación con tanta calidez y siempre estuvieron motivándonos para llegar a la meta. También, a nuestras familias por su apoyo incondicional y motivación constante. Finalmente, a todos los que de una manera u otra contribuyeron para que lográramos culminar esta etapa de mi vida.

Introducción

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar los mecanismos de defensa en pacientes clínico oncológicos y pacientes crónicos de la ciudad de Pamplona Norte de Santander; entendiendo que los mecanismos de defensa son procesos psicológicos inconscientes que le permiten al sujeto hacer frente a las situaciones estresantes y ansiosas provenientes de su medio. Dichos mecanismos se fundamentan en la teoría psicoanalítica de Freud quien propone una vida anímica activa, donde las necesidades de los mecanismos de defensa surgen de los conflictos existentes entre el ello y el súper yo, con el objetivo de mantener la homeostasis mental y proteger la mente consiente constituida por el yo. (Waqas, Aamehan, Umer, Khan, 2015).

Los mecanismos de defensa surgen ante situaciones generadoras de ansiedad que los seres humanos no suelen soportar por tiempos prolongados, facilitando que el yo contrarreste ideas y sentimientos dolorosos insoportables (Freud, 1961, como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016). Cuando los individuos no toleran el contacto con su realidad tienden hacer uso de los mecanismos para hacerla mucho más amena; dichos mecanismos tienen como función distorsionar la realidad al tiempo que le permiten al sujeto lidiar con el malestar, sin embargo, cada vez que se hace uso de los mecanismos de defensa se genera una afectación en el área intrapersonal y en el disfrute de la vida. Pero las funciones y el uso de los mecanismos no en todos los casos generan una afectación a nivel psíquico en la persona, en el caso de las personas emocionalmente sanas, la función está dada por aumentar el placer y los sentimientos de control al tiempo que permiten la integración de las emociones y los conflictos que emergen en el yo (Bond, 1992; cómo se cita en Arévalo & Pizzitola, 2016).

Para ello, se analizarán los mecanismos de defensa en pacientes oncológicos y pacientes crónicos, quienes por su padecimiento reciben probablemente el impacto del estrés, la soledad y la preocupación; y aunque muchos de estos pacientes y sus familias cuentan con recursos personales y sanitarios para hacer frente a las vicisitudes de la enfermedad, al momento de recibir la confirmación del diagnóstico de cáncer genera en la persona una gama de emociones negativas como la tristeza, la negación, la ansiedad, el miedo a la muerte (Banate y Corales, 2018).

Para el análisis de los diferentes mecanismos de defensa en los pacientes oncológicos y pacientes crónicos se hará uso del cuestionario de estilos defensivos en su versión de 88 preguntas elaborado por Bond y Wesley (1996), ante su utilización se realizará un estudio psicométrico para su validación en la población colombiana, para así obtener una medida válida de los estilos defensivos. Entendiendo que, el uso de cuestionarios, test y pruebas hace parte de la investigación en la psicología, los cuales tienen como objetivo medir una cantidad amplia de variables en la población en general, causando un impacto significativo en la vida de los mismos. (Martínez-Arias, Hernández-Lloreda y Hernández-Lloreda, 2006; como se cita en Arévalo & Pizzitola, 2016). Dicha validación se realizará en tres momentos. En un primer lugar se traducirá las preguntas del cuestionario del inglés al español y sucesivamente del español al inglés, atendiendo a la validación de contenido. Por otra parte, se hará la validación por tres expertos, finalizando con la medición de la homogeneidad de los reactivos a través del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach.

Problema de Investigación

Planteamiento del Problema

Los mecanismos de defensa, un concepto que tiene su origen en el psicoanálisis cuyo autor principal es Freud, se definen como el medio por el cual las personas hacen frente a los conflictos psicológicos, de ahí su importancia en la consolidación de la personalidad. (Skodol & Perry 1993; citado por Parra, 2014). Para autores como Brown, (1961; como se cita en Parra, 2014) “el concepto de estilos de defensa es un proceso dinámico que el Yo utiliza para defenderse de la ansiedad” (pg. 116). Se centra más en el proceso que en el objeto cuyo abordaje estaría más centrado en la reevaluación de las situaciones amenazantes como medio de reducción de la amenaza. Dichas ideas se encuentran en el inconsciente aparentemente olvidadas, pero se reflejan de manera distorsionada en el consciente por medio de actos fallidos, chistes y sueños. Haciendo denotar la existencia de una enajenación o conflicto anímico. (Lazarus & Folman, 1984 citado por Parra, 2014).

Las demandas de los mecanismos de defensa resultan esenciales cuando las peticiones del ello animal entran en conflicto con el superyó ideal, tales mecanismos permiten mantener la homeostasis mental ante los conflictos existentes entre los elementos de la estructura psíquica. El ego partiendo de los conflictos existentes se auxilia de los estilos defensivos; se cree que estos mecanismos no solo son esenciales para la estabilidad de la mentalidad, sino que permiten la identificación de patologías en pacientes psiquiátricos. Cabe mencionar que, existe una variación entre los mecanismos adaptativos y desadaptativas, es así, como los mecanismos de defensa maduros se asocian con la función de adaptación en contraste con las defensas inmaduras; a pesar

de que los mecanismos inmaduros se han asociados a patologías (Waqas, Aamehan, Umer, Khan, 2015).

Los estilos defensivos como lo mencionan Bond y Wesley se pueden utilizar de forma flexible y adaptada contribuyendo a la salud física y psicológica. Resaltando que, cuando se hace uso del término flexible se refiere a la utilización de los mecanismos defensivos tanto para evitar el malestar como para hacer frente a la realidad cuando esta es percibida o se encuentra presente. Los mecanismos de defensa operan entre la reacción del individuo a un conflicto y tensión emocional, sea esta interna o externa. (Grebott y Paty, 2011). Por ello, se han realizado estudios con los mecanismos de defensa en amplios campos como la psicología forense (Tapp, Cottle, Navidad, Strantton, Gannon y Moore, 2017) y la psicología educativa (Waqas, Aamehan, Umer y Khan, 2015), haciendo uso del cuestionario de estilos defensivos (DSQ), obteniendo parámetros medibles de la conducta en relación a la utilización de estos mecanismos. León, Lara, Ontiveros, y Cortes (1997; como se cita en Reyes, 2015), encontraron que los pacientes que presentaban angustia y depresión hacen uso de los mecanismos de defensa mal adaptativos, por ende, el sujeto tiende a tener mayor presencia de la patología.

Como se hace mención, muchos de estos mecanismos de defensa se presentan de manera marcada en pacientes con patologías o enfermedades crónicas como es el caso de los pacientes oncológicos, los cuales debido al proceso de su enfermedad tienden a experimentar sentimientos y emociones como: ansiedad, llantos, miedos, rabias, estrés, culpa, soledad y dolor. Evidenciándose la necesidad de brindar una buena asistencia psicológica para enfrentar la enfermedad de forma proactiva. Más aun con las altas cifras de pacientes oncológicos a nivel internacional y nacional.

Solo en el 2015 según el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, el número de casos nuevos a nivel mundial fue de 439, 2 por cada 100.000 nombres y mujeres por año. Y 163,5 de muertos por cada 100.000 personas. Tan solo en el 2018 en Estados Unidos se estimó un diagnóstico de 1. 735. 350 personas con cáncer y 690.640 muertos por la misma enfermedad. Cifras alarmantes que hacen ver una problemática que azota a la sociedad. Dicha realidad no se aleja mucho del contexto colombiano donde en el año 2012, 104 personas fallecieron cada día por esta enfermedad y 196 personas se enfermaron de cáncer. (Globocan, 2012, como se cita en Ospina, Huertas, Montaña, Rivillas. 2015). En el año del 2016 el Fondo Nacional de Enfermedades de Alto Costo confirmó que 43% de los pacientes atendidos fueron diagnosticados con cáncer. Cifras que cada vez van en aumento.

Por lo antes expuesto, se hace necesario analizar los mecanismos de defensa predominantes en los pacientes oncológicos y pacientes crónicos y cómo estos influyen en su padecimiento. Ya que si bien, muchos de estos pacientes presentan un deterioro significativo en su enfermedad relacionado con su diagnóstico y la ansiedad por saber el curso de su tratamiento, lo que genera una constante preocupación y agonía. Entendiendo, además, que no solo los pacientes experimentan ansiedad y angustia sino también el grupo familiar como afirma Jaman Mewes & Rivera (2014; como se cita en Bernal, & Monsalve, 2017) “esta experiencia no solo afecta a la persona que la padece sino a la familia y a otras personas cercanas experimentando cambios tales como reorganización de roles para cuidar a la persona que tiene la enfermedad, y la aparición de sentimiento y emociones al ver a su ser querido enfermo” (p.21).

Descripción del Problema.

La presente investigación surgió con base a la necesidad de determinar qué mecanismos de defensa utilizan los pacientes oncológicos y pacientes crónicos de la ciudad de Pamplona Norte de Santander, entendiendo que el cáncer y las enfermedades crónicas son padecimientos que desde el siglo XIX ha traído gran preocupación en el mundo científico, más aún por sus altos índices de incidencia a nivel mundial. Según las estadísticas registradas por el Departamento de Registro del Hospital Oncológico "Julio Villacreses Colmont", Solca Manabí, de Portoviejo (2011; como se cita en Vera y Trujillo, 2017), en el 2011 en promedio 800 pacientes fueron diagnosticados con cáncer y fueron atendidas 1.530 consultas psicológicas. Además, según la Liga Colombiana Contra el Cáncer el departamento de Norte de Santander se encuentra entre las zonas de mayor riesgo de prevalencia de esta enfermedad. Estimaciones alarmantes ya que, solo por el hecho del diagnóstico de esta enfermedad genera en muchos pacientes una marcada angustia por su asociación con la muerte independientemente de la gravedad o el tratamiento a seguir, la más común es la angustia de tipo narcisista producto de la caída del cabello, el adelgazamiento, el cambio en el color de la piel y la angustia de la mutilación corporal que se puede dar en algunos tipos de cáncer. (Sotelo, 2014, como se cita en Vera y Trujillo, 2017).

En cuanto a los pacientes crónicos, en especial los pacientes hipertensos y diabéticos, sus cifras muestran un aumento significativo en los últimos años, muchos más aun por su mortalidad a nivel mundial, según el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de los 17 millones de muertes al año a causa de enfermedades cardiovasculares, el padecimiento de la hipertensión explica más del 9.4 millones de dichas muertes. Cifras relativamente altas en relación a la cantidad de pacientes diagnosticados con esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2017). En

cuento al contexto nacional, en Colombia según la Cuenta de Alto Costo, (2017; como se cita en Organización para la Excelencia de la Salud, 2019) en el año 2017 se reportaron 2'994.383 personas con HTA (Hipertensión arterial, o HTA para si siglas en español) y cada vez su padecimiento va en crecimiento. Por su parte, en cuanto a los pacientes diabéticos Para el año 2017, según la Federación Internacional de Diabetes, se registraron 17.038 nuevos casos de defunción en el país, además, la prevalencia de la diabetes tipo II ha incrementado de manera considerable con relación al aumento de la obesidad. Según un estudio realizado en 9 ciudades de Colombia se encontró que el 57,1% de los pacientes no tenían control de la enfermedad (Hospital Universitario San Ignacio, 2019).

Son estas características y padecimientos en especial lo que lleva a determinar que estos pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas se someten a cambios significativos que provoca una afectación en la calidad de vida y el bienestar de los sujetos y sus familiares. Estos pacientes, además de superar los síntomas fisiológicos deberán enfrentarse a factores de necrosis psicológica, los cuales propician la aparición de cuadros clínicos como la depresión, la ansiedad, los trastornos meniscos y otras afectaciones. Por ello, muchos de estos sujetos hacen uso de estilos evitativos para regular las tensiones y emociones negativas, impidiendo en muchos casos la adaptación psicológica a la enfermedad crónica (Asociación Galega de Lopus, 2016). Dicha premisa se asocia a los estudios realizados por Jiménez, de la Cruz y Bravo, (2017) quienes han demostrado que los pacientes con estos padecimientos tienen a experimentar estrés y emociones negativas que en muchos casos tiene consecuencia en la enfermedad y su control, debido a la incertidumbre sobre las posibles implicaciones futuras de tratamiento y la evaluación de la enfermedad.

Frente al diagnóstico de cáncer se presenta en el sujeto una ruptura a nivel intrapsíquico, una ambivalencia que hace notar un conflicto y una tensión entre las instancias psicológicas; es como si el sujeto experimentara un duelo entre lo que posiblemente puede perder y lo que percibe de su medio. Estos estados de angustia se trasladan a todas las esferas del paciente, a lo personal, lo familiar y su relación terapéutica llevándolos a tomar una posición frente a su enfermedad y su tratamiento, (Vera y Trujillo, 2017). Muchos de estos pacientes debido a la marcada angustia experimentada hacen uso de los mecanismos de defensa, los cuales pueden ser definidos como los medios por los cuales el ego hace frente al desagrado y a la ansiedad, ejerciendo un control sobre el comportamiento. De esta manera, el ser humano moviliza su potencial de forma madura, donde el Yo resurge para hacer frente a las vicisitudes que se presentan en el medio ambiente y amenazan con afectar la estabilizar mental. Dichos mecanismos de defensa pueden ser evaluados mediante la conducta manifiesta donde el sujeto muestra los mecanismos presentes en su patología o en la defensa de la misma (Floros, 2017).

Esta interacción dinámica entre las fuerzas conscientes e inconscientes hace ver la compleja interacción entre las fuerzas internas; donde el Yo se ve afectado por las luchas entre el ello y el súper yo, como consecuencia se produce una respuesta de angustia característica en pacientes oncológicos, pacientes con trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de personalidad. Dicha angustia genera una sensación del displacer interna, para poder lidiar con esta sensación el Yo hace uso de los mecanismos de defensa permitiéndose protegerse del sufrimiento y de la angustia constante por su padecimiento. Para ello, el yo hace uso de una gama de mecanismos que van desde la proyección, la regresión, la represión, la formación reactiva, el aislamiento, la negación, la introyección, vuelta contra sí hasta la inversión y demás formas inconscientes de afrontamiento. (Pervin, 1978, como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016). Cabe considerar, que los mecanismos

de defensa van a variar dependiendo de la enfermedad, además de las condiciones de cada paciente, la probabilidad de vida y la constitución de su estructura psíquica (Alvarado, 2016).

Formulación del Problema

¿Qué mecanismos defensivos utilizan los pacientes oncológicos y pacientes crónicos de la ciudad de Pamplona, Norte de Santander?

Objetivos

Objetivo general

Determinar los mecanismos de defensa en pacientes oncológicos y pacientes crónicos de la ciudad de Pamplona Norte de Santander, mediante una investigación cuantitativa que permita mejora en las tensiones causadas por la enfermedad.

Objetivos específicos

Validar el cuestionario de estilos defensivos en su versión de 88 preguntas elaborado por Bond y Wesley (1996), mediante el análisis estadístico, permitiendo su aplicación en la población colombiana.

Analizar los mecanismos de defensa en los pacientes oncológicos y pacientes crónicos de la ciudad de Pamplona, Norte de Santander, mediante la aplicación del cuestionario de estilos defensivos en su versión de 88 preguntas.

Comparar los mecanismos de defensa en los pacientes oncológicos y pacientes crónicos no transmisibles de la ciudad de Pamplona, Norte de Santander.

Diseñar un manual como estrategia de intervención que permita el reconocimiento de mecanismo de defensa y su reducción en los padecimientos de pacientes oncológicos y pacientes crónicos.

Justificación

El cáncer es una enfermedad que genera gran preocupación entre los investigadores a nivel mundial, debido a su alta incidencia en la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f) el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, solo en el año del 2018 se le atribuyeron 8,2 millones de muertos, dichas cifras muestran un aumento al pasar de los años. En países como España en el año del 2015 se registraron 247. 771 diagnósticos de cáncer, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Para el final del 2019 se espera un aumento del 12% en relación con el año del 2015. La panorámica no es muy diferente a nivel nacional, en Colombia en el año 2012, 104 personas fallecieron cada día por esta enfermedad y 196 personas se enfermaron de cáncer (Globocan, 2012, como se cita en Ospina, Huertas, Montaña, Rivillas. 2015). De acuerdo con las estimaciones de incidencia de cáncer, en el período de 2007-2011 se presentaron en Colombia cerca de 62.818 casos de cáncer, 47,30% se presentaron en hombres (29.734) y el 52,6% (33.084) en mujeres (Observatorio Nacional de Cáncer, 2018).

Lo más preocupante son los sentimientos que experimentan los pacientes oncológicos para hacer frente a su enfermedad, ya que muchos de éstos una vez que son diagnosticados empiezan a experimentar una falta de seguridad y confianza que se traslada a las diferentes esferas de desarrollo: lo social, lo personal, lo familiar, lo económico y lo laboral. Con el transcurrir del tiempo las personas empiezan a aceptar su padecimiento siendo una tarea lenta y progresiva pero que no se da de igual forma en todos los pacientes (Krikorian, 2008; Hernández et al., 2012, como se cita en Moreno, Krikorian, Palacios, 2015), para algunos el proceso de adaptación puede estar acompañado de impotencia, irritabilidad, pérdida de control, ansiedad, estrés, miedo, entre otros, haciendo uso de los mecanismos de defensa para lidiar con su realidad y hacer frente a la angustia.

Los mecanismos de defensa trabajan de manera conjunta con la personalidad, permitiendo al sujeto distorsionar la percepción del peligro disminuyendo así la tensión o angustia que genera la evaluación de la situación. Cabe mencionar, que los mecanismos de defensa permiten una adaptación del sujeto, pero no quiere decir que se resuelva el conflicto. (Bleger, 1968, como se cita en Alvarado, 2016).

Por todo lo anterior, el presente proyecto de investigación tuvo como objetivo determinar los mecanismos de defensa en pacientes oncológicos y pacientes crónicos que residen en la ciudad de Pamplona, Norte de Santander. Permitiendo que los pacientes que hacen uso de estos mecanismos presenten una adaptación a las tensiones causadas por la enfermedad, al tiempo que sean utilizados de forma beneficiosa para enfrentar las vicisitudes de la vida durante o después del tratamiento. Igualmente, este estudio resulto ser beneficioso para los psicólogos tratantes debido que permite identificar los mecanismos a los que recurre el Yo y los cuales pueden interferir en el tratamiento y el proceso terapéutico.

A los psicólogos en formación y comunidad académica en general, este tipo de investigación los motiva a indagar en nuevos temas de interés que resultan de gran relevancia para la sociedad, ya que, con la validación del cuestionario de estilos defensivos (DSQ) se hace un aporte teórico y práctico a la psicología, a la evolución y valoración psicológica. Recordando que, aunque el enfoque psicodinámico no ha tenido gran acogida en el contexto colombiano su utilización en el ámbito clínico es de gran relevancia para un buen proceso terapéutico.

Estado del Arte

En el siguiente apartado se darán a conocer algunas investigaciones internacionales que aportaron al proceso de este estudio, en el especial al diseño y estandarización del cuestionario de estilos defensivos, cabe mencionar que no existen referentes nacionales ni locales que propicien un acercamiento al proceso metodológico del tema abordado.

Investigaciones internacionales

La presente investigación titulada “Un Análisis Psicométrico de la Versión Polaca del Cuestionario de Estilos de Defensa (DSQ-40) en una Muestra no Clínica de Adultos Jóvenes” fue realizada por Marta Mrozowicz-Wrońska- Instituto de Psicología, Universidad de Jagiellonian, Cracovia, Polonia (2019), con el objetivo de analizar las características psicométricas de la versión polaca del Cuestionario de Estilos Defensivos en su versión de 40 preguntas. Dentro del análisis psicométrico se tuvo en cuenta el análisis de fiabilidad y el análisis de los componentes principales de la prueba. Para ello, se dispuso de una muestra no clínica de 358 adultos jóvenes de diferentes carreras universitarias, la participación se hizo de manera voluntaria mediante una citación por escrito. 16 participantes fueron excluidos del análisis, ya que no pudieron terminar el cuestionario en su totalidad, por lo tanto, la muestra final fue de 341 participantes, 204 hembras y 137 varones. Para el análisis de los datos se hizo uso del programa estadístico SPSS 21. En cuanto el análisis y presentación de resultados se partió por el cálculo de cada mecanismo y su comparación con investigaciones posteriores realizadas con el mismo instrumento. Esto permitió concluir que el alfa de Cronbach fue inferior en comparación con el alfa del original cuestionario y superior solo para el factor inmaduro. Además, las diferencias no fueron estadísticamente significativas para el factor

neurótico, así como el humor, la anticipación, el altruismo y Pseudo-Splitting. Debido a la poca confiabilidad de la prueba se realizaron nuevos análisis estadísticos pero esta vez teniendo en cuenta la correlación de cada ítem. La única escala con alta correlación entre los elementos de fantasía era autista. Por ello, se finalizó concluyendo que la versión polaca del cuestionario de estilos defensivos en cuanto a confiabilidad es cuestionable, aunque se afirma que la baja confiabilidad puede estar determinada por la traducción del instrumento o por los mismos análisis.

La presente investigación titulada: “examinar el cuestionario de estilo de defensa (DSQ40) en una muestra de pacientes somáticos crónicos: evaluación psicométrica de factores” fue realizada en la Universidad de Lucian Blaga de Sibiu Rumania, en el año del 2016. Bajo la dirección de Bouleanu Elena, Luminita Bouleanu, Mosoiu Corneliu, Beldean Luminita, con el objetivo principal de evaluar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Estilos defensivos en su Versión de 40 preguntas. Para ello se realizó un análisis factorial exploratorio tomando como muestra 126 pacientes crónicos con enfermedades del corazón, diabetes, disfunciones digestivas, disfunciones pulmonares, y disfunciones endocrinas. Todos estos participantes se encontraban hospitalizados en el Hospital Clínico Emergencias de Sibiu, 56 hombres y 70 mujeres con edades promedio de 56 años. Para la evaluación de los estilos defensivos se hizo uso del Cuestionario de Estilos Defensivos en su versión Rumana, utilizando el programa de R para su análisis, entre los elementos de análisis estadístico se partió por analizar el número de dimensiones aplicando la óptica de análisis paralelo, matriz de dispersión y el método para la extracción de factores. En cuanto a la conclusión se determinó una alta confiabilidad y validez del instrumento y una diferencia entre los estilos defensivos utilizados por los pacientes crónicos y no clínicos, lo que lleva a explicar la presencia de los mismos debido a síntomas somáticos. Los tres factores pueden considerarse coherente y describen una medición fiable de defensa psicológica.

En el presente proyecto de investigación titulado “Evaluación Psicométrica de una Versión Abreviada del Cuestionario de Estilo de Defensa de 40 Elementos” se llevó a cabo en la Universidad de Toulouse II-Le Mirail, Francia y la Universidad de Lille Francia en el año del 2013 bajo la dirección de Carine Saint-Martin, Marjorie Valls, Amélie Rousseau, Stacey Callahan, Henri Chabrol. Con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de una versión abreviada del Cuestionario de Estilos Defensivos (DSQ-40) eliminando los elementos con poca validez. Para ello se tomó una muestra no clínica de 201 estudiantes universitarios, se les pidió a los estudiantes que asistieran a un curso de estrategias de afrontamiento como criterio para su participación. Con la versión abreviada los estudiantes solo tuvieron que responder 28 ítems distribuidos en los 3 grandes grupos que evalúa el instrumento en sus diferentes versiones, (defensas maduras, defensas neuróticas y defensas inmaduras). Además del DSQ-28 se hizo uso de otros instrumentos de evaluación como los fueron: utilizando los Caminos de Coping lista de control (WCCL, versión corta, 42 artículos; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, y Becker, 1985). El WCCL y por último la Symptom Checklist 90, revisado (SCL-90-R; Derogatis, 1983), para evaluar la sintomatología patológica. Entre otros instrumentos de medición psicológica de la personalidad y la discapacidad. Con la aplicación de los instrumentos se realizó un análisis factorial exploratorio, el cálculo de la consistencia interna, externa y la correlación por ítems. Este estudio sugiere que el artículo 28- versión de la DSQ podría tener un mejor criterio de validez discriminante y que el DSQ-40. Estudios adicionales destinados a mejorar la validez aparente puede mejorar la fiabilidad y la validez y la utilidad de DSQ en la práctica y la investigación Los estudios clínicos.

La presente investigación fue realizada en Ecuador, específicamente en la Universidad Católica del Ecuador. Dicha investigación fue dirigida por Alvarado Fierro titulándola “los Mecanismos de Defensa del Cuidador Primario Según el Estadio de La Enfermedad del Paciente en una Unidad Oncológica” con el objetivo de diagnosticar los mecanismos de defensa más empleados por los cuidadores primarios del paciente oncológico y en base a estos establecer una guía que provea de estrategias de afrontamiento al cuidador primario. Para ello, se empleó una entrevista, análisis de la historia clínica y la aplicación de múltiples pruebas proyectivas, así como una encuesta para determinar la presencia o ausencia de los mecanismos de defensa. Para la recolección de la información cada una de las pruebas y cuestionarios utilizados fueron aplicadas a 20 participantes cuyos familiares se encontrada en las diferentes etapas del cáncer. En cuanto a la interpretación, análisis y resultados se determinó que los mecanismos de defensa más utilizados por el cuidador primario son la proyección, represión, negación y la formación reactiva. El mecanismo de defensa de la represión obtuvo un resultado de 73%, la formación reactiva obtuvo un porcentaje del 80% siendo este el mecanismo de defensa más empleado por los cuidadores primarios de pacientes que se encuentran en Estadio 1 de la enfermedad. La negación tiene un porcentaje del 67% y finalmente como mecanismo de menos utilizado esta la proyección con un 33%. La formación reactiva es uno de los mecanismos de defensa más utilizados debido a los sentimientos de culpabilidad inconscientes. En el caso de la etapa dos, los mecanismos de defensa más utilizados fueron la represión, la represión reactiva y la negación. Este estudio permite identificar los mecanismos de defensa más utilizados por los cuidadores primarios cuyos familiares presentan una enfermedad oncológica, es una buena fuente de referenciar para determinar qué mecanismos de defensa utilizan los pacientes y en que situaciones.

Marco Teórico

El presente marco teórico se divide en cinco capítulos, en el primero se realiza una introducción al psicoanálisis, abordando los aspectos teóricos del psicoanálisis ortodoxo, en el segundo capítulo se contemplan la definición de los mecanismos de defensa y su relación con la enfermedad, mediante las posturas teóricas y conceptuales más relevantes, en el tercer capítulo se realiza una aproximación a la enfermedad del cáncer y su epidemiología, así mismo en el cuarto capítulo se establece una relación entre la enfermedad y la psicología abordando aspectos importantes de la psicooncología. Por último, pero no menos importante, en el capítulo quinto se aborda las teorías y conceptos de relevancia en cuanto al estudio de la enfermedad, centrandose en la diabetes e hipertensión.

Capítulo I. Psicoanálisis

El psicoanálisis desde sus orígenes se ubicó en una posición contraria a las corrientes existentes de la época; mientras la psicología estaba interesada en la consolidación de una disciplina científica experimental, Freud estaba interesado en la cura de la neurosis desde una mirada que se alejaba de la tradición psicológica de lo consciente, para ello desarrollo un método experimental no científico: el paradigma indiciario como forma de evaluación psicológica. (Ginzburg, 1989; como se cita en Lopera, 2017). Inmerso en el espíritu científico de la época inicialmente Freud creía que todo abordaje del alma debía realizarse desde el método científico, probando la existencia del planteamiento teórico en la práctica y con resultados concretos. De hecho, llegó a afirmar que el psicoanálisis es un método de investigación, un instrumento neutral como cualquier otra ciencia exacta (Freud, 1927/1998; como se cita en Lopera, 2017) pero lo cierto, fue que su experiencia con la aplicación del método científico y la ausencia de bases experimentales insuficientes lo

llevaron a tener una concepción de psicoanálisis como ciencia aislada de la tradicional. Aun así, apoya la definición de psicoanálisis como un método de investigación de procesos anímicos inconscientes, una terapia fundamentada en la investigación y la práctica clínica, (Freud, 1923/1998; como se cita en Lopera, 2017).

En un comienzo Sigmund Freud estaba motivado en encontrar la cura de la neurosis, su trabajo de investigación le mostró la insuficiencia de la medicina y la psicología actual por entender la génesis de las enfermedades patológicas, por lo que su mirada se centró en los sucesos de la infancia, privilegiando la indagación como medio de modificación de los síntomas neuróticos. Esta definición, de la forma de abordar la alienación mental fue el fundamento de la teórica psicoanalítica y la base del tratamiento psicoterapéutico; fielmente apoyada por su autor hasta su muerte. A lo largo del proceso de conceptualizar una nueva teoría Freud construyó una serie de conocimiento sobre el psiquismo cuyo eje central era el estudio del inconsciente y los procesos por los cuales este se valía para hacer frente a los síntomas patológicos o por lo contrario propiciar la enfermedad. (Freud, 1923/1998; como se cita en Lopera, 2017).

La mayoría de las terapias psicoanalíticas dan gran importancia a una revisión exhaustiva de la vida del paciente, un proceso en el que se busca la modificación subjetiva del síntoma. De ahí, que en las psicoterapias psicoanalíticas; la teoría es entendida desde la relación del paciente con su experiencia especialmente con los primeros años de vida compartidas con su grupo familiar, lo que Freud más tarde vendría a teorizar como relaciones objétales; las relaciones iniciales del niño con su madre, la constitución de lo psíquico como resultado de la tendencia innata a la relación y el ambiente materno que le corresponde. Las relaciones madre-hijo son el eje central de

entendimiento de la mente, lo que permitió descubrir algunas fijaciones en las etapas psicosexuales propuestas como medio de sistematizar su teoría. Freud siendo médico y neurólogo alemán englobó su proceso investigativo en una perspectiva biológica, por eso las etapas psicosexuales tienen una parte erógena que propician el placer físico y psicológico, su anulación se entendería desde una analogía como la prohibición de recibir alimento, lo que en cualquier persona generaría un desgaste físico considerable. Lo mismo pasa a nivel psicológico, la no superación de manera efectiva de las etapas psicosexuales o de alguna de ellas propiciaría una insuficiencia o desgaste a nivel psicológico como resultado de una inhibición libidinal; a partir de estas diferencias teóricas se procede en el trabajo psicoterapéutico. (Mitchel & Black, 2004; cómo se cita en Lopera, 2017).

Tópicos Freudianos

El concepto tópico hace alusión al término *topos* que desde la derivación griega significa lugar, Freud lo utilizó para definir varios conceptos de sus primeras dos teorías o tópicos psicoanalíticos como entendimiento de la psique humana, planteando la primera tópica entre los años de 1900 y 1920 (Alvarado, 2016).

Primera tópica.

La constitución del aparato psíquico fue concebida por Freud a partir de tres registros, el primero de ellos es la tópica número uno que hacen alusión a las diferentes partes de la psique, el segundo los elementos que entran en conflicto y que de alguna u otra forma se ubican en las partes dinámicas propuestas por el autor. Por último, el registro económico que se refiere a las energías psíquicas que se movilizan en la mente del sujeto, compuesta por el inconsciente, preconscious y consciente tras su traducción al español (Azouri, 1998; como se cita en Alvarado, 2016).

Consciente.

La teoría psicoanalítica tiene como premisa básica la diferenciación entre el inconsciente y el consciente, lo que permitió el planteamiento de diferentes teorías para el entendimiento de estas dos instancias y su diferenciación clara. La consciencia según lo descrito por Sigmund Freud es la superficie del aparato psíquico en donde se encuentran todas las percepciones provenientes del exterior, de la misma forma de que se encuentran las percepciones internas; es decir las valoraciones del medio y el entendimiento de las sensaciones y sentimientos. (Freud, 1923; citado por Alvarado, 2016). Cabe aclarar que, las percepciones internas pueden ser tanto conscientes e inconsciente y, en cuanto se vuelven perturbadoras son reprimidas de la consciencia como mecanismo defensivo. La consciencia es también una instancia de carácter transitoria pues las percepciones o elementos que se encuentran albergadas en la misma no son siempre consciente como se acabó de explicar, un material cuyo origen se encuentra en el consciente en el momento que amenace la homeostasis mental se elimina de la consciencia para sobre guardar la estabilidad mental. Freud (1923; como se cita en Alvarado, 2016) explica que “el estado de la consciencia pasa con rapidez; la representación ahora consciente no lo es más en el momento que sigue, sólo que puede volver a serlo bajo ciertas condiciones que se producen con facilidad” (p.11). Por ello, lo que se percibe será consciente cuando sea útil para el sujeto portador y cuando este deja de ser útil se expulsa de la consciencia.

Inconsciente.

En cuanto al inconsciente cabe aclarar que, aunque Sigmund Freud no fue el primero en hablar de este término al tomarlo en su teoría le dio un significado distinto al ya antes conceptualizado por otros autores de la filosofía. El término inconsciente es el elemento más delimitado en la teoría

psicoanalítica y el concepto central de esta teoría. El inconsciente según lo establecido por Freud es una instancia en la cual la consciencia no tiene acceso, sin embargo, tiene diferentes medios de expresión en la vida cotidiana, esto son: chistes, actos fallidos, sueños errores de lectura, errores de escritura, etc. Por medio de estos canales el inconsciente se expresa en la realidad de forma distorsionada, mostrando la existencia de un conflicto anímico persistente que amenaza la homeostasis mental. El inconsciente vendría ser en relación con Freud (1923; citado por Alvarado, 2016) una serie de “procesos psíquicos latentes incapaces de volverse conscientes, al haberse reprimido de la conciencia” (p. 12).

Preconsciente

Bajo la teoría psicoanalítica, Freud afirma que existe una instancia más, el preconsciente, en el libro “el Yo y el Ello y el Super yo”, Freud da a conocer los elementos que lo conforman como proceso de su racionalización teórica. Refiere que este se diferencia del inconsciente y consciente conceptualizando su origen como: “la diferencia efectiva entre una representación inconsciente y una preconsciente consiste en que la representación inconsciente se consume en algún material que permanece no conocido, mientras que en el caso de la segunda se añade la conexión con representaciones-palabra” (Freud, 1923; como se cita en Alvarado, 2016, p.4). Con esto Freud refiere que la función y el origen principal del preconsciente es separar el material inconsciente de lo consciente, al tiempo que se entiende como el punto de unión según Minhot (2003; como se cita en Alvarado, 2016) un “sistema crítico cuya función es la de tomar decisiones conscientes y se sitúa en el extremo motor” (p.12). Aunado a esto, para los procesos de pensamiento que se encuentran en el inconsciente el alcanzar la consciencia requiere del lenguaje, esta es la función de unión que cumple el preconsciente. Cabe resaltar que, aunque el preconsciente sea facilitador en la externalización del material inconsciente no siempre este proceso se da, ya que existe una

fuerza de censura que en muchos casos imposibilita este proceso. Con ayuda del psicoanalista se espera que estas censuras sean eliminadas y la cura se encuentre en la capacidad del sujeto de volver consciente lo inconsciente.

