



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

### **Tema:**

**“CREENCIAS IRRACIONALES Y SU RELACION CON EL  
AUTOESTIMA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
CANCER MAMARIO”**

**Disertación de grado previo a la obtención del título de  
Psicóloga Clínica**

### **Línea de investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

### **Autora:**

ANDREA PAULINA MONTOYA AGUILERA

### **Directora:**

MSC. PCS. NORMA MARLENE MACIAS HERRERA

**Ambato - Ecuador**

**Mayo 2015**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

“CREENCIAS IRRACIONALES Y SU RELACION CON EL AUTOESTIMA  
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CANCER MAMARIO”

**Línea de investigación:**

Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autora:**

ANDREA PAULINA MONTOYA AGUILERA

Norma Marlene Macías Herrera Msc, Psc.  
**CALIFICADORA**

f. \_\_\_\_\_

Galo Alberto Cobo Espíndola Dr.  
**CALIFICADOR**

f. \_\_\_\_\_

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra.  
**CALIFICADORA**

f. \_\_\_\_\_

Betsy Natalia Ilaja Verdesoto Msc. Psc.  
**DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

f. \_\_\_\_\_

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.  
**SECRETARIO GENERAL DE LA PUCESA**

f. \_\_\_\_\_

**Ambato – Ecuador**

**Mayo 2015**

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo, Andrea Paulina Montoya Aguilera, portadora de la cédula de ciudadanía No.180363409-4, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Andrea Paulina Montoya Aguilera

C.I. 180363409-4

## **AGRADECIMIENTO**

Mi total agradecimiento a Dios que ha sabido bendecirme en todo aspecto de mi vida personal, espiritual y profesional, a mis padres Luis Eduardo y Jacqueline pilares fundamentales y apoyos incondicionales, que con sus consejos, palabras de aliento me han sabido guiar durante todo este trayecto de formación profesional, amigos y familia en general gracias por reír, llorar y compartir todos los momentos vividos dentro de la universidad. El camino fue difícil pero no imposible. Lo logramos ...!!

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a mi familia, que con su ejemplo me han enseñado a luchar y darme la completa seguridad de que puedo alcanzar mis metas, a mis pacientes tratados durante mis practicas pre- profesionales los cuales depositaron en mi la confianza para tratar y manejar diferentes problemáticas haciendo que ame más mi profesión y en especial a mi tutora que con su paciencia y sabiduría ha sabido guiarme durante este proceso.

## RESUMEN

El presente trabajo de disertación tuvo por objetivo determinar la influencia de las creencias irracionales en los niveles de autoestima de las pacientes con cáncer mamario donde se aplicó reactivos que permitieron evaluar e identificar el tipo de creencias irracionales predominantes y los niveles de autoestima en el área social, laboral, hogar y general. En cuanto a la metodología se basa en el modelo cuali- cuantitativo, con un diseño correlacional. La muestra estuvo conformada por treinta personas de sexo femenino con diagnóstico de cáncer mamario, comprendidos entre los 35 a 65 años de edad, no se tomó en cuenta tiempo de diagnóstico ni estadio de enfermedad. Este trabajo se desarrolló en el Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes (SOLCA Tungurahua), los tests utilizados fueron aplicados de manera individual y personal permitiendo establecer una buena relación necesaria para obtener datos de mayor confiabilidad. Los resultados obtenidos de esta investigación permiten afirmar la hipótesis, donde se confirma que a mayor presencia de creencias irracionales menor es el autoestima de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Además se concluye que las creencias irracionales ya se encuentran preestablecidas anteriormente y no se generan necesariamente en base al diagnóstico.

**Palabras Claves:** creencias irracionales, autoestima, cognición, cáncer mamario.

## ABSTRACT

This dissertation work was oriented to determine the influence of irrational beliefs in the levels of self-esteem for patients with breast cancer who were treated with reagents to evaluate and identify the predominant irrational beliefs and self-esteem levels impact in social, work, home, general environment. The methodology is based on a qualitative and quantitative model with a correlational design; the sample included thirty women between 35 and 65 years old who were diagnosed with breast cancer, in which it was not considered the time of diagnosis or the disease phase. This work was developed at the Oncologic Hospital Julio Enrique Paredes (SOLCA Tungurahua), the tests used were applied individually and personally to establish a good rapport needed to have trustworthiness data. The results obtained in the investigation allow us to confirm the hypothesis, where it has confirmed that the more presence of irrational beliefs generates a lower level of self-esteem in the patients with a breast cancer diagnosis. Moreover, it concludes that these irrational beliefs were already pre-established before, and they are not necessarily generated upon, the diagnosis.

**Keywords:** irrational beliefs, cognition, self-esteem, breast cancer

## TABLA DE CONTENIDOS

### Preliminares

Declaración de autenticidad y responsabilidad .....	iii
Agradecimiento.....	iv
Dedicatoria .....	v
Resumen .....	vi
Abstract .....	vii
Tabla de Contenidos.....	viii
Índice de Gráficos.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO TEÓRICO .....	3
1.1 Psicología Cognitiva.....	3
1.1.1 Definición .....	3
1.1.2 Antecedentes de la psicología cognitiva.....	4
1.1.3 Conceptos básicos.....	7
1.1.4 Constructos mentales.....	8
1.1.5 Estructura cognitiva.....	10
1.2 Psicología Racional cognitiva.....	11
1.2.1 Metas y racionalidad .....	12
1.2.2 Cognición y procesos psicológicos.....	12
1.2.3 Énfasis humanista- filosófico del modelo.....	13
1.3 Ideas irracionales .....	13
1.3.1 Definición .....	13
1.3.2 Formación de ideas irracionales.....	14
1.3.3 Creencias irracionales según Ellis.....	16
1.4 Personalidad .....	20
1.4.1 Definición .....	20
1.4.2 Personalidad desde el enfoque racional cognitivo.....	21
1.4.3 Desarrollo evolutivo de la personalidad.....	22
1.4.4 Estructura de la personalidad.....	23
1.5 Estudio cognitivo del sí mismo .....	24

1.6	Autoestima .....	26
1.6.1	Definición .....	26
1.6.2	Conformación de autoestima.....	27
1.6.3	Componentes del autoestima.....	28
1.6.4	Niveles de autoestima .....	29
1.6.5	Autoestima positiva .....	30
1.6.6	Autoestima negativa.....	31
1.6.7	Áreas de evaluación de la autoestima.....	32
1.6.8	Autoestima frente a la enfermedad.....	33
1.6.9	Autoestima en pacientes oncológicos .....	36
1.7	Cáncer .....	37
1.7.1	Definición .....	37
1.7.2	Clasificación.....	39
1.8	Cáncer de mama.....	45
1.8.1	Origen del cáncer mamario .....	48
1.8.2	Psico-oncología del cáncer de mama.....	51
1.8.3	Cáncer de mama, imagen corporal y autoestima .....	52
1.8.4	Manejo y tratamiento de pacientes con cáncer mamario .....	55
1.9	Terapia racional cognitiva para el manejo de las creencias irracionales....	56
1.9.1	El ABC de la teoría.....	56
1.9.2	Fases de la terapia.....	57
CAPÍTULO II.....		61
METODOLOGÍA .....		61
2.1	Antecedentes del problema.....	61
2.2	Significado del problema .....	64
2.3	Definición del problema.....	65
2.4	Planteamiento del tema.....	65
2.5	Delimitación del tema.....	65
2.6	Hipótesis .....	66
2.7	Variables e indicadores .....	67
2.7.1	Variable Independiente: Creencias Irracionales .....	67
2.7.2	Variable Dependiente: Autoestima .....	67
2.8	Objetivos.....	68
2.8.1	Objetivo General .....	68
2.8.2	Objetivos Específicos.....	68
2.9	Metodología .....	69

2.9.1	Enfoque .....	69
2.9.2	Diseño.....	69
2.10	Modalidad Básica de la Información.....	70
2.10.1	Bibliográfica .....	70
2.10.2	De Campo.....	70
2.11	Nivel o tipo de la investigación .....	71
2.12	Métodos .....	71
2.12.1	Método Clínico Psicológico .....	71
2.13	Técnicas.....	72
2.13.1	Entrevista clínica .....	72
2.13.2	Técnica psicométricas.....	72
2.14	Instrumentos .....	72
2.14.1	Ficha Psico-oncológica .....	72
2.14.2	Test de Creencias Irracionales de Ellis .....	73
2.14.3	Inventario de Autoestima de Cooper Smith .....	74
2.15	Población y muestra.....	74
2.16	Plan de recolección de datos .....	75
2.16.1	Procedimiento .....	75
2.17	Procesamiento de la información .....	76
CAPÍTULO III.....		79
RESULTADOS .....		79
3.1	Análisis e interpretación de resultados del test de Creencias Irracionales de Ellis.....	79
3.2	Análisis e interpretación de resultados del test de autoestima Coopersmith.....	83
3.3	Resultados de Creencias Irracionales predominantes en niveles de autoestima bajas y muy bajas.....	85
3.3.1	Sociodemográficas.....	95
CAPÍTULO IV .....		101
DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS .....		101
4.1	Comprobación de Hipótesis .....	101
4.1.1	Modelo Lógico.....	101
4.1.2	Modelo Matemático.....	101
4.1.3	Modelo Estadístico.....	101
4.1.4	Nivel de significación.....	102
4.1.5	Zona de rechazo de Ho.....	102

4.1.6	Chi Cuadrado de la Tabla .....	103
4.1.7	Cálculo Estadístico.....	104
4.1.8	Regla de Decisión .....	108
4.2	Discusión y análisis de resultados de los reactivos aplicados .....	108
4.2.1	Creencias irracionales de Ellis .....	108
4.2.2	Inventario de Autoestima de Coopersmith.....	109
CAPÍTULO V .....		111
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....		111
5.1	Conclusiones .....	111
5.2	Recomendaciones .....	113
BIBLIOGRAFÍA.....		115
GLOSARIO.....		119
ANEXOS.....		121

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### Tablas

Tabla 1.1. Creencias irracionales según Ellis.....	16
Tabla 3.1. Resultados generales de Creencias Irracionales de Ellis .....	79
Tabla 3.2. Resultado generales del test de autoestima Coopersmith.....	83
Tabla 3.3. Creencias Irracionales predominantes en el área de autoestima general baja.....	85
Tabla 3.4. Creencias Irracionales predominantes en el área de autoestima social bajo - muy bajo .....	88
Tabla 3.5. Creencias Irracionales predominantes en el área autoestima hogar bajo-muy bajo.....	91
Tabla 3.6. Creencias Irracionales predominantes en el área autoestima laboral bajo-muy bajo.....	93
Tabla 3.7. Tabla de Edades .....	95
Tabla 3.8. Tabla de Instrucción .....	98
Tabla 4.1. Frecuencias Observadas .....	104
Tabla 4.2. Frecuencias Esperadas.....	105
Tabla 4.3. Cálculo del Chi Cuadrado Calculado.....	106

### Gráficos

Gráfico 3.1. Resultados generales de creencias irracionales de Ellis.....	81
Gráfico 3.2. Resultados generales del test de autoestima Coopersmith.....	84
Gráfico 3.3. Creencias Irracionales predominantes en el área de autoestima general baja.....	86
Gráfico 3.4. Creencias Irracionales predominantes en el área de autoestima social bajo – muy bajo .....	89
Gráfico 3.5. Creencias Irracionales predominantes en el área autoestima hogar bajo-muy bajo .....	91
Gráfico 3.6. Creencias irracionales predominantes en el área autoestima laboral bajo-muy bajo .....	94
Gráfico 3.7. Gráfico de Edades.....	96

Gráfico 3.8. Gráfico de Instrucción.....99

## INTRODUCCIÓN

El trabajo de disertación corresponde a una investigación dentro del área de la Psicología Clínica bajo un enfoque cognitivo, tiene como objetivo determinar si las creencias irracionales se relacionan con el autoestima de las pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua. Esta investigación pretende identificar las creencias irracionales predominantes y las áreas de la autoestima que se ven más afectadas; con esto se puede entender el comportamiento de las pacientes con su entorno además de establecer un mejor manejo dentro del hospital para esta población, mejorando la relación personal de salud-paciente, consolidar los compromisos durante el tratamiento permitiendo así mejorar la calidad de vida y el bienestar de las pacientes.

El trabajo de disertación está constituido por cinco capítulos, cuyos contenidos se describen de la siguiente manera:

El primer capítulo se conforma por el marco teórico, donde se conceptualiza las variables de estudio, además se revisan los ejes temáticos y argumentos teóricos acerca del cognitivism, sus bases teóricas, las ideas irracionales, autoestima y cáncer de mama.

En el segundo capítulo se establece la metodología de la investigación, aquí se identifican los antecedentes, significado y definición del problema, planteamiento y delimitación del tema, la hipótesis, variables, indicadores y los objetivos del trabajo de disertación, y para concluir se detalla el enfoque, diseño, tipo y modalidad básica de la investigación, los métodos, las técnicas e instrumentos utilizados, se define la población y el procesamiento de la información.

El tercer capítulo consta de los análisis e interpretaciones de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los reactivos utilizados como el test de Creencias irracionales de Ellis y para los niveles de autoestima el inventario de autoestima de Coopersmith.

El cuarto capítulo describe la discusión, análisis y validación de resultados, donde se desarrolla la comprobación estadística de la hipótesis planteada, esta comprobación está determinada por medio de la prueba chi-cuadrado.

El quinto capítulo está conformado por las conclusiones y recomendaciones que se establecen en base a los resultados obtenidos. Y para concluir se detallan las referencias bibliográficas, el glosario de términos y los anexos.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Psicología Cognitiva

#### 1.1.1 Definición

Cognición nace del latín *cognitio*, que significa obtener conocimiento o adquirir conocimiento, entonces se puede decir que la cognición es el acto por el cual el individuo conoce y sabe del mundo a través de la experiencia.

Desde la antigua Grecia con Epíteto se observó que los individuos no cambian por los acontecimientos ocurridos, sino por las opiniones que ellos concluyen mediante su experiencia. Durante el tiempo se ha desarrollado diferentes definiciones para nombrar a los factores cognitivos que influyen en los trastornos emocionales, a estos los conocen como distorsión cognitiva, creencia irracional o construcciones alteradas (Medina, Moreno & Lillo, 1997).

Por otra parte se define al cognitivismo como una corriente psicológica, que explica el funcionamiento del pensamiento y a su vez la influencia en el comportamiento de los seres humanos. El objetivo de estudio es entender cómo la mente recepta, procesa, analiza y responde en base a

estereotipos mentales basados en experiencias pasadas, frente a los estímulos que se presentan en el exterior, generando así una respuesta, es decir, el accionar en el individuo (García,2007).

La psicología cognitiva considera a la psique el centro de todos los procesos mentales que dirigen al individuo. Toda esta información se expresa por medio del lenguaje, esto como resultado de la representación simbólica que hace el individuo de su entorno. Estas representaciones no son iguales para todos los sujetos pues dependerá de la subjetividad de cada persona en base a sus propios constructos hipotéticos.

Weishaar y Beck (2006) mencionan que la psicología cognitiva se centra en el estudio del procesamiento de la información para activar las respuestas cognitivas, afectivas, motivacionales y conductuales de una persona en los ambientes físicos y sociales generando así conductas que le permiten al individuo desenvolverse en el medio.

### **1.1.2 Antecedentes de la psicología cognitiva**

Para poder entender el desarrollo y evolución del cognitivismo durante el tiempo es necesario citar a diferentes autores que establecieron las bases teóricas de esta corriente, entre ellos citaremos a:

- **Kant (1781)** el cual menciona que los individuos forman construcciones mentales en base a la experiencia, a estas construcciones les da el nombre de esquemas cognitivos.

- **Rusell (1930)** menciona que las creencias adoptadas en los primeros años de vida del individuo se hacen inconscientes y estas en ocasiones generan perturbaciones en la vida adulta.
- **Lewin (1951)** indica que la conducta individual no depende solamente del ambiente, de las situaciones o estímulos, sino que además depende de la forma en que los individuos integran en su sistema cognitivo la información sobre el significado que estos factores tengan para ellos.
- **Ellis (1955)** desarrolla la idea de que los individuos tienen la capacidad de adoptar ideas disfuncionales con facilidad y frecuencia que lo llevan a sufrir diferentes trastornos emocionales y para solucionar esta problemática propone la intervención mediante la “Terapia Racional Emotiva Conductual” (T.R.E.C.).
- **Chomsky (1956)** bajo la perspectiva de la gramática generativa-transformativa plantea la idea de que el lenguaje humano posee un potencial creativo que a partir de elementos lingüísticos finitos le permite generar y entender un número ilimitado de oraciones, permitiendo de esa manera expresar al sujeto sus creencias del medio, de esta manera se le considera a la lingüística como parte de la psicología cognitiva.

- **Beck (1962)** elabora un modelo de terapia llamada “Terapia Cognitiva Conductual” (T.C.C), se basa en el modelo del procesamiento de información a partir de observaciones de sujetos deprimidos que tenían pensamientos distorsionados y negativos.
- **Kelly (1966)** presenta la idea que los individuos observan al mundo y a sí mismos a través de categorías cognitivas o constructos personales, donde categorizan acontecimientos que les permiten representar, interpretar e interactuar con el mundo de una manera personal.
- **Neisser (1967)** establece que el objetivo de la psicología es la comprensión de la cognición humana. Desarrolla a la psicología cognitiva a partir de tres enfoques: la teoría de la información, el flujo de la información y el procesamiento de la información.
- **Bandura (1969)** estableció que el aprendizaje indirecto y la función de los mediadores cognoscitivos son importantes para el desarrollo del individuo. Además que el aprendizaje es un proceso activo donde las características personales y los procesos cognitivos intervienen en el comportamiento, estos pueden aparecer en forma de estímulos, situaciones o reforzadores. Para alterar estos patrones de comportamiento propone el uso del modelamiento o aprendizaje por observación.

Con esto podemos decir que el cognitivismo se enfoca en los procesos que facilitan el conocer en los individuos, en el resultado de este proceso, que vendría a ser el conocimiento y en el cómo éste ayuda en la resolución de problemas.

### **1.1.3 Conceptos básicos**

#### **1.1.3.1 Procesos cognitivos**

A través de los procesos cognitivos el individuo puede conocer, establecer y dar un significado a su entorno. Para poder establecer este significado el sujeto necesita establecer un proceso, el cual se detalla a continuación:

Como punto inicial se toma en cuenta a la percepción como el proceso que permite captar los estímulos externos mediante los órganos de los sentidos, se focaliza en las particularidades del estímulo. Esta selectividad de información está influenciada también por el interés y voluntad del sujeto.

Después de que la información es captada esta se almacena en la memoria donde se organiza la información, esta información tiene la capacidad de reconstruirse y modificarse por la influencia de otros procesos cognitivos y afectivos, además permanece guardada hasta que un próximo estímulo recupere los datos almacenados permitiéndole generar comportamientos en base a lo conocido anteriormente.

Como producto de estas modificaciones se genera el pensamiento, el cual permite al individuo procesar información de diferente tipo sea esta visual, auditiva simbólica de carácter emocional o racional. Tiene como característica la capacidad de analizar, sintetizar, asimilar y acomodar la información almacenada por el sujeto. El resultado de este proceso permite generar una respuesta apropiada a una situación problemática.

Toda esta actividad se expresa mediante el lenguaje, este es un mecanismo que permite la expresión y comunicación del pensamiento, sin lenguaje no hay pensamiento.

Con esto podemos determinar que el proceso cognitivo se genera cuando el individuo percibe un estímulo, la información receptada activa la memoria haciéndole generar un pensamiento que se expresa a través del lenguaje y le hace accionar en base a las experiencias pasadas.

#### **1.1.4 Constructos mentales**

Se los define como esquemas de pensamiento que se generan mediante un proceso de adquisición e interpretación de información (Kelly, 1955), estos se forman de la siguiente manera:

- a) Interpretación:** En esta primera fase el individuo genera una explicación a la situación o la experiencia que atraviesa, cabe recalcar que cada interpretación es diferente en cada individuo.

- b) Individualidad:** Como se mencionó anteriormente cada interpretación es diferente a otra, pues cada persona interpreta los acontecimientos de forma distinta generando así la individualidad entre los sujetos.
- c) Organización:** Después de generar una interpretación acorde a las experiencias del sujeto esta información es esquematizada según la conveniencia de cada persona, estas estructuras le permiten al sujeto establecer posibilidades que le permitan desarrollar su pensamiento de mejor manera.
- d) Dicotomía:** Estas posibilidades generadas por el individuo siempre poseerán solo dos alternativas, las cuales una sola tendrá razón de ser, ya que no pueden coexistir entre sí.
- e) Elección:** Frente a estas posibilidades el individuo debe elegir la alternativa del constructo dicotomizado, la elección se hará en base a la conveniencia del sujeto, es decir debe realizar estas elecciones en base a sus necesidades.
- f) Rango:** La manera más fácil de tomar una decisión entre los constructos es otorgarles un nivel de prioridad, a través de esto el individuo seleccionará lo más adecuado para su situación o vivencia actual.
- g) Experiencia:** Para establecer un rango o esquematizar prioridades se debe analizar las experiencias pasadas, pues la persona sabrá si los mecanismos utilizados anteriormente fueron útiles y eficaces para sus propósitos.
- h) Modulación:** Si los métodos utilizados inicialmente funcionan pero al pasar del tiempo carecen de valor el individuo puede adaptar o

modificar su estructura, pues todo dependerá del marco de referencia existente y la organización del sistema de interpretación. Cabe recalcar que los constructos están abiertos al cambio.

- i) **Comunalidad:** Anteriormente se habló de la individualidad que posee cada persona para interpretar diferentes situaciones, pero en algunas ocasiones los sujetos pueden percibir una situación de igual manera, ya que puede existir la posibilidad de que hayan vivido experiencias similares aunque no necesariamente debe cumplirse este postulado. Cuando existe una comunalidad entre sujetos se desarrolla la capacidad de sociabilización.
- j) **Sociabilidad:** Una vez establecida la sociabilidad el individuo desarrolla la capacidad de entender los procesos de interpretación de otra persona. La capacidad para la interacción social requiere el entendimiento de los diferentes constructos y conductas de los demás.

### 1.1.5 Estructura cognitiva

Está constituida por el conjunto de procesos cognitivos que permiten al sujeto establecer el conocimiento de una manera organizada, está formada por tres partes importantes que son:

- a) **Pensamiento:** Definido como la actividad y creación de la mente; es el resultado del intelecto además de las abstracciones de la imaginación; todo aquello que sea de naturaleza mental es

considerado pensamiento, bien sean estos de tipo abstracto, racional, creativo y artístico (Sanz, 2013).

Por otra parte se considera al pensamiento como el conjunto de actividades mentales tales como el razonamiento, la abstracción, la generalización cuya finalidad son la resolución de problemas, la adopción de decisiones y la representación de la realidad externa (Gauss, 2013).

**b) Idea:** Es aquella representación mental que se origina en base al razonamiento, es el acto más básico del entendimiento (Fernández, 2001).

**c) Creencias:** Es el estado mental que los individuos asumen como verdadero y válido, es el conocimiento o experiencia que el sujeto tiene sobre determinados sucesos o cosas. Dicha creencia forma parte de los esquemas mentales, abarca también todo tipo de actitudes y paradigmas presentes en una determinada persona.

Existen diferentes creencias esenciales que los individuos tienen sobre sí mismos, sobre el mundo y su alrededor, estas son creencias implícitas, que se basan en la experiencia emocional y a las que los individuos se fijan fuertemente, incluso cuando hay evidencia de lo contrario (Sánchez, 2012).

## 1.2 Psicología Racional cognitiva

La psicología racional cognitiva define que los problemas emocionales no se originan por situaciones ambientales, sino por la forma en que el

individuo las interpreta. Ellis (1962) desarrolla su teoría racional cognitiva bajo tres postulados importantes:

### **1.2.1 Metas y racionalidad**

Aquí se establece que los individuos son más felices cuando se establecen metas y luchan por alcanzarlas racionalmente. Las metas principales se engloban en:

- Supervivencia
- Felicidad, la cual posee tres sub-metas necesarias para alcanzar felicidad y estas son:
  - ✓ Aprobación o afecto
  - ✓ Éxito y competencia personal
  - ✓ Bienestar físico, emocional y social

Con esto Ellis recalca la concepción filosófica donde los individuos son entes propositivos que buscan metas personales y que componen a su vez las "filosofías personales" de cada persona.

### **1.2.2 Cognición y procesos psicológicos**

Estos están constituidos por:

- Pensamiento, afecto y conducta los cuales están interrelacionados donde si uno de ellos presentan dificultades se afectaran mutuamente.

- Los componentes principales de la salud mental y los trastornos psicológicos se ubican a nivel cognitivo y del pensamiento. Estos componentes son:
  - ✓ **Creencias irracionales:** exigencias presentes en los trastornos psicológicos
  - ✓ **Creencias racionales:** preferencias presentes en los procesos de salud psicológica

### 1.2.3 Énfasis humanista- filosófico del modelo

Los individuos de alguna manera sufren por defender sus propias filosofías las cuales están enfocadas en conseguir sus metas de una manera exigente, absolutista e irracional.

