

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA



**AUTOPERCEPCIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON  
DESFIGURACIONES FACIALES A CONSECUENCIA DE CÁNCER**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con  
mención en Psicología Clínica  
que presenta la Bachiller:

**ANDREA CHÁVEZ CORNEJO**

Lourdes Ruda

Asesora

Lima, 2011

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su inmenso amor y apoyo constante. Gracias Pa por las intensas sesiones de lectura y relectura de cada esbozo de este trabajo. Gracias Ma por tus palabras de aliento y tu cariño cuando iba experimentando el mundo del cáncer.

A mi hermano, por ser siempre un punto de referencia y una opinión crítica, estoy tan orgullosa de ti!

A la Elsi, por ser un ejemplo de fortaleza y por empujarme siempre a ser cada día mejor.

Al Vidalito, que desde el cielo me cuida siempre y continúa siendo fuente de inspiración cada día.

A Lourdes Ruda, por sus comentarios y sugerencias en el desarrollo de este proyecto. También por su inmensa disposición a escuchar y ayudar cada vez que toqué su puerta en pánico y llena de preguntas sobre pacientes en el INEN. Gracias de verdad.

A Matilde Ráez, que con su infinita sabiduría y paciencia, me ayudó a unir cabos y dar sentido a una experiencia tan increíble como es trabajar con el Psicodiagnóstico de Rorschach.

A Magaly Nóbrega, por haberme ayudado a gestar este proyecto en un inicio, gracias por tus críticas y sugerencias.

A Mónica Cassaretto y Sheyla Blumen por motivarme constantemente a terminar este proyecto.

Al Dr. Sanchez, jefe del Departamento de Cabeza y Cuello del INEN, por su confianza al permitirme acceder a su pacientes.

Al Dr. Salas, por su infinita paciencia, apoyo constante y consejo. Gracias!

Al Dr. Chávez de Paz, Dr. Torres-Vega, Dr. Gutierrez, Dr. Olaechea y Dr. Postigo, por permitirme robarles un poquito de su preciado tiempo y poder “reclutar” a algunos pacientes. Gracias por su apoyo!

A Giovanna Galarza y Rosa Argüelles por su apoyo durante mi internado.

A mis hermanas de internado, Lucía, Kathy, Maria Esther, Susana, Gracia, Ana y Geraldine. Gracias por tener la palabra precisa y el hombro siempre dispuesto cuando lo necesité, siempre tendrán un lugar muy especial en mi corazón.

A las personas que participaron en este estudio y a todos los pacientes que por un momento me hicieron parte de su vida, de su lucha. Gracias por enseñarme el verdadero significado de fortaleza!





***“Personal beauty is a greater recommendation  
than any letter of introduction”.***

*Aristóteles.*

***“It is better to be beautiful than to be good.  
But... it is better to be good than to be ugly”.***

*Oscar Wilde*

***“Y me dí cuenta que era un gigante, un monstruo enorme, feo  
que venía a quitarle el oro a las personas,  
me quitaba mi oro,  
lo que más me gusta,  
lo que más quería”.***

*(Dora, 14, Paciente con cáncer)*

***“Era como un cuervo, un cuervo feo que me perseguía y me perseguía  
y me hacía pelear con mi esposo, y él que es tan bueno...  
pero ese cuervo era malo,  
me seguía y me rondaba,  
era malo.”***

*(Felipa, 45, Paciente con cáncer)*

## RESUMEN

La presente investigación busca describir las características de la autopercepción en pacientes que a consecuencia del cáncer han sufrido una serie de desfiguraciones a nivel facial. Para conseguir los objetivos del estudio, 15 pacientes en tratamiento por cáncer fueron entrevistados y evaluados con el Psicodiagnóstico de Rorschach a la luz del Sistema Comprensivo de Exner. Además, para fines de comparación estadística se utilizó un grupo conformado por 15 personas no hospitalizadas y no enfermas con las mismas características socio-demográficas. Para comparar los datos obtenidos, se utilizaron estadísticos descriptivos así como la U de Mann Whitney como análisis estadístico principal. Los resultados dan cuenta de diferencias significativas en algunos contenidos Rorschach que hacen referencia a una percepción de daño ligada al cuerpo percibida con suficiente fuerza como para ser un factor que desorganiza la experiencia y la percepción que tienen los sujetos de su entorno. Finalmente se propone un nuevo índice dentro del análisis del Psicodiagnóstico de Rorschach que engloba las características del grupo antes mencionadas, así como líneas de intervención terapéutica con sujetos que han pasado por una situación traumática que implica la reestructuración del self a partir del duelo de un objeto perdido, el rostro.

Palabras clave: adultos, cáncer, desfiguraciones faciales, autopercepción, Psicodiagnóstico de Rorschach.

## ABSTRACT

The main purpose of this investigation is to describe and understand the characteristics of self-perception in a group of patients that suffer from cancer and that, as a direct consequence of the disease or its treatment, have severe disfigurements in the facial area. To achieve this goal, 15 patients who suffer from cancer in the facial area were selected for the study group and were interviewed and assessed with the Rorschach Test using Exner's Comprehensive System. Also, 15 non-patients, of good health and with no medical deficiencies, were selected to work as a comparative group. To compare groups descriptive statistical analyses, as well as the U de Mann Whitney were used as main statistical analyses. Results reflect significant differences in some of the contents indicating the presence of a harmful experience related to the body that is perceived as disruptive enough as to disorganize the individual's experience and the perception of his surroundings. Finally, a new Rorschach index is proposed that takes under consideration the characteristics already mentioned that best describe the study group, as well as a therapeutic intervention with people that have gone through a traumatic situation that requires the restructuration of the self following a mourning process for the lost object, the face.

Key words: adults, cancer, facial disfiguration, self-perception, Rorschach Test

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>Título</b>	i
<b>Resumen</b>	iv
<b>Tabla de contenidos</b>	v
<b>Introducción</b>	1
Cáncer de Cabeza y Cuello y Autopercepción	1
Autopercepción en adultos con desfiguraciones faciales	4
<b>Método</b>	9
Participantes	9
Medición	11
Procedimiento	14
<b>Resultados</b>	15
<b>Discusión</b>	21
<b>Referencias bibliográficas</b>	29
<b>Anexos</b>	
A: Ficha sociodemográfica Pacientes	a
A': Ficha sociodemográfica No Pacientes	b
B: Consentimiento informado	c

## INTRODUCCIÓN

La investigación acerca del impacto que tienen ciertas enfermedades crónicas en la psique de los individuos que la padecen es extensa. La psicología, al intentar comprender la dinámica interna del ser humano, ha llegado a definirla como una entidad que integra cuerpo y mente formando dos instancias aliadas y en íntima relación (Gitlin, Levenson & Lyketsos, 2004; Levenson, 2004; Morejón, 2006; Skrine, 1997).

Siguiendo a Winnicott (1965), el self no puede ser pensado como otra cosa más que como una manifestación de la relación entre mente y cuerpo, entre psyche y soma. Así, el cuerpo y lo que ocurre en él, repercute en el plano de lo psicológico afectando la percepción que tiene el ser humano acerca de sí mismo y el mundo que lo rodea. De la misma manera, lo psicológico trasciende su campo y llega en muchos casos a contribuir de forma positiva o negativa en el curso de cualquier enfermedad (Gitlin, Levenson & Lyketsos, 2004; Levenson, 2004; Morejón, 2006; Skrine, 1997; Snyder & Lopez, 2002).

En el caso de pacientes con cáncer, el carácter crónico de la enfermedad y la amenaza a la supervivencia que representa, puede influir directamente en la psique de la persona; afectándola de diversas maneras dependiendo de las consecuencias que conlleve la enfermedad y el tratamiento, así como también de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el individuo (Caspi, 1987; Caspi & Roberts, 2001; Vidal y Benito, 2008).

Particularmente cuando el cáncer se localiza en la zona de la cabeza y el cuello, estas consecuencias psicológicas cobran mayor importancia, ya que la imagen mental que se tiene de la zona facial es esencial al momento de construir nuestra auto percepción y es usada como base para el establecimiento de una autoestima saludable (Callahan, 2004; Cogwell & Franke, 2002; Cole, 2004; Cole & Spalding, 2008; Furness, Garrud, Faulder & Swift, 2006).

### **Cáncer de cabeza y cuello y Auto percepción**

El cáncer es una enfermedad por la cual un grupo de células determinadas altera su comportamiento, desarrollando la capacidad de proliferarse rápidamente, desplazándose, invadiendo y potencialmente causando destrucción local o aledaña a la mutación de origen; la cual, si bien puede ser disparada y potenciada por ciertos

factores de riesgo, ambientales y genéticos, aún no es del todo comprendida debido a que la causa directa de su desarrollo varía de un individuo a otro (American Cancer Society, 2010; Cancer Research UK, 2008). Por otro lado, las células cancerosas, en algunos casos, forman tumores o lesiones que, de no ser tratados a tiempo y de manera efectiva, pueden causar la muerte. (Holland & Rowland, 1990; Instituto Nacional del Cáncer, 2004; Society for Healthcare Epidemiology of America, 2006; Solidoro, 2005; Tulloch, 2009).

Se denomina cáncer de cabeza y cuello a cualquier enfermedad oncológica que se desarrolle dentro de esa zona específica, sea en el rostro, cuero cabelludo o cuello (American Cancer Society, 2010). Existen diversos tipos de cáncer en esta zona y en su mayoría se denominan de acuerdo al lugar donde ocurrió la mutación de origen o al tipo de célula afectada. Así, dentro de la amplia gamma de neoplasias que se puede dar en esta zona, la que cuenta con la tasa más alta de incidencia, es el carcinoma de células escamosas o epidermoide de piel; el cual es localmente invasivo y tiene el potencial de metastatizar - o migrar - a otros órganos aledaños (Arones, Dávalos, Guerrero, Mora, & Alva; 2007).

Esta enfermedad y sus tratamientos tienen un efecto destructivo a nivel local, el mismo que se incrementa exponencialmente si la enfermedad se deja sin atender, resultando en la desfiguración total o parcial del tejido que lo rodea, derivando, por ejemplo, en la pérdida de la nariz o de una oreja (American Academy of Dermatology, 2009; Bonanno & Young, 2010; Bradbury, 2011; Dropkin, 1999; Dropkin, 2001; Fernández-Ballesteros & Ángeles, 1997; Goñi, s/f; Skin Cancer Foundation, 2009; Tinati, 2008; Vickery, Latchford, Hewison, Bellew, & Feber, 2003).

Por otro lado, debido a que este tipo de cáncer puede desarrollarse dentro de las mucosas del rostro como son; la boca, la lengua, las glándulas lagrimales de los ojos, etcétera; muchas veces la persona debe lidiar con la pérdida de ciertas funciones como el habla, el olfato o incluso la vista (Lockett, Britton, Clover & Rankin, 2011; Miloria, 1998; Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez & Oblitas, 2008; Rodríguez, 2001; Ruiz, Rivero, Peña, Pinar, Hernandez & Lara, 2004, Society for Healthcare Epidemiology of America, 2006).