Esta clasificación no resultó suficiente para Freud para describir la existencia del Yo, el cual se entiende como: “organización coherente de los procesos psíquicos que se encuentra ligada a la conciencia” (Milke, 2009; citado por Alvarado, 2016, p. 13). Con estos hallazgos decide formular una segunda tópic que abarca la organización del Ello, el Yo y el súper Yo. Las cuáles serán una parte fundamental de su teoría. (Alvarado, 2016).

Segunda Tópica.

La segunda tópic de Freud fue planteada en los años de 1920-1939, en ella se describen tres instancias psíquicas que constituyen el aparato psíquico y demuestran una vida anímica activa donde los conflictos entre el principio de placer y el principio de realidad motivan la existencia del Yo como mediador de estos procesos. (Alvarado, 2016).

El ello.

Esta instancia es considerada por el autor como la parte más primitiva del aparato psíquico, ya que está regida por principios básicos que constituyen el polo pulsional de la personalidad. El ello se rige por el principio de placer, por lo cual, se encuentra impulsada por la libido para satisfacer sus impulsos sexuales por cualquier medio posible. El contenido y la expresión misma de las pulsiones son inconscientes por lo tanto tienen una gran conexión con la parte biológica del sujeto. (Laplanche & Pontalis, 2004; citado por Alvarado, 2016).

Súper yo.

El súper yo es concebido como el heredero de la instancia parental, en cuanto su génesis hace parte del completo de Edipo descrito por Freud como un proceso de la etapa fálica donde el infante se enamora de la madre y rivaliza por el padre. Esta revalidación y las limitaciones inconscientes que este le genera para el niño representan las limitaciones sociales. En primer momento el súper Yo es representado por la autoridad parental que permite que el sujeto alterne la conducta entre el amor y la angustia. El súper Yo es la instancia que representa la ley, lo social, el orden; las limitaciones para el ello. Este se rige por el principio de realidad, por lo cual se opondrá con el principio de placer. Estos conflictos se entienden mejor con la analogía entre una lucha interna de querer hacer lo que los impulsos motivan y las limitaciones que la sociedad establece en cuanto la realización de dichas conductas resulta incestuosas. Es ahí donde el Yo surge como mediador entre el súper Yo y el Ello para evitar que se produzca caos en el aparato psíquico. (Freud, 1923; citado por Alvarado, 2016).

El Yo.

El yo se encuentra en un estado de dependencia, al verse sometido a mediar los conflictos entre el ello y el súper Yo además de lidiar con las exigencias de la realidad. Aunque se presenta como mediador para mantener la salud mental total de la persona su autonomía es relativa pues su existencia dependerá de las demandas del ello y el súper Yo. Sin dichas demandas la función del Yo estaría limitada a lidiar con la realidad. El Yo tiene funciones claras dentro del aparato psíquico, una de ellas es adaptarse a la realidad y enfrentar las vicisitudes que se le presentan, defendiendo al sujeto de los posibles peligros y dificultades. “los procedentes del mundo interno y los relacionados con la realidad externa que según como se experimenten de forma equilibrada, impulsiva o con férreas defensas se hallan íntimamente relacionados con fantasías inconscientes,

tendencias, defensas y con el equilibrio, rigidez o fortaleza de las instancias psíquicas” (Gomila, s.f; citado por Alvarado, 2016, p.15).

Freud (1954); citado por Alvarado (2016) tratando de conceptualizar más a profundidad la función del yo plantea que:

El Yo combate solamente a los derivados del Ello que buscan introducirse en su territorio pretendiendo alcanzar su satisfacción y hacerse conscientes como: amor, celos, desconfianza, dolor que acompañen a los deseos sexuales, o también ira, odio, rabia que forman parte a los impulsos agresivos, el Yo evitará a toda costa que estos salgan en su manera natural y para ello buscará transformarlos y usará lo que Freud llamó mecanismos de defensa (p. 15).

Capítulo II. Estilos Defensivos

Los mecanismos de defensa se fundamentan en las aportaciones del neurólogo y médico psicoanalista alemán Sigmund Freud, quien en su obra principal “La interpretación de los sueños” desarrolló un nuevo método de investigación y observación que se aleja de las ya tradicionales tendencias psicológicas de la época. Con este método el autor buscaba una nueva explicación del funcionamiento de la mente, en el que el inconsciente era la instancia principal que motivaba la conducta y representaba una vida anímica interna (Freud, 1961; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016). Esta dinámica hace notar la presencia de la interacción de fuerzas que estructuran la personalidad al mismo tiempo que los conflictos entre los mismos permiten la aparición de síntomas físicos y psicológicos alienados de diferente índole y motivadas por fines distintos; una interposición entre lo que el sujeto quiere y lo que la sociedad interpone. Una de estas fuerzas está representada por el Yo, el cual se encuentra guiado por el principio de realidad y actúa como mediador entre más demandas del ello y las del ambiente o súper Yo. Así como el Yo se encuentra guiado por el principio de realidad el ello viene a estar motivado por el principio de placer; guiado por instintos e impulsado por fuerza libidinosas y el súper Yo por las limitaciones y normas sociales. Cada una de estas fuerzas internas estructuradas conforman una vida intrapsíquica entre las demandas que limita, evidenciándose la importancia del Yo como mediador entre lo que se puede hacer y lo que no (Pervin, 1978: como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016).

Ante dichas demandas el Yo se ve sobrecargado por las demandas del Ello (lo instintivo) y el súper yo (la regla), todo ello produce una situación de angustia y el Yo se ve obligado hacer uso de los mecanismos de defensa para mantener la homeostasis mental y reducir la angustia. Es así como surgen mecanismos como: regresión, represión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, vuelta contra sí e inversión, cuya función reside en excluir de la

consciencia sentimientos que producen angustia (Pervin, 1978; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016).

El papel de la angustia como génesis de una lucha anímica interna se puede explicar por medio de dos teorías, en primer lugar, se entiende su aparición como imposibilidad del ello por descargar sus instintos sexuales, en la segunda la aparición de la angustia viene a estar determinada por la necesidad de alarmar al Yo en la aparición de una situación que posiblemente pueda afectar su equilibrio emocional. En cualquiera de los dos casos el Yo se ve expuesto y los estilos defensivos surgirán como última medida para aliviar la tensión.

Por lo anterior el Yo sería el portador de estos, el término defensa lo empleó por primera Freud en su estudio de Neuropsicosis de defensa, con este término se describe los síntomas como formaciones defensivas frente a situaciones dolorosas y angustiosas para el Yo. Freud años más tarde sustituye el término por represión, pero afirma que la represión vendría a ser una defensa más, por lo que regresa al término mecanismos propuesto inicialmente. En el año de 1926 delimita a profundidad el estudio de los mecanismos de defensa para explicar sus efectos en el Yo, el Ello y el súper Yo y refiere que estos son: “las reacciones psíquicas mecanismos, haciendo uso de los mismos como acción inmediata de mantener la estabilidad mental, eliminando de la consciencia el material que resulta ser perturbador”

Es la angustia la que genera la aparición de los estilos defensivos, pero cabe mencionar que estos no solamente aparecen como acción de contrarrestar la angustia sino al percibirse una amenaza sea interna o externa la cual busca afectar la estructura psíquica del sujeto. El yo se ve en la obligación de enfrentar la realidad además de lidiar con los conflictos internos existentes. Entre las diferentes amenazas descritas por Freud se encuentran:

Tabla 1. Tipos de angustia

<i>Tipos de Angustia</i>	
Angustia Real	Son aquellas agustinas que aparecen de los peligros y amenazas del exterior
Angustia Neurótica	Esta angustia nace del ello, que amenaza por penetrar las barreras del yo, ante esto se genera una acción de castigo para aliviar la tensión
Angustia Moral	Se produce por una acción real o imaginaria que cae en conflicto con el súper Yo y que dan lugar a sentimientos de culpa.

Fuente: Freud; como se cita en Alvarado, (2016)

La angustia como se mencionó anteriormente se genera ante una situación que resulta amenazante para el sujeto, de este modo actúa como una especie de alerta obligando al sujeto a generar acciones para lidiar con la situación. Regularmente el Yo es capaz de hacer frente a las situaciones de angustia con recursos de afrontamiento que desde la psicología se consideran sanas, pero cuando estas medidas no son suficientes, por lo cual, se consideran la posibilidad de utilizar los mecanismos de defensa, pero estos mecanismos a diferencia de los recursos de afrontamiento sanos pueden generar una afectación en el área personal del individuo. (Alvarado, 2016). Según Bleger (1968, como se cita en Alvarado 2016). los mecanismos de defensa “son técnicas que logran un ajuste o una adaptación del organismo, pero que no resuelven el conflicto.” (p.17). Para este autor los mecanismos de defensa se utilizan como forma de aliviar la tensión pero que no generan una solución definitiva al conflicto, más bien, actúan con base en la temporalidad, desintegrando la emoción y el sentimiento del pensamiento para hacerlo mucho más ameno.

Clasificación de los mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa según lo expuesto por Freud en su libro el Yo y los mecanismos se clasifican en 9 tipos:

Tabla 2. Clasificación de los mecanismos de defensa

<i>Clasificación de los Mecanismos de Defensa</i>	
Mecanismos de defensa	Definición
Racionalización	Mecanismo de defensa en el que el sujeto justifica una acción o sentimiento haciendo uso de motivos lógicos.
Desplazamiento	Mecanismo en el cual se redirige la emoción o el sentimiento que causa malestar hacia una persona u objeto del mundo externo.
Formación reactiva	Mecanismo en el que el sujeto se comporta de manera distinta al sentimiento experimentado o vivido.
Negación	Esfuerzo inconsciente por negar o suprimir la realidad desagradable como acción de no reconocerla.
Represión	Es la eliminación de un elemento que ingresa a la conciencia y que resulta perturbador para el individuo por lo cual, se envía al inconsciente como forma de lidiar con la tensión latente. Este elemento desde la inconsciente amenaza con salir a la conciencia, para ello utiliza diferentes canales de expresión distorsionando la realidad.
Regresión	Este mecanismo de defensa genera un retroceso a nivel evolutivo, como su palabra lo dice se regresa a patrones antiguos para lidiar con una etapa previa. Por ejemplo: el adulto que se comporta como niño con el fin de conseguir un objeto deseado.

Proyección	Atribución de pensamiento, sentimientos y emociones a otra persona como forma de no reconocer la tensión.
Introyección	La introyección es el mecanismo de defensa contrario a la proyección, en el cual se atribuye a si mismo sentimiento, pensamientos y emociones de otras personas.
Sublimación	En este mecanismo de defensa se desvía la dirección del objeto instintivo hacia un valor social elevado, se presume la aprobación de tales valores, en este mecanismo de defensa se evidencia la existencia del súper Yo.

Fuente: Freud (1954, como se cita en Alvarado, 2016).

Los mecanismos de defensa que se encuentran presentes en el cuestionario (DSQ-88) utilizado para fines de este estudio son:

Actuación: Mecanismo mediante el cual el sujeto expresa o actúa sin reflexionar o sin que aparentemente tenga en consideración las consecuencias negativas (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 24).

Aislamiento: “Mecanismo mediante el cual el sujeto es incapaz de experimentar simultáneamente los componentes cognitivos y afectivos de una experiencia ya que el afecto es apartado de la conciencia” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 24).

Anticipación: “Planificación realista para una futura incomodidad interna” (Vaillant, 1992; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 24).

Afiliación: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo acudiendo a los demás en busca de ayuda o apoyo, lo que significa compartir los problemas

sin tratar de atribuirlos a los demás (DSM-IV-TR, 2004 como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 24).

Anulación: “Mecanismo psicológico mediante el cual el sujeto se esfuerza en hacer como si pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido; para ello utiliza un pensamiento o un comportamiento, dotados de una significación opuesta” (Laplanche y Pontalis, 1993; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 24.).

Comportamiento pasivo-agresivo: “Mecanismo mediante el cual el sujeto expresa agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 24).

Escisión: “Mecanismo mediante el cual el sujeto se ve a sí mismo o a los demás como completamente buenos o malos, sin conseguir integrar en imágenes cohesionadas las cualidades positivas y negativas propias de cada uno” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 24).

Evitación: “Es un mecanismo defensivo para no sentir angustia, ansiedad, o sentimientos de inferioridad, pero el resultado es equivalente al que se podría obtener cuando un individuo para no sentir el dolor de un brazo dolorido opta por mutilárselo” (Bello-Porras, 2008; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 25).

Fantasia autista: “Mecanismo mediante el cual las excesivas fantasías del sujeto sustituyen la búsqueda de relaciones interpersonales, la acción más directa y efectiva o la resolución de los problemas” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 25).

Formación reactiva: “Mecanismo mediante el cual el sujeto sustituye las conductas, pensamientos o sentimientos que no es capaz de aceptar por otros diametralmente opuestos” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 25).

Humor: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo haciendo hincapié en los aspectos divertidos o irónicos de los conflictos o situaciones estresantes (DSM-IV-TR, 2004; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 25).

Idealización primitiva: “Mecanismo mediante el cual el sujeto atribuye unas cualidades exageradamente positivas a sí mismo o a los demás” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 25).

Identificación Proyectiva: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. A diferencia de la proyección simple, en este caso el individuo no repudia totalmente lo que proyecta. Al contrario, el individuo es consciente de sus afectos o impulsos, pero los interpreta incorrectamente al considerarlos reacciones justificables frente a otras personas. No es raro que el individuo atribuya sus propios sentimientos a otros, haciendo que sea difícil esclarecer quién hizo algo a quién en primer lugar (DSM-IV-TR-AP, 2004; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 25).

Inhibición: “Acción psíquica que frena o evita determinadas formas de expresión, sobre todo las referentes a los sentimientos del individuo o entendido como una limitación funcional del yo que puede tener orígenes muy diversos” (Bello-Porrás, 2008; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 26).

Negación: “Mecanismo mediante el cual el sujeto deja de acusar recibo de algunos aspectos de la realidad externa que son manifiestos para los demás” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 26).

Omnipotencia: “El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo pensando o actuando como si dispusiera de poderes o capacidades especiales y fuera superior a los demás” (DSM-IV-TR-AP, 2004; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 26).

Orientación a la tarea: Surge en situaciones de urgencia que requiere de decisiones inmediatas y correctas (International Association for Analytical Psychology, 2015; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 26).

Proyección: “Mecanismo mediante el cual el sujeto atribuye a los demás sus propios sentimientos, impulsos o pensamientos, sin reconocerlos” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 26).

Pseudo-altruísmo: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo dedicándose a satisfacer las necesidades de los demás (DSM-IV-TR-AP, 2004; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 26).

Quejas y rechazo de ayuda: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante quejas o demandas de ayuda que esconden sentimientos encubiertos de hostilidad o resentimiento hacia los demás y que luego se expresan en forma de rechazo a cualquier sugerencia, consejo u ofrecimiento de ayuda. Las quejas o demandas pueden hacer referencia a síntomas físicos o psicológicos o a problemas de la vida diaria (DSM-IV-TR, 2004; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 26).

Regresión: Es el proceso en el cual una persona enfrenta un conflicto emocional o estrés, revirtiendo a una manera previa de responder (DSM-IV- TR-AP, 2004; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 27).

Somatización: “Mecanismo mediante el cual el sujeto se preocupa por síntomas físicos desproporcionados respecto a las alteraciones físicas reales” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 27).

Supresión: “Mecanismo mediante el cual el sujeto evita intencionalmente pensar sobre problemas, deseos, sentimientos o experiencias perturbadoras” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 27).

Vuelta contra sí: La agresividad contra al objeto externo, se inhibe o bien se dirige contra sí mismo (DSM-IV-TR-AP, 2004; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 27).

Todos los mecanismos de defensas anteriormente descritos permiten desde diferentes acciones que el Yo disminuya la tensión psíquica y así de cierta forma esquivar las demandas del Ello. La clasificación anterior corresponda a la realizada por Freud, existen clasificaciones posteriores en las que se incluyen muchos más mecanismos de defensa y se dividen por grupos teniendo en cuenta los recursos que los mismos utilizan para aliviar la tensión. Una de esas clasificaciones es la hecha por Bond y Wesley en el año de 1996 en donde se describen 20 mecanismos de defensa en dos grupos principales, los mecanismos adaptativos y los mecanismos mal adaptativos. Esta clasificación hace notar la importancia de estos en el alivio de la tensión causada por la enfermedad, pero no quiere decir que la alivien en su totalidad eliminándola del aparato psíquico del sujeto, más bien la disfrazan al tiempo que afectan la personalidad del individuo y con ello su funcionamiento psicológico, cognitivo, social y personal.

Para afectos de la presente investigación se describen a profundidad los mecanismos de defensa propuestos por Freud, puesto que son estos la base de la teoría psicoanalítica de las defensas yoicas.

Represión.

La represión fue el primer mecanismo de defensa trabajado y descrito por Freud, este mecanismo “implica que un elemento es rechazado de la conciencia y permanece inconsciente. Desde el inconsciente pugna por expresarse, por ganarse acceso a la conciencia” (Gómez & Campbell, 2013; como se cita en por Alvarado, 2016, p.20). Cuando existe un sentimiento, emoción o pensamiento que causa malestar en el sujeto hace uso de la represión para eliminar su contenido de la conciencia enviándolo al inconsciente, instancia que dificulta su aparición en el exterior pero que no la elimina, sino que la reprime. “La esencia del proceso de la represión no consiste en suprimir y destruir una idea que representa al instinto sino en impedirle hacerse consciente” (Freud, 2011; como se cita en Alvarado, 2016, p.20).

Negación.

El Yo con las constantes luchas vividas con el ello hace uso de la negación, este mecanismo de defensa según Freud (1954, como se cita en Alvarado, 2016), “se capacita para eludir los estímulos des placientes y en lugar de percibir la impresión dolorosa y subsecuente mente anular sus efectos, sustrayendo sus cargas o catexias, el yo usa la libertad de preservarse, esquivando abordar la peligrosa situación externa” (p.21). Un ejemplo muy claro de este mecanismo de defensa se presenta en la enfermedad, especialmente en el diagnóstico donde el sujeto niega la realidad de su enfermedad como forma de aliviar la tensión que causa la misma en la salud del sujeto. Con este ejemplo se evidencia como el yo se refugia en la realidad alterada como incapacidad de enfrentarla. Cada uno de los mecanismos de defensa incluyendo la negación se accionan como incapacidad del

yo por enfrentar la realidad. En algunos casos la presencia de estos hace ver la ausencia de estrategias yóicas por resolver los conflictos.

Formación reactiva.

Como se ha venido mencionado, desde la terapia psicoanalítica se considera que el ello busca hacer consciente el material reprimido para así poder lograr satisfacer los impulsos instintivos, por lo que una vez más el Yo hace uso de los estilos o mecanismo de defensa. En este caso se conceptualiza el mecanismo de formación reactiva el cual sirve: “como garantía contra el retorno de lo reprimido desde adentro” (Freud, 1954; citado por Alvarado, 2016). La formación reactiva permitirá disfrazar la tensión en cuanto muestra un sentimiento, pensamiento y emoción diferente al experimentado por el paciente. Es una especie de racionalización de la conducta donde el sujeto muestra algo contrario a lo que siente.

Proyección.

Con la proyección el sujeto lanza al exterior, a un objeto o a una persona los propios sentimientos, pensamiento y emociones. Con este mecanismo el sujeto busca un autor responsable en el mundo externo de sus tensiones internas. Como afirma Freud, (1954; como se cita en Alvarado, 2016):

La proyección es un mecanismo que incluso el sujeto puede haberlo utilizado desde la infancia, este aparece por que el sujeto repudia sus propios deseos y actividades que devienen peligro, lo que le permite encontrar un autor responsable en el mundo exterior (pg. 22).

Capítulo III. Cáncer

Concepto de cáncer

El cáncer se conceptualiza como una enfermedad que afecta a todos sin distinción, se considera un problema de salud pública teniendo en cuenta sus altos índices en la población en general. En cifras esto supone que, por lo menos el 20% de los fallecimientos del mundo industrializado son causados por el cáncer, además, más de la mitad de los fallecidos son por causa de más de tres tipos de cáncer: de pulmón, de colon y de mama (Cardoso et al, 2014). A lo largo de la historia se ha definido dicho concepto, habiendo aportaciones desde la filosofía clásica hasta la medicina y la psicología. La etimología de la palabra cáncer proviene del griego *καρκίνος* que se lee karkinos, y su significado se traduce a cangrejo, para hacer referencia a una enfermedad crónica que tiende a desarrollarse sin control (Salaverry, 2013; citado por Bernal, y Monsalve, 2017).

El cáncer es definido como un grupo de enfermedades que se da bajo la transformación de una a varias células o grupos celulares, para formar así una masa o tumor que crece de manera descontrolada invadiendo tejidos celulares cercanos adyacentes. El Instituto Nacional de Cancerología lo define como un grupo de enfermedades diferentes entre sí, que es producto de un crecimiento anormal de las células hasta el punto de llegar a formar masas (Instituto Nacional de Cancerología, 2004; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017). En dicha patología existen diferentes tipos de alteraciones entre las cuales se encuentran: la capacidad de proliferación celular, la diferenciación, la organización cromosómica, y la genética. La clasificación de un tumor entre maligno o benigno va a depender de su desarrollo y del comportamiento del cumulo de células que lo conforman. Es así, que se considera maligno aquel tumor cuyas células tienen un crecimiento de manera acelerada, generando una diseminación en otros órganos. Y benigno aquel tumor en el

que su crecimiento se da en el rango de tiempo normal (Die Trill, 2003; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017).

Según lo referido por la Organización Mundial de la Salud, una de las características principales del cáncer es su rápido crecimiento y proliferación por los órganos a los que se comunica, esto como resultado de una acumulación de células muertas que se conglomeran hasta formar un tumor con características específicas. Cuando la propagación de las células se da de manera descontrolada recibe el nombre de metástasis, siendo esta la principal muerte por cáncer. (OMS, 2017; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017). En el cáncer se habla de una proliferación anormal de las células, esto debido a que, cuando esto ocurre en las células normales no se corren los tejidos, por el contrario, se produce una producción celular controlada, que va sustituyendo células muertas por otras. En el caso del cáncer la proliferación, es decir la multiplicación y remplazo de células muertas por nuevas no se da, por el contrario, se acumulan formando grandes tumores que afectan a todo el organismo en general (Cardoso et al, 2014).

Con la multiplicación de manera descontrolada las células cancerígenas pueden afectar órganos como, por ejemplo: riñones, hígado, pulmones, intestinos, etc. Dejando apenas algunos tejidos para que estos órganos cumplan su función. La afectación va desde el bloqueo del órgano por el gran volumen del tumor hasta la erosión de los vasos sanguíneos como en el caso del cáncer de estómago. Como se mencionó anteriormente dicha multiplicación es denominada como metástasis, aunque también se suele denominar neoplasia la cual significa nueva formación, en este caso vendría ser el tumor que es como coloquialmente se conoce al cáncer (Cardoso et al, 2014).

Tabla 3. Diferencias entre tumores malignos y benignos

<i>Diferencias entre Tumores Malignos y Benignos</i>			
Neoplasia benigna	Su crecimiento se da a ritmo lento	No invade tejidos cercanos	No produce metástasis
Neoplasia maligna	Su crecimiento se da a ritmo rápido	Se extiende hasta los órganos cercanos	Si produce metástasis

Fuente: Cardoso et al, (2014).

Para que el tumor dentro del organismo pueda crecer requiere de oxígeno y otros nutrientes, los cuales se transportan a través de la sangre. Por eso, es que en el seno de los tumores se evidencia una formación de pequeños vasos capilares que se desarrolla gracias a una sustancia segregada por las propias células tumorales denominada “factor angiogénico tumoral”. Con cada uno de estos nutrientes que hace uso los tumores para mantenerse genera un recorte en los nutrientes necesarios que necesita los demás órganos para funcionar, generando así una alteración en la homeostasis a nivel fisiológica. De hecho, muchos estudios han llegado a concluir que con la eliminación o inhibición de estos vasos capilares puede generar la eliminación del cáncer en una gran porción. Cabe aclarar que este tipo de estudio aún no se ha realizado con humanos, pero se esperaría que fuera el tipo de terapia médica del futuro (Cardoso et al, 2014).

Otra de las características que presenta el cáncer y que no se evidencia en las células normales es su unión. Si bien, en las células normales no se evidencia una unión permanente de las mismas debido a que su membrana carece de puntos de adherencia, mientras que las células cancerígenas si permanecen unidas por eso su capacidad de invadir tejidos. Esta característica permite que

algunas células cancerígenas se puedan desplazar por el sistema circulatorio y linfático y alterar otros tejidos celulares (Cardoso et al, 2014).

Sintomatología.

El cáncer es un proceso silencioso en el cual la persona casi nunca experimenta síntomas, algunos tipos de cáncer como el de piel se evidencian síntomas como: afectación en los epitelomas cercanos a la piel que al ser extremos son fácilmente notables. Esta situación propicia que muchos tipos de cáncer sean detectados cuando ya están avanzados, o cuando ya ha afectado órganos vitales. Los síntomas en dicha fase van a depender de la localización del cumulo de células, pero se puede distinguir: dolor, hemorragia, abultamiento en la zona donde se presenta el dolor, etc. Además, la presencia de síntomas graves va a variar dependiendo el órgano afectado. Como afirma Cardoso et al, 2014. “En cualquier caso, el cáncer puede advertir de su presencia a través de una serie de síntomas inespecíficos, entre los que destacan: fatiga, debilidad, pérdida de peso, pérdida de apetito o fiebre”. (p.51).

A parte de esto, algunos profesionales han tratado de formular una relación teniendo en cuenta el tipo de cáncer y su ubicación en asociación con la sintomatología que se pueda presentar. Entre estas se encuentran:

Tabla 4. Tipos de cáncer y sintomatología

<i>Tipos de Cáncer y Sintomatología</i>	
<i>Tipos de cáncer</i>	<i>Sintomatología o padecimiento</i>
Cáncer de colon y recto o de vías urinarias	Se da una alteración en los hábitos normales de evacuación intestinal y urinaria.

Cáncer en riñón, vejiga y recto	Se puede evidenciar presencia de sangre en el ano y en las vías genitourinarias.
Cáncer cutáneo	Se presenta como úlceras en la piel que tardan mucho tiempo en sanar o cicatrizar.
Cáncer de mama o de ganglios	Se evidencia aparición de un bulto en el pecho o en otra parte del cuerpo, denotando una presencia anormal de un cumulo.
El melanoma	Se presenta mediante el crecimiento anormal de una peca, lunar o verruga.
Cáncer de estómago o esófago	Puede manifestarse en una persistente pesadez gástrica o en la dificultad para tragar los alimentos

Fuente: Cardoso et al, 2014, (2014).

Tipos de cáncer

Su clasificación se realiza teniendo en cuenta el órgano afectado o su tejido entre ellos se encuentra:

Carcinomas: este tipo de cáncer son los más frecuentes, su origen se da a partir de las células epiteliales, las cuales cubren mucho de los órganos del cuerpo humano. Entre los tipos de cáncer más comunes se encuentran: cáncer de colon, próstata, mama, etc.

Sarcomas: su formación tiene origen principalmente en los huesos, tejidos blandos, músculos y formaciones de tejido adiposo.

Leucemias: su origen se da en la medula espinal, comúnmente conocida como medula ósea, cuya función está dada por producir los glóbulos blancos, rojos y plaquetas. En este tipo de cáncer no se identifican tumores sólidos, por el contrario, por ser su Génesis en la medula ósea su afectación principal es en la sangre. Generando un gran cumulo de glóbulos blancos en la sangre y desplazando a los glóbulos normales de la misma.

Linfomas: son canceres que tienen su origen en los linfocitos, sean estas células T o células B. las funciones de estas células es combatir las infecciones de agentes patógenos que amenacen con afectar el sistema inmunológico. Por lo tanto, su afectación acarrea grandes consecuencias para el sistema de defensas del cuerpo humano.

Tumores del sistema nervioso central: son aquellos cúmulos de células cancerígenas que empiezan en el cerebro o en la medula espinal provocando gran afectación en las neuronas siendo están las células principales del SNC. (Puente & Velasco, 2017; Instituto Nacional del Cáncer, 2015; citado por Bernal y Monsalve, 2017).

Factores de riesgo.

En las enfermedades cancerígenas existen múltiples factores que pueden generar la génesis o el desarrollo de la misma. Por eso la importancia de emplear técnicas preventivas. La detección temprana de dichos factores de riesgo puede reducir la tasa de morbilidad y comorbilidad de este grupo de enfermedades que afecta ampliamente el cuerpo humano. De hecho, la reciente evidencia

confirma que el reconocimiento de dichos factores posibilita el tratamiento existiendo mayor probabilidad de éxito. Como afirma Die Trill, (2003; citado por Bernal y Monsalve 2017):

La disminución de ciertos patrones de conducta adoptados por los pacientes antes y durante su enfermedad conduce a una reducción en la carga que supone la patología para el enfermo, su familia y personal sanitario; evidenciando además prolongaciones en la supervivencia cuando se controlan estos factores (p.13).

Todo esto hace saber la importancia de la detección y la prevención temprana de los factores de riesgo como medida de mitigación del cáncer. Por ellos, entre los principales factores de riesgo se encuentran:

Alteraciones genéticas: el origen del cáncer se ha relacionado con la alteración de algunos cromosomas del ADN, que posteriormente culminara en una acumulación celular en cualquier parte del cuerpo. Muchos de los tipos de cáncer aparecen de manera repentina, pero en muchos casos el grupo familiar posee un gen patológico de dicha enfermedad. (Longo, et al., 2012; citado por Bernal y Monsalve, 2017).

Factores inmunitarios: bajo el funcionamiento normal del sistema inmunológico los agentes del cuerpo, espacialmente los linfocitos C8, linfocitos T, linfocitos B, linfocitos NK, actúan en la destrucción de células patógenas que amenazan con afectar el sistema inmune. Alteraciones en el sistema inmune imposibilita a estas células defenderse, propiciando la apareciendo de enfermedades como el cáncer o incluso muchas enfermedades más. (Die Trill, 2003; citado por Bernal y Monsalve, 2017).

Factores infecciosos: el virus del papiloma humano espacialmente el de tipo 6, 11 y 16 están relacionados con el cáncer de cérvix, de cavidad oral y faríngea. De igual forma, el virus del herpes

simple 1 y 2 están relacionados con la aparición de tumores faríngeos. Por otra parte, el virus de la hepatitis B y C pueden ocasionar hepatocarcinomas. (Die Trill, 2003; citado por Bernal y Monsalve, 2017).

Factores físicos: las infecciones de carácter crónico y los traumatismos actúan propiciando la proliferación celular, aumentando así la transformación neoplásica. La exposición constante de los rayos X también se han asociado con alteraciones en el ADN, especialmente en su réplica. (Die Trill, 2003; citado por Bernal y Monsalve, 2017).

Factores químicos: el tabaco es el carcinógeno más evidenciado en la presencia de esta enfermedad, se calcula que uno de cada siete casos de cáncer está asociado con el consumo de tabaco. No solo para los fumadores activos sino también para los fumadores pasivos. Toda elaboración de tabaco contiene nicotina, una sustancia que aumenta el riesgo del cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer. Cabe mencionar que los efectos de la enfermedad pueden aumentar cuando se encuentra expuesto a otros factores de riesgo. (Fernández, Regueira, y Torres, 2016; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017). Otras de las sustancias que aumenta la posibilidad de que se presente el cáncer es el alcohol. Así se hace ver cuando se afirma que: “los mecanismos conocidos de la carcinogénesis alcohólica son principalmente las deficiencias nutricionales e hipovitaminosis, deficiencia de las células T y de su actividad mitótica, irritación local, el alcohol disminuye la actividad de las enzimas reparadoras del ADN” (Fernández, Regueira, y Torres, 2016; como se cita en Bernal y Monsalve. p. 7).

Factores hormonales: múltiples parejas sexuales y un inicio de la vida sexual temprana, al igual que un número elevado de embarazo sea relacionado con el cáncer de cérvix. “La menarquia precoz y la menopausia tardía pueden ser factores relacionados con el cáncer de mama y

endometrio” (Catarya, Hernández, González, y Álvarez, 2010; como se cita en Bernal y Monsalve, p. 7).

Tratamiento del cáncer

Uno de los temas mayormente abordados en la oncología es el tratamiento para las enfermedades cancerígenas, donde el objetivo principal está dado por reducir el dolor y proporcionar un tratamiento eficiente teniendo en cuenta el padecimiento actual. A muchos pacientes se les proporciona un solo tratamiento, pero en muchos casos esto no es suficiente y se requiere la combinación de dos o más tratamientos. Los tratamientos existentes varían desde la cirugía con quimioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida u hormonal.

En el tratamiento del cáncer deben establecerse protocolos terapéuticos multidisciplinarios elaborados por las distintas especialidades médicas oncológicas. (Bernal y Monsalve, 2017). Las armas más eficaces que se disponen para tratar los tumores son:

Tabla 5. Tratamiento del cáncer

<i>Tratamiento de Cáncer</i>	
Tratamiento	Descripción
Cirugía	En la actualidad la cirugía es la más utilizada en el tratamiento contra el cáncer y una de las más efectivas. “Aproximadamente un 70% de todos los pacientes con tumores van a requerir una actuación quirúrgica, algunos diagnósticos, pero en el mayor de los casos terapéuticos” (Die Trill, 2003; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017. p. 8). En muchos casos la cirugía es el primer tratamiento como medio de eliminación del cáncer, al no funcionar se hace uso de otros tratamientos mucho más costosos y complejos. Entre los tipos de cáncer más óptimos para este tratamiento son: el cáncer de

mama, esófago, tiroides, estómago, páncreas, colon, recto, piel, etc. La importancia de esta técnica resulta en su posibilidad que causar una menor morbilidad. (Granados, Beltrán, Soto, y León, 2011; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017).

Cabe mencionar que este tratamiento tiene un papel fundamental en la prevención, diagnóstico y evaluación de la extensión de la enfermedad y tratamiento curativo.

Radioterapia La importancia de la radioterapia radica en su posibilidad de generar radicales libres los cuales actúan produciendo rupturas en la composición molecular de las células. Es decir, con la radiación se propicia la muerte de las células desde sus moléculas de ADN. La radioterapia en muchos casos se puede utilizar de manera individual o acompañada de cirugía. De esta forma, en primer lugar, se elimina una gran porción de células muertas y el restante o menos accesibles se eliminan con radioterapia.

La utilización de esta técnica también es muy común cuando existe metástasis y el padecimiento actual del paciente es tan doloroso que su vida no parece importar. Baeza, 2017; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017).

