



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA RACIONAL - EXPLICATIVA
DESTINADA A LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN
PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER
TIROIDEO DE EDAD ADULTA INTERMEDIA QUE ACUDEN AL HOSPITAL
DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. SOLCA TUNGURAHUA”

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

Línea de investigación:

Psicología y salud mental

Autora:

ANDREA DEL ROCÍO MEJÍA RUBIO

Directora:

Dra. ANA DEL ROCÍO MARTÍNEZ YACELGA

Ambato – Ecuador

Noviembre 2013

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO**

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA RACIONAL - EXPLICATIVA
DESTINADA A LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN
PACIENTES PRE-QUIRÚRGICOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER
TIROIDEO DE EDAD ADULTA INTERMEDIA QUE ACUDEN AL HOSPITAL
DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. SOLCA TUNGURAHUA”

Línea de investigación:

Psicología y salud mental

Autor:

ANDREA DEL ROCÍO MEJÍA RUBIO

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra.
CALIFICADORA

f. _____

Galo Alberto Cobo Espíndola, Dr.
CALIFICADOR

f. _____

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lcda.
CALIFICADORA

f. _____

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Ps. Cl.
DIRECTOR ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. _____

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

f. _____

Ambato – Ecuador

Noviembre 2013

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Andrea del Rocío Mejía Rubio, portadora de la cédula de ciudadanía No. 180314922-6, 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 del Rocío Mejía Rubio.

C.I. 180314922-6

AGRADECIMIENTO

Con inmenso agradecimiento al Todopoderoso, hacedor de todo lo creado, a mis padres, a Daniela mi hermana, a toda mi familia, a mis maestros modelos a seguir, y de manera especial a la Dra. Anita Martínez, quien dirigió este trabajo hasta su culminación.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato que modeló mi espíritu y mi corazón. Mil gracias.

DEDICATORIA

La culminación de un sueño, el anhelo más querido en esta etapa de mi vida, el convertirme en una profesional, quiero dedicar este trabajo con todo mi amor a mis padres que forjaron en mi espíritu el afán de superación y han hecho de mí una persona presta al servicio de los demás.

RESUMEN

La psicoterapia racional-explicativa destinada a disminuir niveles de ansiedad, constituye una técnica de intervención psicológica idónea y aplicable en los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. SOLCA Tungurahua. El diseño cuasi-experimental bajo el cual se desarrolló la investigación permitió trabajar con un grupo experimental y otro de control, conformados por 20 pacientes cada uno, lográndose determinar la eficacia de la intervención mediante cotejo y análisis de resultados de las pruebas aplicadas al grupo de control, con el cual se trabajó por medio de charlas informativas. Paralelamente, se llevaron a cabo las sesiones psicoterapéuticas con el grupo experimental, en las que se evaluaron los niveles de ansiedad de los pacientes antes y después de la intervención, utilizando un instrumento objetivo de medición: IDARE, además se aplicó un Inventario de Estrategias de Afrontamiento y escalas Ad-Hoc que permitieron detectar los acontecimientos ansiógenos existentes previos a la cirugía, lo que complementó la validez del estudio. El análisis de resultados evidencia una disminución estadística significativa en los niveles de ansiedad de los pacientes, así se concluye que la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa es efectiva en este campo de estudio.

ABSTRACT

The rational-explanatory psychotherapy, is intended to lower anxiety levels, it is a suitable and applicable psychological intervention technique for middle aged presurgical patients with a diagnosis of thyroid cancer who are being cared in Dr. Julio Enrique Paredes C. Hospital SOLCA Tungurahua. The quasi-experimental design was used to develop the research which made it possible to work with experimental and control group formed by 20 people respectively, the efficiency of psychological intervention could be determined through the comparison and analysis of the tests results applied to the control group which had worked through informative lectures. At the same time, psychotherapy sessions with the experimental group were conducted, assessing the anxiety levels in patients before and after therapeutical intervention, using objective measurement tool: IDARE; in addition, there was also applied Coping Strategies Inventory and Ad-Hoc scales which allowed to measure existing anxiogenic events previous to the surgery; this way the validity of the study was complemented. The analysis of results evidenced a significant statistic decrease in the anxiety levels of patients, therefore, the application of rational-explanatory psychotherapy is considered to be effective in this study field.

TABLA DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

Declaración de autenticidad y responsabilidad	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Tabla de contenidos.....	viii
Tabla de gráficos	xiii
Introducción	1

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO..... 3

1.1	Variable Independiente: Psicoterapia Racional-Explicativa.....	3
1.1.1	Psicoterapia	3
1.1.1.1	Conceptos generales de Psicoterapia.....	3
1.1.2	Psicoterapia cognitiva	7
1.1.2.1	Origen y evolución	7
1.1.2.2	Definición de psicoterapia cognitiva.....	12
1.1.2.3	Principales enfoques y fundamentos de la terapia cognitiva.....	14
1.1.2.3.1	El modelo cognitivo de la persona	14
1.1.2.3.2	Los marcos conceptuales de la cognición personal.....	18
1.1.2.3.3	Terapia cognitiva de Aaron Beck.....	24
1.1.2.3.4	La modificación de los errores de razonamiento y la implantación de razonamientos lógicos	28
1.1.3	Terapia racional.....	30
1.1.3.1	Origen y evolución	30
1.1.3.2	Definición de terapia racional	32
1.1.3.3	Modelo terapéutico racional.....	33
1.1.3.3.1	El ABC de la Terapia Racional	34
1.1.3.3.2	El razonamiento y su utilidad.....	37
1.1.3.3.3	Ideas irracionales propuestas por Ellis	39
1.1.3.3.4	Reestructuración racional.....	43

1.1.3.4	Objetivos que persigue la terapia racional	44
1.1.3.5	Condiciones para la aplicación de la terapia racional	45
1.1.4	La psicoterapia racional-explicativa y la proporción de información	46
1.1.4.1	Proporción de información.....	48
1.1.4.2	Técnicas de comunicación terapéutica y su aplicación.....	49
1.1.4.3	Consideraciones para la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa y la proporción de información	53
1.1.4.4	Fines de la psicoterapia racional-explicativa y la proporción de información	55
1.1.4.5	Condiciones para la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa..	57
1.1.4.6	Aplicación de la psicoterapia racional-explicativa en el entorno hospitalario	60
1.1.4.6.1	Reacciones psicológicas y emocionales asociadas a la enfermedad y a la hospitalización.....	62
1.2	Variable Dependiente: Ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo	65
1.2.1	Emoción	65
1.2.1.1	Reacciones emocionales.....	65
1.2.2	Ansiedad.....	67
1.2.2.1	Definición.....	67
1.2.2.2	Significados clínicos de la ansiedad.....	69
1.2.2.3	Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo	71
1.2.2.4	Niveles de ansiedad	72
1.2.2.5	Ansiedad y patología.....	74
1.2.2.6	Etiopatogenia de la ansiedad	74
1.2.2.7	Trastornos de ansiedad	76
1.2.2.8	Ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer	78
1.2.2.8.1	Detección de la ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer	80
1.2.2.8.2	Preparación pre-operatoria en pacientes oncológicos	81
1.2.2.8.3	Manejo psicoterapéutico en el periodo preoperatorio	83
1.2.3	Cáncer.....	87
1.2.3.1	Definición.....	87
1.2.3.2	Patrones de crecimiento neoplásico	88
1.2.3.3	Causas del cáncer	89

1.2.3.4	Fases del cáncer.....	91
1.2.3.5	Tipos de cáncer.....	92
1.2.4	Cáncer de tiroides.....	93
1.2.4.1	Generalidades.....	93
1.2.4.2	Oncoanatomía.....	94
1.2.4.3	Epidemiología.....	96
1.2.4.4	Patología.....	97
1.2.4.4.1	Cánceres tiroideos diferenciados.....	97
1.2.4.4.2	Otros tipos de cáncer de tiroides.....	99
1.2.4.5	Medidas de intervención terapéutica en pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo.....	102
1.2.4.5.1	Cirugía.....	102
1.2.4.5.2	Radioterapia con yodo radiactivo.....	106
1.2.4.5.3	Terapia de hormona tiroidea.....	107
1.2.4.5.4	Radioterapia de haz externo para el cáncer de tiroides.....	108
1.2.4.5.5	Quimioterapia.....	108
1.2.4.6	Cáncer en la edad adulta intermedia.....	109
1.2.4.7	Características del paciente oncológico.....	113
1.2.4.8	Impacto del cáncer y su diagnóstico.....	115
1.2.4.8.1	Principales reacciones del paciente oncológico.....	118
1.2.4.9	El afrontamiento en el sujeto con cáncer.....	120
1.2.4.10	La calidad de vida en el enfermo de cáncer.....	122
1.2.5	Procedimientos de intervención psicológica.....	126
1.2.5.1	Psicoprofilaxis hospitalaria.....	126
1.2.5.2	Psicoprofilaxis quirúrgica.....	127
1.2.5.3	Proporción de información a pacientes oncológicos.....	130
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....		136
2.1	Antecedentes del problema.....	136
2.2	Significado del problema.....	140
2.3	Definición del problema.....	141
2.4	Planteamiento del tema.....	142
2.5	Delimitación del tema.....	142
2.5.1	Delimitación de contenido.....	142
2.5.2	Delimitación Espacial.....	142

2.5.3	Delimitación Temporal	143
2.5.4	Unidades de observación.....	143
2.6	Hipótesis.....	143
2.7	Variables e indicadores	144
2.7.1	Variable Independiente: Psicoterapia racional-explicativa.	144
2.7.1.1	Indicadores	144
2.7.2	Variable Dependiente: Ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo.	144
2.7.2.1	Indicadores	144
2.8	Objetivos	145
2.8.1	Objetivo General	145
2.8.2	Objetivos Específicos.....	145
2.9	Metodología	146
2.9.1	Enfoque	146
2.9.2	Diseño.....	146
2.9.3	Modalidad básica de la investigación.....	147
2.9.4	Nivel o tipo de la investigación.....	148
2.9.5	Métodos.....	150
2.9.6	Técnicas e instrumentos	151
2.9.6.1	Técnicas.....	151
2.9.6.2	Instrumentos	152
2.9.7	Población y muestra	156
2.9.8	Plan de recolección de datos e intervención.....	156
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....		174
3.1	Análisis e interpretación de resultados del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado.....	174
3.1.1	Resultados de la pre y post-intervención del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado aplicado al grupo experimental	174
3.1.2	Resultados de la pre y post-intervención del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado aplicado al grupo de control.....	177
3.1.3	Comparación de resultados del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado aplicado al grupo experimental y grupo de control.....	180
3.1.4	Resultados de la pre y post-intervención del Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo experimental.....	183
3.1.5	Resultados de la pre y post-intervención del Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo de control	186

3.1.6	Comparación de resultados pre-intervención del Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo experimental y grupo de control .	190
3.1.7	Comparación de resultados post-intervención del Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo experimental y grupo de control.....	193
3.1.8	Resultados de la Escala Ad-hoc de Información: Conocimiento del paciente respecto a la enfermedad aplicada al grupo experimental	196
3.1.9	Resultados de la Escala de Acontecimientos Ansiógenos Ad-hoc aplicada al grupo experimental.....	208
3.1.10	Resultados del Instrumento de evaluación de signos de ansiedad aplicada al grupo experimental.....	240
3.1.11	Resultados de la ficha de observación T-R con que se valoró al grupo experimental	242
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS....		245
4.1	Comprobación de Hipótesis	245
4.1.1	Prueba t-student.....	245
4.2	Discusión y análisis de resultados de los reactivos aplicados.....	251
4.2.1	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado	251
4.2.2	Inventario de Estrategias de Afrontamiento.....	252
4.2.3	Escalas Ad-Hoc	253
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		254
5.1	Conclusiones	254
5.2	Recomendaciones.....	258
BIBLIOGRAFÍA		261
GLOSARIO		266
ANEXOS		269

TABLA DE GRÁFICOS

Gráficos

Gráfico 1.1:	Modelo cognitivo de Beck.....	27
Gráfico 1.2:	Esquema de representación de la conducta a través de la Terapia Racional.....	36
Gráfico 1.3:	El proceso de afrontamiento.....	122
Gráfico 3.1:	IDARE Resultado global grupo experimental.....	175
Gráfico 3.2:	IDARE Resultado global grupo control.....	178
Gráfico 3.3:	Comparación de resultados IDARE del grupo experimental y de control.....	181
Gráfico 3.4:	Inventario de estrategias de afrontamiento Resultado global grupo experimental.....	184
Gráfico 3.5:	Inventario de Estrategias de Afrontamiento Resultado global grupo control.....	187
Gráfico 3.6:	Comparación resultados pre-intervención I.E.A grupo experimental y control.....	191
Gráfico 3.7:	Comparación resultados post-intervención I.E.A grupo experimental y control.....	194
Gráfico 3.8:	Resultados del ítem: Conocimiento de la enfermedad.....	197
Gráfico 3.9:	Resultados del ítem: Conocimiento de resultados de pruebas.....	199
Gráfico 3.10:	Resultados del ítem: Conocimiento de pruebas próximas a realizarse...	201
Gráfico 3.11:	Resultados del ítem: Beneficios del procedimiento quirúrgico.....	202
Gráfico 3.12:	Resultados del ítem: Efectos secundarios del procedimiento quirúrgico	205
Gráfico 3.13:	Resultado del ítem: Valoración de información médica.....	207
Gráfico 3.14:	Resultados del área: Ambiente hospitalario.....	209
Gráfico 3.15:	Resultados del área: Diagnóstico de la enfermedad.....	212
Gráfico 3.16:	Resultados del área: Trámites hospitalarios.....	215
Gráfico 3.17:	Resultados del área: Periodo de hospitalización.....	217
Gráfico 3.18:	Resultados del área: Cirugía.....	220
Gráfico 3.19:	Resultados del área: Anestesia.....	223

Gráfico 3.20: Resultados del área: Resultados de la intervención quirúrgica y de exámenes médicos	225
Gráfico 3.21: Resultados del área: Pruebas o exámenes complementarios	227
Gráfico 3.22: Resultados del área: Dolor.....	229
Gráfico 3.23: Resultados del área: Post-operatorio	232
Gráfico 3.24: Resultados del área: Efectos socio-laborales.....	235
Gráfico 3.25: Resultados del área: Familia.....	238
Gráfico 3.26: Resultado global por sesiones del instrumento de evaluación de signos de ansiedad	241
Gráfico 4.1: Comparación del nivel de ansiedad entre las mediciones pre y post intervención	250

Tablas

Tabla 1.1: Origen y evolución de la Psicoterapia Cognitiva	9
Tabla 1.2: Ideas irracionales propuestas por Ellis	41
Tabla 1.3: Pasos del proceso terapéutico	59
Tabla 1.4: Reacciones emocionales y conductuales asociadas con la enfermedad y la hospitalización	63
Tabla 1.5: Niveles de ansiedad	73
Tabla 1.6: Trastornos de ansiedad	77
Tabla 2.1: Matriz operativa primera sesión	157
Tabla 2.2: Matriz operativa segunda sesión	159
Tabla 2.3: Matriz operativa tercera sesión.....	161
Tabla 2.4: Matriz operativa cuarta sesión.....	163
Tabla 2.5: Matriz operativa quinta sesión.....	165
Tabla 2.6: Matriz operativa sexta sesión	167
Tabla 2.7: Matriz operativa charlas psico-educativas aplicadas al grupo de control.....	169
Tabla 3.1: Resultado global IDARE aplicado al grupo experimental	174
Tabla 3.2: Resultado global IDARE aplicado al grupo de control	177
Tabla 3.3: Comparación de resultados IDARE del grupo experimental y de control.....	180

Tabla 3.4:	Resultado global Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo experimental	183
Tabla 3.5:	Resultado global Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo de control.....	186
Tabla 3.6:	Comparación de resultados globales pre-intervención I.E.A del grupo experimental y de control	190
Tabla 3.7:	Comparación de resultados post-intervención I.E.A del grupo experimental y de control	193
Tabla 3.8:	Resultados del ítem: Conocimiento de la enfermedad	196
Tabla 3.9:	Resultados del ítem: Conocimiento de resultados de pruebas.....	198
Tabla 3.10:	Resultados del ítem: Conocimiento de pruebas próximas a realizarse... ..	200
Tabla 3.11:	Resultados del ítem: Beneficios del procedimiento quirúrgico.....	202
Tabla 3.12:	Resultados del ítem: Efectos secundarios del procedimiento quirúrgico	204
Tabla 3.13:	Resultado del ítem: Valoración de información médica	206
Tabla 3.14:	Resultados del área: Ambiente hospitalario	208
Tabla 3.15:	Resultados del área: Diagnóstico de la enfermedad	211
Tabla 3.16:	Resultados del área: Trámites hospitalarios	214
Tabla 3.17:	Resultados del área: Periodo de hospitalización	216
Tabla 3.18:	Resultados del área: Cirugía	219
Tabla 3.19:	Resultados del área: Anestesia	222
Tabla 3.20:	Resultados del área: Resultados de la intervención quirúrgica y de exámenes médicos	224
Tabla 3.21:	Resultados del área: Pruebas o exámenes complementarios	226
Tabla 3.22:	Resultados del área: Dolor.....	228
Tabla 3.23:	Resultados del área: Post-operatorio	231
Tabla 3.24:	Resultados del área: Efectos socio-laborales.....	234
Tabla 3.25:	Resultados del área: Familia.....	237
Tabla 3.26:	Resultado global por sesiones del instrumento de evaluación de signos de ansiedad	240
Tabla 3.27:	Resultado global por sesiones de la ficha de observación T-R	242
Tabla 4.1:	Estadísticos descriptivos del procedimiento prueba t-student.....	246
Tabla 4.2:	Correlaciones de muestras relacionadas	247
Tabla 4.3:	Tabla resumen del procedimiento prueba t para muestras relacionadas	248

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta corresponde a una investigación en el campo de la Psicología Clínica, relacionada con la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa propuesta como una intervención destinada a disminuir los niveles de ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua. Esta investigación se enfoca en un abordaje que involucra estrategias comunicacionales de proporción de información, consejo directo, esclarecimiento e interpretación como herramientas primordiales de la técnica terapéutica cuya aplicación se circunscribe al ámbito sanitario, en el que se pretende mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes a través de una modificación positiva de sus reacciones emocionales, actitudes y cogniciones que favorezcan el cumplimiento del tratamiento médico.

La estructura de la presente disertación de grado cuenta con cinco capítulos, cuyos contenidos se describen en las siguientes líneas:

El primer capítulo está conformado por el marco teórico, en el que se desarrolla la conceptualización de las variables de estudio, en este apartado se revisan los ejes temáticos y argumentos teóricos concernientes a la psicoterapia racional-explicativa, el cáncer tiroideo y la ansiedad que se desencadena en los pacientes producto del impacto del diagnóstico de la enfermedad.

El segundo capítulo se refiere a la metodología de la investigación, en donde se identifican los antecedentes, significado y definición del problema, planteamiento y delimitación del tema, así como la hipótesis, variables, indicadores y objetivos de la investigación, finalmente se detalla el enfoque, diseño, tipo y modalidad básica de la investigación, los métodos, las técnicas e instrumentos utilizados, la definición de la población, y el procesamiento de la información.

El tercer capítulo presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a partir de la aplicación práctica de la investigación, en esta sección se aprecian los resultados pre y post intervención de los instrumentos: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, aplicados tanto al grupo experimental como al grupo de control, así como de las escalas Ad-hoc de evaluación para los pacientes del grupo experimental.

El cuarto capítulo especifica la discusión, análisis y validación de resultados, en el que se desarrolla la comprobación estadística de la hipótesis planteada, misma que tiene relación con la inferencia de la psicoterapia racional-explicativa sobre los niveles de ansiedad en los pacientes, esta comprobación está determinada por medio de la prueba t-student. Ulteriormente se presenta una descripción cualitativa de los resultados de los reactivos aplicados.

El capítulo quinto contiene las conclusiones y recomendaciones que se establecieron a partir de los resultados obtenidos de la investigación. Finalmente se detallan las referencias bibliográficas, el glosario de términos y los anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Variable Independiente: Psicoterapia Racional-Explicativa

1.1.1 Psicoterapia

1.1.1.1 Conceptos generales de Psicoterapia

A lo largo de los años, se han expuesto una pluralidad de enfoques de psicoterapia, y en consonancia con ello, se han descrito una amplia gama de definiciones y concepciones de la actividad psicoterapéutica, algunas de ellas se reseñan a continuación:

Sluchevski (1960), manifiesta que la psicoterapia es el conjunto de las más variadas medidas de acción terapéutica que tienen por objeto influir por medio de la palabra sobre la actividad de la corteza cerebral, argumenta además que la psicoterapia se realiza por vías de sugestión, de explicación y de convencimiento.

Este proceso interpersonal utiliza como vía de comunicación principal la palabra, cuyo objetivo fundamental es el ofrecer comprensión y respeto hacia la persona, a la

vez que se busca el promover cambios en su vida, facilitando la resolución de sus problemas.

Por su parte, Eysenck (1964), la define como “el intento de alterar el comportamiento y la emoción humanos en una forma benéfica, de acuerdo a las leyes del aprendizaje” (Balarezo, 2003, p.12).

Por consiguiente, los cambios que tienen lugar en el sujeto como en su entorno provocan a su vez modificaciones en el comportamiento sobre la base de la experiencia, procurando así una adaptación a las nuevas situaciones que se van generando.

De la misma manera, la Asociación Psiquiátrica Americana (1969), describe a la psicoterapia como un término genérico para cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente, específicamente distinto a los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos.

La psicoterapia implica el establecimiento de una relación que no involucra una simple empatía, sino un conjunto fuertemente estructurado de actitudes e intervenciones, que bajo una determinada concepción global del funcionamiento psíquico se dirigen hacia el objetivo de la restauración de la normalidad del

funcionamiento psicosocial de la persona a quien se asiste; al respecto Kleinke (2002) refiere el pensamiento de Jerome Frank (1982), que puntualiza lo siguiente:

“La psicoterapia es una interacción planificada, cargada de emoción y de confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre. Durante esta interacción el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales. El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en los rituales de curación. A menudo la psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal” (Kleinke, 2002, p.21).

Por lo tanto, se puede aseverar que la psicoterapia constituye todo tratamiento psicológico basado principalmente en la comunicación verbal, que promueve el logro de modificaciones en la cognición y el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica y el bienestar bio-psico-social de las personas, en el contexto de una relación profesional.

Medina & Moreno (1996), la describen como el uso de métodos técnicos de índole psicológica que, en unos específicos medios espacio-temporal, se dirigen hacia la terapia de los trastornos mentales, efectuada por profesionales especialmente adiestrados en estos quehaceres.

De esta definición se deduce que la técnica usada es exclusivamente la psicológica, en el seno de una específica escuela doctrinal y el marco donde se desarrolla el tratamiento psicológico viene técnicamente determinado, tanto en medios espaciales como en el desarrollo temporal de las sesiones.

Balarezo (2003), argumenta que la psicoterapia se cimienta sobre ciertos principios que se deben tomar en cuenta como punto de partida y que se señalan a continuación:

- El empleo de recursos psicológicos como específicos en el tratamiento psicoterapéutico. El instrumento esencial e insustituible en cualquier forma de psicoterapia constituye la palabra o comunicación verbal como expresión social, la cual es un agente reflejo condicionado por su representación a nivel del segundo sistema de señales. Pero conjuntamente a la utilización del poder omnímodo de la palabra, pueden emplearse estímulos correspondientes al primer sistema de señalización aunque su utilización pertenezca a niveles inferiores de actuación.
- La importancia que posee la relación terapeuta-paciente. El factor de relación paciente-terapeuta es una de las condiciones básicas para lograr éxito en el tratamiento, sin que constituya lo único que cure al enfermo. El control de los fenómenos afectivos resultantes de la relación, por lo tanto, debe ser plenamente analizado por todos los psicoterapeutas.

La psicoterapia es un proceso en el que se asiste y acompaña principalmente por medio de la palabra, por lo que es necesario propiciar un ambiente en el que la relación terapéutica sea el eje fundamental de una alianza segura, estable y empática y bajo este contexto se oriente a un cambio duradero y positivo en la vida de los pacientes.

1.1.2 Psicoterapia cognitiva

1.1.2.1 Origen y evolución

“El término cognición procede de la palabra latina *cognitio*, que significa obtener conocimiento, acción y efecto de conocer. Así entendida, la cognición sería el acto por el cual la persona podría saber y conocer de sí, por la experiencia. Tomar como punto de partida la concepción de este término posibilita enmarcarse dentro los antecedentes de la psicoterapia cognitiva, que desde la filosofía estoica griega con Epícteto ya fue utilizado, cuando observó que los hombres no se trastornan por los acontecimientos, sino por las opiniones que de ellos tienen. En la actualidad son múltiples las expresiones empleadas para señalar el papel que los factores cognitivos desempeñan en los trastornos emocionales (distorsión cognitiva, creencias irracionales, construcciones alteradas)” (Medina, Moreno & Lillo, 1997, p. 596).

Bajo esta perspectiva, el hombre vuelve a situarse como un ser activo, capaz de influir decididamente en la realidad que le ha tocado vivir, alejándose de la visión experimentalista, y por ende pasiva, preconizada por otro tipo de modelos.

Los antecedentes históricos de la psicoterapia cognitiva se fundan en orígenes filosóficos y psicológicos cuyos exponentes más relevantes a través del tiempo se exponen a continuación en la Tabla 1.1:

Tabla 1.1: Origen y evolución de la Psicoterapia Cognitiva

Filosofía estoica (350 aC. Al 180 dC.)	Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de esta filosofía, Epícteto afirma que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos. Por lo tanto, opiniones más correctas podrían reemplazar a las más incorrectas y producir así un cambio emocional.
Buda (566 aC.)	El budismo afirma que la realidad es construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que pueden ser pasionales y generar sufrimiento.
Hume, Locke y Bacon (Sigo XVII)	Empiristas ingleses que resaltan que las emociones derivan de las asociaciones de ideas, y que para lograr un nuevo conocimiento hay que librarse de los prejuicios y conceptos erróneos preestablecidos.
Kant (1781)	Introduce el concepto de esquema cognitivo, una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia.
Husserl y Heidegger (Principios del siglo XX)	A partir de la corriente fenomenológica y existencial destacan el papel de la experiencia subjetiva en el conocimiento y la existencia, resaltando el protagonismo de la consciencia y los actos conscientes.
Lungwitz (1926)	Crea el concepto de terapia cognitiva dentro de la práctica clínica del psicoanálisis.
Rusell (1930)	Destaca el papel jugado por las creencias adquiridas en la primera infancia que se hacen inconscientes y a veces perturban a las personas en su vida adulta como exigencias irracionales, y como pueden ser sustituidas por creencias más racionales ayudando así al individuo a alcanzar sus metas.
Bartlett (1932)	Desarrolla una explicación constructivista de la memoria, rechaza el concepto de memoria como depósito o almacén y subraya el concepto de memoria como “construcción”. La construcción implicaba que la memoria utiliza esquemas para observar y clasificar la información, por lo tanto como un proceso activo de reinterpretación. La sucesiva reorganización de la experiencia en esquemas permite el desarrollo de la memoria y los eventos recordados que son reconstruidos de manera diferente en función de la ampliación de los esquemas.
Tolman (1938)	Propone los mapas cognitivos como elemento explicativo de la conducta, se le considera pionero del procesamiento de información.
Shannon (1940)	Argumenta que los circuitos electrónicos podían utilizarse para simular las operaciones lógicas del cálculo proposicional, lo que permitía entender la información en un sistema binario independiente del contenido y de la naturaleza del mecanismo, con lo que empezó a comprenderse el pensamiento como cómputo.
Von Neumann (1945)	Propone una analogía mente-ordenador de carácter funcional, ésta tiene su precedente en los trabajos del matemático Turing, quien describió una máquina hipotética que podía simular cualquier cómputo, incluso los comportamientos inteligentes. Así, el sistema nervioso humano se puede categorizar como un procesador de propósito general puesto que tiene gran versatilidad funcional y considera al sujeto como activo respecto al medio en que vive, capaz de autorregularse y de generar “planes” de conducta para alcanzar las metas que persigue de forma propositiva.
Binswanger (1945)	Fenomenólogo que utilizó el concepto de “Estructura fundamental del significado” para referirse a la tendencia humana a percibir significados en los hechos y trascenderlos.
McCulloch y Pitts (1948)	Presentaron su comprensión del cerebro como un sistema de procesamiento. Argumentaron que la mente se podía entender en términos neurofisiológicos, a partir de la consideración de que si la neurona actúa mediante un proceso de todo-nada, entonces se la podía representar, empleando la lógica binaria.
Wiener (1948)	Con su estudio de los servomecanismos mostró la posibilidad de especificar de manera científica y precisa los comportamientos dirigidos hacia metas y sometidos a planes.
Lewin (1951)	Afirma que la conducta individual no depende únicamente del ambiente material, de las situaciones o estímulos, sino que además depende mucho

Rotter (1954)	<p>de la manera en que los individuos integran en su sistema cognitivo información sobre el significado que estos factores tengan para ellos.</p> <p>Propone la teoría del aprendizaje social que explica al comportamiento como un producto conjunto del reforzamiento y las expectativas. Argumenta que las personas eligen comportarse como lo hacen debido a que se espera que el comportamiento elegido conduzca a una meta o resultado de algún valor.</p>
Ellis (1955)	<p>Manifiesta la idea del hombre como un indigente racional que con facilidad y frecuencia adopta ideas disfuncionales que le llevan a sufrir todo tipo de trastornos emocionales, los mismos que provienen del abandono del modelo científico y racional de conducta. Propone como técnica de intervención la “Terapia Racional Emotiva Conductual” (T.R.E.C.) como un aporte al desarrollo de la práctica de clínica y al desarrollo de modelos terapéuticos.</p>
Chomsky (1956)	<p>Desde su planteamiento de la gramática generativa-transformativa desarrolla la idea de que el lenguaje humano posee un potencial creativo que le permite a partir de unos elementos lingüísticos finitos el producir y entender un número ilimitado de oraciones, considerando a la lingüística como una parte de la psicología cognitiva.</p>
Miller, Gallanter y Pribram (1960)	<p>En su obra “Plans and the structure of behavior”, se utiliza la metáfora del ordenador y describen a la actividad cognitiva humana en función de símbolos, esquemas, imágenes, ideas y otras formas de representación mental.</p>
Luria (1962)	<p>En la Europa oriental, siguiendo la tradición pavloviana de estudiar las bases neurobiológicas del funcionamiento psíquico, destaca el aporte de Luria acerca de la génesis de las funciones psíquicas superiores o cognitivas.</p>
Beck (1962)	<p>Considerado como el padre de la terapia cognitiva, elabora un modelo de terapia actualmente reconocida como “Terapia Cognitiva Conductual” (T.C.C), basándose en la utilización de algunos aspectos del modelo del procesamiento de información a partir de sus observaciones de que los sujetos deprimidos vivían en un mundo distorsionado por pensamientos negativos.</p>
Kelly (1966)	<p>Expone que los humanos miran al mundo y a ellos mismos, a través de pautas o categorías cognitivas, “los constructos personales”, que se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y actuar en el mundo.</p>
Neisser (1967)	<p>Plantea como objetivo de la psicología la comprensión de la cognición humana. Consolida a la psicología cognitiva como un nuevo paradigma a partir de tres enfoques: el de la teoría de la información, el del flujo de la información y el del procesamiento de la información.</p>
Bandura (1969)	<p>Demostró la importancia del aprendizaje indirecto y la función de los mediadores cognoscitivos en el afecto y en la ejecución. Resalta la idea de que el aprendizaje es un proceso activo en el que las características personales y procesos cognitivos influyen en el comportamiento, en ocasiones en forma independiente de estímulos, situaciones o reforzadores. Propone el uso del modelamiento o aprendizaje por observación como un medio de alterar patrones de comportamiento.</p>
Mahoney (1974)	<p>Propone la teoría del procesamiento de la información considerando al hombre como un procesador activo de información, cuya actividad fundamental es recibir información, elaborarla y actuar de acuerdo con ella, es decir, el hombre aprende procesando su experiencia mediante un complejo sistema en el que la información es recibida, transformada, acumulada, recuperada y utilizada.</p>

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Mejía, Andrea.

A partir de estos constructos, en los años setenta, comienza a sobresalir la terapia cognitiva, que se define como “el tratamiento que intenta modificar la conducta manifiesta, influyendo sobre las cogniciones del paciente” (Rimm & Masters, 1979).

El objetivo sigue siendo la conducta observada en el sujeto, más entendida y abordada teniendo en cuenta la complejidad del proceso cognitivo. Este proceso cognitivo hace posible que el sujeto perciba, piense, evalúe y actúe bajo patrones de comportamiento específicos, desarrollados a partir de experiencias aprendidas y nacidos en la interrelación entre individuo y ambiente; y cualquier déficit, alteración u error en ese proceso cognitivo es considerado responsable de la aparición del trastorno o conducta desadaptada.

La terapia cognitiva utiliza procedimientos conductuales; entendiendo la alteración del proceso cognitivo como mera conducta manifiesta, y por ello modificable, adquiere valor en la terapia el tipo de pensamiento expresado por el paciente y el componente emocional que lo acompaña, aunque tan sólo el que se expresa intra e intersesión, sin recabar información alguna de aspectos biográficos o inconscientes.

Para ello, “el terapeuta adopta una actitud activa, tanto en la investigación de la distorsión cognitiva como en la programación técnica. Mediante una comprensión activa de los problemas planteados por el paciente, promueve el cambio en el sistema cognitivo y la consecuente adecuación comportamental” (Medina, et al., 1997, p. 597).

1.1.2.2 Definición de psicoterapia cognitiva

La psicoterapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación.

De acuerdo al postulado anterior, Isabel Caro sustenta que “la terapia cognitiva busca alterar las construcciones que hace un paciente sobre sus experiencias. Implica al paciente en un proceso mediante el cual se plantea la influencia que tienen los sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos y conductuales, de organización de la experiencia en su visión de las cosas, y se buscan formas alternativas, válidas y viables de conocer el mundo, y de aportar nuevos significados, transformando todos los sistemas de funcionamiento personal” (Caro, 1997, p. 41).

Por lo tanto, la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten, su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.

La terapia cognitiva, tal como lo expresa J. Beck (2000), propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y conducta de los pacientes. Una evaluación realista y

la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes.

Por su parte Leahy (2003), afirma que “el modelo de terapia cognitiva está basado en la idea que los estados disfuncionales como la depresión, la ansiedad y la ira son frecuentemente mantenidos o exacerbados por pensamientos distorsionados. El papel del terapeuta es ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos idiosincráticos de pensamiento y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica” (Riso, 2006, p. 30).

Por ende, la aplicación de la terapia cognitiva pretende ayudar al paciente a determinar la relación existente entre sus percepciones y cogniciones y las emociones y conductas resultantes, a identificar las percepciones defectuosas y a sustituir estas cogniciones por patrones de pensamiento más adaptativos y funcionales, mediante la persuasión verbal y la comprobación empírica de hipótesis.

1.1.2.3 Principales enfoques y fundamentos de la terapia cognitiva

1.1.2.3.1 El modelo cognitivo de la persona

El pensamiento de las personas es ideográfico, “Nadie piensa exactamente lo mismo que otro ni tan siquiera en los grupos de gran homogeneidad ideológica” (Moreno-Jiménez, 2007); por lo tanto se considera que el pensamiento tiene una configuración personal y una formulación singular.

El estudio de esta forma de configuración se ha efectuado desde varios enfoques, que a pesar de las diferencias entre ellos, insisten en la singularidad del pensamiento personal. Constructos, esquemas, estrategias y modelos mentales son algunas de las formas que se describen a continuación para reflejar esta singularidad:

Los constructos personales

Kelly (1955), propone la teoría de los constructos personales y la describe como una teoría cognitiva de la personalidad que plantea que la conducta, las emociones y en general la acción humana están regidas por la forma que tiene la persona de construir cognitiva y activamente la realidad.

“Los procesos cognitivos son esencialmente activos, de forma que la percepción de la información normalmente sigue pautas organizativas. El proceso de conocer consiste, no en un proceso de almacenar y juntar, sino de organizar e integrar la información que se está recibiendo continuamente, pero este proceso de organización, aunque tenga patrones generalizados, se realiza de forma idiosincrásica e individual.” (Moreno-Jiménez, 2007, p.125).

De acuerdo a esto, un constructo no es otra cosa que una organización mental personal que define el comportamiento del individuo, este término subraya que la idea formada proviene de una construcción activa de la realidad, que además es provisorio y que está constantemente sometido a revisión, ya que los constructos son formas operativas para manejar y enfrentarse a la realidad.

Los esquemas

Los esquemas son una estructura cognitiva que sirve para asimilar, interpretar, guardar y producir información. (Moreno-Jiménez, 2007, p. 127). Neisser (1976), considera el esquema como aquella parte del ciclo perceptivo que es interna al perceptor, modificable por la experiencia y de alguna forma específico con lo que se percibe, una organización activa de estructuras; para este autor es inherente al concepto de esquema su dimensión activa, de forma que no sólo es una información organizada, sino un plan de organización, un proceso constructivo y anticipatorio al cual catalogó como un proceso esquemático.

Desde este modelo, “los esquemas son los que dan estructura a la experiencia; en general, cuando un estímulo es encontrado, se le compara con un esquema y se impone el orden de los elementos del esquema a los elementos del estímulo” (Taylor & Crocker, 1981). Su función la realizan en dos fases, primero realizan una función de codificación y representación que capacita al sujeto para obtener la información necesaria del ambiente y para representarla en la memoria a corto plazo; segundo, realizan una función interpretativa e inferencial que capacita al sujeto para tomar decisiones y resolver problemas.

Este enfoque activo y constructivo del esquema lo presenta como la condición necesaria para los procesos cognitivos, de forma que el constructo de esquema permite realizar una aproximación metodológica al sujeto como agente activo del conocimiento y al análisis del mundo subjetivo de cada persona.

Las estrategias cognitivas

Las estrategias cognitivas son procesos activos de respuesta y de iniciativa para mantener los logros adquiridos y poder continuar en la prosecución de tareas, a pesar de posibles dificultades.

Para Cantor (1990), una estrategia envuelve una colección de procesos entrelazados que se desarrollan en el tiempo y conduce a las personas a la construcción de una particular tarea.

Desde esta perspectiva, las estrategias cognitivas son más que pura cognición, y deben ser consideradas como una densa e inextricable organización de ideas, sentimientos, imágenes, activaciones y acciones; por ello, aunque forman un conjunto cognitivo suponen motivación y emoción.

Los modelos mentales

“Los modelos mentales son representaciones dinámicas y temporales basadas en elementos de nuestras creencias sobre el mundo, que se actualizan ante determinados cometidos a emprender y problemas a resolver” (Moreno-Jiménez, 2007, p. 129).

Desde la perspectiva de Johnson-Laird (1983), las personas razonarían utilizando modelos mentales, es decir, unidades cognitivas proposicionales y visuales, analógicas que podrían ser combinadas y recombinadas.

“Los modelos mentales serían representaciones construidas en cada momento específico como respuesta a las situaciones que aparecen y desaparecen, además su naturaleza sería situacional, de forma que se construirían -aquí y ahora- y formarían la memoria de trabajo de la persona en su interacción con la realidad” (Moreno-Jiménez, 2007, p.130).

De esta manera, los constructos personales, los esquemas, las estrategias cognitivas y los modelos mentales, a pesar de presentar claras diferencias entre ellos, coinciden en mostrar una imagen del conocimiento de la persona básicamente activo, proactivo, consistente en manejar la información y en someter la misma a un determinado orden.

1.1.2.3.2 Los marcos conceptuales de la cognición personal

El sistema cognitivo de la persona implica una conexión entre sus ideas, constructos y esquemas, las cogniciones se unen entre sí formando entramados y sistemas que forman las ideologías y las creencias, dando lugar a sistemas elaborados de pensamiento y a símbolos mentales complejos.

De acuerdo a Moreno-Jiménez (2007), la personalidad necesita referentes cognitivos globales que le permitan situarse en la realidad y orientarse en ella, necesita tener representaciones e ideas del mundo en su conjunto; la necesidad no es sólo de cogniciones o ideas en plural, sino de un sistema organizador de las mismas.

Las ideologías, creencias y símbolos son necesarias para explicar cognitivamente la conducta de las personas, por lo que a continuación se ofrece un detalle de las mismas:

Ideologías

Las ideologías son propuestas teóricas globales que por su misma naturaleza escapan a todo intento de verificación y comprobación.

Brown (1973), define a la ideología como un sistema de creencias sobre temas sociales que ejerce profundo efecto en la estructura del pensamiento, sentimiento y comportamiento. El mismo autor propone las siguientes características de las ideologías:

- Toda ideología da respuestas a cuestiones trascendentales para el individuo definiendo vías de actuación.
- Toda ideología implica a la persona a un compromiso práctico.
- Las ideologías proponen un cuerpo de conceptos o creencias que hay que asumir.
- Las ideologías son también preferencias afectivas.
- El sistema de creencias tiene un núcleo central con variantes periféricas.

De acuerdo a esto, las ideologías serían un mapa de la realidad social y una matriz de pensamiento capaz de crear una conciencia colectiva, por lo que un cambio ideológico global tiene una alta improbabilidad porque las ideologías son el marco de aparición de las ideas y de los pensamientos concretos que sirve a la persona para organizar la percepción de la realidad.

Creencias

Según Rokeach (1960), “el sistema de creencias representa el conjunto de expectativas, hipótesis o creencias, conscientes e inconscientes, que una persona acepta como explicación verdadera del mundo en que vive” (Moreno-Jiménez, 2007).

En consecuencia, se podría considerar a las creencias como subconjuntos de las ideologías o formas parciales de ellas, ya que se comportan como teorías y sirven para explicar parte de la realidad.

Fishbein & Ajzen (1975), han propuesto un doble origen de las creencias; por una parte, las creencias se originan en la propia observación directa e indirecta. La experiencia personal sería la primera fuente de convicciones acerca de cómo es la realidad, las personas, la sociedad y el mundo en general, distinguen dentro de ellas las “creencias descriptivas” que se refieren a supuestas constataciones de cómo funciona la realidad, y “creencias inferenciales” que hacen referencia a algunos supuestos no comprobados directamente. Un segundo tipo de creencias son las “creencias informativas” que provienen de la información que un determinado grupo o colectivo transmite a las personas.

Símbolos

El hombre se caracteriza básicamente por su capacidad de simbolización, la misma que implica una capacidad de abstracción que permite elaborar un símbolo que encierra una idea-concepto, o en un signo, verbal o icónico, una amplia serie de contenidos conceptuales, valores y emociones.

Un símbolo es un signo cargado de significados conceptuales y emocionales, los símbolos son también a veces gestos y objetos que en un contexto transmiten un significado que va más allá de su realidad inmediata.

Moreno-Jiménez (2007), establece que el uso, manejo y elaboración de símbolos es una de las actividades cognitivas más habituales en la persona, los símbolos tienen la peculiaridad de reunir elementos cognitivos y afectivos, nunca son abstracciones frías, sino que en torno a ellos aglomeran emociones intensas.

Por lo tanto, los símbolos sirven de alguna manera para contextualizar y dar sentido a la vida de las personas, consecuentemente, los símbolos y valores en la psicología humana van de la mano para enmarcar la organización de la conducta.

En concordancia con lo anteriormente citado, podría plantearse que las ideologías constituyen el marco cognitivo más amplio, y que dentro de ellas, formando muchos tipos de relaciones se encuentran las creencias, los símbolos y los constructos. En

principio, podría considerarse que las creencias son la segunda categoría cognitiva en extensión, pues albergan habitualmente tanto símbolos como constructos, aunque en el entramado cognitivo de la persona, estas dos últimas categorías pueden aparecer y estar presentes de muchas formas.

Por otra parte, al hablar de la fundamentación de la terapia cognitiva, “es necesario relacionar los aspectos conceptuales de la cognición personal y partir de un modelo de diathesis-estrés, el cual sostiene que para que la patología tenga lugar deben confluir tanto el evento estresante como la vulnerabilidad cognitiva; el acontecimiento estresante no es suficiente por sí mismo para que el trastorno ocurra, como tampoco lo es la manera inadecuada de procesar la información, la alteración se produce en la confluencia de ambos factores” (Clark & Beck en Riso, 2006).

Siguiendo este principio directriz, el terapeuta debe adoptar la idea de que la manera en que los pacientes perciben y, en consecuencia, estructuran cognitivamente el mundo es lo que determina sus emociones y su conducta, por lo tanto el papel del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a darse cuenta de sus cogniciones y de cómo éstas influyen su afecto y su conducta.

De acuerdo a Riso (2006), “la aplicación de la terapia cognitiva al caso individual se basa en la conceptualización clínica cognoscitiva cuya fundamentación teórica proviene de la psicología cognitiva, del paradigma del procesamiento de información, de unos principios teóricos debidamente validados y una metodología

específica, que guían la recolección de información significativa y la generación constante de hipótesis clínicas” (Riso, 2006, p.29).

Consecuentemente, se colige que la terapia cognitiva es una psicoterapia sistematizada que utiliza procedimientos cognitivos para la identificación y modificación de estructuras informacionales del pensamiento, así como de aspectos relacionados con la filosofía de vida, los valores, las motivaciones y creencias del paciente.

El papel de la terapia cognitiva consiste en enseñar al individuo a considerar que sus creencias son hipótesis, y no hechos, y a buscar formas alternativas de analizar la situación y encontrar distintas respuestas gracias a nuevas formas de pensar; se puede lograr este cambio cognitivo principalmente mediante lo que Beck denominó un diálogo socrático o descubrimiento guiado, por el que el terapeuta identifica y pone en duda las creencias sobre determinadas cuestiones. Esta metodología se utiliza para ayudar al individuo a identificar patrones de pensamiento distorsionado que están contribuyendo a sus problemas, anima al individuo a considerar y evaluar distintas fuentes de información que proporcionan pruebas sobre la realidad o irrealidad de las creencias que tiene.

1.1.2.3.3 Terapia cognitiva de Aaron Beck

“Aaron Beck ha sido un pionero en el desarrollo de tratamientos cognoscitivos conductuales para una variedad de problemas clínicos” (Beck, 1991). Inicialmente su trabajo fue de psiquiatra con una formación psicoanalista que trató de validar los conceptos psicoanalíticos de la depresión, y que pasó luego a elaborar un modelo breve de terapia.

Inicia el desarrollo de la que denominó “Terapia Cognitiva” a principios de la década de los sesenta en la Universidad de Pensylvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente.

De acuerdo a Medina, et al. (1997), Beck considera que el desarrollo y mantenimiento de la depresión se debe a tres factores:

1. La tríada cognitiva: visión negativa de sí mismo, interpretación negativa de las experiencias y visión negativa del futuro.
2. Patrones negativos, que hacen que se mantenga dicha tríada.
3. La unión de la tríada con los patrones cognitivos dan como resultado errores en los procesos de información, favoreciendo la predisposición y el mantenimiento del cuadro depresivo.

Terapéuticamente se persiguen dos objetivos: que desaparezcan los síntomas y que el pensamiento se reestructure. Para ello se procede en dos fases: una diagnóstica y otra terapéutica propiamente dicha.

En la fase diagnóstica se investigan, analizan y evalúan las distorsiones cognitivas, especificándose los objetivos terapéuticos. En la segunda fase, el paciente ha de aprender a distinguir entre pensar y creer, mediante autoobservaciones con razonamientos lógicos, generándose así formas de pensar alternativas y estables, con las que el paciente argumente y de respuestas a sus cogniciones desadaptativas. El terapeuta, muy directivo al comienzo del tratamiento, irá pasando a un segundo plano, en el momento en que el paciente asuma y sepa aplicar el procedimiento aprendido.

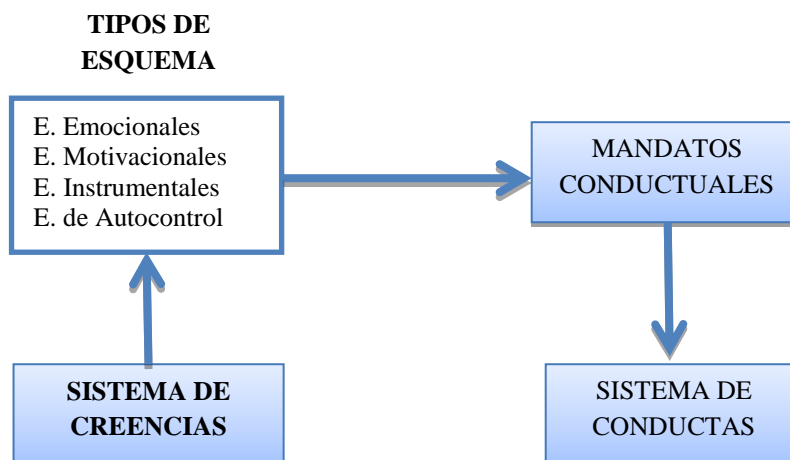
Beck (1979), además describe varios procesos cognitivos que es probable que conduzcan a emociones, conductas y consecuencias motivacionales negativas, estos procesos se denominan distorsiones cognitivas y tienen el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento relativamente inocuo, en uno que se experimenta como negativo. En la siguiente clasificación se recopilan las antes mencionadas distorsiones cognitivas:

- 1. Inferencia arbitraria:** Se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. **Abstracción selectiva:** Se refiere a centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.
3. **Generalización excesiva:** Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas.
4. **Magnificación y minimización:** Se refiere a los errores cognitivos cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.
5. **Personalización:** Se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión.
6. **Pensamiento absolutista dicotómico:** Se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, como bueno-malo. “Para describirse así mismo, el paciente emplea las categorías del extremo negativo” (Dobson & Franche, 2008, p.497).