Las personas que poseen felicidad son aquellas que persiguen sus metas de una manera no exigente, no absolutista y de una manera racional.

## 1.3 Ideas irracionales

### 1.3.1 Definición

Las ideas irracionales son cogniciones, es decir, el producto psicológico resultado de procesos orgánicos, para que se genere una cognición se necesitan diferentes factores como la percepción, el aprendizaje, la memoria, la inteligencia, el lenguaje y la función simbólica (Richelle, 2004).

### 1.3.2 Formación de ideas irracionales

La cognición se da como un modulador y organizador sobre la base de las experiencias pasadas del sujeto y ésta depende de la selección atencional de los estímulos, regulándolos subordinándolos a una gestión superior de las informaciones; los receptores sensoriales aptos para registrar y transmitir la información son los que aseguran el aumento de la información almacenada en la memoria al operar en ella las agrupaciones e indicaciones donde colaboran las señales perceptivas y semánticas (Richelle, 2004).

Las cogniciones son elaboradas a través del proceso perceptivo, el que se inicia con la sensación, proceso cerebral por el cual los individuos reciben información, para más tarde organizarla, clasificarla e interpretar los estímulos recibidos a través de los sentidos (tacto, gusto, visión, audición y olfato) para formar una idea o concepto acerca de lo que le rodea, lo que significa que, a través de este proceso el individuo va formando una representación de su entorno, captando así su propia realidad, generando una respuesta adecuada frente a lo que le rodea.

Por otra parte se menciona que las ideas irracionales son aquellas que impiden el avance del sujeto en su bienestar, su principal característica es que son dogmáticas y absolutistas, éstas además poseen efectos negativos que afectan en el desenvolvimiento del individuo (citado en Gabalda & Caro, 2006)

El autor argumenta que el individuo se crea un conflicto cuando en su pensamiento se impone los "debería", consideradas éstas como las ideas absolutistas y por otro lado se perturba por el "tener que" generándose así obligaciones a veces hasta imposibles, produciendo malestar en el sujeto al no conseguirlas Gabalda et al. (2006)

Esto quiere decir que, las ideas irracionales son cogniciones distorsionadas, producto de un proceso perceptivo erróneo. Además sostiene que existen sucesos que hacen que las perturbaciones emocionales y conductuales se activen pues estos están relacionados con los pensamientos e interpretaciones ya establecidas por el sujeto en base a experiencias pasadas. Estas experiencias pasadas, para que sean irracionales poseen un tinte irreal, haciendo que el paciente actúe y/o se coloque en una posición negativa ante las situaciones que se le presenten.

El paciente puede remediar este sistema de pensamiento cuando entra en consciencia, empieza a analizar, pensar lógicamente y a debatir con sustento el porqué de su idea, generando así la lógica y el darse cuenta del panorama en donde se encuentra (Lega, 1993).

### 1.3.3 Creencias irracionales según Ellis

Tabla 1.1. Creencias irracionales según Ellis

Creencia Irracional	Ilógica porque	Alternativa racional
<p><b>1. APROBACIÓN SOCIAL</b>  <b>“Creer que es necesario ser amado y aprobado por todo el mundo en todo lo que se hace”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El ser aprobado por todos es una meta inalcanzable, se generará una preocupación por el cuánto le aceptarán.</li> <li>• Exigirá una gran cantidad de esfuerzo y energía, generaría servilismo lo que causa el abandono de las propias necesidades.</li> <li>• Se crea un comportamiento inseguro y molesto perdiendo el interés de los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario no erradicar los deseos de aprobación, sino las necesidades excesivas de aprobación.</li> <li>• Debe buscar la aprobación por los hechos, actividades y comportamientos.</li> <li>• Se debe establecer las preguntas: ¿Qué quiero hacer de mi vida? Y no ¿Qué creo que les gustaría a los demás que hiciera?</li> </ul>
<p><b>2. MIEDO AL FRACASO</b>  <b>“Creer que uno debe ser por entero competente, apto y eficaz en todos los aspectos posibles”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún individuo puede ser completamente competente en todos los aspectos. Querer tener éxito está bien, pero el exigirse causa incompetencia e incapacidad.</li> <li>• Auto forzarse genera estrés y enfermedades psicosomáticas.</li> <li>• El sujeto que está en continua búsqueda del éxito total se compara constantemente generando inferioridad.</li> <li>• La búsqueda de éxito genera fracaso, miedo inseguridad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentrarse en disfrutar el proceso de actuar más que del resultado.</li> <li>• Debe actuar bien para la propia satisfacción, que para agradar o ser mejor que los demás.</li> <li>• Debe cuestionar frecuentemente si está alcanzando su objetivo propio, o para agradar a otros.</li> <li>• Debe aceptar los propios errores y confusiones, además debe forzar a realizar situaciones que teme fracasar.</li> </ul>
<p><b>3. ACUSACIONES Y AUTOACUSACIONES</b>  <b>“Creer que ciertas personas son malas, villanas y malvadas y que deben ser severamente castigadas”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El sujeto que actúa mal en la mayoría de los casos, esta perturbada carece de conciencia</li> <li>• El castigo y la culpabilización es el camino que utiliza cuando comete errores. Esta actuación genera depresión, angustia y ansiedad, además de rabia y hostilidad, generando conflicto personal y social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se debe criticar o culpar por las fallas o errores, es necesario comprender.</li> <li>• Cuando exista culpabilización analizar si realmente lo hizo mal e intentar mejorar la conducta.</li> <li>• Es positivo comprender el porqué de las cosas, explicar los errores y comprender que lo</li> </ul>

		malo no es catastrófico.
<p><b>4.FRUSTRACIÓN</b>  <i>“Creer que es terrible, horrendo y catastrófico que las cosas no marchen de la manera que uno quisiera”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El sujeto piensa que las cosas deberían ser diferentes a lo que realmente son</li> <li>• Cuando las cosas no salen bien aparece la frustración privando al individuo de los deseos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analice si las frustraciones son verdaderamente desfavorables.</li> <li>• Afronte la realidad con voluntad y realismo</li> <li>• Utilice recursos compensatorios.</li> <li>• No conseguir todo lo que se desea es parte de vivir.</li> </ul>
<p><b>5.AUTODOMINIO</b>  <i>“Creer que la desdicha personal siempre tiene causa externa y que uno es incapaz de controlar las aflicciones o sentimientos negativos”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los ataques verbales afectan en la medida en que las valoraciones e interpretaciones que cada sujeto tenga de sí mismo.</li> <li>• Lo que afecta no es lo que dice sino como lo interpreta pues le da un valor terrible o insoportable.</li> <li>• Cree las emociones negativas no se pueden cambiar y solo queda sufrirlas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se experimenta una emoción dolorosa se debe reconocer que el sujeto es el propio creador de la emoción y así como la crea la puede desechar.</li> <li>• El sujeto debe descubrir los pensamientos que generan dolor y las frases ilógicas que se asocian son sus sentimientos.</li> <li>• Cuando se cambia las verbalizaciones de forma radical las emociones ya no se autodestructivas.</li> </ul>
<p><b>6.ANGUSTIA</b>  <i>“Creer que ante algo que es o puede ser peligroso o terrible, uno debe ocuparse intensamente de ello y sentirse trastornado”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El exceso de preocupación genera nerviosismo e impide analizar la situación tal cual es.</li> <li>• La ansiedad intensa causa incapacidad de afrontamiento.</li> <li>• El exceso de preocupación no evita que ocurra situaciones sino al contrario predispone al individuo a la aparición de problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender que los miedos no ayudan a evitar los peligros</li> <li>• Entender que la mayoría de los miedos se originan en lo que los demás piensen de mí.</li> <li>• El sujeto debe hacer cosas que le generen miedo para demostrarle a sí mismo que son miedo irracionales.</li> </ul>
<p><b>7.AUTODISCIPLINA</b>  <i>“Creer que es más fácil evitar las dificultades y las responsabilidades de la vida,</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evidencia abandono de actividades por considerarlas desagradables</li> <li>• El proceso de tomar la decisión de no hacer algo que se considera difícil conlleva al</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El individuo debe esforzarse en realizar cosas desagradables</li> <li>• Debe eliminar la suposición de que la evitación</li> <li>• No deberá imponer una autodisciplina</li> </ul>

<p><i>que poner en práctica formas de autodisciplina más satisfactorias”</i></p>	<p>sufrimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La confianza en sí mismo sólo se genera cuando se hace actividades</li> <li>• Se incrementa la inseguridad y desconfianza personal.</li> </ul>	<p>rígida ni exagerada pero sí planificar actividades y objetivos de una manera razonable.</p>
<p><b>8.DEPENDENCIA</b> <i>“Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El sujeto llegar al punto donde los demás elijen y piensan por si mismos.</li> <li>• Se pierde la responsabilidad de uno mismo.</li> <li>• Cuanto más se dejan las decisiones en los demás, menos oportunidad tiene el individuo de aprender.</li> <li>• Se genera más dependencia, inseguridad y pérdida de autoestima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario aprender a confiar en sí mismo.</li> <li>• Debe comprende que no es malo pues estos no tienen que ver con la valía como ser humano.</li> <li>• No debe, rechazar cualquier ayuda para probar que es fuerte.</li> </ul>
<p><b>9.ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD</b> <i>“Creer que la gente y las cosas deberían ser diferentes y que es catastrófico no encontrar soluciones perfectas a la realidad”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuanto está influenciado por el pasado, utiliza soluciones a los problemas que fueron utilizados anteriormente que hayan funcionado en el pasado no quiere decir que ahora funcione.</li> <li>• El pasado se utiliza como excusa para evitar enfrentarse a los cambios del presente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario entender que el pasado es importante y hay influencia de el en el presente pero que en base a esto debe establecer cambios para que su futuro sea mejor que su pasado.</li> </ul>
<p><b>10.SUPERACIÓN DE LA INERCIA Y CONCENTRACIÓN CREADORA</b> <i>“Creer que la felicidad humana puede lograrse por medio de la inercia y la inacción o -gozando de sí mismo- pasivamente y sin comprometerse”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los problemas de los demás con frecuencia nada o poco tienen que ver con sí mismo, por eso no hay ninguna razón por la que se deba preocupar por los demás.</li> <li>• Por mucho que la conducta del otro disguste esto no cambiará dicha conducta.</li> <li>• El involucrarse en los problemas de otros sirve como excusa sutil para no afrontar los propios problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario plantearse la pregunta vale la pena preocuparse por los comportamientos de los demás</li> <li>• Cuando las personas que le interesan están actuando mal, no se debe preocupar por sus comportamientos pues si no puede eliminar la conducta autodestructiva de otros, al menos no debe perturbarle que no pueda generar un cambio.</li> </ul>

<p><b>11.CONFIANZA EN SÍ MISMO</b>  <i>“Creer que necesitamos alguna cosa más fuerte o mayor que nosotros mismos en que confiar”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La confianza en sí mismo se encuentra relacionada intrínsecamente con la actividad.</li> <li>• Expresa relación de dependencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivarse no es únicamente el factor que permita que las situaciones funcionen sino es necesario actuar para conseguir lo propuesto. Es mejor valerse por sí mismo, de esa manera se desarrolla el autodominio.</li> </ul>
--	--	---

**Fuente:** Citado por Balarezo (2003)

### 1.3.4 Influencia de las ideas irracionales en la personalidad

Desde la perspectiva racional-cognitiva el comportamiento humano está determinado por proceso básico que interactúa en forma dinámica e interdependiente entre sí, dentro de los cuales se manifiestan percepciones, emociones, pensamientos y acciones los cuales son producto de aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Ellis (1965) sostiene que “el inconsciente no se acoge a la explicación psicoanalítica y lo describe como una reunión de pensamientos y sentimientos (frases internalizadas) que no son inmediatamente accesible la percepción individual, pero que son susceptible de serlo a través del aprendizaje” (citado por Balarezo, 2003, p 81). Entonces se puede concluir que las creencias se estructuran en base a las experiencias del sujeto, estas creencias pueden ser racionales o irracionales. Para generar una patología es necesario que las ideas irracionales predominen en el pensamiento del individuo.

Para comprender la estructura y dinámica de la personalidad a continuación se describe elementos básicos del análisis de la personalidad desde el enfoque racional cognitivo.

## **1.4 Personalidad**

### **1.4.1 Definición**

Para Gauss (2013) la personalidad se define como la reunión de diferentes patrones conductuales, pensamientos y sentimientos que se mantienen mayormente estables en el individuo. Estos patrones se ven condicionados para cada uno de los sujetos, puesto que en ellos influyen los aspectos sociales, emocionales y sus circunstancias volitivas. Dentro de la psicología estas características peculiares son individuales, las cuales forman parte de la psicología humana. Aun cuando en el sujeto exista cambios en sus estados psicológicos, la personalidad se mantiene.

Estos patrones biológicos, psicológicos y sociales son los que definen y determinan el ser y el actuar del sujeto. Cada persona posee una estructura psíquica que se puede identificar mediante su manera de pensar y su manera de actuar o con sus actitudes e intereses fáciles de percibir.

Por otra parte los Autores García, Garrido y Rodríguez (1998) manifiestan que las personas poseen un sistema de creencias sobre el entorno, dicho sistema dependerá de la manera en que se analicen las definiciones

expuestas por la cultura y la sociedad, produciendo en las personas una tendencia perceptiva que permite una especie de clasificación, establecida por la sociedad a través de adjetivos y sustantivos otorgados a cada sujeto, lo que da como resultado los rasgos de personalidad.

#### **1.4.2 Personalidad desde el enfoque racional cognitivo**

Dentro de la corriente cognitivo- conductual la personalidad es considerada una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas, que generan pautas de comportamiento, está integrada por estructuras y procesos que reflejan su naturaleza como individuo y sus experiencias. Además influyen efectos del pasado, presente y futuro (Caro, 2013).

La idea principal sobre la formación de la personalidad bajo la explicación cognitivista es que la persona que categoriza a otro sujeto forma una idea organizada, esta idea se ve influenciada por diferentes factores como las predicciones propias, las circunstancias que el organizador atraviesa, el grado de aceptación que se brinde y las metas propias puesto que las categorizaciones tienen una base emocional e intencional. Este proceso se da de forma consciente como inconsciente, cabe recalcar, para que se genere una impresión debe tener una base afectiva, esto determinará su interpretación Garcia et al. (1998).

Por otra parte para Kelly (1955) la personalidad es la construcción alternativa de significados, estos ofrecen una nueva definición del sí mismo y de su

entorno, además recalca que la principal clave para entender la personalidad y los procesos psíquicos está en comprender la forma en como el individuo estructura sus categorías cognitivas las cuales el sujeto utiliza para construir su entorno.

Para el autor la personalidad no solamente es el conjunto de características cognitivas, volitivas, conativas y físicas que permiten determinar una conducta sino incluye también a las emociones como base principal para la conformación de la personalidad permitiéndole así a la persona ser diferente a los demás.

Asegura también que el individuo es intrínsecamente activo, por lo que el concepto de motivación es innecesario e irrelevante. La estructura cognitiva que compone la personalidad es responsable de la actividad, direccionalidad y pro positividad de la conducta.

### **1.4.3 Desarrollo evolutivo de la personalidad**

Kelly (1955) sostiene que todos los procesos psíquicos se manejan dentro de un sistema que la propia persona se construye, la evolución psíquica debe estar acorde a los cambios que se generen en el sistema de construcción de su entorno. Los principales cambios que se generan van en dirección de una mayor diferenciación en los constructos, la generación de constructos más abstractos y la formación de nuevas jerarquías de interrelación entre constructos.

Con la edad, se reduce el uso indebido de estas estructuras y permiten el incremento de ajustes en la aplicación de los constructos y se utilizan menos calificaciones extremas, es decir se vuelve más flexible.

#### 1.4.4 Estructura de la personalidad

Para Kelly et al. (1955) psicólogo cognitivista la personalidad es la forma en cómo se construye la vida el ser humano, estas construcciones siempre están abiertas al cambio en base a las experiencias y vivencias del individuo.

Dentro de su teoría el autor establece que la estructura de la personalidad se establece de la siguiente manera:

- **Cuerpo y mente:** Toma en cuenta la forma en cómo ve su cuerpo y mente cada persona (sano-enfermo / débil-fuerte).
- **Relaciones Sociales:** Las relaciones sociales son consideradas vitales para establecer la personalidad pues el sujeto se refleja frente a su prójimo respondiendo a sus vicisitudes, además de establecer sentimientos profundos y empáticos formando así la base de la sociedad.
- **Voluntad:** Se considera como la fuerza motivante que le permite al individuo crecer y atravesar problemáticas que se le presenten.
- **Emociones:** Al igual que la voluntad las emociones intervienen de lleno en la formación de la personalidad, pues el sujeto no solamente

es cognición pues hay constructos que se perciben y se realizan sin que alcancen la esfera de la conciencia.

- **Intelecto:** Para el autor así como las emociones y la voluntad el intelecto es un elemento importante en la construcción de la personalidad, es por eso que está en desacuerdo con las pruebas que midan el intelecto pues manifiesta que esto solo permite encasillar al individuo y no le permite desarrollarse libremente.

## 1.5 Estudio cognitivo del sí mismo

Para entender al individuo es necesario estudiarlo dentro de un todo, es decir, integrando su parte cognitiva, afectiva y conductual, el sujeto al ser consciente de estas partes, logra definir su concepto acerca del sí mismo.

Pervin (1984) menciona que las implicaciones cognitivas sobre el sí mismo es la auto-teoría (propio conocimiento), una teoría implícita sobre la propia personalidad del sujeto, pues el individuo organiza su experiencia y se desarrolla en base a las mismas para enfrentarse el diario vivir.

Con esto se puede concluir que el sí mismo es considerado una estructura cognitiva o esquema organizado en base a las experiencias vividas por el sujeto y es el resultado de cómo la persona percibe y procesa esta información.

Varios autores como Epstein (1973), Reykowsky (1975) y Kernberg (1977) citados en García et al. (1998) concuerdan que además de entender qué es el sí mismo, se debe considerar la influencia del cognitivismo social, puesto que los constructos personales se forman en base a la interacción social, además recalcan que la cognición social es el medio por el cual se crea el conocimiento auto referencial, es decir se da el conocimiento individual.

El sí mismo por lo general no tiende a modificarse puesto que sus rasgos cognoscitivos como el egocentrismo, la aceptación de consecuencias, sean positivas o negativas de la conducta y la resistencia al cambio, son factores que dan la información necesaria para establecer la teoría propia del sujeto, negando todo postulado que contradiga su constructo García et al. (1998).

La estructura del Sí mismo bajo la percepción del cognitivismo es la siguiente:

- a) La complejidad y la cantidad de información de sí mismo
- b) Seguridad propia del sujeto y la forma de presentarse a los demás.
- c) Asimilación del sí mismo
- d) Nivel afectivo propio (amor propio)

## **1.6 Autoestima**

### **1.6.1 Definición**

A la autoestima se la puede definir como la experiencia que el individuo necesita para llegar a ser competente frente a los retos básicos del diario vivir, lo que le genera un sentimiento de completud dándole así felicidad. Para poder consolidar una autoestima sana el sujeto debe creer en su eficacia, capacidad de confiar en sí mismo, pensar, creer, desarrollar, elegir y tomar decisiones y por otro lado creer que todo individuo tiene derecho a existir, ser feliz , ser parte de algo, derecho a la autorrealización y al éxito (Nathaniel, 1969).

Por otra parte, Aquilino (2000) menciona que el término autoestima es la traducción de " self-esteem", término que se introdujo en los inicios del estudio de la psicología social, que significa estima hacia uno mismo.

Para el autor la autoestima no se relaciona únicamente con el conocimiento del sí mismo ni la consideración del amor propio, sino también de la capacidad de percibir la aceptación y estima que el otro le brinda. Concluyendo así que es el entorno social el principal estímulo de la autoestima individual.

### **1.6.2 Conformación de autoestima**

Un punto importante para tomar en cuenta es el tipo de relación temprana que el individuo mantuvo con sus padres o cuidadores primarios, esta etapa es crucial puesto que los padres van encaminando y depositando ideales que el sujeto los toma como suyos e incluso se ven obligados a cumplir para que su nivel propio de aceptación se vea satisfecho, esta formación base es la que formará el auto concepto.

Estas características a lograr también pueden ser adoptadas por personas que el sujeto considere relevantes, colocándolas como modelos a seguir, ya sean estos de manera global o simplemente quiera adoptar rasgos o características deseadas.

Otro punto a considerar es la corporalidad, ya que no hay estima sin un conocimiento previo del cuerpo, es decir no hay sujeto sin cuerpo. La mayoría de los individuos no tiene una certeza acerca de su propia corporalidad, pues los cánones impuestos por la sociedad generan sesgos, atribuciones y comparaciones creando confusión y desestima propia, dando paso así a las patologías mentales como la bulimia y anorexia, trastornos ejemplificados para darse cuenta que el conocimiento de la corporalidad es básico para una buena autoestima (Aquilino, 2000).

### 1.6.3 Componentes del autoestima

Para establecer una buena autoestima sus componentes deben estar formados de una manera adecuada, el sujeto debe tener conocimiento de cada uno de ellos; este saber permite establecer estrategias que fortalezcan y eleven a la autoestima. Estos componentes son:

- **Auto-concepto:** Es el conjunto de percepciones cognoscitivas y actitudes que las personas tiene acerca de sí mismas, está en elaboración constante pues depende de las circunstancias y de las relaciones que confronta en su entorno.
- **Auto- conocimiento:** Es la capacidad del sujeto de entender los sentimientos, conocer las competencias, creencias, valores, aptitudes y actitudes, además de las conductas erróneas y apropiadas utilizadas en diferentes ámbitos de la vida.
- **Auto-respeto:** Consiste en la capacidad de atender, obedecer las necesidades propias para satisfacerlas, vivir según los valores propios , expresar los sentimientos y emociones sin causar daño ni culpabilizaciones. Si existe respeto propio el sujeto conoce sus propios deseos y necesidades que le brindan satisfacción, pero no solo es necesario darse cuenta sino actuar para conseguir dicha satisfacción.
- **Auto- evaluación:** Es la capacidad de evaluar aquello que es positivo o negativo para sí mismo además reflexiona sobre las normas y valores sociales; mediante este procedimiento el sujeto encuentra acápites que guían su conducta permitiéndole desarrollar el propio juicio y elevar la consciencia del sí mismo.

- **Auto- aceptación:** Este proceso admite y reconoce todas las partes que constituyen al individuo, toma en cuenta la forma de ser y sentir, a través de la aceptación se puede transformar lo que es idóneo para sí mismo. Sin auto aceptación la autoestima no se puede construir pues existiría auto-rechazo y el crecimiento personal se reprimiría originando malestar en el desarrollo del sujeto.

La valoración de la autoestima puede ser positiva o negativa, si es positiva contribuye al bienestar de la persona, la presencia de autoestima negativa está acompañada generalmente de diferentes trastornos psicológicos de origen neurótico que impiden que el sujeto pueda desarrollarse en su vida personal, social, emocional, etc, tal como lo afirman los siguientes autores.

#### 1.6.4 Niveles de autoestima

- **Nivel Alto:** Tiene valores y principios definidos, actúa con confianza y sin sentimientos de culpa, no posee preocupaciones excesivas sobre el pasado y futuro, puede resolver sus problemas sin sentimientos de fracaso, reconoce sus propios talentos y habilidades sin sentirse superior, es considerado una persona interesante, valiosa y productiva, está siempre dispuesto a colaborar si le parece apropiado, finalmente reconoce y acepta en sí mismo sentimientos positivos y negativos.
- **Nivel medio:** Gusta realizar todas sus actividades, se muestra empático frente a los demás y a sus necesidades, tiene amplia

disposición para aprender y cambiar si es necesario, posee una actitud positiva de sí mismo, acepta con tolerancia sus propias limitaciones, errores y fracasos, frente a una crisis demostrara actitudes de baja autoestima, está pendiente de sus necesidades físicas y psíquicas.

- **Nivel bajo:** Posee una autocrítica muy rigurosa y desmesurada consigo mismo, predominan creencias irracionales, existen sentimientos de vulnerabilidad y susceptibilidad frente a las críticas, tiene un nivel alto de frustración, posee un excesivo deseo de aceptación a los demás, se encuentra en un estados constante de irritabilidad, tiende a la depresión.

### **1.6.5 Autoestima positiva**

Se puede referir a la autoestima positiva cuando la imagen o constructo propio es igual o se asemeja al ideal que cada individuo construye en su pensamiento. Cuando el constructo real logra el nivel del ideal se genera una autoestima positiva (Perea, 2004).