Quimioterapia Es el principal tratamiento en las neoplasias malignas. Con este tratamiento se le suministran al paciente medicamentos llamados citostáticos. Las principales formas en la que se utilizan la quimioterapia son: tratamiento de inducción administrada a pacientes con cáncer avanzado; tratamiento adyuvante posterior a la aplicación de métodos locales de tratamiento en tumores clínicamente localizados; tratamiento neoadyuvante o primario aplicado antes de la intervención quirúrgica, con el fin de poder operar tumores que en un principio eran inoperables. (García y Díaz, 2000; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017).

Hormonoterapia Con este tratamiento se le suministran hormonas al paciente que solo se aplican a tumores hormono dependientes, como es el caso del cáncer de mama o de próstata. (Die Trill, 200; Bernal y Monsalve, 2017).

Fuente: Bernal y Monsalve, (2017)

Capítulo IV. Psicooncología

En el año de 1992 nace una subdisciplina ante la necesidad de los aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer. Esta nueva disciplina se desprende de la oncología a saber la psicooncología. La psicooncología es una disciplina científica que se ocupa de la respuesta emocional del paciente con cáncer, sus familiares o cuidadores; independientemente de la fase en la que se encuentre el paciente. Además de las respuestas emocionales el profesional de salud con conocimiento teórico y práctico en psicooncología deberá tratar los diversos factores psicológicos, de comportamiento y aspectos psicosociales que pudieran propiciar el número de casos de mortalidad, morbilidad y comorbilidad del cáncer. (Die Trill, 2003; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017). La psicooncología se considera un campo interdisciplinar cuya derivación parte de la psicología y de las ciencias médicas dedicadas a la promoción, prevención, tratamiento y cuidado de los pacientes paliativos. Así, como la mejora de los canales de comunicación de los diferentes profesionales de la salud para brindarle al paciente un servicio de calidad. (Cruzado, 2003; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017).

Entre las funciones de este campo se encuentran: el cuidado clínico y psicológico tanto de los pacientes, familiares y cuidadores primarios en las diferentes etapas de la enfermedad. Se considera que los objetivos de intervención de esta disciplina comprenden también al cuerpo médico asistencial (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, atención espiritual, etc.), para lograr una mejoría óptima del paciente y su padecimiento. (Die Trill, 2003; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017). Como es bien sabido, el padecimiento del paciente con cáncer es amplio y requiere de una atención adecuada y de calidad, más aún por la multiplicidad de síntomas que se presenta.

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del cáncer es un proceso estresante tanto para quien lo padece como para el familiar. Suele generar diversos cambios en los contextos familiares, sociales, laborales, personales y espirituales. La experiencia de vivir con la enfermedad del cáncer y someterse a tratamientos complejos como la quimioterapia se viven y se percibe como una experiencia traumática de gran afectación ya, que si bien, genera cambios en la percepción del Yo, cambios físicos como caída del cabello, cambio del color de piel, pérdida de peso, etc. Además de las alteraciones en el autoconcepto se evidencia cambios físicos de energía, de fuerza, presencia de malestar, dolor, etc. En cuanto a nivel emocional se evidencian cambios en el estado del ánimo, sentimientos de tristeza, miedo, desesperanza, soledad. En muchos de los pacientes con esta patología el presentar dicho padecimiento genera una mayor motivación de conectarse consigo mismo y con un ser superior que le dé esperanzas para continuar con las diferentes fases del cáncer. (Jaman-Mewes & Rivera, 2014; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017).

La intervención que realiza el profesional en psicooncología permite aclarar, mediar y aliviar el dolor físico y emocional tanto en pacientes como en familiares. El objetivo principal es disminuir los síntomas o malestares psicológicos para así alcanzar la humanización del tratamiento y evaluar las estrategias terapéuticas más efectivas y que se acoplen a la necesidad del paciente. La importancia de la intervención psicológica parte del apoyo que esta le brinda al paciente y a los familiares para superar y lidiar con el diagnóstico, la enfermedad, tratamiento, y postratamiento. (Bernal y Monsalve, 2017).

Fase de la enfermedad del cáncer

Fase de diagnóstico: la fase de diagnóstico es una etapa en la cual existen muchas dudas en relación a la enfermedad y a lo que vendrá posteriormente del diagnóstico. Se da un impacto emocional negativo tanto en el paciente como en su entorno (familia, conocidos y amigos), en esta fase es de gran relevancia que el psicólogo especialista pueda identificar las necesidades psicológicas, emocionales, sociales y espirituales; con el objetivo de orientar y brindar al paciente y sus familiares un apoyo emocional. (Malca Scharf, 2005; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017). Este tipo de intervenciones ha mostrado resultados positivos en cuanto al manejo de emociones por parte del paciente, la comunicación médica – paciente y paciente – familiares. Reduce el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos y permite una mejor disposición al tratamiento y adherencia al mismo. (Villoria, Fernández, Padierna, y González, 2015; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017).

Fase de tratamiento: la calidad de vida del paciente se suele ver comprometida por su delicada salud, su tratamiento y la oleada de sentimientos por su diagnóstico. La intervención del especialista en esta etapa se centra principalmente en potenciar estrategias de afrontamiento para la adaptación del paciente y su familia con el fin de evitar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Algunas de las técnicas más utilizadas se centran en el estado de la conciencia del paciente, como afirma Villoria, Fernández, Padierna, y González, (2015; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017), “el Counseling, intervenciones basadas en Mindfulness, el apoyo emocional, técnicas de relajación, son procesos que parecen reducir la ansiedad, lograr una buena adaptación, mejorar el funcionamiento y calidad de vida del paciente” (p.15). Otro aspecto de gran importancia es el mantenimiento de las funcionalidades que aún no se han perdido o ausentado en el paciente, es un trabajo constante donde la relación paciente-psicólogo es fundamental.

Fase de intervalo libre de la enfermedad/sobrevivencia: los sobrevivientes del cáncer tienen una preocupación más, que no solo estará dado por su adaptación a un nuevo estilo de vida sino a una posible prevención ante una posible amenaza de volver a presentar la enfermedad, por lo que puede incrementar los niveles de angustia y ansiedad. La intervención de la psicología en esta etapa o fase se basa principalmente en la expresión de sentimientos de miedo y preocupación, y ansiedad tanto del paciente como de los miembros de su contexto. Se propicia la adaptación del paciente a la escuela, el trabajo, la familia, así como las secuelas físicas, psicológicas y sociales que la enfermedad neoplásica deja; se trabaja de manera interdisciplinaria para que el paciente se reincorpore a su vida diaria y a sus actividades de interés. Es de gran importancia reducir las emociones negativas, aumentar las positivas, incrementar la resiliencia y demás estrategias de afrontamiento. Como afirma Villoría, Fernández, Padierna, y González, (2015; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017), “El efecto de estas intervenciones es incorporar funcionalmente a los pacientes en sus actividades diarias, lo cual supone para él un parámetro de gran importancia ya que implica, entre otras cosas, una estabilidad y normalización de su vida” (p. 15).

Fase recidiva, progresión y enfermedad terminal: esta etapa se caracteriza por un efecto de choque mucho más intenso que la fase de diagnóstico. En esta fase se interviene al paciente de una manera paliativa, es decir, el objetivo se centra más en cuidar que en curar. La intervención en el gripe familiar también es de gran relevancia, se trabaja un duelo anticipado y una aceptación de la muerte como un proceso natural. En esta fase es muy común los síntomas ansiosos y depresivos tanto en los pacientes, familiares e incluso en los profesionales de la salud que guardan relación con el paciente, aparecen reacciones emocionales como negación, rabia, aislamiento, miedo a la muerte, etc. Como afirma Fernández, Padierna, y González, (2015; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017):

El objetivo principal de psicooncología se basa en ofrecer una mejor calidad de vida al paciente, dar apoyo emocional y potenciar estrategias de afrontamiento; de igual forma, es importante abordar y reconducir las necesidades espirituales que puedan surgir. En este período se acompaña al paciente en el proceso del final de su vida y a su familia en la elaboración del duelo. (p. 16).

La participación de un psicólogo a lo largo del proceso es de vital importancia debido a los cambios que se experimentan en las diferentes etapas y fases de la enfermedad. Una intervención integral va a determinar la mejoría de salud y salud mental en el paciente. Por eso desde las diferentes especialidades médicas y de la salud se busca una participación humanizada y efectiva con el objetivo que el paciente viva su padecimiento de manera tranquila y con el menor dolor posible.

Trastornos psicológicos asociados al cáncer

Como se ha venido conceptualizando la enfermedad del cáncer trae consigo una amplia gama de emociones negativas y padecimientos que influyen en las diferentes etapas de la misma. En muchos casos los pacientes con una patología cancerígena presentan comorbilidad con otras enfermedades físicas e incluso psicológicas. Es así, como se hace mención de algunos trastornos psicológicos asociados al cáncer.

Trastornos del estado del ánimo.

Depresión.

Con frecuencia los síntomas depresivos tienden a ser pasados por alto en la población con cáncer; tienden a confundirse con alteraciones en el estado del ánimo como lo son tristezas profundas o el abatimiento, en otros casos se piensa en la depresión como un proceso normal por el que todos los pacientes con enfermedad tienen que pasar, pero es bien sabido que la depresión es mucho más que un padecimiento temporal o pasajero. El diagnóstico de la depresión se ve nublado por los síntomas neurovegetativos, en muchos casos suelen ser secundarios a síntomas depresivos o bien al cáncer o su tratamiento. La importancia de la detección y tratamiento de la depresión radica en su alta incidencia en pacientes con cáncer. En diversos estudios se destaca la presencia de la depresión en los pacientes variando desde 1% hasta 60% el Instituto Nacional de Cáncer estima que la depresión afecta desde el 15% hasta el 25% de los pacientes oncológicos y su presencia es mucho más alta en las primeras etapas del diagnóstico, pero la mayoría de la sintomatología se desarrolla en la etapa de la enfermedad. Según Guerrero, Prepo, y Loyo, (2016; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017) los predictores más comunes de la depresión son:

Síntomas combinados de tristeza y falta de motivación e historia psiquiátrica familiar. Desde el punto de vista psicológico, un paciente con diagnóstico de cáncer, elabora procesos cognitivos asociados a culpa, desesperanza, creencias acerca de la enfermedad, que puede favorecer la aparición de síntomas depresivos. (pg., 17).

Trastornos de ansiedad.

El diagnóstico del cáncer es un estresor que puede causar trastornos como la ansiedad y reacciones emocionales fuertes, se ha encontrado una prevalencia de estos en un 2% y 10% en la población oncológica. De la misma forma, se ha conceptualizado varios factores que pueden propiciar la aparición de esta patología a lo largo de la enfermedad del cáncer, entre los que se resalta: la sensación de sentirse enfermo ha amenazado por la muerte, el dolor incontrolable, el avance desmedido de la enfermedad, poco apoyo social y familiar y la presencia de trastornos ansiosos previos en el grupo familiar primario. Aunado a esto, la presencia de esta patología resulta un reto tanto para el paciente como para los profesionales de la salud, ya que en muchos casos por el temor a la muerte se tiende a rechazar la ayuda o el tratamiento brindado.

Trastornos adaptativos

La aparición de pensamientos y comportamiento orientados a la homeostasis mental es muy común en los pacientes con cáncer, pero en muchos casos estos mecanismos de adaptación suelen ser más disfuncionales que la misma enfermedad. Todos los pacientes atraviesan fases como la negación, enojo, depresión y aceptación proceso que puede ser exitoso si se tiene los recursos personales suficientes para hacer frente a la situación, (personalidad, ausencia de patologías mentales, apoyo familiar, amplias estrategias de afrontamiento) y recursos o apoyo externo (apoyo social, familiar, ambiente sano, etc.). Cuando estas condiciones no son las adecuadas los pacientes oncológicos pueden experimentar trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos. (Almanza, Juárez, Silva, & De la Huerta, 2010; citado por Bernal & Monsalve, 2017).

Trastornos sexuales

Muchos de los pacientes oncológicos tienden a perder el gusto o la motivación por la realización de la actividad sexual durante el transcurso de la enfermedad lo que en muchos casos supone un fuerte impacto en el paciente y aún más en su pareja. El diagnóstico del cáncer puede crear dificultades a nivel sexual ya sea por la enfermedad o por la severidad de los tratamientos a los que se ven expuestos. “Las afectaciones negativas con la sexualidad abarcan las dimensiones de excitación, deseo sexual, satisfacción, orgasmo, dolor, etc. Además, la patología y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico, produciendo reacciones psicológicas que van a condicionar la percepción que la persona tiene de sí misma” (Bueno & Soto, 2015; citado por Bernal & Monsalve, 2017).

Capítulo V. Enfermedades Crónicas

En el presente apartado se hará un abordaje de la temática de enfermedad, haciendo énfasis en la diabetes e hipertensión; así como sus factores asociados que propician la aparición y mantenimiento de estos tipos enfermedades crónicas y sus posibles tratamientos.

Diabetes

Es una enfermedad crónica también llamada diabetes mellitus caracterizada por disminuir o evitar la producción de insulina hecha por los islotes de Langerhans en el páncreas, ocasionando un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y la orina del paciente, al no ser regulada, la glucosa quedara circulando en la sangre y no llegara a las células dejando al cuerpo sin energía dejándolo debilitado hasta el punto de contraer alguna enfermedad secundaria a la diabetes (Romero, Sánchez y Rojas, 2017).

Función de la insulina.

Su función es regular los niveles de glucosa en la sangre enviando una parte de esta a las células y la otra como reserva guardada en el hígado la cual sirve como fuente de energía para las células y también para que la persona pueda desempeñar con efectividad sus actividades en el caso de ingerir un alimento, en el caso contrario de no comer, el páncreas libera el glucagón, son hormonas que liberan la glucosa almacenada en el hígado para llevarla a las demás células del cuerpo como los músculos y el cerebro (Romero, Sánchez y Rojas, 2017).

Factores asociados a la diabetes

Existen muchos factores internos y externos asociados a la enfermedad de la diabetes, según Greppi, (2012) es posible encontrar algunos factores como:

Hábitos alimentarios.

La causa principal de la diabetes es como se alimenta la persona todos los días, que clase de alimentos consume, y cada cuanto tiempo los consume o el hecho de omitir una comida diaria también derivada en algunos trastornos de la conducta alimentaria produciendo enfermedades como: la obesidad, anorexia, bulimia, hipertensión y endurecimiento de las arterias, accidentes cerebro vasculares, paros cardiacos disminución en las defensas del cuerpo y la ya mencionada diabetes. Todo a causa de la mala alimentación.

Por lo cual, entre las enfermedades conocidas por la mala alimentación y que se encuentran ligadas a la diabetes están la bulimia, consiste en vomitar comida ingerida por miedo a ganar peso, la anorexia nerviosa caracterizada por perder peso y ganar una complexión delgada, esto no es debido por la incapacidad de comer sino por resistirse a comer y ganar peso, aunque los médicos que atienden pacientes diagnosticados con las enfermedades anteriormente mencionadas, no les dan la seriedad que se merece creyendo que solo son una simple etapa de la pubertad pasajera, para después ver pacientes, anémicos, con falta de energía estando hasta los huesos.

Actividad física.

Otro factor incidente es la falta de actividad física que se debe realizar al menos 2 o 3 veces semanalmente acumula grandes calorías que no se queman debido al sedentarismo de los jóvenes, que en la actualidad están más interesados en el manejo de dispositivos digitales, tales como los celulares y la televisión dejando a un lado el hacer ejercicio, causando a un largo plazo la obesidad y más tardar el desarrollo de la diabetes, por lo que es recomendado dedicar al menos 1 hora de ejercicio 2 o 3 veces a la semana.

Además de promover y prevenir la diabetes también es importante el promover los hábitos alimenticios y la actividad física iniciando desde las escuelas, donde más se presentan casos de sobrepeso y obesidad ocasionados por el consumo de comida chatarra, como los dulces, papas fritas, cheetos, vendidos en cafeterías escolares o en lugares aledaños a las escuelas. A las actividades físicas se pueden promover con actividades lúdicas y dinámicas que motiven a continuar el ejercicio.

Según El Centro de Control y prevención de Enfermedades (2003; citado por la OMS, 2010) la práctica de actividad física regular en la niñez y la adolescencia, mejora la fuerza y resistencia, ayuda a fortalecer los huesos y los músculos, controla el peso, reduce la ansiedad y el estrés, aumenta la autoestima, reduce los niveles de colesterol y mejora la presión arterial, se recomienda para las edades entre 6-17 años, realizar al menos 60 minutos de actividad regular de intensidad moderada con una frecuencia casi diaria y en especial en la población escolar se hace énfasis en limitar las actividades sedentarias a no más que dos horas por día.

A continuación, se mencionará una clasificación de los individuos según la actividad física que realizan Rojas, (2011)

1. Sedentario: toda persona que en su tiempo libre no haya realizado actividad física en el mes inmediatamente anterior.
2. Irregularmente activo: Quién realiza actividad física menos de 4 veces a la semana y menos de 60 minutos.
3. Activo. Toda persona que realiza actividad física todos días de la semana 60 minutos.

Factores psicosociales.

Como se ha mencionado la diabetes no solo surge de la mala alimentación y la falta de ejercicio, sino que estos vienen asociados del comportamiento y estilo de vida que lleve una persona y que tanto se preocupa por proteger su salud, de esto existen dos factores:

Factores de riesgo

Son los comportamientos que desarrolla una persona como un estilo de vida, una situación ambiental o alguna característica personal en este caso las acciones que haga pueden afectar positiva o negativamente su salud, en el caso de los diabéticos ciertos comportamientos como el consumo excesivo de calorías, una persona con diabetes siempre tendrá preocupaciones frecuentes relacionadas con la diabetes tipo 1 manifestadas por estos pacientes esta la responsabilidad que supone controlar y manejar continuamente la diabetes tipo 1, las marcas físicas que les provocan los pinchazos, el continuo estado de alerta en cuanto a la respuesta corporal a la insulina, los altibajos anímicos dependientes de las tasas de glucosa en sangre, la ansiedad generada por la valoración social-afectiva de su enfermedad (especialmente, miedo a reacciones negativas de sus

amigos) y, en general, el constante pensamiento sobre las complicaciones de su enfermedad (Pérez, Gómez y Montoya, 2015).

El curso de la enfermedad puede empeorar en la parte interpersonal del paciente, si no siente que se le da apoyo y asesora para controlar la enfermedad, esto suele presentarse en familias disfuncionales donde sus miembros pueden experimentar el enfado y la ira ante el diagnóstico y el tener que adaptarse a la situación, en donde la mayoría de casos dicha adaptación no sucede por parte del paciente sobre cómo controlar su enfermedad acompañado de una crisis psicológica leve cayendo en la depresión y alta ansiedad y emociones negativas, como la tristeza, la ira y el miedo haciéndolo más susceptible a contraer cualquier otra enfermedad (Pérez, Gómez y Montoya, 2015).

Factores de adaptación

Son comportamientos defensivos frente a la enfermedad con el fin de reducir las consecuencias negativas, entre estos factores se encuentra diseñar estrategias de afrontamiento. Estrategias de afrontamiento (las pérdidas asociadas a la enfermedad crónica se consideran estresores ante los cuales se requiere del afrontamiento dirigido al problema y del dirigido a la emoción en diferentes momentos. El primer tipo de afrontamiento sería más adecuado en situaciones susceptibles de ser modificadas y el segundo sería más útil ante las irreversibles. Por tanto, en la adaptación a la enfermedad, estos dos componentes tendrían un papel diferencial en los distintos momentos temporales, desde la anticipación de las pérdidas hasta su resolución (Pérez, Gómez y Montoya, 2015).

También se encuentran los factores protectores como el apoyo familiar, ocupaciones laborales, ausencia de dificultades económicas, que en algunos casos estos factores pueden ser lo opuesto o no existan en la persona. “Entre los principales factores de protección que favorecerían una adecuada adaptación en el niño diabético, estarían la percepción de autoeficacia positiva, los sentimientos de utilidad, la capacidad de autocuidado, las buenas estrategias de afrontamiento, la toma de decisión y resolución de problemas ante el estrés que supone una enfermedad crónica, las habilidades de comunicación y planificación, el buen sentido del humor y la capacidad de reflexión. Aunado a esto, la autoestima global y el apoyo social, además, se asocian positivamente con el ajuste y negativamente con el estrés, por lo que ambas variables contribuyen a la reducción del estrés, incrementando la probabilidad de un ajuste óptimo a la diabetes tipo 1 en la infancia. A su vez, el rasgo de resiliencia infantojuvenil parece tener un rol amortiguador sobre el descontrol glucémico y las conductas de autocuidado de la diabetes tipo 1. (Pérez, Gómez y Montoya, 2015).

Hipertensión

La hipertensión arterial es un factor de riesgo que puede llegar a ser modificable, aun así, se reconoce sus fuertes consecuencias en la salud. (Torres, Peña, Alcántara, Supliguicha, Vásquez, Añez, y Bermúdez, 2017). Su importancia radica en los riesgos cardiovasculares que causa a nivel general, considerándose una problemática de salud pública debido a su relación con problemas cardíacos y renales. Llegando a considerarse como una de las principales causas de muerte a nivel mundial (Cardona, Vergara, y Caro, 2016).

Por lo anterior, la hipertensión puede ser definida como una enfermedad donde existe una elevación presión de la sangre causando afectaciones en los diferentes órganos del cuerpo. Su

causa puede ser atribuible a factores externos después que una evaluación exhaustiva. Por ello, dentro de las causas endocrinas más frecuentes se encuentran el hiperaldosteronismo primario y demás factores que tienen su prevalencia en la enfermedad de la tiroides. Cabe mencionar, que las prevalencias de dicha enfermedad dependen de las características de la población, pero es preciso afirmar que los adultos mayores son la población más vulnerable (Senior, 2015).

Aunado a esto, la enfermedad de la hipertensión en esta población se vuelve cada vez más mortal debido a su reconocimiento; ya que si bien, hasta que la enfermedad no se encuentre en un estado avanzado es difícil el diagnóstico (Senior, 2015). Además, la hipertensión y la diabetes son enfermedades que regularmente se desarrollan de manera continua, por lo cual resulta ser de gran preocupación ante la posibilidad que los pacientes desarrollen comorbilidad con otras enfermedades. Mucho más aún por la cantidad de factores de riesgos que se encuentran asociados a estas enfermedades.

Factores de riesgo.

Entre los factores de riesgos más comunes que desencadenan la hipertensión se encuentran el peso corporal, la dieta, el consumo de alcohol el sedentarismo, la dislipidemia, la hiperglicemia, la diabetes, etc. Sumado a esto, se encuentran factores inmodificables como la edad, el sexo y los antecedentes familiares (Cardona, Vergara, y Caro, 2016). En relación a estos, los datos epidemiológicos demuestran que la prevalencia de esta enfermedad en la población está entre el 10 y el 73% dependiendo el tipo de población, en algunos países Europeos y Norte América la prevalencia varía entre el 44 y el 28% aunque en Inglaterra, Estados Unidos y España ha llegado

a alcanzar hasta el 60% (Wolf, Cooper, Banegas, Giampaoli, Hense, Joffres, 2003; citado por Cardona, Vergara y Caro, 2016).

En el caso de la población Colombia según el ministerio de salud y protección social la prevalencia de la enfermedad de hipertensión ha llegado a alcanzar en 22.8% siendo los hombres el grupo poblacional con mayor prevalencia. Entre los rangos de edad se resaltan los pacientes entre 59-59 años encontrando en esta población un número considerable de factores de riesgos (MinSalud, S.f; citado por Cardona, Vergara, y Caro, 2016).

Trastornos psicológicos presentes en enfermedades crónicas

Para Guevara y Galán, (2010) Las enfermedades crónicas son las responsables del 60% de las muertes en el mundo, por el impacto que tiene en la sociedad, dos de estas enfermedades han sido consideradas pandemias mundiales, estas son la HTA y la DM2, los países que son más afectados se encuentran en bajo y mediano desarrollo, en estos lugares habita el 80% del total de personas que padecen estas enfermedades, aunado a esto y de manera paradójica estos países reciben menos del 10% de los recursos mundiales destinados al control de estas enfermedades. En el último año, tanto los trastornos neuropsiquiátricos como las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se consideran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, han ganado notoriedad y han generado una creciente preocupación entre las organizaciones y profesionales de la salud pública, al ubicarse entre las principales causas de carga de enfermedad en el mundo (Murray, Vos, Lozano, Naghavi, Flaxman, Michaud, *et al*, 2010; como se cita en Diez, Ipince, Toyama, Benate, Galán, Mediana, Sánchez, Araya & miranda, 2014)

Entre los trastornos mentales encontramos la depresión que es la condición más prevalente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles; esta condición es mucho más alta en pacientes que presentan estas enfermedades que en los pacientes que no tienen condiciones crónicas. Ya que hay un aumento en la condición crónica de estas patologías, los síntomas depresivos incrementan las complicaciones médicas y desencadenan en problemas como infartos cardiacos, isquemias, síncope e insuficiencias cardiacas lo que puede llegar a generar un incremento en el riesgo de mortalidad y morbilidad. La depresión a largo del tiempo empeora la calidad de vida y provoca mayor discapacidad funcional en los pacientes que presentan estas patologías (Davidson, 2012).

Otros trastornos psicológicos conocidos que juegan un papel en la fisiopatología de estas enfermedades encontramos: cambios en la personalidad, ansiedad, depresión, estrés, rumiación, hostilidad e ira con el curso y pronóstico de estas enfermedades; por una parte un factor psicológico importante relacionado con la Hipertensión Arterial (HTA) es el estrés crónico el cual en estos pacientes manifiesta respuestas cardiovasculares y neuroendocrinas desarrollando diversos males tanto físicos como emocionales como la ansiedad y la ira, estas emociones tienen una prevalencia alta en los pacientes que tienen el diagnóstico de estas patologías. Otro de los factores, estudiados en los últimos años es la rumiación, la cual se refiere a un modo de respuesta, que conlleva a centrar la atención de forma repetitiva y pasiva en los síntomas negativos de las situaciones y sus posibles causas consecuencias (NolenHoeksema y Lyubomirsky, 2008; como se cita en Guevara y Galan, 2010).

En fases de crisis en estos pacientes es común encontrar síntomas como la depresión, ansiedad y angustia. (Porcelli, 2010), que se genera por situaciones de hospitalización, la percepción del deterioro de salud, la aparición de nuevos síntomas asociados a la enfermedad o la presencia de

algunos que ya se han mantenido bajo control; creando en ellos una incertidumbre de la continua amenaza a la vida y la pérdida en muchas situaciones de poder tener una cura real (Orozco, Castiblanco, 2014)

En relación a lo anterior las investigaciones sobre la diabetes e HTA, desde la perspectiva psicológica, proporciona una visión de cuáles son los efectos que la conducta ejerce sobre el control metabólico del organismo y por ende el desarrollo de diversas enfermedades; esto se asocia a variables psicológicas ligadas con estas condiciones como son: el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta de situaciones de estrés, los cuales en estos pacientes pueden afectar el funcionamiento biológico. Esta relación está enmarcada en variables cognitivas, emocionales y conductuales que son capaces de modular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endocrinas, mostrando un declive en estos pacientes que tiene diabetes Mellitus contra los que no lo padecen ya que esto se traduce a en estilos de vida susceptibles al afectar el organismo.

En cuanto a la etiología multicausal que puede tener estas enfermedades es necesario tener en cuenta el abordaje de los factores psicológicos que influyen en el comportamiento y cronicidad de las mismas, buscando modificaciones de estilos de vida, manejo de la emociones, la ira, el estrés y la rumiación, esto con el fin de evitar el avance de la enfermedad, la prevención de complicaciones y la reducción de la mortalidad en los pacientes que presentan estas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Marco contextual

Para desarrollar y aplicar el proyecto de investigación se tuvo en cuenta la población residente en la ciudad de Pamplona la cual incluye adultos jóvenes, adultos emergentes y adultos mayores. Atendiendo ello, se afirma que el municipio de Pamplona fue fundado por Pedro de Ursúa y Ortún Velasco el 1 de noviembre de 1549, está localizado en la parte central de la subregión suroccidental del departamento de norte de Santander , a una distancia de 75 Km de la capital del Departamento, cuenta con 57.803 habitantes, siendo el 51,58% son hombres y el 48,42% mujeres, ubicados el 8% en el área rural y el 92% en el área urbana, la importancia de pamplona la da la historia y la cultura por cual es reconocida a nivel nacional y se constituye como la ciudad estudiantil, ya que alberga a personas con diversidad cultural (Corporación Nueva Sociedad de la Región Nororiental de Colombia, 2019).

Asimismo, es necesario resaltar que es una ciudad con una situación social en la que el 14.80% de la población se encuentra bajo línea de pobreza, estando la mayor parte de la población en el área rural. En el municipio de Pamplona entre 1997 y 2007 se registran 187 casos de desplazamiento forzado por expulsión, además de esto como es una ciudad que se encuentra muy cerca de la frontera por lo cual existe una elevada migración de la población venezolana una de las razones para trabajar con la misma, buscando de esta forma la promoción del desarrollo social y la prevención de factores de riesgo para así poder lograr un bienestar en los mismos y el mejoramiento de su calidad de vida en pro de la salud mental (Corporación Nueva Sociedad de la Región Nororiental de Colombia, 2019)

De igual forma, Pamplona es una ciudad que como se mencionó anteriormente posee una población intercultural, donde los niños, jóvenes, adultos y adultos mayores crecen a partir de sus creencias implantadas desde sus hogares o el contexto en el cual se desenvuelve, siendo evidente la importancia de idear estrategias psicoeducativas para dar a conocer la temática a trabajar y que se logre un aprendizaje en los mismos, aportando beneficio que permitan la promoción o fortalecimiento de los factores protectores y la prevención de los factores de riesgo en busca de lograr un equilibrio entre los aspectos que conforman la salud (física, psicológica y social).

Cabe mencionar, que la población de interés para la realización del presente proyecto investigativo comprende los pacientes de tipo oncológico, diabético e hipertenso, por lo cual se reconoce que muchos de estos pacientes reciben tratamiento a su enfermedad en centros hospitalarios y clínicos como el Hospital San Juan de Dios, Medimás, Centro Médico integral y Fundación Medico Preventiva. Además de esto, es preciso resaltar que la escogencia de la muestra se realizó a través del grupo de adultos mayores “Pamplona señorial” el cual tiene un tiempo de vigencia de más de 16 años. Dicho grupo, se ubicó inicialmente en la casa de paso, posterior a ello consolidaron sus actividades y encuentros en la escuela de música de la ciudad de Pamplona, ubicada en el centro de la ciudad diagonal a Comfaorient. Hoy en día el grupo cuenta con la participación de 40 a 50 adultos mayores con edades comprendidas entre los 40 y 84 años de edad, los cuales estando inscrito a las actividades de la alcaldía propiciando una participación dinámica e interactiva entre sus miembros y diferentes profesionales. Dicha información fue suministrada por su coordinadora Sonia Esperanza Buitrago Santa Fe quien actualmente es la líder comunal de dicho grupo.

Marco Legal

En el presente aparatado, se dará a conocer algunas leyes y decretos nacionales que regulan al actuar del psicólogo con relación a la intervención e investigación con pacientes con cáncer y pacientes crónicos, por lo cual, se suscita en primer lugar la ley 1090 del 2006 (código ético y deontológico del psicólogo), seguidamente de hace mención de la constitución política, la ley estatutaria, el plan obligatorio de salud y demás derechos con los que estos pacientes cuentan.

Ley 1090 de 2006 De la Profesión de Psicología

Esta ley reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

Artículo 1.

Definición. La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida. (Congreso de la República, 2006).

Artículo 2°.

De los Principios Generales. Los psicólogos que ejercen su profesión en Colombia se registrarán por los siguientes principios universales:

Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

Estándares Morales y Legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante

legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Bienestar del Usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos.

Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuaran con la debida consideración respecto a las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la psicología y en otras profesiones.

Evaluación de Técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso inadecuado de los resultados de evaluación. Respetaran el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de las conclusiones y recomendaciones. (Congreso de la República, 2006).

Artículo 3. Del Ejercicio Profesional del Psicólogo.

a) Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales;

b) Diseño, ejecución, dirección y control de programas de diagnóstico, evaluación e intervención psicológica en las distintas áreas de la Psicología aplicada.

Artículo 25.

La información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad, excepto en los siguientes casos:

a) Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado. Este último, sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe psicológico consiguiente. El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas o entidades.

d) Cuando se trata de niños pequeños que no pueden dar su consentimiento informado. La información solo se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma.

Artículo 29.

La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata, o en el caso de que el medio utilizado conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo y explícito.

Artículo 30.

Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos. (Congreso de la República, 2006)

Artículo 36.

Deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional. I) No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente.

Artículo 49.

Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 50.

Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Artículo 52.

En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Constitución Política de Colombia 1991

Refiere en el Artículo 15 que todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en los bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas. En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución. La correspondencia y demás formas de comunicación privada son inviolables. Sólo pueden ser interceptados o registrados mediante orden judicial, en los casos y con las formalidades que establezca la ley. (Asamblea Nacional Constituyente, 1991).

Ley Estatutaria 1581 de 2012

Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. En esta ley se resaltan los siguientes artículos como fundamentales para el presente proceso de investigación:

Artículo 4.

Principio de confidencialidad. Todas las personas que intervengan en el Tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el Tratamiento, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma.(Congreso de Colombia , 2012)

Artículo 7.

Derechos de los niños, niñas y adolescentes. En el Tratamiento se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el Tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública.

Es tarea del Estado y las entidades educativas de todo tipo proveer información y capacitar a los representantes legales y tutores sobre los eventuales riesgos a los que se enfrentan los niños, niñas y adolescentes respecto del Tratamiento indebido de sus datos personales, y proveer de conocimiento acerca del uso responsable y seguro por parte de niños, niñas y adolescentes de sus datos personales, su derecho a la privacidad y protección de su información personal y la de los demás. El Gobierno Nacional reglamentará la materia, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley. (Congreso de Colombia , 2012).

Mediante esta ley se establecen las acciones integrales para los pacientes con cáncer en Colombia, se disponen de diferentes artículos en el cual se plantea el derecho a la salud y a una atención digna y humanizada.

Artículo 1

Se establecen las acciones para el manejo integral del cáncer en la población colombiana, con el objetivo de disminuir la mortalidad y morbilidad del cáncer en el adulto. De la misma forma, el objetivo de la presente ley radica en mejorar la calidad de vida de los pacientes con Cáncer a través de la garantía por parte del estado y los diferentes actores del sistema integrado de salud pública. De tal modo que se pueda: prestar todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

Artículo 2

El contenido de la ley afirma que las acciones tomadas para mejorar el padecimiento de la enfermedad de los pacientes oncológicos deben garantizar el derecho a la vida, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente.