La clave de todo el modelo cognitivo se fundamenta en el concepto de “esquema”, por lo que el pensamiento de Beck puede representarse en el Gráfico 1.1 que figura a continuación:

Gráfico 1.1: Modelo cognitivo de Beck



Fuente: Moreno-Jiménez (2007).
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Según el gráfico, el punto de partida de todo el proceso estaría en el sistema de creencias de la persona, que daría lugar a esquemas de tipo emocional, motivacional, instrumental y de autocontrol, el conjunto de estos esquemas se transformarían en mandatos de conductas, en programas de actuación en un determinado sentido que serían los que darían lugar a las conductas específicas y situacionales. “Si se quiere intervenir en las conductas, el procedimiento debe centrarse en la actuación sobre los procesos cognitivos que llevan a tales conductas” (Moreno-Jiménez, 2007, p. 178).

1.1.2.3.4 La modificación de los errores de razonamiento y la implantación de razonamientos lógicos

Balarezo (2003) señala que así como determinados problemas se derivan de la falta de conocimiento o conocimientos insuficientes sobre diferentes tópicos, en otras ocasiones se observa una distorsión o desproporción en los conceptos o actitudes que el paciente tiene sobre los hechos de su experiencia.

En el primer caso se procede con el abordaje explicativo sobre la etiología o en general con técnicas que proporcionen información, en el segundo caso es apropiada la utilización de comunicaciones que persuadan o modifiquen los pensamientos y actitudes del sujeto.

“Las técnicas persuasivas influyen en la dinámica cortical modificando en sentido positivo la conciencia del sujeto y encontrando repercusión en la esfera emocional, la actividad endócrino-vegetativa y en los demás procesos fisiológicos. Deshacen los errores de razonamiento suprimiendo conexiones y estructuras dinámicas corticales de tipo patológico y reelaborando críticamente toda la situación patogénica” (Balarezo, 2003, p.80).

Las siguientes técnicas de terapia cognoscitiva de acuerdo a Beck (1979), podrían utilizarse para modificar patrones de pensamiento disfuncionales que conducen a la depresión y a otros afectos negativos:

- Programar actividades para contrarrestar su inactividad relativa y su tendencia a enfocarse en sus sentimientos negativos.
- Incrementar las tasas de actividades agradables al igual que de aquellas en que experimenta algún grado de dominio.
- Ensayo cognoscitivo: hacer que el paciente imagine cada paso sucesivo que conduce a la conclusión de una tarea importante, de modo que puedan identificarse, anticiparse y abordarse los impedimentos potenciales.
- Capacitación en asertividad y representación de papeles.
- Identificación de pensamientos automáticos que ocurren antes o durante los episodios disfóricos (por ejemplo, “No puedo hacer nada bien”).
- Examinar la realidad o precisión de estos pensamientos al desafiar con amabilidad su validez.
- Enseñar al paciente a retribuir la “culpa” de las consecuencias negativas a la fuente apropiada.
- Ayudar al sujeto a buscar soluciones alternativas a sus problemas, en lugar de resignarse a su insolubilidad.

1.1.3 Terapia racional

1.1.3.1 Origen y evolución

Según Lega (2008), desde una mirada filosófica, la terapia racional se remonta a dos corrientes antiguas: la filosofía oriental con Buda y Confucio, que implícitamente afirma: “Cambia tu actitud y podrás cambiarte a ti mismo”, y la filosofía griega y romana, con Epícteto, Marco Aurelio y el movimiento estoico en general, quienes resaltaron la importancia de la filosofía individual en el trastorno emocional.

De acuerdo al mismo autor, “el postulado que mantiene que: No nos preocupan las cosas sino la visión que tenemos de ellas, se convirtió en la base de lo que más tarde fue la terapia racional” (Lega, 2008, p.481).

Ellis, creador y principal representante de la terapia racional al desarrollar su teoría fue influenciado por filósofos como Kant, y sus escritos sobre la importancia de las ideas, y por Russell, de quien vino la idea de utilizar los métodos empíricos de la ciencia y la lógica en la práctica de esta terapia.

Por otra parte, desde un punto de vista psicológico, dos tendencias psicoanalíticas tuvieron influencia en el desarrollo y evolución de la terapia racional, la de Karen Horney, quien habla de la “tiranía de los deberías” o exigencias culturales y

familiares internalizadas en las estructuras superyoicas, que juegan un papel relevante en las neurosis; y la de Alfred Adler, quien emplea el término de “esquema aperceptivo”, para referirse a creencias inconscientes aprendidas en la época infantil en una determinada atmósfera familiar, que son constituidas en las etapas preverbales del desarrollo y que junto a las “opiniones secundarias” (creencias adquiridas en la etapa de socialización y verbal de desarrollo), guían la conducta de todo individuo. Cuando los esquemas aperceptivos no son modulados por adecuadas opiniones secundarias en el proceso de socialización, debido a fallos en la crianza y relación con los adultos, el individuo se ve evocado a imponer y perseguir sus metas inconscientes de modo rígido y asocial, produciendo psicopatología.

De la misma manera, “tuvo una gran influencia proveniente de los pioneros del movimiento conductista como Watson, quien afirmaba que era posible generar cualquier tipo de conducta deseada con solo controlar el ambiente de la persona” (Ellis, 1989). La técnica se ha ido desarrollando paulatinamente y es aplicada en modalidades tanto individual como de grupo y en una gran variedad de poblaciones y problemas.

Un reporte de Grieger (1985), indica que la terapia racional-emotiva fue desarrollada como tal en 1955, en una conferencia dada por Albert Ellis en el congreso de la American Psychological Association. De la misma manera, Huber (1985), afirma que el modelo ABC para la terapia fue publicado por primera vez en 1958 y ampliado en 1984, como respuesta a una creciente necesidad de mayor elaboración y de una delineación más precisa de dicho modelo. De acuerdo a Dryden & Golden (1986), en

la formulación de la TRE intervinieron factores teóricos provenientes del amplio bagaje filosófico que poseía Ellis, y también factores personales, como la aplicación a sí mismo de las técnicas conductistas de Jonh B. Watson, en un intento de sobreponerse a sus propios sentimientos de timidez frente al sexo opuesto, a la edad de 19 años.

1.1.3.2 Definición de terapia racional

La terapia racional adopta algunas denominaciones similares que reflejan de algún modo la intervención verbal con recursos persuasivos. “Puede denominarse terapia explicativa, cuando en la intervención se destaca la actitud directiva del terapeuta para exponer libremente sus criterios o explicar e interpretar contenidos de la conducta del sujeto” (Balarezo, 2003, p. 73).

Igualmente, se la denomina terapia persuasiva en el sentido de modificar elementos indeseables en el paciente empleando los recursos racionales de su intelecto, a efecto de lo cual, el terapeuta “convence” y modifica en su interlocutor actitudes, pensamientos, sentimientos o conductas aprovechando su juicio y razonamiento.

Balarezo (2003) señaló que en el terreno conductista se refieren al “cambio de rotulación cognoscitiva”, para relacionar los problemas psicológicos derivados de

conceptualizaciones erradas o equivocadas y que requieren una modificación a través de las vías del aprendizaje.

Al respecto, fisiológicamente se explica el establecimiento de conexiones temporales de tipo patológico que imprimen aprendizajes desfavorables para el sujeto, determinando algunas manifestaciones psicopatológicas. No obstante, la impresión de comportamientos en el individuo, cuyas consecuencias le son inclusive desagradables, no suponen únicamente una intervención verbal de conocimiento o convencimiento acerca de nociones comportamentales o conductuales. La patología involucra otros campos psicológicos tales como la vida afectiva, la fuerza del hábito, las motivaciones del sujeto, sus aptitudes para resolver problemas.

1.1.3.3 Modelo terapéutico racional

La terapia racional emotiva, se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo y de su interpretación de la realidad. Por esta razón, su meta primordial es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos disfuncionales y ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal y social.

“La terapia racional emotiva tiene como objetivo inducir al paciente a que reconozca lo absurdo de sus pensamientos y creencias, los abandone y adopte nuevos patrones cognitivos realistas y adaptados” (Medina, et al., 1997, p. 597).

Para Ellis, los modos inadaptados de construir el mundo y las creencias irracionales que los mantienen son la causa del sufrimiento de la persona; por lo que el esquema básico sobre el que trabaja esta terapia es enseñar al paciente el A-B-C de la información de la cognición y la creación del trastorno, donde C (consecuencias emocionales) no deriva directamente de A (hecho activador), sino de un sistema de creencias (B) acerca de estos hechos activadores.

El terapeuta enseña al sujeto a discutir y cuestionar enérgicamente su irracional sistema de creencias (B) hasta adquirir uno nuevo, adaptado cognitivamente a la realidad y con el que enfrentarse a su entorno.

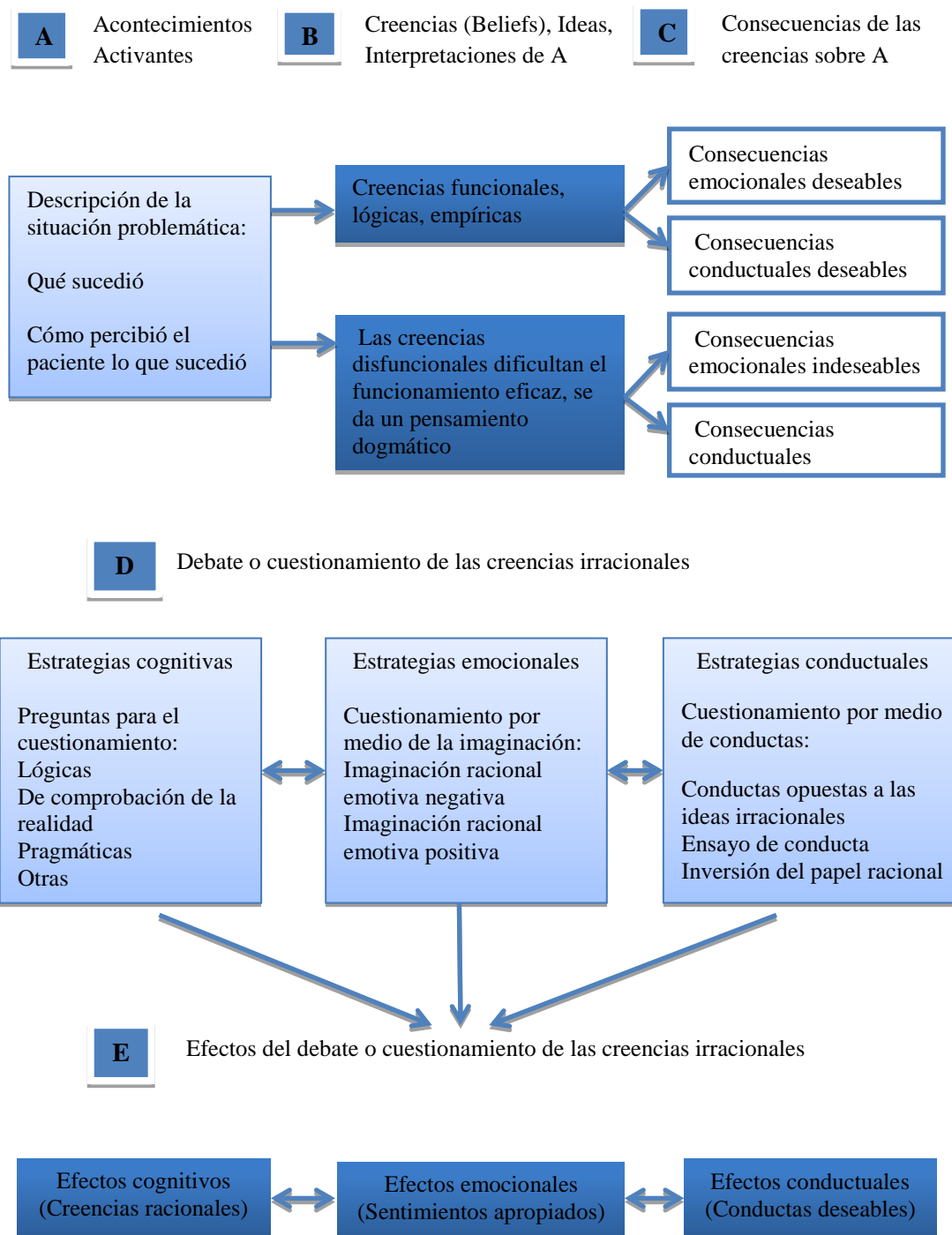
1.1.3.3.1 El ABC de la Terapia Racional

Constituye un amplio marco de referencia donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes, se lo describe de la siguiente manera:

- A:** Por “Activating Event”, representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).
- B:** Por “Belief System”, representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.
- C:** Por “Consequence”, representa la consecuencia o reacción ante “A”. Pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

“Este modelo de funcionamiento psicológico, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general” (Ellis, 1975). En el Gráfico 1.2 presentado a continuación, se esquematiza este modelo en el que es posible apreciar la representación de la conducta a través de la terapia racional:

Gráfico 1.2: Esquema de representación de la conducta a través de la Terapia Racional



Fuente: Ruiz & Cano (2010).
Elaborado por: Mejía, Andrea.

1.1.3.3.2 El razonamiento y su utilidad

El razonamiento es la facultad que permite resolver problemas, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los hechos, estableciendo conexiones causales y lógicas necesarias entre ellos; esta modalidad de pensamiento en la que se integran series de juicios se refiere a la toma de decisiones y se relaciona con la conducta humana propositiva, ayudándose de la experiencia y del contexto. Además, se corresponde con la actividad verbal de argumentar, ya que un argumento es la expresión verbal de un razonamiento, después de haberse establecido principios de clasificación, ordenación, relación y significados.

“El razonamiento está asociado a la emoción y se presenta acompañándola, precediéndola o siguiéndola, por tal razón la terapia racional se centra en la descripción y reconocimiento de las autoverbalizaciones para contrarrestarlas mediante la práctica opuesta o antagónica” (Balarezo, 2003, p. 81).

El ser humano no puede encontrar una felicidad absoluta porque está sometido a los siguientes contingentes:

- Evolución filogenética y ontogenética. Los primeros años ocurren en un marco dependiente de los adultos pudiendo intervenir esta situación como tendencia biológica atávica en el presente.

- Tendencias fisiológicas hacia la formación de hábitos de inercia, anhelo de excitación, tendencias a la acción o inacción, las mismas que pueden interferir en el pensamiento sano.
- La influencia social, ante cuyo requerimiento se plantean situaciones de conflicto entre intereses individuales y grupales (autoexpresión y aceptación social).
- La tendencia general al hedonismo a corto plazo.

Una idea de Ellis (1956) leída en una publicación de Balarezo (2003) propone: La razón es un capataz exigente, aunque nunca es absolutamente buena o segura. No existe una línea divisoria entre lo razonable y lo que no lo es y el razonamiento en su extremo puede tornarse irracional y perjudicial como en los siguientes casos:

1. Un grado de emoción es necesario y sería irracional no tener nunca reacciones intensas con ciertos prejuicios.
2. Los gustos o preferencias irracionales pueden añadir considerable placer o interés a la vida.
3. La razón, al extremo, se hace ineficaz y autoderrotista.
4. Una idea totalmente razonada daría una existencia mecánica y fría.

Por lo tanto, la racionalidad planteada no es perfeccionista ni absolutista como tampoco un fin; es un medio para agregar bienestar al individuo y disminuir padecimientos. Lo racional significa inteligente, eficaz, no autoderrotista y la emoción, sensibilidad, creación, arte. Sin negar los sentimientos normales y ligeros de

frustración o de pérdida, se pueden evitar las agudizaciones y permanencias innecesarias.

“En el proceso terapéutico el paciente va descubriendo las autoverbalizaciones que son frases ilógicas, irracionales y generalmente internalizadas, para analizar la falta de información y de lógica existentes detrás de sus pensamientos y sobre la base de pensamientos más claros y lógicos, efectivizar la práctica antagónica y opuesta que cambie las nociones e ideas que han creado su perturbación” (Balarezo, 2003, p. 85).

1.1.3.3.3 Ideas irracionales propuestas por Ellis

“La importancia del lenguaje y del pensamiento simbólico en la aparición y mantenimiento de los trastornos hizo que Ellis se centrara en los procesos por los que se mantienen y perpetúan los trastornos emocionales y conductuales, las ideas irracionales” (Moreno-Jiménez, 2007).

De acuerdo a Ellis, el elemento principal de una alteración psicológica se encuentra en la evaluación irracional y poco funcional que hace el individuo de la realidad o situación que le rodea, dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas sobre uno mismo o sobre otros, y que sólo sirven para sabotear sus propósitos básicos, ya que generan emociones y conductas que dificultan la obtención de los mismos.

De este tipo de pensamiento se derivan las ideas irracionales planteadas por Ellis, las mismas que a continuación se describen en la Tabla 1.2, en la que además se exponen criterios que explican la razón por la cual estas ideas son de carácter ilógico, y los métodos para oponer a estas ideas:

Tabla 1.2: Ideas irracionales propuestas por Ellis

IDEA IRRACIONAL	ES ILÓGICA PORQUE	MÉTODOS PARA OPONER
<p>1. APROBACIÓN SOCIAL <i>“Creer que es necesario ser amado y aprobado por todo el mundo en todo lo que se hace”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Es una meta inasequible y perfeccionista. -En ninguna oportunidad se conseguirá todo. -Se gastaría mucho tiempo y energía buscando esta aprobación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Concentrarse en la propia estimación. -Conseguir aprobación para fines necesarios. -Querer antes que ser querido.
<p>2.MIEDO AL FRACASO <i>“Creer que uno debe ser por entero competente, apto y eficaz en todos los aspectos posibles”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nadie puede poseer perfecta competencia y maestría en la mayoría de los aspectos. -La dedicación fanática al éxito ocasiona malestar. -La lucha por el éxito refleja un miedo al fracaso y por lo tanto a arriesgarse. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar las propias realizaciones, no las de los demás. -Hacer más, antes que hacer con perfección. -Aceptarnos como personas imperfectas y con fallas.
<p>3.ACUSACIONES Y AUTOACUACIONES <i>“Creer que ciertas personas son malas, villanas y malvadas y que deben ser severamente castigadas”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -No es adecuada la dicotomía, “buena” y “mala”. -La gente que realiza actos inapropiados o antisociales son generalmente deficientes, ignorantes o emocionalmente trastornados. -Condenar a otra persona o a uno mismo conlleva hostilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> -En depresiones y culpabilidades descubrir las frases autoacusadoras. -Cuando se encolerice contra otros, reconocer el propio perfeccionismo.
<p>4.FRUSTRACIÓN <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"> -Aunque a veces es desagradable, rara vez es catastrófico. -Los niños no toleran, los adultos sí. -En las frustraciones inevitables no se obtiene nada trastornándose. 	<ul style="list-style-type: none"> -Analizar si las frustraciones son realmente desfavorables y cuando así es, tomarlas con voluntad y realismo. -Las frustraciones son propias de la existencia. -Se pueden utilizar recursos compensatorios.
<p>5.AUTODOMINIO <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"> -Lo externo sólo nos daña físicamente e incluso esto se puede contrarrestar. -Una gran parte de los aspectos psicológicos los forma uno. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ante daños físicos reales, evitarlos o distraerlos. -Aceptar que algunos trastornos son ocasionados por las propias ideas.
<p>6.ANGUSTIA <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"> -Atormentarse no resuelve nada. -La cualidad peligrosa se exagera con frecuencia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuando es posible enfrentarse directamente al peligro o tratar de hacerlo menos peligroso. -Pensar en otras cosas activamente.
<p>7.AUTODISCIPLINA <i>“Creer que es más fácil evitar las dificultades y las responsabilidades de la vida, que poner en práctica formas de autodisciplina más satisfactorias”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -La evitación de ciertas dificultades le desmejoran al individuo. -Toma solo en cuenta el momento de la decisión y no sus consecuencias. 	<ul style="list-style-type: none"> -La única forma de resolver los problemas difíciles está en abordarlos con decisión. -Determinar tareas necesarias primarias y secundarias y actuar prontamente.

8.PROSPECTIVA

“Creer que el pasado es de total importancia y que si alguna vez afectó profundamente la vida nuestra, lo hará indefinidamente”

9.ACEPTACIÓN DE LA REALIDAD

“Creer que la gente y las cosas deberían ser diferentes y que es catastrófico no encontrar soluciones perfectas a la realidad”

10.SUPERACIÓN DE LA INERCIA Y CONCENTRACIÓN CREADORA

“Creer que la felicidad humana puede lograrse por medio de la inercia y la inacción o -gozando de sí mismo- pasivamente y sin comprometerse”

11.CONFIANZA EN SÍ MISMO

“Creer que necesitamos alguna cosa más fuerte o mayor que nosotros mismos en que confiar”

-Si uno sigue dejándose influir indebidamente por sus pasadas experiencias, comete el error ilógico del exceso de generalización. -Muchos de los aspectos de la conducta que son apropiados en un momento determinado, son decididamente inapropiados en otro. -Aceptar que el pasado es quimérico.	-Debemos aprender de nuestras experiencias pasadas pero sin darles demasiada importancia. -El pasado nos debe servir para el presente y futuro.
-No hay razón para que la gente sea diferente de como lo es. -No hay soluciones absolutamente justas y perfectas. -El perfeccionismo es una filosofía autoderrotista.	-Si la gente actúa mal contra usted, pregúntese si vale la pena irritarse. -Combata incesantemente su perfeccionismo. -Puesto que no hay soluciones perfectas, simplemente acéptense componendas y soluciones razonables.
-El bienestar humano parece consistir en absorberse en la gente y los sucesos exteriores. -La confianza en sí mismo parece estar intrínsecamente relacionada con la actividad.	-Debe absorberse vitalmente en algunas personas u objetos fuera de uno mismo. -Hablarse a uno mismo no es suficiente, debe empujarse a la acción.
-Expresa una relación de dependencia hacia los demás. -Nosotros podemos resolver nuestros problemas.	-Es mucho mejor valerse por sí mismo. -La madurez se expresa en el autodomínio.

Fuente: Balarezo (2003).
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Como consecuencia de este tipo de procesos irracionales, las emociones y las conductas pueden adoptar formas disfuncionales, lo que suele generar la aparición de una serie de trastornos emocionales y conductuales. Las ideas irracionales aplicadas a los acontecimientos suelen dar lugar a una serie de emociones inapropiadas, por lo que “la acción terapéutica consiste no en suprimir las emociones, lo que no sería posible, sino en cambiar las ideas irracionales en funcionales de tal manera que se generen emociones apropiadas” (Moreno-Jiménez, 2007, p. 176).

1.1.3.3.4 Reestructuración racional

El terapeuta debe ayudar a los pacientes a aprender a etiquetar las situaciones en forma más realista, para facilitar esta reestructuración racional de circunstancias, el terapeuta debe utilizar en ocasiones razonamientos o discusiones en un intento por lograr que los pacientes vean la irracionalidad de sus creencias.

Además de ofrecerles un análisis racional de sus problemas, “el terapeuta puede intentar enseñarles a modificar sus enunciados internos, es decir, se les puede enseñar que cuando comiencen a sentirse mal en situaciones reales, deben hacer una pausa y preguntarse qué se están diciendo en esas circunstancias” (Trull & Phares, 2001, p. 391).

Los mismos autores argumentan que en otros casos, el terapeuta puede hacer que los pacientes en la sala de terapia imaginen situaciones o problemas particulares; todo esto puede combinarse con ensayo conductual, tareas en vivo, modelamiento, etc.

Por tanto, la reestructuración racional no es un procedimiento autónomo derivado en forma teórica, sino una serie ecléctica de técnicas que pueden adaptarse a las demandas particulares de la situación del paciente.

1.1.3.4 Objetivos que persigue la terapia racional

El pensamiento está asociado a la emoción y se presenta acompañándola, precediéndola o siguiéndola. Por tal razón, básicamente, “la terapia racional se centra en la descripción y reconocimiento de las autoverbalizaciones para contrarrestarlas mediante la práctica opuesta o antagónica” (Balarezo, 2003, p.81).

Por lo tanto, la terapia racional pretende modificar los sentimientos y las acciones a través de una intervención sobre los procesos cognitivos, teniendo como objetivos principales los siguientes:

- a.** Ayudar al paciente a identificar emociones y conductas problemáticas, e identificar los pensamientos disfuncionales que las sustentan.
- b.** Que el paciente reconozca las relaciones existentes entre el pensamiento, el afecto y la conducta para refutar esas creencias contraproducentes e identificar las creencias alternativas racionales.
- c.** Sustituir los pensamientos disfuncionales por interpretaciones más realistas y lógicas.

1.1.3.5 Condiciones para la aplicación de la terapia racional

De acuerdo a Balarezo (2003), es importante tomar en cuenta las condiciones y recomendaciones que se detallan a continuación para el buen uso de la terapia racional:

- Es factible su empleo cuando el nivel de integración del paciente es adecuado, de otro modo es inútil cualquier esfuerzo racional.
- El paciente debe poseer buena capacidad intelectual o por lo menos mantenerse dentro de límites normales. Las capacidades limitadas crean problemas de aplicación.
- Es mejor el uso de esta técnica cuando el nivel cultural es así mismo elevado, en niveles bajos es preferible el empleo de recursos sugestivos.
- Puede acogerse a procedimientos directivos o no directivos, lo cual dependerá de las condiciones del paciente.
- La terapia racional no se restringe exclusivamente al terreno del aconsejamiento, antes bien procura despertar el espíritu autocrítico en el sujeto.

Desde esta perspectiva, surge la psicoterapia racional-explicativa a partir de la necesidad clínica de dotar al paciente de herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de la enfermedad, este tipo de intervención está encaminada esencialmente a la proporción de información que pretende incrementar el conocimiento de la enfermedad, la adquisición de una conciencia de enfermedad realista y positiva y de los procedimientos terapéuticos

para tratarla. Esta transferencia de información es realizada en un espacio psicoterapéutico en el que el apoyo emocional compone un factor fundamental para aliviar la carga emocional del paciente, reforzar sus fortalezas, recursos y habilidades para hacerle frente a su enfermedad y contribuir con su propia salud y bienestar, ya que cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Consecuentemente, una intervención por medio de la técnica de psicoterapia racional-explicativa eficaz va mucho más allá de la transferencia de información y aspira modificar actitudes y conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad y en la adhesión al tratamiento como uno de los recursos principales de auto-cuidado del paciente, todo esto con el propósito de mejorar su calidad de vida.

1.1.4 La psicoterapia racional-explicativa y la proporción de información

Involucra algunas estrategias especiales que tienen relación con las comunicaciones conocidas como proporción de información, consejo directo, esclarecimiento e interpretación. “Considera como instrumento primordial el abordaje explicativo sobre la etiología que explica al enfermo las causas y esencia del estado patológico, lo mismo que los mecanismos de formación de los síntomas que le aquejan” (Balarezo, 2003, p. 75).

La proporción de información constituye una habilidad que el terapeuta debe manejar para aportar información que ayude en la educación del paciente y en aspectos relevantes de su bienestar y cuidado de sí mismo, siendo el consejo directo una de las herramientas principales para cumplir con este cometido, al presentar al paciente ideas alternativas relacionadas con la resolución de problemas. De la misma manera, las técnicas de comunicación terapéutica referidas al esclarecimiento e interpretación, ayudan a clarificar e interpretar los sentimientos, ideas y percepciones del paciente, aportando con una relación explícita entre estos factores y sus conductas.

La psicoterapia explicativa se relaciona directamente con la educación terapéutica, por cuanto implica “todo proceso educativo que, dirigido a una población enferma, pretende mejorar su calidad de vida y su bienestar social, a través de una modificación de actitudes, aptitudes y hábitos, en sentido positivo, y mejorando el cumplimiento terapéutico” (Marqués, 2004, p. 33).

La base de cuadros angustiosos radica, en innumerables ocasiones, en el desconocimiento completo de lo que ocurre en la vida psicológica del paciente o lo que vendrá en el futuro. La angustia anticipada, la incertidumbre ante futuras decisiones, los temores ocultos, el conflicto ante dos o más alternativas, las expectativas de una enfermedad o una intervención quirúrgica, son algunos de los escenarios donde puede presentarse ansiedad de alarma.

Además, Balarezo (2003), manifiesta que los pacientes frecuentemente plantean como una de las metas de su asistencia al psicólogo la explicación de las causas de su trastorno. Es importante tomar en cuenta que en toda enfermedad, no solamente psíquica, sino también somática, siempre cumplen un gran papel los componentes psicógenos, por lo que su abordaje debe ir encaminado a la complacencia racional de las inquietudes que estos cuadros generan en el paciente.

“Una especial atención merece el caso de las enfermedades orgánicas y su pronóstico, ya que usualmente el médico encomienda al psicólogo la información sobre la malignidad de la enfermedad” (Balarezo, 2003, p. 76).

1.1.4.1 Proporción de información

Las proporción de información se utiliza con el fin de orientar adecuadamente a los pacientes, facilitando la comprensión de aspectos desconocidos o entendidos erróneamente, esta información puede estar apoyada en diversos medios para su transmisión y puede suministrarse a través de folletos, videos o mediante la simple conversación.

Las técnicas de la proporción de información constituyen una herramienta esencial dentro del quehacer terapéutico, por ende el psicólogo debe estar preparado para abordar y manejar esta técnica, la misma que debe estar enmarcada dentro de una relación de ayuda hacia el paciente.

De acuerdo a Bluestone, Stool & Kenna (1996), “la información debe ser lo más franca, sencilla, verídica y amplia posible, de acuerdo a la capacidad del paciente para entenderla” (Oblitas & Palacios, 2009).

Así mismo, para que la psicoterapia racional-explicativa y el proceso de proporción de información que conlleva sea efectivo, es fundamental utilizar técnicas de comunicación terapéutica que sirvan como pautas para interacciones eficaces con el paciente y que permitan el establecimiento de un marco de aceptación, interés, honestidad y asistencia, favoreciendo la relación terapéutica, por lo que el dar la oportunidad de expresar los sentimientos, el responder con empatía y el ayudar a crear un entorno de apoyo y esperanza es vital para beneficiar a la relación de ayuda que se estructura con el paciente.

1.1.4.2 Técnicas de comunicación terapéutica y su aplicación

En toda entrevista terapéutica, más aún en el abordaje explicativo, el psicólogo utiliza un amplio espectro de recursos verbales, los mismos que se centran en el paciente y en favorecer la dinámica del proceso, algunas de estas intervenciones se detallan a continuación de acuerdo a la propuesta de Balarezo (2003):

- **Reformulación de contenido:** Consiste en la intervención inmediata, repitiendo o reformulando con pequeñas modificaciones, lo expresado por el paciente. Sirve para mejorar su entendimiento y comprensión mediante la

percepción de la propia experiencia. Además favorece el vínculo porque demuestra atención por parte del terapeuta.

- **Recapitulación:** Constituye una síntesis de comunicaciones más amplias, buscando recortar los elementos significativos del relato. Persigue como objetivo la estimulación de la capacidad sintética del paciente además de resaltar los elementos significativos de un tema determinado.
- **Interrogación:** Es una de las comunicaciones mayormente empleadas en la entrevista psicológica, su importancia es mayormente significativa en el periodo de investigación. Las preguntas deben realizarse en forma directa, clara y precisa, evitando interrogantes suspicaces, acusadoras o contestables con monosílabas que escasamente promueven la profundización en el relato.
- **Proporcionar información:** Dado que el terapeuta es también un medio de cultura humana y psicológica, asume la información de aspectos que aclaren situaciones desconocidas o conocimientos distorsionados. Es factible que se empleen recursos auxiliares de variada índole como ayudas audiovisuales, lecturas, etc.
- **Generalización:** Es una intervención que se relaciona con la extensión o ampliación del problema del paciente a los demás o a otros casos. La utilidad de esta comunicación radica en que sirve como una frase tranquilizadora que facilita la verbalización de los problemas del paciente sin que se sienta culpable o amenazado.

- **Incitación general:** Es toda estimulación que anima al paciente a continuar su relato o su acción. Generalmente son comunicaciones breves enunciadas como exhortaciones de tipo verbal y no verbal, sirviendo además para reorientar los temas de discusión.

- **Confrontación o señalamiento:** Se refiere a las precisiones y rectificaciones de los enunciados del paciente. En los señalamientos se llama la atención sobre elementos o contenidos que se han pasado por alto en el relato, o se muestran relaciones peculiares entre los fenómenos. En la rectificación de enunciados se relieván las limitaciones de comprensión, las contradicciones y las actitudes defensivas.

- **Operaciones de encuadre o estructuración:** Se relacionan con todas las especificaciones referentes a la estructuración de la relación terapéutica que tienden a repetirse durante el proceso cuando el paciente solicita mayor dirección, surgen fenómenos transferenciales o se manifiestan problemas espaciales o temporales en el contacto.

- **Reafirmación o técnica de apoyo:** Es una comunicación que alienta o presta apoyo emocional al paciente basándose en sus logros y capacidades presentes o anteriores. Contrarresta los sentimientos de inadecuación del sujeto mejorando la autoestima y disminuyendo la ansiedad.

- **Reflejo de sentimientos:** Es la intervención que demuestra al paciente una comprensión correcta de lo que él siente o experimenta; sirve para mejorar la relación y ayudarlo a expresar sus sentimientos sin temor. Requiere de una

postura alerta del terapeuta para identificar los afectos o sentimientos del paciente, verbales o no verbales, para ubicarse como un espejo que refleje dichas emociones y al mismo tiempo manifieste comprensión sobre su actitud.

- **Silencio:** Comprende todas las pausas que iniciadas por el paciente o el terapeuta tienen aplicación o utilidad en el tratamiento. Puede servir para que el enfermo asuma la responsabilidad de sus problemas hablando de ellos, para controlar el ritmo del proceso, para ayudarle al sujeto en la asimilación de sentimientos o pensamientos, o para crear un ambiente de angustia necesario para la terapia.

- **Interpretación:** Es la intervención que identifica y define las relaciones y significados de la conducta del paciente. Se interpretan tanto los resultados de los reactivos como los elementos del relato y las actitudes frente al contacto interpersonal buscando elementos etiológicos, relaciones entre el comportamiento actual y el pasado y componentes implícitos de una conducta. A veces se parte de señalamientos sobre hechos que se han pasado por alto o conexiones entre varios elementos. Como interviene altamente el factor subjetivo, en ocasiones se la realiza en forma hipotética para suavizar sus efectos reactivos. Las interpretaciones deben ser adaptadas y graduadas de acuerdo a las condiciones del paciente.

Siguiendo la idea de Balarezo (2003), la comunicación verbal constituye solo un elemento del intercambio psicoterapéutico durante las sesiones racionales; otra parte de la relación se desprende del contacto no verbal, por lo tanto el terapeuta debe

observar y tomar en cuenta los aspectos relacionados con la fuente de expresión gestual que tiene conexión con el contenido verbal de la entrevista y la experiencia afectiva del paciente, así como el grado de conciencia de su conducta.

1.1.4.3 Consideraciones para la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa y la proporción de información

Morrison (2008) recoge la sugerencia de Ley (1998), que indica que es mejor proporcionar información de manera estructurada y utilizando un lenguaje y una terminología que pueda comprender el paciente. Es necesario proporcionar la información más importante, o bien al principio, o bien al final de la intervención, de forma que se maximicen los efectos de primacía y recencia, destacando su importancia. Otras estrategias adicionales incluyen la repetición y la utilización de afirmaciones concretas más que generales.

Una forma de maximizar el recuerdo de la información proporcionada consiste en proveer materiales más duraderos, normalmente en forma de información por escrito, esto puede tener significativas ventajas respecto a la información proporcionada oralmente, siendo la más evidente que ofrece la oportunidad de transmitir información cuidadosamente preparada, presentada de forma que se logre la máxima eficacia posible, además proporciona un registro que puede ser consultado para recordar a los pacientes la información prominente.

“Para aumentar la comprensión sobre el impacto multidimensional de la enfermedad y de los factores que lo moderan, es importante informar a los pacientes acerca de las intervenciones y las mejores prácticas, así como de los resultados del tratamiento o los posibles efectos secundarios para que puedan estar preparados o para poder obtener recursos de apoyo” (Higginson & Carr en Morrison & Bennett, 2008, p.482).

Es importante determinar qué sabe el paciente, tomando como punto de partida esos conocimientos; “las investigaciones han demostrado que una intervención explicativa adecuada, puede ayudar a reducir la ansiedad generada por la incertidumbre ante estímulos poco familiares e imprevisibles, como una intervención quirúrgica o diversos procedimientos médicos programados a partir de un diagnóstico de malignidad” (McQuellon en Piqueras, 2008).

Muchas personas que padecen enfermedades graves experimentan importantes niveles de angustia y ansiedad. “Pueden tener preocupación por su pronóstico y tratamiento, por los efectos potenciales de su enfermedad sobre su calidad de vida, entre otros. Los niveles de malestar son tal vez mayores en las primeras etapas de una enfermedad, o en momentos en que la naturaleza de la enfermedad cambia” (Zabora & Curbow en Morrison, et al, 2008, p. 563).

Se puede reducir el malestar con diversos tipos de información, como:

- La naturaleza de la enfermedad y su tratamiento
- Cómo afrontar la enfermedad y su tratamiento
- Cómo cambiar de conducta para reducir el riesgo de enfermedad o de avance de la misma.

Tal vez la forma más sencilla de proporcionar información consiste en mantener informados a los pacientes sobre el avance de su enfermedad y su tratamiento. La incertidumbre puede aumentar el malestar: la provisión de información puede reducirla. Por ejemplo Wells, McQuellon y Hinkle (2005), encontraron que proporcionar información a los pacientes con cáncer sobre su tratamiento y darles la oportunidad de hacer preguntas a un terapeuta especializado era muy efectivo para reducir sus niveles de ansiedad.

1.1.4.4 Fines de la psicoterapia racional-explicativa y la proporción de información

Al respecto, un argumento de Rebolledo (1990), leído en una publicación de Hernández & Sánchez (2007), explica que los fines primordiales de una intervención terapéutica que incluyan la proporción de información contemplan:

- a.** Proporcionar a los participantes información actualizada y comprensible acerca de la enfermedad, enfatizando la relación entre vulnerabilidad biológica y factores psicosociales;
- b.** Enseñar a los pacientes a discriminar los síntomas de la enfermedad, a reconocer los efectos secundarios a la medicación para informar de ellos al médico, y a valorar la medicación farmacológica como un factor de protección;
- c.** Incrementar el reconocimiento, comprensión, y habilidades de afrontamiento de los factores de riesgo, como son el estrés ambiental y el consumo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas;
- d.** Crear una alianza entre paciente, familiares y profesionales, orientada a disminuir los resentimientos y culpas, a alcanzar metas a corto plazo, y a establecer estrategias de afrontamiento en las crisis que pudieran presentarse;
- e.** Identificar y potenciar recursos de los pacientes y de sus familias;
- f.** Proporcionar a los participantes un ambiente de enseñanza y apoyo socio-afectivo, la superación del aislamiento y estigma propios de una enfermedad, y esperanzas realistas basadas en los logros de la investigación científica acerca del padecimiento en cuestión.

Según Otto (1999), “el objetivo de esta intervención no es sólo dar información, se trata de apoyar a los pacientes mediante el control y el conocimiento que los capacite para afrontar las deficiencias en el autocuidado de manera más eficaz”. Además concluye que se ha confirmado que quienes tienen un mayor conocimiento de su enfermedad y del plan de tratamiento experimentan menos ansiedad y estrés.

Se ha observado que los pacientes tienen necesidades individuales de aprendizaje e información, por lo tanto se debe considerar dichas diferencias así como la diversidad cultural cuando empieza el proceso utilizando como técnica la psicoterapia racional explicativa, además es muy importante evaluar la preparación, la motivación, las experiencias pasadas, la capacidad física e intelectual y la comodidad física y psicológica del paciente.

1.1.4.5 Condiciones para la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa

Para emplear esta técnica de una manera adecuada, es conveniente considerar de acuerdo a Balarezo (2003), las siguientes condiciones y recomendaciones:

- Utilizarla cuando la sintomatología se derive de un desconocimiento y conocimiento parcial o incompleto sobre un asunto;
- Evaluar interrelacionadamente los factores del paciente, la enfermedad, sus consecuencias, el proceso y del terapeuta antes de su empleo;
- La explicación o información puede referirse a factores etiopatogénicos, pronóstico de la enfermedad, técnicas terapéuticas específicas (intervenciones quirúrgicas), conexión de los factores psíquicos con enfermedades orgánicas.

Evidentemente, las habilidades de comunicación del terapeuta son importantes para el éxito de este proceso, ya que son recursos de ayuda para interactuar eficazmente y favorecer la relación terapéutica, así la habilidad para escuchar y para la interacción

son vitales para una comunicación clara y empática que se maneje bajo principios de aceptación, de interés, respeto y honestidad, que permitan establecer un contacto significativo con el paciente, movilizándolo hacia el bienestar.

De la misma manera, para la aplicación de la técnica es necesario sujetarse a pasos generales sistematizados que guían el proceso terapéutico, y que de acuerdo a la propuesta de Balarezo (2003), se sintetizan en tres momentos señalados como investigación, planificación y aplicación técnica, los cuales se describen en la Tabla 1.3 presentada a continuación:

Tabla 1.3: Pasos del proceso terapéutico

PASOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO	
1. INVESTIGACIÓN	Fase de recolección de información acerca de los problemas fundamentales del paciente, la elaboración del historial clínico y la deducción de criterios diagnósticos y pronósticos.
2. PLANIFICACIÓN	En este periodo se intenta llegar a la comprensión del cuadro en función de las causas desencadenantes y los rasgos de personalidad del paciente, estableciendo nexos históricos que expliquen con claridad el caso. Además se buscan las condiciones personales, ambientales y sociales que actuarán como facilitadores u obstaculizantes de la terapia.
3. APLICACIÓN TÉCNICA	<p>La aplicación técnica involucra tres fases cuyo ejercicio se efectiviza durante el resto del proceso.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fase de conceptualización: Por medio de la psicoeducación, la proporción de información, el cuestionamiento socrático, los pacientes son ayudados a comprender mejor su enfermedad. 2. Fase de adquisición de habilidades: Los pacientes son capaces de darse cuenta de que son ellos los que crean y mantienen, en gran medida, las formas desadaptativas de pensamiento que conducen a la ansiedad y que, aunque las condiciones ambientales les pueden contribuir a sus problemas, tienen una consideración secundaria en el proceso de cambio, por lo que pueden reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar estos pensamientos, emociones y conductas. 3. Fase de evaluación: Conviene realizar una evaluación crítica para determinar la eficacia del trabajo, empleando como fuentes el criterio del terapeuta y paciente, apreciación de los familiares y utilización de reactivos y registros psicológicos.

Fuente: Balarezo (2003).
Elaborado por: Mejía, Andrea.

1.1.4.6 Aplicación de la psicoterapia racional-explicativa en el entorno hospitalario

Existen múltiples ámbitos susceptibles de aplicación de la psicoterapia explicativa, sin embargo una de las áreas de mayor importancia para su competencia y ejecución se circunscribe al campo de la salud y dentro de éste el entorno hospitalario es el escenario idóneo para el desarrollo de esta intervención con las personas que afrontan procesos de enfermedad y que atraviesan por procedimientos diagnósticos, tratamientos clínico-terapéuticos y experiencias quirúrgicas, factores que desencadenan una crisis situacional en el paciente, sobre todo cuando la enfermedad representa una amenaza para la vida, tal como en el caso del cáncer y las implicaciones que este cuadro médico trae consigo, como la experiencia de pérdida, no sólo en lo que se refiere al área corporal, sino también en relación al impacto de la enfermedad en la ubicación social de la persona, los cambios en el rol familiar y laboral, en su proyecto de vida e incluyendo además el estigma asociado al padecimiento de la enfermedad. Por lo tanto, el abordaje mediante esta técnica, cuyo objetivo central es la proporción de información, permite además brindar apoyo emocional como eje transversal durante su intervención, en el marco de una relación de ayuda que permita el control o disminución de los niveles de ansiedad que surgen en el paciente como reacción frente a la enfermedad, así como el aumento de su colaboración y adherencia a los tratamientos.

Por lo tanto, la aparición de una enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual,

generando una situación de desequilibrio, por lo que se considera importante la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa en el campo de salud y en el área oncológica respectivamente.

Así, la aplicación de la técnica en el ámbito de la salud intenta ofrecer una intervención que mire al ser humano desde su multidimensionalidad y no sólo desde su problema, y así ofrecer un planteamiento holístico pero fundamentalmente psicológico de los problemas relativos a la salud, la enfermedad y la atención sanitaria, se entrelaza la atención de la psicología clínica sobre la evaluación y el tratamiento con un planteamiento biopsicosocial de la enfermedad y las cuestiones relativas al cuidado de la salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Consecuentemente, es imprescindible que todo el personal sanitario maneje la información que le debe transmitir al paciente de una manera adecuada, tomando en cuenta que el abordaje con un modelo orientado a la salud, se centra en las aptitudes, potencialidades y recursos del paciente, y no sólo en su enfermedad, por lo que es necesario además que el entorno terapéutico proporcione un marco constructivo en el cual se apoye y estimule al paciente a poner en práctica conductas nuevas y más eficaces, ya que un cambio en un área de funcionamiento produce una respuesta en todo el organismo.

El área de oncología compone un área de salud mucho más específica en la que la intervención pretende reducir el malestar de los pacientes con cáncer que experimentan importantes niveles de estrés y ansiedad, con diversos tipos de

información que incluyen la naturaleza de la enfermedad y su tratamiento, cómo afrontar la enfermedad y el tratamiento dando lugar a un cambio cognitivo, aumentando la confianza de las personas en su capacidad de realizar y mantener cualquier tipo de cambio de estilo de vida, y debido a que las reacciones al diagnóstico de cáncer suelen ser catastrofistas y muy emocionales, y existe mucha preocupación por el pronóstico, tratamiento y por los efectos potenciales del cáncer sobre su calidad de vida, es imprescindible que se ofrezca apoyo emocional dentro de la relación de ayuda terapéutica que se establece con el paciente para conseguir una adaptación de forma más positiva a su diagnóstico y el desarrollo de estrategias de afrontamiento que posibiliten el mantenimiento de equilibrio y funcionalidad del paciente.

1.1.4.6.1 Reacciones psicológicas y emocionales asociadas a la enfermedad y a la hospitalización

Las principales reacciones psicológicas y cambios emocionales y comportamentales vinculados con el apareamiento de una enfermedad y todo lo que ella implica, como sus tratamientos y la experiencia hospitalaria, se detallan en la Tabla 1.4 presentada a continuación, en la que se anota a la ansiedad como principal respuesta de modificación conductual y emocional asociada a la enfermedad, seguida de la ira, la negación, el shock y el aislamiento, factores que constituyen estrategias de defensa frente a la realidad de perder la salud y ser hospitalizado.

Tabla 1.4: Reacciones emocionales y conductuales asociadas con la enfermedad y la hospitalización

<p>ANSIEDAD</p> <p>Conjunto de sentimientos de aprensión, estrés e incertidumbre relativos a la enfermedad. Las respuestas de ansiedad varían según los individuos y la etapa de la enfermedad.</p>
<p>IRA</p> <p>Forma de respuesta a las sensaciones de maltrato, lesión u oposición. Puede dirigirse interiormente (hacia uno mismo) o exteriormente (hacia los demás). A veces es irracional (sin una base real) y afecta al funcionamiento social de la persona.</p>
<p>NEGACIÓN</p> <p>Rechazo a reconocer determinados acontecimientos dolorosos. La negación a corto plazo ayuda a la persona a movilizar sus recursos, pero la ira prolongada suele generar comportamientos inadaptados.</p>
<p>SHOCK</p> <p>Estado emocional abrumador en el cual el individuo es incapaz de procesar la información que procede de su entorno y que puede desencadenar conductas eficaces o inadaptadas.</p>
<p>AISLAMIENTO</p> <p>El individuo se separa de los demás y rechaza relacionarse con ellos. Suele ser un signo de depresión. Los familiares se separan del enfermo y éste de su familia.</p>

Fuente: Morrison-Valfre (1999).
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Como se evidencia en la tabla, el individuo que atraviesa por una enfermedad y que es hospitalizado experimenta diferentes amenazas emocionales en su bienestar, aflorando en él diferentes preocupaciones y problemas emocionales relacionados con su enfermedad y con su capacidad de hacerle frente, por lo que “las personas en estas condiciones tienen problemas físicos, emocionales y ambientales de forma simultánea, factores que involucran una crisis situacional que tiene que ver principalmente con la separación del entorno familiar y el sentimiento de carecer de control” (Morrison-Valfre, 1999, p. 264).

De acuerdo a esto, la enfermedad y la hospitalización son dos acontecimientos que afectan a todas las áreas de funcionamiento de la persona, así como de los que están en contacto con él, movilizándolo sus recursos personales para favorecer a su recuperación, o por el contrario bloqueando los esfuerzos destinados a solucionar el problema de salud, cuando no se cuenta con una intervención terapéutica de apoyo oportuna.

1.2 Variable Dependiente: Ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo

1.2.1 Emoción

Una emoción es un estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos fisiológicos y endócrinos de origen innato, influenciada por la experiencia y que posee una función adaptativa.

Para Lazarus (1995), “la actividad cognitiva es una condición necesaria de la emoción”. El mismo autor argumenta que una emoción no es una reacción meramente psicofisiológica, sino que la experiencia emocional es un componente esencial de la misma. Por tanto, la cognición es una parte integrante de la emoción y ambas no pueden separarse, además, la emoción también interfiere en los procesos cognitivos.

1.2.1.1 Reacciones emocionales

“La experiencia emocional, lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, suele provocar sensaciones muy agradables o muy desagradables, pueden ser más o menos intensas y el grado de control que tenemos sobre ellas es también variable” (Cano-Vindel,1995).