Cada nivel de logro que el sujeto obtenga logra responder a sus expectativas, lo cual hará que el sujeto se sienta satisfecho consigo mismo; pero se debe tomar en cuenta que si existe un nivel de éxito alto o inalcanzable le pueden llevar a caer en la frustración y perder su autoestima Perea et al ( 2004).

Anteriormente se mencionó que el sujeto debe considerar diferentes factores que le ayudan a forjar su autoestima y uno de los puntos a tomar en cuenta es el hecho de que posee una dimensión cognitiva y afectiva; el conocimiento puede generar satisfacción y felicidad, pero el sujeto necesita sentir la felicidad bajo experiencias sentidas y profundas para que así esa felicidad y satisfacción sean más duraderas e incluso más confortantes, lo cual lo logrará a través del desarrollo de su afectividad Perea et al ( 2004).

No existen puntos claves ni grados que permitan medir un nivel de autoestima positivo, pero sí existen características o rasgos que evidencian que el sujeto posee una autoestima positiva, como por ejemplo, este tipo de personas transmiten seguridad propia y dan seguridad a quien los rodea, posee flexibilidad mental, sentido del humor, todos estos puntos son características de una autoestima positiva Perea et al ( 2004).

#### **1.6.6 Autoestima negativa**

En cuanto a la autoestima negativa, ésta puede ser un factor que ponga en riesgo la salud, ya que los diferentes estadios como la ansiedad, el insomnio y la falta de apetito, consecuencias de la baja autoestima, causan deterioro en el sistema inmunológico. Un factor que evidencia una autoestima negativa es el hecho de que el sujeto no pueda responder exitosamente a una determinada área en su vida, ya sea en lo laboral, familiar o de pareja Perea et al ( 2004).

Los diferentes comportamientos pueden señalar una autoestima negativa como el exceso de autocrítica, alto nivel de sensibilidad ante críticas externas, necesidad de aprobación, indecisión, miedo a perder el afecto del otro, el enfocarse hacia la vida diaria de una manera negativa, el dar respuestas extremistas y carecer de flexibilidad son otros signos de este problema Perea et al ( 2004).

Para disminuir o evitar la autoestima negativa es necesario educar al individuo fortaleciendo y desarrollando sus potencialidades e identificando sus carencias.

A continuación, la autora del presente trabajo realiza una relación entre la autoestima de la personalidad en las pacientes con cáncer de mama, para lo cual se realizará una investigación sobre esta enfermedad.

#### **1.6.7 Áreas de evaluación de la autoestima**

Según Coopersmith (1996) los individuos poseen diferentes niveles perceptivos y diferentes respuestas a los estímulos de su entorno por esto presenta áreas dimensionales que permiten conocer más a fondo el autoestima del sujeto. Estas áreas son:

- **Autoestima general o personal:** Consiste en la auto-evaluación en relación con su imagen corporal, cualidades personales, capacidades y productividad donde interviene el juicio personal que se expresa en actitudes hacia sí mismo.

- **Autoestima laboral:** En esta área el individuo hace una evaluación de sí mismo en relación con su desempeño en el ámbito laboral, considerando capacidades, productividad, importancia y dignidad.
- **Autoestima hogar o familiar:** Fundamenta la evaluación propia frente a las relaciones e interacciones con los miembros del grupo familiar.
- **Autoestima social:** Es el resultado de la evaluación que el individuo hace con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales Steiner et al. ( 2005).

#### **1.6.8 Autoestima frente a la enfermedad**

Cualquier enfermedad que sufra el individuo sea esta crónica o terminal afecta a la identidad y autoestima, pues provoca la pérdida de control e inseguridad, el sujeto se coloca en una posición de dependencia además de generar sentimientos de incapacidad.

Toda enfermedad por mínima que sea tiene la capacidad de incapacitar momentáneamente a los sujetos, pero el hecho de saber que algún momento esta situación terminara permite que el paciente se tranquilice y sus niveles de autoestima no decaigan gravemente.

Si un sujeto posee una enfermedad crónica o catastrófica está consciente de que debe convivir con ella durante mucho tiempo o a su vez debe aprender a sobrellevarla por siempre. Cada persona vive su enfermedad como quiera vivirla, es decir cada paciente puede no sanarse por completo

pero puede fortalecer sus actitudes y autoestima para mejorar su calidad de vida.

Toda patología afecta a las áreas vitales del sujeto (social, familiar, económica, laboral) ya que el estilo de vida, sentimientos, emociones identidad, autoimagen cambian radicalmente para dar paso a una nueva etapa donde el paciente debe afrontar miedo, dolor, ansiedad, angustia, desesperación, intranquilidad, pues al sentirse vulnerable su estructura psíquica se tambalea (Russek, 2013).

A continuación se establecen las problemáticas que se originan en cada área vital del sujeto frente a la enfermedad:

- **Área personal:** En esta área se ven alterados principalmente el estilo de vida, pensamientos, autoimagen, auto aceptación; se genera sentimientos de incapacidad, dependencia y falta de autocontrol. Estas afecciones dependerán del tipo de enfermedad y los estilos de afrontamiento que posea cada paciente.

Las emociones también se ven gravemente afectas pues aumentan el nivel de angustia, ira y depresión generado sentimientos de soledad, abandono y autocompasión.

- **Área familiar:** El comportamiento de los familiares puede variar, algunas ocasiones se generan sentimientos de compasión, protección o por el contrario resentimiento y culpa. Por otra parte dependiendo del tipo de enfermedad el desgaste emocional y físico de los cuidadores provoca

conflictos y malestar emocional desgastando las relaciones interpersonales entre familiares.

- **Área social:** El paciente se ve afectado en sus emociones, conductas y pensamientos repercutiendo en sus relaciones con sus pares, la sociedad puede optar por ignorar al enfermo, brindarle comprensión o transmitirle lastima o compasión. Un mal trato por parte de su entorno hacia el enfermo afecta en la autoestima del sujeto.
- **Área económica:** Toda enfermedad implica gastos en tratamiento, medicinas, atención médica, no todos los pacientes pueden cubrir estos gastos y aunque parezca un elemento secundario este aspecto es uno de los factores que más influyen en la autoestima de los pacientes y de los familiares.
- **Área laboral:** Dependiendo de la gravedad de la enfermedad las capacidades y destrezas se ven afectadas, el individuo se frustra pues su rendimiento decae y no produce lo requerido por sí mismo o por el sistema donde pertenece Russek et al. (2013)

Es por esto que el apoyo familiar, social debe ser constante pues cualquier individuo que se vea respaldado frente a situaciones difíciles podrá afrontar estas crisis de mejor manera y esto permitirá que el paciente fortalezca su autoestima mejorando así su actitud frente a la enfermedad.

### **1.6.9 Autoestima en pacientes oncológicos**

La imagen corporal es la carta de presentación que la persona muestra a la sociedad, cualquier cambio que éste presente modifican el esquema corporal, la autoimagen, la autoestima y el auto-concepto. En los pacientes con algún tipo de cáncer la mayoría de las veces las consecuencias psicológicas de estos cambios se derivan frecuentemente en ansiedad, aislamiento social, depresión, auto-rechazo, hostilidad, disfunción sexual y en algunos casos llegan al suicidio.

La presencia de dolor psicológico es la respuesta interna ante la pérdida de la salud, donde se presentan pensamientos y sentimientos confusos de difícil asimilación. Un punto que se debe considerar importante que influye también en la autoestima es la edad, nivel cultural, creencias, personalidad, significado, diferencias culturales de cada paciente, pues estos modulan y determinan la intensidad y duración de la respuesta emocional.

Cabe recalcar que la forma en como el sujeto se sienta consigo mismo influye en todos los aspectos de la vida, pues el estado emocional, psicológico y físico permite el funcionamiento dentro del entorno social permitiéndole crecer y desarrollarse. Con esto se puede concluir que la enfermedad por sí misma, los tratamientos y sus efectos secundarios son una amenaza para los sentimientos de poder, seguridad, valía y dignidad.

Posicionando al individuo en un estado de completa vulnerabilidad (Luch, Almonacid, & Garces, 2010).

## **1.7 Cáncer**

### **1.7.1 Definición**

La OMS define al cáncer como una enfermedad que se distingue por el crecimiento y diseminación descontrolada de células malignas, su localización no es fija puesto que pueden crecer en cualquier parte del cuerpo. El tumor por lo general invade los tejidos sanos y circundantes, provocando metástasis incluso en un punto distante del organismo (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El cáncer puede ser curable si se detecta a tiempo, es decir, en una etapa temprana, por lo general los tratamientos como la quimioterapia, radioterapia, yodo terapia y la cirugía son alternativas con las cuales cuenta el paciente para poder tratar la enfermedad.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Cáncer (Institutos Nacionales de la Salud de EEUU) menciona que el cáncer es un término que se utiliza para definir a toda enfermedad en la que las células anormales se multiplican sin control y tienen la capacidad de invadir otros tejidos. Estas células cancerosas se pueden diseminar por todo el cuerpo a través del sistema sanguíneo y por el sistema linfático (Instituto Nacional del Cáncer , 2014).

SOLCA define al cáncer como el conjunto de enfermedades donde el organismo produce en exceso células en crecimiento, es decir, se dividen más de los límites normales; tienen la capacidad de invadir tejidos circundantes, si no se detecta a tiempo pueden producir metástasis, a través de la cual las células anormales se desplazan por las vías linfática o hemática generando nuevos tumores en otros órganos (Bueno, 2014).

Además señala que esta enfermedad puede presentarse en cualquier órgano o tejido del cuerpo, no tiene rango de edad, incluso puede aparecer en etapas gestacionales, el cáncer produce cerca del 13% de todas las muertes. Con respecto a los tipos de cáncer, en nuestro país se señala que los tumores malignos más frecuentes son el cáncer de cuello uterino y de mama en las mujeres. El cáncer de próstata, piel y estomago en el hombre. Otro tipo de cáncer frecuente es el de pulmón y del sistema nervioso central Bueno et al. (2014).

El Cáncer se produce cuando en el material genético existen anormalidades, estas anormalidades se pueden provocar cuando un individuo está expuesto a factores de riesgo como las radiaciones, ionizantes y ultravioletas, innumerables productos químicos procedentes de la industria, del humo del tabaco, de la contaminación ambiental y también por agentes infecciosos Bueno et al. (2014).

En la siguiente clasificación se toma en cuenta los tipos de cáncer tratados en el Hospital Julio Enrique paredes SOLCA Tungurahua, pues es necesario conocer las causas y que tipo de cáncer poseen la población a manejar.

### 1.7.2 Clasificación

Existen más de cien tipos de cáncer, los nombres de éstos lo toman de acuerdo al órgano en que se encuentren o del lugar donde se generen.

Entre los más comunes que se tratan en SOLCA a nivel nacional tenemos:

- **Cáncer de Colon:** Este tipo de cáncer es uno de los más frecuentes a nivel mundial; dentro de nuestra sociedad la afectación en el sexo femenino se da en el sexto lugar y la afectación masculina se encuentra en el quinto lugar.

Los factores que incrementan el riesgo de generarlo son los siguientes:

- ✓ Tener 50 años
- ✓ Antecedentes familiares
- ✓ Presencia de pólipos
- ✓ Síndromes hereditarios
- ✓ Enfermedad inflamatoria intestinal
- ✓ Raza negra
- ✓ Haber sido expuesto a radiaciones
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Etilismo
- ✓ Sobrepeso y obesidad

- ✓ Constipación crónica
- ✓ Exceso consumo de carnes rojas, fritos, ahumados

Para prevenir esta patología, los individuos deben poseer una dieta rica en fibra, poca grasa, vitaminas y ácido fólico, estos son elementos que protegen al cuerpo para evitar desarrollar tumores o neoplasias (De la Torre, 2014).

- **Cáncer de Cuello Uterino:** Es el segundo tipo de cáncer que afecta al género femenino a nivel mundial, en el país ocupa el primer lugar mostrando que los países en vía de desarrollo tiene falencias en cuanto a la investigación y nuevos métodos para poder manejar y afrontar este tipo de patologías. De todos los tipos de cáncer es el que se considera más fácil de detectar a través de una citología, aquí se observa si existen lesiones malignas o si poseen una lesión más avanzada.

Se calcula que 270.000 mujeres fallecen a causa de esta enfermedad, es decir, entre 600 y 800 casos diarios de fallecimiento a nivel mundial.

La mortalidad en los países en desarrollo llega al 3.8 x 100.000 habitantes, mientras que en los países en vías de desarrollo en índice es superior al 55.6 x 100.000 habitantes.

En Ecuador 724 mujeres mueren al año, 60 al mes, 15 cada semana, 2 diarias (Solca, Tipos de Cáncer, 2014).

Los factores que inciden para el desarrollo de esta enfermedad son:

- ✓ Inicio de vida sexual en la adolescencia
- ✓ Ausencia de pareja sexual estable
- ✓ Multiparidad (más de 5 partos)
- ✓ Partos a temprana edad
- ✓ Infecciones vaginales crónicas no tratadas adecuadamente
- ✓ Infecciones de transmisión sexual
- ✓ HPV
- **Cáncer de Estómago:** Este tipo de cáncer es la tercera causa de muerte en el género femenino y la segunda causa en el género masculino, siendo la más frecuente para los hombres, los pacientes que poseen esta patología poseen un nivel bajo de supervivencia puesto que la mayoría de éstos no son diagnosticados a tiempo.

El 97% de estos tumores son de origen epitelial, dando origen al adenocarcinoma de tipo difuso, este tipo es el que produce metástasis, afecta a la población más joven y es de origen genético.

El adenocarcinoma de tipo intestinal es de crecimiento expansivo, esto afecta mayormente a la población de mayor edad. Esta enfermedad se puede detectar a través de la endoscopia alta o la esofago gastroendoscopia, éstos permiten observar con detalle el interior del esofago, estómago y duodeno Bueno et al. (2014).

Los factores de riesgo para este cáncer son:

- ✓ Antecedentes familiares con Ca gástrico
- ✓ Poseer grupo sanguíneo tipo A

- ✓ Ingerir Alcohol/ bebidas calientes/ tabaco masticado
- ✓ Alimentos no conservados en refrigeración
- ✓ Exposición a radiaciones
- ✓ Helicobacter Pylori (gastritis, ulcera gastroduodenal, linfoma MALL/ Ca gástrico).

La incidencia de este cáncer es de 25 x 100.000 habitantes hombres y 15 x 100.000 habitantes mujeres Bueno et al. (2014).

- **Cáncer de Piel:** Este tipo de cáncer tiene dos clasificaciones.
  - a) **Carcinoma de células basales:** Se caracteriza por ser un tumor invasor de crecimiento lento, se forma en la capa de las células basales, en la ciudad de Quito existe el 65% de casos de este tipo.
  - b) **Carcinoma de células escamosas:** Se origina en las células espinosas de la epidermis, en comparación al anterior su crecimiento es variable, se caracteriza por invadir tejidos circundantes y provocar daño a los ganglios regionales, de este tipo de carcinoma en la ciudad de Quito existe el 23% de casos.

El nivel de incidencia de esta patología es mayor en varones, la edad comprendida del cáncer de piel esta entre los 45 a 50 años, los casos registran que los varones de instrucción superior, mientras que en mujeres es más frecuente en personas analfabetas y de instrucción secundaria Bueno et al. (2014).

Los factores predisponentes son:

- ✓ Radiación ultra violeta
- ✓ Tipo de piel
- ✓ Lugar de residencia (zonas más cerca del paralelo 0 más incidencia).
- ✓ Exposición acumulativa a la luz solar prolongada (20-30 años).

La detección se da por medio del examen físico, con el uso de microscopio y con la muestra de tejido tomado a través de una biopsia Bueno et al. (2014).

- **Cáncer de Próstata:** Esta glándula se encuentra entre la vejiga y la uretra, aunque su tamaño es pequeño, es uno de los tipos de cáncer que ocupa el primer lugar en patologías de varones.

La función de la próstata es producir sustancias que aportan líquido seminal que ayudan a la vitalidad y movimiento de la esperma.

A partir de los 40 años por causas endocrinológicas empieza a aumentar de tamaño causando problemas urinarios que requieren ya sea tratamiento clínico o quirúrgico Bueno et al. (2014).

Factores de riesgo:

- ✓ Herencia familiar
- ✓ Factores hormonales
- ✓ Raza negra
- ✓ Mala alimentación

Este cáncer no presenta signos ni síntomas, se manifiesta cuando la enfermedad se ha desarrollado inclusive fuera de la pelvis, su detección es mediante exámenes hematológicos. En el Ecuador existe el 22% de casos con ca protático, durante el periodo 2004-2008 se detectaron 324 casos nuevos en la ciudad de Quito, la incidencia se elevó de 15 a 45 x 100. 000 hombres Bueno et al. (2014).

En Quito el promedio de edad oscila entre los 74 años, el 80% de los casos va entre 61 y 85 años.

- **Cáncer de Tiroides:** Las alteraciones de la función tiroidea y de su estructura se encuentran entre las patologías endocrinológicas más comunes en la población.

El cáncer más común es el de tipo papilar, tiene la característica de crecimiento muy lento, se origina en un solo lóbulo de la glándula tiroides pero este puede propagarse a los ganglios linfáticos del cuello, esta patología se puede tratar con éxito mediante un diagnóstico oportuno Bueno et al. (2014).

Factores de riesgo:

- ✓ Mujeres de 24 a 45 años
- ✓ Haber estado expuesto a radiaciones
- ✓ Antecedentes de bocio
- ✓ Antecedentes familiares

A continuación se presentan las cifras estadísticas de los tipos de cáncer más frecuentes según edad y sexo en la ciudad de Quito dentro del periodo 2005.

Los cánceres más frecuentes detectados en los hombres dentro del rango de edad de 0 a 14 años es el cáncer del sistema hematopoyético con el 55%. Dentro del rango de edad de 15 a 29 años con el 37% tenemos el cáncer de testículo, por otra parte el 17% de la población correspondiente a la edad de 30 a 44 años y el 25% de 45 a 69 años posee cáncer de piel y finalmente el cáncer de próstata se presenta en el 29% de la población de 60 a 74 años y el 25% desde los 75 años y más.

En cuanto a la población femenina dentro del rango de edad de 0 a 14 años el 53% de la población padece de cáncer al sistema hematopoyético, por otra parte el 21% de las mujeres dentro de las edades de 15 a 29 años y el 19% de 30 a 44 años padecen cáncer de útero (in situ), en cuanto al cáncer de mama el 20% de pacientes están dentro del rango de edad de 45 a 59 años. Finalmente con el 23% en el rango de edad de 60 a 74 años y el 32% dentro de los 75 años en adelante padecen cáncer de piel.

## **1.8 Cáncer de mama**

Es una patología tumoral maligna, es considerada como el cáncer con mayor incidencia al nivel mundial, el 99% son casos detectados en mujeres y el 1% en varones.

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer española pues posee el 29% de todos los cánceres. En España durante el 2012 se diagnosticaron 25.215 casos de cáncer de mama.

Aunque la mortalidad por cáncer de mama ha descendido en los últimos años este tipo de cáncer sigue siendo la primera causa de muerte en la población española femenina con 6.075 casos de decesos en el año 2012.

Por lo general la edad de máxima incidencia está por encima de los 50 años, pero un 10% de mujeres menores de 40 años presentaron esta patología.

La supervivencia media relativa es del 89.2% de forma global. En cuanto a la supervivencia dependerá del estadio en el que se ha diagnosticado; dentro del estadio I el 98% de pacientes sobrevive a esta patología, en cambio en los estadios III la supervivencia desciende al 24% (Seom 2014).

Por otra parte a nivel nacional en el periodo 2004-2008 solo en la ciudad de Quito se diagnosticaron 270 nuevos casos de ca mamario y el deceso registrado de 53 mujeres por esta enfermedad.

El 80% de los casos comprende la edad de 44 a 65 años, la tasa de incidencia se incrementó desde los 35 años y alcanzan los valores de 168 x 100.000 mujeres de más de 75 años.

Entre 1985 a 2008 la tendencia de incidencia es creciente, tiene una relación directa con el nivel de instrucción, la población de mujeres mayormente

afectadas corresponden a mujeres con mejor nivel de instrucción Bueno et al. (2014).

Los factores que influyen en esta enfermedad son:

- ✓ Factores hereditarios (10% más de probabilidad)
- ✓ Nuliparidad
- ✓ Primer embarazo después de los 35 años
- ✓ No dar de lactar
- ✓ Primera menstruación antes de los 11 años
- ✓ Obesidad
- ✓ Uso inadecuado de la progesterona en la menopausia
- ✓ Consumo de alcohol y falta de actividad física.

El método de detección más eficaz es mediante la mamografía, esta tiene un 70% de efectividad, además claro esta del autoexamen.

Signos de preocupación en caso de:

- ✓ Presencia de protuberancias (mayor de 35 años)
- ✓ Presencia de ganglios axilares o regiones supraclaviculares
- ✓ Asimetría mamaria repentina
- ✓ Expulsión de líquido inexplicable por el pezón

Es importante tomar en cuenta que no todo tumor mamario es maligno, se deben realizar chequeos médicos y mamografías anuales a partir de los 35 años en adelante.

El tratamiento va desde una escisión local, tumorectomía, cuadratectomía, cirugía radical y su reconstrucción.

### **1.8.1 Origen del cáncer mamario**

Para tratar de explicar esta situación Dethlesen y Dahlke (2002) explican que el ser humano está compuesto de unidades, al igual que los diferentes organismos que componen el universo; como parte de este universo cada organismo tiene un rol importante, el que se entrelaza de una manera armónica y permite que el universo funcione, cuando una de sus partes no se encuentra en armonía el funcionamiento del universo falla y se observan dificultades en su desarrollo.

En el universo es normal que una determinada cantidad de seres se revelen en contra de la armonía, de igual manera, en el micro universo del organismo humano un grupo minoritario de células puede empezar a funcionar de manera inadecuada o incluso en contra del organismo, si éste se mantiene en un nivel bajo y no afecte a todo el sistema, el universo en sí se mantiene protegido y puede combatirlo. En toda enfermedad el cuerpo combate de la manera más adecuada a las amenazas que se presenten, la curación es el éxito del combate y en caso de que el cuerpo no logre la curación éste sucumbirá en el intento, resultando así la muerte Dethlefsen et al. (2002).

La enfermedad del cáncer es la expresión de la época actual donde a pesar de los avances tecnológicos el combate contra el cáncer todavía no es completamente exitoso, el ser humano a su vez que la célula cancerosa quieren vivir autodependientes, son capaces de sacrificar a otro por su supervivencia sin darse cuenta que el resto es fundamental para su propia existencia y es aquí donde esta supervivencia debe ser defendida frente a todo y dañar a cualquiera que se interponga a su propósito.

En la actualidad, la mayoría de los individuos experimentan como cáncer su propia vida, la expansión implacable y la persecución de sus intereses, invaden sus cogniciones, programando a todo su sistema con esta adrenalina por así llamarla y programa a sus células para que se vuelvan luchadoras, sin darse cuenta que las programan para luchar contra su propio cuerpo.

El hombre es el espejo del cáncer, puesto que toma como su huésped todo sitio, lugar y cosa que pueda consumir sin darse cuenta que la devastación de su huésped es su propia devastación, agota todo sus recursos dejando el lugar inhóspito, el cáncer muestra la conducta humana, es por eso que no hay que vencer al cáncer sino comprenderlo Dethlefsen et al. (2002).

Para conseguir una armonía y la evitación de la enfermedad como el cáncer en nuestro cuerpo es hacer que el Yo no gane terreno puesto que el Yo solo piensa en individual y vivir por siempre inmortal, la célula cancerosa posee un núcleo yoico ya que adquiere importancia de sobremanera haciendo que

ésta crezca y se expanda consiguiendo todo lo que su ego desee. Hay que darle prioridad al SER puesto que éste abarca a todo como uno solo, cuando los individuos lleguen a aceptar todo lo que los rodea como parte de sí mismo y vivan como parte del todo se podrá entender al cáncer y reprogramar a nuestro sistema para que no enferme Dethlefsen et al. (2002).

En el cáncer, el cuerpo se ve atacado por sus propias células, el crecimiento acelerado de sus células altera su comportamiento y mediante su activa división inicia el proceso en el que su único fin es agotar la vitalidad del órgano o cuerpo Tamblay et al. (2004).

El cáncer no es un virus o algo que se contagie del ambiente sino que se encuentra dentro del cuerpo, la célula da por terminado su comportamiento al servicio del órgano, se vuelve unicelular produciendo una multiplicación caótica, rápida e implacable, generando así las infiltraciones y metástasis en el cuerpo.

De la misma manera, el individuo se comporta en la actualidad, quiere salir del régimen, buscar su propia libertad y autonomía, busca lugares estratégicos para posesionar y tener mayor poder de su universo.

Padecer cáncer de mama no solo involucra enfermedad física sino psicológica y social puesto que la mama posee diferentes significados. La mama posee funciones alimenticias biológicas, lo que hace a la madre amamantable, una función natural y básica en la mujer. La función

psicológica del amamantamiento es acercar el nivel corporal hacia el otro individuo, es un conducto de afecto que brinda un sentido básico y unitario sobre el significado de la maternidad. También cumple una función identificadora de su sexualidad, le da a la mujer una valoración afectivo sexual en relación con el otro. Posee funciones erógenas, proporciona sensación de placer, genera incentivo erótico para el hombre.