Artículo 5

Se establece el control integral del Cáncer, disponiendo que es una problemática de salud pública en la cual el estado colombiano debe brindar sus esfuerzos para su prevención y mitigación. Además de: El control integral del cáncer de la población colombiana considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de

oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social.

Plan obligatorio de salud

Comprende el conjunto de servicios para la atención en salud de toda la población colombiana, cubre un listado determinado de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos, con el fin de proteger la salud, prevenir, curar y paliar las enfermedades tanto al afiliado como a su grupo familiar. En dicho plan se estipula, además:

Derechos de los pacientes oncológicos y pacientes crónicos

Tener accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad para el diagnóstico y la atención de la enfermedad.

Recibir atención en instituciones de salud que cumplan con todas las condiciones y la infraestructura adecuada para la atención integral de la enfermedad.

A que las autoridades del sector salud, de orden nacional y territorial, ejerzan mayor vigilancia y control, con el fin de que se garantice la atención integral del cáncer, especialmente en los niños.

A acceder a programas de prevención, a través de programas como la vacunación gratuita para las niñas escolarizadas, en el caso del virus del papiloma humano (VPH), a campañas para control del consumo de tabaco y alcohol y al fomento de actividades físicas y consumo de alimentos saludables.

En caso de niños con cáncer, a una atención especializada de la enfermedad, que garantice su atención en instituciones de salud de alta complejidad, disminuyendo la necesidad de traslados durante el tratamiento.

A que la expedición de autorizaciones sea dada por una única vez por parte de la EPS, para la totalidad del tratamiento de quimioterapia y radioterapia, formulado por el médico tratante cuando exista una guía o protocolo de manejo unificado.

Resolución 5521 de 2013

Desde sus anexos contempla los tratamientos de quimio y radioterapia, los exámenes paraclínicos, las imágenes diagnósticas y los medicamentos. De igual forma, indica la atención para los pacientes con cáncer dentro del POS (plan obligatorio de salud). Afirmando que:

Desde la etapa prenatal hasta los 18 años, los pacientes con cáncer o con presunción, tienen derecho a la cobertura de todas las tecnologías contenidas en el POS. Lo anterior incluye: Las tecnologías para la promoción, prevención y diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido, clínico o procedimental.

Leyes asociadas a pacientes crónicos

Ley 1355 de 2009

Esta medida legal es la que permite que se fundamente y se “expida la ley que define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública " de la cual se rescatan dos artículos que por sus características tienen gran incidencia en la presente investigación.

El siguiente artículo, es con el cual se definen se declara la obesidad como un problema de Salud Pública.

Artículo 1. Declárese

La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardíacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos. Por lo que, con este artículo se puede evidenciar la gran importancia que el gobierno nacional le da a estas enfermedades crónicas ya que se consideraron como problema de salud pública para todo el territorio nacional.

Ley 1733 de 2014

Esta es la ley Consuelo Devís Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

Artículo 5. Derechos de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida.

El paciente que padezca de una enfermedad terminal, crónica irreversible y degenerativa de alto impacto en la calidad de vida tendrá los siguientes derechos, además de los consagrados para todos los pacientes como son los derechos al cuidado paliativo, derecho a la información, derecho a la segunda opinión, derecho a suscribir el documento de voluntad anticipada, derecho a participar

de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo, derecho de los familiares así como el derecho de los niños y adolescentes.

Metodología

Tipo de investigación

El presente proyecto investigativo corresponde a un tipo de investigación cuantitativo, el cual, según Hernández, Fernández & Baptista (2014) es secuencial, estructurado y probatorio, donde se miden variables en un determinado contexto y se hace uso de la medición y la estadística. Con la utilización del cuestionario de estilos defensivos (DSQ) en su versión de 88 preguntas se pretende obtener una medida confiable para determinar la presencia de determinados estilos defensivos en paciente oncológicos y pacientes crónicos de la ciudad de Pamplona, Norte de Santander.

Diseño y Alcance de la Investigación

Partiendo de los objetivos planteados, el diseño de investigación del presente proyecto corresponde a un diseño no experimental de tipo transeccional descriptivo, ya que si bien, no se hizo manipulación de variables, el proceso se llevó a cabo en un momento dado, buscando determinar la existencia de una o más variables en una población, además de realizar descripciones comparativas entre los grupos o muestra de estudio. (Hernández, Fernández & Baptista 2014); específicamente la presencia de los mecanismos de defensa en pacientes oncológicos y pacientes crónicos de la ciudad de Pamplona.

Población

Para Hernández, Fernández y Baptista (2014) una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (p. 65). Por tanto, La población del presente estudio está conformada por los pacientes oncológicos y pacientes crónicos de la ciudad de Pamplona.

Muestra

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) la muestra es entendida como un subgrupo de la población, la cual representa a la misma de forma significativa. De ahí, que la muestra del presente proyecto este comprendida por 16 Pacientes oncológicos que se encuentren diagnosticados, en tratamiento o postratamiento y pacientes crónicos no transmisibles (diabéticos e hipertensos) de la ciudad de Pamplona, con edades comprendidas entre 40 y 70 años de edad.

Criterios de Inclusión

Ateniendo a las características de la investigación y el tema objeto de estudio se tendrán en cuenta los siguientes criterios para la selección de la muestra:

En primer lugar, se tendrán en cuenta las personas que sean diagnosticadas con cáncer o que se encuentren en tratamiento y cuyo grupo de edad se ubique en la etapa de adultez, ya que si bien, según la American Cancer Society, (2015), el cáncer puede acontecer en cualquier edad, pero casi 9 de cada 20 tipos de cáncer se da en personas con 50 años o más. De la misma forma, según el Surveillance, Epidemiology, and End Results del NCI, (2011; citado por el Instituto Nacional

de Cáncer, 2015), más de la mitad de los casos diagnosticados con cáncer se dan en los grupos de edad de 45 años a 65 años.

Muchos de estos pacientes tienen hacer un uso mayor de mecanismos de defensa en la etapa de diagnóstico o tratamiento, debido a los diferentes cambios físicos que se presentan y a la angustia experimentada durante la detección de su enfermedad y el proceso de adaptación a la misma. Uno de estos mecanismos es el de tipo narcisista, evidenciado tras de pérdida de cabello, el cambio de color de la piel y demás reacciones a causa del tratamiento. (Sotelo, 2014, citado por Vera y Trujillo, 2017). Por tal razón se tiene en cuenta los pacientes que se encuentren en estas dos fases iniciales de la enfermedad, ya que por su padecimiento y el conocimiento del mismo pueden presentar angustia, ansiedad e incluso depresión ligada a una multiplicidad de mecanismos.

En segundo lugar y siguiendo la misma línea, en cuanto a los pacientes crónicos se tendrán en cuenta los pacientes que se encuentren la etapa de adultez, cuyo padecimiento sea una enfermedad de diabetes o hipertensión, ya que si bien, según lo referido por Papalia, Feldman, & Martorell, (2012), este grupo de edad es mucho más propenso a sufrir este tipo de enfermedad debido a los diferentes cambios físicos y nutricionales a los que se ven expuesto, de igual forma, la Organización Mundial de la Salud afirma que el 8,7% de dichos padecimientos a nivel mundial se da en la etapa de adultez. Lo que lleva a tener en cuenta estas enfermedades como unidad de análisis dentro de la muestra.

Por último, se incluyen a los pacientes que den el consentimiento por escrito o verbalmente de su participación en el presente proyecto de investigación; en dicho documento se especificara el título y objetivo de la investigación, así como sus autores principales y numero de contacto.

Tipo de muestreo

En el presente proyecto se hizo uso de un tipo de muestreo probabilístico por conglomerados, el cual consiste en elegir de manera aleatoria a ciertos participantes de una región, comunidad o barrio, para luego elegir unidades más pequeñas que propicien la participación de otros participantes. Una vez elegida esta unidad se aplica el instrumento de medición a todos sus integrantes (Hund, et al 2015; como se cita en Otzen y Manterola, 2017). Por ende, se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados en una sola etapa en el grupo Pamplona Señorial. En este contexto se eligió un grupo del marco muestral y se entrevista a todos los adultos mayores, con edades comprendidas entre 45 y 70 años con una muestra total N:50 adultos mayores, que constituye técnicamente un conglomerado.

La asignación proporcional implicó comenzar con la totalidad del grupo, donde se seleccionaron los sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión: rango de edad, diagnosticados con enfermedades oncológicas y crónicas. Para la asignación proporcional implicó comenzar con la totalidad del grupo, donde se seleccionaron los sujetos para el estudio aleatoriamente que cumplieran con los criterios de inclusión.

En esta etapa se tomó como muestra representativa el 10% que equivale a n:10 adultos mayores de la muestra total de 100%. De acuerdo a las consideraciones éticas y la protección de datos de los sujetos firmaron un consentimiento informado autorizando participar en la investigación, o dieron su consentimiento verbal aceptando hacer partícipes de la misma; posteriormente se les aplicó el instrumento denominado estilos defensivos en su versión 88 preguntas.

Definición de variables

Tabla 6. Definición de variables

Estilos defensivos	Cáncer
<p>Estilos característicos del comportamiento que utiliza el sujeto para hacer frente a las dificultades y vicisitudes de la vida sean estas de origen consciente e inconsciente. El fin último de la presencia de los mecanismos de defensa es lidiar con las tensiones entre las demandas internas y externa del sujeto, asegurando la homeostasis mental. (Louse-Thygesen, 2005; Bond & Wesley, 1996; citado por Arévalo & Pizzitola, 2016).</p>	<p>El cáncer desde el punto de vista psicoanalítico es entendido como el comportamiento narcisista de las células de los neoplasmas malignos las cuales empiezan a crecer por su propia cuenta de manera incontrolable, originando tumores malignos que son protagonistas del cáncer. (Chiozza, 2010; citado por Arévalo & Pizzitola, 2016). El autor postula que “existe un deseo incestuoso reprimido en el sujeto por ser considerado prohibido, estas fantasías incestuosas son consideradas una descarga de excitación que se teme, y que al ser reprimida adquiere una representación sustitutiva, como una enfermedad” (Chiozza, 2010; citado por Arévalo & Pizzitola, 2016. Pg. 28).</p>
Diabéticos	Hipertensos
<p>Se define como un síndrome heterogéneo originado por la interacción genético-ambiental y caracterizado por una hiperglucemia crónica, como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, que desencadena complicaciones agudas (cetoacidosis y coma hiperosmolar), crónicas microvasculares (retinopatías y neuropatías) y macrovasculares (cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y</p>	<p>La HTA es el principal problema de salud en todas las regiones del mundo, considerándose un padecimiento presente en todo el planeta. Ésta se define como la elevación persistente de las cifras de presión arterial (PA) por encima de los límites establecidos En el adulto se considera HTA la presencia de cifras de (PA) iguales o Superiores a 140/90 mm Hg (JNC 8 reporte), identificados desde un punto de vista epidemiológico como un importante factor de</p>

vasculares periféricas) (Seclén, 2015). Esta se puede clasificar en diabetes Tipo I y Diabetes tipo II, y va depender del tipo de genética y con la interacción de múltiples factores ambientales que favorecen el desarrollo de la diabetes.

Fuente: elaboración propia

Instrumentos

Cuestionario de estilos defensivos (DSQ) en su versión de 88 preguntas.

El cuestionario de Estilos Defensivos en su versión de 88 preguntas fue realizado por Bond Wesley en el año de 1996, en este cuestionario se encuentran diversas preguntas enfocadas en situaciones que se relacionan directa con los 20 mecanismos de defensa que este instrumento evalúa. Dichos mecanismos fueron reconocidos en el DSM-IV y su categorización ya se había realizado en el DSM III-R distinguiéndose dos grupos. En primer lugar, los mecanismos de defensa mal adaptativos y los mecanismos de defensa adaptativos. (Parra, 2014). Entre ellos se encuentran algunos estilos defensivos como: Acción inadaptada, aislamiento, anticipación, anulación, evitación, fantasía autista, humor, identificación proyectiva, formación reactiva, etc. La utilización de este instrumento en países como Francia, Japón, Grecia, Brasil y Venezuela ha sido muy amplia, pero su validación y estandarización en el territorio colombiano se desconoce. Existe otra versión del cuestionario de Estilos de Defensa - DSQ-40 / Defense Style Questionnaire (Andrews, Singh y Bond, 1993). Donde se incluyen 40 preguntas. Cabe resaltar, que este cuestionario es auto aplicable y su uso es más común en el ámbito clínico.

Ficha técnica.

Nombre: Cuestionario de Estilos de Defensa (DSQ)

Nombre original: Defense Style Questionarie

Autores: Bond, M.

Año: 1983

Versiones: Existe una versión del DSQ llamada DSQ-40. En esta versión lo que se hizo fue reducir de los 88 ítems originales a 40.

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivos: Valorar las dimensiones conscientes de los mecanismos de defensa.

Población: General

Número de ítems: 88

Descripción: El DSQ es un cuestionario auto aplicable de 88 ítems. Proporciona puntuaciones en un continuo de cuatro estilos de defensa (en el orden en el que se enumeran a continuación), cada uno de los cuales incluye diferentes mecanismos de defensa Acción inadaptada (33 ítems: comportamiento pasivo-agresivo, proyección, regresión, inhibición, identificación proyectiva, acción, somatización, huida, fantasear, rehusar la ayuda, quejarse / lamentarse, consumo y destrucción), Distorsión de la realidad (15 ítems: omnipotencia, omnipotencia y desvalorización, negación, idealización primitiva, proyección y aislamiento), Autosacrificio (8 ítems: pseudoaltruismo, formación reactiva y negación) y Adaptación (7 ítems: supresión, sublimación, humor, anticipación y afiliación). Además, se incluyen 25 ítems que no evalúa ninguna de los cuatro estilos (10 de estos ítems evalúan deseabilidad social).

Criterios de calidad

Fiabilidad: Fiabilidad test-retest: 0.68-0.73

Validez: Al menos la mitad de los ítems del DSQ correlacionan significativamente con medidas de los estilos de defensa anteriores (0,30); Correlación significativa entre el DSQ valoraciones de los mecanismos de defensa extraídas de entrevistas: 0.36 (entre el estilo de Acción Desadaptativas valoraciones de la inmadurez de las defensas); correlaciones negativas significativas entre funcionamiento del ego y positivas con el estilo Adaptativo (0.19-0.32); correlaciones entre los estilos de Acción desadaptada y Distorsión de la Realidad y un índice de trastorno de la personalidad:0.52; correlaciones moderadas entre la intensidad de los estresores las tres primeros estilos y medidas del psicosociales y los estilos de Acción Desadaptada y Distorsión de la Realidad:0.45. Discrimina entre grupos de pacientes y grupos de no pacientes en función de la frecuencia de uso de uno u otro estilo de defensa en un grupo u otro, Los ítems están evaluados en una escala de 1 =totalmente en desacuerdo, hasta 9 = totalmente de acuerdo.

APLICACIÓN

Tiempo de administración: 20 minutos.

Normas de aplicación: la aplicación se puede realizar individual o colectiva. Corrección e interpretación: Las normas de corrección son muy sencillas. Consiste en la simple suma de las puntuaciones de cada estilo y dividirla entre el número de ítems de cada estilo. La media para todos los estilos es de 4,5 y a partir de esto se ve si la paciente está o no por encima de la media en cada uno de los estilos. Según si se trata de mecanismos de defensa "neuróticos", "inmaduros" o "maduros", se interpretarán las puntuaciones más altas, negativa o positivamente. Momento de aplicación: Evaluación pre-tratamiento, durante el mismo, postratamiento y seguimiento.

Hipotesis

Hipotesis de investigación.

Los pacientes oncológicos y los pacientes crónicos hacen uso de manera frecuente de los estilos defensivos inmaduros, por lo cual las tensiones causadas por la enfermedad no son enfrentadas de manera adaptativa, sino trasladando, somatizando o reprimiendo actitudes, sentimientos y comportamientos.

Hipotesis nula.

Los pacientes oncológicos y los pacientes crónicos no hacen uso de manera frecuente de los estilos defensivos inmaduros, por lo cual las tensiones causadas por la enfermedad son enfrentadas de manera adaptativa, propiciando la a utilización de estilos defensivos maduros.

Hipotesis alternativa.

Los pacientes oncológicos y pacientes crónicos hacen uso de las defensas inmaduras, pero se encuentra una mayor prevalencia en los pacientes oncológico, evidenciando la utilización de defensas poco adaptativas.

Procedimiento

Fase I: Preparatoria

En primer lugar, se realizó la validación del instrumento de evaluación (cuestionario de estilos defensivos DSQ), para ello se realizó la traducción del cuestionario en su versión de 88 preguntas realizado por Bond y Wesley (1996) del inglés al español y del español al inglés, comparando las

dos traducciones realizadas por los especialistas. Seguidamente, se llevó a cabo la validación de contenido mediante los criterios de tres expertos. Para finalizar se calculó el coeficiente de confiabilidad mediante el programa estadístico SPSS versión 25, tras la aplicación de pilotaje del instrumento.

Fase II: Aplicación

Con la validación del instrumento se procede a su aplicación a la muestra seleccionada, 16 pacientes oncológicos y pacientes crónicos de la ciudad de Pamplona, Norte de Santander. La administración del DSQ-88 se realizó a través de medios tecnológicos como lo fue teléfono celular, cumpliendo los principios estipulados por el Colegio Colombiano de Psicología en la ley 1090 el 2006. Cada aplicación llevo un tiempo estimado de 45 minutos aproximadamente, atendiendo que en su mayoría los pacientes contaban con dificultad para entender las preguntas, por lo cual se requería repetir y explicar su contenido.

Fase III: Análisis y resultados

Con la aplicación de los instrumentos de evaluación se procedió al análisis estadístico de los mismos mediante el programa SPSS obteniendo así una medida para el análisis y presentación de resultados, cumpliendo los objetivos propuestos al inicio del proyecto investigativo.

Análisis y Resultados

En el presente apartado se darán a conocer el análisis y resultados encontrados tras la aplicación del cuestionario de estilos defensivos en su versión de 88 preguntas a la población objeto de estudio. Entendiendo que el análisis se realizó con la utilización del programa estadístico SPSS versión 25.

Validez y confiabilidad

Confiabilidad de una prueba hace referencia a la consistencia de las calificaciones obtenidas por la misma en ocasiones diferentes o con diferentes conjuntos. Como afirma Martínez, (2013) “El concepto de confiabilidad subyace al error de medición de una sola calificación que permite predecir el rango de fluctuación que puede ocurrir en la calificación de un sujeto, como resultado de factores irrelevantes aleatorios, como ya se ha mencionado” (P, 5). En su sentido mucho más amplio el grado de confiabilidad de una prueba va indicar el grado en el que las diferencias individuales de las calificaciones de una prueba son atribuidas al error de estimación al mismo tiempo que dichas mediciones son atribuidas a dimensiones reales que se están midiendo. En este caso se esperaría que cada reactivo midiera lo que realmente quiere medir en términos de confiabilidad y validez. (Martínez, 2013).

“El coeficiente Alfa, desarrollado por Cronbach en 1951, puede considerarse como equivalente a la media de todas las posibles correlaciones por mitades, corregidas con la fórmula de Spearman-Brown, y se utiliza en el caso de aquellas pruebas que tienen más de dos opciones de respuestas posibles” (Martínez, 2013, p, 6). Lo que se determina con este coeficiente es la semejanza de una escala que va desde 0 “absolutamente no semejante” y 1 perfectamente idénticos.

Partiendo de lo anterior el grado de confiabilidad de la presente prueba corresponde a un 0,899 que equivale a un 90% estimando así un grado de confiabilidad alto, teniendo en cuenta que 0 corresponde a un grado bajo o no existencia de confiabilidad y 100 alto grado de confiabilidad. Esto demuestra el grado de consistencia interna y externa del cuestionario y su funcionalidad en la aplicación de la población colombiana.

Proceso de Validez y Confiabilidad

Cabe mencionar, que el proceso de validez y confiabilidad comprendió varias fases propiciando así la eliminación de algunos ítems para un mayor índice de confiabilidad. En primer lugar, se calculó el alfa de Cronbach por ítems total, obteniendo una puntuación de:

Tabla 7. Análisis de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,870	87

Fuente: elaboración propia

La puntuación demuestra un alto nivel de confiabilidad según los expresado por Martínez, (2013), con un número total de ítems de 87. Aun así, comprendiendo la necesidad de la población y sus características se hizo necesario reducir los ítems totales. Para ello, se partió del análisis del alfa de Cronbach por ítems individual, evidenciando que:

Tabla 8. Análisis de confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,876	85

Fuente: elaboración propia

Se eliminaron un total de 2 ítems, los cuales presentaban una correlación baja con relación a los ítems totales, contando con un alfa de Cronbach de 0.876. En la tabla siguiente se evidencia que la correlación del ítem 1 y el ítem 8 la cual es menor según los cortes de -,110 y -1,103 y cuya eliminación permitiría el aumento de un alfa en 0,873.

Tabla 9. Elementos eliminados

	Estadísticas de total de elemento			
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Siento satisfacción al ayudar a otros, pero si se sale de mis manos me desanimo	421,80	5110,622	-,110	,873
Soy capaz de reírme de mí mismo fácilmente.	421,20	5109,733	-,103	,873

Fuente: elaboración propia

Seguidamente se realiza una reducción de ítems total teniendo en cuenta la correlación negativa que presentan los mismos, es así como a través de la siguiente tabla de se demuestra la eliminación de un total de ítem de 3 llegando a un total de 5 ítems eliminados. Los ítems eliminados comprenden el ítem 3, 52 y 50. Los cuales como se evidencia en la siguiente tabla, comprenden una correlación negativa.

Tabla 10. Estadística total de elementos eliminados

	Estadísticas de total de elemento			
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Soy capaz de dejar de pensar en un problema hasta que tenga tiempo para resolverlo.	409,00	5175,778	-,085	,878

Siempre siento que alguien que conozco es como un ángel guardián.	409,70	5255,122	-,350	,880
En lo que a mí me concierne, las personas son tanto buenas como malas.	409,40	5280,044	-,341	,881

Fuente: elaboración propia

Con ello, se evidenció un aumento del alfa de Cronbach de: 0,887 en relación al alfa inicial de 0,870, con un número de ítem total de 82.

Tabla 11. Análisis de confiabilidad total

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,887	82

Fuente: elaboración propia

Para finalizar, se eliminan un número total de 9 ítems para un total de 79 para su aplicación, atendiendo que la eliminación se realiza con el objetivo de aumentar el nivel de validez y confiabilidad. Las preguntas eliminadas 17, 24, 74, 87 según su correlación negativa.

Tabla 12. Ítems totales final

	Estadísticas de total de elemento			
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Me contengo para no dejarme llevar en una competencia	391,40	5447,156	-,078	,888
La gente me dice que soy muy desconfiado y preocupado por las situaciones que pasan en mi entorno.	391,50	5621,833	-,520	,892

Mis doctores no están realmente capacitados para ayudarme con mis problemas	391,30	5605,567	-,374	,893
Si pienso en algo violento siento que necesito hacer algo para compensarlo	391,80	5625,733	-,460	,893

Fuente: elaboración propia

Con todo esto, se obtiene un alfa de Cronbach final de 0,899 redondeado a 0,9 lo que demuestra una confiabilidad y validez alta para su aplicación a la población colombiana.

Tabla 13. Alfa de Cronbach final

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,899	79

Fuente: elaboración propia

Análisis por mecanismos

En el siguiente apartado se dará a conocer al análisis e interpretación de cada uno de los 25 mecanismos identificados en la muestra objeto de estudio. Atendiendo que la presencia o ausencia de determinado mecanismo va a estar mediado en la puntuación total obtenida, es decir, si el mecanismo identificado pasa de la media (4,5) se afirmara que el paciente presenta el mecanismo. De igual forma, si la puntuación demuestra un total menor a 4,5 se determinará la ausencia del mismo. De ahí, que se presenten las siguientes escalas de clasificación: menos de 4,5 por debajo de la media (ausencia del mecanismo) 4,5 en la media (presencia del mecanismo de una forma no tan marcada) 4,5 o más, por encima de la media (presenta de manera marcada del mecanismo).

Genero

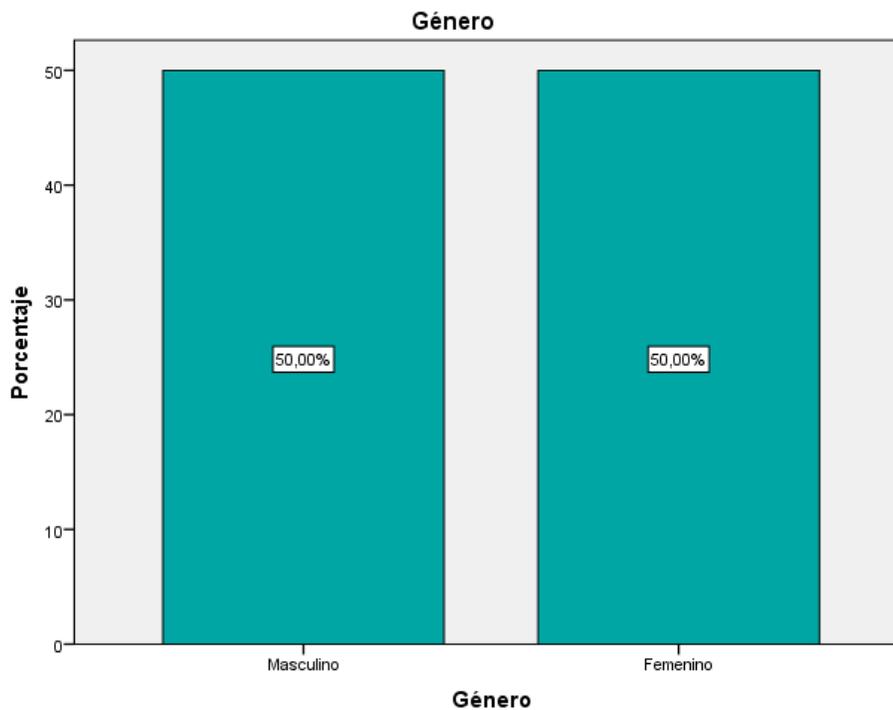
Tabla 14. Genero

		Género			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	8	50,0	50,0	50,0
	Femenino	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Fuente: elaboración propia

Grafica 1. Genero



Teniendo en cuenta la anterior grafica es preciso afirmar, que la muestra total del presente estudio corresponde a 8 hombre y 8 mujeres, distribuidos en los valores de 50% de 100% por cada grupo poblacional.

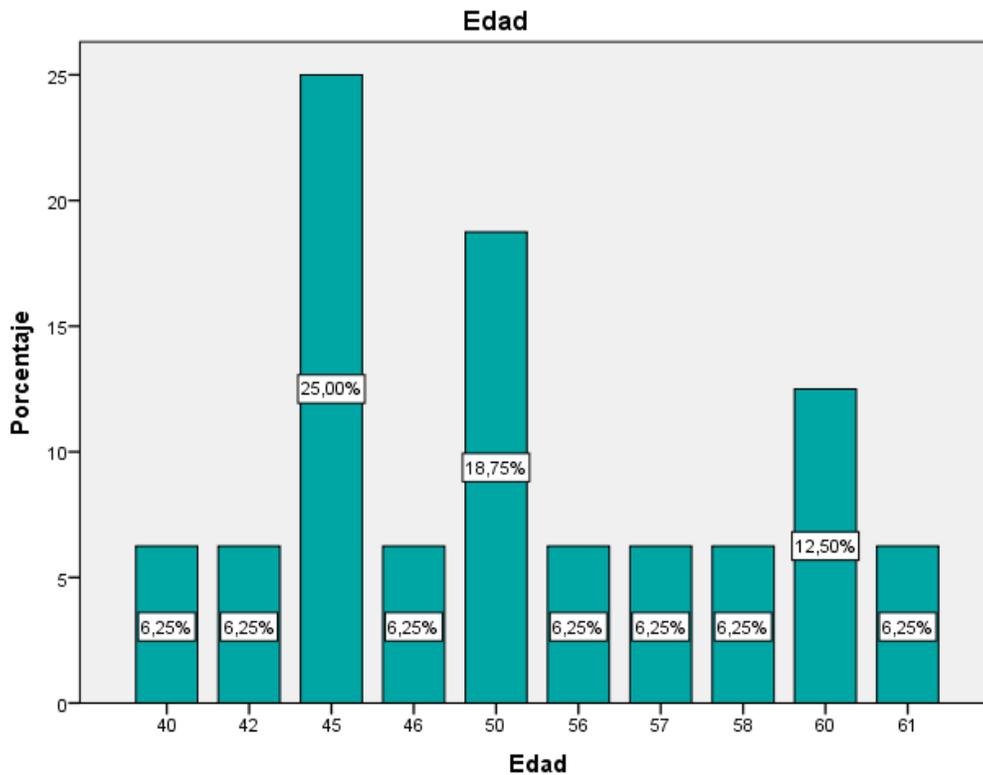
Edad

Tabla 15. Edad

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	40	1	6,3	6,3	6,3
	42	1	6,3	6,3	12,5
	45	4	25,0	25,0	37,5
	46	1	6,3	6,3	43,8
	50	3	18,8	18,8	62,5
	56	1	6,3	6,3	68,8
	57	1	6,3	6,3	75,0
	58	1	6,3	6,3	81,3
	60	2	12,5	12,5	93,8
	61	1	6,3	6,3	100,0
T	16	100,0	100,0		

Fuente: elaboración propia

Grafica 2. Edad



Fuente: elaboración propia

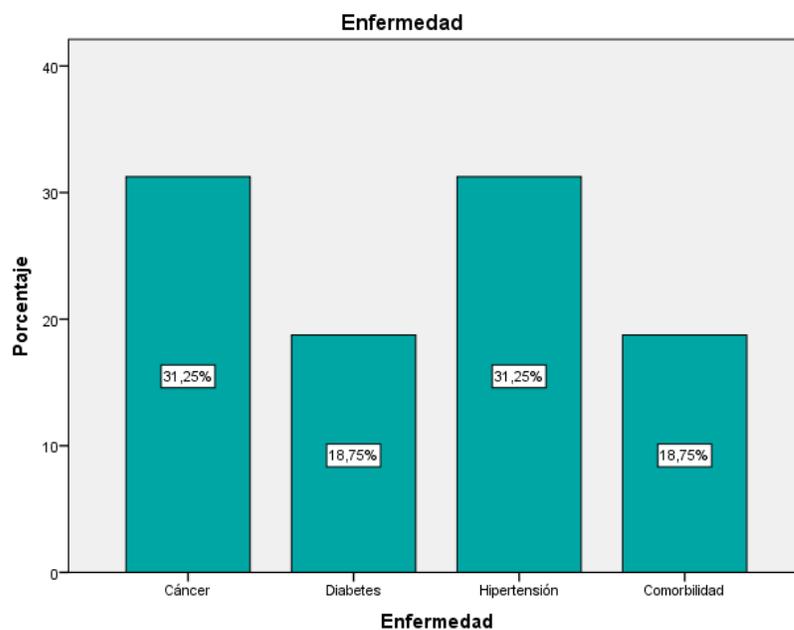
Partiendo de la gráfica anterior, es preciso afirmar que el 60,5% de la muestra objeto de estudio tiene una edad comprendida entre los 40 y 50 años de edad. De la misma forma, el 39,2% de la muestra abordada tiene una edad entre los 50 y 60 años de edad. Tan solo el 6,3% presenta una edad de 61 años. Con esto queda demostrado que la población abordada se encuentra dentro de una etapa del ciclo vital de adultez intermedia y adultez tardía. Cuyas características físicas, psicológicas y sociales permiten tener un punto de referencia para la interpretación de la ausencia o presencia de cada mecanismo de defensa.

Tabla 16. Enfermedad

		Enfermedad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cáncer	5	31,3	31,3	31,3
	Diabetes	3	18,8	18,8	50,0
	Hipertensión	5	31,3	31,3	81,3
	Comorbilidad	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 3. Enfermedad



Fuente: elaboración propia

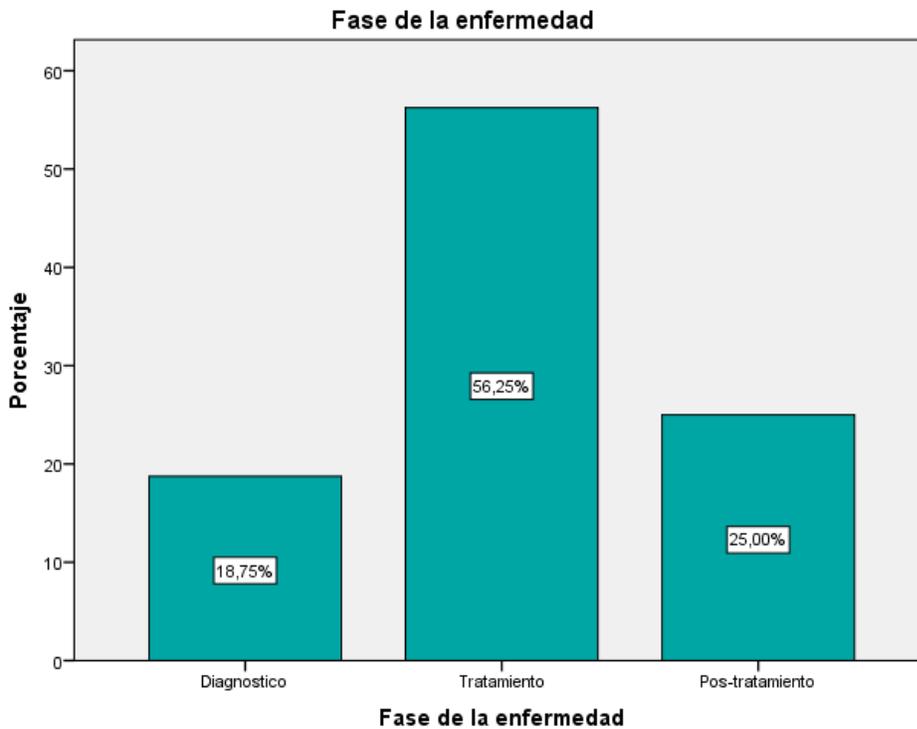
Partiendo de la gráfica anterior, es preciso afirmar que el 31,25% de la muestra objeto de estudio presenta un padecimiento de cáncer. Por su parte, el 18,75% presenta una enfermedad crónica no transmisible como lo es la diabetes. Tan solo el 31,25% de la muestra padece de hipertensión. Evidenciándose a demás que el 18,75% de los pacientes presentan comorbilidad (dos o más enfermedades).