Lazarus (1995), defiende que la emoción depende de la forma como el individuo construye la situación. Según como sea la valoración cognitiva que se realiza, provocará un tipo u otro de emoción. Así para este autor, la ansiedad es una emoción que resulta de la percepción de un daño posible en condiciones ambiguas o simbólicas.

La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en los que el individuo podría necesitar más recursos. Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad tienen en común, por lo general, la previsión de posibles consecuencias negativas o amenazantes para el individuo. De acuerdo a Vindel & Tobal (2000), esta reacción supone una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos, fisiológicos y conductuales, tales recursos tendrían como objetivo el afrontamiento de las posibles consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir, o eliminar tales consecuencias.

Pero aun siendo la ansiedad una emoción natural, de carácter esencialmente adaptativo, puede estar en la base de muchos procesos que pueden llevar a la enfermedad. Cuando un individuo mantiene altos niveles de ansiedad, durante tiempos prolongados, su bienestar psicológico se ve seriamente perturbado, sus sistemas fisiológicos pueden verse alterados por un exceso de actividad, su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle, sus procesos cognitivos pueden verse alterados, provocando una disminución del rendimiento, la evitación de situaciones que provocan reacciones intensas de activación y temor puede afectar a la vida personal, familiar, laboral, o social del individuo.

1.2.2 Ansiedad

1.2.2.1 Definición

“La ansiedad es una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, a pesar de que únicamente sea por la circunstancia de ser inciertos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y de conducta. Psicológicamente, la ansiedad es vivida por el propio sujeto como un estado de ánimo desagradable, producido por situaciones que, de manera consciente o no, el sujeto percibe como amenazadoras. La ansiedad, que a menudo es confundida con el estrés, puede ser experimentada por cualquier persona ya que es esencialmente una respuesta a este. A pesar de que la ansiedad puede ser un reflejo de estados endógenos, se suele asociar con sucesos estresantes externos” (Domenech, et al., 2010, p.64).

De lo mencionado anteriormente, se puede deducir que la ansiedad es un fenómeno que implica una amenaza de carácter anticipatorio caracterizado por movilizar operaciones defensivas del organismo y por aprensión respecto al futuro, siendo esta reacción emocional la resultante de la percepción de peligro por parte del sujeto.

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar: “un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de consciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad)” (Reyes-Ticas, 2000, p.10).

De acuerdo a este autor, la ansiedad es la respuesta emocional normal que surge cuando el individuo percibe una amenaza física o psicológica sobre sí, y cuando ésta se presenta en exceso, es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

La vigésima segunda edición del Diccionario de la Lengua Española, la define como “un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo” y como “angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos”.

Las líneas citadas anteriormente permiten inferir que para algunos pacientes la ansiedad llega a ser un estado de tensión desadaptativo, con síntomas de intranquilidad, incertidumbre e impotencia que les impiden su funcionamiento normal, y además supone una activación psíquica desproporcionada e independiente del peligro que la enfermedad representa para sus vidas.

“El desarrollo ansioso tiene lugar porque la persona no tiene en un momento determinado las herramientas para manejar una situación desestabilizadora, no se da una reacción lógica sino un razonamiento emocional que posteriormente aumenta generando en el paciente ansiedad” (Luengo, 2003).

1.2.2.2 Significados clínicos de la ansiedad

Para Reyes-Ticas (2000), la semiología de la ansiedad permite conceptualizarla de diversas formas:

- a. **Ansiedad y angustia:** Vocablos sinónimos.
- b. **Estrés y ansiedad:** El estrés es siempre la respuesta a un estresor, en tanto que ansiedad puede ser parte del estrés o ser un trastorno independiente.
- c. **Ansiedad y miedo:** Ansiedad es la sensación de un peligro amenazador en que la causa no está totalmente reconocida por la persona y en el miedo se reconoce el peligro real.
- d. **Ansiedad como sentimiento:** Experiencia subjetiva normal.
- e. **Ansiedad como síntoma:** La ansiedad es un síntoma psicológico que aparece en diferentes enfermedades médicas.
- f. **Ansiedad como síndrome:** Conjunto de síntomas mentales, físicos y conductuales asociado a distintas etiologías.
- g. **Ansiedad como enfermedad:** Es un trastorno primario, con su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento.
- h. **Ansiedad como característica de personalidad:** Se considera importante sumar dentro de este apartado a la ansiedad como característica de personalidad, por cuanto la personalidad compone la organización dinámica de los sistemas psicofísicos del individuo que determinan sus conductas y pensamientos característicos. Es así que Allport (1961), señala un enfoque de la personalidad en función de los rasgos, considerando que el perfil de

personalidad de un individuo se analiza en función de dimensiones estables y duraderas como su sensibilidad, consciencia o neurosis.

De la misma manera, Raymond Cattell (1979), propone 16 factores que subyacen a la personalidad humana, llamó a estos 16 factores rasgos fundamentales, debido a que consideraba que proporcionan la fuente subyacente de las conductas abiertas que consideramos como personalidad; estos factores comprenden conductas opuestas importantes tales como reservado o extrovertido, confiado o suspicaz y relajado o tenso.

Hans Eysenck (1990), por su parte, derivó sólo tres amplias dimensiones a partir de datos de pruebas de personalidad: extraversión (carácter social abierto), diametralmente opuesto a la introversión (carácter solitario, tímido); neuroticismo (carácter ansioso, preocupado, con sentimiento de culpa), diametralmente opuesto a la estabilidad emocional (carácter relajado, satisfecho) y psicoticismo (carácter egocéntrico, agresivo, antisocial), diametralmente opuesto a autocontrol (carácter agradable, considerado, obediente).

Así mismo, “una forma actual y popular de conceptualizar y evaluar la personalidad recurre a cinco dimensiones llamadas los cinco grandes factores de personalidad” (Costa & McCrae, 1992); estos factores son Afabilidad o cordialidad, es decir, ser cooperativo; Responsabilidad o minuciosidad, es decir, ser responsable; Extraversión, es decir, sociable; Estabilidad emocional, es decir, tenso, ansioso y Apertura a la experiencia, es decir imaginativo, abierto a nuevas experiencias.

Se ha considerado que cada uno de estos factores es un conjunto adaptativo de rasgos que permiten a los individuos adaptarse a las demandas de la vida, en cuanto a la ansiedad, se puede presumir que la personalidad favorece el desarrollo de esta reacción emocional más no la determina, su desarrollo requiere, además de la personalidad, de procesos específicos de aprendizaje.

1.2.2.3 Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo

Según Spielberger y Díaz-Guerrero (2002), la ansiedad-estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La ansiedad-rasgo, se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión de la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado. Como concepto psicológico, la ansiedad-rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama “motivos” y que Campbell (1963) conceptúa como “disposiciones conductuales adquiridas”. Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de

experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta “objeto consistentes”.

1.2.2.4 Niveles de ansiedad

Las respuestas de ansiedad se dividen en cuatro niveles, de leves a graves, tanto en el estado como en el rasgo de acuerdo al análisis del enfoque del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE. Durante los periodos de ansiedad, aparecen múltiples respuestas físicas, intelectuales, emocionales y conductuales con el fin de ayudar al individuo a afrontar el malestar que experimenta. En periodos de ansiedad graves, el sistema nervioso autónomo desencadena una respuesta de “lucha o huida” que provoca numerosos cambios físicos.

A continuación se referencian estas respuestas de acuerdo a los diferentes niveles de ansiedad en la Tabla 1.5:

Tabla 1.5: Niveles de ansiedad

Nivel de ansiedad	Psicológico	Cognitivo/perceptivo	Emocional/conductual
Leve	Signos vitales normales. Mínima tensión muscular. Pupilas normales o mióticas.	Percepción amplia. Conciencia de múltiples estímulos ambientales e internos. Los pensamientos pueden ser aleatorios, pero controlados.	Sentimientos de relativa comodidad y seguridad. Apariencia y voz relajadas y calmadas. La acción es automática; las conductas habituales suceden en esta fase.
Moderado	Signos vitales normales o discretamente aumentados. El individuo experimenta tensión, que puede ser incómoda o agradable (etiquetado de “tenso” o “excitado”).	Alerta; percepción estrecha y concentrada. Estado óptimo para resolver problemas y aprender. Atento.	Sentimientos enérgicos de disponibilidad y desafío. Desarrolla actividades competitivas y aprende nuevos niveles. Voz y expresión facial interesadas o preocupadas.
Grave	Respuesta de lucha o huida. Excesiva estimulación del sistema nervioso autónomo (aumento de los signos vitales, diaforesis, urgencia miccional, polaquiuria, diarrea, sequedad de boca, disminución del apetito, midriasis). Músculos rígidos y tensos. Alteración de los sentidos; disminución de la audición y de la sensación algésica.	Campo perceptivo muy reducido. Resolución de problemas difícil. Atención selectiva (se concentra en detalles). Falta de atención selectiva (bloques estímulos amenazadores). Distorsión temporal (las cosas parecen más rápidas o más lentas). Tendencias disociativas; vigilambulismo (conducta automática).	Se siente amenazado y “sobrecargado”, le asustan los nuevos estímulos. Actividad aumentada o disminuida (se pasea preocupado, huye, se retuerce las manos, se queja, tiembla, tartamudea, se vuelve desorganizado o se aísla, postura rígida con incapacidad para moverse). Puede parecer y sentirse deprimido. Demuestra negación, se queja de dolores y está alterado o irritable. Aumenta su necesidad de espacio. Mirada dispersa o fija. Puede cerrar los ojos con el fin de excluirse del ambiente.
Pánico	Los síntomas anteriores se intensifican hasta que se libera el sistema nervioso simpático. La persona queda pálida, disminuye su tensión arterial y se vuelve hipotensa. Mala coordinación muscular. Mínima sensación de dolor y audición.	Percepción totalmente dispersa o cerrada. Incapacidad para aceptar estímulos. Resolución de problemas y pensamiento lógico improbables. Sensación de irrealidad respecto a sí mismo, al ambiente o a los sucesos. Puede haber disociación.	Se siente desesperado y con pérdida total del control. Puede estar irascible o aterrorizado, combativo, llorar e incluso correr. Completamente desorganizado. La conducta puede ser extremadamente activa o inactiva.

Fuente: Morrison-Valfre (1999).
Elaborado por: Mejía, Andrea.

1.2.2.5 Ansiedad y patología

La ansiedad se convierte en patológica cuando altera el comportamiento del individuo, de tal manera que deja de ser una reacción defensiva para convertirse en una amenaza que el individuo no puede controlar.

“La ansiedad patológica es una respuesta desproporcionada a un estímulo determinado. Como resultado de ello, el individuo se ve incapaz de enfrentarse a situaciones, lo que trastorna su vida diaria, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual” (De la Fuente & Páez, 1994).

1.2.2.6 Etiopatogenia de la ansiedad

En el origen de las manifestaciones clínicas de la ansiedad participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos ansiosos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

Se considera que patrones cognitivos distorsionados preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.

Siguiendo a Lazarus & Folkman (1986 en Piqueras, 2008), el efecto de cualquier situación estresante como una operación o problema médico, va a depender de tres procesos cognitivos: la evaluación primaria (sería el primer mediador psicológico del estrés y daría lugar a evoluciones del tipo amenaza, daño/ pérdida, desafío o beneficio); la evaluación secundaria (correspondiente a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación y que sería determinante para la respuesta de estrés, ya que dependerá de que el individuo se sienta desafiado, asustado u optimista, que la emoción sea de ira, miedo o placer) y; re-evaluación (procesos que acontecen cuando se ha puesto en marcha alguna de las soluciones a los problemas presentados).

1.2.2.7 Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son todos aquellos desórdenes que afectan al comportamiento del individuo y que tienen como causa la ansiedad. Como tal, son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación, que son desencadenados por factores biológicos, ambientales y psico-sociales, que provocan un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

Según el DSM IV-TR, “el trastorno de ansiedad es un estado de confusión cognitiva combinado con una falta de control en el comportamiento, presenta síntomas de mayor o menor grado que se originan a partir de interpretaciones erradas de estímulos reales en la que se ve una magnificación de los hechos” (Luengo, 2003).

Para Luengo (2003), el sujeto con trastorno de ansiedad carece de un control emocional, cognitivo y conductual, acompañado de juicios en los cuales se ve al mundo de una forma negativa y distorsionada.

Los trastornos de ansiedad pueden clasificarse de la siguiente manera: (Véase Tabla 1.6: Trastornos de ansiedad).

Tabla 1.6: Trastornos de ansiedad

Trastorno	Características	Manifestaciones	Observaciones
Crisis de angustia	Aparición brusca de un miedo o malestar intenso.	Palpitaciones, temblores, sudoración, sensación de ahogo, opresión o malestar torácico, náuseas, mareo, desmayo, miedo a morir, miedo a perder el control, parestesias, escalofríos o sofocaciones.	Puede aparecer espontáneamente o estar provocado por un estímulo.
Trastorno de angustia	Crisis de angustia inesperadas recidivantes	Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis; preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias; cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.	Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
Fobia	Temores angustiosos a determinadas circunstancias, reales o imaginarios.	Fobia específica (miedo a un objeto o situación determinada), fobia social (miedo a colocarse en una situación vergonzosa en un medio social), agorafobia (miedo que siente la persona de encontrarse en cualquier situación que pueda provocar un ataque de pánico o de la cual le sea difícil escapar, lo que le hace encerrarse en casa).	Evitación de la situación que provoca el temor.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Obsesiones, que pueden ser ideas o pensamientos que se repiten, y no desaparecen de la mente del individuo aunque lo intente por todos los medios.	Cada obsesión lleva asociada una compulsión o conducta que compensa la angustia que provoca.	Un ejemplo es el miedo al contagio, cuya compulsión correspondiente es lavarse las manos repetidamente.
Trastorno por estrés postraumático	Aparece en aquellos individuos que se han visto expuestos a un evento traumático que involucra un daño físico o psicológico extremo.	Dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, respuestas exageradas de sobresalto, falta de concentración.	Provoca alteraciones en la vida familiar, laboral y social del individuo.
Trastorno por estrés agudo	Exposición a un acontecimiento traumático que implica muertes o amenazas para la integridad física y en el que se ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.	Sensación subjetiva de embotamiento, ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno, desrealización, despersonalización, amnesia disociativa.	El acontecimiento es reexperimentado persistentemente en forma de imágenes, pensamientos, sueños, episodios de flashback y malestar al exponerse a situaciones que recuerdan el trauma.

Trastorno de ansiedad generalizada	Aparición progresiva y permanente de síntomas intensos de ansiedad, sin una causa real que los provoque.	Fatigabilidad fácil, inquietud, alteración de la concentración y el sueño, irritabilidad, tensión muscular.	El individuo está preocupado permanentemente sin motivos aparentes y no lo puede controlar.
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	Presencia de ansiedad de carácter prominente, crisis de angustia u obsesiones o compulsiones.	Las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.	Las alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental y provocan malestar significativo en las actividades del individuo.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Predominio de ansiedad, crisis de angustia u obsesiones y compulsiones.	La sintomatología aparece durante la intoxicación o abstinencia y el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.	Malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Fuente: Criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad DSM-IV-TR (2002).
Elaborado por: Mejía, Andrea.

1.2.2.8 Ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer

La situación de la enfermedad, intervención quirúrgica y hospitalización genera un gran estrés, que se manifiesta como un elevado índice de ansiedad. Los agentes estresantes o desencadenantes de la ansiedad en el paciente oncológico en este caso serían:

- La enfermedad y la hospitalización
- Las expectativas con respecto a los cuidados, tratamientos e intervenciones a las que tiene que ser sometido.

Esta ansiedad, en un principio, prepara al paciente para la acción a la hora de enfrentarse a un peligro, y muchas veces esta respuesta facilita la adaptación del individuo a su nuevo contexto; sin embargo, en algunos casos, la aparición o aumento de dolor derivado de la enfermedad y del procedimiento quirúrgico, hace que el paciente que está hospitalizado piense en el agravamiento de su enfermedad. Estos pensamientos negativos generan un aumento de la ansiedad, que a su vez hace que aumente la sensación de dolor, de modo que se produce un círculo vicioso ansiedad-dolor.

“El sufrimiento psicológico y el estrés preoperatorio pueden retrasar la recuperación, ya que las intervenciones quirúrgicas, aunque pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés psicológico para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican ciertos riesgos de vida. La carga emocional propia que cualquier intervención pueda tener, puede aumentar, si el paciente al recibir la noticia, revive recuerdos traumáticos de pasadas cirugías propias o de personas cercanas” (Escamilla, 2005).

Otras causas de ansiedad en el paciente oncológico hospitalizado pueden ser:

- Los grandes cambios que experimenta en su vida cotidiana al recibir su diagnóstico y posteriormente ser hospitalizado.
- Algunas medidas restrictivas, como la imposición de dietas y vestuario o la pérdida de privacidad.

- El aislamiento que sufre, relegado a una habitación que no es la suya
- La separación de sus seres queridos.
- Las experiencias relacionadas con el dolor, el miedo a las consecuencias de la enfermedad y la falta de información sobre esta.
- Distintas técnicas diagnósticas y de exploración a las que se somete al paciente.

1.2.2.8.1 Detección de la ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer

La detección de la ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos diagnosticados con cáncer tiroideo se realiza mediante la recolección de información sobre aspectos cognitivos y conductuales, síntomas y signos físicos que denoten ansiedad, así como de las experiencias previas del paciente frente a situaciones amenazantes que le generaron estrés y reacciones emocionales de carácter ansioso. Las técnicas para detectar las respuestas psicofisiológicas, motoras y cognitivas de la ansiedad, así como las condiciones ambientales que la mantienen, consisten en la entrevista al paciente durante las sesiones terapéuticas, así como la observación directa al sujeto. Además es de vital importancia utilizar un instrumento objetivo de medición para evaluar el nivel de ansiedad que presenta el paciente, el mismo que se respalde mediante estándares de validez y confiabilidad.

Se debe tomar en cuenta que la elección de la técnica de evaluación de la ansiedad dependerá de la variable a evaluar, de la clase de respuesta o estímulo, del momento de la evaluación, del contexto de la evaluación, de los objetivos de la evaluación, de la intervención psicoterapéutica o de la investigación, entre otras consideraciones.

En el caso de esta investigación, se utilizó como instrumento de valoración el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, que cuenta con dos escalas que proporcionan medidas objetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad-estado como de la ansiedad-rasgo, y que ayudaron a identificar el nivel de ansiedad de los pacientes mediante rangos percentiles que se analizaron para trabajar en torno a ello en el espacio terapéutico.

1.2.2.8.2 Preparación pre-operatoria en pacientes oncológicos

El cáncer tiene un impacto psicológico profundo en los pacientes y sus allegados. Provoca respuestas emocionales complejas que a menudo terminan en ansiedad, desesperanza, impotencia y depresión. Los pacientes reaccionan a la idea de cirugía con aprensión, resentimiento, ira, ansiedad e incluso pánico. Estas reacciones poderosas surgen del temor a morir en la cirugía o por la anestesia, el miedo al dolor y a la mutilación.

Una intervención quirúrgica es un suceso estresante, sobre todo para un paciente que padece de cáncer ya que se somete a un procedimiento con un periodo de inconsciencia prolongado y un largo periodo de recuperación, por tanto, sus niveles de ansiedad suelen ser elevados, tanto antes como después de la operación. “Esta ansiedad es tan desagradable para el individuo afectado como una posible fuente de complicaciones. Puede aumentar la cantidad de analgésicos que se toman, el grado en el que se necesita que se tranquilice al paciente, tanto antes como después de la operación, e incluso el tiempo que hay que estar hospitalizado” (Johnston & Vogele, 2003).

“Muchos estudios han demostrado que sentimos menos ansiedad cuando nos enfrentamos a circunstancias potencialmente estresantes si podemos tener cierto grado de control sobre ellas” (Lok & Bishop, 1999). Estos hallazgos han llevado a los psicólogos de la salud a analizar si el hecho de dar a los pacientes que se van a someter a una cirugía más control sobre su situación reducirá la cantidad de estrés que experimentan.

Así pues, en este caso se puede intentar “dar control” como “mantener informadas a las personas sobre lo que les está ocurriendo”. Se cree que esto reduce la ansiedad al minimizar el miedo a lo desconocido. Si los pacientes saben lo que pueden esperar, pueden comprender mejor y sentirse menos alarmados ante lo que experimenten. Por ejemplo, si se dice a los pacientes que van a sentir cierto dolor después de la intervención, se sentirán menos alarmados y habrá menos posibilidades de que piensen que algo ha salido mal por ese dolor.

1.2.2.8.3 Manejo psicoterapéutico en el periodo preoperatorio

Cuando la decisión de una intervención quirúrgica es irrenunciable, aparecen estados de ansiedad, angustia, desesperación, depresión, reacciones evasivas expresadas en la negación en la enfermedad, canalización de todas las ansiedades a este nuevo foco de preocupación e incluso invalidez psicológica, por lo que Balarezo (2003), aporta con directrices del manejo psicoterapéutico en el periodo preoperatorio, y las sintetiza de la siguiente manera:

- Las técnicas psicoterapéuticas buscan como objetivo la explicación al sujeto de los síntomas que enfrentará antes y después de la operación, así como las técnicas y procedimientos que serán utilizados en la intervención, recalcando la seguridad que le brinda la experiencia, la idoneidad profesional y los procedimientos técnicos actuales, respecto a la operación inminente y la restauración de la salud posterior. Se disminuyen los temores y ansiedades antes de la intervención a través de interpretaciones racionales de su significado.
- Los procedimientos terapéuticos además están dirigidos a aislar los aspectos irracionales de las respuestas normales a la situación real y a manejar los problemas de relación afectiva con el terapeuta que se dan con intensidad por la condición incapacitante de la enfermedad. Lo primero que se atiende es la explicación sencilla y convincente para proceder luego a interpretaciones.

- Asumir una actitud realista ante la gravedad del padecimiento incapacidad y las posibilidades de intervención: No aumentar o disminuir el efecto del daño o el efecto inhabilitador. Las acciones deben encaminarse al esclarecimiento de ideas erróneas y distorsiones del paciente en cuanto a su autoimagen, las intervenciones, los especialistas, los aspectos técnicos.
- Educar intelectualmente al paciente, luego de haber identificado las ideas erróneas o asociadas sobre la enfermedad y cirugía: Es necesario determinar las ideas que se asocian tanto a la enfermedad como a la cirugía inminente, para estimular su comprensión objetiva, interpretar sus verdaderos contenidos y especificar en cada caso su representación. La identificación del significado preciso que la enfermedad tiene para el paciente sirve para mejorar el insight; en ocasiones la enfermedad o cirugía se identifican con padecimientos de sus padres o familiares íntimos expresando sentimientos personales distorsionados.
- Explorar el significado específico de la anestesia y las ideas o miedos a la muerte: Los conceptos y temores sobre los aspectos señalados no son los mismos en todos los pacientes; existen características particulares que dependen de aspectos como la experiencia anterior tanto personal como indirecta, los conceptos religiosos y morales, los prejuicios, etc. La discusión y esclarecimiento de los mismos, proporciona una disminución de los temores subyacentes en el enfermo.
- Mejorar las relaciones afectivas del paciente: La seguridad y protección que puedan brindar las relaciones afectivas son fundamentales para el enfermo. Se

pueden eliminar o mitigar los elementos de conflicto o restablecer y afirmar los lazos con su cónyuge, padres, hermanos, hijos, parientes o amigos.

- Considerar las clases particulares de enfermedades y cirugías: En las afecciones malignas la psicoterapia ayuda a la consecución de una respuesta adaptativa en base al análisis de las limitaciones y expectativas sobre su enfermedad. No obstante, en otras oportunidades, se estimula la negación en el paciente a través de la identificación con individuos prominentes que hayan padecido de enfermedades similares o con la discusión sobre la naturaleza de su enfermedad, los avances médicos y el apoyo permanente.

De la misma manera (Otto, 1999), manifiesta que la ansiedad parece ser más intensa en los pacientes que no poseen información precisa sobre la cirugía. Durante el periodo preoperatorio, la preocupación sobre la cirugía inminente a menudo es mayor que la relacionada con la enfermedad o el diagnóstico. El terapeuta está en una posición ideal para corregir los conceptos erróneos y suplir las deficiencias de conocimientos sobre los procedimientos quirúrgicos. Las respuestas honestas y claras a las preguntas sobre el lugar, el tipo y el tamaño de la cirugía, así como el dolor, las molestias o los cambios corporales, reducen el nivel de ansiedad del paciente. La información debe suministrarse y repetirse cada vez que sea necesario.

Es posible que las personas cercanas al paciente influyan en los conceptos erróneos y los temores relacionados con la cirugía. Los enfermos a menudo esperan resultados similares a los de sus amigos y parientes, sobre todo si fueron negativos. La experiencia quirúrgica previa también afecta la perspectiva preoperatoria y la recuperación; si hubo dificultades en las operaciones anteriores, quizá se repitan en las posteriores.

Por otra parte, es importante tomar en cuenta que cierto grado de temor antes del procedimiento es normal e incluso positivo porque motiva al paciente a tomar con seriedad la cirugía y elaborar planes realistas para afrontarla, sin embargo es vital que una comunicación apropiada forme la base de una relación terapéutica de apoyo y confianza con el paciente, que le permita explorar sus temores, expresar su ansiedad y consecuentemente le permita responder de una manera más adaptativa frente a la enfermedad.

De acuerdo a todo lo anteriormente mencionado con respecto a las reacciones emocionales ansiosas generadas por el apareamiento de un diagnóstico de cáncer y sus implicancias, y para entender de mejor manera los aspectos que se desarrollan a su alrededor, es importante conocer la naturaleza de la enfermedad oncológica que se describe en el siguiente subtema.

1.2.3 Cáncer

1.2.3.1 Definición

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en su vigésima segunda edición, establece el siguiente significado del término cáncer: enfermedad neoplásica con transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada.

La OMS (2013), lo describe de esta manera: Cáncer, es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis.

Según Graham (1981), “el cáncer no es un crecimiento desordenado de células inmaduras sino un proceso lógico y coordinado en el que una célula normal sufre cambios y adquiere capacidades especiales” (Otto, 1999, p.3).

El cáncer, se desarrolla lentamente y empieza con una mutación de las células y el desarrollo de neoplasmas que, por lo general, no son detectables, lo que termina desarrollándose en tumores que se pueden extender. “Los distintos tipos de cáncer varían entre sí en gran medida en cuanto a ritmos de crecimiento, propagación y

prognosis, en cuanto a su sensibilidad ante los cambios del sistema inmunitario o neuroendocrino” (Greer en Morrison & Bennett, 2008).

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células, que forman generalmente un tumor que suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Esta enfermedad puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo y puede tratarse mediante procedimientos clínicos como la cirugía, radioterapia, quimioterapia y yodoterapia en el caso del cáncer tiroideo.

1.2.3.2 Patrones de crecimiento neoplásico

Anaplasia significa “sin forma” y es un cambio irreversible en el cual las estructuras de las células adultas sufren una regresión a niveles más primitivos. Es un signo distintivo del cáncer. “Las células anaplásicas pierden la capacidad para realizar funciones especializadas y se desorganizan en cuanto a su posición y su citología” (Pfeifer en Otto, 1999, p.3).

El mismo autor sostiene que el término neoplasia significa “crecimiento nuevo”, y describe una masa tisular anormal que se extiende más allá de las fronteras del tejido sano, y por ende no cumple la función normal de las células en dicho tejido. Las neoplasias se caracterizan por funcionamiento descontrolado, falta de regulación en la división y el crecimiento, y motilidad anormal; algunas de ellas son

potencialmente lesivas para el huésped porque ocupan espacio y compiten por los nutrientes esenciales. Cáncer es el término común para todas las neoplasias malignas.

1.2.3.3 Causas del cáncer

Debido a que el cáncer es una enfermedad compleja y multifactorial, no existe una sola causa suficiente que al ser eliminada prevenga la enfermedad. Los factores personales de susceptibilidad como los genéticos, los relacionados con el ambiente o con el sistema inmunológico son componentes causales pasivos; los carcinógenos son componentes activos.

“La carcinogénesis es el proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas” (Pfeifer en Otto, 1999, p.9). Así, cualquier fenómeno carcinógeno que dañe los genes en las células puede ocasionar cáncer, entre ellos:

- **Carcinogénesis química:** Los carcinógenos químicos incluyen compuestos o elementos que alteran el ADN. Los carcinógenos químicos en el ambiente varían desde los preservativos de alimentos hasta la contaminación atmosférica, la exposición industrial a compuestos y mezclas químicas y la exposición terapéutica medicamentosa. Además se incluye la exposición por elección personal o estilo de vida a agentes como el tabaco y el alcohol.

- **Carcinogénesis viral:** Los virus contribuyen a la carcinogénesis humana porque infectan el ADN del huésped produciendo cambios y mutación celular. Otto (1999), argumenta que la edad y la inmunosupresión interactúan con la vulnerabilidad de las personas a los carcinógenos virales y la afectan.

- **Carcinogénesis por radiación:** La radiación inicia la carcinogénesis al lesionar el ADN susceptible, lo cual produce cambios en su estructura. Tanto la radiación ionizante como la electromagnética producen cáncer, algunas fuentes de exposición a la radiación iónica incluyen minerales radioactivos en el suelo, los rayos X usados con fines diagnósticos y terapéuticos y los materiales radioactivos sintéticos como los radioisótopos. De la misma manera, las fuentes de radiación de luz ultravioleta incluyen el sol y ciertas fuentes industriales. “La luz solar es responsable de la mayoría de los casos de carcinomas cutáneos” (Otto, 1999, p. 12).

- **Herencia y carcinogénesis:** La información clínica y la historia familiar con frecuencia son el medio principal empleado para identificar a los individuos y las familias que tienen una posible predisposición hereditaria al cáncer, esta característica se conoce también como síndrome del cáncer hereditario o SCH; este síndrome es ocasionado por mutaciones dentro de las células germinales, que afectan al óvulo o el espermatozoide y que las siguientes generaciones heredan a través de la transmisión mendeliana. Sin embargo, el rasgo que se transmite genéticamente a las siguientes generaciones es un factor de predisposición para el desarrollo del cáncer, no un cáncer como tal.

El potencial desarrollo de un cáncer se debe a los efectos de éstos carcinógenos, más aún cuando se evidencian hábitos y estilos de vida perjudiciales y cuando coexisten factores intrínsecos de riesgo, como las posibles mutaciones heredadas.

1.2.3.4 Fases del cáncer

Cada tipo de tumor se extiende de forma diferente, dependiendo de su localización y características biológicas; sin embargo es posible medir su avance de acuerdo a las siguientes fases o etapas de desarrollo que propone De la Torre, et al., (2008):

- **Fase 0:** El cáncer se encuentra en las primeras fases de desarrollo, esto significa que está concentrado en un área específica.
- **Fase I:** El cáncer se ha extendido a otras áreas cercanas, pero sigue estando concentrado dentro del tejido u órgano de origen.
- **Fase II:** El cáncer ha invadido a otros tejidos u órganos adyacentes, emigrando e infiltrando directamente las áreas contiguas, pero no ha atacado ganglios linfáticos.
- **Fase III:** El cáncer ha atacado ganglios linfáticos cercanos pero aún no ha afectado otras áreas del cuerpo.

- **Fase IV:** El cáncer ha avanzado y está atacando áreas más remotas del cuerpo y órganos lejanos al punto de origen, apareciendo lesiones tumorales a distancia denominadas metástasis.
- **Recurrencia:** La reaparición del cáncer tras su respuesta o remisión completa se conoce como cáncer recurrente o recidiva. Tal recurrencia puede ser local, cuando se produce en el área donde creció el tumor primario, regional, en la contigüidad de este, o a distancia.

1.2.3.5 Tipos de cáncer

El tipo de cáncer se define por el tejido u órgano de origen, cada uno con sus alteraciones moleculares y celulares específicas.

Así, según el tejido de origen, se pueden definir como:

- **Carcinomas:** Se forman a partir de células epiteliales. Estas células tapizan la superficie de los órganos, glándulas o estructuras corporales. “Representan más del 80% de la totalidad de los cánceres, como cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas, estómago, tiroides, entre otros” (De la Torre & Cobo, 2008, p.3).

- **Sarcomas:** Son cánceres que se forman a partir del tejido conectivo o conjuntivo, del que derivan los músculos, los huesos, los cartílagos o el tejido graso. Los más frecuentes son los sarcomas óseos.

- **Leucemias:** Se originan en la médula ósea, tejido encargado de mantener la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas.

- **Linfomas:** Se desarrollan a partir del tejido linfático, como el existente en ganglios y órganos linfáticos.

1.2.4 Cáncer de tiroides

1.2.4.1 Generalidades

“El carcinoma de la glándula tiroides es un cáncer prevalente en nuestro medio, y es la neoplasia maligna más común del sistema endocrino. Los tumores diferenciados (papilar o folicular) son sumamente tratables y generalmente curables. Los cánceres pobremente diferenciados (medular o anaplásico) son mucho menos comunes, son agresivos, tienen metástasis temprana y un pronóstico mucho más precario” (Herrera, et. al., 2006, p.127).

Un postulado de Myers (1996) revisado en una publicación de Cevallos (2006), sostiene que “el cáncer de la tiroides afecta a mujeres más comúnmente que a hombres y la mayoría de los casos ocurren en pacientes entre las edades de 25 y 65

años y su incidencia ha ido en aumento durante el último decenio a nivel mundial”. El conocimiento de su forma inicial de presentación, es decir el nódulo tiroideo es esencial para lograr un oportuno diagnóstico y tratamiento.

1.2.4.2 Oncoanatomía

La glándula tiroides es un órgano situado en la región anterior del cuello. Consta de dos lóbulos simétricos adosados a los lados de la tráquea y la laringe, que están unidos entre sí por una parte de la estructura glandular situada sobre la tráquea y denominada istmo. “Constituye una de las estructuras endocrinas de mayor tamaño, pesa unos 20 gramos en el adulto sano. El tiroides surge, desde el punto de vista embriológico, de una proliferación del suelo de la faringe que empieza a observarse en la tercera semana” (Herrera, et al. 2006, p.127).

Herrera, et al. (2006), describen la oncoanatomía tiroidea de la siguiente manera: La glándula tiroides dispone de una rica vascularización, a partir de las dos arterias tiroideas superiores que nacen de las carótidas externas, y de las dos arterias tiroideas inferiores procedentes de la subclavia. El tiroides es innervado por los sistemas adrenérgico y colinérgico, con ramas procedentes, respectivamente, de los ganglios cervicales y del nervio vago. Esta innervación regula el sistema vasomotor y, a través de éste, la irrigación de la glándula. Una fina red de fibras adrenérgicas finaliza junto a las células tiroideas, con las que conecta a través de receptores específicos, demostrando una función directa de este sistema en la regulación de la función tiroidea.

Entre las relaciones anatómicas de la glándula merecen citarse las que se establecen con los nervios recurrentes y con las glándulas paratiroides. Los nervios recurrentes surgen del nervio vago a diferentes niveles en los dos lados. El recurrente derecho nace cuando el vago cruza la primera porción de la arteria subclavia, pasa por detrás de esta arteria y desciende a 1-2 cm. de la tráquea junto al tiroides hasta penetrar en la laringe posterior de la articulación cricotiroides.

El recurrente izquierdo nace del vago cuando este nervio cruza el cayado aórtico, pasa detrás del cayado y asciende asimismo junto al tiroides a 1-2 cm. de la tráquea hasta que alcanza los músculos laríngeos. Los dos pares de glándulas paratiroides, a su vez, están normalmente situados en la superficie posterior de los lóbulos tiroideos, aunque presentan frecuentes variaciones de localización.

El drenaje linfático del tiroides es hacia la misma dirección de los vasos sanguíneos. La porción superior de ambos lóbulos, del istmo tiroideo y el lóbulo piramidal drenan hacia los ganglios superiores y medios del cuello, así como a los prelaríngeos, subdigástricos y de la yugular interna. Las porciones superiores de la tiroides drenan a la cadena yugular interna anterior y superior, así como a los pretraqueales, paratraqueales y mediastínicos anterosuperiores.

1.2.4.3 Epidemiología

El cáncer de tiroides “es una neoplasia relativamente frecuente, que ocupa el segundo lugar en las neoplasias del cuello, después del carcinoma laríngeo, corresponde al 1.3% de todas las neoplasias, pero con una baja tasa de mortalidad (0.4%), la sobrevivida a 10 años es del 90% en el sexo masculino e incluso más alta en el sexo femenino” (Cevallos, 2006, p.128).

En el Ecuador de acuerdo al Registro Nacional del Cáncer, es una las principales 10 neoplasias de frecuencia; de la misma manera, de la casuística del Servicio de Radioterapia del Hospital Militar, en los tumores del Área de Cabeza y Cuello, solo le corresponde el 3%.

“En la literatura universal para zonas con adecuado aporte de yodo y no contaminadas con bociógenos, la prevalencia reportada de nódulos tiroideos palpables en la población general es de 5 a 10%, siendo más frecuente en sexo femenino y los grupos de mayor edad, con un ritmo de aparición de un 0.1% año en la población general. De las lesiones nodulares únicas o dominantes se señala que solo un 5% son carcinomas, con series que varían entre el 4 y 17%. Para diversas zonas geográficas del mundo la incidencia anual del cáncer de tiroides varía entre 0.5 a 10 por mil. En el Ecuador de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, la tasa de mortalidad, por cáncer de tiroides es de 0.47 por cien mil” (Cevallos, 2006, p.128).

Según Herrera, et al., (2006), los factores relacionados con esta neoplasia son:

- Niveles importantes de radiaciones, las mismas que determinan un incremento en el riesgo del 25%, con un período de latencia de 5- 40 años
- Bocio, incrementa el riesgo en un 7%.
- Adenocarcinoma papilar previo
- Antecedentes familiares de carcinoma medular
- Radioyodoterapia con dosis mayores a 1000 mci.
- Antecedentes familiares de feocromocitoma, hiperparatiroidismo.
- Síndrome de Gardner: poliposis familiar colónica
- Enfermedad de Cowden: bocio y hamartomas en piel

1.2.4.4 Patología

1.2.4.4.1 Cánceres tiroideos diferenciados

Carcinoma papilar

Es el más frecuente de los cánceres tiroideos, aproximadamente ocho de cada diez cánceres de tiroides son carcinomas papilares (conocidos también como cánceres papilares o adenocarcinomas papilares). Suelen presentarse más en la mujer, en una proporción de 4:1, y en la tercera o cuarta década de la vida.

Pallardo (2010) señala que es un tumor casi siempre no encapsulado y, cuando presenta cápsula es difícil de diferenciar del folicular. Histológicamente forma papilas en cuyo interior existe un tallo fibrovascular, con células de aspecto cuboide, con tamaño uniforme y en el que rara vez se observan mitosis.

“Clínicamente se caracterizan por tener un crecimiento lento, metastatizando fundamentalmente por vía linfática a ganglios de cuello y mediastino, y en la clínica se presentan la mayor parte de las veces como un nódulo tiroideo, apareciendo generalmente en un solo lóbulo de la glándula” (Casanueva & Vázquez, 1995, p. 111).

De acuerdo a la American Cancer Society (2012), en la mayoría de los casos, estos cánceres pueden ser tratados con buenos resultados y en muy pocos casos resultan fatales.

Carcinoma folicular

La American Cancer Society (2012), considera que el carcinoma folicular es el segundo tipo más común de cáncer de tiroides, representando alrededor de uno de cada diez cánceres de tiroides. Algunas veces también se le llama cáncer folicular o adenocarcinoma folicular, tiene una mayor incidencia en las mujeres y se presenta más en la cuarta o quinta década de la vida.

“Es un tumor bien encapsulado y presenta células de aspecto benigno, planteando serias dificultades en el diagnóstico diferencial con el adenoma. El criterio que lo diferencia es la invasión capsular o vascular, y la presencia de metástasis a distancia. Suelen diseminarse por vía hematológica, pulmón y hueso, siendo rara la afectación del cuello” (Casanueva & Vázquez, 1995, p. 112).

El pronóstico para el carcinoma folicular no es tan favorable como el del carcinoma papilar, aunque sigue siendo muy favorable en la mayoría de los casos.

1.2.4.4.2 Otros tipos de cáncer de tiroides

Carcinoma medular tiroideo

El carcinoma medular de tiroides representa aproximadamente un 4% de los cánceres de tiroides. “Se origina de células C o parafoliculares de la glándula tiroides. No predomina en ningún sexo, y su diagnóstico suele hacerse en la cuarta o quinta década de la vida, salvo en los casos familiares donde el diagnóstico se hace más precozmente” (American Cancer Society, 2012).

“Es un tumor de consistencia dura, compuesto de células agrupadas de forma irregular y de crecimiento lento. Clínicamente suele aparecer como un nódulo

aislado, con adenopatías cervicales y usualmente metástasis a distancia en hígado, huesos o pulmones” (Casanueva & Vázquez, 1995, p. 112).

De acuerdo a Luca, Marazuela & Rovira (2010), debido a que el cáncer medular no absorbe el yodo radioactivo, el pronóstico no es tan favorable como para los cánceres de tiroides diferenciados.

Existen dos tipos de carcinoma medular de tiroides:

- El carcinoma medular de tiroides esporádico, el cual ocurre en alrededor de ocho de cada diez casos, no se hereda. Éste ocurre principalmente en adultos de edad avanzada y afecta sólo un lóbulo tiroideo.

- El carcinoma medular de tiroides familiar, se hereda y puede presentarse en cada generación de una familia. A menudo, estos cánceres se desarrollan durante la niñez o en la adultez temprana y se puede propagar temprano. Los pacientes usualmente tienen cáncer en varias áreas de ambos lóbulos. El carcinoma medular de tiroides familiar a menudo está asociado con un riesgo aumentado de otros tipos de tumores.

Carcinoma anaplásico

“Es una forma poco común de cáncer de tiroides, representando alrededor de 2% de todos los cánceres de tiroides. Se cree que algunas veces se origina del cáncer papilar o folicular que ya está presente. Suele darse más en la mujer en la década de los setenta años de la vida” (American Cancer Society, 2012).

Según Casanueva, et al. (1995) es un tumor indiferenciado de gran malignidad y que procede de las células foliculares. Presenta histológicamente grandes atipias abundantes figuras de mitosis, áreas de necrosis y de infiltración polinuclear. Su crecimiento es muy rápido y de una gran agresividad local, infiltrando estructuras vecinas, metastatizando en pulmón, sobreviviendo los pacientes pocos meses después del diagnóstico.

Linfoma tiroideo

El linfoma se presenta en muy pocas ocasiones en la glándula tiroides. Los linfomas son cánceres que se originan de los linfocitos, el tipo principal de células del sistema inmunitario. Crecen rápidamente, presentando adenopatías cervicales e invadiendo los tejidos vecinos. Su incidencia predomina en mujeres y en edades avanzadas.

Sarcoma de tiroides

Estos cánceres poco comunes se originan en las células de apoyo de la tiroides. A menudo, estos cánceres son agresivos y difíciles de tratar.

1.2.4.5 Medidas de intervención terapéutica en pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo

1.2.4.5.1 Cirugía

La cirugía tiene un rol muy importante en el tratamiento del cáncer de tiroides. “La experiencia del cirujano sin embargo es importante, por las complicaciones derivadas de un inadecuado manejo de ésta” (Herrera, 2006).

El grado funcional de la glándula debe determinarse con anterioridad para prevenir complicaciones trans operatorias, o post operatorias. En el caso del cáncer de tiroides, las posibilidades de tratamiento se definen en relación a la etapa de la enfermedad. La cirugía es la terapia preferida para todas las lesiones primarias. Las opciones quirúrgicas incluyen tiroidectomía total o lobectomía. La elección del procedimiento a seguir está influenciada principalmente por la edad del paciente y por el tamaño del ganglio. Los resultados de supervivencia pueden ser similares; la

diferencia entre ellos reside en las tasas de complicaciones quirúrgicas y de recurrencias locales.

Tipos de cirugía

Lobectomía

Esta cirugía algunas veces se usa para los cánceres de tiroides diferenciados (papilar o folicular) que son pequeños y que no muestran ningún signo de propagación más allá de la glándula tiroidea. El lóbulo que contiene el cáncer se extirpa usualmente junto con el istmo (la parte pequeña de la glándula que actúa como un puente entre el lóbulo izquierdo y el derecho).

“Una ventaja de esta cirugía, si se puede realizar, consiste en que es posible que el paciente no tenga que tomar pastillas de hormona tiroidea después de la operación, ya que se deja parte de la glándula. Sin embargo, dejar parte de la tiroides puede interferir con algunas pruebas para determinar si hay cáncer recurrente después del tratamiento, como por ejemplo gammagrafías con yodo radioactivo y análisis de sangre de tiroglobulina” (American Cancer Society, 2012).

Herrera, et al. (2006), señala que este procedimiento se asocia con una menor incidencia de complicaciones, pero aproximadamente 5%-10% de los pacientes

tendrán una recurrencia en la tiroides después de la lobectomía. Los pacientes menores de 45 años de edad tendrán el periodo de seguimiento más largo y tendrán la mayor oportunidad de padecer recurrencias. Además deberá llevarse a cabo una biopsia de los ganglios linfáticos regionales anormales al momento de la cirugía y deberá eliminarse la complicación ganglionar reconocida durante la cirugía inicial pero se puede realizar una remoción ganglionar selectiva y no se requiere la disección radical del cuello.

“Después del procedimiento quirúrgico, los pacientes deberán recibir tratamiento postoperatorio con hormona exógena de la tiroides en dosis suficientes para suprimir la tirotrópina ya que estudios han demostrado una reducción de incidencias de recurrencias” (Herrera, et al., 2006).

Tiroidectomía total

A través de esta cirugía se extirpa toda la glándula tiroidea. Esta cirugía es la más común para el cáncer de tiroides.

“Este procedimiento se defiende debido a la alta incidencia de complicación multicéntrica de ambos lóbulos glandulares y debido a la no diferenciación del tumor residual al tipo de células anaplásicas” (Herrera, et al., 2006).

Linfadenectomía

“Es un procedimiento quirúrgico en el que se extraen los ganglios linfáticos adyacentes al cuello en caso de que el cáncer se haya propagado; éstos se extirpan al mismo tiempo que se realiza la cirugía en la tiroides. Esto es especialmente importante para el tratamiento contra el cáncer medular de tiroides y el cáncer anaplásico” (American Cancer Society, 2012).

Para el cáncer papilar o folicular, en el que se cree que sólo uno o dos ganglios linfáticos agrandados contienen cáncer, estos ganglios pueden extirparse y cualquier depósito pequeño de células cancerosas que pudiera quedar se trata con yodo radioactivo. Con mayor frecuencia, se extirpan varios ganglios linfáticos cercanos a la glándula tiroides mediante una operación llamada disección del compartimiento central del cuello.

Riesgos y efectos secundarios de la cirugía

Las complicaciones asociadas con cirugía tiroidea son directamente proporcionales a la extensión de la cirugía e inversamente proporcionales a la experiencia del cirujano. “Ocurren con menor frecuencia cuando se realiza una buena técnica quirúrgica con una adecuada comprensión de la anatomía quirúrgica. Estas incluyen infección de la herida, seroma, hematoma, lesión nerviosa, hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, hemorragia postoperatoria y obstrucción postoperatoria” (Ramírez, 2010, p. 83).

1.2.4.5.2 Radioterapia con yodo radiactivo

Este tratamiento se puede usar para destruir cualquier tejido tiroideo que no haya sido extirpado mediante cirugía o para tratar el cáncer de tiroides que se haya propagado a los ganglios linfáticos y a otras partes del cuerpo. El yodo radioactivo usualmente se administra en líquido o en una cápsula.

La administración de yodo radioactivo, debe tener cuidados especiales, por el riesgo de contaminación al personal de manejo médico y paramédico. “La vida media del yodo radioactivo es de una semana, y por lo tanto ese período de tiempo el paciente debe permanecer en aislamiento estricto, y bajo cuidados del servicio de enfermería” (American Cancer Society, 2012).

De acuerdo a Herrera (2006), los objetivos de la administración de yodo radioactivo son:

- a.** Destruir cualquier foco microscópico residual
- b.** Disminuye el riesgo de desarrollar metástasis a distancia
- c.** Mejorar el valor de la tiroglobulina sérica como marcador tumoral
- d.** Disminuye la recurrencia local
- e.** Mejora la sobrevida en pacientes con recurrencia local
- f.** Prolonga la sobrevida en pacientes con tratamiento con metástasis pulmonares y óseas

“Se ha demostrado que la terapia con yodo radioactivo mejora la tasa de supervivencia de los pacientes con cáncer tiroideo papilar o folicular que se ha propagado al cuello o a otras partes del cuerpo. Sin embargo, los beneficios de la terapia con yodo radioactivo son menos claros para los pacientes con cánceres pequeños de la glándula tiroidea que no parecen haberse propagado, los cuales a menudo se pueden extirpar completamente con cirugía” (Frates, et. al., 2005).

1.2.4.5.3 Terapia de hormona tiroidea

De acuerdo a la American Thyroid Association (2009), tomar diariamente pastillas de hormona tiroidea puede tener dos propósitos:

- Puede ayudar a mantener el metabolismo normal del cuerpo (mediante el reemplazo de la hormona tiroidea ausente después de la cirugía).
- Puede ayudar a detener el crecimiento de cualquier célula cancerosa remanente (al reducir los niveles de TSH).

Después de una tiroidectomía, el cuerpo ya no puede producir la hormona tiroidea que necesita, por lo que los pacientes tienen que tomar pastillas de hormona tiroidea para reemplazar la pérdida de la hormona natural. Tomar hormona tiroidea también puede ayudar a prevenir que algunos cánceres de tiroides regresen.