Finalmente, si bien las neoplasias en la zona de la cabeza y el cuello representan sólo el 5% de los casos de cáncer, su efecto mórbido es significativo por su localización y por el hecho que pocas áreas del cuerpo son tan vulnerables a los efectos de la enfermedad oncológica y su tratamiento como la zona facial; además, estos cambios físicos devienen en consecuencias psicológicas relacionadas directamente a la autopercepción de los sujetos (Callahan, 2004; Clarke, 1999; Cogwell & Franke, 2002; Die-Trill & Straker, 1992; Furness, Garrud, Faulder & Swift,

2006; Giorgi & Bascioni, 2011; Hattie, 1992; Konradsen, Kirkevold & Zoffmann, 2009; Moolenburgh, Mureau, Versnel, Duivenvoorden & Hofer, 2009; Ruiz & et. al., 2004; Sandtrock, 2007; Solidoro, 2005).

El impacto que estos cambios tienen en la autopercepción, dependerá de la etapa maduracional en la que se encuentre la persona (Hattie, 1992), sin embargo, independientemente de lo anterior, cualquier cambio radical en la apariencia física y particularmente en la zona facial, va a repercutir directamente en la visión que el sujeto tiene de sí (Caspi, 1987; Caspi & Roberts, 2001) ya que, si bien el proceso de construcción de la idea que tenemos de nosotros mismos, es dinámico y en constante cambio, mantenemos una visión relativamente estable de quienes somos y cuales son nuestras características a pesar de pasar por distintas etapas de desarrollo (Anzieu, 2010).

Se define entonces autopercepción como la representación mental que tienen las personas acerca de ellas mismas, la cual parte de lo corporal y mantiene un correlato mental de aquellas características que son reconocidas como propias (Hattie, 1992; Anzieu, 2010). Además, es a partir del grado de concordancia que haya entre esta imagen interna y la realidad, que se determinará en gran medida la capacidad de ajuste y adaptación del individuo al contexto en el que se desarrolla (Sendín, 2007).

Exner (2005) también define la autopercepción como el conjunto de conceptos, atribuciones y actitudes que el sujeto ha podido ir construyendo acerca de sí mismo a lo largo de su vida con el objetivo de lograr una autovaloración y un autoconocimiento más o menos amplios y ajustados a la realidad. Añade además, que el término "autopercepción" incluye tres aspectos básicos para su desarrollo; la autoimagen, la autoestima y el autocentramiento.

Exner (2005) y Sendín (2007) definen la autoimagen como la visión que el individuo tiene de sí mismo, basada tanto en la realidad como la fantasía y construida en relación con el entorno en el que se maneja diariamente la persona. Para lograr esta tarea, el individuo conforma una lista de adjetivos que describen, tanto sus características físicas consideradas positivas, como las que son percibidas como negativas.

Por otro lado, el segundo componente de la autopercepción, la autoestima, tiene que ver con la valoración que uno hace de las características que constituyen nuestra autoimagen (Exner, 2005). Este proceso se da mediante la comparación entre lo que reconocemos como propio con fuentes de valoración externas, es decir, en contraste con las personas –reales o provenientes de la fantasía- que rodean al individuo (Exner, 2000; Hattie, 1992).

La autoestima, al constituir una apreciación de la valía personal frente a los otros, influye en las evaluaciones que se realizan en relación a uno mismo, así como en el establecimiento de metas y de los objetivos de vida que se propone alcanzar la persona (Exner, 2005; Sendín, 2007).

El autocentramiento es definido por Sendín (2007) como “el grado en que cada persona se preocupa de sí misma en comparación con el grado en que se preocupa del mundo externo” (p.184). La misma autora aclara además, que esta preocupación acerca de uno mismo, está estrechamente ligada a las características de la autoimagen y autoestima que tenga el sujeto. Así, el hecho que exista un elevado nivel de autocentramiento, no necesariamente es sinónimo de una buena autoestima, ya que puede estar relacionado a las características más negativas del sujeto, descuidando de esta manera las demandas de la realidad externa.

Finalmente, según Exner (2005) y Sendín (2007) es justamente un balance entre los tres componentes descritos lo que contribuye de manera directa en el valor e importancia dadas a las relaciones interpersonales del sujeto, así como la calidad de las mismas. Los mismos autores proponen que este concepto se encuentra frecuentemente ligado con la autopercepción y da cuenta de cómo las características de la misma pueden traer consecuencias en las distintas áreas de la vida de los sujetos. Así, si percibimos rechazo por parte de los otros, probablemente esta situación producirá dolor psíquico que, con el tiempo, devendrá en una pobre autoestima que se verá reflejada en el éxito o fracaso en el mantenimiento y establecimiento, de nuevas relaciones interpersonales (Beck, 2003).

### **Autopercepción en adultos con desfiguraciones faciales**

Partimos del hecho de que “toda actividad psíquica se apoya en una función biológica” (Anziu, 2010, pp. 51), la imagen corporal es entonces la representación del propio cuerpo en el Yo y si el objeto en base al cual se creó esta imagen cambia por algún motivo, la representación que se tiene sobre uno mismo se ve alterada (Anzieu, 2010; Grinberg & Grinberg, 1976; Holland & Rowland, 1990; Rivero & et. al., 2008). El cuerpo es entonces el envoltorio de todas aquellas características que nos definen y la imagen a la que recurrimos para poner un límite, entre lo que nos pertenece y lo que no; el cuerpo es además, una suerte de imagen estabilizadora, un objeto de investimento y la percepción mental que tenemos de éste es producto directo del objeto físico, forzándonos a una integración (Anzieu, 2010; Lacan, 1948, 1949).

Tenemos en cuenta, además, que el rostro es la parte del cuerpo que nos proporciona mayor información acerca de nosotros mismos (Khan & Dobson, 2005), por ende un rostro asimétrico o desfigurado representa un estímulo confuso que es difícil de interpretar. De hecho, Tsao & Livingstone (2008) comprobaron que preferimos rostros simétricos y bien proporcionados, explicando el fenómeno por el cuál se pueden suscitar reacciones negativas ante un rostro asimétrico o desfigurado, a partir de la premisa de que estamos programados genéticamente para que nos agrade la simetría. Little & Jones (2003) amplían esta noción y proponen dos teorías por las cuales los seres humanos tenemos esta preferencia; por un lado, un rostro armónico y bien proporcionado nos da luces con respecto al estado de salud de un individuo, reforzando la idea de que un rostro simétrico es sinónimo de una buena selección genética y por tanto convierte a ese individuo en un buen candidato para continuar con la propagación de la especie. Por otro lado, proponen que un rostro simétrico, a diferencia de uno asimétrico, es más fácil de procesar a nivel de estímulo visual y por lo tanto estamos predeterminados a preferir y aceptar más fácilmente a una persona con un rostro simétrico.

Entendemos entonces que, si bien cualquier tipo de cáncer implica consecuencias psicológicas, son las personas con neoplasias en la zona de la cabeza y el cuello quienes deben lidiar, no sólo con una enfermedad que amenaza directamente su vida, sino que también enfrentan un cambio en la apariencia usual de esta zona que por lo general deriva en la pérdida de funciones importantes como el habla, el sentido del gusto, la vista y el olfato (Callahan, 2004; Cogwell & Franke, 2002; Cole, 2004; Cole & Spalding, 2008; Die-Trill & Straker, 1992; Dropkin, 1999; Dropkin, 2001; Furness, Garrud, Faulder & Swift, 2006).

Estos cambios, traen consigo consecuencias psicológicas significativas, ya que, si tenemos en cuenta que el reconocimiento que hacemos de nosotros mismos y de los otros, constituye un microcosmos de reconocimientos de distintos objetos que nos dan la idea de un *algo* integrado, en este caso, de un rostro, entonces, cualquier distorsión en los estímulos que percibimos puede resultar en reacciones no esperadas y adversas hacia la persona observada (Callahan, 2004). Además, ya que el rostro es probablemente la parte del cuerpo que contiene la mayor cantidad de estímulos con significado e intención que percibimos de una persona; al punto en que observar una cara por una diminuta fracción de tiempo nos proporciona datos valiosos referidos a la identidad, el sexo, el estado de ánimo, la edad, raza, etcétera. de una persona en particular (Khan & Dobson, 2005); entonces una persona con una desfiguración facial, deberá lidiar tanto con sus propios sentimientos de rechazo dirigidos hacia su rostro, como con una preocupación constante con respecto a las posibles reacciones de los

demás ante el mismo (Callahan, 2004; Cogwell & Franke, 2002; Die-Trill & Straker, 1992; Furness, Garrud, Faulder & Swift, 2006; Holland & Rowland, 1990; Tsao & Livingstone, 2008).

En la adultez, una alteración en la apariencia física, particularmente si se da en la zona del rostro, implica para el adulto afectado, un proceso de aprendizaje y re-aprendizaje a partir de los retos o tareas de desarrollo que la persona va enfrentando (Caspi, 1987; Caspi & Roberts, 2001; Rice, 1997). En esta etapa, el individuo debe lidiar con cambios naturales a partir de diversas fuentes, tanto a nivel fisiológico, como a nivel cognitivo, afectivo y social (Holland & Rowland, 1990; Rice, 1997). Además, se dan una serie de reestructuraciones relacionadas a la búsqueda y establecimiento de una familia, así como al cambio en los roles que esto implica. Por otro lado, es durante la adultez que se consolida la identidad y la personalidad se vuelve más consistente y estable, llegando al pico de consistencia hacia la quinta o sexta década de vida (Caspi & Roberts, 2001; Holland & Rowland, 1990 & Rice, 1997).

Caspi (1987) y Caspi & Roberts (2001), plantean que uno de los eventos que pueden perturbar la constante de personalidad que se consolida en la adultez, es justamente algún evento traumático dirigido al cambio corporal que tiene como consecuencia intensos sentimientos de corte depresivo y ansioso, mermando tanto en la autopercepción de la persona, como en la posibilidad de mantener relaciones interpersonales significativas, tal y como es el caso de las personas con neoplasias malignas (Holland & Rowland, 1990; Oblitas & Palacios, 2009; Vidal y Benito, 2008).

Siguiendo lo anterior, los adultos que padecen neoplasias en la zona facial, al ver afectada su autoimagen y como consecuencia su autoestima; deberán reformular la idea previa, ya consolidada, que tenían con respecto a su cuerpo y las características de personalidad que están contenidas en él. Investigadores como Callahan (2004), Cogwell & Franke (2002), Die-Trill & Straker (1992) y Furness, Garrud, Faulder & Swift (2006) agregan que la enorme amenaza a la autoimagen y por ende a la autoestima, requiere que el paciente maneje una considerable fuerza emocional y psicológica que le permita lidiar con los cambios a los que tendrá que adaptarse conforme la enfermedad y el tratamiento progresen.

Siguiendo lo anterior, el rostro, al ser un eje importante relacionado con la interacción social y la expresión emocional, constituye uno de los elementos clave en el desarrollo de redes sociales que permite al individuo interactuar de manera adecuada con su entorno (Clarke, 1999; Cogwell & Franke, 2002; Giorgi & Bascioni, 2011; Konradsen, Kirkevold & Zoffmann, 2009; Moolenburgh, et. al., 2009; Ruiz & et. al., 2004).

A nivel internacional se han investigado las características de la autopercepción en sujetos que han sufrido alteraciones en el cuerpo, por ejemplo, Valle (2001) investiga acerca de las diferencias en la autopercepción en mujeres con y sin cáncer de mama y las diferencias en el mismo constructo a partir de dos procedimientos quirúrgicos distintos, la mastectomía radical y la tumorectomía. A nivel de resultados, se encontró que el grupo de mujeres mastectomizadas a consecuencia de cáncer reportaron un mayor porcentaje en la cantidad de respuestas de contenido mórbido (MOR) y contenidos anatómicos y radiográficos (An+Xy), siendo la diferencia entre grupos estadísticamente significativa.