Tabla 17. Fase de la enfermedad

		Fase de la enfermedad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diagnostico	3	18,8	18,8	18,8
	Tratamiento	9	56,3	56,3	75,0
	Postratamiento	4	25,0	25,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 4. Fase de la enfermedad



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso concluir que: el 18,75% de la muestra abordada se encuentra en una fase de la enfermedad de diagnóstico, esto quiere decir, que se les ha informado de que padece una o dos de las enfermedades anteriormente mencionadas. De la misma forma, el 56,25% de los participantes se encuentran en una fase de tratamiento, por lo cual, reciben atención médica y farmacológica continua. Por su parte el 25% de los pacientes se encuentra en postratamiento, lo que determina que ya han superado medianamente o totalmente la enfermedad, recibiendo una atención de seguimiento para determinar su evolución.

Es preciso aclarar, que teniendo en cuenta el padecimiento y la afectación clínica de la enfermedad, solo los pacientes con cáncer pueden ser clasificados dentro de una fase de la enfermedad de postratamiento. Ya que si bien los pacientes hipertensos y diabéticos por presentar una enfermedad crónica no transmisible, cuya medicación no permite la cura, los sujetos siempre se encontrarán sea en diagnóstico o tratamiento, cuya terapia farmacológica permite el control de la enfermedad.

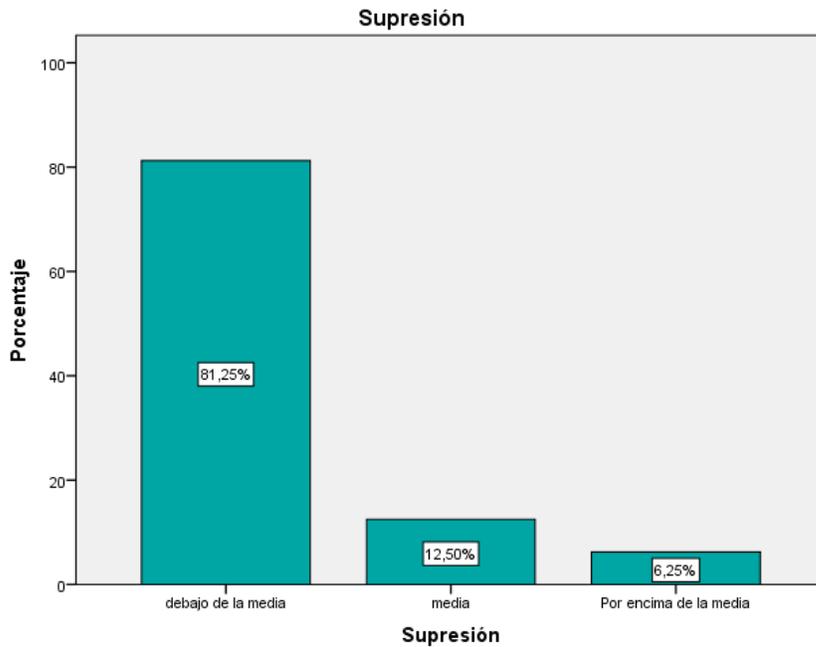
Supresión

Tabla 18. Supresión

		Supresión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	debajo de la media	13	81,3	81,3	81,3
	Media	2	12,5	12,5	93,8
	Por encima de la media	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Grafica 5. Supresión



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que el 81, % de la muestra de estudio, correspondiente a 13 paciente no presentan o hacen uso del mecanismo de defensa de la supresión, por lo cual según lo mencionado en el DSM-III-R, (1989; citado por Arévalo y Pizzitola, 2016) estos sujetos tienen a pensar en su padecimiento, deseos, sentimientos y emociones de manera continua e intencional, posibilitando la perturbación de la problemática vivenciada. Por su parte, se identifica que el 12,50% de los pacientes presentan medianamente el mecanismo de defensa,

siendo este no tan marcado. Tan solo el 5,25% de los pacientes hacen uso de este mecanismo adaptativo, por lo cual los sujetos evitan de manera intencional pensar en su padecimiento o problemática con la intención de alivianar la tensión emocional y mental que puede causar en este caso el diagnostico o tratamiento de la enfermedad.

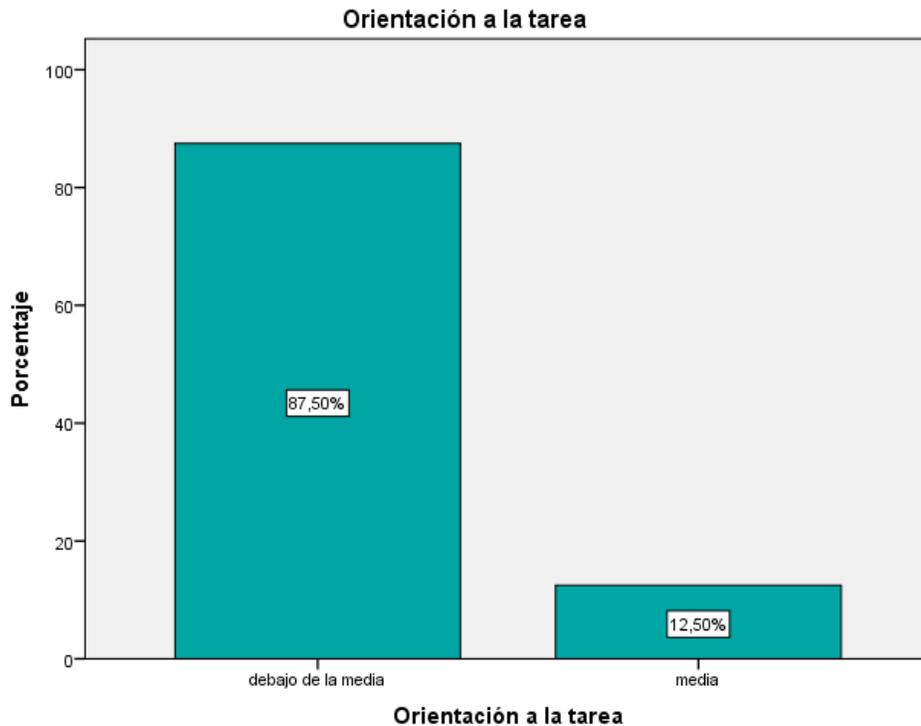
Orientación a la tarea

Tabla 19. Orientación a la tarea

Orientación a la tarea				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido debajo de la media	14	87,5	87,5	87,5
media	2	12,5	12,5	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Grafica 6. Orientación a la tarea



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que el 87,50% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa adaptativo: orientación a la tarea, por lo cual ante la presencia de situaciones de urgencia o con gran carga emocional negativa no tomará decisiones de manera inmediata y correctas. Por su parte, tan solo el 21,50% hace uso medianamente de dicho mecanismo.

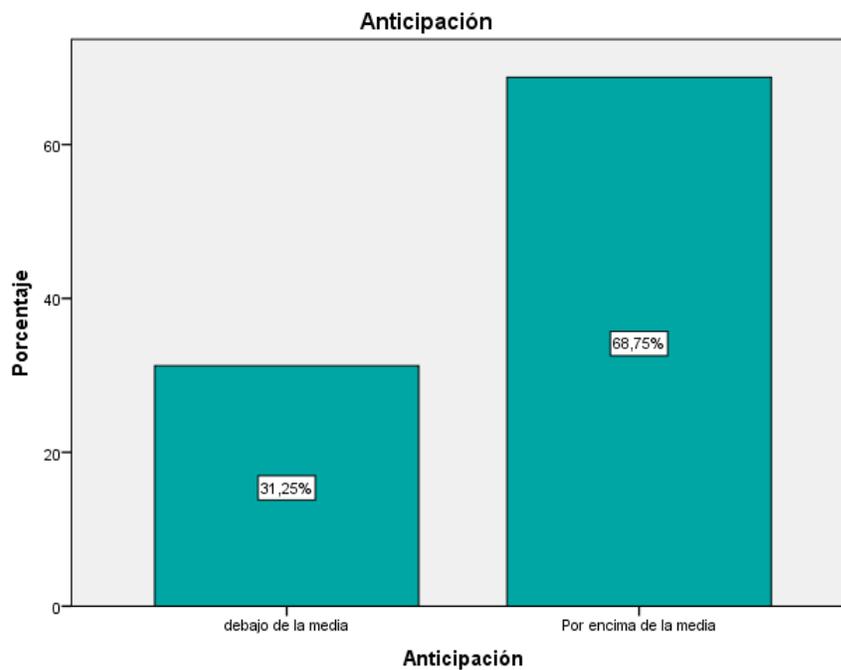
Anticipación

Tabla 20. Anticipación

		Anticipación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	debajo de la media	5	31,3	31,3	31,3
	Por encima de la media	11	68,8	68,8	100,0
Total		16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 7. Anticipación



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior es preciso inferir que: 31,25% de la muestra objeto de estudio no hacen uso del mecanismo adaptativo de anticipación, solo el 68,75 hace uso de este mecanismo. Por lo cual, según lo expresado por Vaillant, (1992; citado por Arévalo y Pizzitola, 2016) planifican de manera realista una futura incomodidad interna. En este caso, se concibe la incomodidad como la presencia de un malestar o padecimiento que causa un cuadro clínicamente significativo, por lo que los pacientes oncológicos o crónicos pueden hacer uso de este mecanismo para aliviar la tensión causada por la enfermedad.

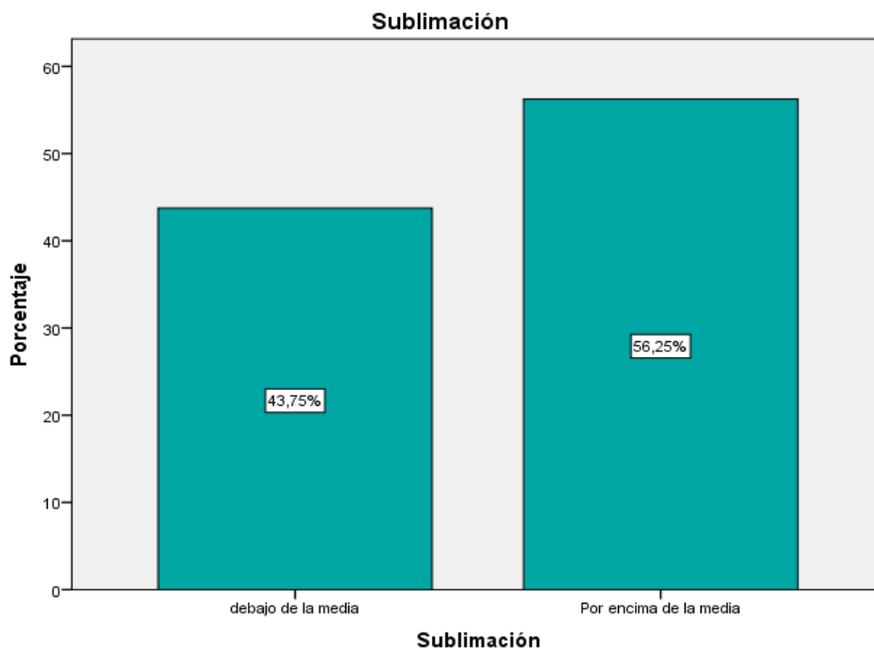
Sublimación

Tabla 21. Sublimación

		Sublimación		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	debajo de la media	7	43,8	43,8	43,8
	Por encima de la media	9	56,3	56,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 8. Sublimación



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que el 43,75% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa sublimación, por su parte el 56,25% encontrándose por encima de la media, hace uso de manera regular de dicho mecanismo maduro o adaptativo. Por lo cual, estos pacientes tienen a desplazar sus impulsos o deseos hacia actividades o situación aceptadas socialmente, propiciando así una reducción de la ansiedad y las tensiones psíquicas.

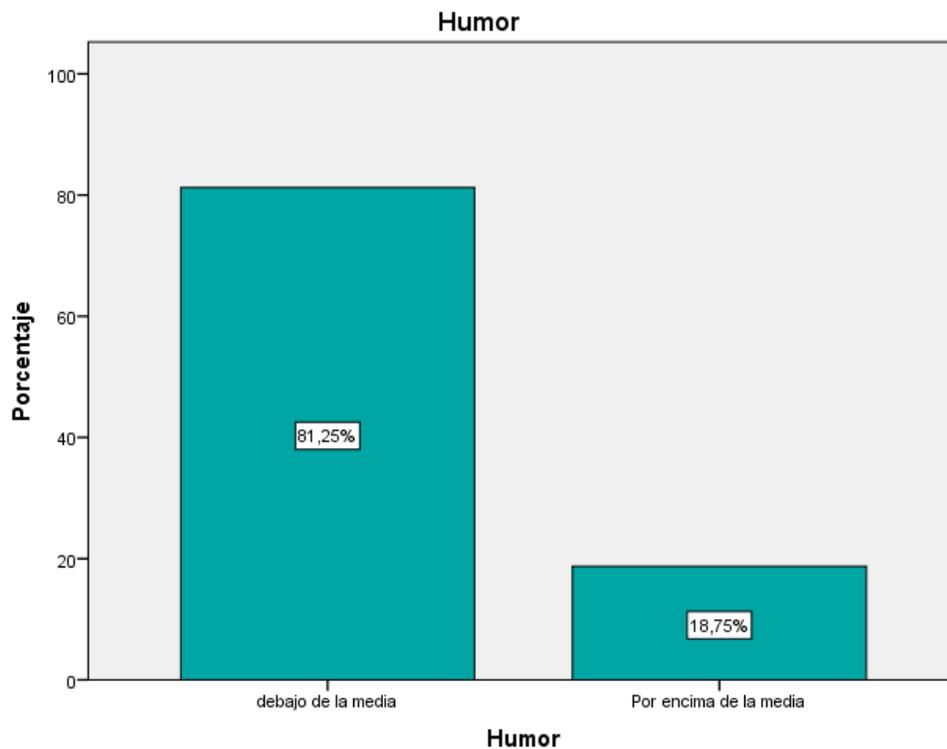
Humor

Tabla 22. Humor

		Humor			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	debajo de la media	13	81,3	81,3	81,3
	Por encima de la media	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 9. Humor



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que el 81,25% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo adaptativo: humor, por lo cual, según lo expresado en el DSM-IV TR, (2004; citado por Arévalo y Pizzitola, 2016) el individuo se enfrenta a conflictos emocionales así como a amenazas de origen interno y externos haciendo énfasis en los aspectos negativos y ansiosos, mientras que los pacientes que hacen uso de dicho mecanismo, el cual corresponde al 18,75% haciendo uso del humor, los aspectos divertidos e irónicos de los conflictos o situaciones estresante para hacer frente a la enfermedad.

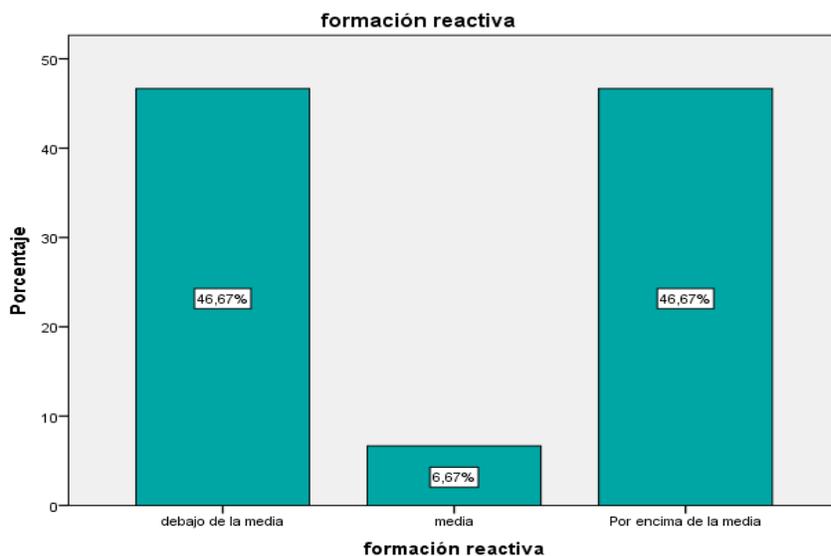
Formación reactiva

Tabla 23. Formación reactiva

		formación reactiva		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	debajo de la media	7	43,8	46,7	46,7
	Media	1	6,3	6,7	53,3
	Por encima de la media	7	43,8	46,7	100,0
	Total	15	93,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	6,3		
Total		16	100,0		

Fuente: elaboración propia

Gráfica 10. formación reactiva



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso afirmar que: el 46,67% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa: formación reactiva, por su parte el 54,4% de los pacientes hacen uso de manera recurrente o frecuente de dicho mecanismo. Por ende, los sujetos sustituyen las conductas, pensamientos o sentimientos que son capaces de aceptar por otros muchos más adaptativos, pero diametralmente opuestos (DSM-III-R, 1989; citado por Arévalo y Pizzitola, 2016).

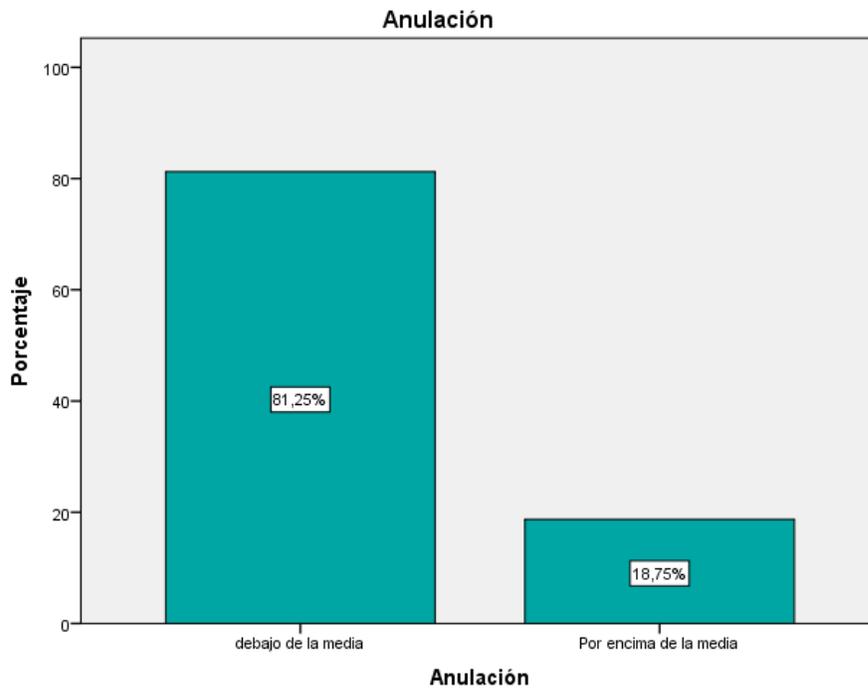
Anulación

Tabla 24. Anulación

		Anulación			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	13	81,3	81,3	81,3
	Por encima de la media	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 11. Anulación



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: el 81, 25% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de anulación, tan solo el 18,75 hace uso del mismo. Por lo cual, el sujeto tiende a esforzarse en hacer como si los pensamientos, gestos, palabras y actitudes pasados no hubiesen ocurrido, sustituyendo dichas acciones y emociones por otros comportamientos. Este tipo de mecanismo permite entender como algunos pacientes anulan a niegan su enfermedad o padecimiento para aliviar las tensiones y angustias causadas por la enfermedad.

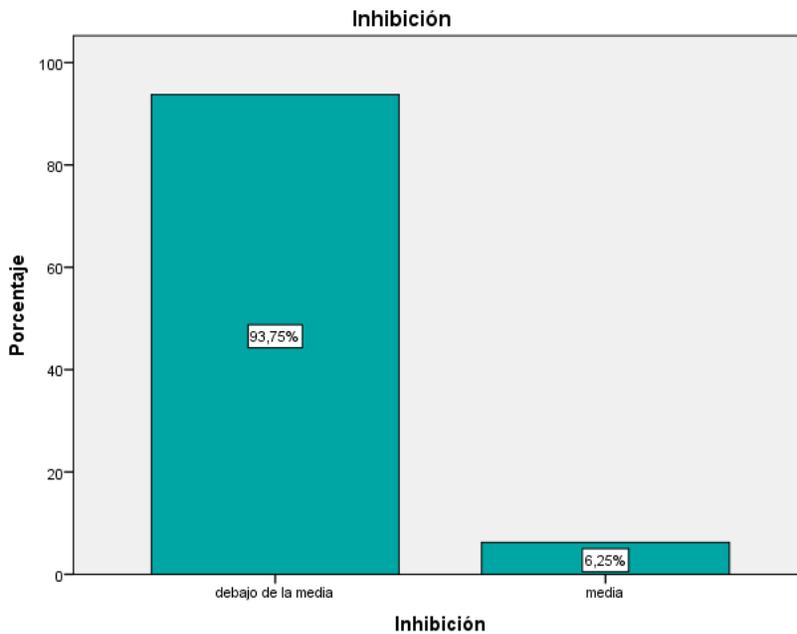
Inhibición

Tabla 25. Inhibición

		Inhibición		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	debajo de la media	15	93,8	93,8	93,8
	media	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 12. Inhibición



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso concluir que: 9,75% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de inhibición, tan solo el 6,25% de los pacientes hacen uso del mismo. Por lo cual, este tipo de pacientes se frena o evita determinadas formas de expresión de sentimientos y comportamiento que puedan causar malestar o una angustia clínicamente significativa. En este caso, se evidencia que la mayor parte de los pacientes prefieren expresar y experimentar sus emociones, aunque estas le causen malestar o una ansiedad real.

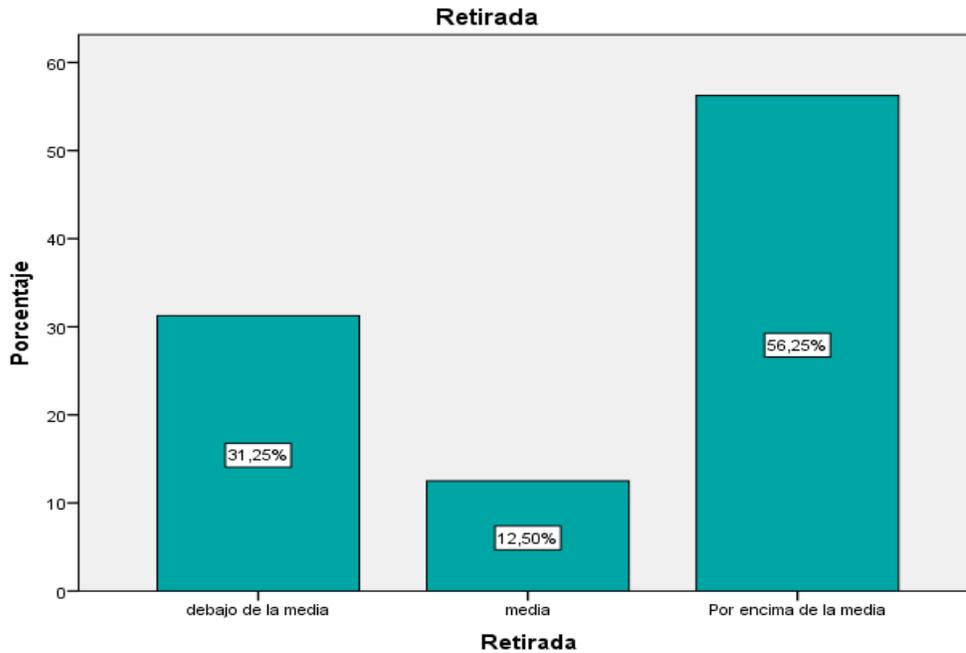
Retirada

Tabla 26. Retirada

Retirada					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	debajo de la media	5	31,3	31,3	31,3
	media	2	12,5	12,5	43,8
	Por encima de la media	9	56,3	56,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 13. Retirada



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, se puede evidenciar que el 31,35% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de la retirada apática, mientras que el 56,25% y el 12,50% hacen uso medianamente o frecuentemente de dicho mecanismo, por ende, estos pacientes se enfrentan a conflictos emocionales y amenazas de origen interno y eterno a través de la desmotivación, desinterés e incluso sentimientos apáticos e indiferentes. Dicho mecanismo se puede relacionar con la negación de muchos pacientes por no querer recibir tratamiento o continuar con el mismo, afectando su salud física y emocional.

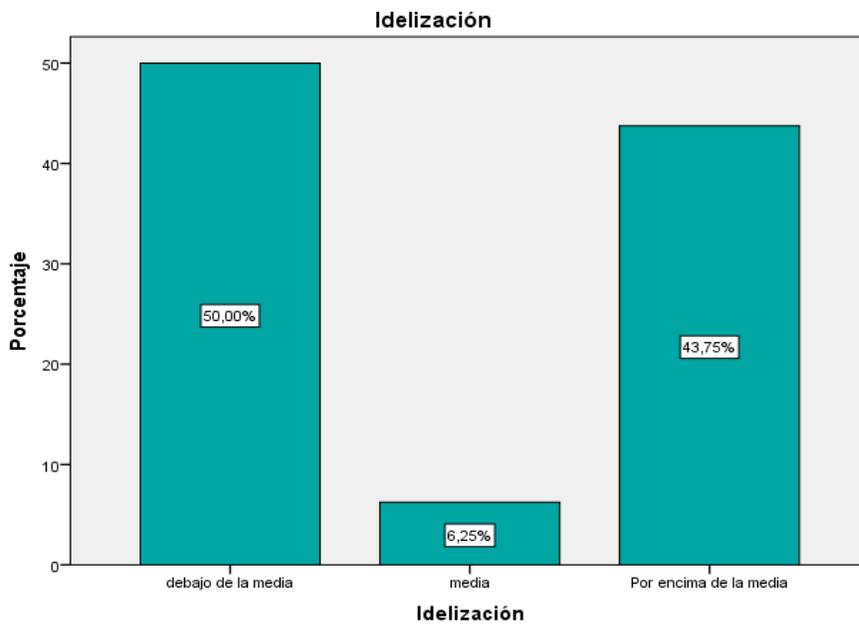
Idealización

Tabla 27. idealización

Idealización					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	debajo de la media	8	50,0	50,0	50,0
	media	1	6,3	6,3	56,3
	Por encima de la media	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 14. idealización



Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta la gráfica anterior, es preciso inferir que el 50% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de idealización, tan solo el 6,25 y el 43,75 hace uso del mismo. Por lo cual, estos pacientes tienen a atribuir cualidades exageradamente positivas así mismo o hacia los demás, con el objetivo de aliviar las tensiones causadas por la enfermedad. Este tipo de mecanismo regularmente permiten que la persona de manera consciente o inconsciente sobreestime las cualidades propias o de terceros, viéndose afectado en cuando no es una idea real del Yo.

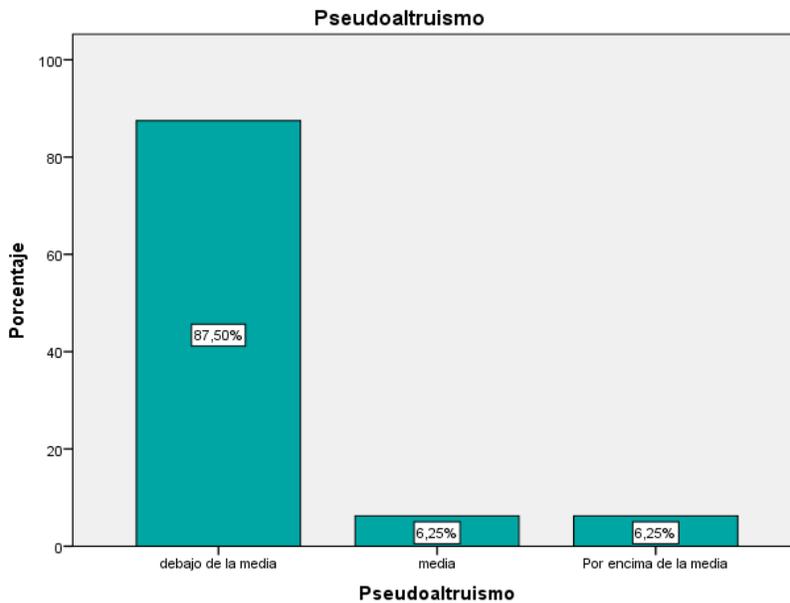
Pseudoaltruismo

Tabla 28. Pseudoaltruismo

		Pseudoaltruismo			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	14	87,5	87,5	87,5
	Media	1	6,3	6,3	93,8
	Por encima de la media	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 15. Pseudoaltruismo



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: el 87,50% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa Pseudoaltruismo, tan solo el 13% de la muestra hace uso del mismo en situaciones de tensión emocional. Por lo cual, estos pacientes al presentar un conflicto interno o externo con gran carga emocional negativa no buscan satisfacer las necesidades de los demás como forma de recompensa o alivio psíquico, por lo contrario, buscan satisfacer sus propios deseos y necesidades.

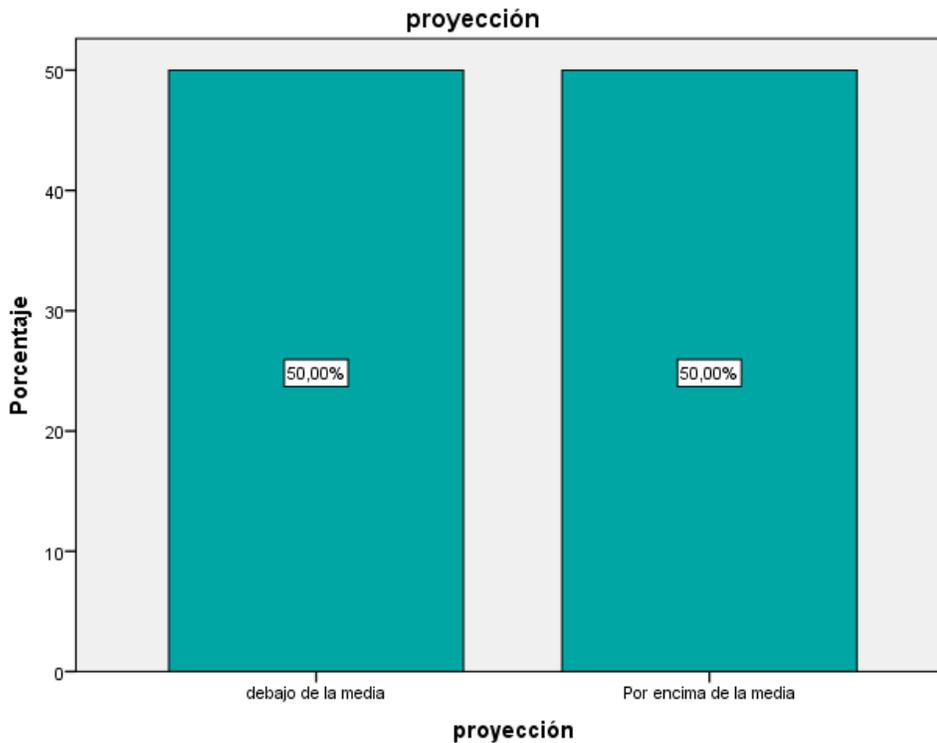
Proyección

Tabla 29. Proyección

		Proyección			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	8	50,0	50,0	50,0
	Por encima de la media	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 16. Proyección



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que el 50% de los pacientes evaluados no hace uso del mecanismo de defensa de la proyección, tan solo el 50% de ellos hace uso del mismo. Por lo cual, la mitad de los pacientes atribuyen sus sentimientos y tensiones emocionales a los demás sin conocerlos. Aclarando, que dichas tensiones están mediadas por la presencia de la enfermedad lo que lleva a los pacientes a proyectar conductas, impulsos y pensamientos hacia las demás personas.

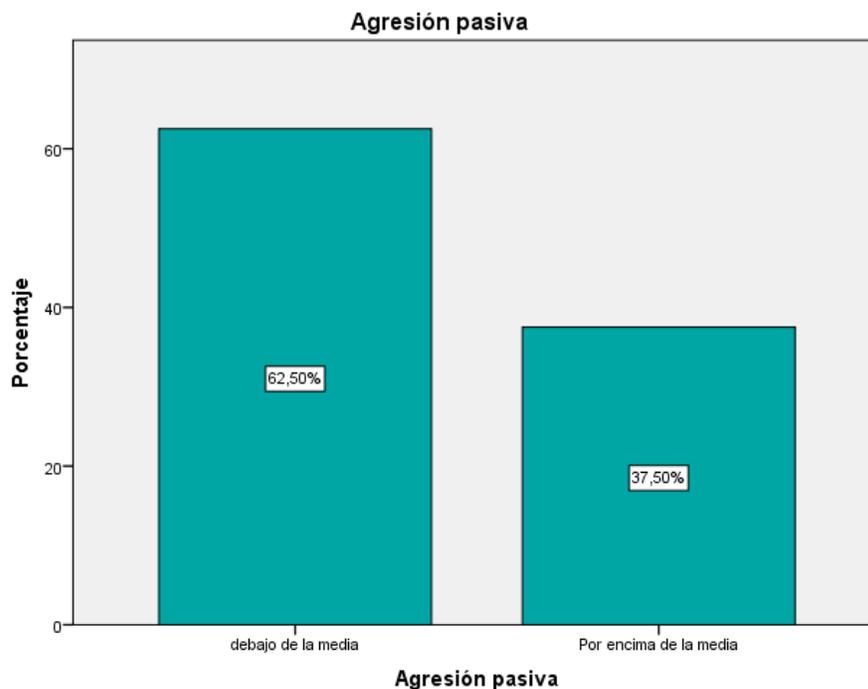
Agresión pasiva

Tabla 30. Agresión pasiva

		Agresión pasiva			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	10	62,5	62,5	62,5
	Por encima de la media	6	37,5	37,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 17. Agresión pasiva



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso concluir que el 62,50% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa agresión pasiva, tan solo el 37,50% de los pacientes hacen uso del mismo. Por lo cual, estos pacientes tienen a expresar comportamiento y sentimientos agresivos hacia las demás personas siendo poco asertivos. Este tipo de mecanismo está presente en algunas personas de manera sutil, de ahí, que su comportamiento en relación a determinada situación o conflicto psíquico puede ser indirectamente amable cuando desvela un profundo rechazo y resistencia emocional.