1.2.4.5.4 Radioterapia de haz externo para el cáncer de tiroides

La radiación externa usa rayos o partículas de alta energía para destruir las células cancerosas o disminuir su crecimiento. Se enfoca cuidadosamente un haz de radiación desde una máquina fuera del cuerpo. Generalmente, este tipo de radioterapia se usa con más frecuencia como parte del tratamiento del cáncer medular de tiroides y el cáncer anaplásico.

Cuando un cáncer que no absorbe yodo se ha propagado fuera de la glándula tiroidea, la radiación externa puede ayudar a tratar el cáncer o podría reducir la probabilidad de que la enfermedad regrese después de la cirugía. “Si un cáncer no responde a la terapia con yodo radioactivo, se podría usar la radiación externa para tratar la recurrencia local del cuello o las metástasis a distancia que están causando dolor u otros síntomas” (American Cancer Society, 2012).

1.2.4.5.5 Quimioterapia

La quimioterapia es una terapia sistémica que utiliza medicamentos anticancerígenos para detener el crecimiento de células cancerosas, ya sea destruyéndolas o impidiendo su multiplicación.

Según Cevallos, et al. (2006), la quimioterapia tiene beneficio marginal en el tratamiento del cáncer de tiroides, se la ha utilizado en casos avanzados y en forma paliativa. Las tasas de respuestas son del 20 al 30%, siendo las indicaciones para su administración las siguientes:

- Progresión de la enfermedad
- Metástasis o recidivas refractarias a i 131

1.2.4.6 Cáncer en la edad adulta intermedia

Para entender a la enfermedad oncológica en la edad adulta intermedia, es primordial conocer con antelación aspectos generales de su desarrollo físico, intelectual, social y emocional para posteriormente abordar el apareamiento del cáncer durante esta etapa de la vida.

La edad adulta intermedia, se define en términos cronológicos, como los años comprendidos entre los 40 y los 65 años. “Los años de la edad adulta intermedia están marcados por diferencias individuales basadas en las elecciones y experiencias previas, así como en la estructura genética” (Lachman & James en Papalia, 2001).

“A menudo, la edad madura está llena de pesadas responsabilidades y múltiples y demandantes roles, que la mayoría de los adultos se sienten capaces de manejar: ver la partida de los hijos y quizá cuidar de los padres ancianos o iniciar nuevas carreras. Al mismo tiempo, muchos adultos de edad adulta intermedia, después de cumplir sus metas y criar a sus hijos, tienen un mayor sentido de éxito y control en el trabajo y las relaciones sociales, junto con una consciencia más realista de sus limitaciones y de las fuerzas externas que no pueden controlar” (Clark-Plaskie & Lachman en Papalia, 2001).

Se comienzan a notar diferencias importantes en cuanto a la calidad y la cantidad en el desempeño, tanto físico como motor; incluso en el ámbito sensorial son notables ciertas pérdidas, como lo revela el apareamiento de presbicia, que normalmente aparece en la primera mitad de la década de los 40 años.

Para Peña, Cañoto & Santalla (2006), las mujeres llegan a su menopausia y los hombres experimentan signos de la andropausia. Ambos tienden a tener menos vigor, niveles más bajos de ejecución de las destrezas en general y deterioro moderadamente notable en el estado integral de la salud física. En esta etapa las habilidades mentales se ven realmente enriquecidas por la experiencia y la reflexión. Los problemas se afrontan y resuelven con enfoques más integrales. Dependiendo del estilo de vida del sujeto, ésta puede ser la etapa de más éxitos y satisfacciones (hijos que se gradúan y se casan, estabilidad económica y apreciación integral de la vida), o de sentimientos de profundos fracasos, agotamiento y cambios abruptos en el estado de ánimo y hasta en la ocupación o profesión a la que se dediquen.

En esta etapa también se afrontan a situaciones emocionales que pueden llegar a ser conflictivas; la identidad personal puede verse cuestionada y con ella los valores que la sustentan. La doble responsabilidad de velar, a la vez, por los hijos y por los padres, que ahora son adultos tardíos, puede generar situaciones difíciles de afrontar. Además, el llamado síndrome del nido vacío, se enfrenta durante esta etapa de la vida y resulta, frecuentemente, emocionalmente complicado.

De acuerdo a Merrill (2001), a pesar de que su salud suele ser buena, muchas personas maduras están preocupadas por las señales potenciales de declinación. Es posible que tengan menos energía que en su juventud y que experimenten dolores y fatiga ocasionales o crónicos, es más probable que contraigan ciertas enfermedades y les lleva más tiempo recuperarse de una enfermedad. De esta manera, cuando la enfermedad aparece plantea a los adultos maduros muchos retos y cuestiones que cambian a lo largo del tiempo, en función de la enfermedad, el tratamiento, las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas, y el contexto social y cultural en el que ésta se produce.

La enfermedad en un principio genera incertidumbre ya que el individuo intenta comprender el significado y la gravedad de los primeros síntomas, experimenta una crisis caracterizada por un estrés intenso y perturbación; sin embargo el individuo realiza esfuerzos para recuperarse y para lograr cierto tipo de control y recuperar su bienestar mediante el afrontamiento y aceptación de la enfermedad y de sus consecuencias.

“La forma de respuesta frente al apareamiento de una enfermedad oncológica depende de algunos factores relacionados con la enfermedad misma, los personales y los que tienen que ver con el entorno físico y social, es así, que los adultos maduros con cáncer que reciben apoyo social, con oportunidades para enfrentar y expresar sus sentimientos, suelen tener menor sufrimiento psicológico. Al afrontar su enfermedad de manera más activa, obtienen un sentido de control personal” (Compas & Luecken, 2002).

El cáncer es una de las patologías que representa mucha amenaza, por cuanto en ocasiones implica discapacidad, desfiguración, dolor o peligro de muerte. Cuanto mayor es la amenaza percibida, tanto mayores son las dificultades de adaptación para el adulto maduro. De esta manera, el impacto del cáncer de tiroides, localizado en el cuello, y su tratamiento, pueden ser particularmente devastadores, ya que los defectos que ocasiona se reconocen de inmediato. La imagen corporal del paciente algunas veces se ve afectada, así como el concepto de sí mismo y su autoestima; se siente totalmente falto de atractivo y con frecuencia tiene dificultad con las necesidades más básicas de la vida, como hablar, comer e incluso respirar, situaciones que plantean graves dificultades para la adaptación.

Por otra parte, los adultos capaces de mantener su autoestima, capaces de hacer algo para luchar contra la enfermedad y encontrarle un sentido manteniendo la esperanza, están mejor capacitadas para poner en marcha las estrategias de afrontamiento adecuadas a los problemas que les genera el padecimiento del cáncer.

Así mismo, muchas características del entorno físico y social de la persona enferma influyen en cómo responde a la enfermedad; la importancia de variables como la interacción y apoyo social, así como el entorno físico del enfermo son muy relevantes. “No tiene las mismas dificultades de adaptación un paciente que debe estar hospitalizado durante un largo tiempo, que el paciente que puede permanecer en su propia casa y mucho menos el paciente que puede seguir llevando una vida habitual en sus diversos entornos naturales” (Oblitas & Palacios, 2009).

“Sin duda, el cáncer no solo produce estrés a la persona que la padece, sino también a su familia, su dinámica se ve afectada por la enfermedad, tratamiento y hospitalización, produciéndose cambios en la representación de los roles habituales” (Bravo, 2001).

1.2.4.7 Características del paciente oncológico

El apareamiento de una patología oncológica ocasiona un desgaste tanto físico como psicológico en el enfermo.

- a. Desgaste físico:** Se presenta debido a la propia evolución de la enfermedad o puede derivarse de los efectos secundarios del tratamiento recibido.

“La mayor parte de los síndromes cancerosos se caracterizan por una progresiva pérdida de peso sin razón aparente, cansancio, falta de apetito, insomnio y disfunciones orgánicas localizadas en la zona del desarrollo del cáncer” (Gallar, 2006, p. 233).

El paciente oncológico presenta varios síntomas propios de esta enfermedad que le generan sufrimiento y desesperación, sin embargo se considera que el más relevante es el dolor físico que producen algunos tipos de cáncer, por lo que el tratamiento analgésico resulta esencial para aliviar el deterioro físico y psicológico.

El desgaste físico puede deberse además a los efectos de los tratamientos aplicados para combatir la propagación de las células cancerosas, entre éstos la cirugía, quimioterapia, radioterapia y yodoterapia en el caso del cáncer de tiroides.

b. Desgaste psicológico: “El hecho de saber que se padece de un cáncer supone un enorme estrés psicológico que se va a manifestar en forma de síndrome de ansiedad o depresión” (Gallar, 2006, p. 234).

La ansiedad y el miedo son experiencias emocionales frecuentes en las primeras etapas de la enfermedad o frente a cambios en el proceso como la ocurrencia de una recaída o los controles oncológicos posteriores a la finalización del tratamiento. Los síntomas ansiosos contribuyen al sufrimiento del paciente, quien desarrolla ciertos miedos, entre los más comunes, el miedo a la muerte, a la dependencia, cambios en

autoimagen, incapacidad, ruptura de lazos sociales y a las molestias físicas derivadas de la enfermedad y sus tratamientos.

Por otra parte, resulta enormemente estresante la falta de control a nivel personal y a nivel social; personal, porque el paciente no es capaz de encontrar el buen funcionamiento de su propio organismo; necesita ineludiblemente la ayuda de un equipo médico; y social, porque la enfermedad le obliga a abandonar o modificar el rol que desempeña en su familia o en su trabajo, impidiéndole el control sobre estos ámbitos.

“La capacidad del paciente para manejar el estrés depende de su nivel de ajuste emocional, de la amenaza que el cáncer signifique para el logro de las metas apropiadas a la edad, profesión, familia, etc., de la presencia de personas que proporcionen apoyo emocional y de diversas variables determinadas por la enfermedad misma” (Holland en Oblitas & Palacios, 2009).

1.2.4.8 Impacto del cáncer y su diagnóstico

De acuerdo a Oblitas & Palacios (2009), el impacto estresante del padecimiento del cáncer, la respuesta y el proceso de adaptación siguen una secuencia de pasos que parece ser común a las enfermedades que constituyen una amenaza para la vida. A continuación se describen estas fases y lo que implica cada una de ellas:

1. En primer lugar suele producirse una “reacción de choque”. Constituye una respuesta de emergencia, que se produce de una forma automática, generando un sentimiento de “distanciamiento” de la situación, similar a estar observando la situación en vez de participando en el acontecimiento y un cierto aturdimiento. “En esta primera fase, que es la que sigue inmediatamente al diagnóstico de cáncer, cambia la forma en que el paciente se ve a sí mismo y a su vida afectando profundamente su autoconcepto. Desde ese momento en adelante todo será distinto; sus planes de futuro, si los tiene, deberán ser revisados, a menudo, no podrá saber cuál será en el futuro el curso de su vida normal” (Rodríguez-Marín, 1995).

2. La segunda fase es una reacción de encuentro con pensamiento desorganizado y sentimientos de pérdida, indefensión y desespero. Durante esta fase, el paciente se siente sobrepasado por los acontecimientos, se cree incapaz de razonar y de planificar sus esfuerzos para resolver los problemas que su nueva situación le plantea. Dado que las reacciones de “encuentro” son muy estresantes, los enfermos oncológicos suelen usar estrategias de afrontamiento evitativas durante esta fase, especialmente la negación.

3. La tercera fase es denominada la fase de retraimiento. Durante esta fase, el enfermo tiende a negar la existencia de la enfermedad o sus implicaciones. Sin embargo, ese tipo de afrontamiento no puede sostenerse, porque la situación no cambia. Diagnósticos adicionales la confirman, los síntomas persisten o empeoran, las limitaciones siguen presentes, y todo ello lleva al enfermo a tomar consciencia de la necesidad de aceptarla y adaptarse a ella.

Según Mamani (2008), la persona diagnosticada con cáncer enfrenta además una serie de estresores que se enumeran a continuación:

- a.** Estresores limitados en el tiempo: La cirugía o algunas pruebas diagnósticas como la citopunción en el caso del cáncer tiroideo.
- b.** Secuencias de estresores: El conjunto de las pruebas diagnósticas.
- c.** Estresores intermitentes: Tratamiento como la cirugía o la espera de resultados de las pruebas en el seguimiento.
- d.** Estresores crónicos: La pérdida de una parte anatómica o el miedo a la recaída.

Los tres primeros tipos son estresores que desaparecerán con el tiempo, pero los crónicos seguirán afectando a la persona a lo largo de su vida, aunque se vea libre de enfermedad. “Los estresores crónicos se relacionan con lo que se ha denominado “Síndrome de Damocles”, que implica el hecho de que la persona pierde la idea de invulnerabilidad personal y debe convivir con el miedo a la recaída durante el resto de su vida” (Koocher & Malley en Mamani, 2008).

El enfrentarse a un diagnóstico de cáncer rompe esa ilusión de invulnerabilidad para dar paso a un sentimiento de victimización por el que el mundo ya no se percibe como benevolente, ni el sujeto se ve a sí mismo como especial, afectando todo ello a su autoeficacia y ocasionando cambios emocionales y conductuales notables que influyen significativamente en todas las áreas de su funcionamiento.

“En pacientes con patologías de malignidad en la glándula tiroides suelen presentarse, además de los cambios estéticos, los endocrinológicos y problemas psicológicos derivados de las deficiencias hormonales que produce la cirugía de tiroides, tales como cambios en el estado de ánimo, mayor irritabilidad, etc., por lo que el paciente tendrá la necesidad de recurrir a diversos tratamientos para suplir las funciones de dichas glándulas; tratamientos que le producen al paciente grandes niveles de estrés, tensión y preocupación por la incertidumbre de su tratamiento y los resultados y, en tanto la enfermedad -como la salud- no sólo se componen de las dolencias físicas del enfermo, sino que involucran elementos de tipo biológico, social, psicológico, afectivo, etc., que intervienen en la evaluación realizada al paciente frente a su situación, y que da como resultado la percepción de la calidad de vida” (Novoa, 2010, p.316).

1.2.4.8.1 Principales reacciones del paciente oncológico

La enfermedad y sus implicaciones en la vida del paciente, así como la noticia de una intervención quirúrgica van a generar en algunas personas ciertas respuestas y temores específicos que pueden aparecer en la fase pre-operatoria, siendo las más importantes:

- a. Temores específicos:** Se refiere a diversos temores que suelen aparecer en la fase preoperatoria. Los más frecuentes según los aportes de Johnston, Morales & Rojo (1997), son los siguientes:

- Temor a la anestesia, que está relacionado con el temor de no volver a despertar, temor a despertar antes que termine la operación, o a que ésta empiece antes de estar anestesiado,
- Preocupación por la pérdida de autonomía personal y dependencia de otros,
- Preocupación por la soledad, la separación del hogar y la atención que se recibirá durante la hospitalización,
- Temor a la muerte por el mismo riesgo del procedimiento,
- Temor al dolor, a la enfermedad y a las propias capacidades para resistirlo,
- Preocupación por el coste económico derivado de la intervención y de la hospitalización,
- Preocupaciones por la habilidad y conocimientos del cirujano,
- Preocupación por el día y la hora de la operación,
- Temor a la pérdida de partes o funciones importantes del cuerpo, y
- Preocupación por el tratamiento quirúrgico y la recuperación post-operatoria.

b. Ansiedad: “La mayoría de las investigaciones realizadas coinciden en afirmar que los niveles de ansiedad se elevan antes de la cirugía, disminuyendo después a lo largo del periodo post-quirúrgico” (Wallece en Borda, Pérez & Blanco, 2000).

Por otro lado, está demostrado que la ansiedad pre-quirúrgica es una de las variables que más influye en la recuperación del paciente. “Puede afectar a diferentes indicadores de recuperación, como por ejemplo, el dolor, la toma de analgésicos y sedantes, la adaptación psicológica, la duración de la estancia hospitalaria, las

náuseas, la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal, la presión sanguínea, etc.” (Moix, 1994).

Dadas las repercusiones psicológicas que conlleva la cirugía, resulta fundamental la intervención psicológica para ayudar a los pacientes oncológicos que van a someterse a una operación, ya que frente a este acontecimiento se pueden presentar un sinnúmero de reacciones emocionales, principalmente la ansiedad frente a la cual se producen sistemas de respuesta a nivel fisiológico, cognitivo y motor que deben ser reducidos para mejorar la condición del paciente; de la misma manera estas emociones pueden surgir frente a algún tipo de información interna del individuo como experiencias previas, recuerdos, información sensorial, historia de pérdidas físicas, sociales, psicológicas o espirituales, y de la interpretación que el sujeto le otorgue a la situación dependerá que surja una emoción ya sea desagradable o no, por lo que es importante valorar el significado de la enfermedad para el paciente en cuanto a la comprensión y adaptación de su situación actual.

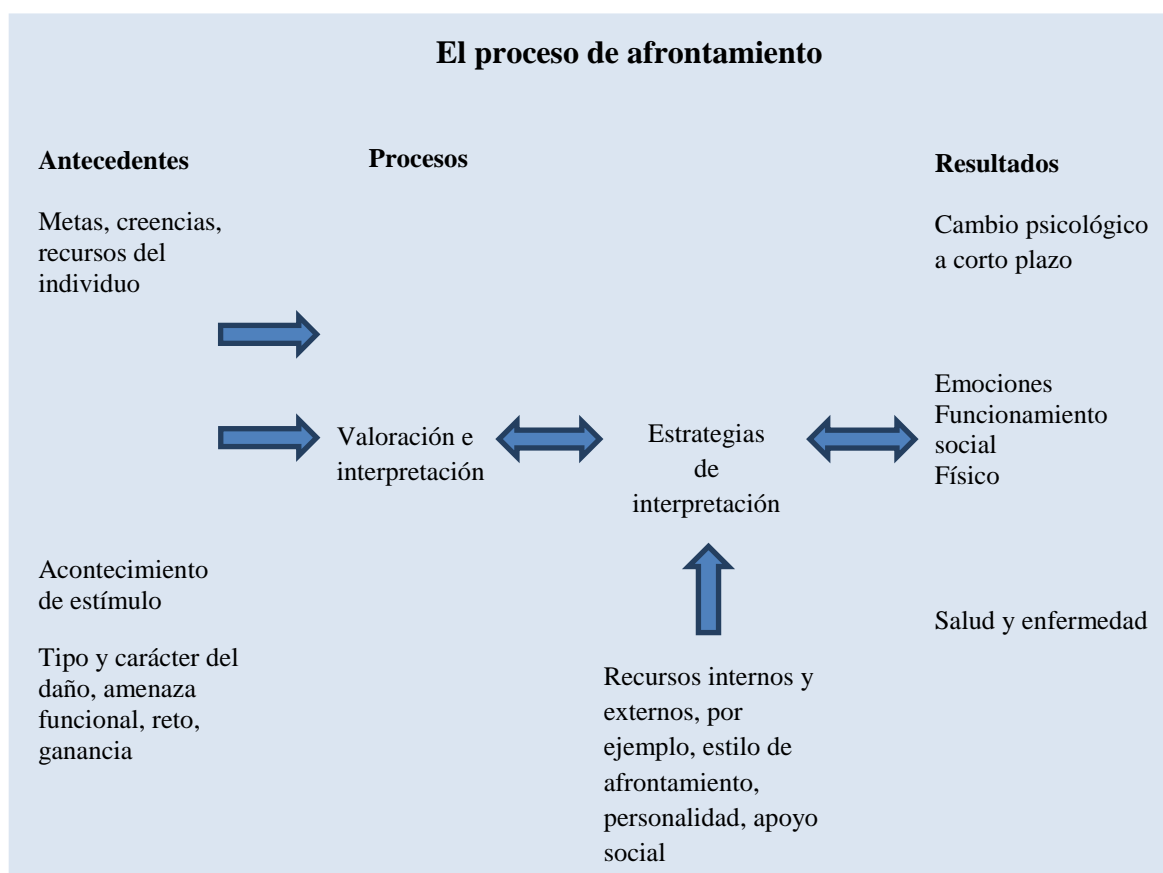
1.2.4.9 El afrontamiento en el sujeto con cáncer

“El afrontamiento está constituido por todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman en Mamani, 2008).

Para González, (2004) el concepto de afrontamiento no se refiere a un rasgo o estilo de respuesta personal, sino que se refiere y se centra en el proceso, en la actividad cambiante que el sujeto pone en funcionamiento en cada situación que ha sido evaluada como estresante. (Véase el Gráfico 1.3: El proceso de afrontamiento).

El diagnóstico de cáncer causa estrés en cualquier persona por el significado psicosocial de la enfermedad, la aversión tanto a los síntomas como a los diversos tratamientos lo pueden causar. “La capacidad del paciente para manejar el estrés depende de su nivel de ajuste emocional, de la amenaza que el cáncer signifique para el logro de las metas apropiadas a la edad, profesión, familia, entre otros; de la presencia de personas que proporcionen apoyo emocional y de diversas variables determinadas por la enfermedad misma: síntomas incapacitantes, localización del tumor, tratamientos requeridos, presencia de dolor y pronóstico” (Oblitas & Palacios, 2009).

Gráfico 1.3: El proceso de afrontamiento



Fuente: Morrison & Bennett (2008).
Elaborado por: Mejía, Andrea.

1.2.4.10 La calidad de vida en el enfermo de cáncer

El concepto de calidad de vida en el caso concreto de los enfermos de cáncer, es un caso específico del concepto de “calidad de vida relacionada con la salud”.

Van Knipperberg en Oblitas & Palacios (2009), señala que en el ámbito de la salud, el término de calidad de vida se refiere a un constructo multidimensional compuesto

por un conjunto de factores y hace referencia a las consecuencias de la enfermedad y los tratamientos en las diversas áreas que configuran la vida del individuo: estado funcional, área física, psicológica e interacción social.

La OMS (1994) define la calidad de vida como: La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

De acuerdo a esto, en la medida en que los componentes del constructo de calidad de vida cambian con el tiempo, particularmente, en el caso de la enfermedad cancerosa, la propia calidad de vida variará a lo largo del curso temporal, por lo tanto de acuerdo a Olivares en Oblitas & Palacios (2009), el constructo de calidad de vida es, multidimensional, variable con el tiempo y en una amplia medida, subjetivo.

La calidad de vida del enfermo de cáncer puede definirse entonces como la medida en que el enfermo percibe que su enfermedad, tratamiento y efectos, afectan su nivel de bienestar y satisfacción vital; de la misma manera se relaciona a la adaptación de la presencia de síntomas dolorosos o incapacitantes cuando los hay, observando cuál es su capacidad de llevar una vida “normal”, su nivel de adaptación psicológica

tomando en cuenta las esferas cognitiva, emocional y conductual y su nivel de adaptación social y laboral.

Un aporte de Schipper, Clinch & Powell (1990) leído en una publicación de Oblitas y Palacios (2009), señala que la calidad de vida del paciente con cáncer constituye un concepto multidimensional que incorpora cuatro dominios, que se explican a continuación:

- a. El funcionamiento físico y ocupacional:** Se refiere a la fuerza, energía y capacidad para llevar a cabo una gama de actividades cotidianas normales para la mayoría de las personas. Por lo general, se incluye en esta dimensión o factor la capacidad de auto-cuidado, la movilidad y la capacidad para realizar actividades físicas. Estos elementos se correlacionan, aunque sin mucha fuerza, con las medidas objetivas de la respuesta del tumor, y con la propia valoración del médico sobre el bienestar del paciente.

- b. El funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológicos):** Los parámetros psicológicos que poseen mayor impacto en la calidad de vida del paciente oncológico son la ansiedad, la depresión, el miedo y niveles elevados de estrés psicológico, acompañando al momento del diagnóstico, las revisiones periódicas y la incertidumbre respecto a la eficacia del tratamiento y el final posible.

c. El funcionamiento social (ajuste o adaptación social, interacción social):

Este dominio se refiere a la capacidad que el enfermo tiene de interactuar con otras personas y llevar a cabo las interacciones habituales de la vida cotidiana, con los familiares, amigos, colegas compañeros laborales y vecinos. En los pacientes de cáncer es frecuente el trastorno de las actividades sociales normales, como resultado de diferentes factores: limitaciones funcionales debidas al dolor o la fatiga, miedo del paciente a ser una carga para los demás, el azoramiento por los síntomas o las discapacidades, problemas para desempeñar papeles sociales asociados con la familia, el trabajo y la comunidad. Así mismo, las dificultades de interacción pueden estar producidas por los sentimientos de incomodidad que se generan entre los miembros de la red social del paciente por el miedo al contagio y otras razones.

d. Las sensaciones somáticas (experiencia de síntomas relacionados con la enfermedad y con el tratamiento): Los síntomas físicos que los enfermos de cáncer informan, como resultado del proceso de enfermedad o de su tratamiento, son muy diversos. Los que señalan con mayor frecuencia son: dolor, falta de aliento, fatiga, malestar corporal, estreñimiento, diarrea, náusea, vómito y trastornos del sueño.

1.2.5 Procedimientos de intervención psicológica

1.2.5.1 Psicoprofilaxis hospitalaria

La hospitalización constituye un evento estresante, ya que conlleva una pérdida de intimidad, exposición a otras personas afectadas, cambios en patrones habituales de conducta, cambios en comidas, desorganización del ambiente familiar, inactividad y ausencia de distractores que facilitan el apareamiento de preocupaciones y que además genera ansiedad y miedo ante el proceso quirúrgico, sus posibles resultados y las consecuencias posteriores. Toda hospitalización provoca ansiedad en los pacientes porque crea una serie de amenazas (reales, imaginadas o potenciales) que el sujeto no puede manejar.

“La ansiedad es un estado emocional que se da en un momento específico y con un grado predeterminado de intensidad. Sus características incluyen los sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, nerviosismo y temor. Se ha asociado a los procedimientos médicos desde hace mucho tiempo y puede llevar a la náusea, vómito, insomnio, pesadillas, y/o dermatosis” (Shisler, et. al., en Oblitas & Palacios, 2009).

De acuerdo a esto, el estrés de este evento puede ser mitigado mediante un soporte psicológico apropiado que involucre una comunicación óptima, de tal forma que los pacientes tengan información idónea del diagnóstico, del tratamiento y del

pronóstico, los efectos colaterales y las ventajas de las intervenciones, esta comunicación implica que las personas afectadas puedan aclarar todas sus dudas, a la vez que se aborde las preocupaciones y estados emocionales adversos asociados a dicha información y a la enfermedad. Preparar psicológicamente para la cirugía y los distintos procedimientos médicos dolorosos o invasivos, mediante información objetiva y subjetiva del proceso, de forma que el paciente alcance una adecuada representación del proceso, se habitúe y afronte el estrés y ansiedad de la intervención y se facilite su rehabilitación.

1.2.5.2 Psicoprofilaxis quirúrgica

La psicoprofilaxis quirúrgica es un conjunto de técnicas psicoterapéuticas que se ocupa, dentro de un marco multi e interdisciplinar, de preparar emocionalmente al paciente para afrontar una intervención quirúrgica, con la menor cantidad de secuelas físicas y psicológicas posibles.

“Esta estrategia se ocupa exclusivamente de lo relacionado con la operación. La tarea comprende la información, contención y esclarecimiento de todos aquellos sentimientos y emociones que surgen ante una cirugía” (Mandelbaum, et. al., en Oblitas & Palacios, 2009).

Sus objetivos son:

- a.** Aliviar ansiedades, es decir apoyar al paciente ante el evento quirúrgico tomando en cuenta las medidas necesarias para ello. Aquí se incluye el desmitificar y esclarecer todas las fantasías (amenazas) que han construido con relación a la operación y a la anestesia, proporcionándoles una explicación adecuada a la realidad.
- b.** Ayudar a superar el impacto de la cirugía dando al paciente elementos para que pueda manejar mejor sus propios recursos y por ende, favorezca su cooperación ante los procedimientos médicos.
- c.** Permitir y facilitar el mayor contacto posible con las personas significativas para el sujeto (familiares, amistades y médicos).
- d.** Favorecer una mejor recuperación en el posquirúrgico y disminuir la posibilidad de que se presenten complicaciones emocionales.

“La psicoprofilaxis quirúrgica puede realizarla cualquier profesional del equipo tratante con entrenamiento previo. Este equipo debe ofrecer toda la información necesaria al paciente, con el objeto de esclarecer todas las dudas, temores, ansiedades y angustias que surgen ante una operación” (Mandelbaum, 1998). La principal ventaja de tener a un psicólogo en este equipo, se demuestra cuando los pacientes pueden considerarlo un puente entre el equipo médico y ellos, que les aclarará las dudas que les quedaron después de recibir la información médica y que les ayudará a manejar sus emociones.

“La psicoprofilaxis sirve para ayudar al paciente a comprender qué y cómo se va a hacer el procedimiento, su propósito y necesidad de esto, así mismo se le explica cómo se podrá sentir con los procedimientos médicos y lo que puede hacer o no para recuperarse” (Bluestone, et. al., en Oblitas & Palacios, 2009).

Bluestone, Stool & Kenna (1996) enfatizan la conveniencia de que el paciente sepa las molestias que tendrá con la cirugía y que el personal médico hará todo lo posible por minimizarlas; así como que la cirugía le ayudará a tener un mejor estado de salud.

“Se ha demostrado que en la medida en que el paciente disponga de la información que necesita y pueda expresar sus propias dudas y temores, también tendrá la posibilidad de contar con mayores recursos para enfrentar la cirugía” (Mandelbaum, 1998).

“Numerosos factores psicológicos pueden afectar la recuperación de la anestesia y de la cirugía y es importante identificarlos para no prolongar la recuperación del paciente y no incrementar la morbilidad postoperatoria” (Liv, et. al., 1994). Así mismo, de acuerdo a Christensen, Mortesen, Riis-Hansen & Kehlet (2006), a las medidas encaminadas a disminuir la ansiedad preoperatoria, ayudan a la recuperación y a la disminución de complicaciones postoperatorias.

1.2.5.3 Proporción de información a pacientes oncológicos

El cáncer es considerado como un padecimiento progresivo y eventualmente fatal, que puede resultar en una incapacidad del funcionamiento físico o mental del individuo. El impacto que produce esta condición en la vida del paciente es grave, ya que supone la construcción de una nueva forma de vida tanto individual como familiar debido a la enfermedad, por lo que el tipo, cantidad y calidad de la información que el paciente reciba sobre su diagnóstico y tratamiento son determinantes para conseguir la disminución de su nivel de estrés y ansiedad, además de favorecer su cooperación y adhesión hacia los procedimientos terapéuticos.

De acuerdo a Carlosama (2003), es necesario considerar los siguientes aspectos a la hora de proporcionar información a pacientes oncológicos:

- El enfermo debe conocer lo suficiente de su enfermedad para que pueda colaborar con el tratamiento.
- Es preciso decirle todo lo que pueda disminuir su angustia y permitirle aceptar su afección.
- La información que se proporciona al paciente debe darse en términos simples y comprensibles y en la medida de lo posible se debe dar explicaciones exactas y accesibles.

- En las explicaciones que da el psicólogo sobre una afección es preferible insistir en el aspecto positivo y no únicamente en el negativo de la enfermedad y del tratamiento.
- Conviene advertir siempre a la familia sobre la gravedad de la enfermedad pero eligiendo bien a las personas que parecen ser las más aptas para soportar esta noticia inquietante sin ejercer una influencia desfavorable sobre el paciente para que sean capaces de tomar medidas positivas y activas.

La situación a la que se enfrenta un paciente cuando recibe la información de que padece una enfermedad de malignidad, la cual implica un riesgo vital, claramente es estresante, tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios.

“Históricamente, se ha ocultado la información sobre la probabilidad de morir a los pacientes, aunque se transmitía frecuentemente a los familiares, lo que ponía una significativa carga sobre éstos. Sin embargo, esta alternativa ya no se considera ética: ahora se cree que los pacientes tienen el derecho de conocer su propio pronóstico” (Morrison & Bennett, 2008).

Existe una creciente evidencia de que la forma en que se transmite este tipo de información afecta al bienestar del paciente. Por consiguiente, “se presta una mayor atención a la mejor manera de realizar la entrevista de las malas noticias, fundamentalmente ésta debe estar guiada por principios básicos de una buena comunicación” (Farber, Urban & Collier, 2002).

Para el efecto, Buckman (1992 en Morrison, et al, 2008), sugiere un protocolo para comunicar y explicar malas noticias siguiendo seis pasos o etapas que se detallan a continuación:

1. Hay que dar la noticia en persona, en privado, con el tiempo suficiente y sin interrupciones.
2. Hay que averiguar qué es lo que sabe el paciente sobre su diagnóstico.
3. Hay que averiguar qué es lo que quiere saber el paciente.
4. Hay que compartir la información: es necesario empezar con una “señal de advertencia” y después transmitir una pequeña cantidad de información en un lenguaje sencillo a un ritmo que pueda seguir el paciente.
5. Hay que reaccionar a los sentimientos del paciente, incluyendo reconocerlos y validar su reacción emocional ante la noticia.
6. Hay que planificar y hacer un seguimiento: incluyendo planificar los siguientes pasos, resumir lo que se ha dicho, identificar las fuentes de apoyo y concertar una cita de seguimiento próxima.

De la misma manera, es importante que se le proporcione una información adecuada al paciente referente a la cirugía a la cual debe ser sometido como parte del tratamiento de su enfermedad y acerca del ingreso hospitalario. Al respecto, un aporte de López-Roig (1993) leída en una publicación de Borda, et. al., (2000), sostiene que: “las técnicas de información se utilizan como herramienta fundamental en la fase preoperatoria y consisten en informar a los pacientes acerca de la operación y la hospitalización”. En lo que se refiere al contenido, existen dos tipos de información:

1. **Sobre el procedimiento:** Se informa al paciente sobre cuál es la naturaleza de la intervención quirúrgica en sí, es decir, en qué consiste, cómo se realiza, quién la hace, fases de que consta, qué sucede en los periodos pre, intra y post-quirúrgicos, etc.

2. **Sobre las sensaciones:** Se explica al paciente sobre lo que va a sentir, por ejemplo, dolor (intensidad, tipo, frecuencia, localización) somnolencia, tensión muscular, fatiga, sequedad de boca, etc. Evidentemente, en la mayoría de los casos, la información hace referencia tanto a los procedimientos como a las sensaciones.

“La eficacia de las técnicas informativas depende en gran medida del estilo de afrontamiento de los pacientes. En este sentido diversas investigaciones, han puesto de manifiesto que la información produce efectos beneficiosos en los pacientes “vigilantes” o “aproximadores”, sujetos que normalmente intentan superar las situaciones estresantes obteniendo la máxima información sobre las mismas” (Greene, et al., en Morrison & Bennett, 2008).

Así mismo, es importante la forma en que se proporciona información en las consultas. Por ejemplo, cuando se da información con un estilo positivo, los pacientes tienen más probabilidades de elegir opciones de atención sanitaria arriesgadas que cuando se da de forma más negativa.

McNeil, Pauker & Sox (1982 en Morrison et al., 2008), han concluido que, cuando se dan varias posibilidades sobre el resultado de un tratamiento en casos de cáncer, los pacientes e incluso los cirujanos, tienen más probabilidades de optar por la cirugía cuando se enmarcan los mismos riesgos de la cirugía en términos de probabilidades de que el individuo sobreviva en vez de que fallezca. Es decir, es más probable que se opte por la cirugía si el riesgo se presenta como una probabilidad del 40 por ciento de supervivencia que si se presenta como un riesgo del 60 por ciento de fallecimiento.

De la misma manera, Borda et al. (2000), señala que la noticia de una operación quirúrgica, supone, en la mayoría de los casos, un acontecimiento estresante para la persona.

La intensidad de este suceso va a depender, entre otros, de los siguientes factores:

1. La percepción que tiene el enfermo respecto a la gravedad y dificultad del acontecimiento quirúrgico, y
2. Las expectativas de éxito que el paciente piensa que existen.

Debido a estas razones, durante la entrevista con los pacientes oncológicos, debe procurarse tranquilizarlos al asumir una actitud serena, y después buscar el origen de la ansiedad al hablar de las ideas que se suscitan en su mente y acerca de los elementos internos y externos que tienden a incrementarla.

Para Gómez (2008), “es importante asumir y mantener una actitud de apoyo y permitir que el paciente hable acerca de sus vivencias con relación a su enfermedad y permitirle expresar sus miedos, rabias y fantasías”.

Por lo anteriormente expuesto, es recomendable averiguar las necesidades emocionales y de información del paciente y que el psicólogo responda a estas diversas necesidades de forma adecuada, poniendo énfasis en las respuestas empáticas y en el reconocimiento y manejo de la ansiedad provocada en el paciente.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Antecedentes del problema

En la ciudad de Ambato, el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes (Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua) ofrece una atención médica de especialidad a través de la cual propone una lucha contra el cáncer, por medio de la promoción, educación, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad, y brindarle una mejor calidad de vida al paciente, sin embargo la falta de un departamento de psicología que cubra las necesidades de esta población ha impedido que se pueda ofrecer una asistencia psicoterapéutica, acompañamiento y apoyo emocional al paciente, razón por la que, la intervención a través de la psicoterapia racional - explicativa supone un gran alcance, siendo de gran utilidad para los usuarios.

El abordaje clínico del paciente debe contemplar el proveerle de suficiente información acerca de la naturaleza de su enfermedad para que llegue a conocerla y comprenderla, a la vez que se le permita participar en su atención; es por ello que el trabajo mediante la psicoterapia explicativa, se convierte en una tarea esencial como parte del nuevo modelo de asistencia en el área de salud, en el que se favorezca el afrontamiento de la enfermedad y el control de ansiedad en los pacientes.

De acuerdo a Bulacio (2006), la psicoterapia explicativa comprende un proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. Así mismo, el profesional de la salud tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la calidad de vida.

La psicoterapia explicativa enmarcada dentro de la corriente Racional-Cognitiva, se viene aplicando con éxito a nivel mundial, debido a que logra disminuir los niveles de ansiedad, estrés y tensión ocasionados por múltiples factores que inciden en la sociedad actual, inmersa en la vorágine del desarrollo tecnológico y científico que han contribuido al apareamiento de patologías clínicas; por lo tanto su aplicación constituye una herramienta muy utilizada en pro de la salud mental. Así, la utilización de la psicoterapia explicativa como una modalidad de abordaje de diferentes problemas y padecimientos de carácter psicológico es de gran utilidad, sobre todo en el tratamiento de pacientes en situaciones complejas de enfermedad, crisis o emergencia, tal como en el caso de diagnósticos de cáncer, los mismos que tienen un fuerte impacto en la vida de quien las sufre.

El trabajo en psicoterapia explicativa tal como lo sustenta Varela (2001), se compone por una parte de la información que puede ofrecerse, esto es, los conocimientos de que se dispone acerca de la enfermedad y que son ordenados, sistematizados y presentados de manera clara, ágil y oportuna, y por otra parte, el valor funcional que

adquieren dichos conocimientos, en tanto se transforman en comportamientos encaminados a lograr la adaptación y mejorar la calidad de vida de paciente y familia.

La Organización Mundial de la Salud puntualiza: “Según el Informe mundial sobre el cáncer, el análisis mundial de la morbilidad más completo realizado hasta la fecha, la incidencia del cáncer podría aumentar en un 50% hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos. Sin embargo, el informe también demuestra que los modos de vida saludables y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo” (OMS Ginebra, 2003, párr.2).

Cabe mencionar como antecedente el trabajo investigativo: Estrés pre-operatorio y psico-educación en pacientes oncológicos del Hospital SOLCA Ambato en el periodo junio - diciembre 2009, el mismo que fue auspiciado por la Sociedad de lucha contra el cáncer SOLCA, en el que se destaca el rol del estudio realizado de la siguiente forma: “Trabajar en aspectos emocionales del paciente (estrés) pre-quirúrgico oncológico, ayudados por la técnica de psico-educación en el Hospital de especialidades oncológicas SOLCA, y en el que se detallan resultados básicos: pacientes con ansiedad pre-operatoria un 97%, pacientes con riesgo a enfermarse crónicamente debido al estrés 100%, éxito de la técnica de psico-educación en los pacientes pre-quirúrgicos oncológicos 93%” (Lascano, 2009).

Actualmente, el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes SOLCA Tungurahua, atiende a más de 150 usuarios cada día en las áreas de especialidades oncológicas, cirugía y hospitalización, teniendo esta cifra la tendencia a aumentarse cada año. La dirección médica y ejecutiva de esta institución refieren una gran preocupación por el aumento de pacientes diagnosticados con cáncer. Martínez, N. (Director médico del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes SOLCA Tungurahua, comunicación personal mayo de 2012).

De esta manera, comprender el alcance de la psicoterapia explicativa desde un enfoque práctico y aplicable en pacientes que han sido diagnosticados con cáncer de tiroides, permite llegar con el consejo directo, esclarecimiento e interpretación de aspectos no identificados plenamente relacionados con la etiología propia de la enfermedad y su cuadro sintomático.

Así, David H. Barlow (2003), plantea: “Dedicar tiempo a explicar con detalle la naturaleza del trastorno se asocia a una significativa reducción de los miedos y creencias disfuncionales”.

De acuerdo con lo señalado se desprende que se puede proveer al paciente oncológico de una perspectiva mucho más amplia de su realidad vivencial enmarcada en parámetros particulares; lo que determina un cambio de actitud incidiendo más adelante en una disminución de los niveles de ansiedad y contribuyendo a afrontar de mejor manera su situación de crisis.

2.2 Significado del problema

La psicoterapia racional - explicativa destinada a disminuir los niveles de ansiedad de pacientes con cáncer tiroideo, se convierte en el aspecto fundamental del objeto de estudio de la investigación, enmarcada dentro de parámetros específicos del enfoque cognitivo. La psicoterapia explicativa permite brindar información directa y especializada de una manera eficaz, favoreciendo al entendimiento y dilucidación del problema, mereciendo especial atención el caso de las enfermedades orgánicas como el cáncer y su pronóstico.

La aparición de un diagnóstico oncológico en la vida de una persona constituye una situación de crisis frente a la cual, la falta de información, desconocimiento del tema o interpretaciones erróneas acerca de la enfermedad, y sobre todo del tratamiento quirúrgico y del pronóstico médico generan estados de ansiedad, creencias disfuncionales y un impacto negativo en la vida del paciente, por lo que la intervención por medio de la psicoterapia racional-explicativa constituye un mecanismo idóneo y de aplicación factible en los pacientes pre-quirúrgicos diagnosticados con cáncer tiroideo que son atendidos en el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. SOLCA Tungurahua; a su vez, los instrumentos de evaluación utilizados permitieron determinar el nivel de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés, lo que facilitó el posterior trabajo con la intervención de la psicoterapia.

2.3 Definición del problema

- ¿Los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo desencadenan síntomas de ansiedad frente al desconocimiento de los procedimientos del tratamiento médico?
- ¿La entrevista psicológica realizada a los pacientes pre-quirúrgicos diagnosticados con cáncer tiroideo permitirá la obtención de información idónea para la aplicación de la técnica?
- ¿La utilización de un instrumento objetivo de medición de ansiedad permitirá valorar eficazmente los niveles de ansiedad de los pacientes pre-quirúrgicos diagnosticados con cáncer tiroideo de edad adulta intermedia?
- ¿De qué manera la aplicación de la psicoterapia racional - explicativa permitirá disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. SOLCA Tungurahua?
- ¿Qué tan eficaz será la aplicación de la técnica racional - explicativa en los pacientes diagnosticados con cáncer tiroideo?
- ¿Cuáles serán los resultados que se obtendrán tras aplicar la psicoterapia racional - explicativa a los pacientes diagnosticados con cáncer tiroideo?

2.4 Planteamiento del tema

“Aplicación de la psicoterapia racional - explicativa destinada a la disminución de los niveles de ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. SOLCA Tungurahua”.

2.5 Delimitación del tema

2.5.1 Delimitación de contenido:

Campo: Psicoterapia

Área: Psicoterapia cognitiva

Aspecto: Psicoterapia Racional-Explicativa

2.5.2 Delimitación Espacial:

Provincia: Tungurahua

Ciudad: Ambato

Institución: Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua.

Área: Consulta Externa y Hospitalización

Dirección: Parroquia de Izamba, sector Yacupamba. (Av. Alfredo Coloma y Enrique Sánchez).

2.5.3 Delimitación Temporal

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo durante los meses de diciembre del 2012 a octubre del 2013.

2.5.4 Unidades de observación

Pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia, usuarios del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua.

2.6 Hipótesis

La aplicación de la psicoterapia racional - explicativa disminuye los niveles de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia.

2.7 Variables e indicadores

2.7.1 Variable Independiente: Psicoterapia racional-explicativa.

2.7.1.1 Indicadores:

- Psico-educación
- Proporción de información
- Técnicas de comunicación terapéutica: Esclarecimiento, interpretación, reformulación de contenido, interrogación.
- Consejo directo
- Cuestionamiento socrático
- Relación de ayuda terapéutica

2.7.2 Variable Dependiente: Ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo.

2.7.2.1 Indicadores:

- Reacciones emocionales ansiosas
- Niveles de ansiedad: Bajo (Leve) - Medio (Moderado) - Alto (Grave)
- Ansiedad-Estado
- Ansiedad-Rasgo

2.8 Objetivos

2.8.1 Objetivo General:

- Aplicar la psicoterapia racional - explicativa destinada a la disminución de los niveles de ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. SOLCA Tungurahua.

2.8.2 Objetivos Específicos:

- Construir un marco teórico que abarque y sustente la relación existente entre la psicoterapia racional - explicativa y la disminución de niveles de ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia.
- Evaluar los niveles de ansiedad de los pacientes utilizando un instrumento objetivo de medición.
- Elaborar una matriz operativa para la intervención a los pacientes mediante psicoterapia racional-explicativa.
- Valorar la disminución de los síntomas de ansiedad de los pacientes posterior a la aplicación de la psicoterapia racional - explicativa.
- Determinar la eficacia de la intervención psicológica, mediante el análisis de los resultados de las pruebas aplicadas a un grupo de control.

2.9 Metodología

2.9.1 Enfoque

La investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativo, porque se basa en las inferencias lógicas y analíticas que se extraen del conocimiento de la problemática contextualizada a la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua, y los pacientes a quienes fue dirigida la psicoterapia explicativa, además se fundamenta en una base científica del marco teórico. El enfoque cuantitativo se desprende de los resultados cuantificables de la aplicación de los instrumentos de medición.

2.9.2 Diseño

Cuasi-experimental: Este diseño se aplicó en el transcurso de la investigación porque facilitó el proceso de trabajo con los grupos experimental y de control, a los que se aplicó la medición antes y después de la intervención terapéutica, lo que hizo de éste un diseño mucho más válido que si solo se hubiera aplicado al grupo experimental, por tanto los resultados que se obtuvieron llegaron a un nivel más alto de validación.

Sólo mediante la intervención a los dos grupos fue posible establecer un nivel comparativo entre los efectos que produjo el abordaje aplicado al grupo experimental frente a los resultados que se obtuvieron del grupo de control; si no se hubiera intervenido al grupo de control, no se hubieran podido determinar los elementos

necesarios para comparar el aumento o disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes, y solamente de esta manera se justifica la aplicación del re-test en este grupo.

Desde el punto de vista ético también se consideró importante efectuar una intervención en los dos grupos, la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa al grupo experimental, y otro tipo de intervención reducida al grupo de control (charlas psico-educativas basadas en el mismo enfoque), pues su condición humana está por sobre toda otra consideración y la responsabilidad moral del psicólogo está implícita en todas sus actuaciones.

La utilización del diseño cuasi-experimental permitió realizar un acercamiento a una investigación que por sus características de aplicación se asemeja a un diseño de tipo experimental cuyo objetivo metodológico es conseguir la validez interna de la intervención, y una vez que esta se consiguió, lo ideal es llegar a la validez externa, esto es tener la posibilidad de generalizar los resultados a la población.

2.9.3 Modalidad básica de la investigación

- **Bibliográfica:** Por cuanto la investigación se fundamentó en información especializada y actualizada que se basó en la revisión de libros, documentos y textos referentes a las variables de estudio: psicoterapia racional-explicativa y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer de tiroides, de

esta manera la información compilada y clasificada permitió la elaboración de un marco referencial que sustente teórica y científicamente el trabajo.

- **De Campo:** Debido a que se realizó en el propio sitio donde se encuentra el objeto de estudio y se tuvo contacto directo con los sujetos de investigación quienes fueron los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C, en cuyas instalaciones se llevaron a cabo las actividades planificadas para la intervención, entre ellas la apertura de historias clínicas psicológicas de los pacientes a través de entrevistas, la evaluación de sus niveles de ansiedad y la aplicación de la técnica.
- **Intervención social:** El trabajo se enfocó dentro de los parámetros de la intervención social puesto que los pacientes recibieron directamente la aplicación de la intervención terapéutica cuya finalidad fue la de disminuir sus niveles de ansiedad, de esta manera se consiguió el propósito de cambiar y mejorar la situación de los pacientes para facilitar su participación social en el ámbito personal, familiar y laboral.

2.9.4 Nivel o tipo de la investigación

El nivel o tipo de la investigación es de carácter exploratoria y descriptiva.

- **Exploratoria:** La fase inicial de la presente investigación implicó explorar sus alcances a fin de conocer la forma más factible de proceder para su ejecución, mediante la indagación y levantamiento de la información preliminar, que consistió en la compilación de material documental y bibliográfico referente a la psicoterapia racional-explicativa y a la ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia; en la recopilación y elaboración de los instrumentos de medición, en la familiarización con la institución hospitalaria, su personal, sus procedimientos internos, los métodos médico-terapéuticos de tratamiento para este tipo de patología, a fin de conocer si se cuenta con todos los recursos para su aplicación al realizar un acercamiento inicial a la realidad contextualizada de los sujetos de investigación.
- **Descriptiva:** Debido a que la aplicación de la intervención terapéutica en relación con la disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes permitió desplegar una completa descripción de las características y componentes del fenómeno en estudio; el nivel en que se desarrolló el trabajo alcanzó una profundidad de detalle en las variables psicoterapia racional-explicativa y ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo. Para el efecto, el trabajo no se limitó a la simple recolección de la información, sino también a la predicción e identificación de la relación entre las variables de investigación, para luego describirla de manera detallada a fin de analizar los resultados y obtener generalizaciones que aporten significativamente al conocimiento del problema abordado.