En nuestro país, si bien se han investigado las características en la autoimagen y autoestima de poblaciones oncológicas, aun no se ha trabajado con sujetos que han sufrido desfiguraciones faciales. Encontramos, por ejemplo, que Oliver (1999), utilizó el Psicodiagnóstico de Rorschach para dar luces acerca de la autopercepción en mujeres histerectomizadas a consecuencia de cáncer y García (2000) enfocó su trabajo en pacientes amputados por sarcoma osteogénico utilizando el mismo instrumento y evidenciando dificultades en los adolescentes del grupo de estudio en la capacidad de relacionarse con pares en comparación con pacientes con cáncer pero que no había perdido ningún miembro, la autora argumenta que es probable que las diferencias sean debido a que los pacientes amputados no pueden ocultar su "falta" (miembro físico).

Es en función de la revisión teórica minuciosa que se ha venido realizando, que se plantea como objetivo principal de la presente investigación, el describir y analizar cuáles son las características en la autopercepción de pacientes que han sufrido desfiguraciones faciales a consecuencia del cáncer en nuestro país.

Al intentar responder a esta pregunta se busca comprender de forma directa cuáles son las características de la imagen y estima personal que tienen las personas que padecen de una enfermedad que genera desfiguraciones en el rostro, teniendo como objetivo el identificar si existe una configuración característica en estos sujetos que abarque las distintas dimensiones en las que se desenvuelve el paciente con desfiguraciones faciales a consecuencia de cáncer y que podría servir como base al momento de realizar una intervención psicológica que vaya de acuerdo a las necesidades de esa población en particular.

Para lograr este objetivo, se plantea, describir las diferencias en la *autoimagen* y en la *autoestima* entre un grupo de pacientes con desfiguraciones en la zona facial a consecuencia de cáncer en comparación con un grupo de supuestos sanos con características socio-demográficas similares.

De esta manera, el presente estudio busca ser un aporte para futuras investigaciones que profundicen en el tema, constituyendo un punto de referencia para la intervención psicológica con pacientes que han sufrido desfiguraciones faciales, permitiendo abordar las dificultades en la autopercepción de estos sujetos, realizando una intervención oportuna y eficaz que comprenda sus necesidades psicológicas de forma más completa procurándoles de esta manera un espacio terapéutico que se adecue a sus necesidades particulares.



## MÉTODO

### Participantes

Forman parte del grupo de estudio 15 personas de ambos sexos, entre 31 y 64 años de edad, de nivel socioeconómico bajo (D y E), pertenecientes al departamento de Cabeza y Cuello del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Los criterios utilizados para su selección fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Haber sido diagnosticados con algún tipo de cáncer en la zona facial por lo menos 6 meses antes al día de la evaluación.
- Presentar una desfiguración facial severa a consecuencia de cáncer o tratamiento del mismo.
- No haber hecho metástasis.

Criterios de exclusión:

- Padeecer otra enfermedad crónica.
- Estar bajo el cuidado del Departamento de “Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor”.

Así mismo, se define que constituye una desfiguración facial a partir del criterio de la evaluadora, estableciéndose dos niveles.

El primer nivel estuvo conformado por 8 pacientes con desfiguraciones faciales severas, es decir, que presentaban una cicatriz en el rostro de por lo menos 10cm de longitud, claramente visible y que hubiese causado algún tipo de daño en los nervios faciales resultando en una aparente parálisis. Y un segundo nivel conformado por 7 pacientes con desfiguraciones faciales muy severas, las mismas que implican haber perdido una parte importante del rostro, como la nariz, la mandíbula, un ojo o el maxilar superior y que a su vez repercuta en funciones como hablar, comer, respirar o mirar con normalidad.

En el grupo de estudio, la edad promedio de los sujetos fue de 50.67 años (DS=9,83; MIN=31; MAX=64). Además, de los pacientes que nacieron en provincia (n=10, %=66,7), 70% migraron a la capital por su enfermedad y tan sólo 30% migraron por motivos de estudio o superación personal.

Por otro lado, en cuanto al nivel educativo alcanzado por los sujetos, 66.7% de los mismos recibió educación primaria o secundaria. Por otro lado, es importante tener en consideración que, si bien un 33,3% de pacientes recibieron educación superior, técnica o universitaria, sólo un individuo, catalogado con una desfiguración facial muy severa, se encontraba laborando al momento de la evaluación desempeñándose como asistente contable en una empresa en la que labora desde antes de haber sido diagnosticado a mediados del año 1998.

Así mismo, todos los pacientes que se encontraban casados al momento de la evaluación ( $n=7$ ), establecieron su relación matrimonial antes de recibir el diagnóstico de cáncer. Además, de los sujetos divorciados ( $n=5$ ), tan solo uno de los participantes reportó haberse divorciado después de haber sido diagnosticado con la enfermedad, refiriendo que su enfermedad y separación no estuvieron relacionados. El resto de los pacientes reportaron ser viudos ( $n=2$ ) o solteros ( $n=1$ ) al momento de la evaluación.

En cuanto a la distribución de los diagnósticos, el tipo de cáncer con mayor incidencia en la muestra fue el carcinoma epidermoide ( $n=5$ ), seguido por el carcinoma basocelular ( $n=4$ ), el cáncer de parótida ( $n=3$ ), el linfoma ( $n=1$ ), el adenoide quístico ( $n=1$ ) y el ameloblastoma ( $n=1$ ).

En lo referido al tipo de tratamiento, la mayoría de los pacientes se sometieron únicamente a procedimientos quirúrgicos ( $n=8$ ), seguido por un grupo de pacientes que tuvo tratamiento quirúrgico y radioterapia coadjuvante ( $n=5$ ), un paciente que recibió tratamiento quirúrgico y quimioterapia y finalmente un paciente ( $n=1$ ) que recibió una combinación de los tres tratamientos mencionados.

Por otro lado, se estableció un grupo de comparación, conformado por 15 personas que asisten regularmente a un centro parroquial que brinda servicios de ayuda social en una comunidad urbano-marginal de Lima.

Los participantes fueron emparejados al grupo de estudio con respecto a las variables de sexo, edad (31 a 64 años de edad) y nivel socioeconómico (D y E).

Además en el grupo de comparación, sólo 33,3% de la muestra recibió educación superior técnica ( $n=5$ ), de los cuales 3 participantes tenían trabajos eventuales relacionados a su línea de carrera (mecánica automotriz) y los otros 2 trabajaban en comercio minorista. El resto de sujetos de la muestra con educación primaria ( $n=5$ ) o secundaria ( $n=5$ ), se dedicaban al cuidado del hogar ( $n=9$ ) o a la compra venta de golosinas ( $n=1$ ). Por otro lado, en cuanto al estado civil de los participantes del grupo de comparación, 8 personas reportaron estar casadas al momento de la evaluación, 6 personas reportaron estar divorciadas o separadas y 1 sujeto reportó ser soltero.

En ambos casos, los participantes fueron debidamente informados del estudio y brindaron su consentimiento informado antes de iniciar su participación.

## Medición

La autopercepción en adultos es frecuentemente medida a través del Psicodiagnóstico de Rorschach a la luz del sistema comprensivo de Exner (1994). Se trata de un complejo y multifacético instrumento de evaluación que contribuye valiosamente al estudio de la personalidad y permite entender el funcionamiento global de las personas (Exner, 2005).

Para el análisis de la presente investigación se tomaron el cuenta indicadores de la sección principal del instrumento, así como los que conforman el cluster de autopercepción, los cuales dan cuenta de las características de la autoimagen y autoestima de los individuos (Sendín, 2007):

1. **Índice de Egocentrismo [3r+(2)/R] y Reflejos (rF+Fr):** Dan cuenta de la preocupación que una persona tiene hacia sí mismo. Permite distinguir si ese enfoque es diferenciado y maduro o más bien es primitivo, inmaduro y narcisista.

2. **FD (Forma Dimensión) y V (Sombreado-Vista):** Referidos al proceso de introspección. Las respuestas FD aluden a la capacidad del individuo a realizar una autoinspección positiva; mientras que las respuestas de Vista o V dan cuenta de una preocupación crónica en torno a ciertos rasgos propios que por lo general son causa de emociones negativas.

3. **An (Contenidos Anatómicos) y Xy (Radiográficos):** Dan cuenta de una marcada preocupación en torno al cuerpo, revela información sobre alteraciones en la autoimagen y las actitudes hacia uno mismo.

4. **MOR (Contenidos Mórbidos):** Da cuenta de una autoimagen que ha sido estructurada en torno a aspectos más negativos, dañados y disfóricos de lo esperado.

5. **H: Hd+(H)+(Hd) (Contenidos Humanos) revisión de FQ y contenidos de categoría H; GHR:PHR** Los contenidos H brindan información acerca de cómo se percibe el sujeto a sí mismo y a su entorno. La presencia de FQ señala aspectos de ajuste y convencionalidad de estas percepciones y los contenidos GHR:PHR hacen referencia a la presencia o no de elementos adaptativos o distorsionadores en las mismas.

6. **Búsqueda de proyecciones en:**

- a. Respuestas FQ.
- b. Respuestas MOR.

- c. Respuestas de Movimiento.
- d. Sobreelaboraciones verbales.

Con respecto a las características psicométricas del instrumento, el Psicodiagnóstico de Rorschach ha logrado ser reconocido dentro de las pruebas psicométricas, debido al continuo esfuerzo en la investigación empírica que poco a poco va incentivando su uso y probando su validez y confiabilidad en diversas poblaciones, particularmente en adultos (Exner, 1998; Ganellen, 2004; Hiller, Rosenthal & Bornstein, 1999; Viglione & Hilsenroth, 2001; Weiner, 1996; Weiner, 2001).

Con respecto a la *validez* de la prueba, investigadores como Hiller, Rosenthal & Bornstein (1999) realizaron un estudio de comparación a lo largo de 20 años, entre el Rorschach y el MMPI, obteniendo una validez de constructo media no ponderada de 0.29 para el primer instrumento y una validez media no ponderada de 0.30 para el segundo, demostrando que ambas pruebas cuentan con un coeficiente aceptable de validez como pruebas de personalidad.

Además, Meyer, Riethmiller, Brooks, Benoit & Handler (2000) realizaron un análisis que buscó determinar la validez convergente del Rorschach y el MMPI-2 en función a 17 pares de variables no relacionadas, obteniendo una correlación promedio de .55 entre ambas pruebas.

Finalmente, en cuanto a validez de la técnica la Dra. Matilde Ráez PhD<sup>1</sup> (2011), sostiene que a pesar de trabajar con grupos compuestos por personas con características similares, el instrumento logra extraer matices particulares de cada individuo que lo diferencian de lo que se pensó era un grupo homogéneo.

En cuanto a la *confiabilidad* de la prueba, existen numerosos estudios e investigaciones que avalan su uso en distintas poblaciones, particularmente en adultos (Viglione & Hilsenroth, 2001; Weiner, 2001). Meyer (1997 citado en Weiner, 2001), estudió la confiabilidad entre codificadores de algunos segmentos del Rorschach, principalmente: Localización, Determinantes y Calidad Formal, los resultados indican coeficientes que fluctúan entre 0.72 y 0.98, con una media de 0.88 demostrando que los segmentos analizados eran confiables.