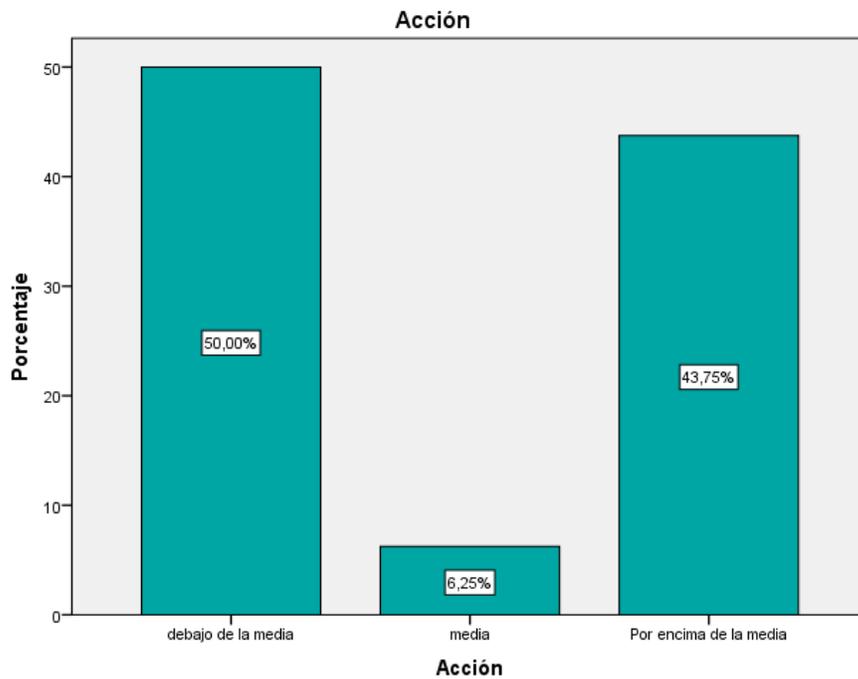
Acción

Tabla 31. Acción

		Acción			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	8	50,0	50,0	50,0
	Media	1	6,3	6,3	56,3
	Por encima de la media	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 18. Acción



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso afirmar que el 50% de los pacientes oncológicos y pacientes crónicos no hacen uso del mecanismo de defensa de acción, tan solo el 6,25 y el 43,75 correspondiente al 50% hace uso de dicho mecanismo. Por lo cual, estos pacientes expresan sus emociones o actúan sin reflexionar o tener en cuenta las afectaciones negativas de sus comportamientos. Dicho mecanismo podría estar asociado a la expresión de la enfermedad y la decisión de tratamiento que en muchos casos es rechazada por los pacientes.

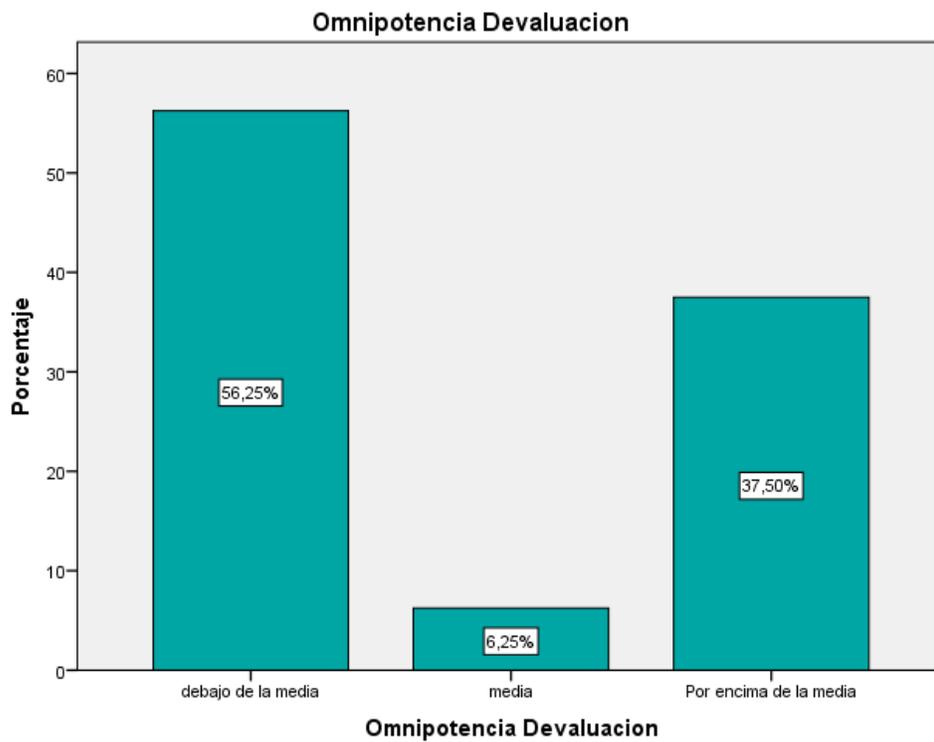
Omnipotencia devolución

Tabla 32. Omnipotencia-devolución

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	debajo de la media	9	56,3	56,3	56,3
	Media	1	6,3	6,3	62,5
	Por encima de la media	6	37,5	37,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 19. Omnipotencia devolución



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: 56,25% de los pacientes evaluados no hacen uso del mecanismo de defensa de omnipotencia-devolución, mientras que el 6,25 y el 37,50% de los pacientes hacen uso del mismo, por lo cual, estos pacientes tienden a enfrentarse a conflictos emocionales y amenazas internas y externas actuando como si dispusieran de poderes o capacidades especiales superior a los demás (DSM-IV-TR, 2004; citado por Arévalo y Pizzitola, 2016). Este tipo de mecanismo puede guardar relación con la necesidad de creer que posibles tratamientos o curas alternativas a la enfermedad.

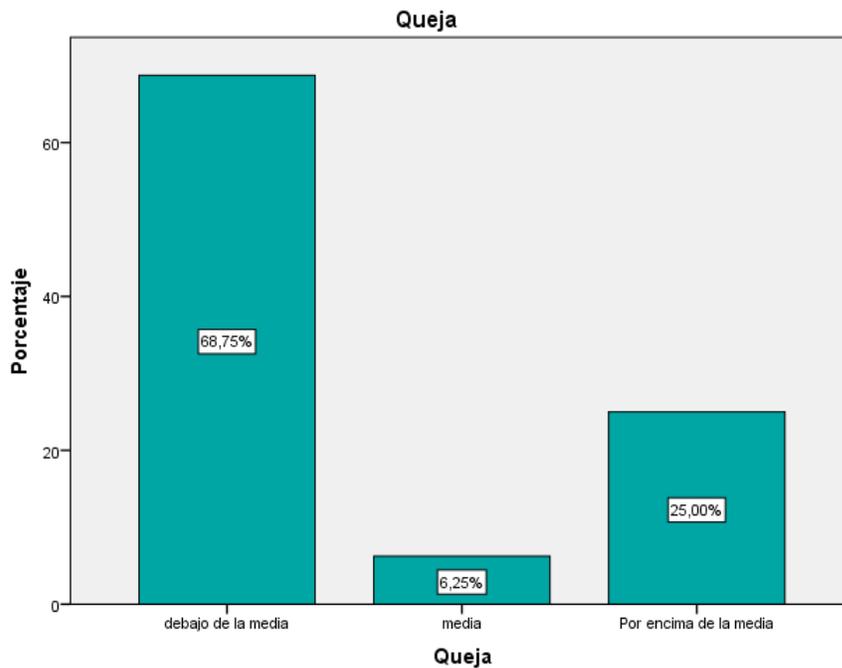
Queja

Tabla 33. Queja

		Queja			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	11	68,8	68,8	68,8
	Media	1	6,3	6,3	75,0
	Por encima de la media	4	25,0	25,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 20. Queja



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: el 68,75% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de queja, tan solo el 6,25 y el 25% correspondiente al 31,25% de los pacientes tienden a enfrentarse a conflictos y amenazas de origen interno y externos mediante quejas o demandas de ayuda; que esconden sentimientos y emociones encubiertas de hostilidad o resentimiento hacia los demás y que luego expresan o demuestran a cualquier rechazo, consejo o sugerencia. Este tipo de quejas según los registrado en el DSM-IV-TR (2004; citado por Arévalo y Pizzitola, 2016) a síntomas físicos, psicológicos o a problemas de la vida diaria.

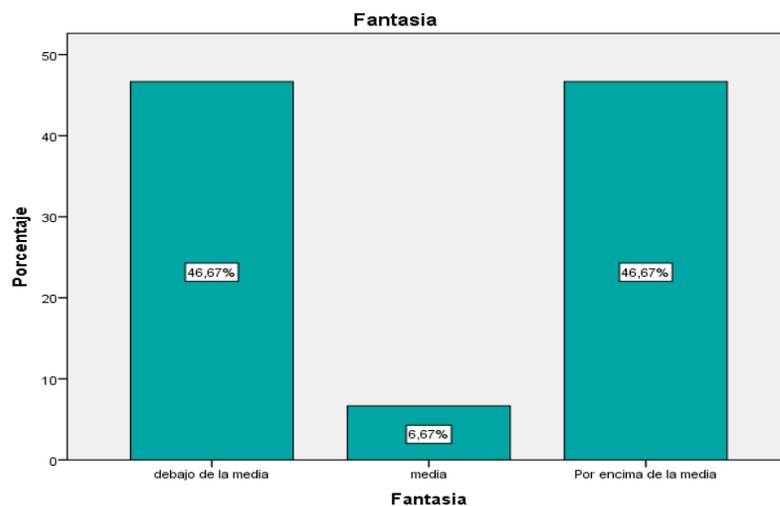
Fantasia

Tabla 34. Fantasia

		Fantasia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	debajo de la media	7	43,8	46,7	46,7
	Media	1	6,3	6,7	53,3
	Por encima de la media	7	43,8	46,7	100,0
	Total	15	93,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	6,3		
Total		16	100,0		

Fuente: elaboración propia

Gráfica 21. Fantasia



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: 48,67% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa fantasía Autista, tan solo 6,67% y el 46,67% de los pacientes hacen uso del mismo. Por lo cual, estos individuos hacen uso de dicho mecanismo para sustituir la búsqueda de relaciones interpersonales; pues es esta la acción más directa y efectiva en la solución de los problemas interpersonales.

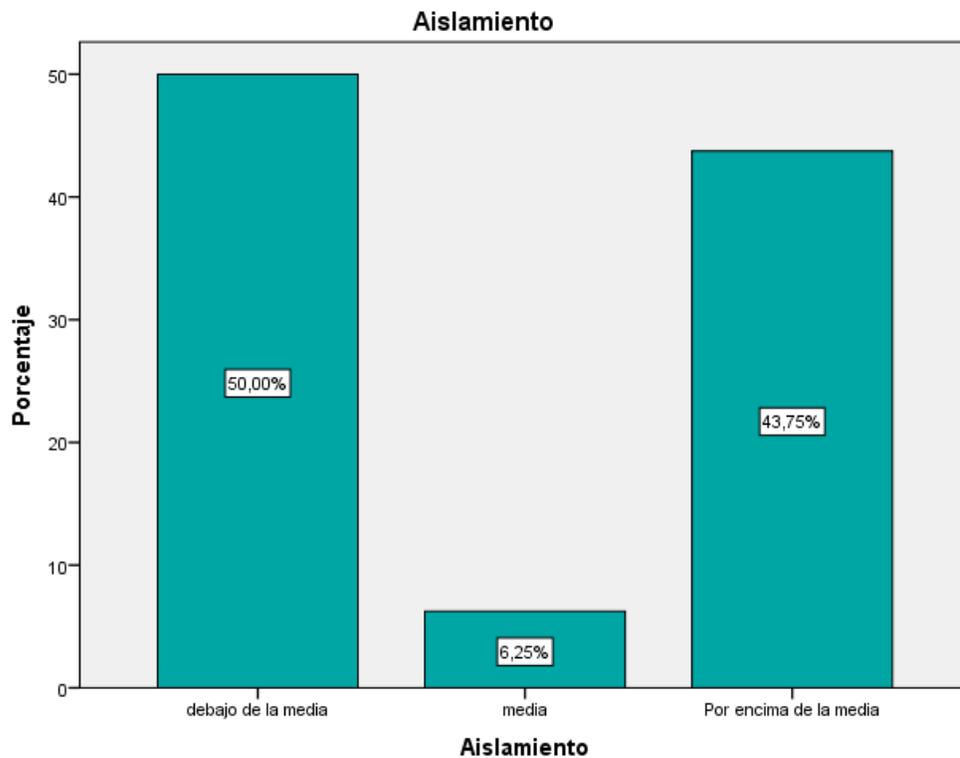
Aislamiento

Tabla 35. Aislamiento

		Aislamiento			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	8	50,0	50,0	50,0
	Media	1	6,3	6,3	56,3
	Por encima de la media	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 22. Aislamiento



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: el 50% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de aislamiento, tan solo el 50% restante hace uso del mismo. Por lo cual, estos pacientes tienen a aislarse de sus emociones, pensamientos e incluso comportamiento para no hacer frente a las situaciones estresantes de su enfermedad. Prefieren estar indiferentes o esquivos ante dichas tensiones de origen interno y externos.

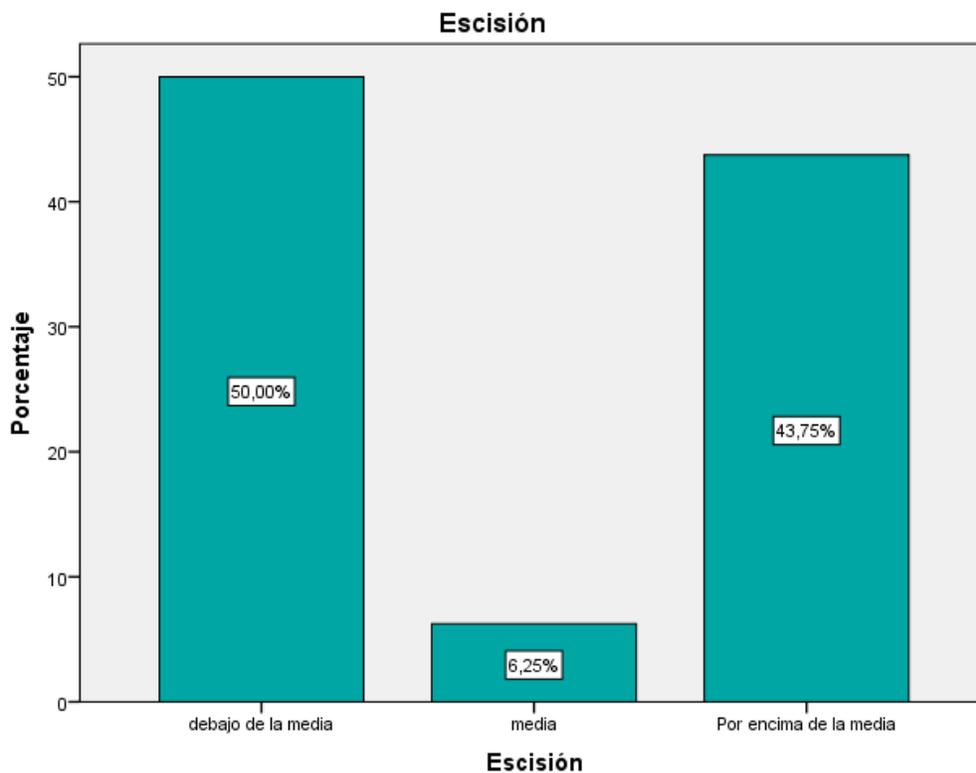
Escisión

Tabla 36. Escisión

		Escisión			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	8	50,0	50,0	50,0
	Media	1	6,3	6,3	56,3
	Por encima de la media	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 23. Escisión



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: el 50% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de la escisión, tan solo el 6,25% y el 43,75% de los pacientes hacen uso de manera casi regular y frecuente de dicho mecanismo. Ante esto, se evidencia que los pacientes oncológicos y crónicos se ven a sí mismo y a los demás como completamente buenos o malos, imposibilitando integrar una imagen negativa o positiva de los demás o de sí mismos.

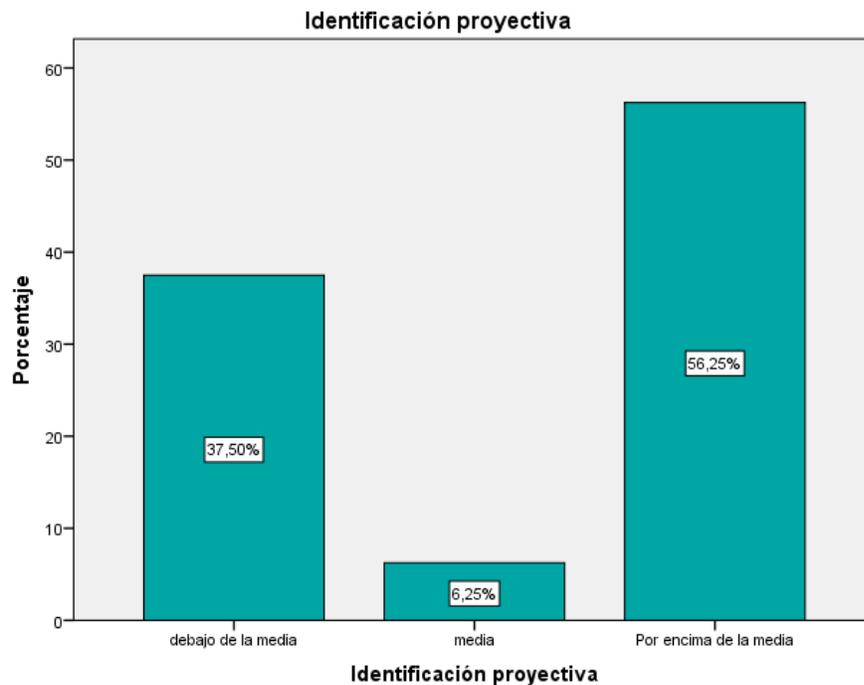
Identificación proyectiva

Tabla 37. Identificación proyectiva

		Identificación proyectiva			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	6	37,5	37,5	37,5
	Media	1	6,3	6,3	43,8
	Por encima de la media	9	56,3	56,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 24. identificación proyectiva



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica, se puede afirmar que el 37,50% de la muestra objeto de estudio correspondiente a 6 pacientes no hacen uso del mecanismo de defensa de identificación proyectiva, mientras que el 56,25% si hace uso del mismo. Por lo cual, estos pacientes se enfrentan a conflictos y amenazas de origen interno y externos atribuyendo de manera incorrecta los sentimientos, pensamientos y comportamientos a las demás personas debido a la tensión interna que esta causa. Como se afirma en el DSM-IV-TR (2004; citado por Arévalo y Pizzitola, 2016) a diferencia de la proyección simple, en este mecanismo el individuo o el paciente no repudia lo que proyecta, sino que se identifica de manera consciente con lo que rechaza; pero lo interpreta incorrectamente al considerarse reacciones justificables frente a otras personas.

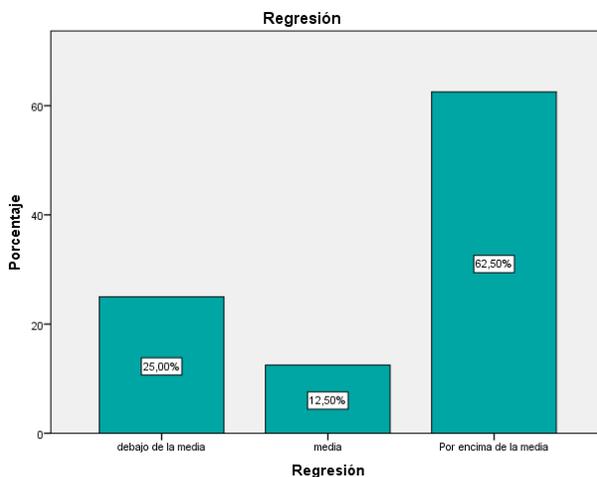
Regresión

Tabla 38. Regresión

		Regresión			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	4	25,0	25,0	25,0
	Media	2	12,5	12,5	37,5
	Por encima de la media	10	62,5	62,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 25. Regresión



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que el 25% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de la regresión, tan solo el 12,50% y el 62,50% de los pacientes hacen uso de manera regular o frecuente de dicho mecanismo, en especial cuando existen tensiones emocionales como la enfermedad donde los pacientes reviven formas psíquicas de responder a dichas tensiones o sentimientos previamente preestablecidas.

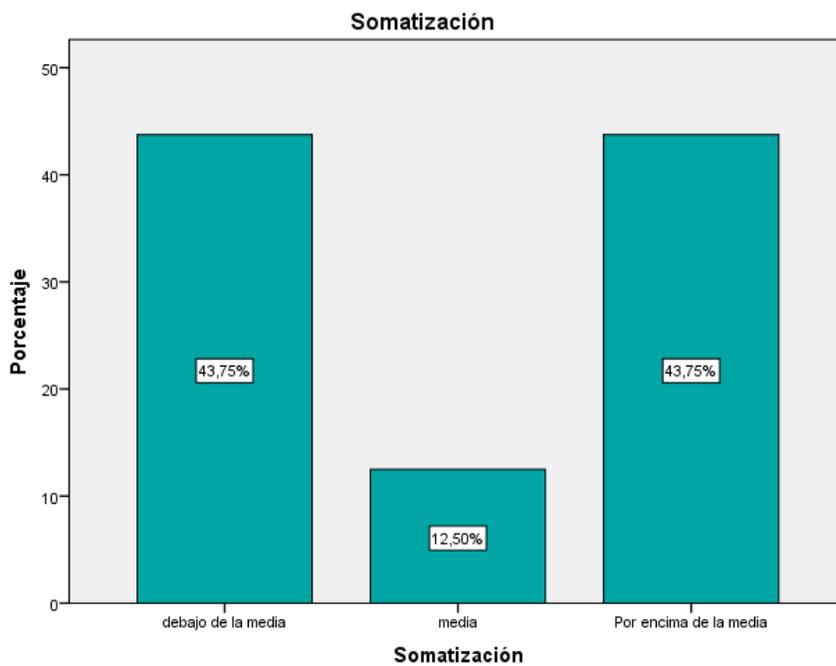
Somatización

Tabla 39. Somatización

		Somatización			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	7	43,8	43,8	43,8
	Media	2	12,5	12,5	56,3
	Por encima de la media	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 26. Somatización



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, se puede concluir que el 43,75% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de somatización, tan solo el 12,50 y el 43,75% de los pacientes oncológicos y crónicos, correspondiente a 9 pacientes hacen uso de dicho mecanismo. Por lo cual, sus tensiones emociones, psicológicas y comportamentales la reflejan a través de síntomas físicos reales que afectan sus áreas de ajuste y causan un malestar clínico.

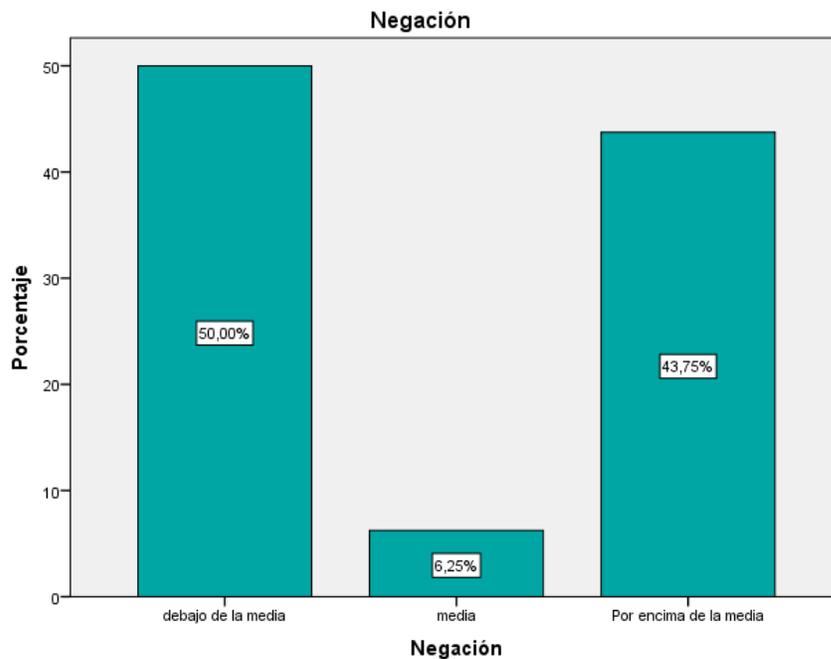
Negación

Tabla 40. Negación

		Negación			
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	debajo de la media	8	50,0	50,0	50,0
	Media	1	6,3	6,3	56,3
	Por encima de la media	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 27. Negación



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que el 50% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de la negación mientras que el 50% hace uso del mismo de manera regular o frecuente, evidenciando que estos pacientes se enfrentan a los conflictos o tensiones emocionales y psíquicas de origen interno o externo negando su existencia. Este tipo de mecanismo se encuentra muy marcado en la fase de diagnóstico, donde los pacientes se enfrentan a una tensión emocional que causa un malestar significativo.

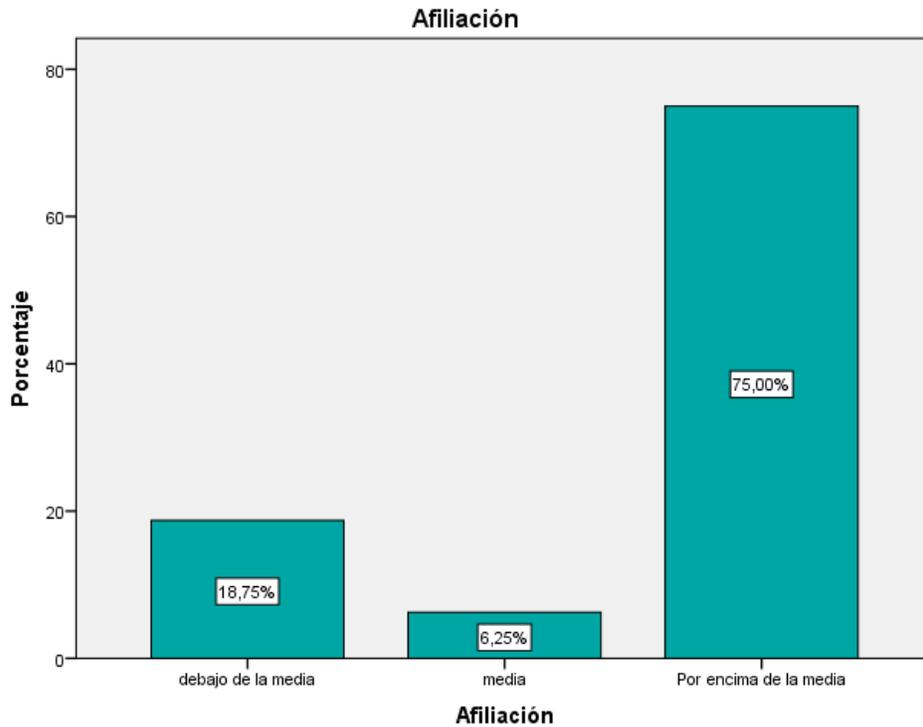
Afiliación

Tabla 41. Afiliación

		Afiliación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	debajo de la media	3	18,8	18,8	18,8
	Media	1	6,3	6,3	25,0
	Por encima de la media	12	75,0	75,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 28. Afiliación



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior es preciso inferir que el 18,75% de la muestra objeto de estudio no hace uso del mecanismo de defensa de afiliación, mientras que el 6,25 y el 75% de los pacientes si hacen uso del mismo. Por lo cual, estos pacientes se enfrentan a conflictos emocionales de origen interno y externos buscando el apoyo de los demás, sean estos familiares, amigos o pares. Este tipo de mecanismo adaptativo permite que el sujeto busque ayuda a sus problemas sin necesidad de atribuírselos a los demás.

Análisis por dimensión

En el presente apartado se dará a conocer el análisis por dimensiones, comprendiendo que estas se dividen en defensas maduras, defensas neuróticas y defensas inmaduras, algunos autores como Bond y Wesley, (1996) las denominan acción inadaptada, distorsión de la realidad, autosacrificio y adaptación. Dentro de los mecanismos de defensa que comprende la dimensión de formas de defensa maduras se encuentran: supresión, orientación a la tarea, anticipación, sublimación, humor. Por su parte, los mecanismos de defensa de las formas de defensa neuróticas son: formación reactiva, anulación, inhibición, retirada, idealización, pseudoaltruismo. Y, por último, se encuentran las defensas inmaduras, estas comprenden: agresión pasiva, acción, omnipotencia-devolución, queja, fantasía, asilamiento, escisión, identificación proyectiva, regresión, somatización, negación, afiliación, consumo.

Cada dimensión comprende una medida estándar o media en relación al número de ítems y mecanismos evaluados, de ahí que se considere el valor de 4,5 dentro de la media, demostrando que si el paciente se encuentra debajo de esta medida no presenta la dimensión, por su parte, si el valor supera el 4,5 se determinara la presencia marcada de la dimensión o mecanismos.

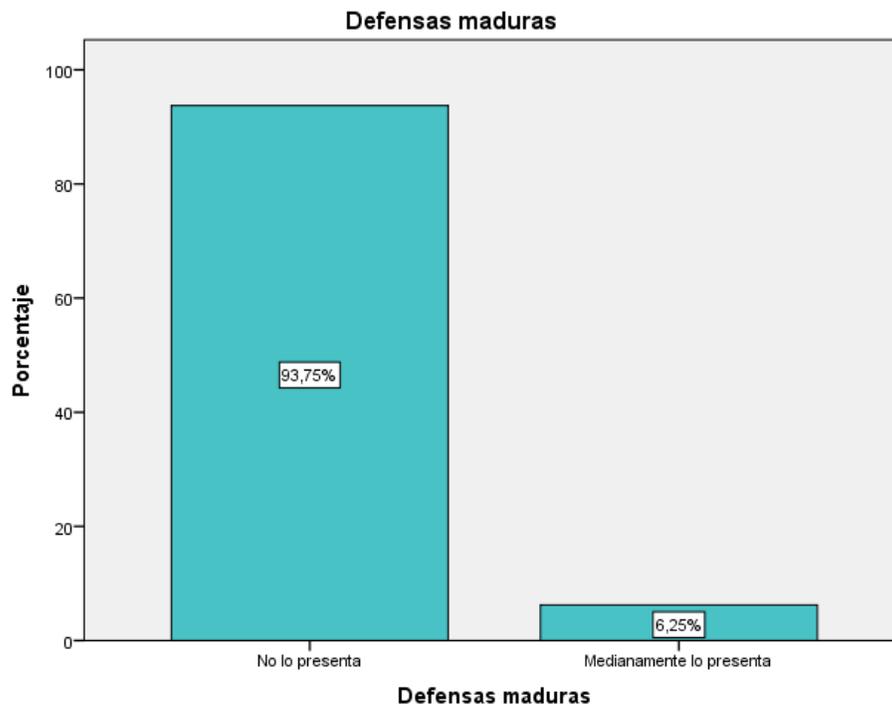
Defensas maduras

Tabla 42. defensas maduras

		Defensas maduras			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No lo presenta	15	93,8	93,8	93,8
	Medianamente lo presenta	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 29. Defensas maduras.



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: el 93,75% de la muestra objeto de estudio no hace uso de las defensas maduras, por lo cual al ser uso de los mecanismos de defensa no lo realizan de manera adaptativa, sino para aliviar la tensión emocional sea esta interna o externa, causando un malestar clínicamente significativo. En muchos casos estos pacientes acuden a la

represión, la fantasía o la somatización para aliviar la angustia que puede traer la enfermedad, sea en su fase de diagnóstico, tratamiento o postratamiento. Por su parte, solo el 6,25% de los pacientes evaluados hacen uso de las defensas maduras o adaptativas, por esto, como refiere San Martini et al. (2004; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016) estos sujetos presentan una gran flexibilidad mental para suprimir los sentimientos estresantes de su mente, centrándose en el humor o la canalización de la angustia a través de actividades recreativas.

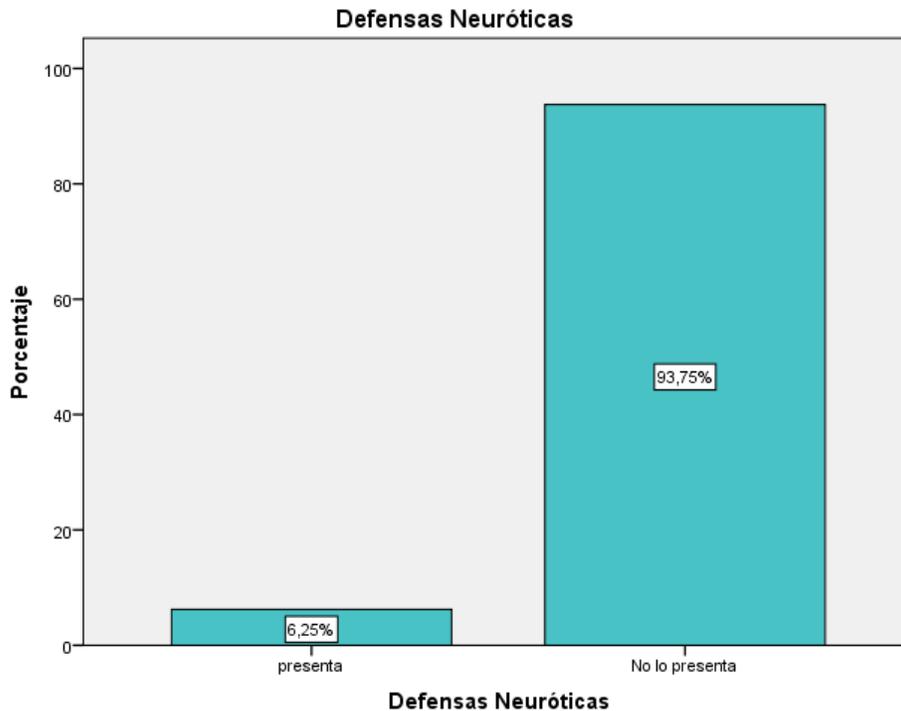
Defensas neuróticas

Tabla 43. Defensas neuróticas

Defensas Neuróticas					
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	presenta	1	6,3	6,3	6,3
	No lo presenta	15	93,8	93,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Grafica 30. Defensas neuróticas



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: 93,75% de la muestra objeto de estudio no hace uso de las defensas neuróticas, por lo cual, estos pacientes en su mayoría no tienden hacer uso de mecanismos como: formación reactiva, anulción, inhibición, retirada, inhibición, idealización, pseudoaltruismo. Tan solo el 6,25% de los pacientes oncológicos y crónicos hacen uso de dichos mecanismos. Cabe mencionar, que estos mecanismos regularmente alivian las tensiones psíquicas, propiciando un escape de la ansiedad y las angustias internas y externas; sin embargo, a medida que el uso de los mismos se hace rutinario, trae consecuencias en las áreas intrapersonales y en el disfrute de la vida.

Entre las defensas más utilizadas por los pacientes se encuentran la formación reactiva, este mecanismo demuestra como los sujetos hacen uso de defensas neuróticas para aliviar la tensión emocional al tiempo que distorsionan la realidad y la hacen más adaptativa según los padecimientos presentados por la enfermedad. Estos pacientes sitúan su tensión en el pasado, por lo cual genera un mayor malestar clínico y psicológico, motivando sus acciones a los impedimentos del ego o del yo a aliviar las angustias psíquicas.