2.9.5 Métodos

- **Método Clínico psicológico:** Se aplicó el método clínico psicológico en la investigación con la finalidad de comprender el proceso de salud-enfermedad de los pacientes, a través del trabajo terapéutico en sus etapas de contacto con el paciente, diagnóstico, aplicación de la técnica y evaluación antes y después de la intervención.
- **Analítico- Sintético:** Porque descompone el fenómeno en estudio en cada una de sus partes y lo somete a verificación mediante un proceso lógico susceptible de ser comprobado, en el caso particular de la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa frente a medir la disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo. Este método permitió desagregar cada una de las partes que estructuran la psicoterapia racional-explicativa, encontrar sus principios y relaciones existentes al ser aplicada a estos pacientes para disminuir sus niveles de ansiedad y de la misma forma permitió establecer una correlación en la totalidad de los componentes de las dos variables de estudio.

2.9.6 Técnicas e instrumentos

2.9.6.1 Técnicas

- **Entrevista psicológica:** Esta técnica se aplicó en el presente trabajo de investigación, su aporte para convalidar procesos de salud mental es importante al momento de obtener los datos que coadyuven a extraer resultados válidos, confiables y comprobables. Consiste en un diálogo inducido por el investigador o entrevistador y él o los entrevistados; mediante el cual se formulan preguntas que provocarán respuestas enfocadas al objetivo del estudio en mención; en este caso se trabajó con los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua.
- **Observación clínica:** Permite realizar un seguimiento directo y sostenido sobre el fenómeno estudiado a través de la observación en el lugar de los hechos con un fin determinado puesto que permite realizar el levantamiento de valiosa información mediante minuciosa recopilación de datos de manera planificada y sistemática, para lo cual se consideró a pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia.
- **Técnica psicométrica:** Se utilizaron instrumentos objetivos de medición que permitieron cuantificar los resultados obtenidos por medio de su aplicación, de acuerdo a su confiabilidad y validez. Se utilizó el test IDARE, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento y escalas Ad-hoc.

- **Psicoterapia racional-explicativa:** Mediante la cual fue posible la proporción de información a los pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo, por medio de la explicación metódica de las causas que produce la patología oncológica, el tratamiento quirúrgico y su pronóstico, esta información fue presentada de manera oportuna, en tanto se pretendió que se transforme en conocimientos encauzados a mejorar el afrontamiento de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.

2.9.6.2 Instrumentos

- **Historia clínica psicológica:** Instrumento utilizado para la recolección de información del paciente de una manera estructurada, permite el registro de datos de referencia de la vida del paciente y de su enfermedad, en ella se contemplan datos personales, historial médico oncológico, actitud ante la enfermedad, evaluación psicológica, evaluación psicosocial y cuadro familiar.
- **Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado:** Es la versión en español del STAI (State-Trait-Anxiety Inventory), instrumento creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene. Está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: la Ansiedad-Rasgo y la Ansiedad-Estado. La escala A-Rasgo del inventario consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir cómo se sienten generalmente, mientras que la A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un

momento dado. Este reactivo psicológico se aplicó tanto al grupo experimental como al grupo de control antes y después de la intervención terapéutica.

- **Inventario de Estrategias de Afrontamiento:** Constituye la adaptación española del Coping Strategies Inventory, creado por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal. Está compuesto por 40 ítems que el sujeto responde según una escala tipo Likert de cinco puntos, reportando con qué frecuencia hizo lo que expresa cada ítem. El reactivo presenta una estructura compuesta por ocho escalas: Resolución de problemas, Autocrítica-Autoaceptación, Expresión emocional, Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad, Apoyo emocional, Reestructuración cognitiva, Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas, Retirada social-Acercamiento social. Este inventario se aplicó al grupo experimental y de control antes y después de la intervención, con el propósito de evaluar el funcionamiento personal respecto al uso de estrategias frente a la adversidad.
- **Escalas Ad-Hoc:** Instrumentos elaborados específicamente para complementar la evaluación de factores desencadenantes de ansiedad en la población estudiada, constituyéndose como una alternativa de valoración factible. Las escalas que se confeccionaron de acuerdo a las necesidades de la investigación fueron denominadas Escala Ad-hoc de información: Conocimiento del paciente respecto a la enfermedad, la misma que contiene seis preguntas a ser contestadas mediante ítems de selección múltiple que permiten la medición objetiva de la influencia de la información recibida en el padecimiento de reacciones emocionales ansiosas; y Escala Ad-hoc de acontecimientos ansiógenos, que permitió detectar los factores

predisponentes de ansiedad en los pacientes, consta de doce áreas de evaluación presentadas en el siguiente orden: Ambiente hospitalario, Diagnóstico de la enfermedad, Trámites hospitalarios, Periodo de hospitalización, Cirugía, Anestesia, Resultados de la intervención quirúrgica y de exámenes médicos, Pruebas o exámenes complementarios, Dolor, Post-operatorio, Efectos socio-laborales y Familia. Estas escalas fueron aplicadas exclusivamente al grupo experimental.

- **Instrumento de evaluación de signos de ansiedad:** Instrumento diseñado en base al modelo del efecto Stroop que hace referencia a una clase de interferencia semántica en el tiempo de reacción de una tarea. La lámina se adaptó para valorar brevemente los signos de ansiedad presentados por los pacientes, contiene palabras escritas en cuatro colores diferentes, no coincide en ningún caso el color de la tinta con el significado de la palabra. El paciente debe nombrar el color de la tinta tan rápidamente como le sea posible sin tener en cuenta el significado de la palabra. Se tomó en cuenta que los estados de ansiedad pueden ocasionar dificultad en la concentración, y por tanto producirse un retraso en el procesamiento del color de la palabra, lo que aumenta el tiempo de reacción y favorece el apareamiento de errores.
- **Ficha de observación trait rating:** “Es un conjunto de escalas que describen varias dimensiones de la conducta y se utilizan para resumir lo observado” (Balarezo & Mancheno, 2000). Este instrumento recoge una lista de signos comunes a la ansiedad que fueron anotados en base a la observación directa del paciente durante cada sesión terapéutica, su elaboración permitió registrar la

presencia de las manifestaciones ansiosas objetivables consecuentes a la alteración de la salud de los pacientes pertenecientes al grupo experimental.

- **Matrices operativas de intervención:** Constituyen el instrumento que agrupa la programación y planificación de la intervención terapéutica tanto para el grupo experimental como para el grupo de control. Para el abordaje realizado a los pacientes del grupo experimental se diseñó seis matrices que contienen las fases de intervención realizada en cada sesión: Preparación, Introducción, Desarrollo, Cierre, Finalización y Evaluación de la sesión, los objetivos planteados de acuerdo a cada fase, la descripción del procedimiento desarrollado, las diferentes técnicas manejadas, los recursos humanos, materiales y técnicos utilizados y el tiempo estimado de duración para cada actividad. Para el grupo de control se elaboró una matriz operativa que incluye el tema de la charla, las actividades desarrolladas con sus respectivos objetivos, el detalle del procedimiento, los recursos empleados y el tiempo de duración de cada intervención.

Las matrices operativas de intervención posibilitaron llevar a cabo el proceso mediante el cumplimiento de las siguientes etapas:

- Realizar el contacto psicológico
- Examinación de las dimensiones del problema
- Analizar las demandas y necesidades del paciente, así como las posibles alternativas de solución
- Asistir en la ejecución de la intervención terapéutica
- Seguimiento y evaluación

2.9.7 Población y muestra

Los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia que acudieron al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes (Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua) constituyeron la población estudiada, se trabajó con 40 pacientes en total quienes integraron el universo, de ellos 20 conformaron el grupo experimental, y 20 conformaron el grupo de control.

2.9.8 Plan de recolección de datos e intervención

El proceso que se siguió para la recolección de información del presente estudio y la posterior organización y tabulación de datos siguió un proceso compuesto por dos fases que se describen a continuación:

- **Procedimiento:** La intervención terapéutica fue realizada en un espacio específicamente destinado para el desarrollo de esta investigación, en el que se pudo trabajar adecuadamente en el transcurso de las seis sesiones psicoterapéuticas con los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer de tiroides del grupo experimental. La recopilación de información se posibilitó en función de las matrices operativas que guiaron el proceso terapéutico y permitieron la valoración, diagnóstico y planificación, intervención y evaluación de resultados de una manera sistematizada; las mismas se presentan a continuación y ofrecen en su estructura las fases del abordaje realizado en cada sesión, con sus respectivos objetivos, procedimiento, técnica, recursos y tiempo empleados.

Tabla 2.1: Matriz operativa primera sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
Preparación	-Recabar información acerca del estado actual del paciente.	-Indagación del estado actual del paciente mediante la consulta de su historia clínica médica y consulta al médico tratante para conocer su opinión acerca del cuadro del paciente.	-Análisis de caso	Humanos: -Investigadora -Personal médico Materiales: -Computadora Técnicos: -Historia clínica médica	15 min.
	-Identificar factores referenciales del caso previo a su intervención.	-Reconocimiento de los antecedentes del caso mediante el análisis de su historial clínico.			
Introducción	-Establecer el vínculo terapéutico con el paciente.	-Presentación. -Establecimiento del rapport y desarrollo de la primera fase de empatía. -Apertura de la sesión: Toma de datos generales del paciente y explicación acerca del objetivo que se persigue en este proceso y particularmente en esta sesión, favoreciendo el desarrollo empático.	-Observación -Entrevista	Humanos: -Investigadora -Paciente	5 min.
Desarrollo	-Recolectar información personal del paciente a través de la historia clínica psicológica.	-Entrevista al paciente utilizando como guía la historia clínica la cual permite conocer condiciones ambientales del paciente, aspectos bio-psico-sociales y rasgos de personalidad para establecer una aproximación diagnóstica del caso, así como factores causales o antecedentes de ansiedad en el paciente.	-Entrevista	Humanos: -Investigadora -Paciente Técnicos: -Formato de historia clínica.	30 min.
	-Identificar el nivel de ansiedad del paciente de manera objetiva previo a la intervención terapéutica.	-Aplicación del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE, en una habitación tranquila, alejada de todo estímulo; se socializan las indicaciones respectivas al paciente para que pueda contestar al inventario a manera de autoaplicación.	-Técnica psicométrica	Humanos: -Investigadora -Paciente Técnicos: -Protocolo del IDARE	15 min.

	-Identificar las estrategias de afrontamiento del paciente frente a su diagnóstico y tratamiento.	-Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento I.E.A, en un ambiente adecuado, mediante autoaplicación, para lo cual es necesario instruir al paciente con las indicaciones pertinentes.	-Técnica psicométrica	Humanos: -Investigadora -Paciente Técnicos: -Protocolo del I.E.A	20 min.
	-Favorecer un espacio de desinhibición emocional para aliviar la carga emocional con la que llega el paciente.	-Favorecimiento de un espacio de desinhibición emocional en el que el paciente pueda expresarse libremente, ofreciéndole apoyo, escucha y acompañamiento emocional, reforzando la motivación.	-Observación -Apoyo emocional -Escucha activa	Humanos: -Investigadora -Paciente	10 min.
Cierre	-Realizar una recapitulación de la sesión. -Valorar el control atencional, flexibilidad cognitiva y estado de tensión del paciente aplicando un breve instrumento al final de la intervención.	-Recapitulación de lo tratado en la sesión. -Se administra al paciente una lámina que contiene palabras impresas en cuatro colores diferentes. No coincide en ningún caso el color de la tinta con el significado de la palabra. El paciente debe nombrar el color de la tinta tan rápidamente como le sea posible sin tener en cuenta el significado de la palabra. A partir de tres o más errores se evidencia un estado de tensión.	-Observación -Técnica psicométrica	Humanos: -Investigadora -Paciente Técnicos: -Instrumento de valoración de ansiedad	5 min.
Finalización	-Determinar el encuadre de las próximas sesiones. -Realizar la despedida, favoreciendo la adherencia terapéutica.	-Definición del encuadre de las sesiones: día, lugar, hora, tiempo de duración de las sesiones posteriores. -Finalización de la sesión y despedida.	-Encuadre	Humanos: -Investigadora -Paciente Materiales: -Esfero -Agenda	5 min.
Evaluación de la sesión	-Valorar los signos de ansiedad del paciente durante la sesión.	-Una vez finalizada la sesión, se valoran los signos de ansiedad presentados por el paciente mediante una ficha de observación.	-Observación	Humanos: -Investigadora Materiales: -Esfero Técnicos: -Ficha de observación	5 min.
				Total:	1h, 30 min.

Elaborado por: Mejía, Andrea.

Tabla 2.2: Matriz operativa segunda sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
Preparación	<p>-Realizar un análisis de la información personal del paciente previo a la intervención.</p> <p>-Identificar el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento del paciente a través de los resultados de los reactivos psicológicos aplicados.</p>	<p>-Breve análisis de la información personal del paciente obtenida a través de la historia clínica psicológica, lo que facilita llegar a una formulación diagnóstica.</p> <p>-Calificación de los reactivos aplicados y revisión de las respuestas del paciente.</p>	-Análisis de caso	<p>Humanos: -Investigadora</p> <p>Técnicos: -Historia clínica -Protocolo y manual del IDARE. -Protocolo y manual del I.E.A.</p>	1 hora
Introducción	-Afianzar la relación terapéutica generando un ambiente de confianza.	<p>-Mantenimiento del rapport. Explicación acerca de lo que se va a llevar a cabo en la sesión, se recuerda lo que se hizo en la sesión anterior.</p> <p>-Se propende atenuar las manifestaciones ansiosas y la carga emocional con la que llega el paciente, así como a revisar sus expectativas.</p>	<p>-Observación</p> <p>-Entrevista</p> <p>-Escucha activa</p>	<p>Humanos: -Investigadora -Paciente</p>	5 min.
Desarrollo	-Identificar el grado de información que posee el paciente acerca de su diagnóstico de cáncer y los procedimientos clínico- terapéuticos en torno a este.	-Aplicación de una Escala Ad-Hoc de información: Conocimiento del paciente respecto a la enfermedad. Para el efecto, se le brinda al paciente las instrucciones pertinentes para que conteste la escala mediante el cuestionario que ésta detalla.	-Técnica psicométrica	<p>Humanos: -Investigadora -Paciente</p> <p>Técnicos: -Protocolo de la Escala Ad-Hoc</p>	10 min.
	-Valorar elementos de predisposición de ansiedad en el paciente previo a la cirugía mediante la Escala Ad-Hoc de Acontecimientos ansiógenos.	-Se instruye al paciente acerca de la manera en cómo debe contestar adecuadamente a la escala, con la finalidad de identificar factores predisponentes ansiógenos del paciente pre-quirúrgico y sus reacciones subjetivas hacia la enfermedad.	-Técnica psicométrica	<p>Humanos: -Investigadora -Paciente</p> <p>Técnicos: -Protocolo de la Escala Ad-Hoc</p>	15 min.

	<p>-Brindar información y orientación acerca del cáncer de tiroides.</p> <p>-Propiciar la comprensión de la enfermedad mediante la difusión de los conocimientos básicos acerca del cáncer tiroideo.</p>	<p>-Aplicación de la técnica: Psicoterapia Racional-Explicativa. Se toma como punto de partida lo que el paciente sabe respecto de su enfermedad, y se realiza un abordaje explicativo general con información relevante concerniente a la enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ El cáncer de tiroides ◦ Causas del cáncer tiroideo ◦ Síntomas del cáncer tiroideo ◦ Diagnóstico del cáncer de tiroides ◦ Tipos de cáncer de tiroides: Explicación del diagnóstico clínico oncológico del paciente. <p>OBSERVACIÓN: La proporción de información se realiza de acuerdo a las necesidades de cada caso.</p>	<p>-Psicoterapia Racional-Explicativa: proporción de información.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Investigadora -Paciente <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Esfero, colores. -Hojas -Láminas gráficas y material informativo acerca del cáncer de tiroides. 	30 min.
	<p>-Estimular la expresión de dudas y la participación activa del paciente.</p> <p>-Reconocer y resignificar las características del pensamiento del paciente que afectan desfavorablemente el ajuste a la enfermedad.</p>	<p>-Espacio de discusión. Favorecimiento de un espacio en el que el paciente pueda formular interrogantes acerca de los temas tratados, solventar sus inquietudes y esclarecer ideas y concepciones acerca de la enfermedad.</p>	<p>-Entrevista</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Investigadora - Paciente 	10 min.
Cierre	<p>-Realizar una retroalimentación de lo tratado en la sesión.</p> <p>-Valorar el control atencional, flexibilidad cognitiva y estado de tensión del paciente aplicando un breve instrumento al final de la intervención.</p>	<p>-Cierre de la sesión mediante la retroalimentación de lo aprendido en la sesión.</p> <p>-Se administra el instrumento al paciente indicándole la consigna correspondiente.</p>	<p>-Observación</p> <p>-Técnica psicométrica</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Investigadora -Paciente <p>Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Instrumento de valoración de ansiedad 	10 min.
Finalización	<p>-Realizar la despedida y recordar el encuadre.</p>	<p>-Recordar al paciente la fecha, hora y lugar de la próxima reunión.</p>	<p>-Encuadre</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Investigadora -Paciente 	5 min.
Evaluación de la sesión	<p>-Valorar los signos de ansiedad del paciente durante la sesión.</p>	<p>-Una vez finalizada la sesión, se valoran los signos de ansiedad presentados por el paciente mediante la ficha de observación.</p>	<p>-Observación</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Investigadora <p>Técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ficha de observación. 	5 min.
					Total: 1h, 30 min.

Elaborado por: Mejía, Andrea.

Tabla 2.3: Matriz operativa tercera sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
Preparación	-Analizar los resultados obtenidos de los reactivos psicológicos aplicados, así como de los datos de historia de vida del paciente.	-Revisión de las escalas aplicadas al paciente para conocer sus resultados y trabajar en torno a ellos.	-Análisis de caso	Humanos: -Investigadora Técnicos: -Protocolo Escala Ad-Hoc de información -Protocolo Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos	30 min.
Introducción	-Mantener un ambiente y una relación de confianza con el paciente.	- Mantenimiento del rapport. Explicación de lo que se va a llevar a cabo en la sesión, se recordará el trabajo de la sesión anterior.	-Observación -Entrevista	Humanos: -Investigadora -Paciente	5 min.
Desarrollo	-Generar en el paciente una mayor aceptación y conciencia de la enfermedad. -Generar en el paciente un mayor apego al tratamiento.	- Aplicación de la técnica: Psicoterapia Racional-Explicativa. Abordaje explicativo con información concerniente a la enfermedad y su tratamiento médico: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tratamientos para el cáncer tiroideo ◦ Cirugía ◦ Explicación del tipo de cirugía a realizarse ◦ Beneficios personales, familiares y sociales de la cirugía ◦ Riesgos y efectos secundarios de la cirugía ◦ Ingreso hospitalario ◦ Anestesia ◦ Dolor ◦ Exámenes médicos a realizarse <p>OBSERVACIÓN: La proporción de información se realiza de acuerdo a las necesidades de cada caso.</p>	-Psicoterapia Racional-Explicativa: proporción de información.	Humanos: -Investigadora -Paciente Materiales: -Esfero -Hojas -Láminas gráficas y material informativo acerca del cáncer de tiroides.	30 min.

	-Estimular la expresión de dudas, expectativas y la participación del paciente como elemento activo de este proceso.	-Espacio de discusión. Favorecimiento de un espacio en el que el paciente pueda formular interrogantes acerca de los temas tratados, esclarecer ideas y concepciones erróneas acerca de su diagnóstico y tratamiento.	-Entrevista	Humanos: -Investigadora -Paciente	10 min.
Cierre	-Realizar una retroalimentación de lo tratado en la sesión. -Valorar el estado de tensión del paciente aplicando un breve instrumento al final de la intervención.	-Retroalimentación de lo trabajado en la sesión. -Se administra al paciente el instrumento correspondiente indicándole la consigna e instrucciones pertinentes.	-Observación	Humanos: -Investigadora -Paciente Materiales: -Esfero -Agenda Técnicos: -Instrumento de valoración de ansiedad	10 min.
Finalización	-Realizar la despedida y recordar el encuadre.	-Finalizar la sesión recordando la fecha, hora y lugar de la próxima reunión.	-Encuadre	Humanos: -Investigadora -Paciente	5 min.
Evaluación de la sesión	-Valorar los signos de ansiedad del paciente durante la sesión.	-Una vez finalizada la sesión, se registran los signos de ansiedad presentados por el paciente mediante la ficha de observación.	-Observación	Humanos: -Investigadora Materiales: -Esfero Técnicos: -Ficha de observación	5 min.
Total:					1 hora

Elaborado por: Mejía, Andrea.

Tabla 2.4: Matriz operativa cuarta sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
Preparación	-Elaborar el material de trabajo necesario para la sesión.	-Elaboración y preparación del material con el contenido necesario de información para la sesión.		Humanos: -Investigadora Materiales: -Computadora	1 hora
Introducción	-Generar un ambiente y relación de confianza con el paciente.	-Mantenimiento del rapport. Explicación de lo que se va a llevar a cabo en la sesión, se recordará lo que se hizo en la sesión anterior.	-Entrevista -Observación	Humanos: -Investigadora -Paciente	5 min.
Desarrollo	-Generar en el paciente una mayor aceptación y conciencia de la enfermedad. -Generar en el paciente un mayor apego al tratamiento. -Generar en el paciente un mayor desempeño en sus actividades personales y sociales.	-Aplicación de la técnica: Psicoterapia Racional-Explicativa. Abordaje explicativo con información concerniente a la enfermedad y su pronóstico: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tipo de seguimiento que necesitan los pacientes con cáncer de tiroides ◦ Pronóstico del cáncer tiroideo ◦ Cambios en el estilo de vida tras haber tenido un diagnóstico de cáncer de tiroides OBSERVACIÓN: La proporción de información se realiza de acuerdo a las necesidades de cada caso.	-Psicoterapia Racional-Explicativa: proporción de información.	Humanos: -Investigadora -Paciente Materiales: -Esfero -Hojas -Láminas gráficas y material informativo acerca del cáncer de tiroides.	30 min.
	-Estimular la expresión de dudas, preguntas y la participación del paciente como elemento activo de este proceso.	- Espacio de discusión. Favorecimiento de un espacio en el que el paciente pueda formular interrogantes acerca de los temas tratados, esclarecer ideas y concepciones erróneas acerca de su diagnóstico y su pronóstico.	-Entrevista -Escucha activa	Humanos: -Investigadora -Paciente	10 min.
Cierre	-Realizar una retroalimentación de lo trabajado en la sesión.	-Cierre de la sesión por medio de la retroalimentación de lo tratado en la sesión terapéutica.	-Observación	Humanos: -Investigadora -Paciente	10 min.

	-Valorar el estado de tensión del paciente aplicando un breve instrumento al final de la intervención.	-Se administra al paciente el instrumento de valoración de ansiedad correspondiente indicándole la consigna e instrucciones pertinentes.		Materiales: -Esfero -Hojas Técnicos: -Instrumento de valoración de ansiedad	
Finalización	-Realizar la despedida y recordar el encuadre.	-Recordar la fecha, hora y lugar de la próxima reunión.	-Encuadre	Humanos: -Investigadora -Paciente	5 min.
Evaluación de la sesión	-Valorar los signos de ansiedad del paciente durante la sesión.	-Una vez finalizada la sesión, se registran los signos de ansiedad presentados por el paciente mediante la ficha de observación.	-Observación	Humanos: -Investigadora Materiales: -Esfero Técnicos: -Ficha de observación	5 min.
					Total: 1 hora

Elaborado por: Mejía, Andrea.

Tabla 2.5: Matriz operativa quinta sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
Preparación	-Preparar el material necesario para la sesión.	-Preparación del material que se requiere durante el desarrollo de la sesión.		Humanos: -Investigadora Materiales: -Computadora	1 hora
Introducción	-Generar un ambiente y relación de confianza con el paciente.	-Mantenimiento del rapport. Explicación de lo que se va a llevar a cabo en la sesión, se recuerda lo que se abordó en la sesión anterior.	-Observación -Entrevista	Humanos: -Investigadora -Paciente	5 min.
Desarrollo	-Favorecer la adaptación, la productividad y la satisfacción individual y social del paciente, a través de la comprensión y toma de conciencia de la enfermedad. -Fortalecer la autonomía del paciente y la toma de decisiones.	- Aplicación de la técnica: Psicoterapia Racional-Explicativa. Abordaje explicativo con información concerniente a la enfermedad y la salud mental: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Aprender a aceptar ayuda ◦ Revisar metas y prioridades ◦ Mantener un estilo de vida saludable ◦ Desarrollo de estrategias propias para hacerle frente al cáncer tiroideo ◦ Responsabilidad, disposición y motivación para enfrentar y superar el proceso de tratamiento. 	Psicoterapia Racional-Explicativa: proporción de información.	Humanos: -Investigadora -Paciente Materiales: -Esfero/Hojas -Material de referencia.	30 min.
	-Estimular la expresión de dudas, y la participación activa del paciente. -Propiciar la expresión de sentimientos, pensamientos, expectativas y planes con respecto al proceso de tratamiento.	-Espacio de discusión. Favorecimiento de un espacio de desinhibición emocional en el que el paciente pueda expresarse libremente y pueda formular interrogantes acerca de los temas tratados, esclarecer ideas y concepciones erróneas acerca de su diagnóstico médico y su salud mental.	-Entrevista -Escucha activa -Apoyo emocional	Humanos: -Investigadora -Paciente	10 min.

	-Identificar el nivel de ansiedad del paciente de manera objetiva posterior a la intervención terapéutica.	-Aplicación del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE, en una habitación tranquila, alejada de todo estímulo; se socializan las indicaciones respectivas al paciente para que pueda contestar al inventario a manera de autoevaluación.	-Técnica psicométrica	Humanos: -Investigadora -Paciente Materiales: -Esfero Técnicos: -Protocolo IDARE.	15 min.
	-Identificar las estrategias de afrontamiento del paciente frente a su diagnóstico y tratamiento.	-Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento I.E.A, en un ambiente adecuado, mediante auto-reporte, para lo cual es necesario instruir al paciente con las indicaciones pertinentes.	-Técnica psicométrica	Humanos: -Investigadora -Paciente Materiales: -Esfero Técnicos: -Protocolo I.E.A	20 min.
Cierre	-Realizar una retroalimentación de lo tratado en las sesiones. -Valorar el estado de tensión del paciente aplicando un breve instrumento al final de la intervención.	-Cierre de la intervención por medio de la retroalimentación y evaluación de los conocimientos y herramientas obtenidas en las sesiones terapéuticas. -Se administra al paciente el instrumento correspondiente indicándole la consigna e instrucciones pertinentes.	-Observación	Humanos: -Investigadora -Paciente Materiales: -Esfero/Hojas Técnicos: -Instrumento de valoración de ansiedad	15 min.
Finalización	-Realizar la despedida.	-Despedida.			5 min.
Evaluación de la sesión	-Valorar los signos de ansiedad del paciente durante la sesión.	-Una vez finalizada la sesión, se registran los signos de ansiedad presentados por el paciente mediante la ficha de observación.	-Observación	Humanos: -Investigadora Materiales: -Esfero Técnicos: -Ficha de observación.	5 min.
					Total: 1h, 30 min.

Elaborado por: Mejía, Andrea.

Tabla 2.6: Matriz operativa sexta sesión

FASE	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA	RECURSOS	TIEMPO
Preparación	-Identificar el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento del paciente a través de los resultados de los reactivos psicológicos aplicados en la sesión anterior.	-Calificación de los reactivos aplicados y revisión de las respuestas del paciente, posterior a la aplicación de la técnica, comparando sus resultados con los de la primera aplicación.	-Análisis de caso.	Humanos: -Investigadora Técnicos: - Protocolo, manual e instructivo del IDARE -Protocolo y manual del I.E.A.	30 min.
Introducción	-Generar un ambiente y relación de confianza con el paciente.	-Mantenimiento del rapport. Explicación de lo que se va a llevar a cabo en la sesión.	-Entrevista	Humanos: -Investigadora -Paciente	5 min.
Desarrollo	-Realizar un seguimiento al paciente.	-Evaluación del impacto de la técnica de Psicoterapia Racional-Explicativa en el paciente después de su intervención quirúrgica. -Apoyar las decisiones positivas del paciente y ayudar a organizar las acciones que elija para favorecer su salud mental.	-Entrevista	Humanos: -Investigadora -Paciente	20 min.
Cierre	-Finalizar la intervención terapéutica.	-Valorar el trabajo terapéutico realizado junto con el paciente.	-Valoración del caso	Humanos: -Investigadora -Paciente	5 min.
Finalización	Despedida.	-Despedida. Conclusión de los encuentros terapéuticos con el paciente.			
Evaluación de la sesión	-Valorar los signos de ansiedad del paciente durante la sesión.	-Una vez finalizada la sesión, se valoran los signos de ansiedad presentados por el paciente mediante la ficha de observación.	-Observación	Humanos: -Investigadora Materiales: -Esfero Técnicos: -Ficha de observación.	5 min.
					Total: 30 min.

Elaborado por: Mejía, Andrea.

A su vez, el trabajo realizado con la población que conformó el grupo de control consistió en tres espacios de intervención grupal en los cuales se desarrollaron charlas psico-educativas; esta intervención implicó también un procedimiento de recopilación de información que se expone en la siguiente matriz operativa, que ofrece una panorámica general del abordaje realizado mediante la descripción de las actividades ejecutadas, los objetivos planteados, el procedimiento que se siguió, los recursos utilizados y el tiempo empleado en cada una de ellas.

Tabla 2.7: Matriz operativa charlas psico-educativas aplicadas al grupo de control

CHARLA	ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Primera. Tema: “El cáncer de tiroides”	1. Introducción: -Presentación e integración.	-Crear un clima de confianza entre los participantes que permita generar el deseo de participación.	-Bienvenida y saludo. -Dinámica de presentación: “Me llamo y me gusta”. Con el grupo en círculo, la primera persona se presenta diciendo: “Me llamo... y me gusta...”. Se deberá indicar una acción que le guste hacer, a la vez que se simula con gestos. Después el compañero de la derecha, repetirá el nombre y la acción de la primera persona “él/ella se llama... y le gusta...”. Después se presentará del mismo modo. Se continuará repitiendo los nombres desde la primera persona. -Explicación del objetivo de la charla.	Humanos: -Investigadora/pacientes Materiales: -Material de soporte -Esferos Técnicos: -Protocolo del IDARE -Protocolo del I.E.A	1 hora
	2. Desarrollo: -Evaluación.	-Identificar el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento de los pacientes de manera objetiva previo a la intervención.	- Aplicación del IDARE y del Inventario de Estrategias de Afrontamiento: Se socializan las indicaciones respectivas al grupo para que pueda contestar a los reactivos de manera individual.		
	-Presentación y desarrollo del tema.	-Facilitar la comprensión de la enfermedad oncológica tiroidea.	-Exposición y explicación de los subtemas: El cáncer de tiroides: causas, sintomatología, tipos de cáncer en la tiroides; para lo que se emplean recursos gráficos y material audiovisual.		
	3. Finalización: -Feedback.	-Realizar una retroalimentación del tema expuesto.	-Formulación de preguntas al grupo acerca de los temas tratados, espacio para aclarar dudas y generar conclusiones. -Despedida.		

Segunda. Tema: “Tratamientos para el cáncer tiroideo”	1. Introducción: -Saludo. 2.Desarrollo: -Presentación y desarrollo del tema. 3.Finalización: -Feedback.	-Generar un ambiente de cordialidad en el grupo. -Favorecer la comprensión del cáncer tiroideo y su tratamiento. -Realizar una retroalimentación de la información socializada.	-Bienvenida y saludo. -Explicación del objetivo de la charla. -Exposición y explicación de los temas: Tratamientos para el cáncer tiroideo, énfasis en el tratamiento quirúrgico. Se recurre a material de soporte que facilite la comprensión de esta información. -Formulación de preguntas al grupo para evaluar los temas tratados, espacio para aclarar dudas y generar conclusiones. -Entrega de trípticos acerca del diagnóstico y tratamiento del cáncer de tiroides para reforzar los conocimientos expuestos mediante un medio escrito. -Despedida.	Humanos: -Investigadora/pacientes Materiales: -Material de soporte (audiovisual) -Trípticos	1 hora
Tercera. Tema: “Consejos para afrontar el cáncer de tiroides”	1. Introducción: -Saludo. 2.Desarrollo: -Evaluación. - Presentación y desarrollo del tema. 3.Finalización: -Feedback.	-Generar un ambiente de familiaridad en el grupo. -Identificar el nivel de ansiedad y las estrategias de afrontamiento de los pacientes de manera objetiva posterior a la intervención psico-educativa. -Propiciar la comprensión y aceptación del cáncer. -Realizar una retroalimentación de la charla.	-Bienvenida y saludo. -Explicación del objetivo de la charla. -Aplicación del IDARE y del Inventario de Estrategias de Afrontamiento: Se proporciona nuevamente al grupo las indicaciones pertinentes para que pueda contestar a los reactivos de manera adecuada. - Exposición del tema: Desarrollo de estrategias propias para hacerle frente al cáncer tiroideo. -Formulación de preguntas al grupo acerca del tema tratado, espacio para generar conclusiones. -Se favorece un espacio para que los pacientes valoren el trabajo realizado mediante sus opiniones y comentarios. -Despedida.	Humanos: -Investigadora/pacientes Materiales: -Material de soporte -Esferos Técnicos: -Protocolo del IDARE -Protocolo del I.E.A	1 hora

Elaborado por: Mejía, Andrea.

- **Procesamiento de datos:** Los datos que fueron recabados en la fase de procedimiento de la información, posteriormente se organizaron y procesaron en función de los objetivos planteados, y fundamentados en base a la aplicación de los diferentes instrumentos especificados anteriormente. Primero, se procedió a la calificación de las baterías psicológicas a medida en que éstas se iban suministrando a los pacientes, seguidamente se organizó esta información y se clasificó de acuerdo a los grupos: Experimental y de Control, y de acuerdo a la pre-intervención y a la post-intervención.

Para calificar el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado se tomó en cuenta que los sujetos responden a cada uno de los reactivos del test, valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos, las cuatro categorías para la escala A-Estado son: 1.No en lo absoluto, 2.Un poco, 3.Bastante y 4.Mucho; las categorías para la escala A-Rasgo son: 1.Casi nunca, 2.Algunas veces, 3.Frecuentemente y 4.Casi siempre, en función de estas categorías y con el uso de la plantilla de calificación del inventario, se otorgaron los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo, se realizó una sumatoria total de los valores de los reactivos, obteniéndose una puntuación en bruto para cada escala, la misma que equivale a un rango percentil determinado por la normativa del inventario. De acuerdo a estos puntajes, se realizó una interpretación percentilar de la siguiente manera, los rangos comprendidos entre los valores 0-32 se interpretan como un nivel de ansiedad bajo (ansiedad leve), los valores entre 33-

66 como un nivel de ansiedad medio (ansiedad moderada), y los rangos percentiles entre 67-100 como un nivel de ansiedad alto (ansiedad grave).

Subsiguientemente se elaboraron tanto las tablas como los gráficos correspondientes al Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado mediante la obtención de los rangos percentiles globales para cada una de sus escalas, a través de la sumatoria de las puntuaciones en bruto de cada paciente, cuyo resultado fue dividido para el número de casos y transformado a su equivalente percentil.

De igual forma se procedió para la presentación de resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, cuyos datos se calcularon y tabularon tomando en cuenta las siguientes escalas: Resolución de problemas, Autocrítica-Autoaceptación, Expresión emocional, Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad, Apoyo social, Reestructuración cognitiva, Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas y Retirada social-Acercamiento social. Finalmente, se compararon los resultados de estas baterías psicológicas entre los dos grupos de pacientes con los que se trabajó.

Posteriormente se tabularon los datos obtenidos a partir de las escalas Ad-hoc aplicadas, del instrumento de evaluación de signos de ansiedad y de la ficha de observación, instrumentos que fueron aplicados al grupo experimental durante las sesiones terapéuticas desarrolladas.

Se realizó el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en base a las líneas teóricas que presenta la investigación, de acuerdo al análisis de las variables y las características de la población atendida durante el trabajo de campo realizado.

Finalmente, para la validación de estos resultados, se procedió a ingresar los datos obtenidos de cada paciente en el programa estadístico informático SPSS, mismo que permitió realizar la comprobación de la hipótesis planteada por medio de la prueba T-student a través de la comparación de medias de muestras relacionadas de las mediciones pre y post intervención de los pacientes con los que se trabajó.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1 Análisis e interpretación de resultados del Inventario de Ansiedad:

Rasgo-Estado

3.1.1 Resultados de la pre y post-intervención del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado aplicado al grupo experimental

Tabla 3.1: Resultado global IDARE aplicado al grupo experimental

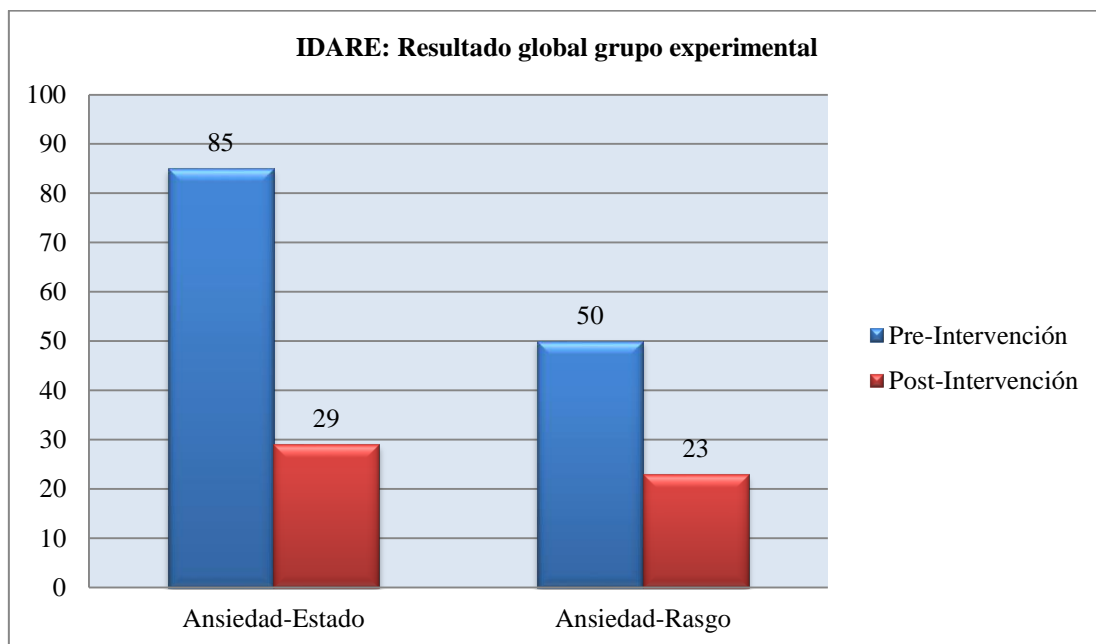
IDARE				
Resultado global grupo experimental				
	Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Percentil	Nivel-Ansiedad	Percentil	Nivel-Ansiedad
Ansiedad-Estado	85	Alto	29	Bajo
Ansiedad-Rasgo	50	Medio	23	Bajo

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: De acuerdo con los resultados obtenidos de la evaluación al grupo experimental, se encuentra que la Ansiedad-Estado en la pre-intervención alcanza un percentil de 85 equivalente a un nivel alto de ansiedad, mientras que en la post-intervención el rango percentil disminuye a 29, lo que corresponde a un nivel de ansiedad bajo.

En cuanto a la Ansiedad-Rasgo, se registra un percentil de 50 en la pre-intervención, semejante a un nivel de ansiedad medio, evidenciándose un decrecimiento en la post-intervención con un percentil de 23 que representa un nivel de ansiedad bajo.

Gráfico 3.1: IDARE Resultado global grupo experimental



Fuente: Aplicación del IDARE al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: En el gráfico se puede apreciar que en cuanto a la evaluación realizada al grupo experimental con el IDARE, el nivel de la escala de Ansiedad-Estado indica una notable disminución entre la pre y post-intervención, lo cual significa que los sentimientos de tensión y de aprensión percibidos por los pacientes debido a la carga emocional que implica su diagnóstico de malignidad y la cirugía a la cual deben someterse decrecieron en consonancia con la intervención psicoterapéutica realizada, lo

que devela que esta intervención fue eficaz en cuanto hubo una reducción significativa de la intensidad del estado de ansiedad.

De la misma manera, los resultados de la escala de Ansiedad-Rasgo reflejan una disminución entre los percentiles de la pre y post-intervención; a la hora de establecer una comparación entre la pre-intervención y la pos-intervención se puede estimar que los rasgos relativamente estables en cuanto a la propensión de ansiedad y la tendencia de los pacientes a responder a situaciones percibidas como amenazantes, en este caso desencadenados por la noticia de un diagnóstico oncológico, el mismo que implica un riesgo vital, disminuyen, de acuerdo a esto se deduce que con el trabajo psicoterapéutico se logró modificar favorablemente las emociones, la información interna de los pacientes, su interpretación de la enfermedad, entre otros aspectos que facilitaron que el nivel de ansiedad decrezca, favoreciendo de esta manera a su estabilidad emocional y a un afrontamiento más asertivo de la enfermedad.

3.1.2 Resultados de la pre y post-intervención del Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado aplicado al grupo de control

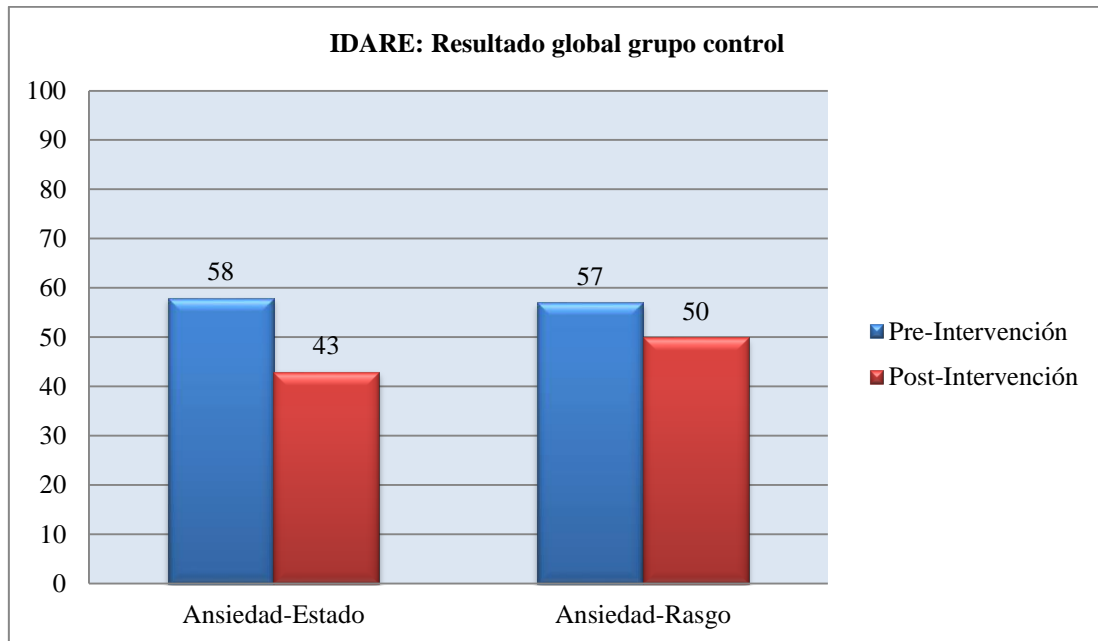
Tabla 3.2: Resultado global IDARE aplicado al grupo de control

IDARE				
Resultado global grupo control				
Escala	Pre-Intervención		Post-Intervención	
	Percentil	Nivel-Ansiedad	Percentil	Nivel-Ansiedad
Ansiedad-Estado	58	Medio	43	Medio
Ansiedad-Rasgo	57	Medio	50	Medio

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: Los resultados que se obtuvieron a partir de la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado al grupo de control refieren que la escala de Ansiedad-Estado en la pre-intervención alcanza un percentil de 58 equivalente a un nivel de ansiedad medio y en la post-intervención un percentil de 43 correspondiente también a un nivel medio de ansiedad. Para la escala de Ansiedad-Rasgo los resultados se presentan de la siguiente manera: en la pre-intervención un percentil de 57 que equivale a un nivel medio de ansiedad, en la post-intervención un valor percentil de 50, manteniéndose el mismo nivel de ansiedad.

Gráfico 3.2: IDARE Resultado global grupo control



Fuente: Aplicación del IDARE al grupo de control.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: En concordancia con los datos obtenidos según muestra el gráfico en la aplicación del IDARE al grupo de control, se evidencia un decrecimiento en los niveles de Ansiedad-Estado de los pacientes; entre la pre-intervención y la post-intervención se presenta una variación en la que se aprecia una disminución leve en cuanto al rango percentil, lo cual representa que la ansiedad experimentada como un estado emocional, al ser una condición que puede cambiar de intensidad y fluctuar a través del tiempo, se incrementó antes de la intervención, en respuesta a la tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión que genera el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad oncológica tiroidea, y después de la intervención, en el caso de este grupo con charlas psico-educativas referentes al cáncer de tiroides, disminuyó como resultado de la información recibida y los conocimientos adquiridos. El decrecimiento en el nivel

de la Ansiedad-Estado que se muestra, denota que el paciente con cáncer reacciona positivamente frente al abordaje y trabajo que se realice con él; las charlas desarrolladas constituyeron una intervención basada principalmente en la transferencia de información específica sobre los aspectos más relevantes acerca de la enfermedad cancerosa tiroidea, lo cual en alguna medida ayudó a reducir el estado ansioso de los pacientes quienes estuvieron prestos a recibir información sobre la enfermedad que actualmente están viviendo, por lo tanto, esto viene a corroborar que la explicación de factores que faciliten la comprensión de la enfermedad es útil también en este tipo de pacientes.

De igual manera, al analizar los resultados de la escala de Ansiedad-Rasgo, se encuentra que las variaciones entre el rango percentil antes de la intervención y después de la intervención con las charlas psico-educativas, denotan una disminución en su nivel, que a pesar de ser leve, no hay que perder de vista de que se trata de las características individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad de los pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo, por lo que con la información recibida mediante la exposición de charlas es consecuente que no se modifiquen sustancialmente, sin embargo es evidente que la intervención constituyó un factor positivo en este grupo puesto que ayudó en el descenso del nivel de la Ansiedad-Rasgo y a mejorar su estabilidad emocional al conocer y comprender aspectos trascendentes de su enfermedad y del tratamiento que deben seguir, ya que al conocer su importancia se motiva y favorece su adherencia al mismo.

3.1.3 Comparación de resultados del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado aplicado al grupo experimental y grupo de control

Tabla 3.3: Comparación de resultados IDARE del grupo experimental y de control

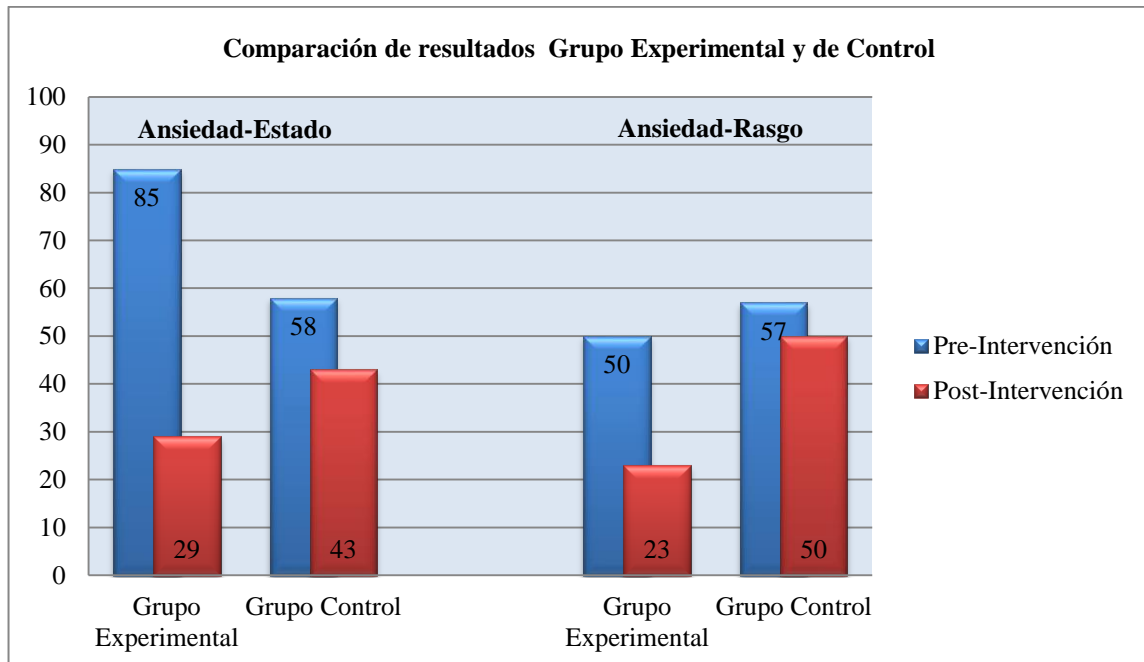
IDARE				
Comparación de Resultados Grupo Experimental y de Control				
	Grupo Experimental		Grupo control	
	Pre-Intervención	Post-Intervención	Pre-Intervención	Post-Intervención
Escalas	Pc	Pc	Pc	Pc
Ansiedad-Estado	85	29	58	43
Ansiedad-Rasgo	50	23	57	50

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: Al establecer una comparación de resultados entre el grupo experimental y el grupo de control, se encuentra que en cuanto a la escala Ansiedad-Estado, el primer grupo alcanza durante la pre-intervención un percentil de 85, mientras que el grupo de control puntúa un valor de 58. Al cotejar los percentiles del estado de ansiedad después de la intervención, se indica que el grupo experimental posee un percentil de 29, mientras que el de control un percentil de 43.