### **1.8.2 Psico-oncología del cáncer de mama**

La psico-oncología es una disciplina que se encarga de estudiar las reacciones psicológicas que se presentan en los pacientes con diagnóstico de cáncer, además de brindar apoyo a la familia y al personal de salud que interviene en el proceso de la enfermedad (Tamblay & Bañados, 2004).

La psico-oncología se centra en dos ejes fundamentales, la primera es brindar apoyo para sobrellevar la enfermedad, por otra parte atender y restablecer la salud de los pacientes afectados por esta patología e incluso realizar intervenciones preventivas para evitar desarrollar esta enfermedad Tamblay et al. (2004).

El cáncer no es la enfermedad de un órgano sino de una persona, por eso el mejor tratamiento es aquel que aborde todos los aspectos de una persona. Según Tamblay y Bañados autoras del trabajo *"Psico-oncología del cáncer de mama"*, es necesario abordar en enfoque proactivo donde se tome en cuenta la interacción del organismo con el ambiente y todos los fenómenos

psicológicos que estos poseen, es decir, para no enfermar al cuerpo es necesario mantener el equilibrio con todos estos elementos generando así satisfacción propia en las personas.

### **1.8.3 Cáncer de mama, imagen corporal y autoestima**

Toda enfermedad sea ésta o no considerada catastrófica o que ponga en peligro la vida necesita ser comprendida de diferente manera, puesto que para cada paciente la manera de asumirlo y conllevar estas enfermedades es diferente.

El diagnóstico de cáncer mamario supone un estado de tensión y estrés al paciente, puesto que el tratamiento afectará obligatoriamente a su salud física, psicológica, imagen corporal, estado anímico y su relación con los demás.

Esto supone un cambio de estilo de vida, no solo para cuidar con su alimentación, cuidado personal, hábitos, sino que se debe regir un itinerario establecido para consultas médicas, exámenes de laboratorio, quimioterapias, reuniones con anesthesiólogos para sus cirugías que en el mejor de los casos con una sola cirugía se pueda remover la tumoración. Todas estas actividades generan ansiedad y cambios de humor.

Las alteraciones que produce el diagnóstico tienen un peso negativo en la imagen del sí mismo y de su corporalidad, además de generar trastornos

afectivos, alteraciones en su vida sexual y autoestima (Sebastián, Manos, Bueno, & Mateos, 2007).

Por lo general los diferentes tipos de cáncer originan cambios físicos de importancia, éstos producen alteraciones significativas en la imagen corporal, pues la pérdida de cabello, debilitamiento corporal, coloración amarotada de uñas, desgaste de esmalte dental entre otras son las causas de alteraciones emocionales y psicológicas. Pero especialmente el CA mamario, puesto que las implicaciones que produce la pérdida total o parcial del seno genera un impacto psicosocial en la identidad femenina Sebastián et al. (2007).

El pecho tiene una importancia en la identidad femenina, puesto que se considera a los senos como un signo que define a la mujer frente a la sociedad, por ende la pérdida del mismo es considerado como la pérdida de la feminidad. Además es señal de sexualidad y atractivo físico, tiene una connotación erótica y fuente de placer, se relaciona también con la maternidad y lactancia Sebastián et al. (2007).

Cabe recalcar que en occidente el peso cultural de la figura femenina es importante para la valoración social y como componente de su identidad personal, por todo esto hay una mayor susceptibilidad de las mujeres frente a los varones en cuanto a su atractivo, imagen y el propio valor femenino Sebastián et al. (2007).

Desde el aspecto psicológico la imagen corporal es un constructo que implica sentimientos, pensamiento y percepción en relación con su propio cuerpo. La imagen corporal se concibe como parte del auto concepto, se entiende como la reunión de las percepciones del sí mismo, donde influyen juicios sobre comportamientos, apariencia y habilidades externas Sebastián et al. (2007).

Un factor importante a tomar en cuenta es el tipo de cirugía utilizada para el tratamiento. Estas cirugías son la mastectomía (extirpación total), y la tumorectomía, esta segundo tiene un impacto menor puesto que solo extirpa la zona donde se encuentra la tumoración, esto mejora el resultado clínico en cuanto a la imagen corporal y sexualidad, pero no necesariamente en el área psicológica o morbilidad Sebastián et al. (2007).

Las pacientes mastectomizadas son las que tienen una peor imagen corporal y una autoestima más baja que las pacientes tumorectomizadas. Otro punto importante es considerar el impacto que tiene el proceso de la pérdida del cabello por quimioterapia, hay pacientes que incluso atraviesan el proceso menopaúsico y ya no pueden o desean tener hijos, aun así experimentan esta situación como una pérdida significativa de feminidad aumentando así su problemática sobre su imagen corporal Sebastián et al. (2007).

Además el tratamiento de quimioterapia y terapias con medicamentos especiales para esta patología provocan que el libido disminuya, genera

resequedad vaginal provocando por lo general una disminución significativa de la actividad sexual Sebastián et al. (2007).

#### **1.8.4 Manejo y tratamiento de pacientes con cáncer mamario**

Un punto importante en la psico- oncología reactiva, se refiere a la psico- profilaxis, tratamiento para el manejo del dolor; se enfoca en tratamientos paliativos, elaboración de duelo y en la intervención familiar, cabe recalcar que es necesario y fundamental la colaboración del paciente para implementar un plan terapéutico que se ajuste a sus necesidades; en base a esta información se identifican sus debilidades y fortalecen sus destrezas para poder sobrellevar de mejor manera la enfermedad Tamblay et al. (2004).

Para la psico- oncología la atención psico- social es importante, puesto que busca el bienestar de los pacientes oncológicos y para esto es necesario la implementación de grupos especializados de soporte y asesoramiento donde se incluya trabajadores sociales, enfermeras, auxiliares entrenados bajo una visión psico-social.

Para poder entender y manejar el cáncer, es necesario poseer un plan terapéutico multifactorial y multidisciplinario, puesto que debemos concebir al paciente no solo como un ser físico sino como un ser holístico e integral en el que se debe atender su dimensión biológica, espiritual, social y psicológica.

Existe una interacción entre todas las instancias que constituyen al ser, estas influencias pueden ser directas o indirectas, positivas o negativas, por lo tanto, dichas interacciones pueden afectar positiva o negativamente, desencadenando consecuencias a nivel psicológico Tamblay et al. (2004).

Por esto se considera que es necesario tomar en cuenta enfoques más profundos que expliquen de una mejor manera la forma en que el inconsciente se expresa a través del cuerpo y más aún el cáncer. La modernidad, la expansión y el crecimiento hacia un nuevo estilo de vida hacen que las estructuras sociales se vuelvan precarias generando así un desequilibrio en la estructura biológica Tamblay et al. (2004).

## **1.9 Terapia racional cognitiva para el manejo de las creencias irracionales**

### **1.9.1 El ABC de la teoría**

El principal postulado de la terapia consiste en que los individuos no se alteran por los hechos sino por lo que piensan acerca de los hechos. Para esquematizar esta explicación Ellis (1956) designa significados a las tres primeras letras del abecedario de la siguiente manera.

- **A** (acontecimiento activador) —> sucede algo
- **B** (creencia sobre lo ocurrido) —> racional o irracional
- **C** (consecuencias) —> emoción y conducta

**A:** El acontecimiento activador puede ser generado por estímulos externos o internos (pensamiento, sensación, emoción, etc).

**B:** Es el sistema de creencias establecidas por el individuo, es de contenido cognitivo es decir posee pensamientos, recuerdos, supuestos, atribuciones, normas etc.

**C:** Es el resultado de la reacción entre A y B, la respuesta puede ser de carácter emocional, cognitiva o conductual.

El objetivo de la terapia es detectar y cambiar las creencias erróneas que se desarrollan en base a las creencias dogmáticas y aboslutistas.

### **1.9.2 Fases de la terapia**

- **Etapas de psico-diagnóstico**

- ✓ **Objetivos**

- Descubrir creencias irracionales que originan emociones y conductas negativas.
- Señalar metas realistas
- Entender como las creencias influyen negativamente en la vida del paciente.

- ✓ **Tareas**

- Clasificar los problemas en internos (problemas en B y C), externos (problemas en A) y mixtos (problemas internos originados de los problemas externos).

- Detectar las creencias irracionales mediante el discurso, tomar en cuenta si existen existencias, catastrofismo, no soportables, de condena o auto-condena.
- Detectar problemas sobre problemas, es decir la problemática de las ideas irracionales sobre los problemas primarios.
- Establecer metas flexibles (comentar opciones y recomendaciones)
- Realizar auto-registros donde se identifique la situación desencadenante, las creencias irracionales que se originan a partir de la situación además de las consecuencias emocionales y conductuales que provoquen esta situación.

Como resultado de esta etapa se identifican los principales problemas emocionales y conductuales, además que se puede establecer prioridades que permitan estructurar de mejor manera la terapia. Es importante que entre el paciente y el terapeuta establezcan acuerdos para resolver estas problemáticas.

- **Etapa insight intelectual**

- En esta etapa el sujeto necesita entender y comprender que las creencias irracionales son determinantes en sus emociones y conductas.
- Debe conocer que aunque estas creencias se instauraron en la infancia estas afectan durante su vida adulta.

- Entender que no existen sustentos razonables que defiendan lógicamente sus ideas distorsionadas.
- Y por último tomar en cuenta que los cambios van a tomar tiempo, no va hacer fácil y podrá tener recaídas durante el proceso.

- **Etapa insight emocional**

- El objetivo de esta etapa es lograr el cambio de actitudes, creencias, emociones y conductas.
- El terapeuta debe identificar los obstáculos que se presenten durante el proceso y le ayude a superarlos.
- El profesional debe enseñar a razonar al paciente mediante la persuasión y diálogos socráticos

- **Resistencias**

- Todo cambio produce ansiedad
- Durante el desarrollo se presenta falta de motivación
- El paciente no presenta pensamiento crítico
- Presenta baja tolerancia a la frustración

- **Etapa final: Fortalecer hábitos racionales**

- En esta etapa el sujeto debe automatizar los cambios adquiridos

- Debe aprender a ser su propio terapeuta pues debe habitualmente aplicar TRE
- Debe forzarse a pensar racionalmente
- Acostumbrarse a debatir mediante la escritura y de forma mental.

La terapia debe concluir de manera en que las sesiones vayan disminuyendo gradualmente, además de enseñarle a anticipar problemas futuros y manejarlos de la manera más adecuada a través de las habilidades aprendidas durante el proceso.

## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGÍA**

#### **2.1 Antecedentes del problema**

En la ciudad de Ambato, el Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes ubicado en el sector de Izamba Yacupamba en las calles Av. Alfredo Coloma s/n y Enrique Sánchez brinda atención médica especializada a pacientes oncológicos, como institución de salud su misión es manejar y combatir la enfermedad del cáncer, por medio de la promoción, educación, prevención, además de brindar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con la finalidad de disminuir la morbi - mortalidad y generar una mejor calidad de vida a los pacientes que poseen este diagnóstico.

El 7 de diciembre de 1951 se constituye la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA; su sede principal se sitúa en la ciudad de Guayaquil, de acuerdo con el decreto Legislativo del 15 de octubre de 1953, publicado en el Registro Oficial No. 362 el 12 de noviembre de ese año, SOLCA tiene como deber y jurisdicción el manejo la lucha contra el cáncer en todo el país.

Mensualmente el Hospital Julio Enrique Paredes (SOLCA TUNGURAHUA) brinda la atención a 25.079 pacientes, lo que quiere decir que diariamente se atiende por consulta externa a 90 pacientes diarios. Durante el periodo Enero – Diciembre 2014 se detectaron 63 casos positivos con diagnóstico de cáncer de mama.

SOLCA brinda servicios de laboratorio clínico, imágenes, patología, terapia física, citología, endoscopia, quimioterapia ambulatoria, cirugía, hospitalización, consulta externa y emergencia. Todos estos servicios básicos que ayudan al manejo y control de esta enfermedad.

Cada departamento cumple una función vital, desde el ingreso del paciente por consulta externa, mediante la atención primaria del médico internista donde será evaluado y posteriormente si el caso lo amerita, será derivado a un especialista, dependiendo del tipo de localización tumoral o dolencia que posea el paciente, las evaluaciones medicas requerirán diferentes tipos de exámenes sean estos de laboratorio clínico, imágenes y patología; posteriormente, al requerir cirugía ingresará a chequeo pre-anestésico para planificar y agendar la cirugía.

Un detalle a tomar en cuenta es el hecho de que la institución no posee un Departamento de Psicología, pues el presupuesto no permite abrir la plaza, lo que genera una gran problemática: A pesar de que la colectividad conoce la gran influencia de lo psíquico en lo somático, la falta del departamento de atención psicológica no permite diagnosticar aspectos sumamente

necesarios de los pacientes al inicio del tratamiento y mucho menos una atención de acompañamiento y complementación del caso.

En el presente trabajo se plantea determinar de qué manera las creencias irracionales influyen en el nivel de autoestima de las pacientes con cáncer de mama, lo que, por ende, influirá también en su tratamiento, lo cual se hará posible a través del aporte de la autora, por medio de sus prácticas pre-profesionales, ante la falta de atención psicológica en el hospital.

En cuanto a estudios previos de este tema a nivel internacional el Instituto Nacional del Cáncer de E.E.U.U menciona que los individuos y familiares que enfrentan esta problemática experimentarán diversos grados de tensión y perturbación emocional. Se presentan ideas de ansiedad y preocupación, este tipo de ideas al no ser controladas generan estados depresivos, además predominan creencias sobre temor a la muerte, alteración de los planes de vida, preocupación a los cambios en la imagen corporal, problemas autoestima, incapacidad de afrontar los cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas y legales, todos estos factores influyen en su desarrollo y por ende en su tratamiento.

Por otra parte a nivel local se realizó una investigación a cargo del Psc. Santiago Escobar donde menciona que el cáncer de mama es un problema en crecimiento dentro del medio local pues la influencia de la cultura, la dinámica social y el estilo de vida han influenciado en el desarrollo de esta enfermedad. El trabajo investigativo se realizó en el Hospital Dr. Julio

Enrique Paredes C. con pacientes de género femenino con diagnóstico de cáncer de mama en cualquiera de sus etapas de tratamiento, donde se demostró que existen creencias irracionales que se presentan en el momento del diagnóstico y en las distintas fases del tratamiento, estas creencias fueron: la indefensión, intolerancia a la frustración y perfeccionismo, estas creencias son potencialmente generadores de ideas irracionales que afectan a las pacientes con este diagnóstico.

## **2.2 Significado del problema**

Las creencias irracionales se producen en base a creencias que el sujeto ha vivido o ha observado durante un proceso determinado y han afectado su vida, lo que le hace responder de una manera automática a las dificultades que se le presentan, específicamente en este tipo de casos donde se activan las creencias irracionales y más aún si en la paciente predominan ideas catastróficas, de tremendización, baja tolerancia a la frustración entre otras.

Recibir el diagnóstico de esta enfermedad, supone ser un hecho muy estresante, a lo que se agrega el que las alternativas para su tratamiento son invasivas frente a su imagen corporal, haciendo que su autoconcepto y autovaloración tenga un declive, empiecen a compararse, a tener sentimientos de inferioridad, evasión a sus responsabilidades y temor al futuro. Cabe recalcar que es importante conocer el nivel de autoestima previo al diagnóstico pues el trabajo en personas que toda su vida tuvieron baja autoestima va a ser diferente de aquellas que no.

## 2.3 Definición del problema

- ¿Las creencias irracionales influyen en la autoestima de las pacientes con diagnóstico de cáncer?
- ¿Las creencias irracionales existen previamente?
- ¿El diagnóstico de cáncer de mama refuerza las creencias irracionales en las pacientes?
- ¿Existen otros factores externos que influyen previamente en la baja autoestima de las pacientes con cáncer de mama?

## 2.4 Planteamiento del tema

“Creencias irracionales y su relación con el autoestima en pacientes con diagnóstico de cáncer mamario”

## 2.5 Delimitación del tema

### Delimitación de Contenido

**Campo:** Psicológico

**Área:** Distorsiones Cognitivas

**Aspecto:** Autoestima

## **Delimitación Espacial**

**Provincia:** Tungurahua

**Ciudad:** Ambato

**Institución:** Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes SOLCA Tungurahua

**Área:** Psicología

**Dirección:** Av. Alfredo Coloma s/n y Enrique Sánchez Sector Izamba

## **Delimitación Temporal**

El trabajo de disertación se realizó durante el periodo Septiembre 2014 – Marzo de 2015.

## **Unidades de observación**

Pacientes con diagnóstico de cáncer mamario entre las edades de 35 a 65 años del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua.

## **2.6 Hipótesis**

A mayor presencia de creencias irracionales, los niveles de autoestima son menores en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

## **2.7 Variables e indicadores**

### **2.7.1 Variable Independiente: Creencias Irracionales**

#### **2.7.1.1 Indicadores**

##### **Creencias Irracionales**

- Nivel de Necesidad de aceptación por parte de los demás
- Nivel de Autoespectativas
- Nivel de Culpabilización
- Nivel de Intolerancia a la frustración
- Nivel de Preocupación y ansiedad
- Nivel de Irresponsabilidad emocional
- Nivel de Evitación de problemas
- Nivel de Dependencia
- Nivel de Indefensión
- Nivel de Perfeccionismo

### **2.7.2 Variable Dependiente: Autoestima**

#### **2.7.2.1 Indicadores**

##### **Niveles de Autoestima**

- Nivel de Autoestima General
- Nivel de Autoestima Social.
- Nivel de Autoestima Hogar
- Nivel de Autoestima Laboral

## **2.8 Objetivos**

### **2.8.1 Objetivo General**

Determinar la influencia de las creencias irracionales en los niveles de autoestima de las pacientes con cáncer mamario.

### **2.8.2 Objetivos Específicos**

- Diagnosticar la presencia de las creencias irracionales y los niveles de autoestima en estas pacientes.
- Analizar los factores que inciden en las creencias irracionales.
- Identificar las creencias irracionales predominantes conforme a los niveles de autoestima que presenten las pacientes con diagnóstico de cáncer mamario.
- Asesorar a las pacientes sobre el control de las creencias irracionales que inciden en su autoestima
- Elaborar una guía de intervención orientada al manejo de las creencias irracionales y autoestima para el personal del hospital y los pacientes involucrados en la investigación.

## **2.9 Metodología**

### **2.9.1 Enfoque**

El presente trabajo de disertación se realizó bajo un enfoque cuantitativo puesto que se aplicaron baterías de test que brinda resultados numéricos, permitiendo medir el nivel de autoestima y la creencia irracional predominante de las pacientes participantes. Esto nos permite comprender los diferentes fenómenos que se suscitan en el proceso de investigación. (Hernandez, 2014).

Además de que el enfoque cualitativo permite observar las experiencias y relaciones humanas bajo un punto de vista individual, dentro de un ambiente neutral donde se desarrolla la interacción normal de las variables en estudio, tomando en cuenta también las experiencias de los participantes dentro del proceso (Hernandez, 2014). En cuanto al contenido de la investigación éste es de corte Cognitivo.

### **2.9.2 Diseño**

El diseño de la investigación es de tipo correlacional pues se relaciona si las creencias irracionales detectadas en las pacientes influyen en el nivel de autoestima de las pacientes con cáncer de mama, es decir que en primer lugar se evaluó el nivel de autoestima que poseen y por otro lado al mismo grupo de pacientes se aplicó otro reactivo que identifique la creencia

irracional predominante. Esto permite predecir con mayor o menor exactitud un valor aproximado que tendrá el grupo de estudio en una variable y en otra. Hernandez et al.( 2014).

## **2.10 Modalidad Básica de la Información**

### **2.10.1 Bibliográfica**

En base a revisión de artículos, libros, revistas y trabajos de investigación sobre temas relacionados con el trabajo de disertación se pudo llegar a un conocimiento más profundo y detallado permitiendo integrar ideas que sustenten el mismo.

### **2.10.2 De Campo**

Puesto que se realizó la investigación en el mismo lugar donde se encuentra el objeto de estudio y se tuvo contacto directo con las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, donde se aplicó la entrevista clínica y los reactivos correspondientes, permitiendo así desarrollar de una mejor manera el trabajo de disertación.

## 2.11 Nivel o tipo de la investigación

- **Descriptiva:** El trabajo es de tipo descriptivo ya que la información recolectada en base a la entrevista clínica arrojaron datos necesarios para determinar si las creencias irracionales influyen en la autoestima de las pacientes.
- **Correlacional:** Además es de tipo correlacional puesto que los datos arrojados del test de creencias irracionales de Ellis se relaciona con los datos obtenidos del test de autoestima Copersmith y mediante esta relación se determina si la hipótesis planteada se cumple o no.
- **Explicativa:** Además es explicativa pues se establece que mientras más creencias irracionales posea el individuo menor es el nivel de autoestima, además de que las creencias irracionales están establecidas antes del diagnóstico.

## 2.12 Métodos

### 2.12.1 Método Clínico Psicológico

Se utilizó instrumentos clínicos como la entrevista clínica psicológica para recolectar datos sobre la vida de las pacientes, además de reactivos estandarizados para evaluar las variables en estudio permitiendo conocer la relación entre el diagnóstico de cáncer de mama, las creencias irracionales y la relación con la autoestima.

## **2.13 Técnicas**

### **2.13.1 Entrevista clínica**

Este método es el más adecuado para obtener información básica de la paciente evaluada, la entrevista consta de datos informativos básicos lo que permitió enfocarse en aspectos físicos, afectivos, cognoscitivos y conductuales además de la relación de estos con su área de interacción familiar y social.

### **2.13.2 Técnica psicométricas**

Para la elaboración de este trabajo de investigación se utilizaron instrumentos de medición los cuales mediante su aplicación permitieron la cuantificación de los resultados de acuerdo a su confiabilidad y validez. Se utilizó el test de creencias irracionales de Ellis y el inventario de autoestima de Coopersmith.

## **2.14 Instrumentos**

### **2.14.1 Ficha Psico-oncológica**

Instrumento por el cual el personal de salud recolecta información necesaria para conocer diferentes aspectos vitales del paciente oncológico; está compuesto por nueve ítems donde consta datos

personales, motivo de consulta, diagnóstico médico, historia de la enfermedad, tiempo de diagnóstico, concepción de la enfermedad, estado anímico antes, durante y después del proceso de enfermedad, además de la psicoanamnesis del individuo.

#### **2.14.2 Test de Creencias Irracionales de Ellis**

Este reactivo tiene como objetivo identificar las creencias limitadoras que se genera inconscientemente en las pacientes, este tipo de creencias hacen que la paciente se autogenera barreras cognoscitivas y emocionales que no le permiten desarrollarse adecuadamente en los diferentes aspectos de su vida.

Este instrumento fue desarrollado por Calvete y Cardeñoso (1999). Consta de 57 ítems (versión abreviada) con 6 opciones de respuesta:

1 (TD) Totalmente desacuerdo, 2 (BD) Bastante desacuerdo, 3 (AD) Algo desacuerdo, 4 (AA) Algo de acuerdo, 5 (BD) Bastante de acuerdo, 6 (TD) Totalmente de acuerdo. Las creencias irracionales que se miden en este test son: Necesidad de Aprobación por parte de los demás, Altas auto expectativas, Culpabilización, Intolerancia a la frustración, Preocupación y Ansiedad, Irresponsabilidad Emocional, Evitación de problemas Dependencia, Indefensión y Perfeccionismo (Chaves & Quiceno, 2010).

### **2.14.3 Inventario de Autoestima de Cooper Smith**

Este reactivo consta de 58 items, el cual posee postulados con los que el sujeto se siente o no identificado, en caso de que la premisa concuerde con su vivencia marca igual que yo, y si es lo contrario seleccionara el postulado distinto a mí. Mide la autoestima en los ámbitos: General (estima personal) que evalúa el nivel de aceptación de su conducta auto descriptiva, en cuanto a su área social mide la aceptación frente a la relación con su entorno, área hogar valora la aceptación de su conducta frente a su familia y por ultimo su área laboral relaciona su nivel de autoestima frente a sus actividades, compañeros de trabajo y relación con superiores.

El test posee una escala de mentira, la misma que señala la tendencia de mentir, pero para el análisis no se toma en cuenta en la sumatoria total. Al finalizar la suma de los puntajes obtenidos de las cuatro áreas se obtiene un indicador sobre el nivel de autoestima global que el investigado posee de sí mismo. Como resultado puede arrojar cinco niveles de autoestima:

Muy Alta (65 o Mayor a 65), Alta (55 a 65), Media (45 a 55), Baja (35 a 45) y Muy Baja (Inferior a 35).