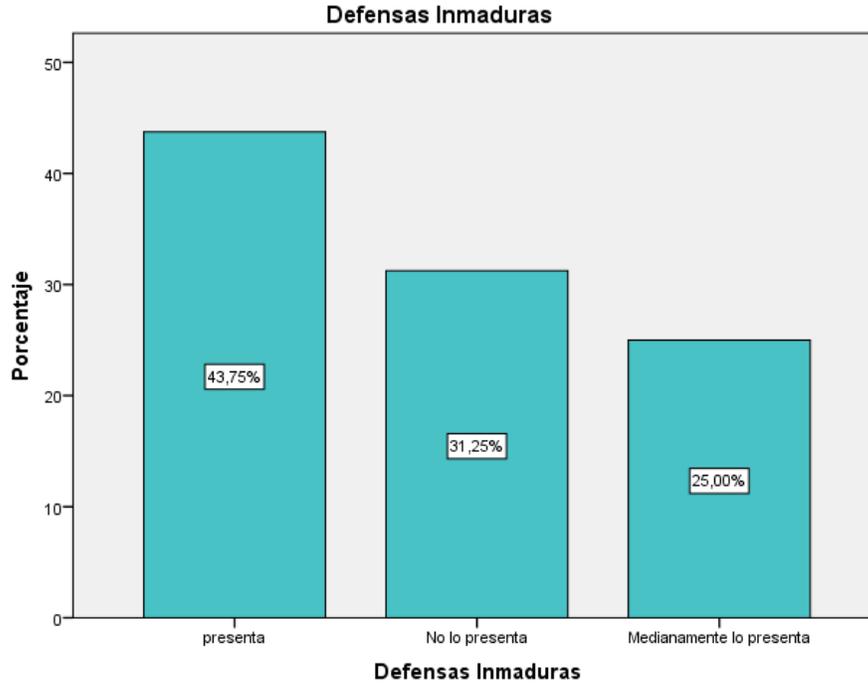
Defensas inmaduras

Tabla 44. defensas inmaduras

Defensas Inmaduras					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Presenta	7	43,8	43,8	43,8
	No lo presenta	5	31,3	31,3	75,0
	Medianamente presenta	4	25,0	25,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Grafica 31. Defensas inmaduras



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: el 43,75% de la muestra objeto de estudio hace uso de defensas inmaduras, de la misma forma, el 25% de los pacientes medianamente utilizan dichas defensas, lo que demuestra que más del 50% de los pacientes oncológicos y pacientes crónicos presentan una incapacidad para realizar acciones y enfrentar las tensiones internas y externas de la enfermedad. Cabe mencionar que, según lo expuesto por Burtos, (1999; como se cita en Jiménez, s.f) incluso las defensas inmaduras son adaptativas bajo circunstancias anormales, en este caso se haría énfasis a la enfermedad y sus afectaciones emocionales; estos mecanismos proporcionan el medio para atravesar eventos traumáticos como el diagnóstico o incluso el tratamiento. Entre las defensas inmaduras más utilizadas por estos pacientes se encuentran la regresión, la somatización, la fantasía y demás mecanismos que generan un malestar psíquico significativo.

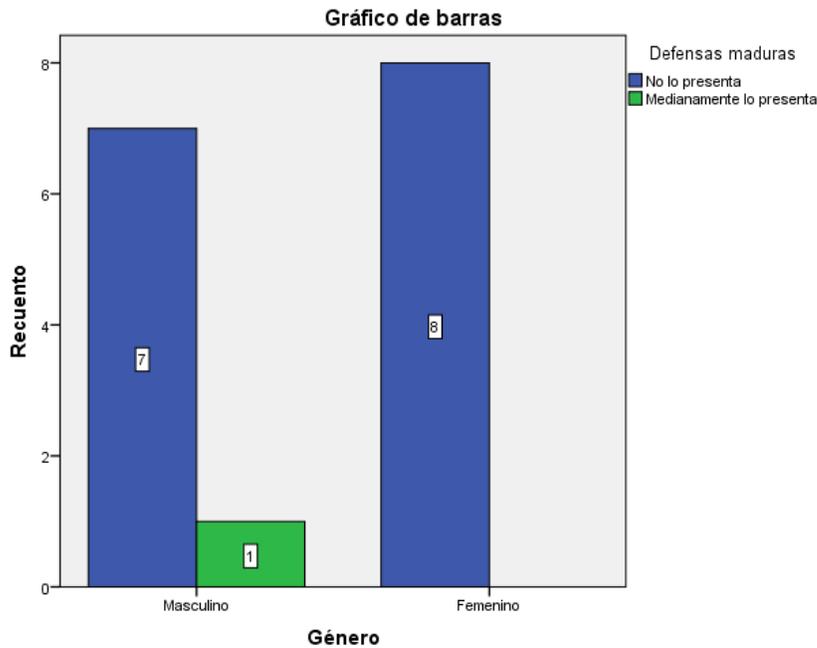
Análisis por dimensión: variables sociodemográficas.

Tabla 45. defensas maduras, genero

		Tabla cruzada Género*Defensas maduras			
		Defensas maduras		Total	
		No lo presenta	Medianamente lo presenta		
Género	Masculino	Recuento	7	1	8
		% del total	43,8%	6,3%	50,0%
	Femenino	Recuento	8	0	8
		% del total	50,0%	0,0%	50,0%
Total		Recuento	15	1	16
		% del total	93,8%	6,3%	100,0%

Fuente: elaboración propia

Gráfica 32. defensas maduras y genero



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: el 43,8% de la muestra objeto de estudio correspondiente al género masculino no hacen uso de las defensas maduras, por lo cual ante su padecimiento no cuentan en muchos casos con los recursos psíquicos para aliviar la tensión causada por la enfermedad. Tan solo el 6,3% de la muestra poblacional hace uso de dichos

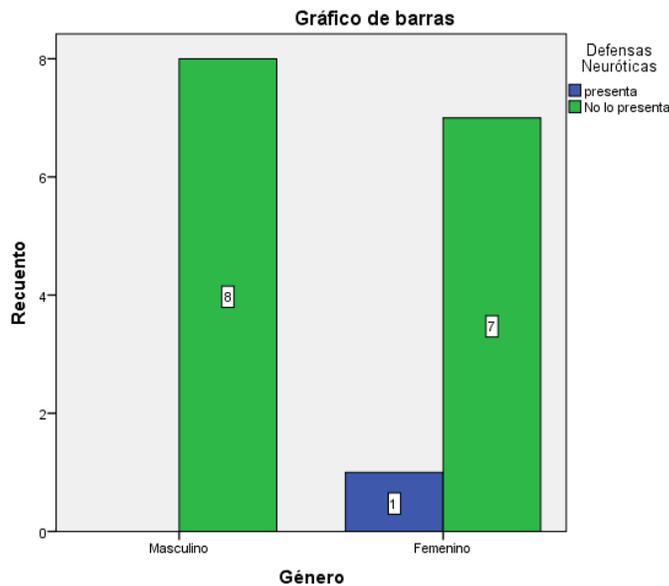
mecanismos. En el caso de la muestra femenina el 50% siendo el total de la misma no hace uso de dichos mecanismos de defensa. Todo esto demuestra la falta de mecanismos adaptativos para hacer frente a las vicisitudes del diagnóstico, tratamientos y postratamiento ante la enfermedad, imposibilitando generar respuestas inmediatas ante la presencia de tensiones emocionales que pudiesen ser causantes de un malestar clínico.

Tabla 46. defensas neuróticas, genero

		Tabla cruzada Género*Defensas Neuróticas		
		Defensas Neuróticas		Total
Género		prese nta	No lo presenta	
Masculino	Recuento	0	8	8
	% del total	0,0%	50,0%	50,0%
Femenino	Recuento	1	7	8
	% del total	6,3%	43,8%	50,0%
Total	Recuento	1	15	16
	% del total	6,3%	93,8%	100,0%

Fuente: elaboración propia

Grafica 33. defensas neuróticas, genero



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior es preciso inferir que: el 50% de la muestra objeto de estudio correspondiente al total de pacientes masculinos no hacen uso de defensas neuróticas, por lo cual,

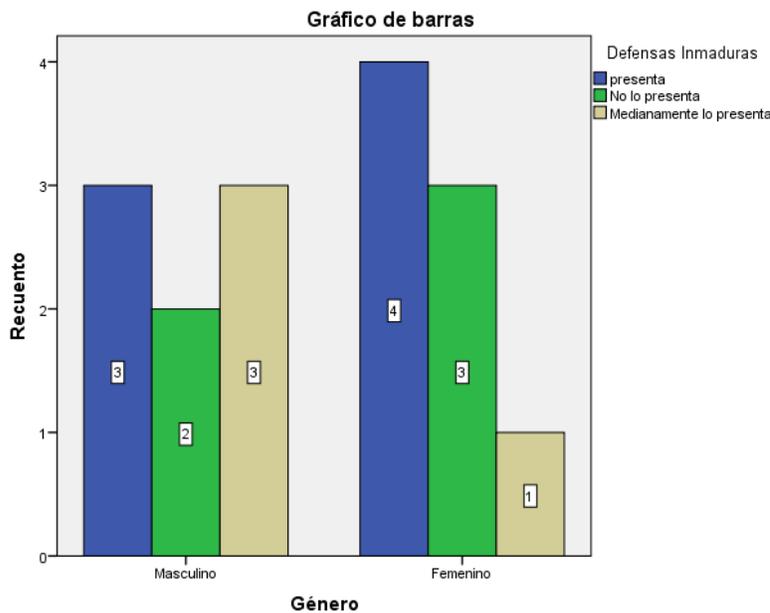
estos pacientes no tienden a distorsionar la realidad para hacerla mucho más amenas; además que no son frecuentes la utilización de mecanismos como la formación reactiva, la represión, etc. De la misma forma, el 93,8% de los pacientes de género femenino no hacen uso de estos mecanismos, existiendo la presencia del 6,3% correspondiente a 1 una paciente que si hace uso de este grupo de defensas neuróticas.

Tabla 47. defensas inmaduras, genero

		Tabla cruzada Género*Defensas Inmaduras				
		Defensas Inmaduras				
Género			prese	No lo	Medianame	Total
			nta	presenta	nte lo presenta	
Masculino	Recuento		3	2	3	8
	% del total		18,8%	12,5%	18,8%	50,0%
Femenino	Recuento		4	3	1	8
	% del total		25,0%	18,8%	6,3%	50,0%
Total	Recuento		7	5	4	16
	% del total		43,8%	31,3%	25,0%	100,0%
						%

Fuente: elaboración propia

Gráfica 34. defensas inmaduras, genero.



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que: el 18,8% de la muestra objeto de estudio correspondiente a los pacientes masculinos hacen uso de las defensas inmaduras como medio para

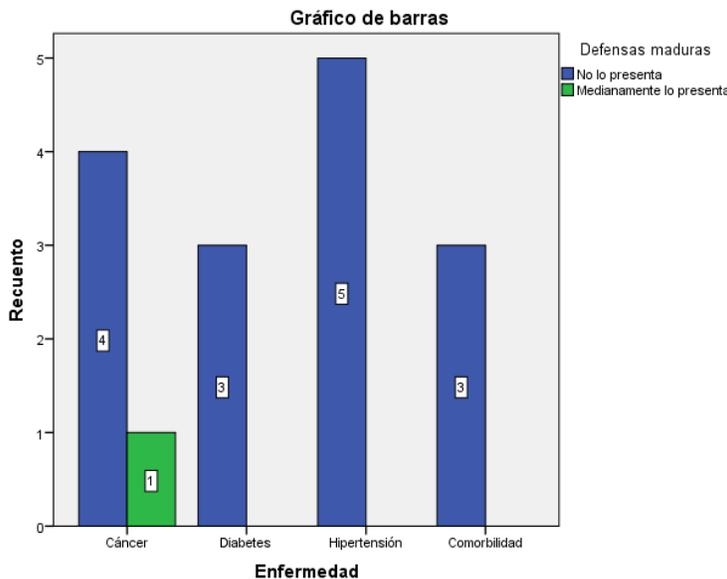
aliviar la tensión causada por la enfermedad, de la misma forma el 18,8% de estos pacientes acude a dichos mecanismos de manera casi regular para mejorar las tensiones internas y externas. solo el 12,5% de los mismos no hacen uso de defensas inmaduras. En el caso de del género femenino, se evidencia que el 31, 3% de las pacientes medianamente o frecuentemente hacen uso de defensas inmaduras para aliviar el malestar clínico que puede traer la enfermedad o el diagnóstico de la misma, tan solo el 18,8% de estas pacientes no hacen uso de estos mecanismos.

Tabla 48. Defensas maduras enfermedad.

		Tabla cruzada Enfermedad*Defensas maduras			
		Defensas maduras			
		No lo presenta	Medianamente lo presenta		Total
Enfermedad	Cáncer	Recuento	4	1	5
		% del total	25,0%	6,3%	31,3%
	Diabetes	Recuento	3	0	3
		% del total	18,8%	0,0%	18,8%
	Hipertensión	Recuento	5	0	5
		% del total	31,3%	0,0%	31,3%
	Comorbilidad	Recuento	3	0	3
		% del total	18,8%	0,0%	18,8%
Total		Recuento	15	1	16
		% del total	93,8%	6,3%	100,0%

Fuente: elaboración propia

Grafica 35. defensas maduras, enfermedad.



Fuente: elaboración propia

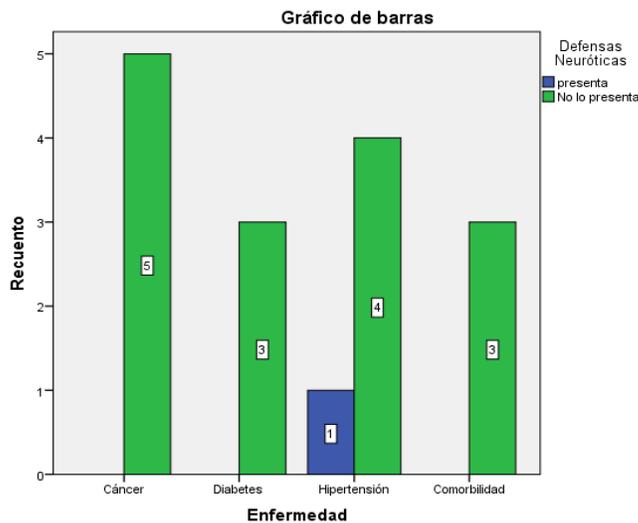
Partiendo de la gráfica anterior, se puede concluir: que el 25% de los pacientes con un padecimiento de cáncer no hacen uso de defensas maduras, tan solo 6,3% de estos hacen uso de mecanismos como: la supresión, orientación a la tarea, anticipación etc. En cuanto a los pacientes con una enfermedad crónica no transmisible se evidencia que el 31,3% de los pacientes hipertensos no hacen uso de este grupo de mecanismos, mientras el 18,8% de los pacientes diabéticos se encuentran en la misma condición; encontrando que solo el 6,3% de los pacientes con comorbilidad no hacen uso de defensas maduras.

Tabla 49. defensas neuróticas, enfermedad

		Tabla cruzada Enfermedad*Defensas Neuróticas			
		Defensas Neuróticas		Total	
		prese nta	No lo presenta		
Enfermedad	Cáncer	Recuento	0	5	5
		% del total	0,0%	31,3%	31,3%
	Diabetes	Recuento	0	3	3
		% del total	0,0%	18,8%	18,8%
	Hipertensión	Recuento	1	4	5
		% del total	6,3%	25,0%	31,3%
	Comorbilidad	Recuento	0	3	3
		% del total	0,0%	18,8%	18,8%
Total		Recuento	1	15	16
		% del total	6,3%	93,8%	100,0%

Fuente: elaboración propia

Grafica 36. defensas neuróticas, enfermedad.



Fuente: elaboración propia

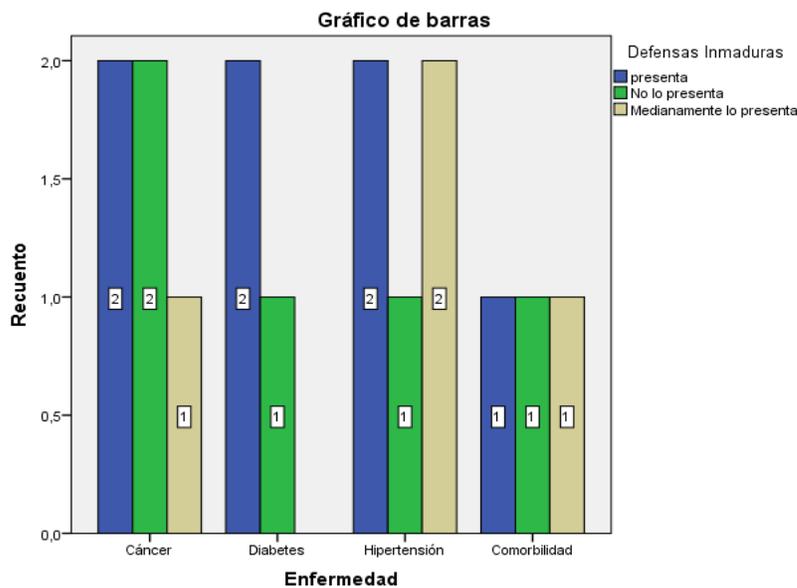
Partiendo de la gráfica anterior es preciso inferir que el 6,3% de los pacientes hipertensos hacen uso de las defensas neuróticas mientras que los pacientes con cáncer y pacientes diabéticos no hacen uso de estos mecanismos de defensa para aliviar su malestar y las tensiones que el diagnóstico y el tratamiento pueda traer consigo. Dichas cifras guardan relación con la ausencia de defensas maduras en la mayoría de los pacientes oncológicos y pacientes crónicos, lo que demuestra una marcada tendencia a la utilización de mecanismos inmaduros a desadaptativos.

Tabla 50. defensas inmaduras, enfermedad.

			Defensas Inmaduras			
0	Enfermedad		prese	No lo	Medianame	Total
			nta	presenta	nte lo presenta	
	Cáncer	Recuento	2	2	1	5
		% del total	12,5%	12,5%	6,3%	31,3%
	Diabetes	Recuento	2	1	0	3
		% del total	12,5%	6,3%	0,0%	18,8%
	Hipertensión	Recuento	2	1	2	5
		% del total	12,5%	6,3%	12,5%	31,3%
	Comorbilidad	Recuento	1	1	1	3
		% del total	6,3%	6,3%	6,3%	18,8%
Total		Recuento	7	5	4	16
		% del total	43,8%	31,3%	25,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia

Gráfica 37. defensas inmaduras, enfermedad.



Fuente: elaboración propia

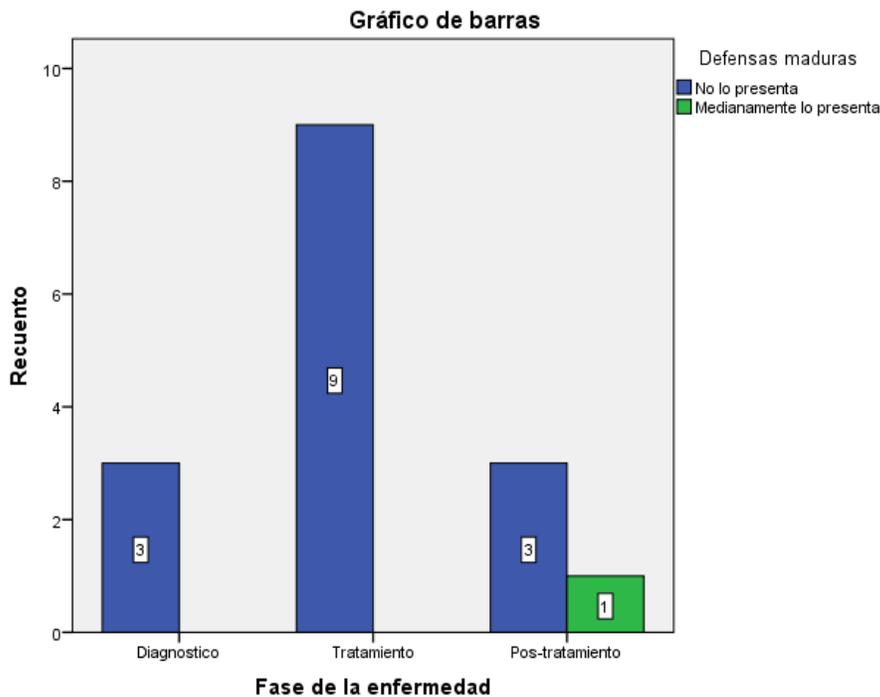
Teniendo como referencia la gráfica anterior, se puede inferir que el 15,5% de los pacientes oncológicos y pacientes crónicos hacen uso de defensas inmaduras, encontrando una mayor prevalencia en los pacientes hipertensos quienes en un 25% hacen uso medianamente o frecuentemente de dichos mecanismos, en el caso de los pacientes diabéticos y oncológicos se evidencia un uso medianamente de dichas defensas en un 6,3%.

Tabla 51. defensas maduras, fase de la enfermedad.

		Defensas maduras			Total
		No lo presenta	Medianamente lo presenta		
Fase de la enfermedad	Diagnostico	Recuento	3	0	3
		% del total	18,8%	0,0%	18,8%
	Tratamiento	Recuento	9	0	9
		% del total	56,3%	0,0%	56,3%
	Postratamiento	Recuento	3	1	4
		% del total	18,8%	6,3%	25,0%
Total	Recuento	15	1	16	
	% del total	93,8%	6,3%	100,0%	

Fuente: elaboración propia

Tabla 52. defensas maduras, fase de la enfermedad.



Fuente: elaboración propia

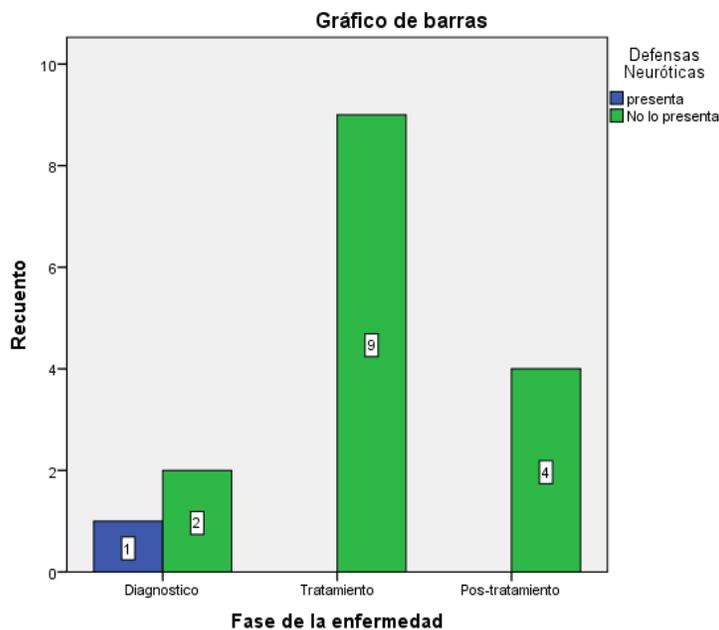
Partiendo de la gráfica anterior, se puede inferir que: el 18,8% de los pacientes oncológicos y crónicos que se encuentran en una fase de la enfermedad de diagnóstico no hacen uso de defensas maduras, de la misma forma, el 56,3% de los pacientes en fase de tratamiento no acuden a defensas maduras para aliviar las posibles tensiones que la enfermedad pueda generar a nivel intrapsíquico. Ante estos, se demuestra que solo el 6,3% de los pacientes que se encuentran en fase de tratamiento si hacen uso de dichos mecanismos defensivos.

Tabla 53. defensas neuróticas, fase de la enfermedad.

		Tabla cruzada Fase de la enfermedad*Defensas Neuróticas			
		Defensas Neuróticas		Total	
		prese nta	No lo presenta		
Fase de la enfermedad	Diagnostico	Recuento	1	2	3
		% del total	6,3%	12,5%	18,8%
	Tratamiento	Recuento	0	9	9
		% del total	0,0%	56,3%	56,3%
	Postratamiento	Recuento	0	4	4
		% del total	0,0%	25,0%	25,0%
Total		Recuento	1	15	16
		% del total	6,3%	93,8%	100,0%
					%

Fuente: elaboración propia

Gráfica 38. defensas neuróticas, fase de la enfermedad.



Fuente: elaboración propia

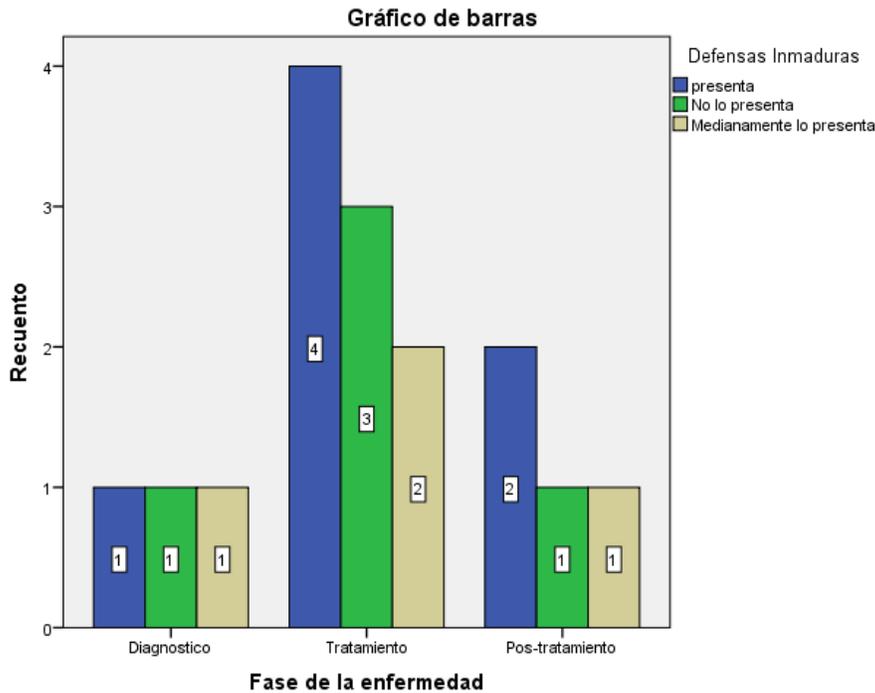
Teniendo en cuenta la gráfica anterior, es preciso inferir que: 6,3% de los pacientes oncológicos y crónicos que se encuentran en una fase de la enfermedad de diagnóstico tienden hacer uso de defensas neuróticas, mientras que el 98,8% de estos pacientes que se encuentran en una etapa de la enfermedad de tratamiento y postratamiento no hacen uso de dichos mecanismos.

Tabla 54. defensas inmaduras, fase de la enfermedad.

		Defensas Inmaduras			
		presenta	No lo presenta	Medianamente lo presenta	
Fase de la enfermedad	Diagnostico	Recuento	1	1	1
		% del total	6,3%	6,3%	6,3%
	Tratamiento	Recuento	4	3	2
		% del total	25,0%	18,8%	12,5%
	Postratamiento	Recuento	2	1	1
		% del total	12,5%	6,3%	6,3%
Total	Recuento	7	5	4	
	% del total	43,8%	31,3%	25,0%	

Fuente: elaboración propia

Gráfica 39. defensas inmaduras, fase de la enfermedad.



Fuente: elaboración propia

Partiendo de la gráfica anterior, es preciso inferir que 37,5% de los pacientes que se encuentran en una fase de la enfermedad de tratamiento tienden hacer uso frecuente o regular de los mecanismos de defensa inmaduros, mientras que el 12,6% de los pacientes oncológicos y crónicos hacen uso de defensas inmaduras en la fase de diagnóstico. Por su parte, el 18,8% de estos pacientes frecuentan estos mecanismos en la fase de postratamiento. Todo esto demuestra que no siempre la fase de diagnóstico es donde los pacientes experimentan mayor tensión emocional, en muchos casos estas tensiones y conflictos se pueden generar en el tratamiento, donde los individuos se someten a una serie de procedimientos ocasionando malestar interno y externo que afecta el bienestar físico y psicológico. Además de ello, se evidencia que la fase de postratamiento; en el caso de los pacientes oncológicos se puede presentar defensas inmaduras como causa de un pensamiento o preocupación orientada a una posible metástasis, por lo cual estos pacientes por el temor de volver a presentar el padecimiento posiblemente recurren a los mecanismos de defensas para mejorar la tensión emocional.

Discusiones

El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo determinar los mecanismos de defensa utilizados por los pacientes oncológicos y pacientes crónicos en su proceso de enfermedad, al tiempo que se permitía validar el cuestionario de estilos defensivos en su versión de 88 preguntas en la población colombiana. Ante esto, se reconoce que:

Los pacientes oncológicos y crónicos hacen uso de los mecanismos de defensa en menor o mayor grado, muchos de estos acuden a estilos defensivos inmaduros o desadaptativos, entendiendo que los mecanismos de defensa surgen ante situaciones generadoras de ansiedad que los seres humanos no suelen soportar por tiempos prolongados, facilitando que el yo contrarreste ideas y sentimientos dolorosos insoportables (Freud, 1961, como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016). En este caso, la enfermedad resulta ser una situación generadora de ansiedad, donde los pacientes sin importar la fase de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento o postratamiento) experimentan sentimientos de angustia, así demostró en los resultados encontrados, donde el 37,5% de los pacientes que se encuentran en una fase de la enfermedad de tratamiento tienden hacer uso frecuente o regular de los mecanismos de defensa inmaduros, mientras que el 12,6% de los pacientes oncológicos y crónicos hacen uso de defensas inmaduras en la fase de diagnóstico. Por su parte, el 18,8% de estos pacientes frecuentan estos mecanismos en la fase de postratamiento.

Hay que entender, que aunque existen variaciones en relación a la presencia o ausencia de defensas inmaduras en determinada fase de la enfermedad, muchos de los pacientes evaluados al encontrarse en una etapa del desarrollo de adultez intermedia y adultez tardía permite reconocer que estos en su mayoría son padres cabeza de familia o un miembro importante de la misma, por lo que se podría determinar que la presencia de estilos defensivos inmaduros e incluso neuróticos;

posiblemente está relacionado con la angustia real de estar diagnosticado y ser tratante por una enfermedad crónica u oncológica y la angustia percibida de las limitaciones físicas y familiares que esta puede traer consigo en el seno de la familia. Además de las afectaciones de la misma. Ya que, si bien se reconoce que muchos de estos pacientes y sus familias cuentan con recursos personales y sanitarios para hacer frente a las vicisitudes de la enfermedad, pero al momento de recibir la confirmación del diagnóstico de cáncer o enfermedad crónica, genera en la persona una serie de emociones negativas que interfiere en sus áreas de socialización al tiempo que influye en la familia y en la forma en como la persona percibe su evaluación ante la enfermedad (Banate y Corales, 2018).

Aunado a esto, se reconoce la posible polarización entre la angustia real o percibida en relación al padecimiento y los factores de riesgos que el paciente tiene antes o durante el diagnóstico y la angustia moral la cual parte de reconocimiento de riesgos reales que provocaron la enfermedad y generan una serie de cuestionamientos tanto personales, sociales y familiares en relación al manejo del riesgo y la vulnerabilidad con la que se contaba para padecerla y no fue controlada, esos sentimientos de culpa yacen de una angustia moral producida por una acción real o imaginaria que cae en conflicto con el súper Yo y que dan lugar a sentimientos de culpa (Freud, como se cita en Alvarado, 2016), en este caso dichos sentimientos pueden reflejarse en los cuestionamientos del poco o nulo manejo de los factores de riesgo y la posible angustia ante los cuestionamiento familiares y sociales debido a la falta de manejo de riesgos reales que provocaron la enfermedad.

Con todo esto, cabe mencionar, que los resultados demuestran una mayor tendencia en la utilización de estilos defensivos en la fase de tratamiento; aunque en la fase de diagnóstico que es la fase inicial; al momento de recibir la confirmación del diagnóstico de cáncer o enfermedad

crónica genera en la persona una gama de emociones negativas como la tristeza, la negación, la ansiedad, el miedo a la muerte (Banate y Corales, 2018), estas no siempre son exclusivas de esta fase, sino que también durante el tratamiento, el curso de la enfermedad y las probabilidades de cura incrementarían en los pacientes una angustia y desestabilización emocional.

Queda en evidencia que cada una de las fases de las enfermedades oncológicas y crónicas comprenden conflictos internos y externos que los pacientes tienen que enfrentar, por lo cual, los mecanismos de defensa surgen para hacer mucho más amena la situación. Dichos mecanismos tienen como función distorsionar la realidad al tiempo que le permiten al sujeto lidiar con el malestar (Bond, 1992; cómo se cita en Arévalo & Pizzitola, 2016), esta tendencia de generar distorsión ante situaciones ansiosas es muy marcada en la utilización de defensas inmaduras donde los pacientes cambian la realidad que viven día a día por su enfermedad a una mucho más aceptable, así se demostró al comprobar que el 53,3% de los sujetos hacían uso de defensas como la fantasía, siendo este un estilo donde las utopías y la imaginación tiende a sustituir muchos aspectos personales e interpersonales para aliviar el malestar de manera parcial (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo Y Pizzitola, 2016).

Por otra parte, se reconoce que la importancia de abordar y reconocer la existencia de mecanismos de defensas ya sean maduros, inmaduros o neuróticos radica en generar un alivio a las tensiones causadas por la enfermedad, ya que si bien, estos mecanismos no solo son esenciales para la estabilidad de la mentalidad, sino que permiten la identificación de patologías en pacientes psiquiátricos. Cabe mencionar que, existe una variación entre los mecanismos adaptativos y desadaptativos, es así, como los mecanismos de defensa maduros se asocian con la función de adaptación en contraste con las defensas inmaduras; a pesar de que los mecanismos inmaduros se

han asociados a patologías (Waqas, Aamehan, Umer, Khan, 2015), ante esto, en el presente estudio se reconoce una menor utilización de defensas maduras, aunque no se aplicaron instrumentos para la evaluación de la salud mental; ante la presencia marcada de defensas inmaduras no se desconoce la posible presencia de patologías mentales como la ansiedad, depresión, trastornos alimenticios del sueño, etc. Así mismo lo hace ver la Asociación Galega de Lopus, (2016) al afirmar que estos pacientes, además de superar los síntomas fisiológicos deberán enfrentarse a factores de necrosis psicológica, los cuales propician la aparición de cuadros clínicos como la depresión, la ansiedad, los trastornos meniscos y otras afectaciones. Por ello, muchos de estos sujetos hacen uso de estilos evitativos para regular las tensiones y emociones negativas, impidiendo en muchos casos la adaptación psicológica a la enfermedad crónica.

Atendiendo a lo anterior, es preciso aclarar que los estilos defensivos inmaduros y la presencia de patologías o malestar clínicamente significativo no se da de manera lineal ante la presencia de enfermedad, sino que esta puede variar según el padecimiento. Así se demostró al encontrar que: el 15,5% de los pacientes oncológicos y pacientes crónicos hacen uso de defensas inmaduras, pero, se evidencia una mayor prevalencia en los pacientes hipertensos quienes en un 25% hacen uso medianamente o frecuentemente de dichos mecanismos, en el caso de los pacientes diabéticos y oncológicos se evidencia un uso medianamente de dichas defensas en un 6,3%. Lo que deja ver que no todos los pacientes oncológicos como refería Krikorian, 2008; Hernández et al. (2012, como se cita en Moreno, Krikorian, Palacios, 2015), experimentan falta de seguridad y confianza que se traslada a las diferentes esferas de desarrollo: lo social, lo personal, lo familiar, lo económico y lo laboral; sino que pueden existir variaciones no muy marcadas en otras enfermedades como la hipertensión y la diabetes.