Por otro lado, Viglione y Hilsenroth (2001), sostienen que a lo largo de 20 años de investigación se ha logrado determinar que en el 90% de los casos existen niveles adecuados de estabilidad test-retest en el Rorschach, a la luz del Sistema

---

<sup>1</sup> Comunicación personal el día 30 de Septiembre del 2011. La Dra. Ráez es Presidenta de la Sociedad Peruana de Rorschach y Métodos Proyectivos, representante del Perú en la Sociedad Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, profesora principal de Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Comprensivo de Exner, presentando, después de 5 años, un coeficiente de test-retest de .72.

Con respecto a la estabilidad temporal de las variables, Weiner (2001) sostiene que casi todas aquellas relacionadas a los rasgos de personalidad han demostrado estabilidad sustancial en el corto y largo plazo, teniendo coeficientes superiores a 0.75, llegando incluso a presentar coeficientes con un 0.90 de confiabilidad. Weiner (2001), plantea además, que las variables que presentan mayor variabilidad, son aquellas relacionadas a estrés situacional y que por definición se espera varíen a lo largo del tiempo.

Una de las investigaciones que prueba con mayor contundencia la confiabilidad del Rorschach como prueba de personalidad, es la realizada por Exner, Thomas & Mason (1985, citada en Weiner, 1996) en la cual a través de un estudio longitudinal, comprobaron la confiabilidad test-retest del instrumento cuando se demostró que existía estabilidad en la medición de las variables a lo largo del ciclo de desarrollo de los participantes, desde la niñez, pasando por la adolescencia y hasta la adultez.

Para la presente investigación se utilizó un análisis de confiabilidad entre codificadores. Se seleccionaron aleatoriamente diez protocolos, cinco del grupo de estudio y cinco del grupo de comparación, para que sean revisados por un juez experto, el cual avaló la confiabilidad de la corrección alcanzando un 90% de acuerdo en la codificación.

Adicionalmente y con el fin de recoger datos relevantes con respecto a las características demográficas de los participantes, se utilizó una ficha que, a manera de cuestionario identificó los siguientes aspectos tanto en el grupo de estudio como de comparación: nombre o pseudónimo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, estado civil, lugar de residencia, grados de instrucción y composición familiar.

Finalmente, la ficha del grupo de estudio tomaba en cuenta datos referidos a la enfermedad que sirvieron como filtro por estar relacionados a los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados: número de historia clínica, diagnóstico médico, tratamiento actual, fecha de diagnóstico inicial de cáncer, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, estadio clínico de la enfermedad y presencia o no de una condición médica o psicológica adicional.

## Procedimiento

La presente investigación se realizó con pacientes que acudieron a consulta externa en el Departamento de Cabeza y Cuello del Instituto Nacional de

Enfermedades Neoplásicas (INEN); la investigadora se encontraba realizando su internado en Psicología Clínica en dicha institución al momento de la aplicación.

Se presentó el proyecto a la institución y fue aprobado por el jefe del Departamento de Cabeza y Cuello, la Comisión de Investigación y el Departamento de Salud Mental del nosocomio.

Todos los pacientes fueron evaluados en una sala del departamento de Salud Mental en tres etapas; la primera fase consistió en una entrevista de aproximadamente 30 minutos de duración, donde se recabaron datos sociodemográficos y sirvió de filtro para determinar si los sujetos entrevistados cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Esta entrevista fue crucial para el establecimiento de un buen rapport con los pacientes, quienes en un principio se mostraron reacios a la intervención clínica.

La segunda fase de evaluación consistió en la aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach y una vez corregido e interpretado; en una tercera fase, se realizó una devolución breve de los resultados obtenidos, buscando aclarar dudas en los sujetos y realizando un breve cierre del proceso de evaluación; aún cuando en algunos casos llamó la atención el tiempo que tomó para que algunos pacientes retornen por sus resultados.

Por otro lado, el grupo de comparación fue evaluado en las instalaciones de un centro parroquial en un distrito urbano-marginal de Lima,. Se contó con el apoyo del párroco del lugar, quien proporcionó el espacio de evaluación y contribuyó a difundir la convocatoria general que se realizó alentando a los feligreses a que participaran de la investigación. Además se tuvo en cuenta el mismo proceso de evaluación en tres fases que se consideró con los sujetos del grupo de estudio.

Todo el recojo de información fue grabado, previo consentimiento de participación por parte de los sujetos y se anotaron las características conductuales de los mismos con el fin de complementar la información obtenida de manera verbal.

Para el análisis estadístico de los hallazgos y dado que la muestra es pequeña, en primer lugar se realizó un análisis de normalidad obteniendo un nivel de significancia  $p < 0,05$  para la mayoría de las variables a considerar, por lo que se optó por realizar un análisis no paramétrico utilizando el estadístico U de Mann Whitney para comparar las características de los grupos. Al mismo tiempo, se utilizaron estadísticos descriptivos y se tomaron en cuenta las medidas de tendencia central. Por otro lado, se realizó un análisis cualitativo de las respuestas obtenidas a partir de los protocolos de Rorschach para el cual se contó con la colaboración de la Dra. Matilde Ráez PhD., experta de mayor reconocimiento a nivel nacional e internacional en el manejo e interpretación del Psicodiagnóstico de Rorschach.

## RESULTADOS

Para responder al objetivo de la presente investigación, los resultados se presentan analizando, en primera instancia, algunos indicadores estructurales del Psicodiagnóstico de Rorschach, seguido de la comparación de las variables que conforman el cluster de autopercepción y aquellas relacionadas al mismo, tanto en el grupo de estudio como de comparación. Hacia el final del análisis estadístico se complementan los resultados con un análisis cualitativo de las viñetas más resaltantes a partir de los resultados obtenidos.

Por otro lado, si bien no existen baremos para el uso del Psicodiagnóstico de Rorschach en la población peruana, las investigaciones realizadas por Ráez (1998, 2003) arrojan valores que sirven como guías de referencia para nuestra población, hecho por el cual serán considerados al momento de realizar comparaciones entre los grupos.

Además, debido a que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis de las variables sociodemográficas, este no ha sido incluido en los resultados. Finalmente, las comparaciones entre el grupo de estudio y el grupo de comparación, se realizaron en base a la U de Mann Whitney para dos muestras independientes. Al mismo tiempo, se utilizaron como valores de referencia los brindados por Ráez (1998, 2003) para nuestra población, tal y como se puede observar en el siguiente cuadro:

Tabla 1: Estadísticos descriptivos y pruebas U de Mann Whitney del grupo de estudio, grupo de comparación y los valores de Ráez

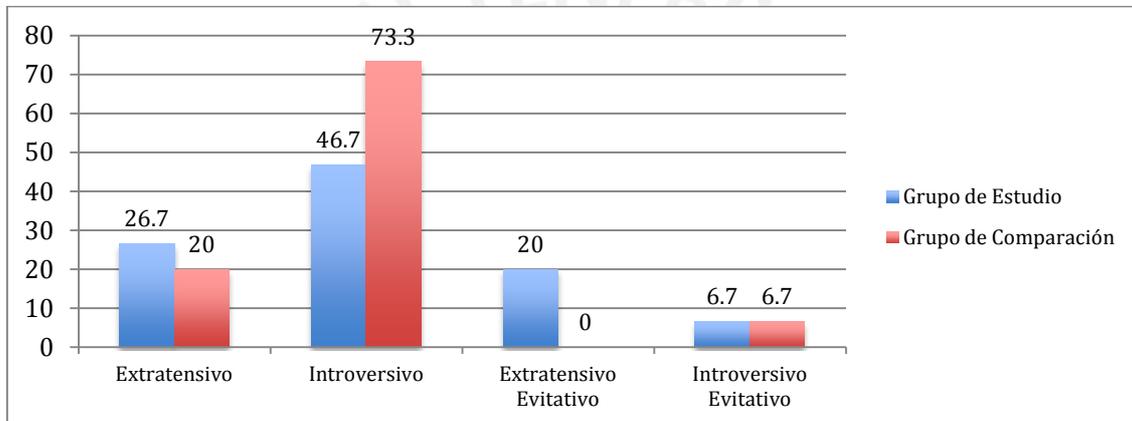
Variables	Grupo de	Grupo de	Media	Estadístico
	Estudio	comparación	Ráez	
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)	U-Mann
R	20.87 (6.81)	16.07 (2.40)	15.80 (5.98)	0.13
Lambda	1.06 (1.61)	0.48 (0.28)	1.76 (2.04)	0.43
3r+(2)/R	0.32 (0.20)	0,39 (0.10)	0.32 (0.19)	0.15
FD	0.60 (0.63)	0.60 (0.63)	0.76 (1.24)	0.89
SumV	0.26 (0.59)	0.00 (0.00)	0.08 (0.33)	0.07
MOR	2.20 (2.21)	0.80 (1,01)	0.11 (0.45)	<b>0,03*</b>
An+Xy	5.00 (6.89)	0.87 (1.35)	0.85 (1.35)	<b>0,01*</b>
FQ-	8.13 (7,32)	2.00 (2.64)		<b>0,00*</b>

Notas.  $p^1$ =Media Grupo de Estudio vs. Media Grupo Comparación U Mann-Whitney (\* $p < 0,05$ ).

En cuanto a las variables de la sección principal, podemos apreciar que, tanto el R (número de respuestas), como el valor de L (Lambda), no difieren significativamente entre grupos ni con respecto a los valores proporcionados por Ráez (1998), este hecho podría reforzar la noción que un número bajo de respuestas está relacionado con características propias de la población adulta peruana.

En cuanto al EB (Estilo Vivencial) de los participantes no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $U=0.12$ ,  $p<0.053$ ) además, el estilo introversivo es el que predomina en ambos grupos, hecho avalado por los hallazgos de Ráez (1998) quien reportó una predominancia de este estilo para la población adulta peruana.

Gráfico 1: Frecuencia de Estilos Vivenciales



En cuanto a los indicadores del cluster de autopercepción, iniciamos con el análisis del Índice de Egocentrismo el cual, no presenta diferencias significativas entre los grupos ni en relación con los valores proporcionados por Ráez (1998).

Continuamos con el análisis de los contenidos de V (Vista) y FD (Forma Dimensión), ambos indicadores aluden a los procesos de introspección en los sujetos y no se encuentran diferencias significativas entre los grupos, además los valores son cercanos a los reportados por Ráez (1998). Sin embargo, vale la pena rescatar que el grupo de comparación no presentó respuestas V, a diferencia del grupo de estudio en donde 3 participantes dieron 4 respuestas de este tipo, haciendo referencia a un proceso de introspección con matices negativos y disfóricos por parte de estos sujetos.