### **2.15 Población y muestra**

Pacientes con diagnóstico de cáncer mamario de edad adulta intermedia que asisten a controles y tratamiento con quimioterapia al Hospital Julio Enrique Paredes SOLCA Tungurahua. Se realizó el trabajo con 30 pacientes sin

distinción del tipo de cáncer mamario y sea o no esta mastectomizada parcial o completa.

## **2.16 Plan de recolección de datos**

### **2.16.1 Procedimiento**

El proceso se inició con la recolección de información sobre el tema planteado para después organizarla y de esta manera formar el cuerpo de la investigación, posteriormente se procedió a la aplicación de reactivos para obtener datos estadísticos que por medio de la tabulación y organización permita su respectivo análisis e interpretación.

Las entrevistas y aplicaciones de los reactivos fueron realizadas en un espacio cómodo y adecuado, destinado por la institución específicamente para este trabajo. Dentro de estas sesiones se entrevistó a las pacientes abarcando información básica personal e historia de salud física y mental, él trabajo no abarcó un proceso terapéutico ya que las pacientes participantes no disponían de tiempo pues sus obligaciones laborales, domesticas e incluso por la sintomatología post quimioterapia no permitían su asistencia a estas sesiones.

Otro punto a tomar en cuenta es que no se permitió realizar un proceso terapéutico continuo pues las quimioterapias o controles se agendan cada 28 o 30 días. Hubo casos también en los cuales diferentes pacientes fueron

transferidas a otras casas de salud ya sea por recibir ciclos de radioterapia o por terminación de convenios.

Obteniendo la información bibliográfica y estadística se procede con el procesamiento de los datos, estos se analizaron, organizaron y procesaron posteriormente fueron planteados y fundamentados en función a los objetivos establecidos anteriormente.

## **2.17 Procesamiento de la información**

Para la calificación del test de Creencias Irracionales, las pacientes respondieron cada ítem según su vivencia dentro de 6 rangos de identificación, 1 Totalmente en desacuerdo, 2 Bastante en desacuerdo, 3 Algo en desacuerdo, 4 Algo de acuerdo, 5 Bastante de acuerdo y 6 Totalmente de acuerdo , la calificación se realiza con la suma de cada ítem dividido para el número de preguntas de cada bloque; con esto se obtiene una puntuación por cada categoría, se toma en cuenta el valor más alto entre estas diez creencias, el valor más alto es la creencia predominante de cada paciente.

De acuerdo a los puntajes, se realizó la interpretación respectiva de cada paciente.

Por otra parte para el test de Autoestima Coopersmith las pacientes respondieron cincuenta y ocho preguntas con dos opciones de respuesta 1

igual que yo o 2 distinto a mí, para la valoración se utilizó la plantilla de calificación, esta plantilla divide las preguntas por áreas, estas son autoestima general, hogar, laboral y social. Se da la valoración de un punto por respuesta correcta obteniendo así un puntaje en bruto que después se transforma en base a la tabla de calificación del test Copersmith para adultos. Los valores obtenidos se interpretan en base a puntuaciones t.

Si la puntuación es de 20 a 35 se considera una autoestima muy baja falseando en sentido negativo al paciente evaluado, es decir el evaluado posee una imagen negativa de sí mismo.

Si las puntuaciones están dentro del rango 36 a 45 es considerada una autoestima baja, esta persona presenta cierto sesgo negativo, señala poseer autocrítica y puede presentar comportamientos de carácter poco sociable.

Dentro de las puntuaciones 46 a 55 se considera autoestima promedio, lo que se interpreta como un perfil fuera de sesgo en sentido positivo o negativo.

Por otra parte los valores de 56 a 65 asignan una autoestima alta, es decir la persona evaluada tiene un sesgo positivo, generalmente negando sus defectos personales.

Y para finalizar los puntajes superiores a 66 designan un nivel de autoestima muy alto, posiblemente el paciente ofrece un perfil falso con tendencia a ver todo positivo intentando forjar una imagen sobre valorada o exageradamente

favorable; otras características que intenten ocultar son la falta de atributos deseables y falsean respuestas, esto pues como mecanismo de defensa, pero cabe recalcar que esto lo realiza de manera inconsciente.

A continuación se realizó el análisis e interpretación de resultados de acuerdo a las líneas teóricas presentadas al inicio del trabajo de disertación, además para esto se toma en cuenta el análisis de las variables y las características de la población que fue sometida a la investigación.

Y finalmente se realizó comprobación de la hipótesis por medio de chi cuadrado.

La presentación de los resultados se encuentran organizados de acuerdo a la siguiente secuencia: datos socio-demográficos donde se considera la edad, instrucción, estado civil, ocupación, etc.

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

#### 3.1 Análisis e interpretación de resultados del test de Creencias Irracionales de Ellis

Tabla 3.1. Resultados generales de Creencias Irracionales de Ellis

NIVELES CREENCIAS	AUSENTE		BAJO		MEDIO BAJO		MEDIO		MEDIO ALTO		ALTO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Nece. de Aprobación	1	3%	8	27%	11	37%	9	30%	1	3%	0	0%	30	100%
Altas Autoespectativas	0	0%	5	17%	17	57%	8	27%	0	0%	0	0%	30	100%
Culpabilización	0	0%	8	27%	12	40%	9	30%	1	3%	0	0%	30	100%
Int. a la frustración	0	0%	9	30%	10	33%	9	30%	2	7%	0	0%	30	100%
Preocupación y Ansiedad	1	3%	6	20%	13	43%	8	27%	1	3%	1	3%	30	100%
Irres. emocional	4	13%	6	20%	11	37%	8	27%	1	3%	0	0%	30	100%
Evitación de problemas	3	10%	9	30%	13	43%	5	17%	0	0%	0	0%	30	100%
Dependencia	3	10%	9	30%	15	50%	3	10%	0	0%	0	0%	30	100%
Indefensión	1	3%	7	23%	12	40%	10	33%	0	0%	0	0%	30	100%
Perfeccionismo	0	0%	7	23%	13	43%	10	33%	0	0%	0	0%	30	100%

Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Análisis:** Los resultados obtenidos en el inventario de creencias irracionales de Ellis se han dividido en diferentes niveles de intensidad; dentro del nivel Ausente el valor más alto es del 13% que pertenece a la creencia de Irresponsabilidad emocional, los valores más bajos dentro de este nivel se encuentran necesidad de aprobación, preocupación y ansiedad e indefensión, cada una de estas creencias poseen el 3% respectivamente.

Por otra parte en el nivel bajo los porcentajes más altos corresponden a las creencias sobre intolerancia a la frustración, evitación de problemas y dependencia cada una de estas con el 30%.

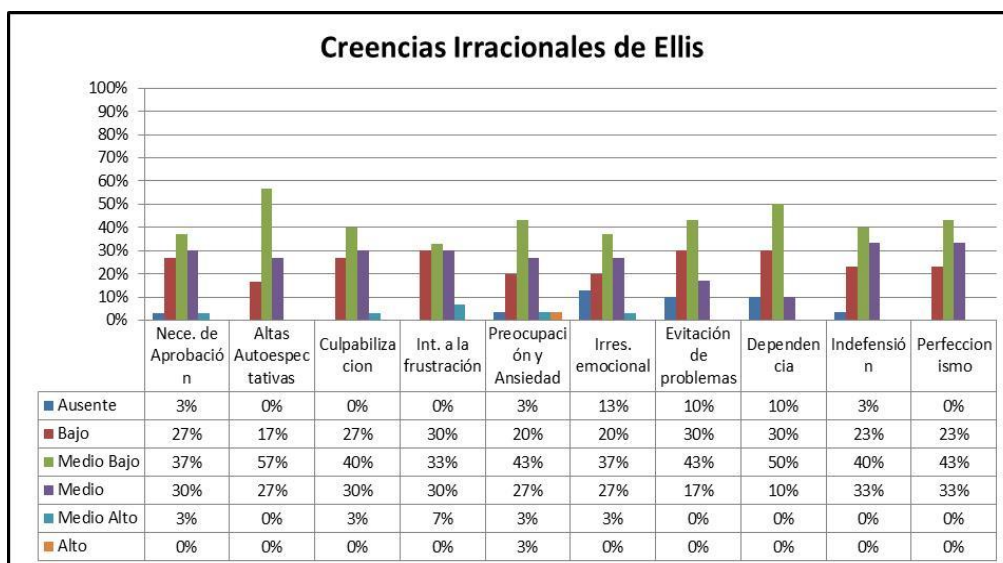
Así mismo en el nivel medio bajo con el 57% la creencia predominante es de alta auto expectativa y la con menor porcentaje es sobre intolerancia a la frustración con el 33%.

A continuación dentro del nivel medio, la idea con mayor puntaje corresponde a las creencias sobre indefensión y perfeccionismo con el 33% cada una y la creencia con menor valor con el 10% es sobre dependencia.

Dentro del nivel medio alto la creencia irracional con alto porcentaje es de intolerancia a la frustración con el 7% y dentro de esta misma categoría las ideas con menor valor son necesidad de aprobación, culpabilización, irresponsabilidad emocional además de preocupación y ansiedad.

Finalmente dentro del nivel alto encontramos con el 3% y único valor a la creencia sobre preocupación y ansiedad.

**Gráfico 3.1. Resultados generales de creencias irracionales de Ellis**



Fuente: Investigación  
Elaborado por: Andrea Montoya

### Interpretación:

Dentro del indicador general el nivel de intensidad predominante es el medio bajo, seguido del nivel medio, lo que nos hace concluir que la presencia de creencias irracionales en estas pacientes es evidente sean estas adquiridas a partir del diagnóstico o antes del mismo.

Estas creencias irracionales presentes al estudiarse individualmente por cada paciente adquieren un nivel más alto que influye dentro de su comportamiento frente a su enfermedad y tratamiento.

Las creencias irracionales más frecuentes encontradas a nivel global son, altas auto-expectativas, dependencia, preocupación - ansiedad, perfeccionismo y evitación de problemas.

Las altas auto-expectativas se identifican cuando el individuo se establece metas inalcanzables para su capacidad o para su realidad, al no conseguir estos objetivos el individuo se frustra afectando así su autoestima. Por otra parte la creencia irracional de dependencia se caracteriza por que los sujetos no pueden desempeñarse solos en la vida diaria, son incapaces de tomar decisiones por si mismos impidiéndole desarrollarse con normalidad en la vida diaria.

La preocupación- ansiedad presente en los pacientes denota un alto nivel de inestabilidad emocional puesto que sus preocupaciones son exageradas y sin fundamentos generando malestar en sí mismos y en las personas que lo rodean, más aun cuando estas personas adolecen de una enfermedad catastrófica como el cáncer; esta creencia se vuelve más atosigante y difícil de manejar.

En cuanto a los sujetos que poseen predominantemente la creencia del perfeccionismo se caracterizan por ser rígidos incapaces de aceptar parámetros fuera de lo establecido, además tienden a postergar situaciones o decisiones bajo la idea de que no pueden empezar ninguna acción si no trazan un plan perfecto para su ejecución, tienen miedo al fracaso y tienden a auto exigirse más de lo normal.

Finalmente la evitación de problemas se define cuando las personas establecen fantasías como escape a su realidad, realiza actividades que lo alejen del problema e incluso adoptan conductas que lo alejan de su

entorno volviéndolos apáticos, evaden toda responsabilidad frente a situaciones que únicamente el sujeto puede manejar.

### 3.2 Análisis e interpretación de resultados del test de autoestima Coopersmith

Tabla 3.2. Resultado generales del test de autoestima Coopersmith

NIVELES	MUY ALTO		ALTO		MEDIO		BAJO		MUY BAJO		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
AREAS DE AUTOESTIMA												
GENERAL	0	0%	3	10%	17	57%	10	33%	0	0%	30	100%
SOCIAL	2	7%	0	0%	1	3%	16	87%	1	3%	30	100%
HOGAR	0	7%	4	13%	16	53%	8	27%	0	0%	30	100%
LABORAL	2	0%	4	13%	4	13%	17	57%	5	17%	30	100%

Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

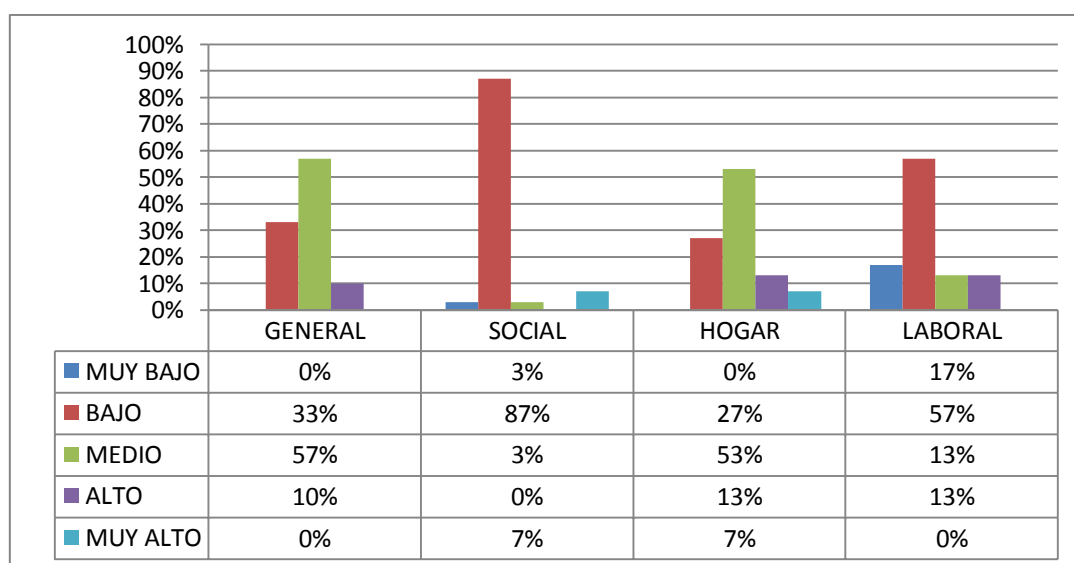
**Análisis:** Mediante la aplicación del test de Autoestima de Coopersmith los resultados indican que en cuanto al área de autoestima general el 33% de la población posee una autoestima baja, el 57% se ubica en el promedio y el 10% posee una autoestima alta.

Por otra parte en el área social el 3% de las pacientes tiene un nivel muy bajo de autoestima, el 87% posee una baja autoestima, el 3% se encuentra en el nivel medio y el 7% en el nivel muy alto.

En cuanto a la autoestima hogar se puede observar que el 27% de las encuestadas posee un nivel bajo, mientras que el 53% posee un nivel promedio y dentro de esta misma área el nivel bajo lo poseen el 7%.

Mientras que en el área laboral el 17% indica un nivel muy bajo de autoestima, el 57% se encuentra en un nivel bajo, el 13% se ubica dentro del nivel promedio y finalmente el 13% menciona que posee una autoestima alta.

**Gráfico 3.2. Resultados generales del test de autoestima Coopersmith**



Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Interpretación:** La gráfica indica que el área más afectada con baja autoestima es el área social, esto se debe al impacto de saber sobre su enfermedad, los efectos físicos y emocionales que el tratamiento conlleva es la más grande preocupación en las pacientes.

Los cambios físicos como la caída de cabello, piel seca, cambios de tono de piel, color de uñas, disminución acelerada de peso o por el contrario la hinchazón corporal hace que las pacientes dejen de desenvolverse en su medio social. Se sienten rechazadas mediante la mirada del otro e incluso

ellas mismo se rechazan pues evitan mirarse al espejo o verse desnudas durante el baño, toman una actitud de retraimiento, alejamiento y encierro pues les es difícil entender la situación que están a punto de enfrentar.

Por otra parte, otra área visiblemente afectada es el área laboral puesto que mediante el desarrollo del trabajo investigativo se pudo comprobar que la preocupación por dejar de lado sus actividades laborales inquietaban a las pacientes, muchas de ellas debieron renunciar ya que los efectos después de la quimioterapia las invalidaban para continuar con sus actividades.

Estos afectos incluyen las náuseas y vómitos constantes, pérdida de fuerza muscular, debilitamiento emocional, o incluso la hospitalización durante dos o hasta tres días dependiendo como el cuerpo haya respondido al tratamiento, hay otros casos en que las pacientes poseen negocios propios pero de igual manera se ve afectado pues en ciertos casos son las únicas que sustentan bajo esta actividad a su familia.

### 3.3 Resultados de Creencias Irracionales predominantes en niveles de autoestima bajas y muy bajas

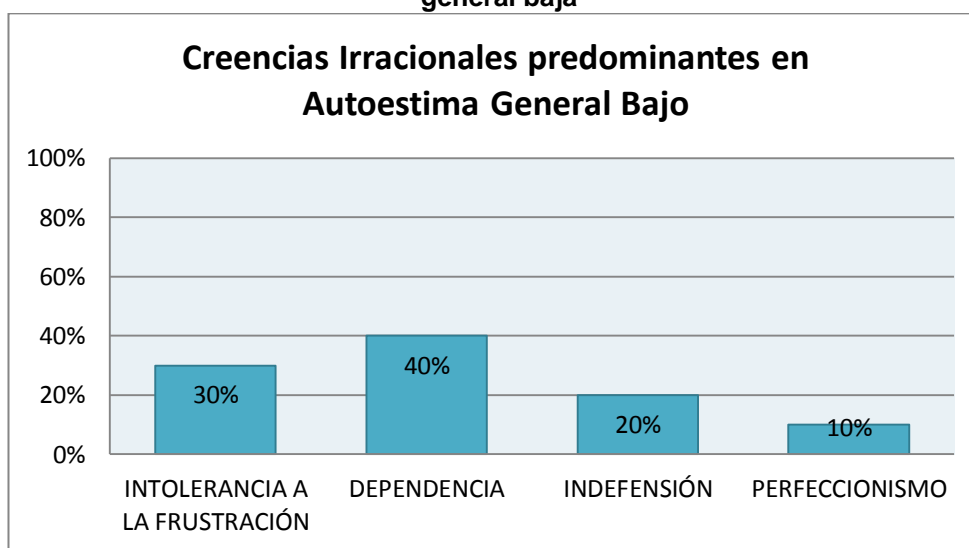
Tabla 3.3. Creencias Irracionales predominantes en el área de autoestima general baja

<b>AUTOESTIMA GENERAL</b>		
<b>BAJO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
INTOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	3	30%
DEPENDENCIA	4	40%
INDEFENSIÓN	2	20%
PERFECCIONISMO	1	10%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Análisis:** La tabla muestra que dentro del área de autoestima general baja, las ideas predominantes son: con el 40% dependencia, el 30% corresponde a intolerancia a la frustración, el 20% a la creencia de indefensión y el 10% a perfeccionismo.

**Gráfico 3.3. Creencias Irracionales predominantes en el área de autoestima general baja**



Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Interpretación:** Dentro de la baja autoestima general la creencia predominante es la dependencia, esta se caracteriza por hacer que la persona se vuelva inestable, volviendo a la paciente una persona que idealiza sobremanera a otra, provocando así un desequilibrio en su desarrollo de vida, esta creencia afecta significativamente a su autoestima pues las decisiones o acciones no van a depender de su propia idea o para su propio bienestar sino en base al bienestar y ventaja del otro, estas características se ven marcadas en diferentes pacientes donde es necesario que su familiar sea este, esposo, padres, hijos e incluso

hermanas/os tengan obligatoriamente que acompañar a todo procedimiento sea esto exámenes previos a quimioterapia, consultas médicas de control e incluso a realizar diferentes actividades fuera del hospital.

Por otra parte en un nivel bajo de predominancia encontramos la creencia de perfeccionismo, este tipo de pacientes pueden hallar ventaja o desventaja de esta creencia pues, si su perfeccionismo va encausado al cumplimiento de todas las normas y directrices al pie de la letra como manda el médico, su evolución será tremendamente favorable pues este tipo de personas tienden a sacrificar actividades o situaciones que aunque le causen placer pero no las beneficie en su tratamiento cortarlas de raíz.

Por otra parte en el aspecto negativo tienden a sufrir de mayor ansiedad y mayor afectación en su autoestima puesto que al no lograr cumplir con los objetivos e incluso si su médico tratante no logra los parámetros establecidos dentro del tratamiento pueden caer en depresión severa afectando más que a otros pacientes. Otro punto negativo es en cuanto a que por sus características tiendan a controlar e incluso decir que hacer al personal de salud generando malestar e incomodidad al mismo.

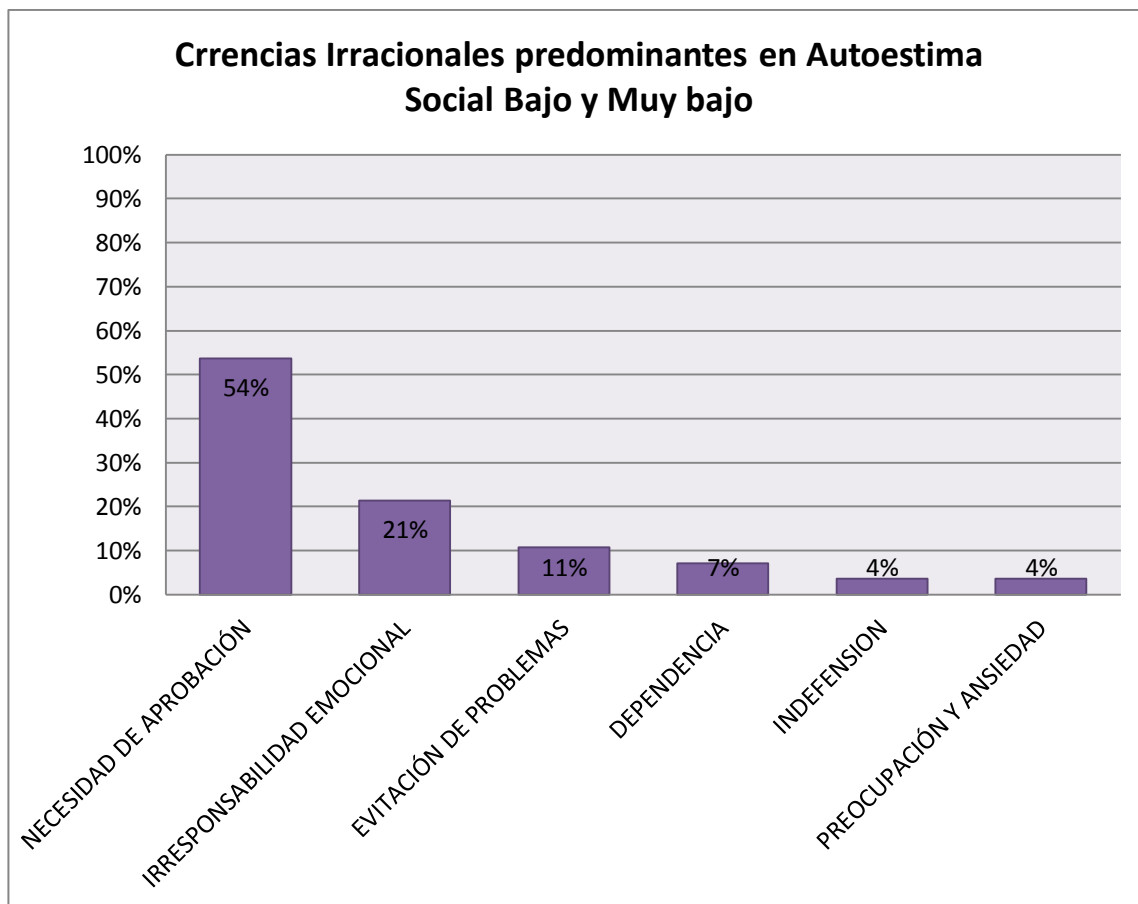
**Tabla 3.4. Creencias Irracionales predominantes en el área de autoestima social bajo - muy bajo**

<b>AUTOESTIMA SOCIAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>BAJO - MUY BAJO</b>		
<b>NECESIDAD DE APROBACIÓN</b>	15	54%
<b>IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL</b>	6	21%
<b>EVITACIÓN DE PROBLEMAS</b>	3	11%
<b>DEPENDENCIA</b>	2	7%
<b>INDEFENSIÓN</b>	1	4%
<b>PREOCUPACIÓN Y ANSIEDAD</b>	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Análisis:** Los datos obtenidos durante la investigación dentro del área de autoestima social bajo – muy bajo indican que la idea predominante con el 54% corresponde a necesidad de aprobación, seguido del 21% de irresponsabilidad emocional, además otra idea con un nivel alto de predominancia es evitación de problemas con el 11%, seguido de la creencia sobre dependencia con el 7% y entre los puntajes menores se encuentran preocupación y ansiedad e indefensión con el 4% cada uno.