El análisis de resultados referente a la escala de Ansiedad-Rasgo refleja que el grupo experimental antes de la intervención muestra un percentil de 50, en tanto que el percentil del grupo de control indica un percentil de 57. Estos percentiles disminuyen respectivamente en la post-intervención, en donde se encuentra que el nivel de la Ansiedad-Rasgo del grupo experimental decrece a 23 y el del grupo de control a 50.

Gráfico 3.3: Comparación de resultados IDARE del grupo experimental y de control



Fuente: Aplicación del IDARE al grupo experimental y de control.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: Tomando en cuenta los resultados que se obtuvieron luego de la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado a los pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo que conformaron al grupo experimental, como al grupo de control, se observa que en la escala de Ansiedad-Estado es notorio el beneficio que aporta la psicoterapia-racional explicativa en torno a la disminución del estado de ansiedad del primer grupo, ya que el descenso en su nivel es significativo, esto debido a que la técnica terapéutica utilizada estuvo orientada hacia una relación de ayuda basada en el rol de apoyar, estimular y capacitar al paciente, así como de acompañarlo emocionalmente, otorgándole recursos a fin de que dentro de las limitaciones de su situación individual, sea capaz de encontrar estrategias propias para enfrentar la crisis

que la enfermedad representa en sus vidas; bajo el enfoque de la proporción de información clara y oportuna y el consejo directo se logró despejar dudas y generar una mejor comprensión de la enfermedad que consecuentemente disminuyó su nivel de ansiedad. Comparando estos resultados con los del grupo de control, se evidencia que el estado ansioso de estos pacientes también descendió, con lo que se pudo disminuir la tensión y preocupación inherente al diagnóstico de su enfermedad, sin embargo este descenso se logró en menor medida debido al abordaje que se realizó, ya que éste proponía únicamente la exposición de aspectos relevantes acerca del cáncer de tiroides mediante charlas psico-educativas con la finalidad de que se informen lo mejor posible sobre el cáncer. De acuerdo a esto, es posible comprobar que la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa posibilita la disminución de los niveles de ansiedad en este tipo de pacientes.

De la misma manera, en cuanto a la escala de Ansiedad-Rasgo, se puede apreciar un descenso en su nivel tanto en el grupo experimental como en el de control, evidenciándose nuevamente una disminución más significativa en el grupo experimental, y debido a que la Ansiedad-Rasgo se refiere a las diferencias individuales en la tendencia a responder ansiosamente a situaciones percibidas como amenazantes tal como en el caso del apareamiento de un diagnóstico oncológico, el grupo de control que únicamente recibió charlas informativas posee una tendencia menor a disminuirla en comparación con el grupo experimental y la intervención terapéutica realizada con estos pacientes.

3.1.4 Resultados de la pre y post-intervención del Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo experimental

Tabla 3.4: Resultado global Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo experimental

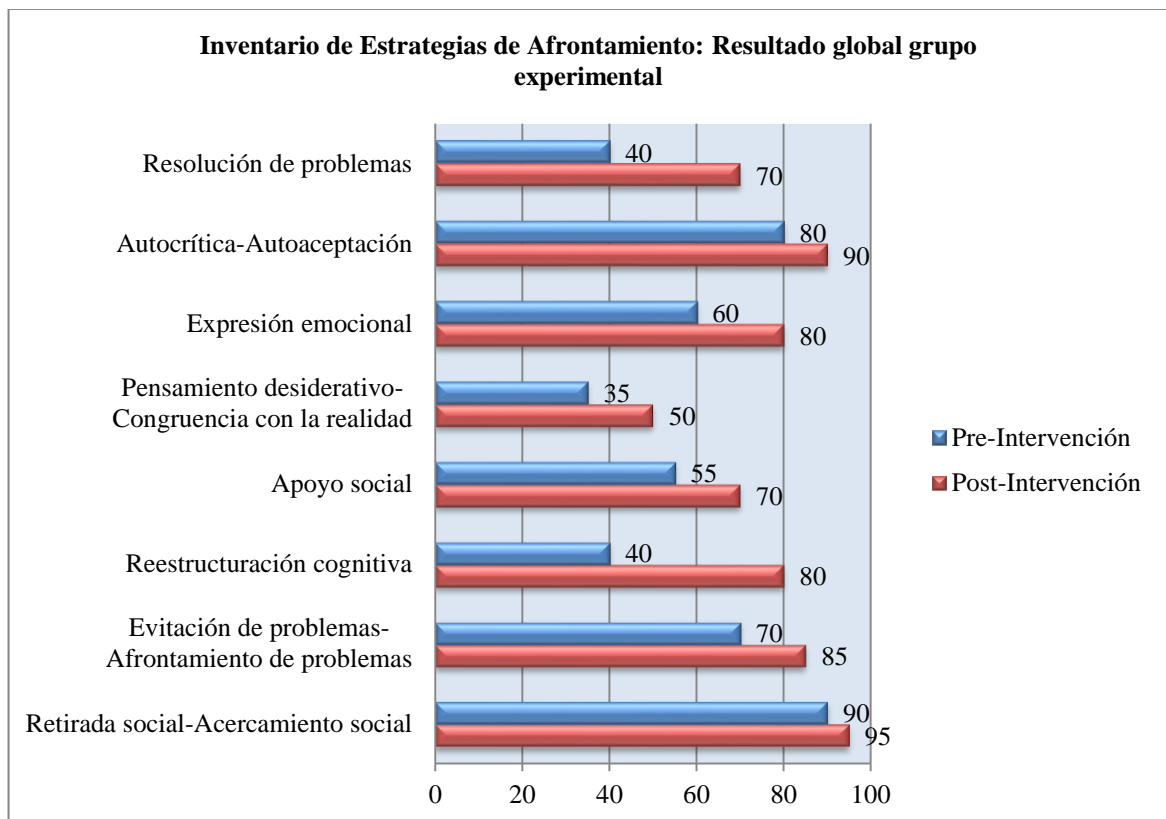
INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO		
Resultado global grupo experimental		
	Pre-Intervención	Post-Intervención
Escalas	Percentil	Percentil
Resolución de problemas	40	70
Autocrítica-Autoaceptación	80	90
Expresión emocional	60	80
Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad	35	50
Apoyo social	55	70
Reestructuración cognitiva	40	80
Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas	70	85
Retirada social-Acercamiento social	90	95

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: En concordancia con los resultados obtenidos a través de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento al grupo experimental, se puede apreciar que en la pre-intervención la escala de Resolución de problemas revela un percentil de 40, mientras que en la post-intervención asciende a un percentil de 70. La escala de Autocrítica-Autoaceptación muestra el valor de 80 en la pre-intervención y 90 en la post-intervención. Expresión emocional en la pre-intervención indica un percentil de 60, ascendiendo a 80 en la post-intervención. Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad exhibe un rango percentil de 35 en la pre-intervención, el mismo que aumenta a 50 en la post-intervención. De acuerdo a la escala de Apoyo social, el percentil alcanzado en la pre-intervención es de 55, y de 70 en la post-intervención. La escala de

Reestructuración cognitiva indica 40 y 80 en la pre y post-intervención respectivamente. Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas indica un percentil de 70 en la pre-intervención, el mismo que se acrecienta a 85 en la post-intervención. Finalmente, en Retirada social-Acercamiento social se rotula un valor de 90 en la pre-intervención, y en la post-intervención asciende a un valor de 95.

Gráfico 3.4: Inventario de estrategias de afrontamiento Resultado global grupo experimental



Fuente: Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: De acuerdo a la gráfica de resultados de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento al grupo experimental, se puede estimar que los valores de los rangos percentiles entre la pre y la post-intervención ascienden en todas las escalas

del reactivo, lo que significa que en torno a la escala de Resolución de problemas, los pacientes modificaron favorablemente sus estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés cambiando la situación que lo produce; al respecto de la escala de Autocrítica-Autoaceptación, se evidencia que hubo un cambio en las estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la aparición de la enfermedad y su inadecuado manejo, frente a un afrontamiento más adaptativo y aceptación de la enfermedad; Expresión emocional refleja que se aumentó el uso de estrategias orientadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés que conlleva el diagnóstico de cáncer tiroideo y su tratamiento, en tanto que en Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad demuestra que las estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante, se modificaron por estrategias más adaptativas y acordes con la realidad en la post-intervención; la escala de Apoyo social muestra que en los pacientes se aumentaron las estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional, por otra parte la escala de Reestructuración cognitiva indica que el uso de estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante percibida por los pacientes lograron un afrontamiento más adaptativo y un manejo más adecuado del problema; Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas señala que la negación y la actitud evasiva ante la situación de crisis que representa la enfermedad se modificó por un estilo de afrontamiento de problemas más asertivo, y finalmente la escala de Retirada social-Acercamiento social devela que las estrategias de retirada de amigos, familiares y compañeros asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante que conlleva la enfermedad, se pudieron modificar por un acercamiento social que implica el aceptar ayuda y el soporte de personas significativas para el paciente.

3.1.5 Resultados de la pre y post-intervención del Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo de control

Tabla 3.5: Resultado global Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo de control

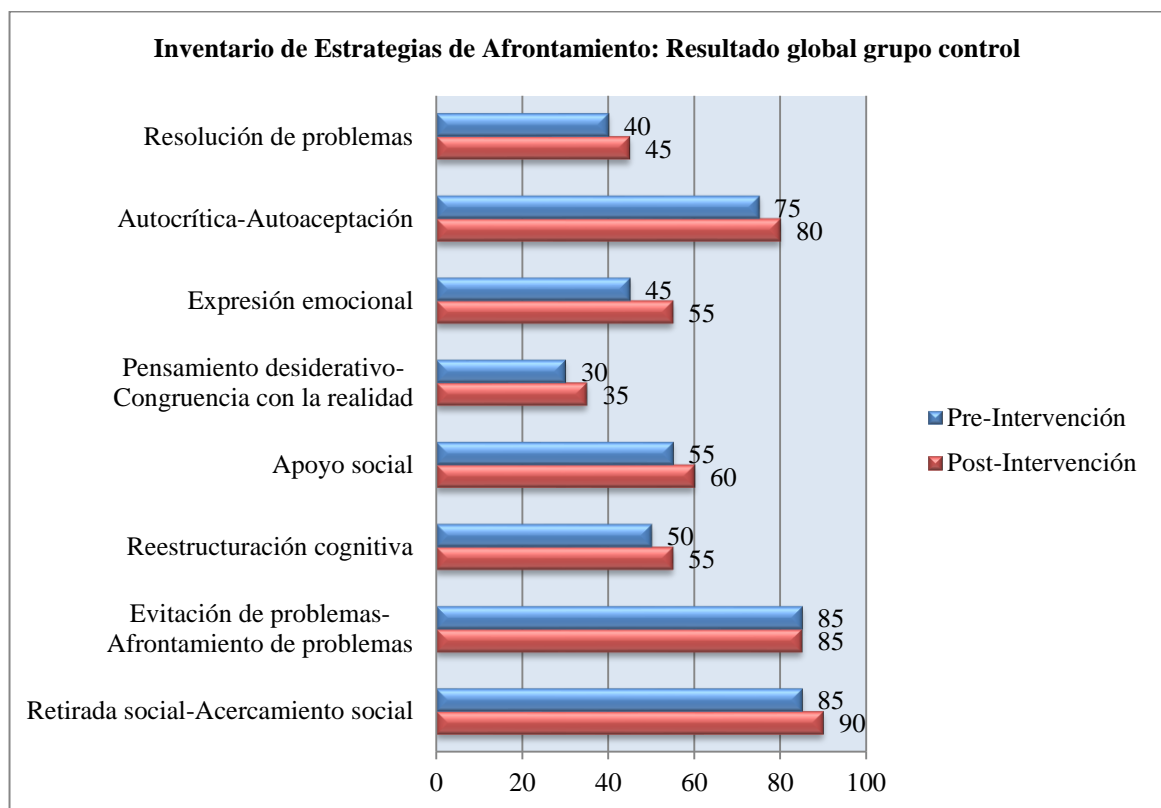
INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO		
Resultado global grupo control		
	Pre-Intervención	Post-Intervención
Escalas	Percentil	Percentil
Resolución de problemas	40	45
Autocrítica-Autoaceptación	75	80
Expresión emocional	45	55
Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad	30	35
Apoyo social	55	60
Reestructuración cognitiva	50	55
Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas	85	85
Retirada social-Acercamiento social	85	90

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: En congruencia con los datos obtenidos en cuanto a la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento al grupo de control, se encontró que en la pre-intervención la escala de Resolución de problemas refleja un percentil de 40, mientras que en la post-intervención alcanza un percentil de 45. En la escala de Autocrítica- Autoaceptación el percentil es de 75 en la pre-intervención, en tanto que en la post-intervención el rango percentil sube a 80. Se encontró que en la pre-intervención, Expresión emocional obtuvo un percentil de 45, aumentándose a 55 en la post-intervención. Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad en la pre-intervención indica un percentil de 30, mientras que en la post-intervención se eleva ligeramente a 35. La escala de Apoyo social obtiene un percentil de 55 en la pre-

intervención y de 60 en la post-intervención. Reestructuración cognitiva tiene un rango percentil de 50 en la pre-intervención, en tanto que en la post-intervención llega a marcar 55. En Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas, se observa que el percentil alcanzado es de 85, tanto en la pre como en la post-intervención. Finalmente en la escala de Retirada social-Acercamiento social queda en evidencia que en la pre-intervención el percentil es de 85 y en la post-intervención asciende a un percentil de 90.

Gráfico 3.5: Inventario de Estrategias de Afrontamiento Resultado global grupo control



Fuente: Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento al grupo de control.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: En relación a la gráfica de resultados de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento al grupo de control, se puede considerar que los valores de

los rangos percentiles entre la pre y la post-intervención ascienden en todas las escalas del reactivo, a excepción de la escala Evitación de problemas- Afrontamiento de problemas que muestra un rango de igualdad en los percentiles alcanzados tanto en la pre-intervención como en la post-intervención.

En torno a la escala de Resolución de problemas, se puede evidenciar un ascenso en el rango percentil, que si bien es leve debido al tipo de intervención, denota el uso de estrategias cognitivo-conductuales orientadas a solventar el problema en común por el que los pacientes oncológicos están atravesando. De acuerdo con la escala Autocrítica-Autoaceptación, los pacientes en alguna medida modificaron el sentimiento de autoinculpación y lograron mejorar su condición anímica frente al panorama de su enfermedad. El uso de estrategias de Expresión emocional en relación con la intervención al grupo de control indica que la estabilidad emocional frente al diagnóstico de la enfermedad mejoró.

De la misma manera, la escala de Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad muestra que se estableció una tendencia a afrontar la enfermedad en concordancia con la realidad. En cuanto a la escala de Apoyo social, los pacientes mejoraron su visión de la realidad abriendo sus posibilidades de recuperación a través de la aceptación de ayuda de su entorno familiar y social.

En la escala de Reestructuración cognitiva, se aprecia una modificación del significado de la realidad estresante que constituye la enfermedad. En Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas, se puede evidenciar que no existe ningún cambio en el rango percentil, probablemente debido al mantenimiento de la negación que suele presentarse en este tipo de pacientes, apreciándose que el trabajo mediante las charlas no fue de utilidad en esta particular estrategia de afrontamiento. Finalmente la escala de Retirada social-Acercamiento social se vio beneficiada por cuanto los pacientes reconocieron que una, vía para mejorar las reacciones emocionales ansiosas desencadenadas por el estrés de su enfermedad consiste en aceptar la ayuda del círculo familiar y social.

3.1.6 Comparación de resultados pre-intervención del Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo experimental y grupo de control

Tabla 3.6: Comparación de resultados globales pre-intervención I.E.A del grupo experimental y de control

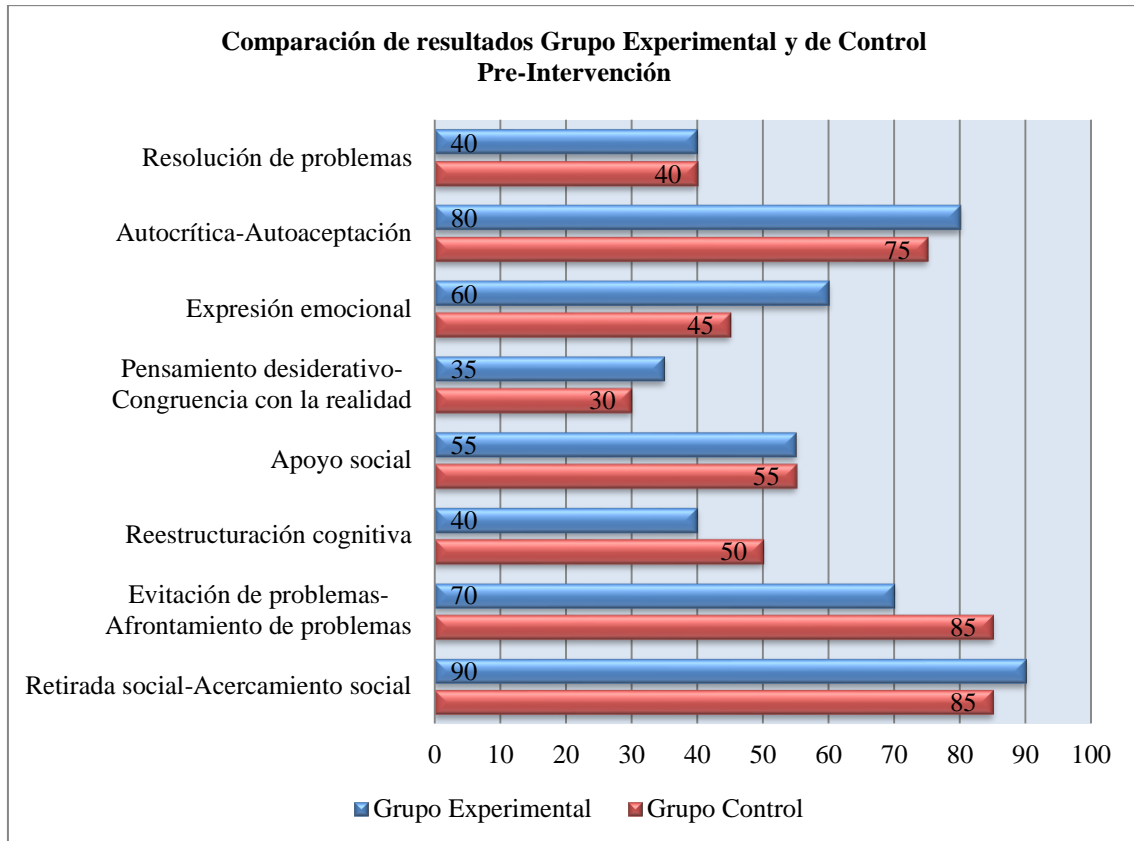
INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO		
Comparación de resultados globales Grupo Experimental y de Control		
Pre-Intervención	Grupo Experimental	Grupo Control
Escalas	Pc	Pc
Resolución de problemas	40	40
Autocrítica-Autoaceptación	80	75
Expresión emocional	60	45
Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad	35	30
Apoyo social	55	55
Reestructuración cognitiva	40	50
Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas	70	85
Retirada social-Acercamiento social	90	85

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: De acuerdo a la tabla comparativa de los resultados de la aplicación de este instrumento al grupo experimental y al de control, se puede apreciar lo siguiente en cuanto a la etapa de pre-intervención: La escala de Resolución de problemas para los dos grupos alcanza un percentil de 40; en la escala de Autocrítica-Autoaceptación se encuentra un percentil de 80 para el grupo experimental y 75 para el grupo de control; en la escala de Expresión emocional, en el grupo experimental se obtiene el valor de 60, y para el grupo de control un percentil de 45; Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad, en el grupo experimental alcanza un percentil de 35, en tanto que para el grupo de control llega a un percentil de 30; en la escala de Apoyo Social tanto para el

grupo experimental, como para el grupo de control se obtiene un rango percentil de 55; Reestructuración cognitiva en el grupo experimental obtiene un percentil de 40, y en el grupo de control un valor de 50; Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas en el grupo experimental llega a un valor percentil de 70 y el grupo de control a un valor de 85; por último en la escala de Retirada social-Acercamiento social para el grupo experimental se obtiene un percentil de 90 y para el grupo de control un percentil de 85.

Gráfico 3.6: Comparación resultados pre-intervención I.E.A grupo experimental y control



Fuente: Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento al grupo experimental y de control
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: En afinidad con los resultados expuestos en la gráfica, se puede concluir que en cuanto a las escalas de Autocrítica-Autoaceptación, Expresión

emocional, Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad y Retirada social-Acercamiento social, el grupo experimental alcanza puntuaciones percentiles ligeramente más elevadas que el grupo de control, por otra parte, las escalas Resolución de problemas y Apoyo social obtienen valores percentiles equivalentes tanto en el grupo experimental como en el grupo de control; y en las escalas Reestructuración cognitiva y Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas el grupo de control puntúa valores percentiles superiores que el grupo experimental, sin embargo se debe tomar en cuenta que los dos grupos están conformados por pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia, es decir con características homogéneas y al ser evaluados con el Inventario de Estrategias de Afrontamiento antes de la intervención terapéutica y psico-educativa respectivamente, se encontraban experimentando una situación de enfermedad y crisis semejante, con lo que las puntuaciones percentiles en la pre-intervención también reflejan esa similitud.

3.1.7 Comparación de resultados post-intervención del Inventario de Estrategias de Afrontamiento aplicado al grupo experimental y grupo de control

Tabla 3.7: Comparación de resultados post-intervención I.E.A del grupo experimental y de control

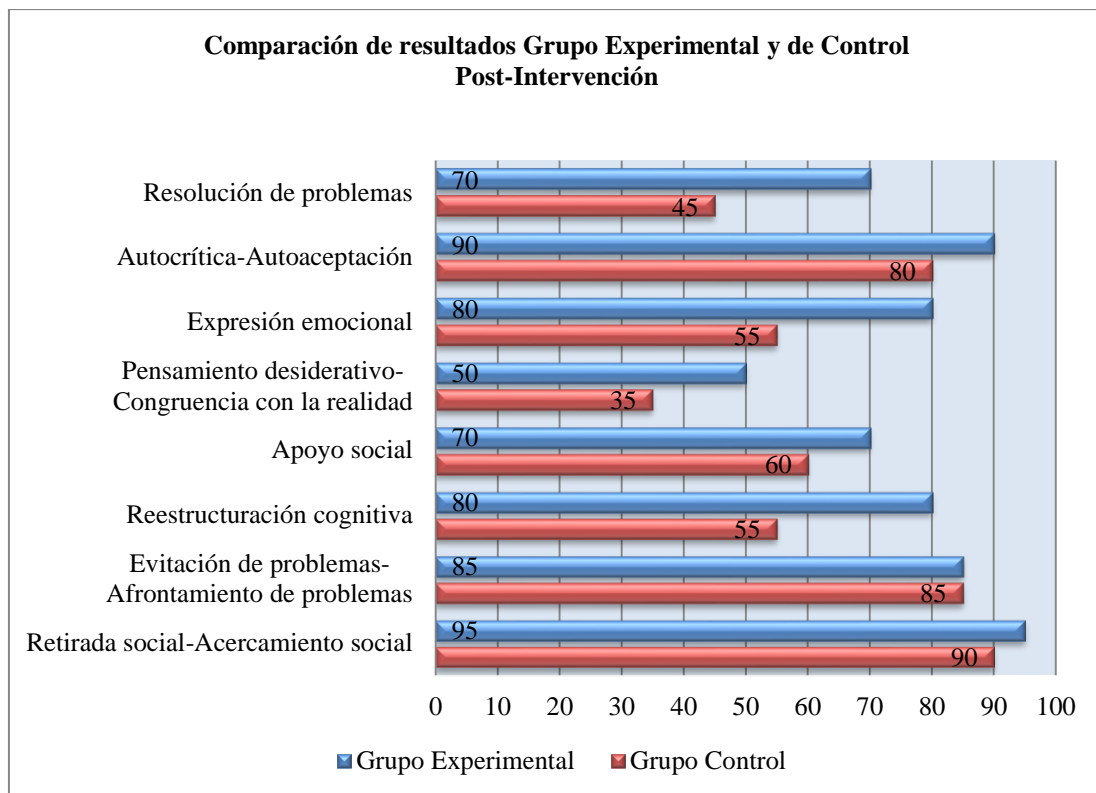
INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO		
Comparación de resultados globales Grupo Experimental y de Control		
Post-Intervención	Grupo Experimental	Grupo Control
Escalas	Pc	Pc
Resolución de problemas	70	45
Autocrítica-Autoaceptación	90	80
Expresión emocional	80	55
Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad	50	35
Apoyo social	70	60
Reestructuración cognitiva	80	55
Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas	85	85
Retirada social-Acercamiento social	95	90

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: En cuanto a los resultados de la etapa de post-intervención obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento al grupo experimental y al de control, se puede apreciar lo siguiente: En la escala de Resolución de problemas, el grupo experimental alcanza un percentil de 70, mientras que el grupo de control obtiene una puntuación percentil de 45; la escala de Autocrítica-Autoaceptación registra un percentil de 90 para el grupo experimental, y para el grupo de control un percentil de 80, en Expresión emocional, se evidencia que el grupo experimental alcanza un rango percentil de 80 y el grupo de control 55; en lo correspondiente a Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad, el grupo experimental tiene un nivel percentil de 50 y el grupo de control 35; la escala de Apoyo social para el grupo experimental

alcanza un valor percentil de 70, en tanto que para el grupo de control un valor de 60; en Reestructuración cognitiva, la tabla muestra un percentil de 80 en el grupo experimental, y de 55 en el grupo de control; la escala de Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas, para el grupo experimental como para el grupo de control llega a un rango percentil de 85; y finalmente en la escala de Retirada social-Acercamiento social, el grupo experimental tiene un percentil de 95 y el grupo control un percentil de 90.

Gráfico 3.7: Comparación resultados post-intervención I.E.A grupo experimental y control



Fuente: Aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento al grupo experimental y de control
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: Los resultados de la evaluación con el Inventario de estrategias de Afrontamiento presentados en el gráfico reflejan que tanto el grupo experimental como

el grupo de control obtiene resultados positivos después de la intervención terapéutica y abordaje de charlas psico-educativas, esto se traduce en el uso de estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad más adaptativas y funcionales que favorecen al proceso de aceptación de la enfermedad, disminuyendo de esta manera las sensaciones y sentimientos de fracaso personal, de culpa, de castigo, de miedo y de falta de control que comúnmente se presentan en ellos.

Se aprecia que en todos los aspectos que mide el reactivo mediante sus escalas, hubo un cambio que favorece el bienestar de los pacientes y además es notorio que la eficacia de la intervención se estima de mejor manera en el grupo experimental, debido a que con este grupo de pacientes se trabajó de manera individual durante seis sesiones mediante la técnica de la psicoterapia racional-explicativa, la misma que estuvo enmarcada dentro de una relación de ayuda y acompañamiento emocional lo que denota resultados positivos en mayor medida en comparación con el grupo de control con el que se trabajó de manera grupal mediante la explicación de aspectos relevantes de la enfermedad oncológica en el contexto de charlas informativas.

3.1.8 Resultados de la Escala Ad-hoc de Información: Conocimiento del paciente respecto a la enfermedad aplicada al grupo experimental

a. ¿Tiene conocimiento de la enfermedad que padece?

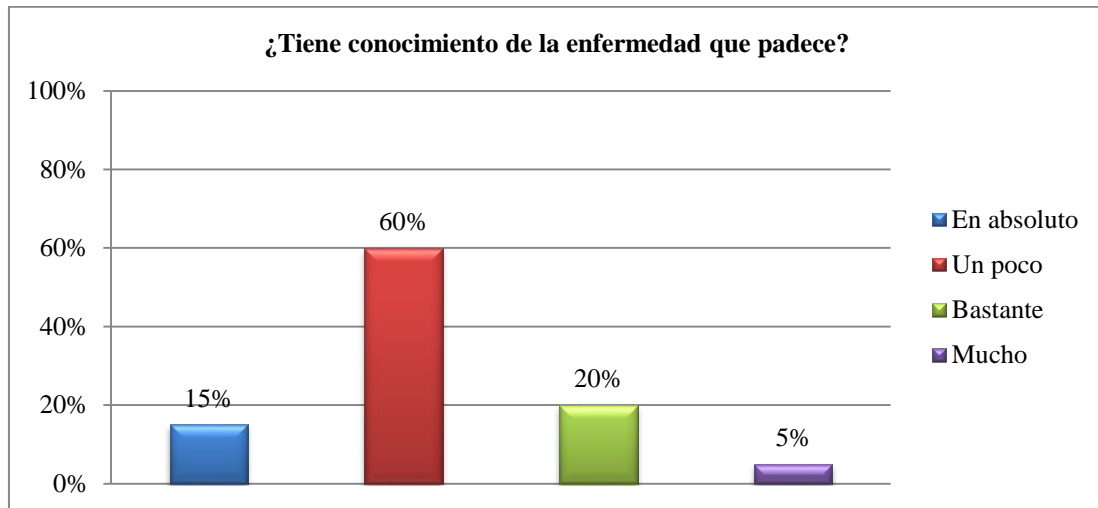
Tabla 3.8: Resultados del ítem: Conocimiento de la enfermedad

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En absoluto	3	15%
Un poco	12	60%
Bastante	4	20%
Mucho	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: El 60% de los pacientes refiere que conoce un poco la enfermedad, el 20% de reporta que posee bastante conocimiento acerca de su diagnóstico, por otra parte, el 15% de los pacientes atendidos aduce que no conoce en absoluto la enfermedad que padece, finalmente el 5% restante registra que conoce mucho acerca de su enfermedad.

Gráfico 3.8: Resultados del ítem: Conocimiento de la enfermedad



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-hoc de información al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: Se evidencia que la mayoría de pacientes desconocen la enfermedad que padecen, o a su vez conocen muy poco acerca de su diagnóstico oncológico y las implicaciones del mismo, esto muchas veces se debe a la información limitada que los médicos proporcionan a los pacientes por contar con un tiempo reducido para la atención en consulta debido a la alta demanda de usuarios, además el uso de términos técnicos utilizados por el personal sanitario, el nivel de ansiedad que algunos pacientes presentan por encontrarse en un ambiente hospitalario y el uso de estrategias de afrontamiento evitativas como la negación, dificultan la comprensión del cuadro médico.

b. ¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?

Tabla 3.9: Resultados del ítem: Conocimiento de resultados de pruebas

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En absoluto	2	10%
Un poco	10	50%
Bastante	7	35%
Mucho	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: En la tabla se muestra que el 50% de la población atendida conoce muy poco los resultados de las pruebas y exámenes médicos que se les han practicado, un 35% dice conocerlos bastante, el 10% no los conoce en absoluto, y el 5% restante que corresponde a un sólo paciente refiere tener mucho conocimiento en cuanto a este tema.

Gráfico 3.9 Resultados del ítem: Conocimiento de resultados de pruebas



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-hoc de información al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: El conocimiento que los pacientes poseen en cuanto a los resultados de exámenes médicos y pruebas de laboratorio varía de acuerdo a las explicaciones que reciben por parte del médico, a la solvencia de este último para responder a dudas y preguntas acerca del diagnóstico y a la capacidad de comprensión del paciente.

c. **¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?**

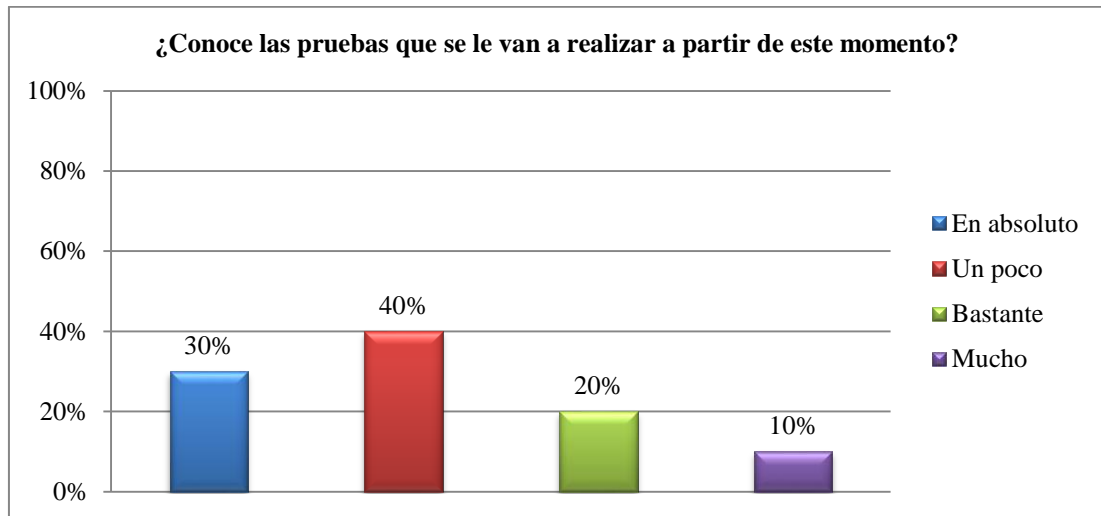
Tabla 3.10: Resultados del ítem: Conocimiento de pruebas próximas a realizarse

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En absoluto	6	30%
Un poco	8	40%
Bastante	4	20%
Mucho	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: El 40% de los pacientes que contestaron a la escala manifiesta que conoce un poco acerca de las pruebas y exámenes que se le van a realizar, un 30% revela que no conoce a que pruebas tiene que someterse, el 20% indica que las conoce bastante y por último el 10% expresa que conoce mucho acerca de las pruebas que tiene que realizarse.

Gráfico 3.10: Resultados del ítem: Conocimiento de pruebas próximas a realizarse



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de información al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: El poco conocimiento que la mayoría de pacientes refiere en torno a los próximos exámenes médicos que debe realizarse se debe primordialmente a la falta de información que el personal sanitario le provee al paciente, razón por la que éste se siente preocupado y angustiado al desconocer en qué consisten, cuánto durarán, si sentirán dolor, sobre todo en pruebas especiales como la citopunción, que consiste en un método diagnóstico de biopsia por punción que debe realizarse precisamente en casos de pacientes con cáncer tiroideo, factores que contribuyen a elevar su nivel de ansiedad.

d. ¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?

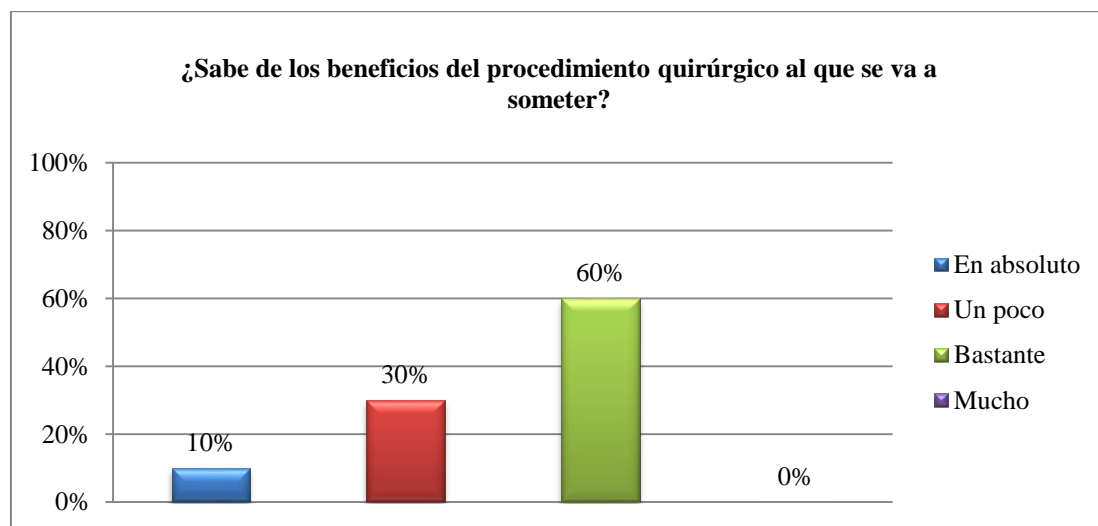
Tabla 3.11: Resultados del ítem: Beneficios del procedimiento quirúrgico

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En absoluto	2	10%
Un poco	6	30%
Bastante	12	60%
Mucho	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: El 60% de la población atendida conoce bastante de los beneficios del procedimiento quirúrgico al cual se van a someter, el 30% siguiente señala que conoce un poco acerca de los beneficios de la operación, y finalmente el 10% desconoce totalmente acerca de los beneficios de la intervención quirúrgica.

Gráfico 3.11: Resultados del ítem: Beneficios del procedimiento quirúrgico



Fuente: Aplicación de la Escala de información Ad-Hoc al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: De acuerdo a la gráfica, la mayoría de pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo, sabe de las ventajas de la cirugía a la cual se van a someter, factor que

es muy importante ya que el enfermo debe conocer lo suficiente acerca su enfermedad y de los procedimientos médicos para que su colaboración durante el tratamiento sea permanente, es un aspecto positivo que los pacientes conozcan de los beneficios del procedimiento, y no sólo de sus perjuicios, ya que de esta manera se favorece la adherencia al tratamiento y la aceptación de la enfermedad.

Por otra parte, la minoría de pacientes no conoce acerca de los beneficios de la cirugía, constituyéndose esta realidad en un aspecto negativo, ya que las personas se enfrentan con múltiples situaciones estresantes, físicas y psicológicas cuando van a ser intervenidos quirúrgicamente, y si a esto se suma el desconocimiento de los elementos positivos y beneficios que ofrece este procedimiento en el cuadro médico del cáncer de tiroides, se generan reacciones emocionales desfavorables como un nivel elevado de ansiedad, lo que hace más dificultoso que el paciente pueda confiar en su tratamiento y en el afrontamiento de la enfermedad.

- e. **¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?**

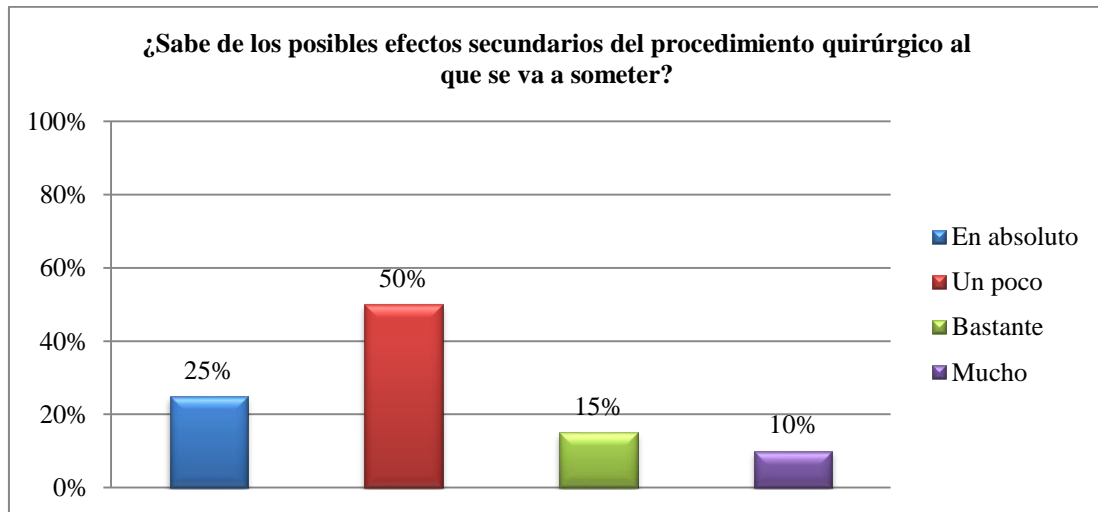
Tabla 3.12: Resultados del ítem: Efectos secundarios del procedimiento quirúrgico

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En absoluto	5	25%
Un poco	10	50%
Bastante	3	15%
Mucho	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: El 50% de los pacientes atendidos conoce un poco acerca de los probables perjuicios de la intervención quirúrgica, el 25% expresa que desconoce totalmente los posibles efectos secundarios de la cirugía, el 15% dice conocerlos bastante y el 10% señala que conoce mucho acerca de los efectos colaterales que implica la cirugía.

Gráfico 3.12: Resultados del ítem: Efectos secundarios del procedimiento quirúrgico



Fuente: Aplicación de la Escala ad-hoc de información al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: Se observa que no existe el conocimiento suficiente en cuanto a los posibles efectos adversos de la intervención quirúrgica, por lo que se puede inferir que el personal médico no brinda la suficiente información y explicación del procedimiento al cual se va a someter el paciente, o a su vez esta información no es comprensible en su totalidad. Por otra parte, se ha evidenciado en algunos casos que los familiares del paciente tienen la idea de no decirle la verdad, basándose en la convicción de que un enfermo que conoce de los efectos indeseados de un tratamiento, en este caso de la cirugía, puede manifestar una actitud negativa y no colaborar en el proceso a seguir y debido a su condición de salud, se cree que el proveerle de una información completa no contribuirá más que a añadir una preocupación innecesaria, más no se toma en cuenta el derecho que tiene el paciente de recibir información completa y continuada sobre su diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

f. ¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?

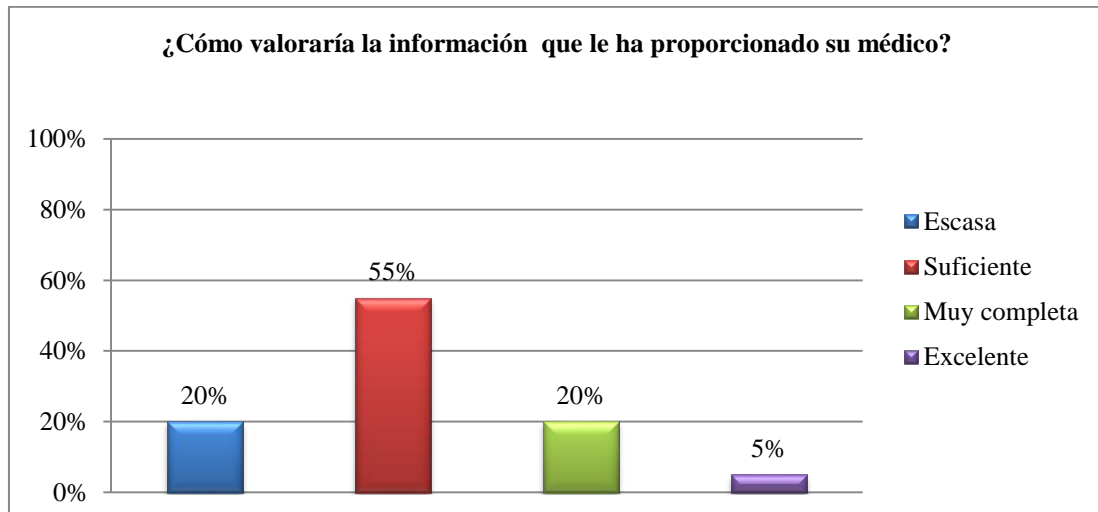
Tabla 3.13: Resultado del ítem: Valoración de información médica

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Escasa	4	20%
Suficiente	11	55%
Muy completa	4	20%
Excelente	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: El 55% de la población atendida, que constituye el porcentaje más alto del gráfico, indica que ha recibido una información suficiente por parte de su médico, incluyendo información acerca del diagnóstico, tratamiento, procedimientos, tiempos y pronóstico de la enfermedad, el 20% señala que ha recibido una información escasa en contraposición con otro 20% que refiere que ha recibido una información muy completa, un 5% último ha valorado la información proporcionada por su médico como excelente.

Gráfico 3.13: Resultado del ítem: Valoración de información médica



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-hoc de información al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: La información médica es un elemento fundamental de la actividad sanitaria, y es primordial comunicarle al paciente en términos simples y comprensibles todo lo que pueda disminuir su ansiedad y permitirle aceptar su enfermedad; en algunas ocasiones de acuerdo a los indicadores de proporción de información planteados, el personal médico no satisface las expectativas del paciente y no se genera un ambiente de confianza entre ellos, quedando los pacientes desprovistos de una información adecuada.

Un elevado grado de ansiedad durante la entrevista con el médico, la falta de familiaridad con la información planteada, el no conseguir participar de forma activa en la entrevista y el no haber analizado las cuestiones que se iban a discutir en la consulta, son factores que también hay que tomar en cuenta y que pueden minimizar el grado de comprensión del paciente frente a la información provista por su médico.

3.1.9 Resultados de la Escala de Acontecimientos Ansiógenos Ad-hoc aplicada al grupo experimental

a. Ambiente hospitalario

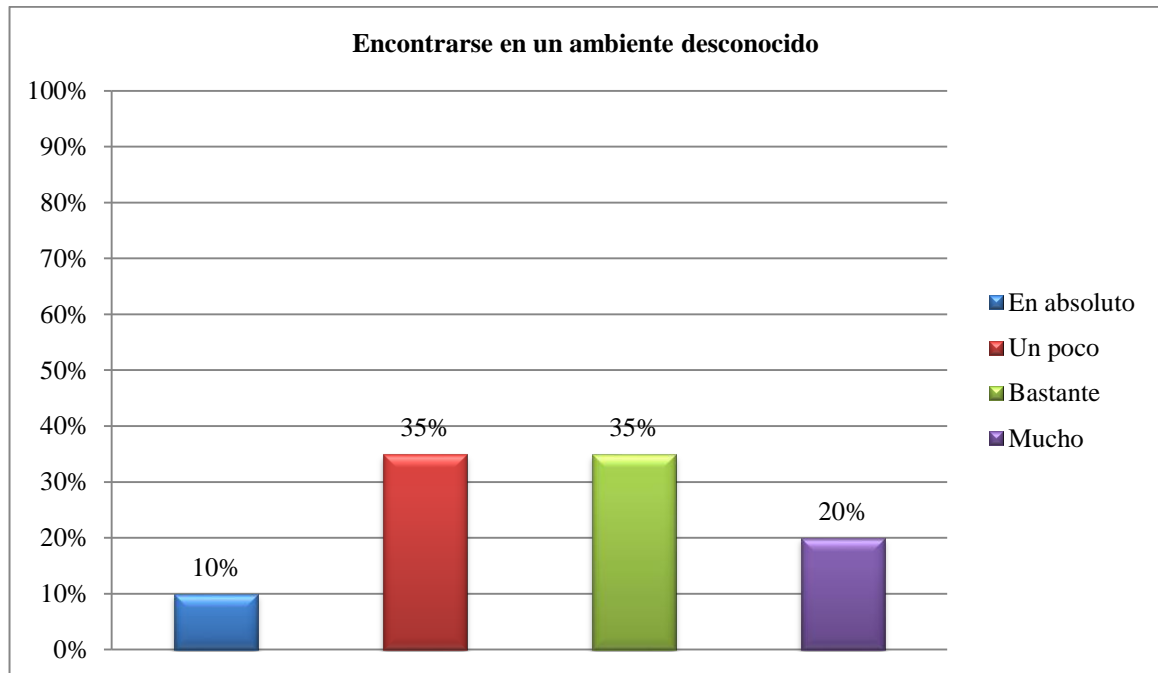
Tabla 3.14: Resultados del área: Ambiente hospitalario

	Encontrarse en un ambiente desconocido	
	No.	%
En absoluto	2	10%
Un poco	7	35%
Bastante	7	35%
Mucho	4	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: De acuerdo con los resultados obtenidos, se encuentra que el 35% de los pacientes expresa sentirse un poco tenso y preocupado al encontrarse en un ambiente hospitalario, otro 35% dice encontrarse bastante ansioso en un ambiente desconocido, de la misma manera el 20% denota mucha preocupación cuando se encuentra en un entorno hospitalario y por otra parte el 10% restante no presenta ningún grado de ansiedad al encontrarse en el ambiente hospitalario.

Gráfico 3.14: Resultados del área: Ambiente hospitalario



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: De acuerdo a la gráfica, se puede interpretar que el ambiente hospitalario influye en el estado de ansiedad de la mayoría de pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo, debido a que el hecho de encontrarse en un medio totalmente desconocido, produce una pérdida de espacio que se suma a la pérdida de la salud, donde se ven enfrentados a dejar su entorno habitual como su casa, su habitación, sus cosas, sus rutinas y horarios, para entrar en un entorno rodeado por personal médico, enfermeras, aparatos extraños y situaciones alejadas de su cotidianidad; experiencias que determinan que se desencadenen reacciones emocionales ansiosas.