Por otro lado y en cuanto a la presencia de contenidos Anatómicos (An) y Radiográficos (Xy), ninguno de los participantes dio respuestas con contenidos Xy, sin embargo vemos que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de estudio y de comparación basado meramente en respuestas de tipo An, lo cual,

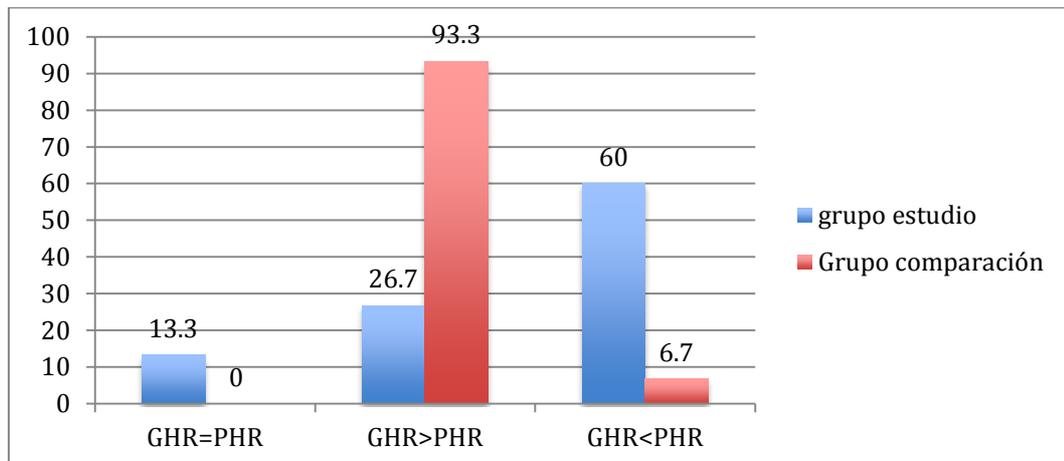
estaría referido a una preocupación marcada ligada al cuerpo y específicamente a la autoimagen; además, comparando los valores encontrados en el grupo de estudio con lo hallado por Ráez (2003) en una investigación que pretendía ubicar los contenidos que se encontraban con mayor frecuencia en nuestra población, podemos apreciar que el grupo de estudio está muy por encima lo encontrado por ella ( $M=1,34$ ;  $DS=1,61$ ), mientras que el grupo de comparación se encuentra igual.

En cuanto a las respuestas de tipo FQ- (Calidad Formal Menos), apreciamos que existen diferencias significativas entre el grupo de estudio y el de comparación; además el hecho que todos los protocolos del grupo de estudio tengan por lo menos una respuesta FQ- ( $MIN=2$ ,  $MAX=23$ ), podría sugerir que el ser pacientes oncológicos y tener una desfiguración facial, está teniendo un impacto en el proceso de traducir e interpretar su entorno basado en una perspectiva real del mismo.

Siguiendo con el análisis del cluster de autopercepción, vemos que existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la presencia de contenidos MOR (Mórbidos). Este hecho, aunado con la presencia significativa de contenidos An y con una FQ-, sugiere que efectivamente existe una visión desvalorizada y una sensación de daño referida al cuerpo que es percibida con suficiente intensidad como para afectar la percepción que los sujetos del grupo de estudio tienen de su entorno.

En cuanto a los contenidos H (Humanos), no existen diferencias significativas en la presencia de los mismos entre el grupo de estudio y el grupo de comparación, y en ambos casos la media se aproxima a la reportada por Ráez (2003) para la población adulta peruana. Sin embargo, cuando se compara la cantidad de respuestas PHR entre los grupos observamos que el grupo de estudio supera al de comparación de manera significativa ( $U=0.00$ ,  $p<0.045$ ), y de forma particular al analizar los valores GHR:PHR, se aprecian diferencias significativas entre el grupo de estudio y grupo de comparación ( $U=0.02$ ,  $p<0.052$ ). tal y como se aprecia en el siguiente gráfico:

Gráfico 2: Porcentajes de Respuestas GHR:PHR



Finalmente, dado que al analizar los protocolos, no solo se ha observado un gran número de respuestas en relación a los contenidos que aparecen como significativamente distintos entre grupos, sino que se daban de manera combinada; se decidió explorar la existencia de posibles configuraciones características de la autopercepción en los sujetos de grupo de estudio. En ese sentido definimos un nuevo índice constituido por la siguiente combinación: (An) + (MOR) + (FQ-) + (GHR<PHR), en base al cual se llevó a cabo una comparación estadística que arrojó diferencias significativas entre ambos grupos ( $U=0.01$ ,  $p<0.05$ ).

Es teniendo como referencia la nueva configuración planteada que se realizó un análisis de las elaboraciones verbales de los sujetos que permiten captar de manera cualitativa el hecho de que la experiencia de daño referida al cuerpo estaría estrechamente ligada a su experiencia de enfermedad y desfiguración, tal como lo demuestran las siguientes viñetas<sup>2</sup>:

Viñetas relacionadas a la experiencia de cáncer:

#### LAM X (Claudia, 55 años)

Respuesta: *Parece que fueran los pulmones que están **destrozados**, ya **no hay** pulmones porque ésta parece la tráquea y éstos son los virus que han sacado de los pulmones. Hay una parte de los pulmones pero **hay unos virus que han comido los pulmones, ese es el cáncer.***

<sup>2</sup> Los nombres de los pacientes han sido modificados con el fin de proteger su identidad.

**LAM IV (Rosa, 55 años)**

Respuesta: *Uy, muchas cosas.. esto es así como dos **cangrejos, como que se comen algo...** uy! Hay muchos bichitos, están **comiendo la carne** de algo. Como si sus **pulmones** fueran... si es rojito, rojito como sus pulmones, se los están comiendo... uy! Si.. eso (devuelve la lámina con desagrado).*

Encuesta S: *Pareciesen dos cangrejos [...] parecen **bichitos** en todos lados que se **comen los pulmones** [...] esto lo rojo parecen los pulmones de alguien*

Encuesta: *¿Qué le da la idea de que están comidos?*

Encuesta S: *Los contornos están malos.. así como comiditos por los bichos. Parece el **cáncer, así come** [...] así pienso que es, el bicho que te come la piel y todo, es el **cáncer los cangrejos**.*

Viñetas relacionadas a la desfiguración y a la visión de otro:

**LAM II (José, 59 años)**

Respuesta: *Puede ser una **cara** grande.*

Encuesta S: *si, esto de acá (WS), pero **le falta curación, le falta limpieza, está con sangre acá abajo, está abierto.***

Encuesta: *¿en qué parte de la lámina lo ve?*

Encuesta S: *en todo, acá la **nariz (S)**, los ojos, **la boca y parece que tuviese sangre, le falta limpieza, que lo curen.***

**LAM IV (Gloria, 45 años)**

Respuesta: *Qué feo, es un gigante, no me gusta, nada más.*

Encuesta: S: *Es muy grande **como para ser normal, es un poco deforme, feo, no es armonioso, no tiene nada que me atraiga, una persona normal no tiene esa forma, este no tiene manos, no tiene brazos, como que le cuelga una ropa andrajosa.***

(Silencio luego del fin de la encuesta)

S: *atrás del gigante hay un hombre parado, una persona parada, normal.*

E: *¿Qué de la lámina le da la idea de un hombre?*

S: *Las piernas, la forma de las piernas, son de un hombre normal, tiene la forma de los pies juntos y los zapatos.*



## DISCUSIÓN

En el presente capítulo se discuten los resultados obtenidos en el estudio con el fin de comprender mejor la autopercepción en pacientes que deben lidiar con dos fuentes constantes de estrés, tener cáncer y presentar una desfiguración facial severa en el rostro. Para lograr este objetivo, la discusión será organizada en tres partes, la primera estará relacionada con la relevancia del instrumento en la evaluación de pacientes vulnerables, la segunda parte estará referida al análisis comparativo de los grupos de estudio y comparación, prestando especial énfasis en la configuración de un nuevo índice relacionado a la experiencia de los sujetos del grupo de estudio. Finalmente, se analizarán los alcances y limitaciones de la investigación.

Un primer punto a discutir es la pertinencia del uso del Psicodiagnóstico de Rorschach como herramienta para identificar las características en la autopercepción de pacientes tan vulnerables como los del grupo de estudio. Ráez (comunicación personal 29 de Setiembre 2011) refiere que si bien se da una movilización de contenidos inconscientes a partir de la situación de evaluación, ésta no es mayor que cuando se utilizan otros instrumentos considerados menos *intrusivos*; refiere además, que la sensación de estrés ante la evaluación está más ligada al evaluador, al rapport que se establezca con los sujetos y al manejo que se tenga del instrumento.

Además, el Psicodiagnóstico de Rorschach permite obtener una visión global de las características de personalidad de un individuo, siendo uno de los pocos instrumentos que, mediante una sola aplicación, arroja resultados con validez y confiabilidad estadística (Ráez, comunicación personal 29 Setiembre 2011; Exner, Thomas & Mason, 1985 en Weiner, 1996). Este hecho lo hace ideal al momento de trabajar con poblaciones de difícil acceso como la del grupo de estudio de la presente investigación; la cual, probablemente por las características que conforman su experiencia y que son descritas más adelante en el análisis del cluster de autopercepción, se mostraron particularmente renuentes al contacto con la evaluadora y por ende al proceso de evaluación.

En nuestro país se han realizado algunas investigaciones en poblaciones oncológicas adultas (García, 2000; Florián, 2006; Oliver, 1999) que utilizan como instrumento el Psicodiagnóstico de Rorschach y que reportan que la principal dificultad radica en que los resultados obtenidos se ubican por debajo de lo esperado para los rangos de edad establecidos por Exner (2000); incluso, se sugiere que las diferencias poco significativas entre los protocolos de los grupos de estudio y de comparación en

cuanto a indicadores estructurales como el R, Lambda y el EB (estilo vivencial), podrían aducir a una posible explicación fuera de la variable de estudio y tener mayor relación con una característica del grupo en función a factores socioeconómicos o culturales (Brahim, 2006; Florián, 2006, Ráez, 1998, 2003; Ráez, comunicación personal 1ro de Octubre del 2011). La premisa anterior es recogida en la presente investigación y se decide que los valores obtenidos a partir de la comparación entre grupos, serán comparados en función a los resultados obtenidos en los trabajos de Ráez (1998, 2003); los cuales permiten una comparación más homogénea y pertinente para nuestra población.

En cuanto a las variables de la sección principal, podemos apreciar que, tanto el R (número de respuestas), como el valor de L (Lambda) y el EB (Estilo Vivencial) de ambos grupos no dista demasiado de los valores guías propuestos por Ráez (1998) para la población peruana, reforzando la idea anterior de que éstas características podrían responder más bien a una problemática externa, de tipo socio-económica-cultural, que no es objeto de la presente investigación. Además, Ráez (comunicación personal 29 de Setiembre del 2011) da luces con respecto a este fenómeno y plantea como posibilidad el hecho de que el vivir, de manera permanente, en una situación de desventaja socioeconómica podría llegar a generar en los sujetos un tipo similar de dolor psíquico al observado en personas con un diagnóstico de enfermedad crónica como el de cáncer. Este hecho dificultaría la tarea de poder comprender la totalidad de las variables asociadas a la experiencia de enfermedad, siendo necesarias futuras comparaciones con personas con similares características de enfermedad pero en mejor situación socioeconómica, para poder dilucidar las mismas a nivel estadístico.

En lo que respecta al análisis de las variables que conforman el cluster de autopercepción, nos centraremos en analizar el índice (An) + (MOR) + (FQ-) + (GHR<PHR), propuesto en la sección anterior, teniendo en consideración que estos 4 indicadores unidos, estarían haciendo referencia a una configuración particular que caracteriza a los sujetos del grupo de estudio y que constituye el aporte más importante de la presente investigación, ya que nos sirve como punto de partida para el entendimiento de la experiencia de estos sujetos y como base para el establecimiento de posibles líneas de intervención en el trabajo psicológico con los mismos.

Entendemos entonces, que la experiencia de vulnerabilidad ligada a la enfermedad y específicamente a la desfiguración, está relacionada con la noción de que el cuerpo es la base sobre la cual se crean todas las percepciones que tenemos

acerca de nosotros mismos; por ende, si éste se ve amenazado de alguna manera, responderemos a partir de nuestros aprendizajes previos intentando llegar a una adaptación que nos permita continuar con nuestra vida de la manera “más normal” posible (Callahan, 2004; Cogwell & Franke, 2002; Cole, 2004; Cole & Spalding, 2008; Furness, Garrud, Faulder & Swift, 2006).