**Gráfico 3.4. Creencias Irracionales predominantes en el área de autoestima social bajo – muy bajo**



Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Interpretación:** El gráfico muestra que el mayor porcentaje corresponde a la creencia necesidad de aprobación, este tipo de creencias son por lo general establecidas desde la infancia; mediante las entrevistas realizadas a estas pacientes en su discurso señalaban un marcado conflicto desde su infancia con sus cuidadores primarios e incluso con sus pares (hermano/as), que mediante su desarrollo fueron estableciendo la idea de que a través de sus logros y derrotas eran valoradas, cuando se enteraron de su diagnóstico la mayoría sintió culpabilidad y se auto reprochó influyendo así negativamente más en su autoestima. Así mismo esta

creencia se ve fortalecida cuando sus cambios físicos se hacen latentes ya que por motivo de debilitamiento su agilidad disminuye, se sienten más cansadas y su rendimiento decae generando un sentimiento de invalidez o que sus actividades que realizan no tengan valor.

En cuanto a la influencia física que demanda la aceptación con los demás evidentemente estas pacientes tienen dificultades, pues no se ven atractivas ni se sienten deseadas, ya sea esta por los cambios físicos que produce la quimioterapia o por el hecho de haber perdido total o parcialmente su mama.

Dentro de preocupación – ansiedad el sujeto presenta inestabilidad emocional pues crece su inquietud frente a la opinión que tendrán los demás hacia su problema de salud y a su vez sobre el desenvolvimiento en su entorno, estas preocupaciones desestabilizan su estructura cognoscitiva provocando problemas en su desarrollo interpersonal.

Por otra parte la indefensión provoca que el individuo tome una actitud pasiva frente a su problema pues en su subjetividad piensa que tener cáncer es un factor inhabilitante, destructor e invasivo sin opciones de curación, este tipo de pacientes tienden a abandonar los tratamientos y son difíciles de manejar dentro de la consulta médica por su actitud de pasividad.

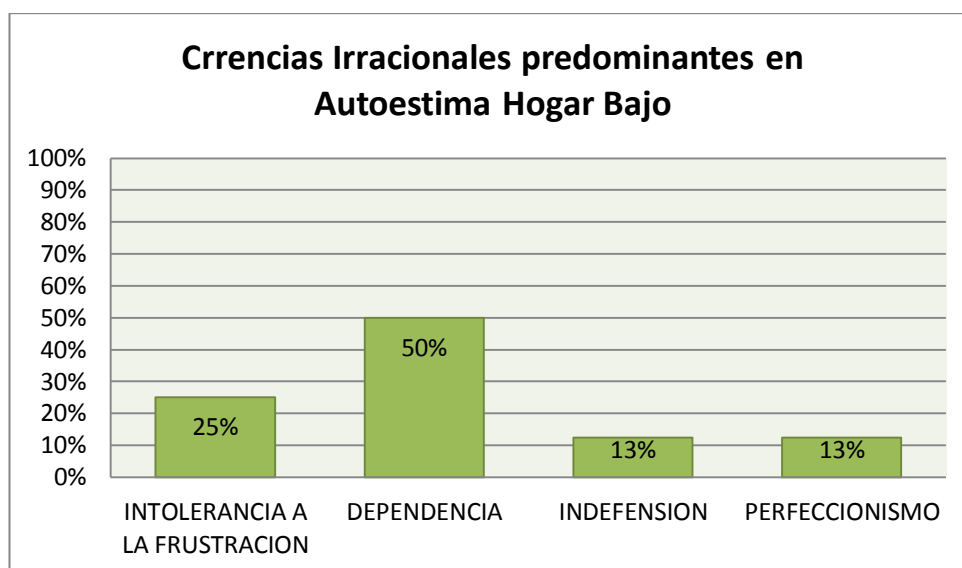
**Tabla 3.5. Creencias Irracionales predominantes en el área autoestima hogar bajo-muy bajo**

AUTOESTIMA HOGAR	Frecuencia	Porcentaje
<b>BAJO</b>		
INTOLERANCIA A LA FRUSTRACION	2	25%
DEPENDENCIA	4	50%
INDEFENSION	1	13%
PERFECCIONISMO	1	13%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Análisis:** El gráfico de autoestima hogar bajo, nos indica que la creencia predominante con el 50% es sobre dependencia, seguida del 25% correspondiente a intolerancia a la frustración y con los menores valores las creencias sobre indefensión y perfeccionismo, cada una de estas con el 13% respectivamente.

**Gráfico 3.5. Creencias Irracionales predominantes en el área autoestima hogar bajo-muy bajo**



Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

### **Interpretación:**

La grafica señala que la mitad de la población que se encuentra dentro de una autoestima baja en el área hogar posee la creencia predominante de dependencia, como se mencionó anteriormente las pacientes se caracterizan por ser inestables, invalidando su propio criterio y esperando que las personas en su entorno manejen su vida.

Dentro del rol en el hogar toma una posición excesivamente pasiva haciendo que la familia cubra todas las necesidades de esta, pues hay que tomar en cuenta que para que una persona ejerza el rol de dependiente necesita un medio que sustente este rol; al conocer el diagnóstico a la paciente la colocan como una víctima de la situación haciéndole sentir vulnerable e indefensa. Pese a que la paciente necesita cierto grado de ayuda o atención, esta enfermedad no imposibilita por completo a la persona, es por eso que es necesario aclarar desde un inicio el rol que cada persona va a ocupar en adelante, la situación amerita que a la paciente no se la haga invalida ni dependiente sino al contrario a través de esta calamidad gane más dependencia para que mediante sus propias destrezas logre superar su enfermedad.

Por otra parte la creencia de indefensión se caracteriza porque la paciente asume una posición de excesiva vulnerabilidad, se auto excluye pues su diagnóstico conlleva a la muerte segura según su subjetividad obligando a su familia a tomar la decisión de no someterse a ningún tratamiento para salvar su vida.

Así mismo el perfeccionismo incita a la paciente a posponer su tratamiento a causa de la creencia de que no existe procedimiento seguro, efectivo ni adecuado para el manejo de su enfermedad.

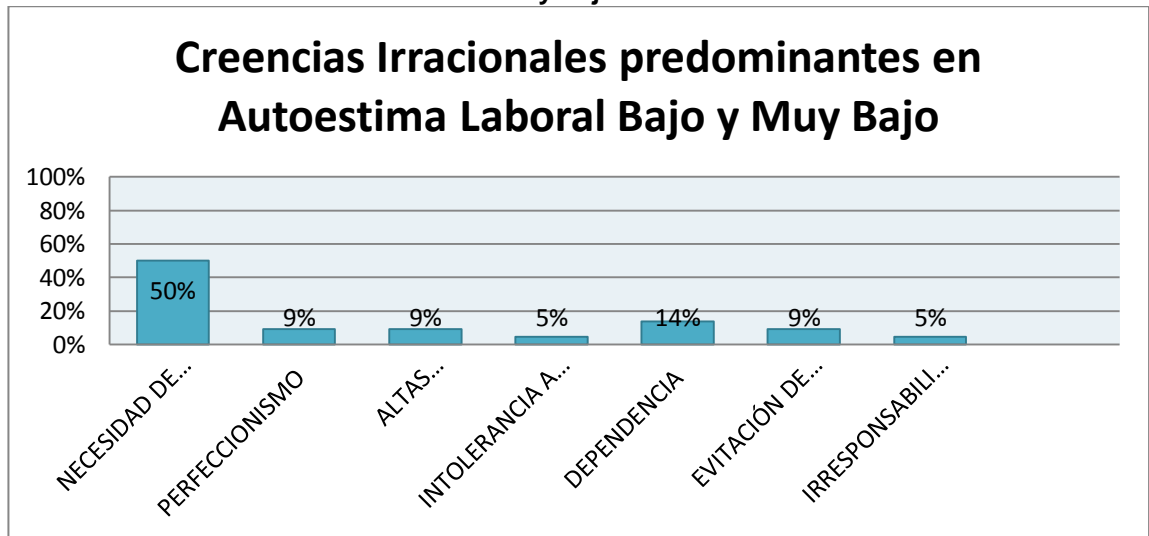
**Tabla 3.6. Creencias Irracionales predominantes en el área autoestima laboral bajo- muy bajo**

<b>AUTOESTIMA LABORAL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>BAJO Y MUY BAJO</b>		
NECESIDAD DE APROBACIÓN	11	50%
PERFECCIONISMO	2	9%
ALTAS AUTOESPECTATIVAS	2	9%
INTOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN	1	5%
DEPENDENCIA	3	14%
EVITACIÓN DE PROBELMAS	2	9%
IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Análisis:** La tabla de resultados sobre autoestima laboral bajo- muy bajo permite ver que la creencia predominante es necesidad de aprobación con el 50%, además de la creencia sobre dependencia con el 14%, seguida de diferentes creencias irracionales como perfeccionismo, altas autoespectativas y evitación de problemas, cada una de estas con el 9% y con los porcentajes más bajos del 5% respectivamente son irresponsabilidad emocional, dependencia e intolerancia a la frustración.

**Gráfico 3.6. Creencias irracionales predominantes en el área autoestima laboral bajo-muy bajo**



Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Interpretación:** La gráfica muestra la predominancia de necesidad de aprobación dentro del autoestima laboral bajo y muy bajo, esto pues las pacientes mencionan sentirse no valoradas por el trabajo o las actividades que realizan, en ciertos casos las pacientes laboran en instituciones privadas y públicas donde tienen que estar en constante contacto con diferentes tipos de personas, mencionan que en ciertos casos por ver su aspecto ya característico de una persona con cáncer evitan el contacto o sienten que las miran con compasión o al contrario evitan verlas; para mitigar este tipo de situaciones han solicitado cambios de áreas específicamente a lugares o roles donde no tengan un contacto continuo con personas o incluso han pedido la jubilación por invalidez.

Indican también sentir conflictos con sus compañeros de trabajo pues piensan que la preocupación que sienten hacia su persona no es genuina

simplemente por morbo, es por esto que adoptan una posición limitante, agresiva en ciertos casos y cortante, remitiéndose únicamente a socializar por trabajo y no para algo más personal. Dentro de las creencias con un bajo nivel de predominancia.

### 3.3.1 Sociodemográficas

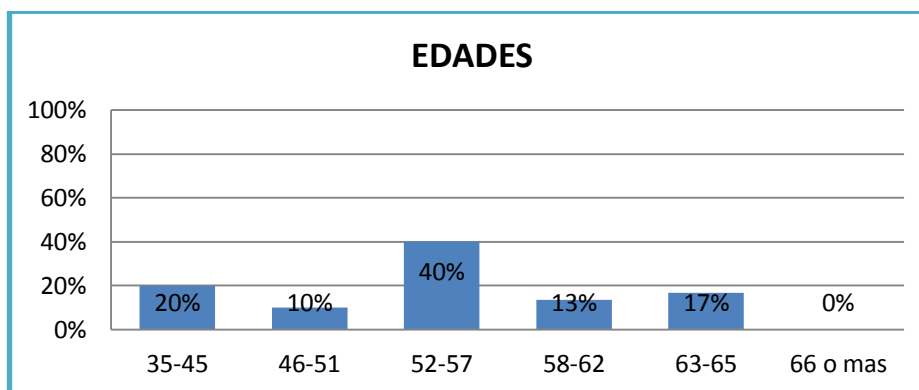
Tabla 3.7. Tabla de Edades

Edades	Frecuencia	Porcentaje
35-45	6	20%
46-51	3	10%
52-57	12	40%
58-62	4	13%
63-65	5	17%
66 o mas	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Análisis:** Las edades comprendidas entre los 35 a 45 años con una frecuencia de 6 personas corresponden el 20% de la población, entre los 46 a 51 años con una frecuencia de 3 que equivale al 10%, dentro del rango de 52 a 57 años existen 12 personas que equivale al 40% de las pacientes, con el 17% se encuentran los rangos de 58 a 62 años de edad y finalmente entre los 63 a 65 años con una frecuencia de 5 que equivale al 17% de las participantes.

Gráfico 3.7. Gráfico de Edades



Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Interpretación:** El gráfico permite apreciar que existe un grupo de pacientes que se encuentra dentro del rango de adulto joven, en esta etapa las personas empiezan a asumir un rol social y familiar importante que marcará su vida en adelante, empieza la formación de familia, empiezan a consolidar una identidad propia.

Una de las crisis características de esta etapa es el miedo que se da al enfrentarse al cambio de su nueva realidad, empieza a enfrentarse al mundo por sus propios medios, escoge su pareja, elección de tener o no hijos, empieza la construcción de su nuevo estilo de vida, tomando en cuenta las características de este proceso, está claro que cuando la paciente a más de estar pasando por estas crisis recibe el diagnóstico de cáncer de mama el impacto y el afrontamiento de esta etapa va a ser doblemente complicada.

Se crea el temor a no poder amamantar, a no poder formar una familia y más aún cuando ven que su libido sexual disminuye a causa de los químicos

utilizados durante el tratamiento, de aquí la importancia de poseer un grupo o especialistas a cargo de su salud a mas física mental para ayudar a desarrollar mecanismos de afrontamiento necesarios para esta crisis.

Por otra parte se encuentra el grupo dentro de adultez media o madurez, dentro de esta se presenta la menopausia o climaterio, esta etapa implica poseer una estabilidad en la mayoría de los aspectos de la vida, la mujer sigue desarrollándose y perfeccionando sus hábitos y conductas; además se genera en la mujer cambios abruptos de emociones, hay que recalcar que la menopausia no solo es una afección del sistema endocrino sino también produce trastornos emocionales que sumados al estado de las pacientes con cáncer de mama se agravan, se crean conflictos psicológicos inconscientes , se produce una reorganización de los esquemas psíquicos ante el hecho de la terminación de su capacidad reproductiva y el inicio del envejecimiento.

Todo este proceso servirá para preparar el cimiento para la nueva etapa que se avecina, que será la vejez y la muerte. En estos casos con las pacientes oncológicas se debe manejar con mucha más cautela pues el peligro constante que bordean frente a la muerte las hace más vulnerables y complicadas de manejar, sus crisis pueden verse agravadas por los síntomas originados por el tratamiento mismo.

Y por último se observa otro grupo de la población que encaja dentro de la etapa de la vejez o adultez tardía, en este periodo empieza un declive considerable en todo aspecto de la vida de una persona, se observa

cambios cognoscitivos, la agilidad mental ya no es la misma, hay un deterioro de las sensopercepciones, hay cambios de la personalidad, cambios de humor, de carácter, se crean mecanismos de defensa frente a sus disminuciones cognoscitivas.

El acompañamiento en esta etapa y más aun con el diagnóstico es importante para que su estilo de vida sea satisfactorio mientras pueda luchar contra la enfermedad.

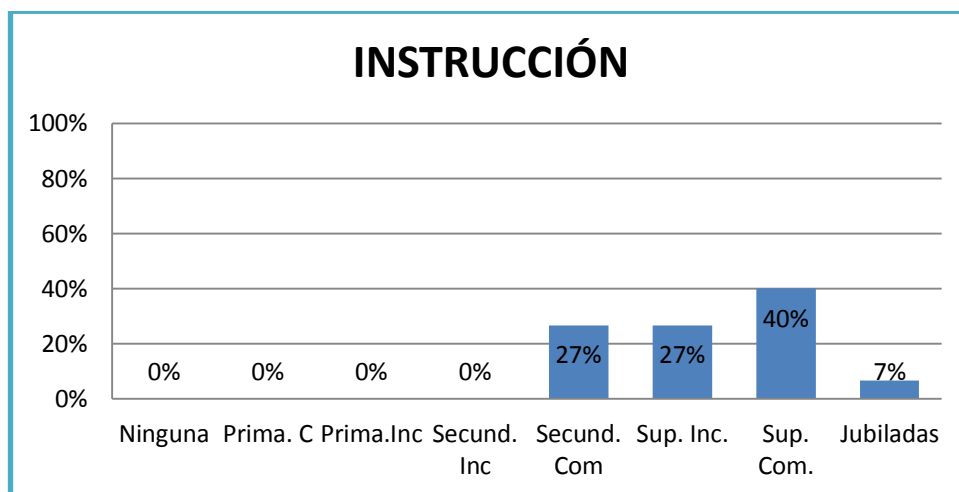
**Tabla 3.8. Tabla de Instrucción**

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	0	0%
Prima. C	0	0%
Prima.Inc	0	0%
Secund. Inc	0	0%
Secund. Com	8	27%
Sup. Inc.	8	27%
Sup. Com.	12	40%
Jubiladas	2	7%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Análisis:** La tabla de datos sobre instrucción nos indica que el 40% de la población tiene una instrucción superior completa, seguido de los niveles; superior incompleta y secundaria completa, cada una con el 27%. Y con una frecuencia de 2 corresponde al nivel jubiladas que equivale al 7% del total de la población.

Gráfico 3.8. Gráfico de Instrucción



Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

**Interpretación:** La mayoría de la población constituye al nivel de educación superior completa, es por esto que las evaluaciones y entrevistas fueron fáciles de aplicar, ya que su nivel de preparación permitió establecer una entrevista muy fluida, además que el lenguaje utilizado en los reactivos y durante el proceso fue entendible para las pacientes.

Otro punto a considerar y que se refleja en los resultados es el hecho de que sus niveles más afectados en autoestima son las áreas laboral y social. Esto claramente tiene la influencia el hecho de que por sus actividades diarias obligatoriamente deben interactuar con diferente tipo de personas.

Por otro lado existen personas que están dentro de los niveles superior incompleta, estas poseen negocios propios dedicados específicamente al comercio de productos de consumo básico, otras en cambio son amas de casa dedicadas únicamente a la atención de sus hijos o actividades como ventas por catálogo. Estas actividades también importantes en el rol de la

mujer que si no se encuentra realizando a plenitud afecta enormemente al estado anímico. Por el hecho de que su salud se ve afectada las actividades que realizan siempre decaen y no las realizan según las pacientes de la manera habitual más sienten que es su obligación esforzarse al máximo pues la gente a su alrededor demanda su buen accionar.

Finalmente dentro de la población se encuentran pacientes ya jubiladas, estas personas estaban enroladas dentro del magisterio, indican que ahora se sienten más tranquilas y aliviadas, el proceso de luto (perdida de su actividad laboral) indican que fue algo incómodo al inicio pues a veces no se acostumbraban a estar en casa pero con el paso del tiempo se dedicaron a ellas mismas y ahora más sabiendo que pasaron por una enfermedad grave aseguran cuidarse más y aprovechar cada minuto viajando y conociendo lugares tranquilos.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Comprobación de Hipótesis

##### 4.1.1 Modelo Lógico

- **H0:** La presencia de creencias irracionales no genera niveles de autoestima baja
- **H1:** La presencia de creencias irracionales si genera niveles de autoestima baja

##### 4.1.2 Modelo Matemático

- $F_o$ = Frecuencas Observadas
- $F_e$ = Frecuencias Esperadas
- $H_o=F_o=F_e$
- $H_1=F_o \neq F_e$

##### 4.1.3 Modelo Estadístico

$$x^2 = \sum_{i=1}^k \left[ \frac{(f_e - f_o)^2}{f_e} \right]$$

En donde:

- $\Sigma$ =sumatoria de todas las “k”
- **N**=Número total de observaciones (“encuestados”)
- **k**=Categorías (número de opciones de respuesta)
- **i**= Frecuencias (respuestas en cada opción)
- **fe**= Frecuencias observadas (respuestas obtenidas)
- **fo**= Frecuencias esperadas (respuestas esperadas)
- **fo**= N/k
- **gl**= Grados de libertad (libertad en las opciones) = k-1
- **α**= (alfa), nivel de significación (probabilidad de ocurrencia de chi cuadrado)

#### 4.1.4 Nivel de significación

- El nivel de significación es del 5% que representa al 0.05
- El nivel de confiabilidad es del 95% que representa al 0.95

#### 4.1.5 Zona de rechazo de Ho

$$\begin{aligned}
 Gl &= (c-1)(f-1) \\
 &= (7-1)(14-1) \\
 &= (5)(13) \\
 &= 65
 \end{aligned}$$

#### 4.1.6 Chi Cuadrado de la Tabla

$$X^2 t= 79,08$$

#### 4.1.7 Cálculo Estadístico

Tabla 4.1. Frecuencias Observadas

	AUSENTE	BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO	TOTAL
Nece. de Aprobación	1	8	11	9	1	0	30
Altas Autoespectativas	0	5	17	8	0	0	30
Culpabilización	0	8	12	9	1	0	30
Int. a la Frustración	0	9	10	9	2	0	30
Preocupación y Ansiedad	1	6	13	8	1	1	30
Irres. Emocional	4	6	11	8	1	0	30
Evitación de problemas	3	9	13	5	0	0	30
Dependencia	3	9	15	3	0	0	30
Indefensión	1	7	12	10	0	0	30
Perfeccionismo	0	7	13	10	0	0	30
	<b>AUSENTE</b>	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>MEDIO ALTO</b>	<b>ALTO</b>	<b>0</b>
<b>GENERAL</b>	0	10	0	17	3	0	30
<b>SOCIAL</b>	1	26	0	1	0	2	30
<b>HOGAR</b>	0	8	0	16	4	2	30
<b>LABORAL</b>	5	17	0	4	4	0	30
<b>TOTAL</b>	19	135	127	117	7	5	420

Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

Datos:

$k=14$  ;  $fe=N/k$

1,4	9,6	9,1	8,4	1,2	0,3
-----	-----	-----	-----	-----	-----

Tabla 4.2. Frecuencias Esperadas

	AUSENTE	BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO	ALTO	MUY ALTO	TOTAL
Nece. de Aprobación	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
Altas Autoespectativas	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
Culpabilización	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
Int. a la frustración	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
Preocupación y Ansiedad	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
Irres. Emocional	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
Evitación de problemas	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
Dependencia	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
Indefensión	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
Perfeccionismo	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
	AUSENTE	BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO	ALTO	MUY ALTO	
GENERAL	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
SOCIAL	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
HOGAR	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
LABORAL	1,4	9,6	9,10	8,4	1,2	0,3	30
TOTAL	19,6	134,4	127,4	117,6	16,8	4,2	420

Fuente: Investigación  
Elaborado por: Montoya, Andrea

Tabla 4.3. Cálculo del Chi Cuadrado Calculado

OPCIONES	FO	FE	(FO-FE)	(FO-FE) <sup>2</sup>	(FO-FE) <sup>2</sup> /FE
1	1	1,4	-0,4	0,16	0,114285714
2	8	9,6	-1,6	2,56	0,266666667
3	11	9,1	1,9	3,61	0,396703297
4	9	8,4	0,6	0,36	0,042857143
5	1	1,2	-0,2	0,04	0,033333333
6	0	0,3	-0,3	0,09	0,3
8	0	1,4	-1,4	1,96	1,4
9	5	9,6	-4,6	21,16	2,204166667
10	17	9,1	7,9	62,41	6,858241758
11	8	8,4	-0,4	0,16	0,019047619
12	0	1,2	-1,2	1,44	1,2
13	0	0,3	-0,3	0,09	0,3
15	0	1,4	-1,4	1,96	1,4
16	8	9,6	-1,6	2,56	0,266666667
17	12	9,1	2,9	8,41	0,924175824
18	9	8,4	0,6	0,36	0,042857143
19	1	1,2	-0,2	0,04	0,033333333
20	0	0,3	-0,3	0,09	0,3
22	0	1,4	-1,4	1,96	1,4
23	9	9,6	-0,6	0,36	0,0375
24	10	9,1	0,9	0,81	0,089010989
25	9	8,4	0,6	0,36	0,042857143
26	2	1,2	0,8	0,64	0,533333333
27	0	0,3	-0,3	0,09	0,3
29	1	1,4	-0,4	0,16	0,114285714
30	6	9,6	-3,6	12,96	1,35
	13	9,1	3,9	15,21	1,671428571
	8	8,4	-0,4	0,16	0,019047619
	1	1,2	-0,2	0,04	0,033333333
	1	0,3	0,7	0,49	1,633333333
	4	1,4	2,6	6,76	4,828571429
	6	9,6	-3,6	12,96	1,35
	11	9,1	1,9	3,61	0,396703297
	8	8,4	-0,4	0,16	0,019047619
	1	1,2	-0,2	0,04	0,033333333
	0	0,3	-0,3	0,09	0,3
	3	1,4	1,6	2,56	1,828571429
	9	9,6	-0,6	0,36	0,0375
	13	9,1	3,9	15,21	1,671428571
	5	8,4	-3,4	11,56	1,376190476
	0	1,2	-1,2	1,44	1,2
	0	0,3	-0,3	0,09	0,3

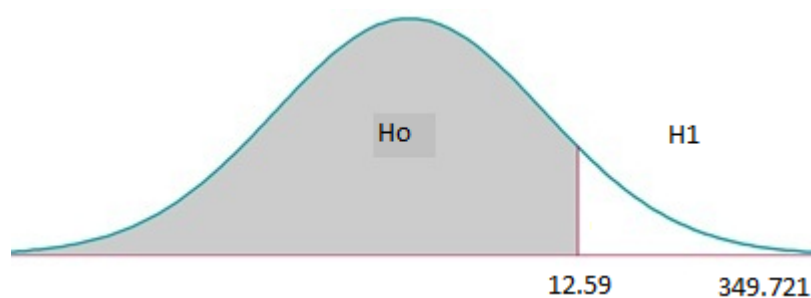
3	1,4	1,6	2,56	1,828571429
9	9,6	-0,6	0,36	0,0375
15	9,1	5,9	34,81	3,825274725
3	8,4	-5,4	29,16	3,471428571
0	1,2	-1,2	1,44	1,2
0	0,3	-0,3	0,09	0,3
1	1,4	-0,4	0,16	0,114285714
7	9,6	-2,6	6,76	0,704166667
12	9,1	2,9	8,41	0,924175824
10	8,4	1,6	2,56	0,304761905
0	1,2	-1,2	1,44	1,2
0	0,3	-0,3	0,09	0,3
0	1,4	-1,4	1,96	1,4
7	9,6	-2,6	6,76	0,704166667
13	9,1	3,9	15,21	1,671428571
10	8,4	1,6	2,56	0,304761905
0	1,2	-1,2	1,44	1,2
0	0,3	-0,3	0,09	0,3
0	1,4	-1,4	1,96	1,4
10	9,6	0,4	0,16	0,016666667
0	9,1	-9,1	82,81	9,1
17	8,4	8,6	73,96	8,804761905
3	1,2	1,8	3,24	2,7
0	0,3	-0,3	0,09	0,3
1	1,4	-0,4	0,16	0,114285714
26	9,6	16,4	268,96	28,016666667
0	9,1	-9,1	82,81	9,1
1	8,4	-7,4	54,76	6,519047619
0	1,2	-1,2	1,44	1,2
2	0,3	1,7	2,89	9,633333333
0	1,4	-1,4	1,96	1,4
8	9,6	-1,6	2,56	0,266666667
0	9,1	-9,1	82,81	9,1
16	8,4	7,6	57,76	6,876190476
4	1,2	2,8	7,84	6,533333333
2	0,3	1,7	2,89	9,633333333
5	1,4	3,6	12,96	9,257142857
17	9,6	7,4	54,76	5,704166667
0	9,1	-9,1	82,81	9,1
4	8,4	-4,4	19,36	2,304761905
4	1,2	2,8	7,84	6,533333333
0	0,3	-0,3	0,09	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>420</b>	<b>420</b>	<b>0</b>	<b>1218</b>
				<b>200</b>

### 4.1.8 Regla de Decisión

$X^2_c > X^2_t$  (valor critico) → Se rechaza H0

200 > 79,08

#### Campana de Gauss



#### Decisión

Como el valor calculado es mayor que el valor de la tabla cae en la zona de rechazo. Es decir que a la luz de los datos, podemos concluir: La presencia de creencias irracionales si genera niveles de autoestima menores.