En cuanto al proceso de validación de contenido y validación de constructo (consistencia interna y externa) se reconoce que el instrumento (Cuestionario de estilos defensivos) cuenta con un alto nivel de confiabilidad, resultados que se contrastan con las investigaciones realizadas por Marta Mrozowicz-Wrońska en Polonia, y se relacionan con resultados encontrados por Bouleanu Elena, Luminita Bouleanu, Mosoiu Corneliu, Beldean Luminita, en su investigación titulada examinar el cuestionario de estilo de defensa (DSQ40) en una muestra de pacientes somáticos crónicos.

Por último, se reconoce que el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del cáncer y enfermedades crónicas es un proceso estresante tanto para quien lo padece como para el familiar. Suele generar diversos cambios en los contextos familiares, sociales, laborales, personales y espirituales. La experiencia de vivir con la enfermedad del cáncer por ejemplo y someterse a tratamientos complejos como la quimioterapia se viven y se percibe como una experiencia traumática de gran afectación ya, que si bien, genera cambios en la percepción del Yo, cambios físicos como caída del cabello, cambio del color de piel, pérdida de peso, etc. En cuanto a nivel emocional se evidencian cambios en el estado del ánimo, sentimientos de tristeza, miedo, desesperanza, soledad (Jaman-Mewes & Rivera, 2014; como se cita en Bernal y Monsalve, 2017). De tal forma, atendiendo al uso de los estilos de defensa en esta fase de la enfermedad se esperaría un mayor uso de estilos defensivos como aislamiento, donde el sujeto o en este caso el paciente es “incapaz de experimentar simultáneamente los componentes cognitivos y afectivos de una experiencia ya que el afecto es apartado de la conciencia” (DSM-III-R, 1989; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016. Pg. 24).

Partiendo de la anterior, y atendiendo a los resultados encontrados en relación al mecanismo de defensa del aislamiento; se evidencia que la presencia del mismo en pacientes oncológicos y

crónicos es de un total de 56,3% lo que demuestra que las afectaciones en el afecto, autoestima, nivel emocional son bastante marcados en paciente con este tipo de padecimiento o cuadro clínico.

En relación a los factores de riesgos, se reconoce que el paciente diagnosticado con una enfermedad crónica u oncológica en la fase de diagnóstico y tratamiento es mucho más consciente de las afectaciones que ciertas conductas y estilos de vida generaron en su salud física, por ello, se esperaría que la fase de diagnóstica y tratamiento se evidenciara mayor presencia de estilos defensivos inmaduros, de ahí, que según los resultados encontrados permitan concluir que la fase en la que se presenta mayor uso de defensas inmaduras sea la fase de tratamiento, alcanzando un total del 25% en relación al diagnóstico (6,3%) y postratamiento (12,5%).

Todas estas inferencias contrastadas anteriormente, permite deducir la posible presencia o ausencia de comportamiento que demuestren la utilización de estilos de defensa sea maduras, neuróticas o inmaduras. En relación a la defensa maduras y atendiendo a los resultados encontrados se esperaría que procesos y actitudes de aceptación de la enfermedad, así como la presencia de redes de apoyo, estrategias de afrontamiento, y preparación ante la enfermedad y posibles acontecimientos futuros en relación al tratamiento; propiciarían mayor uso de estos estilos defensivos, en especial en aquellos relacionado con la anticipación. la afiliación y el humor. En cuanto a las defensas neuróticas, los comportamientos, conductas y sentimientos asociados a angustias imaginarias, posibles adelantos a los tratamiento o evolución de la enfermedad, así como comportamiento displacenteros y penosos denotaría un uso de dichas defensas, en especial aquellas asociadas con la fantasía, la proyección y la identificación proyectiva. Por su parte, las defensas inmaduras posiblemente estarían relacionado con sentimientos, actitudes y comportamientos de rechazo hacia la enfermedad, poco control emocional, aislamiento, falta de iniciativa,

desplazamiento de culpas, la cual denotaría un mayor uso de estilos defensivos como la negación, la formación reactiva, el aislamiento, etc.

Conclusiones

Tras la aplicación del Cuestionario de Estilos Defensivos a la muestra objeto de estudio y teniendo en cuenta los resultados encontrados es preciso concluir que:

El 50% de los pacientes evaluados corresponden a género masculino y el 50% restante a género femenino; para un total de 16 pacientes quienes representan la muestra total objeto de estudio. Dichos pacientes presentan un padecimiento oncológico o una enfermedad crónica no transmisible, siendo el 31,3% pacientes oncológicos, el 18,8% diabéticos, el 31,3% hipertensos y el 18,8% pacientes con morbilidad en relación a las enfermedades anteriormente mencionados. Cabe resaltar, que la muestra evaluada estuvo comprendida por adultos intermedios y adultos mayores, encontrando que: el 60,5% de la muestra tiene una edad comprendida entre los 40 y 50 años, el 39,2% una edad entre los 50 y 60 años; tan solo el 6,3% presenta una edad de 61 años. Cada uno de los participantes fueron clasificados según su padecimiento y la fase de la enfermedad, por lo cual algunos pacientes se encontraban en diagnóstico (18,8%), tratamiento (56,3%) y postratamiento (25%). Posterior a ello, se analizaron la presencia o ausencia de mecanismos maduros o adaptativos, defensas neuróticas y defensas inmaduras o desadaptativa, como medio para hacer pie a las tensiones causadas por la enfermedad.

En cuanto a las defensas maduras o adaptativas se infiere que: el 93,75% de la muestra objeto de estudio no hace uso de este grupo de mecanismos, por lo cual, en caso de hacerlo no lo realizan de manera adaptativa, sino para aliviar la tensión emocional sea esta interna o externa, causando un malestar clínicamente significativo sin ninguna mejoría. En muchos casos estos pacientes acuden a la regresión (75%), la fantasía (53,3%) o la somatización (53,6), para aliviar la angustia que puede traer la enfermedad, sea en su fase de diagnóstico, tratamiento o

postratamiento. Por su parte, solo el 6,25% de los pacientes evaluados hacen uso de las defensas maduras o adaptativas, por esto, como refiere San Martini et al. (2004; como se cita en Arévalo y Pizzitola, 2016) estos sujetos presentan una gran flexibilidad mental para suprimir los sentimientos estresantes de su mente, centrándose en el humor o la canalización de la angustia a través de actividades recreativas. Aunado a esto, se evidencia que mecanismos de defensa como orientación a la tarea (87.50%), humor (81,3) y anulación (81,3), son poco utilizados por estos pacientes; encontrándose valores por debajo de la media. Lo que lleva a determinar que estos pacientes no cuentan con recursos del Yo para hacer frente a las vicisitudes que puede traer la enfermedad, en espacial cuando el padecimiento es percibido como mortal por el sujeto.

Cabe mencionar, que existen diferencias entre la presencia o ausencia de defensas inmaduras según la enfermedad que se padezca, por esto, solo el 25% de los pacientes con un padecimiento de cáncer no hacen uso de defensas maduras, tan solo 6,3% de estos hacen uso de mecanismos como: la supresión, orientación a la tarea, anticipación etc. En cuanto a los pacientes con una enfermedad crónica no transmisible se evidencia que el 31,3% de los pacientes hipertensos no hacen uso de este grupo de mecanismos, mientras el 18,8% de los pacientes diabéticos se encuentran en la misma condición; encontrando que solo el 6,3% de los pacientes con comorbilidad si hacen uso de defensas maduras. Siendo unas cifras relativamente bajas que denotan que ante la presencia de una angustia o situación ansiogénica como el diagnóstico de la enfermedad o el tratamiento de la misma los pacientes se les dificultad reducir la ansiedad y encontrar soluciones aceptables.

Por su parte, en cuanto a las defensas neuróticas 93,75% de la muestra objeto de estudio no hace uso de estas defensas, por lo cual, estos pacientes en su mayoría no tienden hacer uso de mecanismos como: anulación (81,3%), inhibición (93,8%), idealización (50%), pseudoaltruismo

(87,5%), tan solo el 6,25% de los pacientes oncológicos y crónicos hacen uso de dichos mecanismos. Cabe mencionar, que estos mecanismos regularmente alivian las tensiones psíquicas, propiciando un escape de la ansiedad y las angustias internas y externas; sin embargo, a medida que el uso de los mismos se hace rutinario, trae consecuencias en las áreas intrapersonales y en el disfrute de la vida.

Entre las defensas más utilizadas por los pacientes se encuentran la formación reactiva (50,5%), este mecanismo demuestra como los sujetos hacen uso de defensas neuróticas para aliviar la tensión emocional al tiempo que distorsionan la realidad y la hacen más adaptativa según los padecimientos presentados por la enfermedad. Estos pacientes sitúan su tensión en el pasado, por lo cual genera un mayor malestar clínico y psicológico, motivando sus acciones a los impedimentos del ego o del yo a aliviar las angustias psíquicas.

En relación a la enfermedad y la presencia de estos mecanismos de defensa se concluye que: el 6,3% de los pacientes hipertensos hacen uso de las defensas neuróticas mientras que los pacientes con cáncer y pacientes diabéticos no hacen uso de estos mecanismos de defensa para aliviar su malestar y las tensiones que el diagnóstico y el tratamiento pueda traer consigo. Dichas cifras guardan relación con la ausencia de defensas maduras en la mayoría de los pacientes oncológicos y pacientes crónicos, lo que demuestra una marcada tendencia a la utilización de mecanismos inmaduros a desadaptativos. Cabe mencionar, además, que estos mecanismos al tener una tendencia marcada de conductas y pensamientos displacenteros y penosos, que en muchos casos parten de la alteración de la realidad puede causar un malestar clínicamente significativo, por lo cual, al no existir una tendencia marcada en la mayoría de los pacientes demuestra el enfrentamiento al padecimiento actual con otros recursos del Yo.

Por último, en cuanto a las defensas inmaduras, se demuestra el 43,75% de la muestra objeto de estudio hace uso de defensas inmaduras, de la misma forma, el 25% de los pacientes medianamente utilizan dichas defensas, lo que demuestra que más del 50% de los pacientes oncológicos y pacientes crónicos presentan una incapacidad para realizar acciones y enfrentar las tensiones internas y externas de la enfermedad. Cabe mencionar que, según lo expuesto por Burtos, (1999; como se cita en Jiménez, s.f) incluso las defensas inmaduras son adaptativas bajo circunstancias anormales, en este caso se haría énfasis a la enfermedad y sus afectaciones emocionales; estos mecanismos proporcionan el medio para atravesar eventos traumáticos como el diagnóstico o incluso el tratamiento. Entre las defensas inmaduras más utilizadas por estos pacientes se encuentran la regresión (75%), la fantasía (53,3%) y la somatización (53,6), y demás mecanismos que generan un malestar psíquico significativo.

En cuanto a la presencia de estos mecanismos en las enfermedades abordadas de manera específica se infiere que: el 15,5% de los pacientes oncológicos y pacientes crónicos hacen uso de defensas inmaduras, encontrando una mayor prevalencia en los pacientes hipertensos quienes en un 25% hacen uso medianamente o frecuentemente de dichos mecanismos, en el caso de los pacientes diabéticos y oncológicos se evidencia un uso medianamente de dichas defensas en un 6,3%. Ante la presencia de un número considerable de mecanismo inmaduros, se refleja que existen variaciones según la fase de la enfermedad, estos permiten entender como estos mecanismos son utilizados por los pacientes y en qué momento de su padecimiento, encontrando que: que 37,5% de los pacientes que se encuentran en una fase de la enfermedad de tratamiento tienden hacer uso frecuente o regular de los mecanismos de defensa inmaduros, mientras que el 12,6% de los pacientes oncológicos y crónicos hacen uso de defensas inmaduras en la fase de diagnóstico. Por su parte, el 18,8% de estos pacientes frecuentan estos mecanismos en la fase de

postratamiento. Todo esto demuestra que no siempre la fase de diagnóstico es donde los pacientes experimentan mayor tensión emocional, en muchos casos estas tensiones y conflictos se pueden generar en el tratamiento, donde los individuos se someten a una serie de procedimientos ocasionando malestar interno y externo que afecta el bienestar físico y psicológico. Además de ello, se evidencia que la fase de postratamiento; en el caso de los pacientes oncológicos se puede presentar defensas inmaduras como causa de un pensamiento o preocupación orientada a una posible metástasis, por lo cual estos pacientes por el temor de volver a presentar el padecimiento posiblemente recurren a los mecanismos de defensas para mejorar la tensión emocional.

Por otra parte, en cuanto al proceso de validez y estandarización de la prueba se reconoce la falta de parámetros estadísticos para su cumplimiento, atendiendo que para el análisis factorial se requería un total de 440 pacientes aproximadamente, los cuales no pudieron ser evaluados por la actual crisis humanitaria, lo que posibilita la validez de contenido a través de la traducción y revisión de redacción de los ítems, la validez de expertos a través de la pertinencia o no pertinencia de los reactivos según los indicadores y la validez de constructo, en específicamente la consistencia interna la cual fue revisada a través del alfa de Cronbach por ítem total y por ítems individual; esta última permitió reconocer que existía una correlación negativa en un total de 9 ítems, por lo cual fueron eliminados en la prueba final, quedando un número de 79 preguntas distribuidas en 25 mecanismos de defensa. Con todo esto, se concluye que la prueba no fue validada en su totalidad, por lo cual se recomienda un proceso mucho más completo y holístico para su aplicación a la población colombiana.

Recomendaciones

Partiendo de los resultados encontrados tras la realización de presente proyecto de investigación y teniendo en cuenta la actual crisis humanitaria, queda en evidencia algunas recomendaciones a nivel metodológico y práctico:

En primer lugar, se recomienda continuar con la temática investigada, propiciando una validación completa del Cuestionario de Estilos defensivos a través del análisis de validez de contenido, validez de constructo y validez predictiva; cabe mencionar, además, el análisis factorial resulta ser una medida válida y confiable para determinar los componentes estadísticos de la prueba a través de su aplicación de 4 a 5 personas por ítems, según lo estipulado por la teoría existente. De ahí que, 440 pacientes oncológicos y crónicos sea la muestra apropiada para su estandarización en la población colombiana; aunado a la correlación de los resultados encontrado con la aplicación del cuestionario (DSQ) con una prueba estandarizada ya existente que evalúa algunos de los constructos de la prueba a validar.

Además de ello, se recomienda motivar a la población académica e investigativa en el abordaje de este tipo de temáticas de gran relevancia social, que no solo permite reconocer la presencia de estilos defensivos en pacientes con padecimientos clínicos, sino que propicia una mejoría en las tensiones causadas por la enfermedad a través de la utilización de defensas maduras y la reducción de las defensas neuróticas y desadaptativa o inmaduras. De igual forma, el abordaje de temáticas psicodinámicas permite delimitar variables investigativas poco trabajadas y que resultan importante para el crecimiento de este modelo ortodoxo de la psicología; no solo desde el punto de vista clínico sino terapéutico, psicométrico y objetivo.

En segundo lugar, se hace necesario extender la investigación a una variedad amplia de pacientes, entendiendo que los mecanismos de defensa cumplen funciones adaptativas y desadaptativa que pueden estar presente en una variedad de enfermedades y propiciar la aparición de trastornos clínicos con gran influencia en las áreas de ajuste del individuo y su funcionalidad. Por ello, la identificación de estilos defensivos propiciara una medida valida y confiable en la creación de protocolos de actuación e intervención clínica. Así mismo, el integrar modelos de psicoterapia breve desde el enfoque psicodinámico propiciara una intervención innovadora y con resultados parcialmente rápidos con gran influencia en la población abordada; además de propiciar un punto de análisis mucho más holístico y completo de las variables de estudio.

Por otra parte, con la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) queda en evidencia la necesidad de la aplicación de cada uno de los instrumentos por medio físico y personal, no solo porque permite reconocer actitudes y comportamiento que son fuente de análisis sino también que otorga un mayor entendimiento de los ítems por parte de los pacientes y un proceso de acompañamiento continuo por parte de los investigadores.

Por último, en cuanto a la estructura y elaboración de la prueba para su aplicación en adultos intermedios y adultos mayores se requiere una reducción considerable de los ítems para efectos de sostenimiento de la atención, entendimiento de su contenido y duración de su aplicación. Ya que si bien, en el estudio realizado se evidencio que la mayoría de los pacientes evaluados tendía a desgastarse atencionalmente, por lo que su aplicación se tuvo que realizar en varios momentos y tomando pausas activas para retomar el nivel atencional y la concentración de los adultos. Además, que, con la realización de la validez de contenido se evidencio una correlación negativa en una diversidad de ítems, los cuales con su eliminación se propiciaba un aumento de la confiabilidad por dimensión y por ítems total.

Referencias Bibliográficas

- Alcázar JM, Oliveras A, Orte LM, Jiménez S, Segura J. (2016). Hipertensión arterial esencial. Tomado de: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-hipertension-arterial-esencial-23>.
- Alvarado, F. (2016). Mecanismos de defensa del cuidador primario según el estado de la enfermedad del paciente en una unidad oncológica. Recuperado de: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1759/1/76264.pdf>.
- American Cancer Society, (2015). ¿Quién puede llegar a tener cáncer? Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/después-del-diagnostico/quien-se-enferma-de-cancer.html>
- Arévalo, A. Pizzitola, F. (2016). Estudio psicométrico del cuestionario de estilos defensivos (dsq-88) en adultos en el área metropolitana de caracas. *Biblioteca Aucab*. Universidad Católica Andrés Bello. Recuperado de: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT2167.pdf>
- Asociación Galega de Lupus, (2016). Enfermedades crónicas y las consecuencias emocionales para el paciente. Recuperado de: <http://lupusgalicia.org/?p=1317>
- Banate, L. Corales, G. (2018). Emociones en adultos jóvenes durante el proceso de diagnóstico de cáncer en instituto nacional de Lima. Recuperado de: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6415/Emociones_CiqueroBanate_Lisvet.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bernal Ávila, N. S., & Monsalve Albornoz, E. A. (2017). Perfil Clínico de pacientes oncológicos en estadios I, II y III (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).
- Bouleanu, Elena & Mosoiu, Corneliu & LUMINITA, BELDEAN. (2016). Examining the Defense Style Questionnaire (DSQ40) in a chronic somatic patients sample: psychometric evaluation of factors. 13-16. 10.15303/rjeap.2016.si1.a1.
- Cardona Arias, Jaiberth Antonio, & Vergara-Arango, Melissa, & Caro-Londoño, Anyi Melissa (2016). Prevalencia de la hipertensión arterial y factores asociados en trabajadores de la Plaza Minorista José María Villa, Medellín (Colombia): estudio descriptivo transversal. *Archivos de Medicina (Col)*, 16(1),43-52. [fecha de Consulta 5 de mayo de 2020]. ISSN: 1657-320X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2738/273846452005>.

Cardoso, F. et al (2014). ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4176456/pdf/mdu385.pdf>.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2010). Guía de Actividades de El camino hacia la buena salud. Atlanta: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Colegio Colombiano de Psicología. (s.f) código ético y deontológico del psicólogo. Recuperado de: https://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf

Congreso de la República de Colombia. Ley 1733 de 2008. *Ley Consuelo Devis Saavedra* .Tomado el 19 de mayo de 2020 de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY%201733%20DEL%2008%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202014.pdf>

Congreso de la Republica. (14 octubre de 2009). Ley 1355 de 2009. *Ley de obesidad como problema salud pública*. Tomado el 19 de mayo de 2020 de: https://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/TEXTOS_COMPLETOS/93_ANTECEDENTES/ANTECEDENTES%20DE%20LEYES/Antecedentes%20Ley%201355%20de%202009/Diario%20Oficial%20Ley%201355%20de%202009.pdf

Congreso de la república. (2010). Ley 1384 del 2010. No. 47.685. Recuperado de: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1384010.pdf>

Connelly, LM (2008). Studios pilot. *Medsurg Nursing*, 17 (6), 411-2.

Corporación Nueva Sociedad de la Región Nororiental de Colombia. (2019). Contribuyendo al Desarrollo Regional. Recuperado de: <http://consornoc.org.co/wp-content/uploads/2014/11/cartilla-pamplona.pdf>

Davidson, K. (2012). *Depression and Coronary Heart Disease*. Recuperado el 24 de Mayo de 2020, de <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/743813/>

Defensoría del pueblo de Colombia. (2014). Derechos en salud de los pacientes con Cáncer. Recuperado de: http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Cartilla_pacientes_Cancer.pdf

- Diez, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate, Y., Galan, E., Mediana, J., . . . Miranda, J. (2014). *Atendiendo la Salud Mental de las Personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el Perú: Retos y Oportunidades para la Integración de Cuidados en el Primer Nivel de Atención*. Recuperado el 24 de Mayo de 2020, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a19v31n1.pdf>
- E. Grebot, B. Paty. (2011). Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou *coping* en situation stressante Relationships between defense mechanisms and coping strategies, facing exam anxiety performance. Médico-psicológicos Anales de Psiquiatría, Revisión, Elsevier, 2010, 168 (2), pp.107. ??? 10.1016 / j.amp.2009.03.019 ???. Hal-00617379 ??? ???
- Fernández, Baptista, Sampieri. (2014). Metodología de la investigación. McGRAW-HILL. Sexta edición. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Fernández, Baptista, Sampieri. (2014). Metodología de la investigación. McGRAW-HILL. Sexta edición. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Floros G.D. (2017) Defense Style Questionnaire. In: Zeigler-Hill V., Shackelford T. (eds) Encyclopedia of Personality and Individual Differences. Springer, Cham
- Fondo Colombiano de Alto Costo. (2018). Boletín de información técnica especializada. Vol. 4. Núm. 1. Recuperado de: <http://www.cuentadealtocosto.org/>
- Grebot, E. Paty, B. (2011). Les dérivés conscients des mécanismes de défense au questionnaire de Bond (DSQ 40): stabilité ou variabilité entre une situation non anxiogène et une situation anxiogène. *scienceDirect*. doi: 10.1016 /j.amp.2009.03.019.pg.107-113.recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/246565081_Les_derives_conscients_des_mecanismes_de_defense_au_questionnaire_de_Bond_DSQ_40_stabilite_ou_variabilite_entre_une_situation_non_anxiogene_et_une_situation_anxiogene
- Greppi, D. (2012) Hábitos alimentarios en escolares. Trabajo de grado. Universidad abierta inter americana, Argentina. Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111865.pdf>
- Guevara, M., & Galan, S. (2010). *El papel del Estrés y el Aprendizaje de las Enfermedades Crónicas: Hipertensión Arterial y Diabetes*. Recuperado el 24 de Mayo de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975006.pdf>

- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.
- Hospital Universitario San Ignacio, (2019). Diabetes, la causa de 17mil muertes en Colombia. Recuperado de: <https://www.husi.org.co/el-husi-hoy/la-diabetes-la-causa-de-17-mil-muertes-en-colombia>
- Instituto Nacional de Cáncer, (2015). Factores de riesgo del cáncer. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/edad>
- James Tapp, Louise Cottle, Michelle Navidad, Rose Stratton, Teresa A. Gannon y Estelle Moore (2017): A psychometric evaluation of the Defence Style Questionnaire-40 in a UK forensic patient population, El Diario de Psiquiatría Forense y Psicología, DOI:10.1080 / 14789949.2017.1375542
- Jiménez, J. (s.f). Práctica Mecanismos de Defensa, Ejercicios de Psicología de la Personalidad. Universidad de Málaga. Recuperado de: <https://www.doccity.com/es/practica-mecanismos-de-defensa-3/3954896/>
- Jiménez, J. De la Cruz, B. (2017). El estrés y las enfermedades crónicas. Med fam Andal. Vol 18. N 2. Pg. 198-203. Recuperado de: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v18n2_12_artEspecial.pdf
- Liga Colombiana Contra el Cáncer. ¿Qué es el cáncer? Recuperado de: <http://ligacancercolombia.org/educacion-y-prevencion/>
- Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. Rev. CES Psicol., 10(1), 83-98. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v10n1/2011-3080-cesp-10-01-00083.pdf>
- Martínez, L. (2013). Confiabilidad en la medición. Reliability; educational research; data analysis; Mexico. Num 30. Recuperado de: <http://riem.facmed.unam.mx/node/76>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2013). Resolución 5521 de 2013. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
- Moreno, A. I., Krikorian, A. & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. Avances en Psicología Latinoamericana, 33(3), 517-529. doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.10. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a11.pdf>

- Mrozowicz, M. (2019). Analiza psychometryczna polskiej wersji Defense Style Questionnaire (DSQ-40) w nieklinicznej grupie młodych dorosłych. *Psychiatr Psychol Klin.* 9 (1), p. 13–18. DOI: 10.15557/PiPK.2019.0002
- Observatorio Nacional de Cáncer. (2018). Guía metodológica. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-cancer.pdf>
- Organización Mundial de la salud, OMS (2016). Informe mundial sobre la diabetes. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=5E2026437E6FD108D2236049E02028BA?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). Datos y cifras sobre el cáncer. Recuperado de: <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2010). Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=1FF00262CA7B824751E4CBCE179AE747?sequence=1
- Organización para la Excelencia de la Salud, (2019). Observatorio de hipertensión arterial. Recuperado de: <https://oes.org.co/portfolio/observatorio-de-hipertension-arterial-colombia-odc/>
- Orozco, A., & Castiblanco, L. (2014). *Factores Psicosociales e Intervencion Psicologica en Enfermedades Cronicas No Transmisibles*. Recuperado el 24 de Mayo de 2020, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a13.pdf>
- Ortiz, Rina, & Torres, Maritza, & Peña Cordero, Susana, & Alcántara Lara, Víctor, & Supliguicha Torres, Martha, & Vasquez Procel, Xavier, & Añez, Roberto J., & Rojas, Joselyn, & Bermúdez, Valmore (2017). Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en la población rural de Quingeo Ecuador. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(3),95-103.[fecha de Consulta 5 de Mayo de 2020]. ISSN: 1856-4550. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1702/170252187004>
- Ospina M, Martha L.; Huertas, Jancy A.; Montañó C, José I.; Rivillas G, Juan C. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 33, núm. 2, mayo-agosto, 2015, pp. 262-276. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12039090013.pdf>

- Papalia, D. E., Feldman, R. D., Martorell, G., Berber Morán, E., & Vázquez Herrera, M. (2012). *Desarrollo humano* (12a ed.). México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Parra, A. (2014). Estilos de defensa predominante en relación con experiencias anómalas/paranormales. *Scielo*. ISSN: 2233-7666 (Digital). Pg. 115-121. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v21n1/a11v21n1.pdf>
- Pérez, M; Gómez, I; Montoya I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia, Buenos Aires, Argentina, 2015.
- Porcelli, P. (2010). *Sistema integral de predictores de Rorschach de angustia biopsicológica en pacientes con enfermedad crónica*. Recuperado el 24 de Mayo de 2020, de <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/1192-5604/a000009>
- Reyes, R. (2015). Proceso primario: relación con la ansiedad y los mecanismos de defensa en una clínica universitaria de psicoterapia psicoanalítica. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Vol. 18. Núm. 1. Recuperado de: www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/download/48195/43325
- Rojas, D. (2011). Percepción de alimentación saludable, hábitos alimentarios estado nutricional y práctica de actividad física en población de 9-11 años del colegio Cedid ciudad Bolívar, Bogotá. Recuperado de: <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis704.pdf>.
- Romero S, Parra D, Sánchez J, Rojas L. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(1): 37-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n1-2017004>
- Saint, C. Valls, M. Rousseau, A. Callahan, S. Chabrol, H. (2013). Psychometric Evaluation of a Shortened Version of the 40-item Defense Style Questionnaire. *Dianet*. Vol. 13, N° 2, 2013, págs. 215-224. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4261804>
- Seclén, S. (2015). Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. *Revista médica herediana*, 26(1), 3-4.
- Secretaría del senado (2019). Ley Estatutaria 1581 de 2012. Congreso de Colombia. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html
- Secretaría del senado, (2019). Constitución política de 1991. Congreso de Colombia. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Senior, J. M. (2015). Hipertensión arterial y causas de origen endocrino. *Acta Médica Colombiana*, 40(1),11-12. [fecha de Consulta 5 de mayo de 2020]. ISSN: 0120-2448. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1631/163138615003>

Sociedad Española de Oncología Médica. (SEOM, 2019). Las cifras de cáncer en España 2019. Recuperado de: https://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/NdP_Dia_Mundial_Cancer_2019.pdf.

Vera, I. Trujillo, A. (2017). Clínica psicoanalítica para pacientes con cáncer. Recuperado de: <file:///D:/Downloads/392-870-2-PB.pdf>.

Waqas A, Rehman A, Malik A, et al. (2015) Asociación de los mecanismos de defensa del yo con el rendimiento académico, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina: Un Mixta Métodos Estudio. *Cureus* 7 (9): E337. DOI 10.7759 / cureus.337.

Zuriq, M. Zuriq, C. Camacho, P. Sánchez, M. Hernández, S. (2017). Prevalencia de la hipertensión arterial en Colombia. *Revisiones*. Recuperado de: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2019/04-2019-08.pdf>

Anexos

Apéndice 1. formato carta para la traducción del cuestionario

Pamplona, Norte de Santander 3 de marzo de 2020

Señor(a)

Sandra Torres

Licenciada en Lenguas Extranjeras

Estimado profesor:

A continuación, se le presentan en una primera columna una serie de 88 reactivos del test denominado cuestionario de estilos defensivos en el idioma inglés y en la segunda columna un espacio para su traducción al español, siendo este uno de los objetivos del trabajo de grado titulado: **ESTILOS DEFENSIVOS EN PACIENTES CONCOLÓGICOS Y PACIENTES CRONICÓS DE LA CIUDAD DE PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER**

Con su colaboración se podrá garantizar la validez de contenido a través de la traducción, empleando el método Backandforth, que hace referencia a la traducción, de una prueba al idioma que se pretende adaptar, y posteriormente se le solicita a otro traductor que lo transcriba a su idioma de origen, para corroborar que los ítems, realmente expresen el contenido semántico procedente de su idioma original, con el fin de ajustar los ítems al lenguaje utilizado por los adultos mayores del grupo de pamplona señorial.

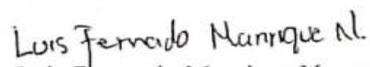
Agradecemos su colaboración.

Atentamente,



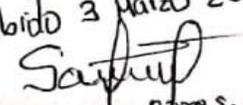
Carlos Alfonso Castelblanco Torres

Psicólogo en formación



Luis Fernando Manrique Noguera

Psicólogo en formación

Recibido 3 marzo 2020

Sandra Torres

Apéndice 2. formato consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
 FACULTAD DE SALUD
 PROGRAMA DE PSICOLOGIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



“Cuestionario de Estilos Defensivos”

La presente aplicación es realizada por los psicólogos en formación Luis Fernando Manrique y Carlos Alfonso Castelblanco del programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, quienes lideran un proyecto investigativo como requisito de trabajo de grado titulado: *Estilos Defensivos en pacientes Oncológicos y pacientes clínicos del Hospital San Juan de Dios*, coordinado por la docente Dora Carolina Orduz. La finalidad de la aplicación del cuestionario es recoger información entorno a los mecanismos de defensa predominantes en pacientes oncológicos, diabéticos e hipertensos.

Si usted accede a participar en la aplicación del instrumento, se le pedirá responder a la entrevista de manera sincera. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La participación es estrictamente voluntaria y se reservará la identidad de los entrevistados. La información recogida será utilizada solo con fines académicos pertinentes a los psicólogos en formación entrevistadores, esto atendiendo a lo dispuesto en el título II del código ético y deontológico del psicólogo (ley 1090 del 2006), donde se estipula que “Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos, además de respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan.” Por lo cual, Desde ya le agradecemos su participación.

He sido informado(a) que la finalidad del cuestionario es recoger información relacionada con el tema de mecanismos de defensa, reconozco que los datos que yo provea en el curso de esta entrevista serán utilizada solo con fines académicos concernientes a los entrevistadores y se mantendrá mi identidad bajo absoluta reserva.

En constancia firmó:

 Luis Fernando Manrique
 3122193969
 (Psicólogo en formación)

 Carlos Alfonso Castelblanco
 3143790937
 (Psicólogo en formación)

 Participante

Apéndice 3. formato carta participantes



ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
Avanzamos... ¡Es nuestro objetivo!



Pamplona 17 de marzo del 2020

Señora

SONIA BUITRAGO

Líder del grupo

Pamplona Señorial

Cordial saludo

Por medio de la presente nos comunicamos con usted de manera respetuosa, para solicitarle la participación del grupo "pamplona señorial" del adulto mayor en la investigación de grado titulada **ESTILOS DEFENSIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y PACIENTES CRÓNICOS DE LA CIUDAD DE PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER**. Con el objetivo "Determinar los mecanismos de defensa en pacientes oncológicos y pacientes crónicos", mediante la aplicación del cuestionario estilos defensivos en su versión 88 preguntas. Con el fin mitigar las tenciones causadas por estas enfermedades.

Se requiere la participación de los adultos mayores, ya que hacen parte importante del presente proyecto.

Agradecemos su colaboración.

Atentamente.

Luis Fernando Manrique N.
Luis Fernando Manrique Noguera.
c.c 1101390703
Psicólogo en formación

Carlos Alfonso Castelblanco Torres
Carlos Alfonso Castelblanco Torres
c.c 1054708743
Psicólogo en formación

GRUPO PAMPLONA SEÑORIAL
ADULTO MAYOR
Sonia Esperanza Buitrago Santa Fe
C.C: 27787328
COORDINADORA

Recibido 17 Marzo 2020

Sonia Esperanza Buitrago

Apéndice 4. carta solicitud de directora de trabajo de grado

Pamplona 13 de Diciembre del 2019

Señores

COMITÉ TRABAJO DE GRADO

Programa de Psicología.

Facultad de Salud

Cordial saludo

Por medio de la presente solicitamos la asignación de la docente. Dora Carolina Orduz Moreno como directora de nuestra propuesta investigativa titulada ESTILOS DEFENSIVOS EN PACIENTES ONCOLOGICOS Y PACIENTES CRONICOS DE LA CIUADA DE PAMPLONA NORTE DE SANTANDER, con el fin de culminar nuestro proceso investigativo como opción de trabajo de grado.

Les agradezco su colaboración y pronta respuesta en el siguiente correo luisfermn12@gmail.com charlesGasteIblanco@hotmail.com, agradezco su pronta respuesta.
Atentamente.



Luis Fernando Manrique Noguera.
C.c 1101390703
Psicólogo en formación



Carlos Alfonso Castelblanco Torres
C.c 1054708743
Psicólogo en formación