Constituye entonces objeto de alarma cuando encontramos que los indicadores del cluster de autopercepción, que hacen referencia a la posibilidad que tienen las personas de tener una experiencia del mundo organizada, con sentido y basada en la realidad, se ve alterada a partir de una sensación de daño y desvitalización en relación al cuerpo que es percibida con suficiente intensidad como para afectar directa o indirectamente el proceso de pensamiento de los sujetos.

El cuerpo es sin duda alguna, la primera fuente de información que tenemos acerca de nosotros mismos, es a partir del mismo que creamos una unidad de información que da cuenta de todas las experiencias, tanto positivas como negativas, que tenemos en relación a nosotros mismos y al mundo que nos rodea (Anzieu, 2010; Freud, 1923; Winnicott, 1965).

Freud (1923) describe la importancia del yo corporal en el desarrollo del Yo y la influencia de la imagen del mismo en el proceso de diferenciación del self del sujeto con respecto a los otros, habla de la creación del Yo a partir de sensaciones corporales y sensorio-motrices que provienen del cuerpo, las cuales en un principio están desorganizadas y que posteriormente se articulan creando la noción de una barrera, tanto psíquica como corporal, entre el mundo exterior y el interno (Anzieu, 2010; Grinberg & Grinberg, 1976; Ruda & Argumedo, 2007).

El cuerpo se transforma entonces en un objeto de investimento que alberga todas las percepciones y sensaciones del sujeto que lo hacen, en última instancia, diferente a los otros definiendo por tanto su identidad. Por otro lado, es justamente la noción de un cuerpo, que se genera y mantiene en la fantasía de las personas como una suerte de “piel-continente” (Grinberg & Gringerg, 1976), la que contrarresta la ansiedad de desintegración que se genera naturalmente en los primeros años de vida, y es precisamente a esta imagen continua de un cuerpo integrado, a la que recurrimos al momento de tener que adaptarnos a una nueva situación (Anzieu, 2010; Odgen, Minton & Pain, 2009).

Siguiendo la línea anterior, Anzieu (2010) explica que el cuerpo sirve como soporte del aparato mental; ambos, en conjunto y relación, conforman un nuevo aparato para pensar ideas (pensamientos) denominado el Yo-Pensante. Este Yo-Pensante es aquel que nace en relación directa con el cuerpo, siendo él mismo el

primer objeto en poder ser pensado y hecho idea cuando niños y que por tanto, define nuestro proceso de creación y pensamiento.

Qué sucede entonces cuando este cuerpo es vulnerado, cuando sucede algún evento, potencialmente traumático, que afecta directamente a este primer objeto de identificación y sobre el cual creamos la idea de nosotros mismos. En el caso del grupo de estudio, el cambio ha sido producido por dos eventos, que en conjunto desorganizan la experiencia de los mismos (Giorgi & Bascioni, 2011; Konradsen, Kirkevold & Zoffmann, 2009; Moolenburgh, et. al., 2009; Ruda & Argumedo, 2007; Ruiz & et. al., 2004).

En primera instancia, son personas que han pasado por el proceso de diagnóstico de una enfermedad crónica que pone en riesgo su supervivencia y en segundo lugar, es a consecuencia de esta enfermedad y particularmente del tratamiento de la misma, que han sufrido un cambio físico significativo. Esta doble vulnerabilidad constituye un evento traumático que afecta no solo la imagen física, sino principalmente la imagen mental que se tiene de uno mismo (Ruda & Argumedo, 2007).

Morales (2007) define una situación traumática como un evento cuyo impacto psíquico lleva al individuo a un estado mental disociado en que los factores asociados afectan el proceso de pensamiento del individuo, saturando su capacidad de pensar, de manera lógica y coherente, con ideas y recuerdos recurrentes de la situación traumática. En el caso de los pacientes del grupo de estudio, esta imposibilidad de pensar de manera organizada estaría siendo reflejada en la cantidad de respuestas FQ-, las mismas que dan cuenta de la dificultad que tienen al momento de comprender su mundo basándose en percepciones reales y significativas.

Van der Kolk (1987, citado en Morales, 2007), explica este fenómeno haciendo referencia al hecho que una situación traumática puede efectivamente derivar en dificultades a nivel cognitivo; impidiendo el desenvolvimiento normal de las personas en cuanto a su capacidad para prestar atención, concentrarse y discriminar estímulos relevantes. Esto último, tiene como base de su problemática el hecho que los pensamientos se ven constantemente invadidos por la situación traumática (Odgen, Minton & Pain, 2009; Van der Kolk 1987, citado en Morales, 2007), en el caso del grupo de estudio, podemos apreciar como la pérdida de ilación en el pensamiento (FQ-) está siempre relacionada a contenidos que hacen referencia directa al cuerpo (An). Es el cuerpo entonces aquello que constituye el eje de la creación de la imagen de sí mismos y al mismo tiempo es aquello que perturba la posibilidad de tener una experiencia con sentido y propósito en los diferentes ámbitos de su vida.

Por otro lado, el trauma que implica el estar enfermos y tener como consecuencia una desfiguración facial, constituye un evento disruptivo debido a que es una situación real de la cual el sujeto no puede escapar (Morales, 2007; Odgen, Minton & Pain, 2006). Este evento traumático y sus secuelas definen la experiencia del sujeto y por ende, la realidad y emergencia de la situación, fuerza un proceso de reorganización en el sujeto (Benyakar, 2005; Viñar & Viñar, 1993) que requiere pasar primero por un proceso de duelo por aquello perdido, para posteriormente crear una nueva unidad de significado basándose esta vez en la nueva realidad que los caracteriza (Ruda & Argumedo, 2007; Steiner, 1993).

En el caso de las personas que conforman el grupo de estudio, éstas deben pasar por el referido proceso de duelo debido a la pérdida de las facciones faciales que los definían, este proceso implica necesariamente una incursión no deseada en lo desconocido y genera reacciones adversas ante la nueva situación debido a la tendencia de aferrarse a lo conocido y familiar, no aceptando el cambio como un suceso inevitable al cual deben adaptarse o quedarse estancados en una sucesión de pensamientos repetitivos, que generan un sentimiento de disconfort y depresión, que de no ser elaborado puede resultar en un estado patológico permanente, afectando no sólo su capacidad para reelaborar su valor personal sino su papel dentro de un grupo social (Benyakar, 2011; Freud, 2005; Grinberg & Grinberg, 1976; Morales, 2007; Odgen, Minton & Pain, 2009; Steiner, 1993).

Siguiendo la línea anterior, se puede apreciar que en el grupo de estudio, existen indicadores relacionados a una experiencia desvitalizada del mundo (MOR) y de una pobre capacidad para reconocer en otro a una persona significativa (GHR<PHR) que valide y contribuya al proceso de adaptación y creación de un nuevo self integrado de los sujetos. Benyakar (2005) hace referencia a como los sucesos traumáticos pueden dañar la calidad de las relaciones interpersonales de los individuos; acota que es debido a la interacción entre los eventos del mundo externo y el mundo interno que creamos nuestra experiencia y que por ende, una situación traumática, que fuerza a la persona a un estado de reverberancia mental en relación al trauma, puede afectar directamente la calidad de la vida social del individuo por no tener la suficiente inclinación o deseo de interacción.

Por otro lado, investigadores como Callahan (2004), Cogwell & Franke (2002) y Die-Trill & Straker (1992) complementan lo anterior haciendo referencia a que, efectivamente, una de las principales dificultades descritas por pacientes con desfiguraciones faciales a consecuencia de cáncer, está relacionada a la interacción social y al hecho que las personas inevitablemente forjan una imagen de sí mismas en función a las reacciones de los otros y si estas reacciones son de desagrado o lástima

(según los autores son las reacciones más comunes entre los sujetos no enfermos), se genera una reacción en cadena en el sujeto con la desfiguración facial, por la cual entra a un círculo vicioso en donde priman pensamientos que atentan en contra de su sentido de valor personal, autoestima y rol dentro de la sociedad; dificultando en última instancia, el proceso de elaboración y duelo por las características faciales perdidas y por ende sus posibilidades de reinsertarse a la sociedad satisfactoriamente.

Se propone entonces, que la elaboración por lo perdido, se realice teniendo en consideración lo planteado anteriormente con respecto al cuerpo como escenario y contenedor de lo psíquico, es necesario que los sujetos elaboren un duelo mediante el cual logren una aceptación, adaptación y reestructuración del valor que se tienen como personas, no a partir de un cuerpo-objeto, sino a partir de la creación de una imagen psíquica continua y valiosa que toma relevancia, define el valor del sujeto y lo lleva hacia la trascendencia de lo corporal.

Para lograr lo anterior, se propone como línea de intervención lo propuesto por Steiner (1993), quien plantea que para la recuperación del objeto psíquico se requiere primero de un duelo que tiene como finalidad delimitar que le pertenece al objeto de investimento -el cuerpo- y que le pertenece a la idea de sí mismo -el self-. El mismo autor, propone que es justamente en este proceso de duelo que el sujeto logrará una idea real de lo que significa el objeto y aquello que se perdió del mismo, además como consecuencia, se le devolverán las características que le pertenecen al self que le fueron retiradas al centrar su foco de atención en lo corporal.

Trasladando lo anterior al grupo de estudio, entendemos que es a partir de la realización de un duelo por las características físicas perdidas que se logrará una resignificación de aquello que es considerado importante al momento de la creación de una nueva idea de sí mismos basada en características de su self que son consideradas valiosas y deseables por otros, dando de esta manera, continuidad al self a pesar de los cambios.

Se propone entonces que tanto el espacio de consulta como el terapeuta, hagan las veces de piel-contenedora mientras el proceso de reelaboración de la imagen corporal se constituye en una idea psíquica del valor personal que trasciende al cuerpo y define al individuo como portador de características deseables por él mismo y los demás.

Este proceso, implica renunciar a la idea previa que se tenía de uno mismo y por tanto genera una situación de repliegue constante por parte del sujeto a un estado anterior en donde el cuerpo toma el papel central en la creación de la identidad; este repliegue hacia uno mismo, según Steiner (1993), se da debido a que esta renuncia

genera temor al implicar la muerte psíquica del objeto anterior, regresando al sujeto a un estado previo infantil en donde la separación no se diferencia de la muerte y si el objeto muere conteniendo mucho del self que ha sido fragmentado por el trauma y proyectado en el objeto, entonces el paciente teme literalmente *perderse* en el proceso.

Es labor del terapeuta tener en consideración este proceso doloroso y largo de resignificación por el que tiene que pasar el sujeto al momento de realizar sus intervenciones, las cuales deben estar orientadas a facilitar la tarea mediante la confrontación paulatina con la necesidad de crear un nuevo self diferenciado del anterior y de los otros que lo rodean, tal y como plantea Winnicott (1964, 1965) para el desarrollo inicial del self en niños.

Por otro lado, y de manera conjunta a la terapia individual, se toma en consideración la propuesta de Callahan (2004) quien considera que como parte del proceso de adaptación por el que tienen que pasar sujetos que han sufrido desfiguraciones faciales a consecuencia de cáncer, se creen espacios de encuentro entre personas que han pasado por situaciones similares, con el fin de que puedan compartir experiencias y sientan que existe la posibilidad de tener un grupo de apoyo en donde puedan encontrar la ayuda que necesitan para salir adelante. Este grupo podría formarse bajo la tutela de la Unidad de Salud Mental del hospital en donde se recolectó la muestra y podría incluir la participación de familiares a manera de un primer acercamiento a la creación de vínculos y redes de comunicación entre los pacientes y su entorno.