Por lo tanto se colige que es importante disminuir los niveles de ansiedad en estos pacientes, que por su misma condición de salud requieren ayuda psicológica y una adecuada proporción de información que por medio de la psicoterapia racional-explicativa es posible de llevarse a cabo, a fin de conseguir resultados positivos en cuanto al afrontamiento de la enfermedad.

b. Diagnóstico de la enfermedad

Tabla 3.15: Resultados del área: Diagnóstico de la enfermedad

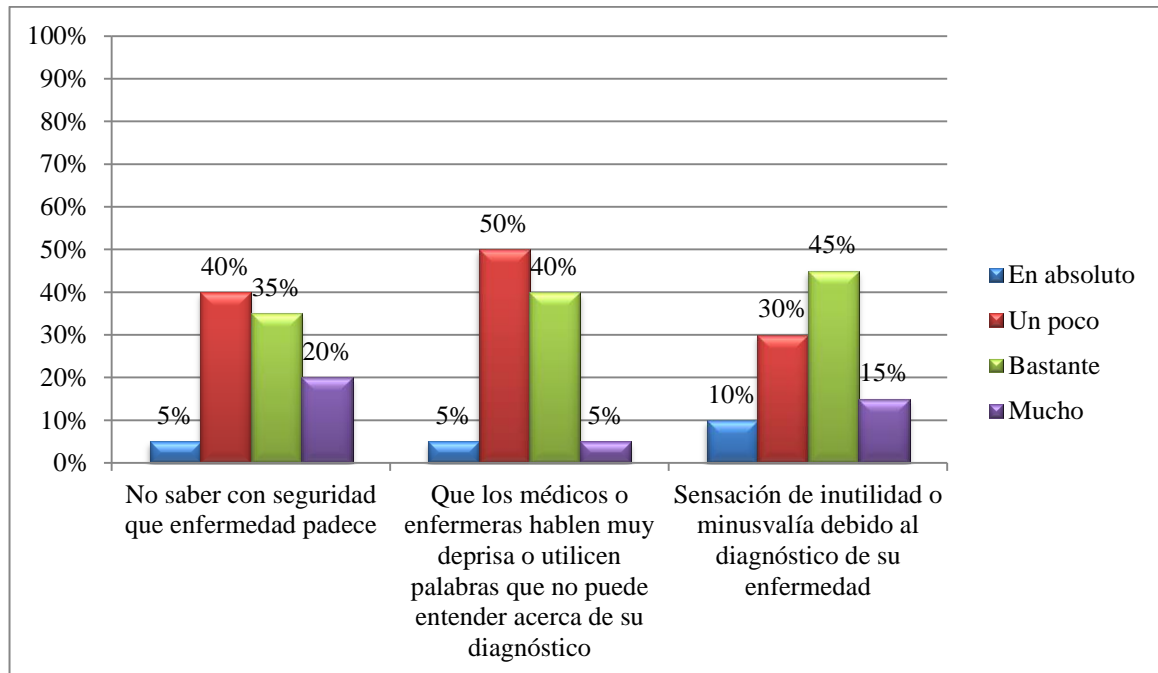
	No saber con seguridad que enfermedad padece		Que los médicos o enfermeras hablen muy deprisa o utilicen palabras que no puede entender acerca de su diagnóstico		Sensación de inutilidad o minusvalía debido al diagnóstico de su enfermedad	
	No.	%	No.	%	No.	%
En absoluto	1	5%	1	5%	2	10%
Un poco	8	40%	10	50%	6	30%
Bastante	7	35%	8	40%	9	45%
Mucho	4	20%	1	5%	3	15%
TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: Con respecto al área de diagnóstico de la enfermedad, el no saber con seguridad que enfermedad padece, reporta que al 40% de los pacientes le preocupa un poco, al 35% bastante, al 20% mucho y al 5% en absoluto.

Con respecto al segundo indicador que refiere que los médicos y enfermeras hablen muy deprisa o con terminología especializada dificultando la comprensión de aspectos relacionados con el diagnóstico, preocupa un poco al 50% de los pacientes, genera bastante preocupación al 40%, al 5% le preocupa mucho y finalmente a otro 5% de los pacientes le tiene indiferentes.

La sensación de inutilidad o minusvalía de los pacientes como reacción frente a su diagnóstico de cáncer de tiroides, afecta bastante a un 45%, al 30% un poco, al 15% mucho y al 10% en absoluto.

Gráfico 3.15: Resultados del área: Diagnóstico de la enfermedad

Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: Según los resultados obtenidos con referencia las tres preguntas analizadas anteriormente, se desprende que el porcentaje de pacientes a los que no les preocupan los aspectos relacionados al diagnóstico de su enfermedad, se encuentran dentro de un rango mínimo, en cambio los porcentajes de los ítems que señalan poco y bastante son realmente elevados, seguidos de un porcentaje que señala que el diagnóstico de su enfermedad le genera un alto nivel de ansiedad.

De acuerdo con el diagnóstico de la enfermedad de los pacientes con cáncer tiroideo y a las respuestas obtenidas, se desprende que la situación personal de dichos pacientes evidencia que la incertidumbre es un factor que desata niveles de ansiedad elevados

porque en ciertas ocasiones no llegan a comprenderlo, por lo que es necesaria una temprana intervención en estos casos haciéndoles conocer la realidad de su enfermedad para que puedan asimilarla de mejor forma, a fin de superar favorablemente la crisis vivencial, familiar, laboral y social que deben enfrentar. Por otra parte la actitud del personal sanitario deberá ser mucho más abierto y franco de cara a la verdad de la enfermedad para que los pacientes puedan de alguna forma sentir un poco más de seguridad y confianza en el personal médico que los atiende, tomando en consideración que existe una tendencia elevada a sentirse en una situación de indefensión y minusvalía como reacción frente al diagnóstico.

c. Trámites hospitalarios

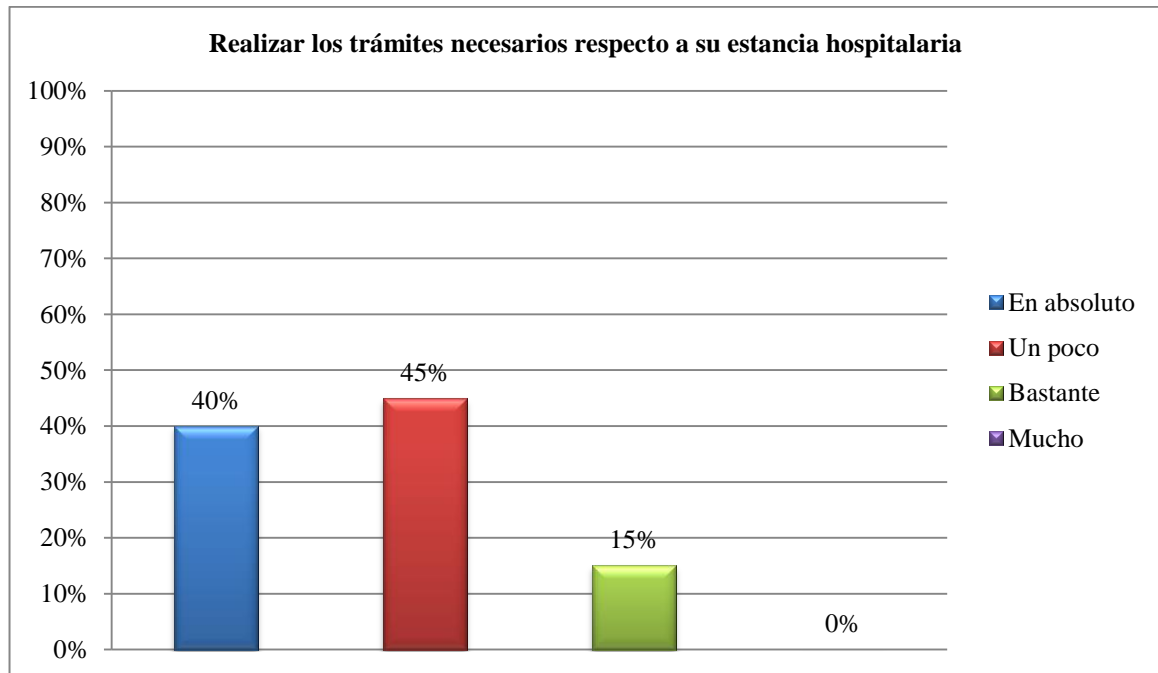
Tabla 3.16: Resultados del área: Trámites hospitalarios

	Realizar los trámites necesarios respecto a su estancia hospitalaria	
	No.	%
En absoluto	8	40%
Un poco	9	45%
Bastante	3	15%
Mucho	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: La realización de los trámites necesarios con respecto a la estancia hospitalaria preocupa un poco al 45% de los pacientes, mientras que al 40% de los pacientes no le preocupa en absoluto, finalmente a un 15% restante le preocupa bastante.

Gráfico 3.16: Resultados del área: Trámites hospitalarios



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: Se puede establecer a partir de estos resultados que el realizar los trámites y documentación referentes a la estancia hospitalaria también constituye un elemento que afecta al paciente oncológico, ya que los diferentes trámites burocráticos reducen a la persona a un número y agotan las escasas energías con las que cuenta y viene a sumar de alguna forma al grado de ansiedad que se va generando en el proceso.

d. Periodo de hospitalización

Tabla 3.17: Resultados del área: Periodo de hospitalización

	Permanecer en la cama o en la misma habitación durante todo el día		Compartir la habitación con una persona desconocida		Tener aparatos extraños alrededor		Percibir que el personal sanitario está apurado y no le presta la suficiente atención		Recibir información insuficiente acerca de los procedimientos terapéuticos que le van a realizar	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
En absoluto	3	15%	9	45%	3	15%	0	0%	1	5%
Un poco	10	50%	5	25%	9	45%	10	50%	1	5%
Bastante	4	20%	2	10%	6	30%	7	35%	8	40%
Mucho	3	15%	4	20%	2	10%	3	15%	10	50%
TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: Conforme a la pregunta relacionada con permanecer en cama o en la misma habitación durante todo el día al 50% le preocupa un poco de acuerdo a los resultados obtenidos, al 20 % le preocupa bastante, mientras que al 15% no le preocupa en absoluto, finalmente al 15% restante le preocupa mucho.

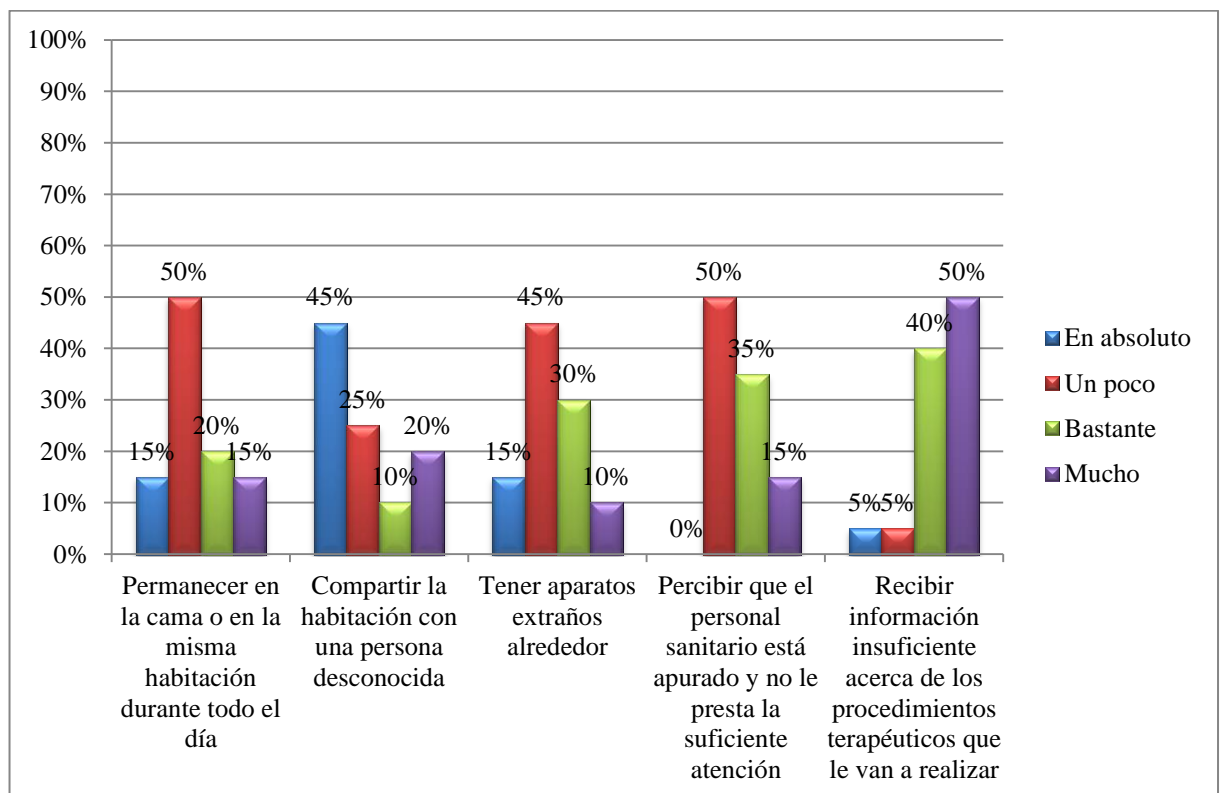
Al analizar los datos del ítem: Compartir la habitación con una persona desconocida, se observa que el 45% de los pacientes contesta que no le afecta en absoluto, mientras un 25% manifiesta que un poco, al 20% mucho y al 10% bastante.

El hecho de verse rodeados de aparatos extraños alrededor, genera en el 45% de pacientes un poco de preocupación ocasionando reacciones emocionales de ansiedad, al 30% le preocupa bastante, al 15% ninguna preocupación y finalmente mucha preocupación al restante 10%.

Percibir que el personal sanitario está apurado y no le presta suficiente atención genera un poco de ansiedad en el 50% de los pacientes consultados, al 35% bastante, en tanto que al 15% mucho.

Por último, el recibir información insuficiente sobre los procedimientos médico-terapéuticos que se realizan durante la estancia hospitalaria, afecta mucho a un 50% de los pacientes, bastante al 40%, un poco al 5%, y en absoluto al 5% restante.

Gráfico 3.17 Resultados del área: Periodo de hospitalización



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: El período de hospitalización es un factor preponderante a tomar en cuenta a la hora de realizar la aplicación de la intervención psicológica, debido a que

suma en gran medida el estado de preocupación y alerta por parte de los pacientes prequirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo, notándose una elevación de los niveles de ansiedad e inseguridad frente al ambiente hospitalario, en el cual el paciente pierde múltiples espacios vitales como el espacio físico, el espacio de tranquilidad, de silencio, de intimidad y de libertad. Para una persona la conversión en paciente es un hecho amenazador, sobre todo cuando atraviesa el periodo de hospitalización, donde la intensidad de la separación de los seres queridos y el ingreso a un entorno no familiar desencadena reacciones emocionales ansiosas que desvían la energía necesaria para poder superar este periodo y tolerar los diferentes procedimientos médicos de diagnóstico. Además se determina que otro parámetro importante a tomarse en consideración es la calidad de la información que los pacientes reciben y que en la mayor parte de los casos no es la suficiente ni la más adecuada.

Establecidos estos resultados se evidencia claramente que es de suma importancia el intervenir con el abordaje pertinente en este tipo de pacientes debido a que los porcentajes que arroja la evaluación aplicada, reflejan que es alto el promedio de pacientes que requieren superar los altos niveles de ansiedad que afectan su estado anímico, para así afrontar de mejor forma el proceso de su enfermedad, por todas las connotaciones que acarrea en los diferentes contextos de su desarrollo.

e. Cirugía

Tabla 3.18: Resultados del área: Cirugía

	Saber que debe operarse		Desconocer al cirujano		Riesgos de la intervención quirúrgica		Molestias debido a la cirugía	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
En absoluto	0	0%	6	30%	0	0%	0	0%
Un poco	3	15%	10	50%	1	5%	4	20%
Bastante	2	10%	3	15%	6	30%	10	50%
Mucho	15	75%	1	5%	13	65%	6	30%
TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

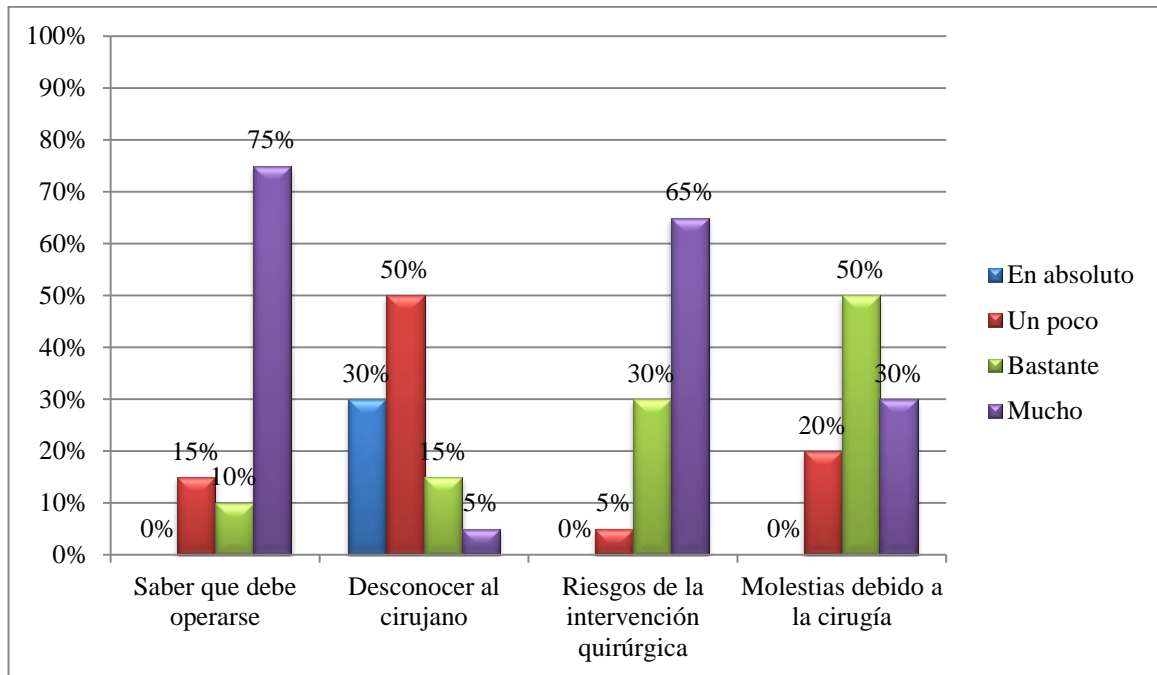
Análisis: En relación con la cirugía, los pacientes de edad adulta intermedia diagnosticados con cáncer tiroideo opinan que el conocer que deben ser sometidos a una operación causa mucha preocupación al 75%, un poco al 15% y bastante a un 10%.

El desconocer al cirujano es causa de un poco de preocupación en el 50% de los pacientes, por otra parte no causa preocupación al 30%, al 15% esta situación le preocupa bastante y al 5% restante le preocupa mucho.

Al ser consultados sobre los riesgos de la intervención quirúrgica, se obtiene que al 65% le preocupa mucho, al 30% bastante y al 5% un poco.

Las molestias debido a la cirugía, ocasionan bastante preocupación al 50% de los pacientes, mucha preocupación al 30% y un poco al restante 20%.

Gráfico 3.18: Resultados del área: Cirugía



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: Los aspectos más relevantes a tomarse en cuenta en relación con la cirugía, son los riesgos que tendrán que enfrentar al ser sometidos a una intervención quirúrgica que sin duda es causa de mucha ansiedad porque desestabiliza su esfera emocional, sumado a ello las molestias post-operatorias, y en la mayor parte de los casos el desconocer al cirujano hacen que dichos pacientes acumulen gran cantidad de temores que se traducen en una gran incomodidad e incertidumbre frente a la cirugía.

De acuerdo a los resultados de los cuatro indicadores consultados con respecto a la experiencia quirúrgica, se evidencia que ésta causa un alto nivel de ansiedad en la mayor

parte de los pacientes, entonces se concluye que se hace necesaria la correspondiente intervención psicológica que coadyuve en el proceso pre-operatorio que es donde se reflejan las necesidades reales de la aplicación de la técnica psicoterapéutica.

f. Anestesia

Tabla 3.19: Resultados del área: Anestesia

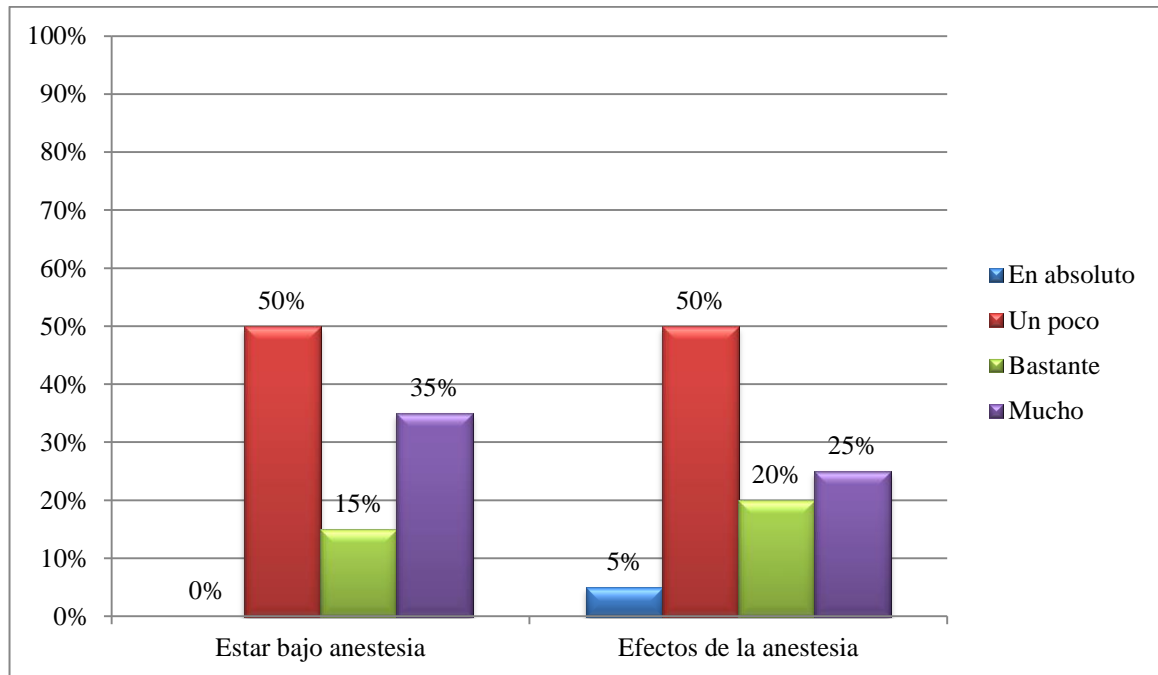
	Estar bajo anestesia		Efectos de la anestesia	
	No.	%	No.	%
En absoluto	0	0%	1	5%
Un poco	10	50%	10	50%
Bastante	3	15%	4	20%
Mucho	7	35%	5	25%
TOTAL	20	100%	20	100%

Fuente: Investigación

Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: Sobre los resultados obtenidos respecto a estar bajo anestesia, el 50% responde que le preocupa un poco, al 35% mucho y al 15% bastante.

Sobre los efectos de la anestesia el 50% de los pacientes consultados contesta que le preocupan un poco, al 25% le preocupan mucho, al 20% bastante y al 5% no le afecta en absoluto.

Gráfico 3.19: Resultados del área: Anestesia

Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: Estos resultados requieren que se aplique la intervención psicológica y transferencia de información adecuada por cuanto se mantienen porcentajes importantes de los pacientes que requieren necesariamente afrontar su enfermedad en mejores condiciones.

Así mismo, las expectativas que producen en las personas a ser intervenidas quirúrgicamente sobre el empleo de la anestesia casi siempre es causa de intranquilidad, por referencias de malas experiencias sufridas anteriormente o por conversaciones de terceras personas, este temor hace naturalmente que se eleven los niveles de ansiedad antes de ser sometidos a la cirugía, por lo que se hace necesario que los pacientes reciban una explicación adecuada acerca de estos aspectos a fin de atenuar estos temores específicos.

g. Resultados de la intervención quirúrgica y de exámenes médicos

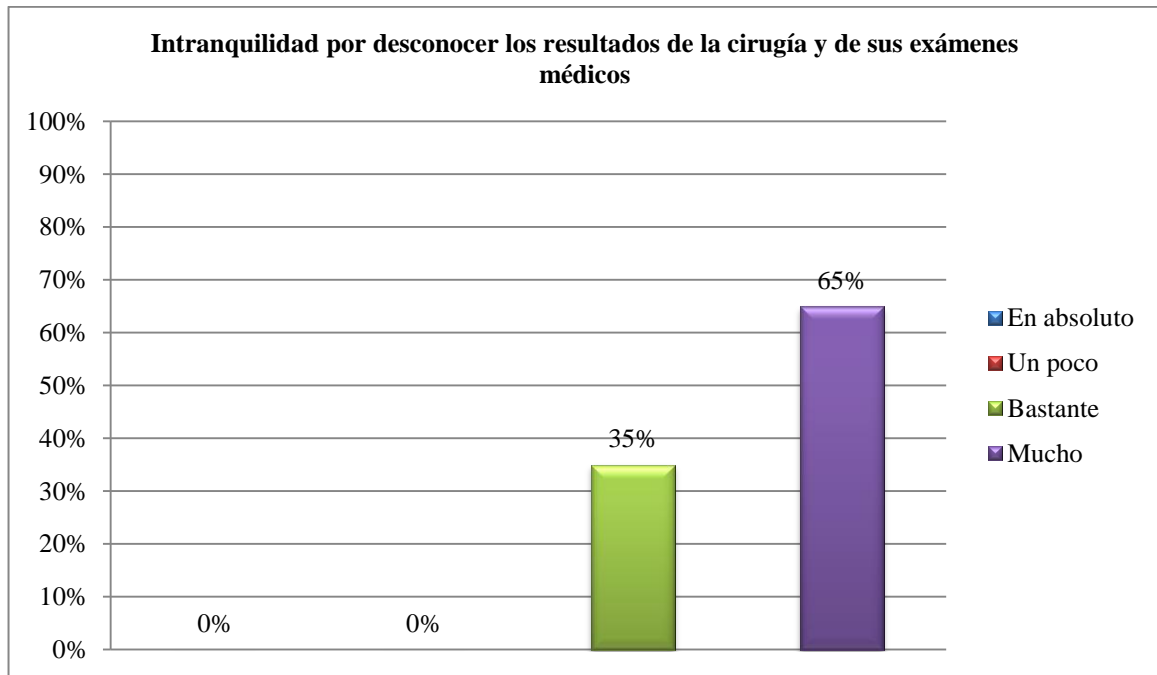
Tabla 3.20: Resultados del área: Resultados de la intervención quirúrgica y de exámenes médicos

	Intranquilidad por desconocer los resultados de la cirugía y de sus exámenes médicos	
	No.	%
En absoluto	0	0%
Un poco	0	0%
Bastante	7	35%
Mucho	13	65%
TOTAL	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: El ítem intranquilidad por desconocer los resultados de la cirugía y los resultados de exámenes médicos reflejan que un 65% de los pacientes dice sentir mucha preocupación al respecto y el 35% indica que siente bastante preocupación.

Gráfico 3.20: Resultados del área: Resultados de la intervención quirúrgica y de exámenes médicos



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.

Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: El encontrarse en la etapa post-operatoria, sin la debida explicación de cuáles fueron los resultados de la intervención quirúrgica genera en los pacientes un alto nivel de preocupación; luego de un proceso pre y post-operatorio los pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo han acumulado grandes cantidades de tensión y mantienen una condición de ansiedad que no pueden manejar por si solos, es entonces que se hace necesaria la aplicación de la terapia racional-explicativa como herramienta idónea de ayuda al paciente.

h. Pruebas o exámenes complementarios

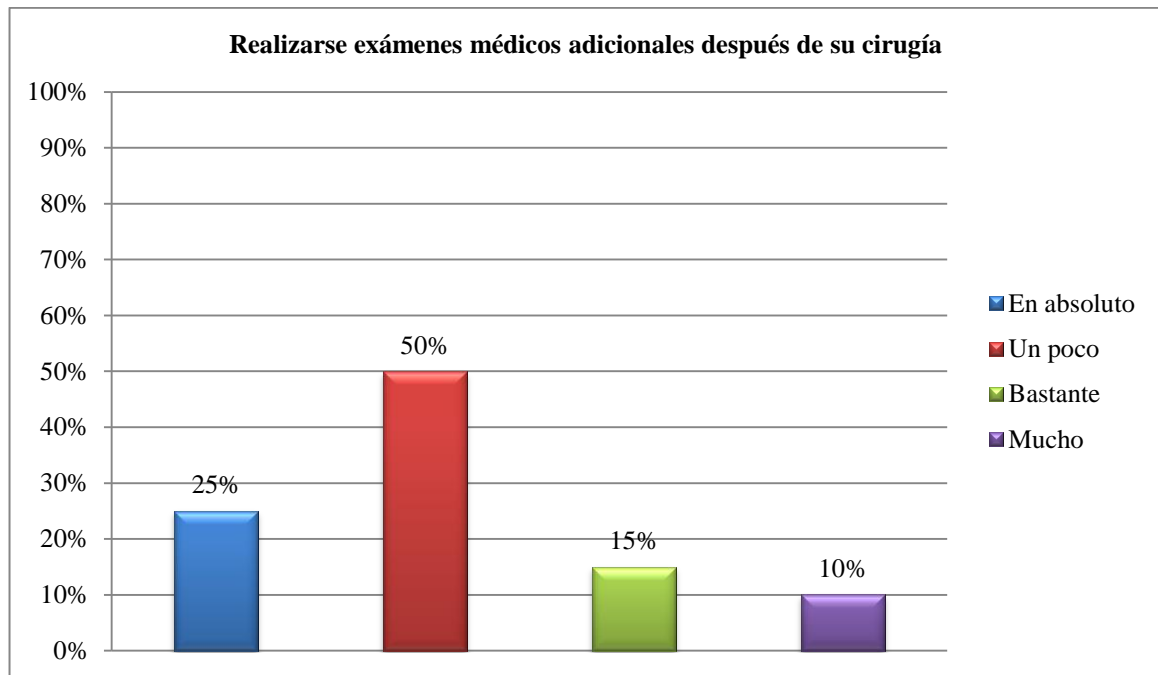
Tabla 3.21: Resultados del área: Pruebas o exámenes complementarios

	Realizarse exámenes médicos adicionales después de su cirugía	
	No.	%
En absoluto	5	25%
Un poco	10	50%
Bastante	3	15%
Mucho	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: Frente a los requerimientos de realizarse exámenes médicos adicionales después de la cirugía, los pacientes consultados, en un 50% respondieron que esto les preocupa un poco, un 25% expresa que no le preocupa en absoluto, mientras que el 15% indica que le preocupa y genera bastante ansiedad y el 10 % contesta que este requerimiento le preocupa mucho.

Gráfico 3.21: Resultados del área: Pruebas o exámenes complementarios



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: Los exámenes médicos solicitados posteriormente a la cirugía también son un factor digno de tomarse en cuenta debido a que despiertan preocupación en los pacientes sometidos a una cirugía, porque provocan muchas dudas e incógnitas que generan estados de ansiedad más elevados. Por lo tanto, se puede evidenciar que cuando los pacientes son sometidos a exámenes post-operatorios, generan en un considerable porcentaje un poco de temor y ansiedad, esto determina que es necesaria la intervención terapéutica, que por medio de la utilización de la técnica de psicoterapia racional-explicativa facilita la comprensión de la enfermedad y todo lo que ella implica.

i. Dolor

Tabla 3.22: Resultados del área: Dolor

	Dolor debido a la cirugía		No obtener alivio de la medicación contra el dolor	
	No.	%	No.	%
En absoluto	0	0%	0	0%
Un poco	4	20%	8	40%
Bastante	11	55%	7	35%
Mucho	5	25%	5	25%
TOTAL	20	100%	20	100%

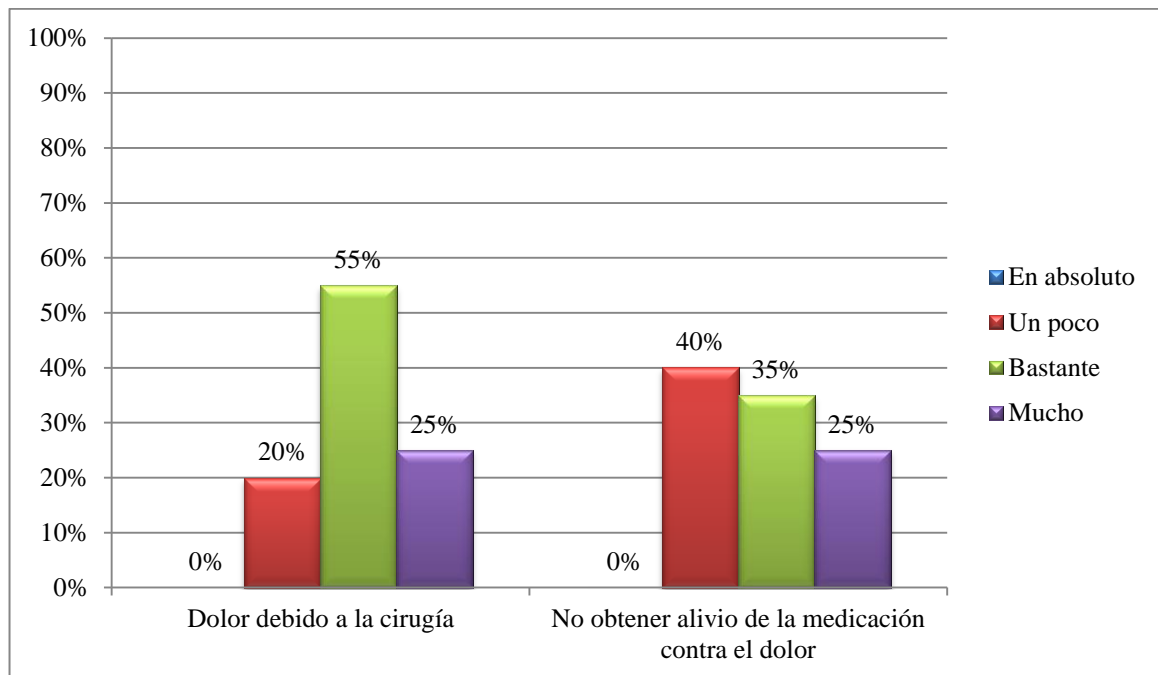
Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: En relación a los resultados del estudio obtenidos frente a la situación de los pacientes consultados sobre el grado de preocupación que le produce el dolor debido a la cirugía y el no obtener alivio a la medicación contra el dolor, se encontró lo siguiente:

En cuanto al primer indicador, dolor debido a la cirugía, el 55% expresa que este aspecto le preocupa bastante, el 25% contesta que le inquieta mucho, mientras que el 20% restante considera que le intranquiliza mucho.

En el segundo indicador, no obtener alivio de la medicación contra el dolor, se encontraron que el 40% responde que le preocupa poco, al 35% bastante y al 25% restante le preocupa mucho.

Gráfico 3.22: Resultados del área: Dolor



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: El dolor que los pacientes sufren tras la cirugía es considerado de forma individual, las personas lo viven basándose en sus propias experiencias, actitudes e inquietudes, partiendo de esta individualidad el dolor se traduce en grandes temores, muchos de los pacientes tienen pocas esperanzas con respecto al alivio del dolor y creen que si se quejan, los médicos y las enfermeras se distraerán de la misión de ayudarles a mejorar; por lo que es importante un entorno más afectivo, que cree una atmósfera de mayor confianza con el personal de salud para que el paciente exprese las necesidades puntuales de su condición, ya que el dolor tiene un componente emocional asociado, y si el personal disminuye la ansiedad que acompaña al dolor, aumenta la posibilidad de que la recuperación sea más rápida.

De igual manera en concordancia con el análisis de los resultados que arroja este reactivo para medir el nivel de preocupación y ansiedad bajo los parámetros planteados, se considera que la psicoterapia y su verdadera esencia no radican en la conversación o proceso comunicacional entre paciente y terapeuta solamente, sino en provocar en ellos un verdadero proceso de cambio y transformación que le brinden un nueva forma de mirar su propia realidad y su mejor afrontamiento y adaptación al tratamiento y sus implicaciones como el dolor postquirúrgico.

j. Post-operatorio

Tabla 3.23: Resultados del área: Post-operatorio

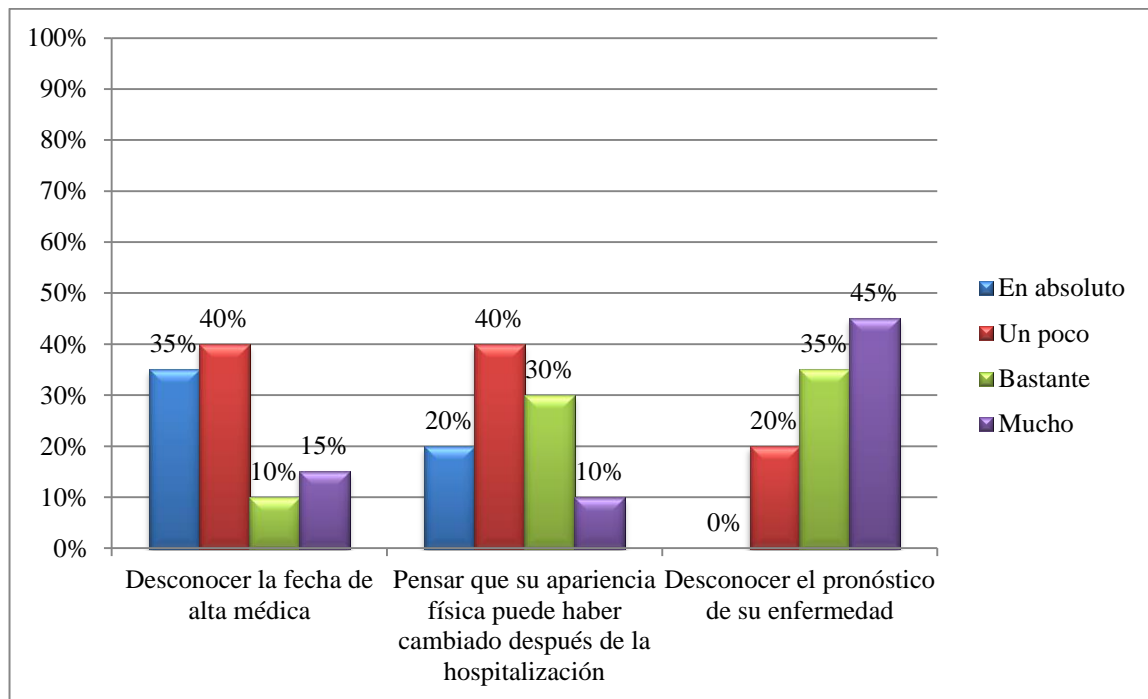
	Desconocer la fecha de alta médica		Pensar que su apariencia física puede haber cambiado después de la hospitalización		Desconocer el pronóstico de su enfermedad	
	No.	%	No.	%	No.	%
En absoluto	7	35%	4	20%	0	0%
Un poco	8	40%	8	40%	4	20%
Bastante	2	10%	6	30%	7	35%
Mucho	3	15%	2	10%	9	45%
TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: Los resultados que se obtienen al consultar sobre el desconocer la fecha de alta médica son los siguientes: Al 40% le inquieta un poco, al 35% en absoluto, al 15% mucho, en tanto que al restante 10% le preocupa bastante.

Pensar que su apariencia física puede haber cambiado después de la hospitalización, preocupa un poco al 40% de los pacientes, al 30% le preocupa bastante, mientras que para el 20% no es causa para elevar su preocupación en absoluto, sin embargo el 10% manifiesta que considera que la posibilidad de que su aspecto físico cambie le preocupa mucho.

Cuando se les inquiera si el desconocer el pronóstico de su enfermedad es causa de preocupación o ansiedad el 45% de los pacientes responden que mucho, el 35% bastante y el 20% un poco.

Gráfico 3.23: Resultados del área: Post-operatorio

Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: El desconocimiento de la fecha de alta médica constituye también un factor desencadenante de ansiedad en los pacientes oncológicos, que a su estado de salud se suman otras preocupaciones como el entorno familiar que abandona cuando realiza su internamiento hospitalario, y aunque el objetivo central del tratamiento es el cuerpo físico, el personal sanitario no puede desatender los aspectos psicosociales del problema de salud y de la estancia hospitalaria, por lo que los pacientes deben estar siempre bien informados y conocer detalles básicos como la planificación de su alta, noticia que reciben siempre con mucho agrado y emoción al saber que se reencontrarán con su familia. Así mismo, el considerar que su apariencia física puede haber cambiado,

ocasiona ansiedad en las personas, por los cambios que en algunos casos son evidentes frente a los demás y a los círculos sociales que frecuenta, por lo que este aspecto puede lastimar severamente su autoestima y entorpecer el proceso de recuperación.

El proceso post-operatorio constituye sin duda otro elemento desencadenante de reacciones emocionales ansiosas en los pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo, una vez que éstos abandonan el hospital y las condiciones de su cuidado cambian en el entorno familiar, donde no siempre es posible que exista una persona que atienda todos sus requerimientos y cuidados, entonces la sensación de abandono y minusvalía que estos pacientes enfrentan hace mucho más difícil su recuperación.

Al analizar la situación que genera más ansiedad en los pacientes se encuentra que el desconocer el pronóstico de su enfermedad es un tema que inquieta sobremanera a un importante grupo de pacientes, siendo la técnica de psicoterapia racional-explicativa, un instrumento valioso que posibilita el acompañamiento emocional y la autorreflexión como mecanismos de intervención que faciliten el proceso de adaptación a la enfermedad.

k. Efectos socio-laborales

Tabla 3.24: Resultados del área: Efectos socio-laborales

	Preocupación por su estabilidad laboral		Posibles egresos económicos		Considerar que su desempeño laboral pueda verse afectado		Pensar que su desenvolvimiento social pueda verse afectado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
En absoluto	7	35%	2	10%	0	0%	8	40%
Un poco	5	25%	4	20%	4	20%	6	30%
Bastante	4	20%	8	40%	10	50%	4	20%
Mucho	4	20%	6	30%	6	30%	2	10%
TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: El aspecto socio-laboral de los pacientes fue otro aspecto estudiado, del cual se desprenden los siguientes resultados:

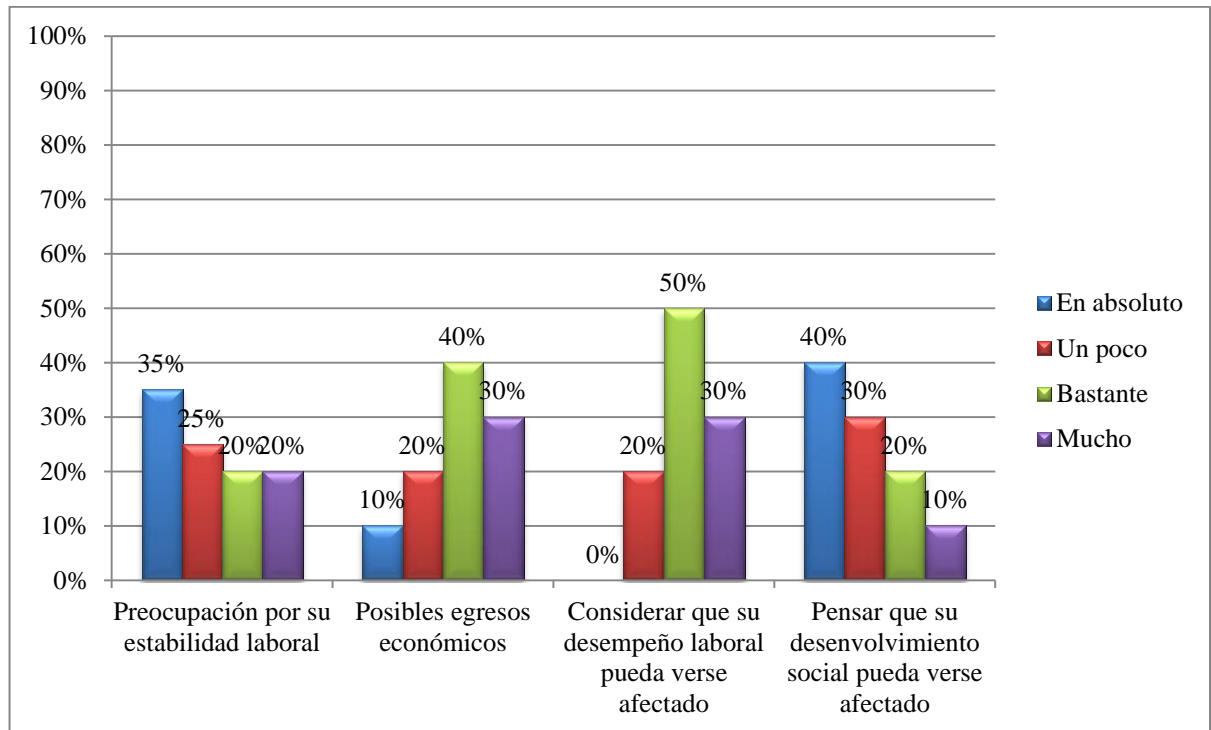
El 35% de los pacientes indica que no le preocupa en absoluto su estabilidad laboral, al 25% un poco, al 20% bastante y al restante 20% mucho.

El nivel de ansiedad del 40% en el aspecto relacionado con posibles egresos económicos, es un factor que le genera bastante preocupación, al 30% le ocasiona mucha preocupación, al 20% le preocupa un poco, sin embargo en este ítem el 10% considera que no le preocupa en absoluto.

Considerar que su desempeño laboral pueda verse afectado de alguna manera es motivo de bastante ansiedad para el 50%, al 30% le genera mucha preocupación, en cambio el 20% expresa que le preocupa en poca medida.

Pensar que su desenvolvimiento social pueda verse afectado, al 40% no le afecta en absoluto, preocupa un poco al 30%, mientras al 20% bastante y al 10% mucho.

Gráfico 3.24: Resultados del área: Efectos socio-laborales



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: Los efectos socio-laborales de los pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo luego de ser sometidos a una cirugía son visibles, tomando en cuenta que las múltiples responsabilidades que deben cumplir en los diferentes ámbitos de su vida los agobia con preocupaciones inherentes a cada uno de ellos, principalmente en lo relacionado a su estabilidad laboral y a la situación económica, especialmente cuando se trata de la única fuente de ingresos y sustento familiar.

De manera concreta, se puede establecer que de los cuatro ítems planteados lo que más preocupa en proporción estadística a los pacientes, son los relacionados con los egresos

económicos que se derivan de su condición de salud y consideran que su desempeño laboral pueda verse afectado. Al considerar estos aspectos relacionados con su bienestar personal, de salud y familiar, así como con los cambios que se pueden relacionar con su desempeño laboral, se evidencia su enfrentamiento a una situación de crisis que puede ser la causa de un mayor deterioro de salud y de una gran carga de preocupación adicional que conlleve a estados de ansiedad, que deben ser abordados adecuadamente.

I. Familia

Tabla 3.25: Resultados del área: Familia

	Inquietud por estar separado de sus familiares		Dependencia familiar		Preocupación por su estado emocional y el de su familia debido a la enfermedad		Preocupación por las personas que atiende habitualmente y la organización familiar	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
En absoluto	1	5%	4	20%	0	0%	0	0%
Un poco	3	15%	12	60%	10	50%	6	30%
Bastante	7	35%	2	10%	5	25%	5	25%
Mucho	9	45%	2	10%	5	25%	9	45%
TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

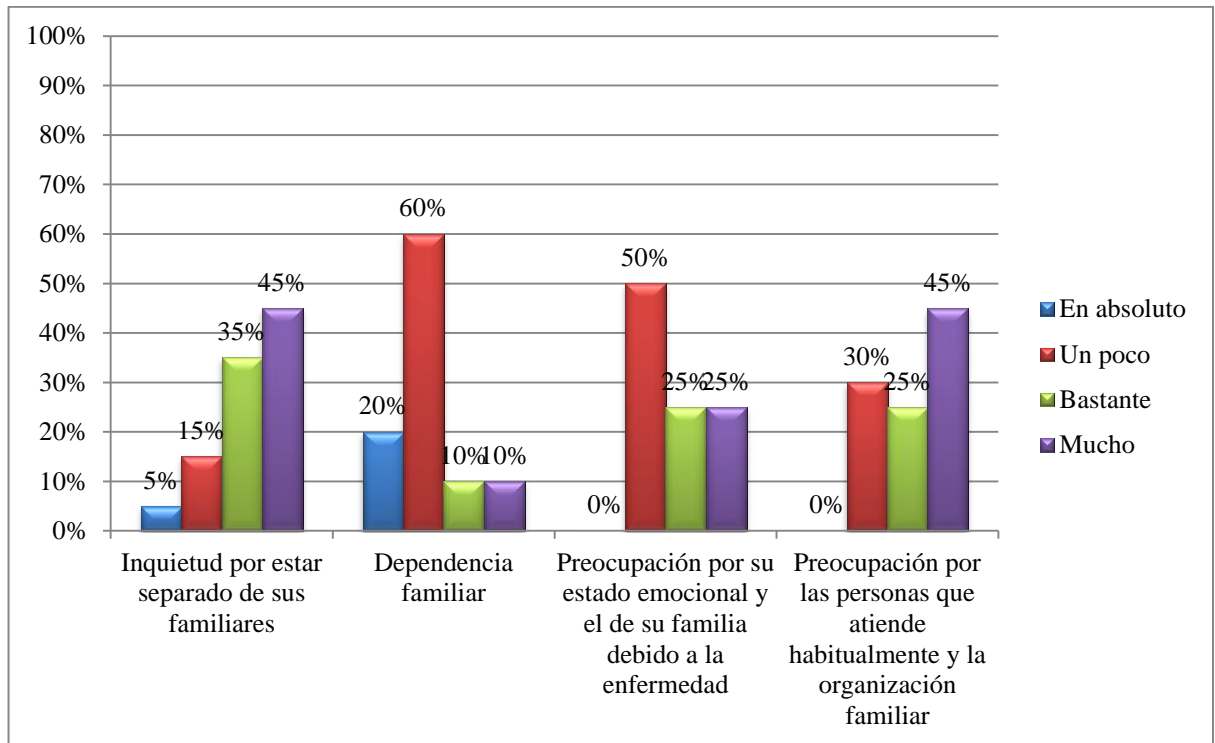
Análisis: Ante la interrogante planteada sobre la inquietud por estar separado de su familia, se encontró que al 45% de los pacientes le genera mucha ansiedad, al 35% le preocupa bastante, al 15% un poco y finalmente al 5% restante no le preocupa en absoluto.