## 4.2 Discusión y análisis de resultados de los reactivos aplicados

### 4.2.1 Creencias irracionales de Ellis

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del test de Creencias Irracionales de Ellis indican que existe una predominancia de ideas

irracionalidades específicas relacionadas con el nivel de autoestima detectado en las pacientes.

#### **4.2.2 Inventario de Autoestima de Coopersmith**

El inventario de autoestima Coopersmith permitió conocer los niveles de autoestima que poseen las pacientes que intervinieron en la investigación, las cuales se observó que si existen niveles de autoestima bajos que se relacionan con creencias irracionales ya establecidas anteriormente y que estas a mayor presencia de creencias irracionales más bajo es su nivel de autoestima.

El estudio indica que las creencias irracionales si influyen en la autoestima pues las áreas con mayor baja autoestima poseen mayor predominancia de ideas irracionales. El 54% de las pacientes poseen la creencia irracional de necesidad de aprobación dentro del nivel de autoestima bajo- muy bajo social, por otra parte el 40% de las pacientes indican tener ideas predominantes de dependencia en el nivel de autoestima bajo-muy bajo laboral.

Es necesario acotar que las creencias irracionales están preestablecidas desde la infancia, no necesariamente la detección del diagnóstico oncológico las origina, sino las fortalece.

Las creencias irracionales se ven también reforzadas por factores externos pues diferentes cánones de belleza y salud originan que las pacientes se frustren al no lograr poseer estas imágenes a causa de la enfermedad.

Se puede concluir que a mayor presencia de creencias irracionales menor es el autoestima de las pacientes con diagnóstico de cáncer mamario, por lo que la hipótesis ( $H_0$ ) no se comprueba y se acepta la hipótesis alternativa ( $H_1$ ).

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

- Las creencias irracionales sí influyen en la autoestima de las pacientes con cáncer mamario, estas no necesariamente se generan ni establecen a raíz del diagnóstico, pues se encuentran preestablecidas en base al desarrollo de la paciente y sus diferentes circunstancias personales, fortaleciéndose con el impacto causado por el diagnóstico, lo que contribuye a disminuir más su nivel.
- Existen diferentes factores que generan las creencias irracionales; mediante el estudio se pudo identificar que los factores más relevantes son el estilo de crianza y las relaciones primarias, éstas son la base para que se establezcan, pues la seguridad, la necesidad de aprobación, son necesidades que se cubren en los primeros años de vida del ser humano.
- Otros factores que influyen en el origen y desarrollo de las creencias irracionales son el nivel social, económico y educativo pues, dentro de estas áreas se ponen en evidencia las habilidades con las cuales las

personas se desenvuelven, proyectando así una imagen en su entorno, la misma que repercutirá en la formación de su auto-concepto y por ende, en la de su autoestima.

- Mediante las evaluaciones por medio de la entrevista clínica y de los reactivos aplicados, se pudo detectar que el área donde se aprecia más afectada el autoestima de las participantes son en el área social con el 87% de la población, dentro de ésta las creencias predominantes que se detectaron fueron: necesidad de aprobación, irresponsabilidad emocional, evitación de problemas, dependencia, preocupación-ansiedad e indefensión.
- Por otra parte, el área laboral, resulta también afectada, detectándose las siguientes creencias predominantes: Necesidad de aprobación, altas auto-expectativas, perfección, intolerancia a la frustración, dependencia, evitación de problemas e irresponsabilidad emocional.
- Dentro del proceso investigativo, las posibilidades de realizar una intervención para poder manejar la problemática era complicado, pues las pacientes que aceptaron intervenir en este proceso eran pacientes residentes fuera de la ciudad, muchas de ellas solo contaban con pocas horas de permiso por sus labores, otro punto por el cual no se contempló una intervención es que los intervalos de citas eran demasiado espaciados pues se agenda las quimioterapias o controles cada 28 o 30 días, lo cual resulta inadecuado para la intervención.

## 5.2 Recomendaciones

- Es necesario establecer la atención psicológica como requisito básico obligatorio para el establecimiento del tratamiento oncológico, el que permitiría conocer el tipo de personalidad, niveles de ansiedad, autoestima, estilos de afrontamiento, mecanismos de defensa existentes en las pacientes para establecer un plan de trabajo en base a sus habilidades y fortalezas, permitiendo que la relación paciente – personal de salud sea más adecuada.
- Las intervenciones psicológicas continuas durante todo el proceso permitirá que las pacientes disminuyan sus miedos, ansiedades y malestares preexistentes que de una u otra manera también influyeron en la generación del cáncer de mama, pues como se pudo conocer anteriormente, los altos niveles de estrés, malas relaciones interpersonales predisponen al cuerpo para que se autolesione.
- Se recomienda establecer sesiones grupales, puesto que el intercambiar vivencias personales entre pacientes crea genera identificación con otras pacientes, estimulando así un sentimiento de empatía y acompañamiento, lo que contribuye a recrear vínculos más sanos con el entorno.

- Es necesario establecer una terapia efectiva de corte cognitivo, que a más de centrarse en las creencias irracionales utilice técnicas de intervención rápidas y efectivas; con el recurso de tareas que la paciente puede realizar en su casa se permitiría llevar el control de su propio tratamiento y sus resultados.
- Sería recomendable que la guía se socialice a todo el personal hospitalario, a través de una charla que los capacite para su utilización.
- Los resultados de la investigación hacen ver necesaria la elaboración de una guía corta, práctica y clara para el manejo de este tipo de pacientes, puntualizando directrices para poder entender sus comportamientos y estados psico-emocionales, lo cual constituye también una contribución y agradecimiento a la institución y todo el personal que brindó el apoyo necesario para la elaboración de este trabajo de disertación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abalo J, Llanta M, Chacón M, González. (1999). Revista Cubana Oncológica. *Sexualidad en pacientes con cáncer evaluación y tratamiento*, 1, 49-65 Instituto Nacional de Oncología y Radioterapia.
- Aguilar. E, (1993). *Psicología médica* (Primera Ed). México: Composer-Offset
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. Mexico: Pearson Educación.
- Aquilino, P.L. (2000). *Una introducción a la psicopatología de la autoestima*. Revista Complutense de la Educación , 1 (1), 1-32.
- Arrighi E, Jovell A, Navarro M. (2010). *Psiconcología: Valor terapéutico en oncología, la perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. (Tesis doctoral)*. Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología. Barcelona, España
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la Investigación* . Mexico: Pearson Educación.
- Bueno, L. (2014). *Solca núcleo de quito*. Recuperado de <http://www.solcaquito.org.ec/index.php/en/el-cancer/que-es-el-cancer>
- Carranza, J., Clavo, T., & Perez, J. (s.f.). *Acción, percepción y representación del conocimiento temprano*. Universidad de Murcia, Facultad de Psicología. Murcia, España.
- Cirilo H, García C, Montalvo J, (2008). *Conceptos de la psicología* (Primera Ed). Madrid: Trillas.

Chaves, L., & Quiceno, N. (Junio de 2010). *Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales*. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2145-48922010000100004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2145-48922010000100004&script=sci_arttext).

De la Torre, J. (2014). *Tipos de cáncer*. Recuperado de <http://www.solcaquito.org.ec/index.php/en/el-cancer/tipos-de-cancer/cancer-colon>

Dethlefsen, T., & Dahlke, R. (2002). *La enfermedad como camino*. Barcelona: Plaza y Janes Editores S.A.

Doron, R., & Parot, F. (2004). *Diccionario AKALde Psicología*. Ediciones AKAL.

Escobar, S. (2014). *Pacientes de género femenino con diagnóstico de cáncer de mama y su incidencia en las ideas irracionales que acuden al hospital Dr. Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato (tesis de pre- grado)*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología, Ambato, Ecuador

Gabalda, I. (2006). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona, España: Paidós.

García, E (2007). *Nuevas perspectivas científicas y filosóficas sobre el ser humano*. Madrid: Comillas

García, J., Garrido, M., & Rodríguez, L. (1998). *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia*. Madrid, España: Fundamentos.

Gauss, C. d. (2013). *Diccionario en línea gauss*. Recuperado de [http://www.academiagauss.com/diccionarios/diccionario.htm#\\_P](http://www.academiagauss.com/diccionarios/diccionario.htm#_P)

Hernandez, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Interamericana Editores.

Instituto Nacional del Cáncer . (7 de Marzo de 2014). *Cáncer*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>

- Lega, L. I. (1993). Psicología Conductual. En A. Ellis, *Psicología Conductual* (Vol. I, p. 101-110). New Jersey, USA.
- Mendoza, P. J. (2006). *Desarrollo Cognitivo: Jean Piaget*. Mexico, Oxaca.
- Merce, M. (2002). *Cómo superar y convivir con las crisis emocionales*. Barcelona: Ammat Editorial
- Namakforoosh, M. (2005). *Metodología de la investigación* (Segunda ed.). Mexico: Limusa S.A.
- Nathaniel, B. (1969). *La Psicología de la Autoestima* . Barcelona, España: Paidós .
- Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Cáncer* . Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Perea, R. (2004). *Educación para la Salud*. Madrid, España: Diaz de Santos S.A.
- Pintado, M. (2010). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. (Tesis de maestría). Universidad de Valencia, Facultad de Psicología. Valencia, España.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud*. Mexico: El Manual Moderno.
- Richelle, M. (2004). *Cognitivismo*. Madrid, España: Akal, S.A.
- Roca, E. (s.f.) *Terapia emotiva racional de Ellis*. Recuperado de <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/terapia-racional-emotiva/tre7.pdf>
- Sanchez, B. R. (2002). *Historia de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Sanz, L. (2013). *Genes, cerebro y ambiente en la conducta humana*. Madrid: Cristiandad

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007). *Imagen corporal y autoestima en mujeres con cancer de mama participoantes en un programa de intervención psicosocial*. Clinica y Salud, ( p137-161).

Sueca, C. P. ( 2014). *Psicología Online*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/pir/la-teoria-de-eysenck.html>

Tamblay, A., & Bañados, (2004). *Psicología del cancer de mama*. (Disertacion doctoral). Universidad de Chile, Santiago. Chile.

Vásquez J, Antequera R, Blanco A. (2010). *Psiconcologia: Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama*, 7, 433-455.

## GLOSARIO

**ADENOCARCINOMA:** Tumor maligno de un epitelio glandular

**CONSTRUCTO:** Cualquier entidad hipotética de difícil definición dentro de una teoría científica

**CORPORALIDAD:** Cualidad de lo que es corporal

**CUADRANTECTOMIA:** En cirugía oncológica es el término médico para denominar la extirpación de un cuarto de la mama

**DISTORCIONADO:** Deformar un hecho o las palabras de alguien.

**DOGMAS:** Punto esencial de una religión, una doctrina o un sistema de pensamiento que se tiene por cierto y que no puede ponerse en duda dentro de su sistema.

**DOPAMINA:** Neurotransmisor que está presente en diversas áreas del cerebro y que es especialmente importante para la función motora del organismo. Es importante en todas las respuestas nerviosas que están relacionadas con la expresión de las emociones

**ENTE:** Cosa o ser que tiene existencia real o imaginaria

**ESCISIÓN:** División de algo material o inmaterial en dos o más partes, generalmente de valor o importancia semejante

**ESQUEMAS:** Representación de una cosa atendiendo solo a sus líneas o caracteres más salientes.

**ETILISMO:** Intoxicación grave por la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas

**HOLISTICO:** Del todo o que considera algo como un todo

**INSTINTIVO:** Que actúa o se produce por instinto

**INVARIANTE:** Factor o característica que es constante en un determinado grupo de individuos o hechos, en especial cuando se analizan para una investigación o un experimento.

**IONIZANTE:** Generador de iones

**LIBIDO:** Deseo de placer, en especial de placer sexual

**MASTECTOMIA:** Operación quirúrgica que consiste en la extirpación de la glándula mamaria o de una parte de ella

**METASTASIS:** Reproducción o extensión de una enfermedad o de un tumor a otra parte del cuerpo

**NEOPLASIA:** Formación anormal en alguna parte del cuerpo de un tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno

**PAPILAR:** Pequeña prominencia de forma cónica en que terminan las ramificaciones nerviosas y vasculares de debajo de la epidermis y de las membranas mucosas

**POLIPO:** Masa de células que se forma y crece en los tejidos que cubren las membranas mucosas de algunas cavidades del cuerpo, como la nariz, la vagina, etc., y se sujeta a ellas por medio de un pedúnculo

**PULSION:** Fuerza que impulsa al sujeto a llevar a cabo una acción con el fin de satisfacer una tensión interna, principalmente de tipo sexual

**SEEL-STEEM:** Estima hacia uno mismo

**TUMORECTOMIA:** Técnica quirúrgica para la resección de una masa tumoral (benigna o maligna) o de un tumor localizado.

**VIA HEMÁTICA:** Conducto por el cual circula sangre

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Sr./ a:**

---

Por medio de la presente, solicitamos a usted autorice su en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato en el Hospital Julio Enrique Paredes. Ésta investigación lleva por título: “CREENCIAS IRRACIONALES Y SU RELACION CON EL AUTOESTIMA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CANCER MAMARIO”. Esta investigación parte de estudios anteriores y está siendo guiada por la Msc. PS. Marlene Macías en calidad de Directora de Disertación de la Escuela de Psicología de la PUCESA.

El objetivo de esta investigación es identificar si existe o no la influencia de las creencias irracionales en el autoestima de las pacientes con diagnóstico de cáncer mamario atendidas en el Hospital Julio Enrique Paredes (SOLCA TUNGURAHUA)

Las participantes deberán llenar una encuesta, en la que se harán diversas preguntas referidas a estados emocionales e ideas que aparecen en la persona afectada de cáncer de mama. Su participación será Anónima. Es decir, que su nombre no aparecerá en las encuestas, ni en los informes de la investigación.

Se garantiza la absoluta confidencialidad de la información. Si usted acepta participar, por favor llene este documento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización.

#### AUTORIZO MI PARTICIPACION EN ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

---

**ANDREA MONTOYA AGUILERA**

---

**FIRMA DE PERSONA INVESTIGADA**

**C.I.**\_\_\_\_\_

**ANEXO 2****FICHA PSICONCOLOGICA****I. DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombres

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Instrucción:

Ocupación:

Domicilio:

Teléfonos:

Estado Civil:

**II. MOTIVO DE CONSULTA:****III. DIAGNÓSTICO MÉDICO:****IV. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD**

- **TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:**
- **CONCEPCIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD:**

**V. ESTADO ANÍMICO:**

- **Antes de diagnóstico:**
- **Durante el proceso (tratamiento, cirugía, quimioterapia)**
- **Seguimiento –controles**

## **VI. PSICOANAMNESIS**

- **Concepción de si mismo**
- **Nivel de madurez**
- **Satisfacción de vida (antes y después de diagnóstico)**
- **Ideas repetitivas – (diagnostico- proceso- después)**
- **Mecanismos de defensa**
- **Relación con la pareja**
- **Relaciones sociales**
- **Relaciones familiares**
- **Cambios Físicos y mentales**
- **Estilo de vida**
- **Capacidad de realizar proyectos**
- **Manejo de pérdidas y duelos**
- **Significado de vida y de muerte**

## **VII. CONCLUSIONES**

## **VIII. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO**

## **IX. RECOMENDACIONES**

**ANEXO 3****COOPERSMITH'S SELF-ESTEEM INVENTORY****IAE DE COOPERSMITH**

Versión en español del Dr. Joseph O. Prewitt-Díaz

Pennsylvania State University, 1984

Adaptación chilena para adultos (1999) : Hellmut Brinkmann

Miguel Garcés

**INSTRUCCIONES:**

Aquí hay una serie de declaraciones. Por favor responda a cada declaración del modo siguiente:

- Si la declaración describe cómo se siente usualmente, ponga una "x" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "igual que yo" (columna A) en la hoja de respuestas.
- Si la declaración no describe cómo se siente usualmente, ponga una "x" en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase "distinto a mí" (columna B) en la hoja de respuestas.
- No hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas. Lo que interesa es solamente conocer qué es lo que habitualmente piensa o siente.

**Ejemplo:****Me gustaría comer helados todos los días.**

Si le gustaría comer helados todos los días, ponga una "x" en el paréntesis debajo de la frase "igual que yo", frente a la palabra "ejemplo" en la hoja de respuestas.

Si no le gustaría comer helados todos los días, ponga una "x" en el paréntesis debajo de la frase "distinto a mí", frente a la palabra "ejemplo", en la hoja de respuestas.

**MARQUE TODAS SUS RESPUESTAS EN LA HOJA DE RESPUESTAS  
NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO**

**No olvide anotar su nombre, estudios, sexo, edad y la fecha de hoy en su hoja de respuestas.**

- 1. Paso mucho tiempo soñando despierto(a).**
- 2. Estoy seguro(a) de mí mismo(a).**
- 3. Deseo frecuentemente ser otra persona.**
- 4. Soy simpático(a).**
- 5. Mi familia y yo nos divertimos mucho juntos.**
- 6. Nunca me preocupo por nada.**
- 7. Me da “plancha” mostrar a otros mi trabajo.**
- 8. Desearía ser más joven.**
- 9. Hay muchas cosas acerca de mí mismo(a) que me gustaría cambiar si pudiera.**
- 10. Puedo tomar decisiones fácilmente.**
- 11. Mis amigos(as) lo pasan bien cuando están conmigo.**
- 12. Me incomodo en casa fácilmente.**
- 13. Siempre hago lo correcto.**
- 14. Me siento orgulloso(a) de mi quehacer diario.**
- 15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.**
- 16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.**
- 17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.**
- 18. Soy popular entre la gente.**
- 19. Usualmente en mi familia consideran mis sentimientos.**
- 20. Nunca estoy triste.**
- 21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.**
- 22. Me doy por vencido(a) fácilmente.**

23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo(a).
24. Me siento suficientemente feliz.
25. Prefiero compartir con personas de menor nivel que yo.
26. Mi familia espera demasiado de mí.
27. Me gustan todas las personas que conozco.
28. Me gusta cuando mi jefe me pide algo.
29. Me entiendo a mí mismo(a).
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.
31. Las cosas en mi vida están muy complicadas.
32. Los demás casi siempre siguen mis ideas.
33. Nadie me presta mucha atención en casa.
34. Nunca me regañan.
35. No estoy progresando en mi trabajo o en mis labores habituales como me gustaría.
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.
37. No estoy conforme con mi sexo.
38. Tengo una mala opinión de mí mismo(a).
39. No me gusta estar con otra gente.
40. Muchas veces me gustaría irme de casa.
41. Nunca soy tímido(a).
42. Frecuentemente me incomoda el trabajo.
43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo(a).
44. No soy tan bien parecido(a) como otra gente.
45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.
46. A los demás "les da" conmigo.
47. Mi Familia me entiende.

48. Siempre digo la verdad.
49. Mi jefe me hace sentir que no soy gran cosa.
50. A mí no me importa lo que me pase.
51. Soy un fracaso.
52. Me siento incómodo fácilmente cuando me regañan.
53. Las otras personas son más agradables que yo.
54. Usualmente siento que mi Familia espera más de mí.
55. Siempre sé qué decir a otras personas.
56. Frecuentemente me siento desilusionado(a) en el trabajo, o con los quehaceres diarios.
57. Generalmente las cosas no me importan.
58. No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.

## ANEXO 4

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE  
COOPERSMITH

## HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE  
NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

PREG. IGUAL QUE YO DISTINTO A MÍ

- |         |     |
|---------|-----|
| 1. ( )  | ( ) |
| 2. ( )  | ( ) |
| 3. ( )  | ( ) |
| 4. ( )  | ( ) |
| 5. ( )  | ( ) |
| 6. ( )  | ( ) |
| 7. ( )  | ( ) |
| 8. ( )  | ( ) |
| 9. ( )  | ( ) |
| 10. ( ) | ( ) |
| 11. ( ) | ( ) |
| 12. ( ) | ( ) |
| 13. ( ) | ( ) |
| 14. ( ) | ( ) |
| 15. ( ) | ( ) |
| 16. ( ) | ( ) |
| 17. ( ) | ( ) |
| 18. ( ) | ( ) |
| 19. ( ) | ( ) |
| 20. ( ) | ( ) |
| 21. ( ) | ( ) |
| 22. ( ) | ( ) |
| 23. ( ) | ( ) |
| 24. ( ) | ( ) |
| 25. ( ) | ( ) |
| 26. ( ) | ( ) |
| 27. ( ) | ( ) |
| 28. ( ) | ( ) |
| 29. ( ) | ( ) |
| 30. ( ) | ( ) |
| 31. ( ) | ( ) |
| 32. ( ) | ( ) |

PREG. IGUAL QUE YO DISTINTO A M

- |         |     |
|---------|-----|
| 33. ( ) | ( ) |
| 34. ( ) | ( ) |
| 35. ( ) | ( ) |
| 36. ( ) | ( ) |
| 37. ( ) | ( ) |
| 38. ( ) | ( ) |
| 39. ( ) | ( ) |
| 40. ( ) | ( ) |
| 41. ( ) | ( ) |
| 42. ( ) | ( ) |
| 43. ( ) | ( ) |
| 44. ( ) | ( ) |
| 45. ( ) | ( ) |
| 46. ( ) | ( ) |
| 47. ( ) | ( ) |
| 48. ( ) | ( ) |
| 49. ( ) | ( ) |
| 50. ( ) | ( ) |
| 51. ( ) | ( ) |
| 52. ( ) | ( ) |
| 53. ( ) | ( ) |
| 54. ( ) | ( ) |
| 55. ( ) | ( ) |
| 56. ( ) | ( ) |
| 57. ( ) | ( ) |

## ANEXO 5

**TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES  
(VERSIÓN CORREGIDA Y ABREVIADA)**

A continuación se presentan una serie de ideas acerca de diversos aspectos de la vida.