Finalmente, con respecto a futuras líneas de investigación y en función a las limitaciones observadas a lo largo del desarrollo del presente estudio, se recomienda en primer lugar ampliar la muestra con el objetivo de corroborar los hallazgos. Además, se propone realizar dos comparaciones adicionales, la primera con un grupo de pacientes oncológicos que no pertenezcan al departamento de cabeza y cuello ni tengan desfiguraciones corporales y la segunda con pacientes oncológicos que no pertenezcan al departamento de cabeza y cuello y presenten desfiguraciones corporales, lo anterior con el objetivo de comparar las configuraciones a nivel de indicadores en el Psicodiagnóstico de Rorschach que se puedan encontrar en estos sujetos con el fin de determinar si la configuración propuesta en el presente estudio se aplica a pacientes que deben lidiar sólo con la experiencia de cáncer o si más bien tiene mayor relación con la experiencia de desfiguración.



## REFERENCIAS

- American Academy of Dermatology. (2009). *Squamous Cell Carcinoma*. Recuperado el 28 de Junio del 2009, de: [http://www.aad.org/public/publications/pamphlets/sun\\_squamous.html](http://www.aad.org/public/publications/pamphlets/sun_squamous.html).
- American Cancer Society. (2010). *Cancer reference information: Detailed Guide: What is cancer?* [Información Referencial sobre el cáncer; Guía Detallada: ¿Qué es el cáncer?]. Recuperado el 10 de Abril de 2009, de [http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_4\\_1x\\_What\\_Is\\_Cancer.asp?sitearea=](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1x_What_Is_Cancer.asp?sitearea=).
- Anzieu, D. (2010). *El yo Piel*. España: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. (2010). *El Pensar. Del Yo-piel al Yo-pensante*. Madrid: biblioteca Nueva.
- Arbizu, J. (2000). Factores Psicológicos que Intervienen en el Desarrollo del Cáncer y la Respuesta al Tratamiento. [Versión Electrónica]. *Anales Sis San Navarra*. 24 (1): 173-178.
- Arones, B., Dávalos, L., Guerrero, W., Mora, P. & Alva, J. (2007). Carcinoma Epidermoide Postraumático de Rápida Evolución. Reporte de un Caso. [Versión electrónica]. *Dermatol Perú* 2007; 17(3): 197-208.
- Beck, A. (2003). *Prisioneros del Odio. Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Benyakar, M. (2005). *Lo traumático, clínica y paradoja - Tomo I*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Benyakar, M (2005). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Benyakar, M. (2011). Reflexión como parte del Simposio: "Psicoanálisis y Saber" realizado en Lima-Perú en 4 de Noviembre del 2011, con respecto a la reverberancia del los eventos traumáticos en la psique de los sujetos que han pasado por situaciones de conflicto.
- Bonanno, A., & Young, J. (2010). *Mapping out the social experience of cancer patients with facial disfigurement*. [Versión electrónica]. *Journal Health* (San Francisco). 2(5), 418-428
- Bradbury, E. (2011). *Meeting the psychological needs of patients with facial disfigurement*. *The British journal of oral maxillofacial surgery*. Extraído de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21440966> el 13 de Junio del 2011

- Brahim, D. (2006). *Autopercepción en trabajadoras sexuales organizadas a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Bridges, M., Wilson, J. & Gacono, C. (1998). A Rorschach investigation of defensiveness, Self-Perception, Interpersonal Relations, and Affective States in Incarcerated Pedophiles. [Versión electrónica]. *Journal of Personality Assessment*. 70(2), 365-385.
- Callahan, C. (2004) *Facial disfigurement and sense of self in head and neck cancer*. *Social Work in Health Care*. 40 (2) 73-87.
- Cancer Research UK. (2008, 30 de Octubre). Recuperado el 11 de Abril del 2009 del <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/geographic/world/>.
- Caspi, A. (1987). *Personality in the Life Course*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 53 (6): 1203-1213.
- Caspi, A. & Roberts, B. (2001). *Personality Development across the Life Course: the Argument of Change and Continuity*. *Psychological Inquiry*. 12(2): 49-66.
- Cole, J. (2004). The Face and Intersubjectivity. Recuperado el 14 de Mayo del 2011 de <http://eprints.bournemouth.ac.uk/6400/>
- Cole, J. & Spalding, H. (2008). *The invisible smile. Living without facial expression*. Oxford: Oxford University Press.
- Cogwell, R. & Franke, K. (2002). *Psychological and Psychosocial Implications of Head and Neck Cancer*. *Internet Journal of Mental Health*. 1(2).
- DeCato, C. (1984). Rorschach Reliability: Toward a Training Model for Interscorer Agreement. [Versión electrónica]. *Journal of Personality Assessment*. 48: 1532-7752.
- Delamote, T. (1990). Social inequalities in health. *British Medicine Journal*,303,1046-1050.
- Die-Trill, M. & Straker, N. (1992). *Psychological Adaptation to Facial Disfigurement in a Female Head and Neck Cancer Patient*. *Psycho-Oncology*. 1:247-251.
- Dreiffus – Kattan, E. (1990). *Cancer Stories*. New Jersey: The Analytic Press
- Dropkin, M. (1999). Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. [Versión electrónica]. *Cancer Practice*. 7 (6): 319-313
- Dropkin, 2001; Anxiety, coping strategies, and coping behaviors in patients undergoing head and neck cancer surgery. [Versión electrónica]. *Cancer Nursing* 24(2): 143-148.
- Exner, J. (1994) *El Rorschach: Un Sistema Comprensivo. Fundamentos Básicos (Vol. 1)*. Tercera Edición. Madrid: Psimática.

- Exner, J, Sendín, C. (1998) *Manual de Interpretación del Rorschach: Para el sistema comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- Exner, J. (2005) *Principios de Interpretación del Rorschach*. Madrid: Psimática.
- Exner, J. (2001) *Manual de codificación del Rorschach*. Madrid: Psimática.
- Fernández-Ballesteros, R. & Ángeles, M. (1997). Personalidad y Cáncer: Hans, J. Eysenck, un Rebelde con Causa. [Versión electrónica]. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 1997. 50 (4): 447-464.
- Florián, V. (2006) *Afectividad en un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia a través del psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. London, W. W. Norton & Company, Inc.
- Freud, S. (2005). *On Murder, mourning and melancholia*. London: Penguin Classics.
- Furness, P. Garrud, P. Faulder, A. & Swift, J. (2006). Coming to Terms A Grounded Theory of Adaptation to Facial Surgery in Adulthood. [Versión electrónica]. *Journal of Health Psychology*. 11(3): 453–466
- Gacono, C. & Meloy, R. (1997). La investigación Rorschach y el psicodiagnóstico de personalidades antisociales y psicopáticas. [Versión electrónica]. *Rorschachiana - Yearbook of the International Rorschach Society*. (2).
- Ganellen, R. (2001). Weighing Evidence for the Rorschach's Validity: A Response to Wood et al. (1999)\*. [Versión electrónica]. *Journal of Personality Assessment*, 77(1): 1–15.
- Garb, H., Wood, J., Nezworski, M. & Grove, W. (2001). Toward a resolution of the Rorschach controversy. [Versión electrónica]. *Psychological Assessment*, 13 (4), 433-448.
- García, V. (2000). *Autoconcepto en adolescentes amputados por Sarcoma Osteogénico a través del psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Georgoff, P. (1991). The Rorschach with hospice cancer patients and surviving cancer patients. *Journal of Personality Assessment*. 56(2), 218-226.
- Giorgi, F. & Bascioni, R. (2011). *Bearing the Unbearable*. *Journal Of Palliative Medicine*. 14(2).
- Gitlin, D. Levenson, J. & Lyketsos, C. (2004) Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. [Versión electrónica]. *Academic psychiatry the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 28(1): 4-11

- Goñi, I. (s/f). Cáncer Escamoso de Cabeza y Cuello [Versión electrónica]. *Manual de Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Extraído de: [http://escuela.med.puc.cl/publ/manual\\_cabezacuello/CancerEscamoso.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/manual_cabezacuello/CancerEscamoso.html)
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1976). *Identidad y Cambio*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Hagedoor, M. & Molleman, E. (2006). Facial disfigurement in patients with head and neck cancer: the role of social self-efficacy. [Versión electrónica]. *Health psychology official journal of the Division of Health Psychology American Psychological Association*. 25(5): 643-647.
- Hattie, J. (1992) *Self concept*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hiller, J., Rosenthal, R. & Bornstein, R. (1999). A comparative meta-analysis of Rorschach and MMPI validity [Versión electrónica]. *Psychological Assessment*, 11 (3): 278-296.
- Hunsley, J. & Bailey, J. (2001). Whither the Rorschach? An analysis of the Evidence [Versión electrónica]. *Psychological Assessment*, 13 (4): 472-485.
- Holland, J. & Rowland, J. (1990) *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford University Press.
- Instituto Nacional del Cáncer (2009). Recuperado el 18 de Junio del 2009 de <http://www.cancer.gov/espanol>.
- Khan, S. & Dobson, R. (2005). *A Symmetrical Face isn't just prettier – It's healthier too*. Recuperado el 28 de Agosto de 2009: [http://www.ezilon.com/information/article\\_10713.shtml](http://www.ezilon.com/information/article_10713.shtml).
- Konradsen, H. , Kirkevold, M. & Zoffmann, V. (2009) *Surgical facial cancer treatment: the silencing of disfigurement in nurse-patient interactions*. *Journal of Advanced Nursing*. 65(11): 2409–2418.
- Lacan, J. (1948). *La agresividad en Psicoanálisis*. Informe Teórico presentado en el XI Congreso de Psicoanalistas de Lengua Francesa, reunido en Bruselas a mediados de Mayo de 1948. Extraído el 26 de Agosto de 2009, de: <http://66.240.239.19/0/5/9/5976.ZIP>.
- Lacan, J. (1949). *El estadio del Espejo como Formador*. Comunicación presentada ante el XVI Congreso de Psicoanálisis, en Zurich, el 17 de Julio de 1949. Extraído el 26 de Agosto de 2009, de: <http://66.240.239.19/0/5/9/5962.ZIP>.
- Levenson, J. (2004). *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Arlington: The American Psychiatric Publishing.
- Little, A. & Jones, B. (2003). *Evidence against perceptual bias views for symmetry preferences in human faces*. London: The Royal Society Press. 270: 1759–1763.