Deberá indicar en que medida describen su forma de pensar habitual con la siguiente clave de acuerdo:

TD= Totalmente en desacuerdo  
 BD= Bastante en desacuerdo  
 AD= Algo en desacuerdo  
 AA= Algo de acuerdo  
 BD= Bastante de acuerdo  
 TD= Totalmente de acuerdo

	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es importante para mí que los demás me aprueben	1	2	3	4	5	6
Me gusta el respeto de los otros pero no necesito tenerlo.	6	5	4	3	2	1
Quiero gustar a todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
Puedo gustarme a mí mismo incluso cuando no les agrado a otras personas.	6	5	4	3	2	1
Si no gusto a otras personas es su problema no el mío.	6	5	4	3	2	1
Aunque me gusta la aprobación, no es una autentica necesidad para mí.	6	5	4	3	2	1
Es molesto pero no insoportable que te critiquen.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en <b>Necesidad de Aceptación por parte de los demás</b>	Suma:					

	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Odio fallar en cualquier cosa.	1	2	3	4	5	6
Me gusta tener éxito en cualquier cosa pero no siento que lo tenga que lograr	6	5	4	3	2	1
Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5	6
No me importa realizar cosas que no puedo hacer bien.	6	5	4	3	2	1
Se puede disfrutar de las actividades por si mismas sin importar lo bueno que sea en ellas.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en <b>Altas Autoexpectativas</b>	Suma:					

	<b>TD</b>	<b>BD</b>	<b>AD</b>	<b>AA</b>	<b>BD</b>	<b>TD</b>
Las personas que actúan mal merecen lo que les ocurre.	1	2	3	4	5	6
Demasiadas malas personas escapan al castigo que merecen	1	2	3	4	5	6
Aquellos que actúan mal deben ser castigados.	1	2	3	4	5	6
La inmoralidad debería castigarse intensamente.	1	2	3	4	5	6
Todo el mundo es básicamente bueno.	6	5	4	3	2	1

Nadie es malvado, incluso cuando sus actos lo sean.	6	5	4	3	2	1
Suma la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en <b>Culpabilización</b>	Suma:					

	<b>TD</b>	<b>BD</b>	<b>AD</b>	<b>AA</b>	<b>BD</b>	<b>TD</b>
Es mejor aceptar las cosas como son, incluso si no me gustan.	6	5	4	3	2	1
Las cosas deberían ser diferentes de cómo son.	1	2	3	4	5	6
Es terrible pasar por situaciones que no me gustan	1	2	3	4	5	6
Es difícil para mí realizar tareas desagradables.	1	2	3	4	5	6
Creo que puedo soportar los errores de los demás.	6	5	4	3	2	1
Una vida de facilidades rara vez es recompensante	6	5	4	3	2	1
Suma la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en <b>Intolerancia a la frustración</b>	Suma:					

	<b>TD</b>	<b>BD</b>	<b>AD</b>	<b>AA</b>	<b>BD</b>	<b>TD</b>
No hay motivo para temer peligros inesperados o sucesos futuros.	6	5	4	3	2	1
Si no puedo evitar que ocurra algo, es mejor no preocuparse por ello	6	5	4	3	2	1
No puedo soportar correr riesgos.	1	2	3	4	5	6
Es mejor no pensar en cosas tales como la muerte o grandes desastres.	6	5	4	3	2	1
Es conveniente planificar lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.	1	2	3	4	5	6
Suma la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en <b>Preocupación y ansiedad</b>	Suma:					

	<b>TD</b>	<b>BD</b>	<b>AD</b>	<b>AA</b>	<b>BD</b>	<b>TD</b>
Si una persona quiere, puede ser feliz casi bajo cualquier circunstancia.	6	5	4	3	2	1
Las personas no se ven perturbadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.	6	5	4	3	2	1
Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo.	6	5	4	3	2	1
Normalmente las personas que son desdichadas se han hecho a sí mismas de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Una persona no permanecerá mucho tiempo enfadada o triste a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Nada es insoportable en sí mismo, solo en la forma en que tú lo interpretas	6	5	4	3	2	1
La persona hace su propio infierno dentro de sí mismo.	6	5	4	3	2	1
Suma la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en <b>Irresponsabilidad Emocional</b>	Suma:					

	<b>TD</b>	<b>BD</b>	<b>AD</b>	<b>AA</b>	<b>BD</b>	<b>TD</b>
Es mejor posponer las decisiones importantes.	1	2	3	4	5	6
Es preferible tomar las decisiones tan pronto como se pueda.	6	5	4	3	2	1

Es mejor evitar las cosas que no puedo hacer bien.	1	2	3	4	5	6
Suma la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en <b>Evitación de Problemas</b>	Suma:					
	<b>TD</b>	<b>BD</b>	<b>AD</b>	<b>AA</b>	<b>BD</b>	<b>TD</b>
Todo el mundo necesita alguien de quien depender para ayuda y consejo.	1	2	3	4	5	6
Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie.	6	5	4	3	2	1
Encuentro fácil aceptar consejos.	1	2	3	4	5	6
Soy el único que realmente puede entender y afrontar mis problemas.	6	5	4	3	2	1
Creo que no tengo que depender de otros	6	5	4	3	2	1
He aprendido a no esperar que otros se preocupen acerca de mi bienestar.	6	5	4	3	2	1
Suma la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en <b>Dependencia</b>	Suma:					

	<b>TD</b>	<b>BD</b>	<b>AD</b>	<b>AA</b>	<b>BD</b>	<b>TD</b>
Siempre nos acompañaran los mismos problemas.	1	2	3	4	5	6
Es casi imposible superar las influencias del pasado.	1	2	3	4	5	6
Por el hecho de que en una ocasión algo afecte de forma importante a tu vida, no significa que tenga que ser necesariamente así en el futuro.	6	5	4	3	2	1
Rara vez pienso que experiencias del pasado me estén afectando ahora.	6	5	4	3	2	1
Somos esclavos de nuestras propias historias personales.	1	2	3	4	5	6
Una vez que algo afecta a tu vida siempre lo hará.	1	2	3	4	5	6
La gente nunca cambia básicamente.	1	2	3	4	5	6
Suma la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en <b>Indefensión</b>	Suma:					
	<b>TD</b>	<b>BD</b>	<b>AD</b>	<b>AA</b>	<b>BD</b>	<b>TD</b>
Existe una forma correcta de hacer cada cosa.	1	2	3	4	5	6
No hay una solución perfecta para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Rara vez hay una forma fácil de resolver las dificultades de la vida.	6	5	4	3	2	1
Todo problema tiene una solución correcta.	1	2	3	4	5	6
Rara vez hay una solución ideal para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Suma la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en <b>Perfeccionismo</b>	Suma:					

Tras contestar el test anterior y calcular la puntuación para cada una de las creencias sumando los puntos correspondientes a cada frase, compare sus puntuaciones con los datos que se ofrecen en la siguiente tabla (provisionalmente no están disponibles los datos a todas las creencias pero en breve lo estarán)

## **ANEXO 6**

### **GUIA DE MANEJO PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CANCER DE MAMA**

#### **INTRODUCCIÓN**

El manejo de pacientes con diagnóstico de cáncer siempre va a ser más complicado que el manejo a pacientes que adolecen de otro tipo de padecimiento, por el mismo hecho que el cáncer es una enfermedad considerada catastrófica, las creencias recurrentes sobre muerte, invalidez permanente, necesidad de depender de otros y demás hacen que el paciente se vuelva más vulnerable, irritante y de difícil trato. Muchas veces el personal especializado sea este médico, de enfermería o auxiliares de enfermería no poseen el conocimiento necesario específicamente en el área psicológica, a pesar de que el manejo psicológico adecuado es una de las claves para que la relación personal de salud y paciente sea beneficioso para ambos.

Esta guía contempla técnicas para abordar a pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, es importante realizar un abordaje psicológico pues al recibir un diagnóstico de gran magnitud como es el cáncer hace que las estructuras psíquicas, emocionales y físicas del sujeto se desestabilicen. Mediante la investigación se concluyó que las creencias irracionales están

pree establecidas, es decir, se encuentran ya en las pacientes antes de la detección y confirmación de la enfermedad, éstas se fortalecen con el diagnóstico, afectando en el desarrollo de la paciente, generando inconvenientes durante el proceso de tratamiento.

### **JUSTIFICACIÓN**

La falta de atención psicológica ante enfermedades catastróficas como el cáncer hace que el manejo de los pacientes sea difícil pues sus comportamientos, actitudes y emociones no son iguales a otros casos de enfermedades. A ello se agrega el hecho de que al confirmar el diagnóstico positivo para malignidad hace que la persona se enfrente a temores como la muerte, el dolor y la desesperanza.

Frente a esta noticia su estructura psíquica se conmociona generando problemáticas en sus relaciones interpersonales, es por eso que el interés de los profesionales especializados en psico-oncología es difundir un bagaje técnico, teórico para ayudar en la psico-educación a la sociedad para el manejo de este tipo de pacientes.

Además, otro objetivo es que se trate al paciente de una manera integral, tomando en cuenta su nivel social, escolaridad,

relaciones interpersonales, auto concepto, entre otras, para ayudarlo a mejorar su desarrollo y estilo de vida.

Con el estudio de las ideas irracionales y su relación con en la autoestima de las pacientes con cáncer de mama podemos ayudar a las mismas en su adaptabilidad y aceptación de la enfermedad, con el fin de que ello contribuya a la mejora de su auto-concepto, autovaloración, cumplimiento con los tratamientos y mejora de sus relaciones interpersonales.

Además se desarrollará la atención de Psicología Clínica en el área de Oncología ya que en nuestro medio (en la ciudad de Ambato) no existe una área amplia que atienda las necesidades psicológicas de este tipo de pacientes, lo que conlleva a que el personal médico, de enfermería y familia de los pacientes oncológicos no tengan herramientas psicológicas que les ayude a relacionarse con los mismos.

Es por eso que esta guía va dirigido hacia el personal médico, de enfermería, auxiliar de enfermería, pacientes y familiares interesados en conocer más sobre psico-educación y psico-oncología.

## **INSTRUCCIONES PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD**

### **REUNION INTRODUCTORIA**

#### **1.- Encuentro inicial**

- Preséntese ante el paciente de una manera amigable, mantenga un semblante tranquilo, de respeto y presto para la escucha activa, esto es conocer e interpretar el lenguaje verbal y corporal, fije su atención al paciente, hágale saber a la paciente que la escucha mediante gestos o acentuaciones con la cabeza.
- Recuerde que es clave el primer encuentro, pues el establecimiento del rapport será la base para entablar un compromiso con el paciente, donde se pueda exigir el cumplimiento del tratamiento que está por iniciar.
- Trate al paciente por su nombre, además de entablar una cercanía y empatía esto hará que él se sienta seguro durante las intervenciones.
- Brinde un espacio breve para conocer sobre su estado emocional, preguntándole ¿Cómo se siente?, ¿Qué siente?, este tipo de preguntas hace que el paciente tome conciencia y aprenda a expresar sus sentimientos, emociones, preocupaciones y malestares durante el proceso.
  - Explique los procedimientos que se va a realizar durante el tratamiento utilizando términos comprensibles para el paciente y su familia, si es necesario grafique o ejemplifique.
  - Es sumamente necesario coordinar la interconsulta psicológica, en cuanto se obtenga el resultado de la paciente.

## **Establecimiento de compromisos**

- Aclare la importancia de asistencias puntuales a consulta, exámenes de rutina y cumplimiento de las directrices establecidas durante el tratamiento.
- Establezca hoja de reglas si es necesario (específicamente para pacientes con antecedentes de abandono de tratamiento)
- Si estos acuerdos necesitan cambiarse por que las circunstancias lo ameriten el profesional de salud y paciente deben hacer juntos los cambios para que haya un consenso mutuo.
- Sería conveniente mantener por lo menos una conversación con familiares del paciente, con el fin de establecer la red de apoyo al mismo y a su tratamiento.
- Mantenga una actitud positiva, amigable y abierta.
- Enfóquese en soluciones no en el problema.
- Brinde apoyo y comprensión en caso de que el paciente lo necesite.

## **Conversatorio**

- Dentro de este espacio aclare dudas, preguntas y verifique que lo tratado durante la consulta como las indicaciones del tratamiento han sido comprendidas, esto ayuda a que el paciente fortalezca sus habilidades de independencia y le ayuda a ser responsable de sus actividades y evitando posicionarse en un estado de indefensión.
- Motive a su paciente a continuar con el tratamiento, habrá momentos en los cuales la paciente desista, escuche las causas del porque

quiere renunciar, comprenda y exponga los motivos por el cual no debe desistir de tratamiento.

### **INTERVENCIONES CON LA FAMILIA**

Es importante incluir en el proceso a la familia, pues el apoyo familiar ayuda en el mejoramiento de la salud del paciente, además, es necesario que ellos conozcan en detalle la problemática, las causas, las consecuencias y el nuevo estilo de vida que deberá adquirir la paciente.

A continuación se proporciona sugerencias básicas para las sesiones familiares con el objetivo de que se manejen de la mejor manera:

- Respeto hacia ideas y criterios
- Asignar tiempo a cada participante para expresar dudas
- Escuche sin interrupción
- Anote las ideas o puntos que ve necesario aclarar
- Al final de cada intervención socialice los puntos anotados y explique lo que deba corregirse.
- Brinde un espacio de preguntas y recalque que no hay preguntas incorrectas
- Incentive a que los pacientes y familiares participen y expresen sus dudas.

## **DIRECTRICES PARA COMPRENDER ESTADIOS DEL PACIENTE EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL TRATAMIENTO**

### **1. FASE INICIAL**

- La paciente se siente esperanzada y protegida al saber que cuenta con métodos fuertes que atacan a las células malignas, pero a su vez incrementa su preocupación pues estos procesos comprometen su calidad y estilo de vida. Las dificultades emocionales dependerán de los efectos secundarios que se presenten y ponen a prueba los estilos de afrontamiento con los que cuenta la paciente.

Es natural que la paciente ante estos cambios y dificultades presente miedos, fatigas e incluso irá el desistimiento del tratamiento.

Frente a estas situaciones es necesario que acuda con el personal de psicología para poder manejar estas dificultades, la alianza terapéutica médico-psicólogo lograra lo siguiente:

- ✓ Incremento del nivel de insight, lo que permitirá canalizar la información equivocada en base a las experiencias de los efectos secundarios.
- ✓ Fortalecimiento de compromisos y minimización de la idea de abandonar el tratamiento.
- ✓ Mejora de la percepción de los beneficios del tratamiento
- ✓ Incremento y fortalecimiento de los estilos de afrontamiento, permitiéndole así una mejor adaptación.

- ✓ Mejor manejo de episodios de ansiedad pre y post quirúrgica, durante quimioterapias o controles médicos.

## **2. FASES INTERMEDIAS DE ENFERMEDAD**

Después de las intervenciones quirúrgicas y el proceso de quimioterapias hay un proceso de descanso donde la paciente solo acude a controles, dentro de esta fase, la cual llamaremos intermedia, se presentan ciertos comportamientos y preocupaciones que deben ser tomadas en cuenta para su manejo.

- Las pacientes generan ideas más reales y conscientes sobre la enfermedad y los efectos secundarios de las intervenciones haciendo que se sientan más vulnerables.
- Incrementa la preocupación acerca del futuro, si es que acaso volverá a someterse a estos procedimientos
- El objetivo colectivo médico- psicólogo debe facilitar en esta etapa la expresión de miedos del paciente y de los familiares
- Incentivar a la reinserción social

## **3. FASE DE SUPERVIVENCIA**

- Las pacientes por lo general después de terminar el proceso sienten temor y ansiedad, pues les cuesta adaptarse nuevamente a su estilo de vida normal.

- Es importante ayudar al sujeto a sobrellevar su nueva imagen a consecuencia de las secuelas físicas, sociales y psicológicas resultantes del tratamiento.
- En ciertas ocasiones las pacientes solicitan colaborar en intervenciones frente a otras pacientes para intercambiar vivencias o incluso por el contrario, buscan olvidarse completamente del proceso, es necesario estimular en las pacientes lo primero.

#### **4. FASE DE RECIDIVA**

- Esta etapa genera más ansiedad, probablemente mayor preocupación que al inicio pues al haber pasado por la primera fase y volver a detectar una nueva proliferación de la malignidad inicial genera mayor preocupación ya que se incrementan ideas de muerte y depresión.
- Vuelve a perder el control, aunque puede posicionar su carácter con más fuerza para enfrentar la nueva etapa de tratamiento.
- Se debe potenciar la comunicación y la expresión de sus emociones

#### **5. FASES DE ENFERMEDAD AVANZADA**

- Incrementa la desesperación especialmente familiar.
- Se presentan ideas de frustración y sensación de fracaso.
- Es necesario reubicar objetivos, planificación y mejoramiento del sentido de vida.

- Fomento de fe, fortalecimiento de la espiritualidad

## **6. FASE TERMINAL**

- Dentro de esta etapa se presenta la preocupación a sufrir más que al morir.
- El papel de la familia es importante, pues precisan más apoyo que el mismo paciente.
- Se presenta agotamiento emocional, ira, enojo por parte del paciente y de la familia.
- Aparición de mecanismos de defensa.
- Existencia de negación.
- Presencia de Ira, rabia, enojo, conductas hostiles, resentimiento hacia el entorno.
- Presencia de síntomas depresivos.
- Resignación
- Es necesario brindar apoyo emocional, fortalecer las estrategias de afrontamiento.
- Fortalecer la espiritualidad.
- Acompañar al paciente y familia durante el desenlace y ayudar a elaborar el duelo.

## **7. FASE DE DUELO**

- El duelo se genera ante la pérdida de una persona, en este caso la paciente se enfrenta a su propia muerte.

- La intensidad y duración de esta etapa dependerá de la constitución de la personalidad de la paciente, el apoyo emocional con el que cuente, a través de la cercanía de sus seres amados.
- Por lo cual, en esta etapa se necesita el acompañamiento intensivo del Psicólogo, para la paciente y su grupo familiar, utilizando recursos como la Teoterapia, siendo también de gran ayuda la coordinación con profesionales de esta área (Sacerdote, Pastor, etc).
- Por último, es conveniente considerar la necesidad de que el personal de salud ingrese a procesos psicoterapéuticos que les permita descargar sus ansiedades y temores, así como reenergizarse, pues el contacto diario con el dolor y la muerte produce un desgaste emocional en el personal, lo que es necesario atender.

## **EJERCICIOS PARA MANEJO DE PACIENTES CON CREENCIAS IRRACIONALES**

Como se ha mencionado durante la investigación la autoestima es la valoración que cada persona tiene de sí misma permitiendo de esta manera que el individuo se comprenda e interactúe en el entorno que lo rodea. Es por eso que a continuación se señalara dos ejercicios fáciles para identificar el nivel de autoestima que posee el paciente y las creencias irracionales predominantes en el mismo.

- **Ejercicio 1 Detección de nivel de autoestima**

En este ejercicio el sujeto deberá anotar las características que cree poseer en diferentes aspectos de su vida, para esto se planteara las siguientes preguntas:

- **¿Cómo es físicamente?** Definir características físicas, lo que resulte o no atractivo de su cuerpo
- **¿Cómo es su personalidad?** Definir valores, cualidades y defectos
- **¿Cómo es la relación con los demás?** Definir nivel de extroversión, introversión, timidez, inseguridad, etc
- **¿Cómo se ve frente a los demás?** Anotar las percepciones que posea acerca de si mismo frente a su entorno
- **¿Cómo se ve en el trabajo?** Identificar habilidades, destrezas y dificultades
- **¿Cómo se ve frente a las relaciones familiares y de pareja?** Definir actuación y posición frente a estas relaciones interpersonales

Al término de esta etapa frente a cada característica anotada se brindara una valoración con los siguientes símbolos:

- + Si la característica es positiva
- - Si la característica es negativa
- o Si la característica es neutra

Para obtener el índice del nivel de autoestima se utiliza la siguiente formula:

$$\frac{(\text{aspectos positivos} - \text{aspectos negativos}) \times 100}{\text{Aspectos positivos} + \text{aspectos negativos}}$$

Este ejercicio se puede aplicar con frecuencia, pues permitirá observar la evolución del paciente en base a la comparación de resultados durante diferentes periodos de tiempo.

- **Ejercicio 2 Detección de creencias irracionales**

- Como Ellis (1965) estableció que todo individuo es un ser racional e irracional y que si en el sujeto predomina la irracionalidad el paciente poseerá dificultades. Por ende si se cambia estas creencias al polo racional estas dificultades se superarán.
- Para identificar la predominancia de la creencia irracional el paciente deberá establecer en una plantilla la creencia irracional a evaluar, la situación que desencadena la creencia, la valoración de 1 a 10 en que esta creencia permite lograr los objetivos o metas planteadas, así mismo en otra columna se establecerá la decisión, es decir se deberá indicar si o no cambiara ese pensamiento en base claro a la disposición y voluntad del paciente. Y finalmente deberá establecer una solución que le permitan modificar el pensamiento irracional.

A continuación se establece la plantilla de manejo para identificar la creencia predominante del sujeto.

1. La persona adulta necesita ser amada y aprobada por todo el mundo

Frecuencia o intensidad (0-100)	Situación	Valoración (1-10)	Decisión (si o no)	Solución
99	Expresar mi opinión en publico	6	si	Debo entender que mi opinión debe ser respetada además de que soy libre de pensar diferente a los demás y si no comparten mi opinión mis emociones ni mi conducta van a verse afectados

Esta plantilla deberá ser utilizada con las 10 creencias más establecidas por Ellis.

2. Solo se es valioso cuando se ve muy, autosuficiente, capaz y competente de conseguir algo
3. Cada persona tiene lo que se merece
4. Si las cosas no van por el camino que nosotros deseamos, debemos estar tristes y deprimidos

5. La desgracia humana viene del exterior, las personas tienen poca o ninguna capacidad para controlarlo
6. Si algo terrible va a suceder debemos inquietarnos y no dejar de pensar en ello

## **ANEXO 7**

### **TRIPTICO**

#### **COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CANCER DE MAMA**

- Pacientes presentan sintomatología ansiosa y depresiva
- Problemas adaptativos frecuentes
- Sentimientos de desesperanza
- Disminución de nivel de autoestima
- Letargia
- Déficit cognoscitivo
- Aislamiento
- Presencia predominantes de creencias irracionales como: necesidad de aprobación, irresponsabilidad emocional, evitación de problemas, dependencia, preocupación- ansiedad, indefensión, intolerancia a la frustración y perfeccionismo.

#### **NECESIDAD DE INTERVENCION PSICOLOGICA ENFOCADA EN:**

- Manejar los efectos secundarios producidos por el tratamiento, esto ayuda a normalizar las reacciones emocionales causadas por los malestares físicos.
- Ayudar a la paciente a verbalizar y expresar emociones para llegar a un alivio emocional y establecer su equilibrio psíquico.
- Fomentar el cumplimiento del tratamiento

- Fortalecer redes de apoyo para mejorar adaptabilidad, relaciones interpersonales e identificación con pares

Adquisición de nuevos hábitos en beneficio de tu salud: Para lograr un mejor autocontrol y estabilidad incluye alimentos naturales que te permitan relajarte como la manzanilla, valeriana y la hierba luisa. Practica actividades que disfrutes.

- Mejorar la calidad de vida en base a cumplimiento de objetivos a corto y largo plazo
- Favorecer el autoconocimiento, resolución de conflictos, mejoramiento de la comunicación
- Facilitar toma de decisiones y la comunicación con el entorno.
- Solicitar a la institución la posibilidad de formar grupos de apoyo con pacientes que sufren esta dolencia.

#### **INTERVENCIONES PSICOLOGICAS UTILIZADAS:**

- ASESORIA
- PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
- INTERVECNION PSICOEDUCATIVA
- TERAPIA GRUPAL
- PSICOTERAPIA DE PAREJA
- PSICOTERAPIA FAMILIAR

#### **CONSEJOS PARA EL MANEJO DEL DIAGNÓSTICO**

**NO TE AISLES:** Comparte tus emociones, sentimientos y temores, es necesario desahogarse para encontrar alivio emocional y psíquico.

**TOMA CONCIENCIA DE TU REALIDAD:** Es inevitable no afrontar tu enfermedad, tienes conocimiento de los efectos secundarios del tratamiento si no los tienes, infórmate... es mejor saber que desconocer....

**NO RENIEGUES DE LOS CAMBIOS:** Recuerda que toda crisis es una oportunidad para mejorar, tal vez hoy no comprendas por qué te sucedió, pero a través del camino la enseñanza y las razones hablarán por sí mismas.

**ADQUIERE NUEVOS HABITOS:** Es momento de preocuparte por tu cuerpo, por tu salud y bienestar, come mejor, realiza actividades físicas, comparte tu tiempo libre, disfruta de lo que haces y con quien lo haces, el ver la vida desde una nueva perspectiva mejora tu ánimo haciendo que tu sistema inmunológico incremente tu fuerza y mejore tu salud.

**REEPLANTEA OBJETIVOS Y PRIORIDADES:** Esto ayudara a encontrar tiempo de disfrute de gran significado para tí, recuerde que tu problemática afecta a diferentes áreas de tu vida, el replantearte objetivos tomará un nuevo sentido y mejorará tus relaciones.

**DESARROLLA TU PROPIO PLAN ESTRATEGICO DE AFRONTAMIENTO:**

Cuando sientas confusión organiza tus ideas y pensamientos en una hoja de papel, a través de esta técnica liberarás tenciones y verás de una manera organizada tus ideas.

Desarrolla tu área espiritual, busca tu propia tranquilidad.