- Luckett, T. Britton, B. Clover, K. & Rankin, N. (2011). Evidence for interventions to improve psychological outcomes in people with head and neck cancer: a systematic review of the literature. [Versión electrónica]. *Supportive care in cancer official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*.
- Meloy, R. Acklin, M., Gacono, C., Murray, J. & Peterson, Ch. (1997) *Contemporary Rorschach Interpretation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
- Meyer, G. (1997). Thinking Clearly About Reliability: More Critical Corrections Regarding the Rorschach Comprehensive System [Versión electrónica]. *Psychological Assessment*. 9(4): 495-498.
- Meyer, G., Riethmiller, R., Brooks, R., Benoit, W. & Handler, H. (2000). A Replication of Rorschach and MMPI-2 Convergent Validity. *Journal of Personality Assessment* 74(2), 175-215.
- Miloria, M. (1998). *Facial Disfigurement: A Self Psychological Perspective On The "Hide-And-Seek" Fantasy Of An Avoidant Personality*. [Versión electrónica]. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 62 (3): 378-395.
- Moolenburgh, S., Mureau, M., Versnel, S., Duivenvoorden, H. & Hofer, S. (2009). *The impact of nasal reconstruction following tumour resection on psychosocial functioning, a clinical-empirical exploration*. *Psycho-Oncology* 18: 747-752 (2009).
- Morales, C. (2007). *Trauma psíquico y trauma por esters post traumático*. Lima: Editorial Libro Amigo.
- Morejón, R. (2006) *La naturaleza del Ser Humano*. En: Revista Vitral 74(XIII). Extraído de: <http://www.vitral.org/vitral/vitral74/psico.htm>, el día 02 de Junio del 2009 a las 11:45pm.
- Odgen, P., Minton, K. & Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo: un modelos psicomotriz de psicoterapia*. España: Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Oliver, R. (1999). *La autopercepción en un grupo de mujeres histerectomizadas medida a través del Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprensivo de Exner*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Oblitas, L. y Palacios M. (2009). *Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer*. Bogotá: Psicom Editores.

- Raez, M. (1998). *Personality developmentas of women leaders: assessment studies in Peruvian urban and poverty areas*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Ráez, M. (2003). *Contenidos Rorschach en una muestra peruana*. Revista de Psicología PUCP. Vol. XXI (1): 201-222.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital*. New York: Pearson Prentisse-Hall
- Rivera, S. (2000). *Relaciones objetales en niños maltratados y abusados utilizando el Psicodiagnóstico de Rorschach (EXNER) y la Escala de Mutualidad de Autonomía (URIST)*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, E. & Oblitas, L. (2008). *Psicología y Cáncer. Suma Psicológica*. 15(1): 171-198.
- Rodriguez, J. (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Ruda, L. & Argumedo, D. (2007). *¿Duelo frente a la propia muerte? Aplicabilidad de la teoría del duelo a la muerte de uno mismo*. Tesis para optar por el Grado de Magister en Estudios Teóricos en Psicoanálisis, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Ruiz, A., Rivero, J., Peña, A., Pinar, B., Hernandez, M. & Lara, P. (2004). *Cáncer de Cabeza y Cuello*. Recuperado el 28 de Agosto de 2009, de: [http://www.biocancer.com/?q=system/files/Cancer\\_de\\_cabeza\\_y\\_cuello.pdf](http://www.biocancer.com/?q=system/files/Cancer_de_cabeza_y_cuello.pdf)
- Sandtrock, J. (2007) *Adolescence* (11ª ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Sendín, M. (2007). *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. Madrid: Psimática
- Skin Cancer Foundation. (2009). *Squamos Cell Carcinoma: The Second Most Common Skin Cancer*. Recuperado el 25 de Junio del 2009, de <http://www.skincancer.org/Squamous-cell-carcinoma/>.
- Skrine, R. (1997). Psychosomatic medicine. [Versión electrónica]. *The British Journal of General Practice*. 1(425): 136-138.
- Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (2002). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Society for Heathcare Epidemiology of America, (2006). Recuperado el 01 de Mayo del 2011 de <http://www.shea-online.org/>
- Solidoro, A. (2005) *Apuntes de Cancerologia*. Lima: Ed. Hozlo Srl.
- Steiner, J. (1993). *Psychic Retreats*. London: Routledge.

- Tinati, T. (2008). *Initial Perceiver Reaction To Facial Disfigurement*. Extraído el 14 de Junio del 2011 de <http://eprints.soton.ac.uk/66154/>
- Tsao, D. & Livingstone, M. (2008). Mechanisms of Face Perception. [Versión Electrónica]. *Annual Revision of Neuroscience*. 31: 411–437.
- Tulloch, J. (2009). *Disease Profile Cancer: Lifestyles Threaten Lives*. Extraído el día 15 de Abril de 2009 de: Allianza Knowledge Partnersite en [http://knowledge.allianz.com/en/globalissues/safety\\_health/health\\_pandemics/diseaseprofile\\_cancer.html](http://knowledge.allianz.com/en/globalissues/safety_health/health_pandemics/diseaseprofile_cancer.html).
- Van der Kolk, B. (1987). *Psychological Trauma*. E.E.U.U: American Psychiatry Press, INC. En Morales, C. (2007). *Trauma psíquico y trauma por esters post traumatico*. Lima: Editorial Libro Amigo.
- Valle, T. (2001). Rorschach self-concept measures as a function of the treatment of illness in breast cancer patients: Cancer versus noncancer and mastectomy versus lumpectomy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 61(12-B), 6724.
- Vickery, L. Latchford, G. Hewison, J. Bellew, M. & Feber, T. (2003) The impact of head and neck cancer and facial disfigurement on the quality of life of patients and their partners. [Versión electrónica]. *Head neck*. 25(4): 289-296.
- Vidal y Benito, M. (2008). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. Buenos Aires: Ed. Polemos.
- Viglione, D. & Kates, J. (1997). Estudio del test de Rorschach sobre un único sujeto: el caso de una niña en un divorcio. Un ejemplo de la resiliencia psicológica. En: Meloy, R. (1997). *Contemporary Rorschach Interpretation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publisers.
- Viglione, D. & Hilsenroth, M. (2001). *The Rorschach: Facts, fictions, and Future*. *Psychological Assessment*, 13 (4): 452-471.
- Viglione, D. & Taylor, N. (2002). Empirical support for interrater reliability of Rorschach Comprehensive System coding. [Versión electrónica]. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (1): 111-121.
- Viñar, M. & Viñar, M. (1993) *Fracturas de memoria. Crónicas de una memoria por venir* [Versión electrónica]. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Winnicott, D. (1964). *The child, the family and the outside world*. London: Penguin Books.
- Winnicott, D. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Enviroment*. London: Karnac Books.
- Weiner, I. (1996). Some observations on the validity of the Rorschach Inkblot method [Versión electrónica]. *Psychological Assessment*, 8 (2): 206-213.

- Weiner, I. (2001). Advancing the Science of Psychological Assessment: The Rorschach Inkblot method as exemplar [Versión electrónica]. *Psychological Assessment*, 13 (4): 423-432.
- Wood, J., Nezworski, T. & Stejskal, W. (1997). The Reliability of the Comprehensive System for the Rorschach: A Comment on Meyer [Versión electrónica]. *Psychological Assessment*. 9(4): 490-494.
- Zapatero, A. & Pérez, A. (1999). *Respuesta psicológica al tratamiento del paciente con cáncer: Reacción-adaptación*. En: García, E. (1999). *Manual de Psicooncología*. Madrid: Aula Médica





## ANEXO A FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

### 1. Datos generales:

Nombre o pseudónimo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Estado civil:

SIS: \_\_\_\_\_ No SIS: \_\_\_\_\_\*

Lugar de residencia:

Ha migrado a Lima por enfermedad:

Tiempo de residencia en Lima:

Grado de instrucción:

Composición familiar:

Personas con las que vive en Lima:

### 2. Datos de la enfermedad:

HC\*\*:

Dx. Médico:

Tratamiento actual:

Quimioterapia:

Número de quimioterapia:

Cirugía:

Fecha de la Cirugía:

Fecha del dx:

Tiempo desde el Dx:

Estadío clínico:

Condición médica/psicológica adicional:

### 3. Datos sobre la evaluación:

Fecha:

Lugar:

Hora de inicio:

Hora de término:

---

\* Sistema Integral de Salud: ofrecido a pacientes con bajos recursos económicos que no están en condiciones de costear total o parcialmente el tratamiento que deben seguir.

\*\* El nivel socioeconómico de los pacientes fue corroborado por la historia clínica de los mismos, en donde se encuentra un análisis detallado realizado por una asistente social calificada.

**ANEXO A`**  
**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

**1. Datos generales:**

Nombre o pseudónimo:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Estado civil:

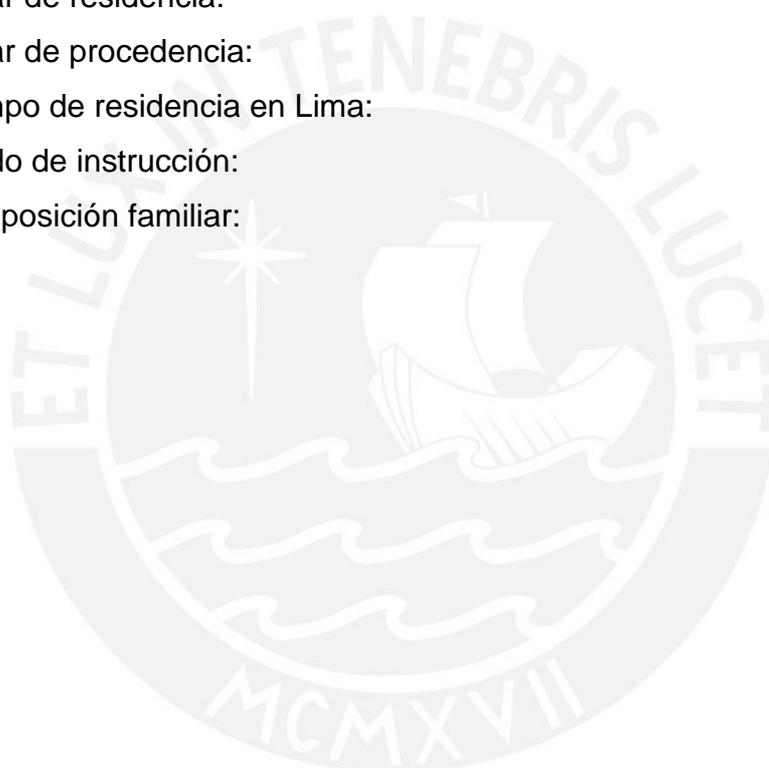
Lugar de residencia:

Lugar de procedencia:

Tiempo de residencia en Lima:

Grado de instrucción:

Composición familiar:



## ANEXO B

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola, mi nombre es Andrea Chávez Cornejo y soy de la especialidad de Psicología Clínica de la Universidad Católica. Estoy realizando una investigación que busca explorar y entender las distintas experiencias de las personas que padecen cáncer. Me gustaría que Ud. forme parte de la investigación y me ayude a buscar respuestas que puedan contribuir a entender mejor cómo Ud. y personas como Ud. se sienten día a día.

Para lograr eso, nos reuniremos algunas veces para conversar y para aplicar algunos tests psicológicos.

Con respecto a la información que se recoja en nuestras reuniones, es estrictamente confidencial y será usada para fines exclusivamente académicos. Es decir, que su nombre y la información dada en nuestras sesiones nunca serán revelados. Al mismo tiempo las grabaciones y los tests psicológicos serán manejados con extremo cuidado para proteger su identidad.

Si Ud. acepta participar, su ayuda será un gran aporte para poder entender cómo se siente una persona que padece una enfermedad como la suya para que así los profesionales de la salud puedan ofrecer un mejor servicio y puedan ayudar a personas como Ud. de mejor manera.

Si está de acuerdo con participar por favor firme abajo, una copia es para que Ud. La guarde y la otra me la llevaré yo.

Muchas gracias por su tiempo!

Yo ..... me comprometo a participar en la investigación antes descrita, entiendo los términos y se me ha explicado en qué consiste el proceso.

-----  
**Fecha**

-----  
**Su Firma**

-----  
**Firma de la investigadora**