La dependencia familiar es otro aspecto consultado en el que se encuentra que al 60% le preocupa un poco, al 20% no le inquieta en absoluto, en tanto que al 10% le preocupa bastante y al restante 10% mucho.

La preocupación sobre su estado emocional y el de su familia debido a su enfermedad preocupa un poco al 50%, en cambio al 25% un poco y al otro 25% mucho.

La preocupación por las personas que atiende habitualmente y la organización familiar preocupa mucho al 45% de pacientes, al 30% en poca medida, y finalmente al 25% restante le preocupa bastante.

Gráfico 3.25: Resultados del área: Familia



Fuente: Aplicación de la Escala Ad-Hoc de acontecimientos ansiógenos al grupo experimental.
Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: El aspecto familiar para el paciente con cáncer tiroideo, es sin duda uno de los factores que más le preocupa, ya que la enfermedad que condiciona la vida es uno de los retos más difíciles de sobrellevar para el que la padece y también para sus familiares, cuando se suscita la separación del entorno familiar debido al tratamiento y estancia hospitalaria, la preocupación por la organización de su hogar y la inquietud por el estado emocional de los miembros de la familia implican un desafío para el paciente.

De la misma manera, en la etapa de dependencia, el paciente debe aceptar la atención de su familia y asume un papel dependiente que implica confiar en la amabilidad y energía de los demás, quedando éste en una actitud pasiva en espera de su recuperación, aspecto que en ocasiones genera sentimientos ambivalentes de agradecimiento por la ayuda y resentimiento por las limitaciones; por lo que en este tipo de situaciones es necesario aplicar las habilidades y competencias emocionales que se dispongan para ser de ayuda en este proceso y mejorar la aceptación de la pérdida de la salud y de la disminución de la autonomía personal para que así el paciente aprenda a efectuar cambios adaptativos en su manera de vivir y en su entorno familiar.

3.1.10 Resultados del Instrumento de evaluación de signos de ansiedad aplicada al grupo experimental

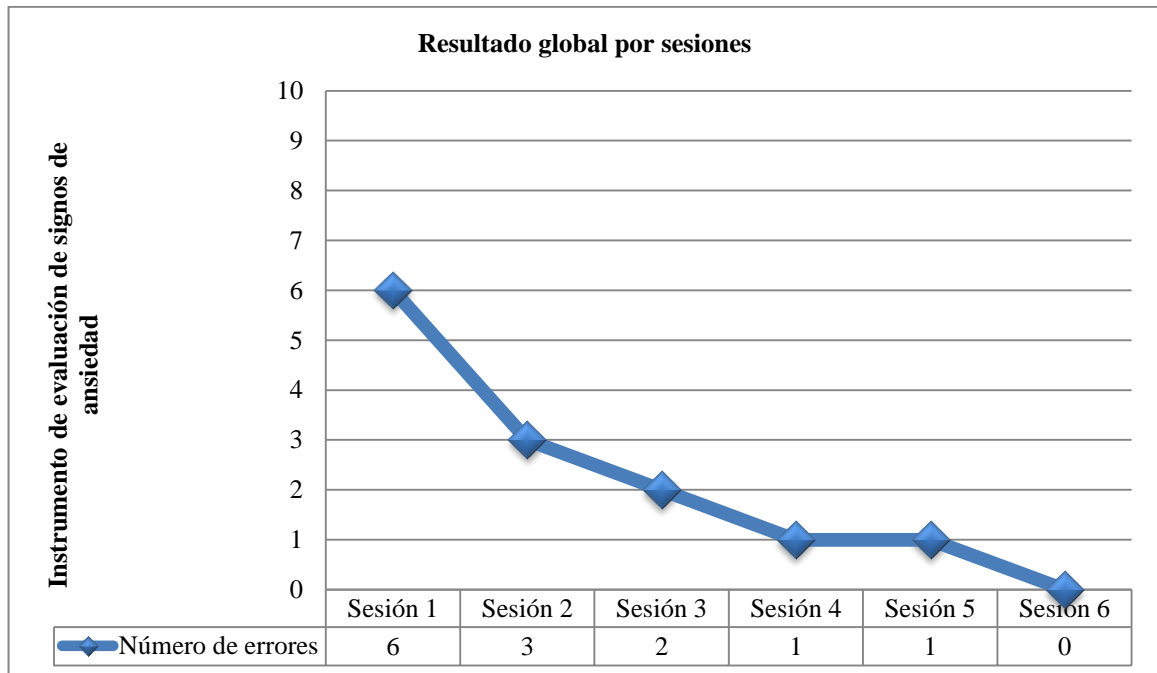
Tabla 3.26: Resultado global por sesiones del instrumento de evaluación de signos de ansiedad

Instrumento de evaluación de signos de ansiedad						
No. de sesión	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
No. de errores	6	3	2	1	1	0

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: De acuerdo a los datos presentados es posible evidenciar que tras evaluar con el instrumento de signos de ansiedad en la primera sesión terapéutica se aprecia un número de 6 errores, tanto que en la segunda sesión desciende a 3 errores, en la tercera sesión se presentan 2 errores, mientras que en la cuarta y quinta 1 error respectivamente y finalmente en la sexta sesión no hay registro de errores.

Gráfico 3.26: Resultado global por sesiones del instrumento de evaluación de signos de ansiedad



Fuente: Aplicación del Instrumento de evaluación de signos de ansiedad al grupo experimental.

Elaborado por: Mejía, Andrea.

Interpretación: La gráfica permite visualizar un descenso importante en el número de errores cometidos por los pacientes durante la aplicación del instrumento de evaluación de signos de ansiedad, la consigna que se utilizó para esta medición consistió en que a mayor número de errores, mayor presencia de signos de ansiedad, por lo tanto la disminución paulatina de errores durante el proceso de psicoterapia muestra un descenso notable en los signos de ansiedad de los pacientes, con lo que se ratifica la eficacia de la intervención psicológica.

3.1.11 Resultados de la ficha de observación T-R con que se valoró al grupo experimental

Tabla 3.27: Resultado global por sesiones de la ficha de observación T-R

Resultado global por sesiones												
Signos de ansiedad	SESIÓN 1		SESIÓN 2		SESIÓN 3		SESIÓN 4		SESIÓN 5		SESIÓN 6	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tenso	6	30%	4	20%	5	25%	3	15%	3	15%	1	5%
Irritable	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%
Agitación nerviosa	0	0%	3	15%	2	10%	2	10%	1	5%	0	0%
Inquietud	0	0%	1	5%	2	10%	1	5%	2	10%	2	10%
Gestos de incertidumbre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	1	5%
Suspiros	0	0%	0	0%	1	5%	2	10%	2	10%	6	30%
Palidez facial	0	0%	0	0%	0	0%	2	10%	3	15%	4	20%
Tragar saliva	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	1	5%	2	10%
Reacciones con sobresalto	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%
Tendencia al llanto fácil	8	40%	8	40%	6	30%	5	25%	4	20%	3	15%
Dificultad para concentrarse	6	30%	4	20%	3	15%	3	15%	2	10%	1	5%
Sensación de ahogo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Sudoración	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%
TOTAL	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: Según el resultado del registro de ansiedad con el que se valoró los signos de ansiedad presentados por los pacientes del grupo experimental después de las sesiones, se evidencia que durante la primera sesión la tendencia al llanto fácil prevalece sobre los demás signos de ansiedad con un 40%, seguido por la tensión y la dificultad para concentrarse con un 30% respectivamente.

Durante la segunda sesión, se presenta la tendencia al llanto fácil en un 40% de los pacientes, la tensión en un 20%, al igual que la dificultad para concentrarse, la agitación nerviosa en un 15% y un 5% de los pacientes valorados denotaron inquietud como signo de ansiedad.

En la tercera sesión, el 30% tendía al llanto fácil, el 25% se mostró tenso, la dificultad para concentrarse se mostró como signo ansioso también en un 15% de los pacientes, la agitación nerviosa se presentó en un 10%, la inquietud en un 10% y por último la irritabilidad y los suspiros en un 5% respectivamente.

En la cuarta sesión se evidenció la tendencia al llanto fácil en un 25%, la tensión en un 15%, seguido de dificultad para concentrarse con el mismo porcentaje, agitación nerviosa en un 10%, también suspiros y palidez facial en un 10%, y finalmente la inquietud, el tragar saliva constantemente, y las reacciones con sobresalto se presentaron como signos de ansiedad en un 5% respectivamente.

La quinta sesión y su valoración pertinente revelan que la tendencia al llanto fácil se presentó en un 20% de los pacientes, la tensión y la palidez facial se presentaron en un 15% cada uno, los signos manifestados por inquietud, suspiros y dificultad para concentrarse en un 10% cada uno y la sudoración, la agitación nerviosa, el tragar saliva y los gestos de incertidumbre en un 5% respectivamente.

En la sexta y última sesión, se reflejó la presencia de suspiros en un 30%, palidez facial en un 20%, tendencia al llanto fácil en un 15%, inquietud en un 10%, tragar saliva en un 10%, y finalmente en un 5% de los pacientes se presentó tensión, al igual que dificultad de concentración y gestos de incertidumbre.

Interpretación: De acuerdo a estos resultados, se evidencia que los signos de ansiedad de mayor incidencia experimentados por los pacientes fueron la tensión, la tendencia al llanto fácil y la dificultad de concentración; los signos de ansiedad tanto físicos, como psicológicos y conductuales se presentaron en los pacientes como una señal de advertencia ante la amenaza que representa para la vida el recibir el diagnóstico de una enfermedad oncológica y todo lo que ella implica, sin embargo estos signos se fueron disipando y disminuyendo en intensidad conforme el avance de las sesiones terapéuticas, mejorando la condición emocional del paciente, su bienestar y funcionalidad, lo cual también constituye un indicador de la eficacia del abordaje.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Comprobación de Hipótesis

4.1.1 Prueba t-student

Para validar los resultados obtenidos, se utilizó la prueba t-student para muestras relacionadas, procedimiento con el cual se realizó la comprobación estadística de la hipótesis planteada. La ejecución de la prueba se presenta a continuación en las Tablas 4.1, 4.2 y 4.3 respectivamente:

Tabla 4.1: Estadísticos descriptivos del procedimiento prueba t-student

		Paired Samples Statistics			
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	A-Estado	69,55	20	20,276	4,534
	A-Estado	25,50	20	10,190	2,279
Pair 2	A-Rasgo	48,00	20	21,909	4,899
	A-Rasgo	19,15	20	12,462	2,787
Pair 3	Resolución de Problemas	44,50	20	21,269	4,756
	Resolución de Problemas	69,00	20	16,749	3,745
Pair 4	Autocrítica-Autoaceptación	78,90	20	10,872	2,431
	Autocrítica-Autoaceptación	87,95	20	9,757	2,182
Pair 5	Expresión emocional	55,50	20	15,466	3,458
	Expresión emocional	79,00	20	11,765	2,631
Pair 6	Pensamiento desiderativo- Congruencia con la realidad	33,40	20	16,420	3,672
	Pensamiento desiderativo- Congruencia con la realidad	53,50	20	20,007	4,474
	Apoyo social	51,80	20	26,755	5,983
Pair 7	Apoyo social	67,15	20	22,172	4,958
	Reestructuración cognitiva	39,25	20	21,230	4,747
Pair 8	Reestructuración cognitiva	80,00	20	14,205	3,176
	Evitación de problemas- Afrontamiento de problemas	58,50	20	18,925	4,232
Pair 9	Evitación de problemas- Afrontamiento de problemas	82,45	20	13,044	2,917
	Retirada social- Acercamiento social	76,50	20	16,841	3,766
Pair 10	Retirada social- Acercamiento social	89,40	20	7,394	1,653

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Se puede observar que la tabla recoge para cada una de las variables, la media, el número de casos atendidos, la desviación típica y el error típico de la media. En base a

estos valores, se presentan la tabla 4.2 que ofrece los coeficientes de correlación entre ambas variables y la tabla 4.3 que contiene la prueba estadística propiamente dicha:

Tabla 4.2: Correlaciones de muestras relacionadas

		Paired Samples Correlations		
		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Ansiedad-Estado & Ansiedad-Estado	20	,654	,002
Pair 2	Ansiedad-Rasgo & Ansiedad-Rasgo	20	,886	,000
Pair 3	Resolución de Problemas & Resolución de Problemas	20	,907	,000
Pair 4	Autocrítica-Autoaceptación & Autocrítica-Autoaceptación	20	,845	,000
Pair 5	Expresión emocional & Expresión emocional	20	,762	,000
Pair 6	Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad & Pensamiento desiderativo-Congruencia con la realidad	20	,924	,000
Pair 7	Apoyo social & Apoyo social	20	,962	,000
Pair 8	Reestructuración cognitiva & Reestructuración cognitive	20	,850	,000
Pair 9	Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas & Evitación de problemas-Afrontamiento de problemas	20	,639	,002
Pair 10	Retirada social-Acercamiento social & Retirada social-Acercamiento social	20	,708	,000

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

Análisis: Los coeficientes de correlación de Pearson que se pueden apreciar en la tabla, permiten determinar una correlación significativa entre las variables de las muestras relacionadas que constituyen los resultados de las escalas tanto del IDARE como del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, aplicados antes y después de la intervención psicoterapéutica, debido a que todos los valores de p o significación estadística que se registran son menores que alpha ($\text{sig.} = 0,000 < \alpha = 0,05$) y ($\text{sig.} = 0,002 < \alpha = 0,05$), por lo que se acepta la correlación entre variables.

Tabla 4.3: Tabla resumen del procedimiento prueba t para muestras relacionadas

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	A-Estado - A-Estado	44,050	15,649	3,499	36,726	51,374	12,588	19	,000
Pair 2	A-Rasgo - A-Rasgo	28,850	12,309	2,752	23,089	34,611	10,482	19	,000
Pair 3	Resolución de Problemas - Resolución de Problemas	-24,500	9,305	2,081	-28,855	-20,145	-11,775	19	,000
Pair 4	Autocrítica-Autoaceptación - Autocrítica-Autoaceptación	-9,050	5,844	1,307	-11,785	-6,315	-6,925	19	,000
Pair 5	Expresión emocional - Expresión emocional	-23,500	10,013	2,239	-28,186	-18,814	-10,496	19	,000
Pair 6	Pensamiento desiderativo- Congruencia con la realidad - Pensamiento desiderativo- Congruencia con la realidad	-20,100	7,927	1,772	-23,810	-16,390	-11,340	19	,000
Pair 7	Apoyo social - Apoyo social	-15,350	8,126	1,817	-19,153	-11,547	-8,448	19	,000
Pair 8	Reestructuración cognitiva - Reestructuración cognitive Evitación de problemas-	-40,750	11,827	2,645	-46,285	-35,215	-15,409	19	,000
Pair 9	Afrontamiento de problemas - Evitación de problemas- Afrontamiento de problemas Retirada social-	-23,950	14,584	3,261	-30,775	-17,125	-7,344	19	,000
Pair 10	Acercamiento social - Retirada social- Acercamiento social	-12,900	12,728	2,846	-18,857	-6,943	-4,533	19	,000

Fuente: Investigación
Elaborado por: Mejía, Andrea

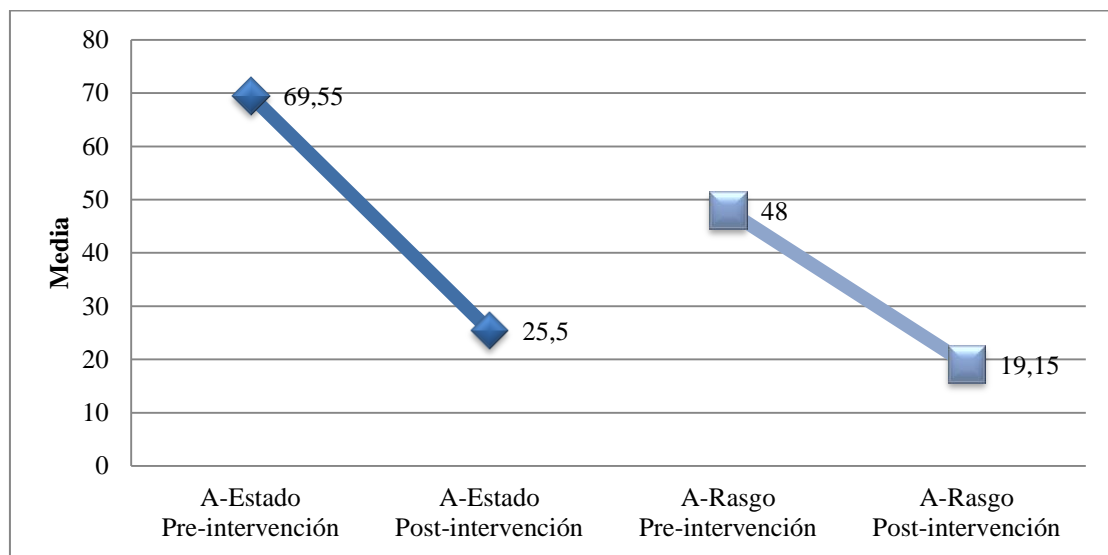
Análisis: De acuerdo a la tabla, se puede observar que en cuanto a la variable de Ansiedad-Estado, la diferencia entre las medias es de 44,050 siendo el límite aceptable

el comprendido entre los valores 36,726 y 51,374, pudiéndose apreciar que la diferencia se encuentra dentro de ese intervalo, por tanto se asume que las medias son diferentes. El valor de t es de 12,588, con 19 grados de libertad y el valor de p o nivel crítico es de 0,000 valor mucho menor a 0,05, lo que significa que se puede estimar con una confianza del 95% que el nivel de ansiedad es diferente entre la pre y la post intervención. En cuanto a la efectividad de la aplicación de la intervención psicoterapéutica para disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes del grupo experimental, se corrobora que hubo un descenso significativo en el nivel de ansiedad-estado ($t(19) = 12,588, p < 0.05$) entre las mediciones efectuadas antes ($\bar{X} = 69,55$) y después ($\bar{X} = 25,50$) de la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa. (Véase Gráfico 4.1).

De la misma manera para la variable de ansiedad-rasgo, la diferencia entre las medias es de 28,850, encontrándose dentro de los valores de 23,089 y 34,611 que constituyen la zona de aceptación, con lo que se puede evidenciar que las medias son diferentes.

El valor de t es de 10,482 con 19 grados de libertad y un nivel crítico igual a 0,000, valor mucho menor a 0,05, pudiéndose afirmar con una confianza del 95% que el nivel de ansiedad es diferente entre la pre y la post intervención. A su vez, la efectividad de la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa para disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes del grupo experimental, está representada por un descenso significativo en el nivel de ansiedad-rasgo ($t(19) = 10,482, p < 0.05$) entre las mediciones efectuadas antes ($\bar{X} = 48,00$) y después ($\bar{X} = 19,15$) de la intervención. (Véase gráfico 4.1).

Gráfico 4.1: Comparación del nivel de ansiedad entre las mediciones pre y post intervención



(t (19)= 12,588, p < 0.05) (t (19)= 10,482, p < 0.05)

Fuente: Prueba t-student
Elaborado por: Mejía, Andrea.

En cuanto a las variables correspondientes al Inventario de Estrategias de Afrontamiento, es posible apreciar en la tabla 4.3, que la diferencia entre las medias de todas sus escalas se encuentran dentro de la zona de aceptación, por lo tanto se confirma que las medias son diferentes. De la misma manera, el estadístico de contraste t y su nivel crítico para cada una de las variables tiene un valor de 0,000, mismo que se encuentra por debajo de 0,05, con lo que es posible indicar con un intervalo de confianza del 95% que el uso de estrategias de afrontamiento es diferente entre la pre y la post intervención, apreciándose un notable incremento en la modificación de estrategias cognitivas, conductuales y emocionales de afrontamiento más adaptativas que favorecen el ajuste a la realidad y la aceptación de la enfermedad de los pacientes que conformaron

el grupo experimental, notándose una variación mayormente significativa en las áreas de reestructuración cognitiva, resolución de problemas, evitación de problemas frente a afrontamiento de problemas, expresión emocional y pensamiento desiderativo frente a congruencia con la realidad.

Por lo anteriormente expuesto, y al haber obtenido resultados notablemente satisfactorios, se está en capacidad de confirmar la hipótesis planteada al inicio de la investigación: “La aplicación de la psicoterapia racional - explicativa, disminuye los niveles de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia”; lo que significa que la efectividad de la intervención terapéutica queda demostrada.

4.2 Discusión y análisis de resultados de los reactivos aplicados

4.2.1 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de este reactivo indican un importante descenso en el nivel de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo de los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia del grupo experimental, en tanto que en los pacientes del grupo de control, se evidencia una

disminución de sus niveles de ansiedad poco significativa, esto debido a las características de la intervención realizada con este grupo, con lo que es posible corroborar la eficacia de la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa destinada a la disminución de ansiedad de los pacientes, ya que los niveles de ansiedad registrados después de la intervención reflejaron un notable descenso en comparación con los valores presentados antes de la intervención terapéutica.

4.2.2 Inventario de Estrategias de Afrontamiento

La intervención terapéutica realizada logró modificar positivamente las estrategias de afrontamiento frente a la adversidad utilizadas por los pacientes, reflejándose cambios a nivel cognitivo y socio-emocional que coadyuvaron al mejor manejo de la situación de crisis que implica un diagnóstico de malignidad tiroidea, con lo que se ratifica que la psicoterapia racional-explicativa aplicada, a más de disminuir los niveles de ansiedad presentados, contribuyó a mejorar la situación de los pacientes y su afrontamiento y adaptación a la enfermedad. Por otra parte, mediante el análisis de los resultados de las pruebas aplicadas al grupo de control, es posible determinar que este grupo mostró una modificación muy leve, poco significativa en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas, en concordancia con el abordaje que se realizó; pudiéndose establecer la eficacia de la intervención psicológica en el grupo experimental.

4.2.3 Escalas Ad-Hoc

La escala ad-hoc de información de conocimiento del paciente respecto a la enfermedad permitió evidenciar que la mayoría de pacientes desconocen o conocen muy poco acerca de todos los aspectos que involucra el padecer una enfermedad oncológica y su tratamiento, de la misma manera la escala ad-hoc de acontecimientos ansiógenos facilitó la comprensión de los causales que generan ansiedad en la población de pacientes estudiados, siendo la cirugía a la que se deben someter, la expectativa por sus resultados, el dolor postoperatorio, su desempeño socio- laboral y relación familiar los aspectos que más ocasionan reacciones emocionales ansiosas.

Corroborando toda la información obtenida a lo largo de la investigación realizada en el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua, es posible confirmar los resultados altamente positivos mediante la intervención psicológica a través de la psicoterapia racional-explicativa y el adecuado manejo de los instrumentos utilizados, que una vez analizados y confrontados, tomando en cuenta además el cumplimiento de los objetivos propuestos y la señalada comprobación de la hipótesis planteada, es posible aseverar que la investigación es válida, de manera que los beneficios fueron observables y cuantificables en pro de la salud mental de los pacientes, así como de la institución que fue beneficiada directamente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- La aplicación de la psicoterapia racional-explicativa, constituye un procedimiento de intervención efectivo para disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos con diagnóstico de cáncer tiroideo de edad adulta intermedia, ya que permitió mejorar su bienestar personal y social por medio de la proporción de información acerca de la etiología de su enfermedad, así como de su tratamiento y sus implicaciones, del uso de técnicas de comunicación como son el esclarecimiento, la interpretación y el consejo directo, así como de la modificación de patrones cognitivos disfuncionales, de actitudes y hábitos, en sentido positivo, y mejorando el cumplimiento médico terapéutico.
- El desconocimiento o el conocimiento insuficiente o equívoco de los pacientes en cuanto al cáncer tiroideo y el tratamiento que deben seguir, es una de las causas principales para la aparición de las diferentes manifestaciones de ansiedad, lo que determina que el paciente tome una actitud negativa de pesimismo e inseguridad frente al tratamiento quirúrgico.

- La información que los pacientes reciben por parte del personal sanitario, es insuficiente para comprender adecuadamente la enfermedad y el tratamiento quirúrgico al cual van a ser sometidos, siendo los aspectos de mayor influencia la forma ambigua con la que se informa al paciente, los términos técnicos utilizados, el tiempo limitado que los galenos disponen debido al exceso de pacientes y el estado emocional que experimentan los pacientes al recibir la información.
- La planificación diseñada a través de las matrices operativas de intervención, constituyó una herramienta de utilidad práctica que sirvió como una guía fundamental para el desarrollo estructurado de las actividades programadas para cada una de las sesiones terapéuticas; de la misma manera los reactivos psicológicos empleados, permitieron una medición objetiva de la ansiedad presentada en los pacientes, así como de las estrategias de afrontamiento frente a la crisis que representa la enfermedad.
- Los niveles de ansiedad-estado presentados por los pacientes del grupo experimental, de acuerdo a la evaluación pre-intervención con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, refieren un rango percentil de 85 (nivel de ansiedad alto), valor que disminuye a 29 en la post-intervención (nivel de ansiedad bajo). Los resultados de la medición de la ansiedad-rasgo indicaron un rango percentil de 50 en la pre-intervención (nivel de ansiedad medio), valor que decrece en la post-intervención, presentándose un rango percentil de 23 (nivel de ansiedad bajo); el descenso en los niveles de ansiedad de los pacientes tiene una directa relación con la aplicación de la técnica que facilitó el conocimiento que adquirieron acerca de su diagnóstico y tratamiento, la

modificación de ideas erróneas frente a la enfermedad y un afrontamiento de la adversidad más adaptativo y ajustado a la realidad como un aspecto relevante del funcionamiento personal, logrando que enfrenten su enfermedad con mayor seguridad, optimismo, colaboración y adherencia al tratamiento quirúrgico.

- Los pacientes pertenecientes al grupo de control según los resultados de pre-intervención obtenidos, muestran para la ansiedad-estado un rango percentil de 58 (nivel de ansiedad medio), mismo que en la post-intervención se redujo a 43 (nivel de ansiedad medio). La escala de ansiedad-rasgo indica en la pre-intervención un rango percentil de 57 (nivel de ansiedad medio), que varió en la post-intervención a 50 (nivel de ansiedad medio), mostrándose una disminución muy leve en los niveles de ansiedad, lo cual guarda relación con el tipo de abordaje que recibieron.
- Los factores generadores de más ansiedad en los pacientes con respecto a la enfermedad fueron el recibir información insuficiente por parte del personal sanitario acerca del cáncer tiroideo y de los procedimientos médico-terapéuticos de intervención, el conocer la noticia de que debían operarse y durante el periodo post-operatorio el desconocer los resultados de la cirugía y el pronóstico de la patología; en cuanto a los efectos socio-laborales de la enfermedad, el considerar que su desempeño laboral pueda verse afectado y como consecuencia los posibles egresos económicos, y finalmente el tener que estar separados de su familiares durante el ingreso hospitalario y proceso de tratamiento, y la preocupación inherente a la organización y dinámica familiar.

- La aplicación de la psicoterapia racional-explicativa y el uso de material impreso como el tríptico: Cáncer de tiroides, láminas gráficas y fotografías utilizadas durante el desarrollo de las sesiones, ayudaron a los pacientes a conocer y comprender de mejor manera su enfermedad y tratamiento, constatándose que los pacientes informados adecuadamente colaboran mejor en el tratamiento y también consiguen una mejor adaptación a su realidad.
- Los pacientes comprendieron la información recibida acerca de la enfermedad oncológica tiroidea, lo que indica que la psicoterapia racional-explicativa, contribuyó al proceso médico terapéutico en general, destacándose como aspectos positivos el respetar el derecho del paciente a ser informado y conocer personalmente su realidad, diagnóstico y pronóstico, y sustituir los pensamientos disfuncionales con respecto a la enfermedad por interpretaciones más realistas y lógicas que permitieron un mejor afrontamiento de la situación.
- El abordaje realizado mediante charlas psico-educativas al grupo de control obtuvo resultados poco significativos, en contraste con la aplicación de la psicoterapia racional-explicativa que obtuvo resultados altamente satisfactorios, con lo que se determina que un abordaje individual, que a más de implicar un proceso educativo, pretenda una modificación positiva a nivel cognitivo y emocional y en el que se acompañe emocionalmente al paciente como eje transversal de la intervención, resulta eficaz, confirmándose que el trabajo mediante este tipo de intervención es idóneo en el campo de la salud y la oncología.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda la creación de un departamento de Psicología en el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. SOLCA Tungurahua, que proporcione una atención permanente a los pacientes, que por su misma condición de salud, el impacto emocional de recibir un diagnóstico oncológico y el desgaste tanto físico como psíquico que implica el curso de la enfermedad y su tratamiento, necesitan el apoyo de un equipo multidisciplinario, que incluya el servicio profesional de psicólogos clínicos, que ofrezcan la asistencia que requieren los pacientes. Es importante que la institución no sólo ofrezca atención médica sino que se le dé la importancia debida al área de la salud mental, por esta razón, se incluye en la sección de Anexos la proyección de una propuesta de creación de este departamento con los lineamientos más importantes que debe contener y que constituyen la base para una posterior implementación. (Véase Anexos: 12, 13, 14 y 15).
- Es importante que la atención psicológica que se brinde a los pacientes oncológicos sea oportuna y se ejecute adecuadamente, desde su diagnóstico y en el inicio del tratamiento, ya que este factor incide directamente en la adaptación, la aceptación de la enfermedad y la disminución de las reacciones emocionales desfavorables para la funcionalidad del sujeto como la ansiedad y temores específicos referidos al cáncer.

- Es necesario que los médicos informen apropiadamente a sus pacientes acerca de la enfermedad que padecen, el tratamiento que deberán seguir y su pronóstico, y comuniquen la noticia de su diagnóstico de malignidad de una manera adecuada, otorgándoles el tiempo necesario para la explicación del mismo, utilizando terminología que sea de fácil comprensión para el paciente, eliminando prejuicios frente a la enfermedad y generando un entorno de confianza que posibilite la expresión de dudas e inquietudes por parte del paciente.
- Se sugiere crear dentro de la institución hospitalaria programas de prevención y promoción de la salud permanentes, que permitan la difusión de información acerca del cáncer dirigidos a todos los usuarios a fin de que la población conozca más a fondo esta enfermedad y acuda en busca de atención especializada como parte de una cultura de prevención y detección precoz de la enfermedad.
- Al ser la ansiedad una reacción emocional muy común en los pacientes prequirúrgicos con diagnóstico oncológico, se recomienda que el personal sanitario de la institución, prepare al paciente frente a la cirugía mediante la proporción adecuada de información y el establecimiento de una relación empática que le permita al paciente comunicarse adecuadamente, de esta manera, el paciente puede sentirse más tranquilo, y se puede evitar que afronte la cirugía en un estado emocional de ansiedad muy elevada, que puede tener consecuencias negativas en la recuperación postquirúrgica, como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el paciente como para la institución.

- Se recomienda que se continúen realizando investigaciones en el campo hospitalario, pues constituye un área de trabajo en la que muchos pacientes requieren apoyo psicológico, más aún cuando se trata de pacientes con diagnósticos que implican un riesgo vital y que deben ser sometidos a un tratamiento quirúrgico, de la misma manera es recomendable que se sigan realizando estudios mediante la intervención con psicoterapia racional-explicativa, la misma que demostró tener buenos resultados con este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- American Cancer Society. (23 de Abril de 2013). *Cáncer de tiroides*. Obtenido de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdetiroides/>
- American Thyroid Association. (14 de Mayo de 2013). *Cáncer de tiroides*. Obtenido de <http://www.thyroid.org/cancer-de-tiroides/>
- Balarezo, L. (2003). *Psicoterapia* (Segunda ed.). Quito: Centro de Publicaciones Universidad Católica del Ecuador.
- Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral* (Segunda ed.). México: International Thomson Editores, S.A.
- Borda, M., Pérez, M., & Blanco, F. (3 de Septiembre de 2012). *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. Obtenido de http://books.google.com.ec/books?id=_WruujmMkQwC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Bulacio, J. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica: Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Cano, F., Rodríguez, L., & García, J. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Carlosama, A., & Jácome, D. (2003). *Terapia explicativa y relajación muscular como procedimientos para disminuir la ansiedad en pacientes oncológicos que van a ser sometidos a radioterapia en el Hospital de SOLCA-Quito*. (Tesis de grado no publicada). Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas* (Tercera ed.). Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Casanueva, F., & Vázquez, J. (1995). *Endocrinología clínica*. Madrid: Ediciones Días de Santos.

- Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual. (15 de Noviembre de 2012). *Aaron T. Beck y La Terapia Cognitiva (TC)*. Obtenido de <http://www.catrec.org/>
- Cevallos, E. (2006). *Fundamentos de oncología*. Quito: Mauricio Mena Ediciones.
- De la Torre, I., Cobo, M., Mateo, T., & Vicente, L. (2008). *Cuidados enfermeros al paciente oncológico*. España : Vértice Ediciones.
- Dobson, K., & Franche, R. (2008). La práctica de la terapia cognitiva. En V. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 493-526). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Domenech, A., Notta, P., Benítez, A., Ramal, D., Rodríguez-Bel, L., Massuet, C., & Martín-Comín, J. (2010). Valoración del estado de ansiedad de los pacientes que reciben un tratamiento con radioyodo o son sometidos a una exploración de ganglio centinela en el servicio de Medicina Nuclear. *Revista Española de Medicina Nuclear*, 29(2), 63-72. Obtenido de <http://www.elsevier.es/>
- Escamilla, M. (10 de Marzo de 2013). *El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación*. Obtenido de <http://www.traumatreatments.com/pdf/EI%20estres%20preoperatorio.pdf>
- Gallar, M. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* (Cuarta ed.). España: Thomson.
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H., & Uribe, M. (9 de Junio de 2013). *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Obtenido de http://books.google.com.ec/books?id=LSKfF9f7xF4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Hernández, N., & Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. México: Amertown International S.A.
- Herrera, P., Acurio, M., & Cevallos, E. (2006). Cáncer de tiroides. En E. Cevallos, *Fundamentos de oncología* (págs. 127-140). Quito: Mauricio Mena Ediciones.
- Hospital "Dr. Julio Enrique Paredes C.". (18 de Abril de 2012). *Salud y bienestar después del tratamiento oncológico*. Obtenido de <http://solcatungurahua.org/>

- Kleinke, C. (2002). *Principios comunes en psicoterapia* (Cuarta ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Lega, L. (2008). La terapia racional-emotiva: Una conversación con Albert Ellis. En V. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 475-492). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Luengo, D. (11 de Marzo de 2013). *Vencer la ansiedad*. Obtenido de http://books.google.com.ec/books?id=LSKfF9f7xF4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Mamani, A. (2008). *Funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de maestría). Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos.
- Marqués, F., Sáez, S., & Guayta, R. (2004). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*. Barcelona: UOC Editorial.
- Medina, A., & Moreno, M. (1996). La relación psicoterápica y sus supuestos. En P. Ridruejo, A. Medina, & J. Rubio, *Psicología médica* (págs. 565-569). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Medina, A., Moreno, M., & Lillo, R. (1996). Los modelos psicoterápicos de índole conductual y cognitiva. En P. Ridruejo, A. Medina, & J. Rubio, *Psicología médica* (págs. 575-587). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- Moreno-Jiménez, B. (2007). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Thomson.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Morrison-Valfre, M. (1999). *Fundamentos de enfermería en salud mental*. España: Elsevier.
- Novoa, M., Vargas, R., Obispo, S., Pertuz, M., & Rivera, Y. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 28(1), 315-329. Obtenido de <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/264/evaluacion-de-la-calidad-de-vida-y-bienestar-ES.pdf>
- Oblitas, L., & Palacios, X. (2009). *Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer*. Bogotá: Psicom Editores.

- Organización Mundial de la Salud. (18 de Abril de 2012). *La incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos en el año 2020*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/>
- Otto, S. (1999). *Enfermería oncológica* (Segunda ed.). Madrid: Harcourt Brace.
- Pallardo, L., Luca, T., Marazuela, M., & Rovira, A. (2010). *Endocrinología clínica* (Segunda ed.). Madrid: Ediciones Días de Santos.
- Papalia, D. (2001). *Serie psicología del desarrollo humano: Adultez temprana, intermedia y tardía*. México: McGraw-Hill.
- Peña, G., Cañoto, Y., & Santalla, Z. (22 de Enero de 2013). *Una introducción a la psicología*. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-09232006000200009
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., & Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 15(1), 43-74. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134212604002>
- Ramírez, A. (6 de Marzo de 2013). *Cáncer tiroideo diferenciado, manejo quirúrgico*. Obtenido de <http://www.revistarfs.com/articulos/10---cancer-tiroideo-dife.pdf>
- Real Academia Española. (24 de Febrero de 2013). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <http://www.rae.es/>
- Reyes-Ticas, A. (13 de Julio de 2013). *Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo editorial Norma.
- Ruiz, J., & Cano, J. (6 de Agosto de 2013). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual.htm>
- Spielberger, C., & Díaz-Guerrero, R. (2002). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Manual e Instructivo*. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.

- Trull, T., & Phares, J. (2001). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (Sexta ed.). México: Thomson Editores, S.A. de C.V.

GLOSARIO

- **Adenoma:** Tumor de estructura semejante a la de las glándulas.
- **Amnesia disociativa:** Trastorno disociativo caracterizado por una fuerte pérdida de memoria provocada por un episodio intenso de estrés psicológico, y que no puede atribuirse a causas neurobiológicas.
- **Ansiógeno:** Factor que genera ansiedad.
- **Bocio:** Aumento, difuso o nodular, de la glándula tiroidea.
- **Carcinógeno:** Dicho de una sustancia o agente que produce cáncer.
- **Citopunción:** Método diagnóstico de biopsia por punción con aguja fina sin aspiración para determinar patología tiroidea.
- **Cognición:** Procesamiento consciente de pensamiento e imágenes.
- **Condicionamiento clásico:** Tipo de aprendizaje por asociación que se produce cuando un estímulo antes neutro se vuelve capaz de provocar una respuesta aprendida.
- **Creencia irracional:** Idea que se basa en creencias, emociones o sentimientos careciendo de base razonada sobre la realidad.
- **Desinhibición emocional:** Favorecimiento del relato libre en el espacio terapéutico para eliminar la tensión y buscar alivio de la ansiedad en el paciente.
- **Diálogo socrático:** Exploración de las creencias del individuo, animándolo a cuestionar su validez.
- **Embotamiento afectivo:** Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.

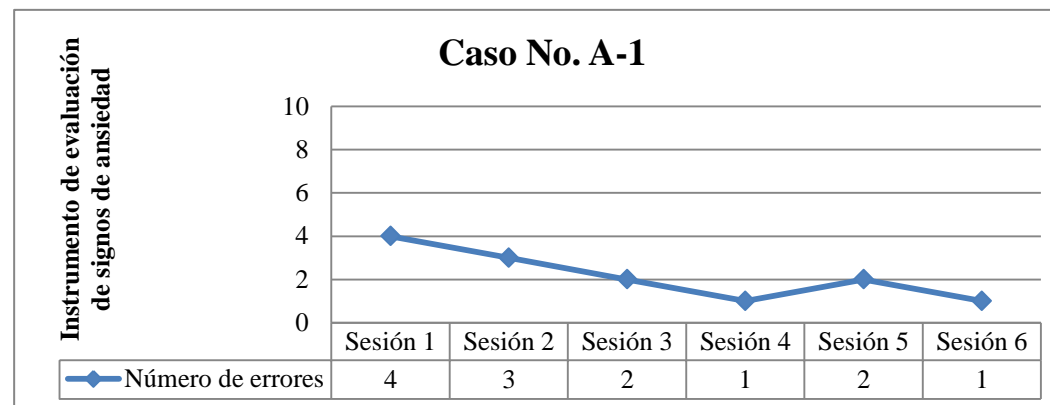
- **Estrés:** Cualquier exigencia que produzca un estado de tensión en el individuo y que pida un cambio o adaptación por parte del mismo.
- **Grupo de control:** Conjunto de sujetos utilizados en un experimento a fin de brindar una observación que pueda cotejarse con la conducta del grupo experimental, que es el que se quiere estudiar.
- **Homeostasia:** Término que designa la regulación del equilibrio del medio interno y en general de toda la actividad del organismo.
- **Insight:** Término utilizado para designar la comprensión o “internalización” de una “verdad” revelada. Puede ocurrir inesperadamente, luego de un trabajo profundo, simbólicamente, o mediante el empleo de diversas técnicas afines en psicoterapia.
- **Metástasis:** Propagación de un foco canceroso en un órgano distinto de aquel en que se inició.
- **Negación:** Mecanismo de defensa por el que se rechazan o niegan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables.
- **Neoplasia:** Multiplicación o crecimiento anormal de células en un tejido del organismo.
- **Neurofisiología:** Fisiología del sistema nervioso.
- **Neurosis:** Conjunto de síntomas psíquicos y emocionales producidos por un conflicto psicológico que se han hecho crónicos.
- **Nódulo tiroideo:** Es una neoplasia en la glándula tiroides, la cual está localizada en la base del cuello.
- **Oncología:** Parte de la medicina que trata de los tumores.

- **Rapport:** Se dice que en una relación entre dos o más personas hay rapport cuando sus pensamientos o sentimientos armonizan entre sí o cuando presentan una serie de puntos de vista compartidos.
- **Síndrome del nido vacío:** Sensación de vacío emotivo que experimentan los padres cuando los hijos se independizan, abandonando el hogar paterno.
- **Sistema nervioso autónomo:** Parte del sistema nervioso relacionada con la regulación de las funciones de la vida vegetativa, que no está sometido a la voluntad.
- **Sistema nervioso central:** Parte del sistema nervioso formado por el cerebro y la médula espinal.
- **Sugestión:** Acción y efecto de sugestionar.
- **Tiroglobulina:** Proteína sintetizada por la glándula tiroidea cuya función es captar los iones yoduros indispensables para la elaboración de las hormonas tiroideas.
- **Tirotropina:** Denominada también hormona estimulante de la tiroides (TSH), es una hormona producida por la hipófisis que regula la producción de hormonas tiroideas.

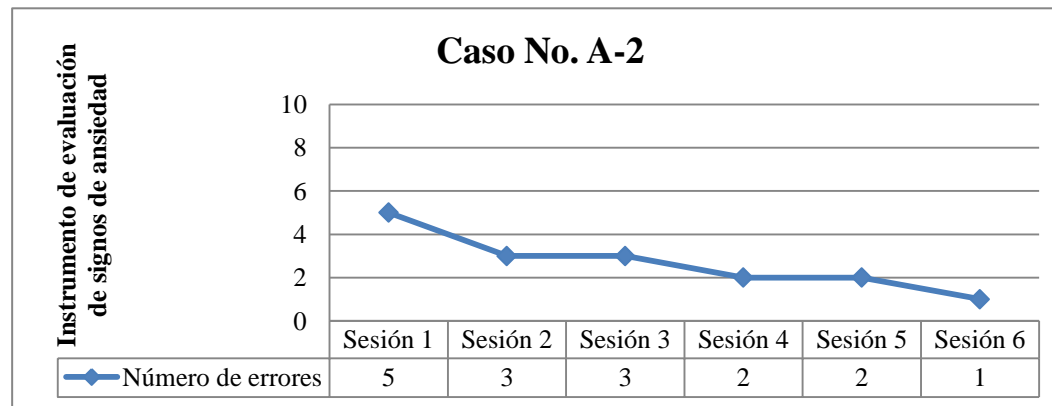
ANEXOS

Anexo 1: Resultados individuales de los pacientes del Grupo Experimental

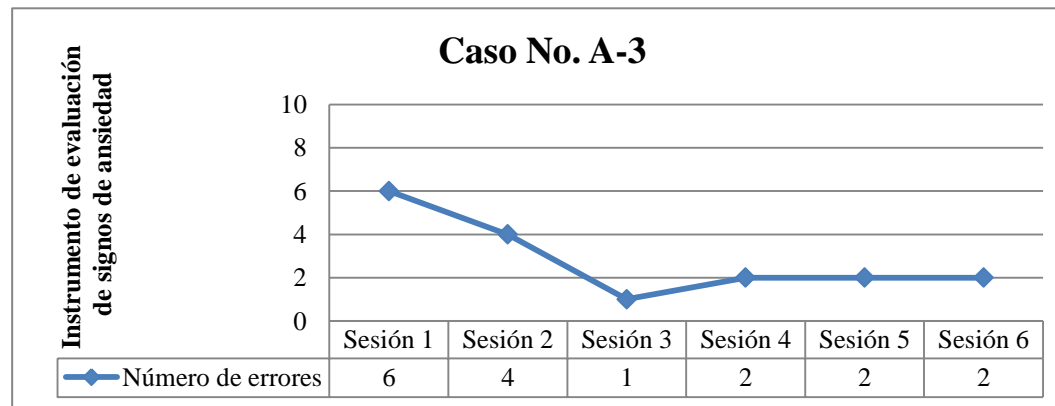
Caso No. A-1											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención		Preguntas		Respuestas	
Escala	Pc	Escala	Pc	Escala	Pc	Escala	Pc				
A-Estado	70	A-Estado	31	Resolución de problemas	15	Resolución de problemas	45	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco	
A-Rasgo	37	A-Rasgo	19	Autocrítica - Auto-aceptación	80	Autocrítica - Auto-aceptación	90	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Un poco	
				Expresión emocional	50	Expresión emocional	85	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	En absoluto	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	45	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	60	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante	
				Apoyo social	25	Apoyo social	45	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Reestructuración cognitiva	15	Reestructuración cognitiva	50	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	95				
				Retirada social - Acercamiento social	80	Retirada social - Acercamiento social	95				



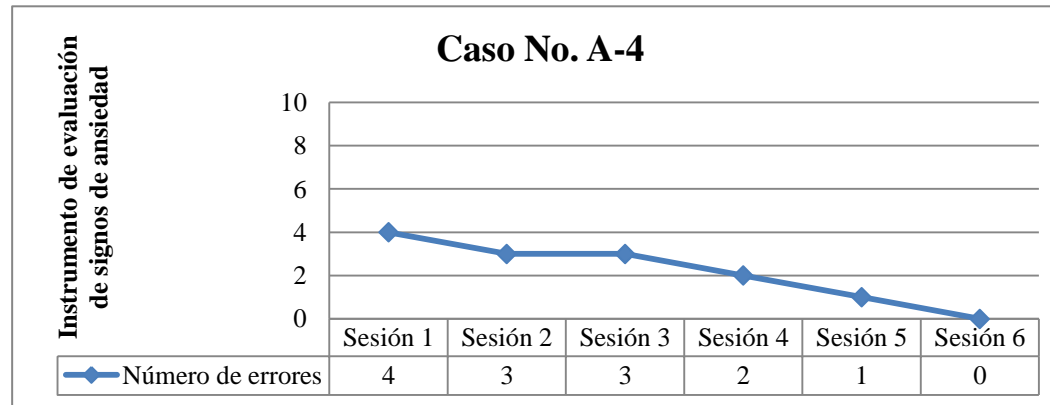
Caso No. A-2											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	87	A-Estado	24	Resolución de problemas	40	Resolución de problemas	65	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	En absoluto	
A-Rasgo	33	A-Rasgo	12	Autocrítica - Auto-aceptación	85	Autocrítica - Auto-aceptación	95	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	En absoluto	
				Expresión emocional	50	Expresión emocional	80	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Un poco	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	20	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Apoyo social	50	Apoyo social	70	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	En absoluto	
				Reestructuración cognitiva	20	Reestructuración cognitiva	55	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	75	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90				
				Retirada social - Acercamiento social	85	Retirada social - Acercamiento social	90				



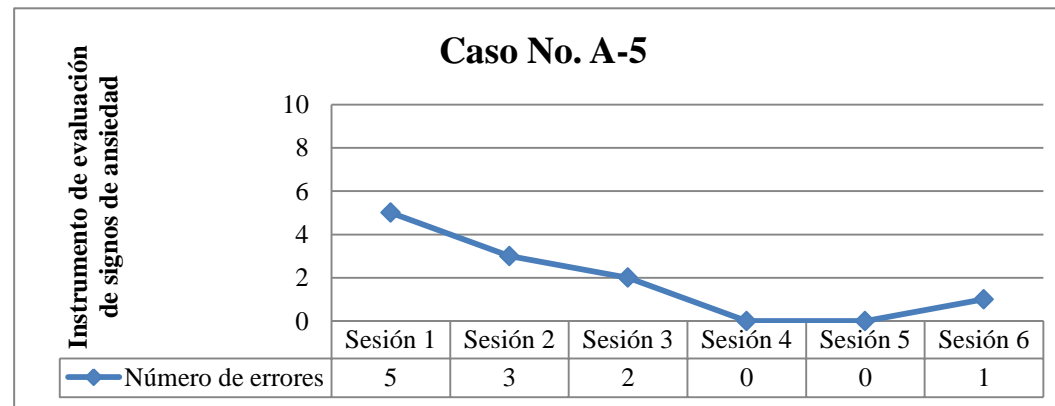
Caso No. A-3											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	83	A-Estado	29	Resolución de problemas	30	Resolución de problemas	65	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Bastante	
A-Rasgo	40	A-Rasgo	13	Autocrítica - Auto-aceptación	70	Autocrítica - Auto-aceptación	75	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Un poco	
				Expresión emocional	45	Expresión emocional	75	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Mucho	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	25	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	45	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante	
				Apoyo social	40	Apoyo social	60	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Mucho	
				Reestructuración cognitiva	40	Reestructuración cognitiva	75	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Muy completa	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	60	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	70				
				Retirada social - Acercamiento social	65	Retirada social - Acercamiento social	75				



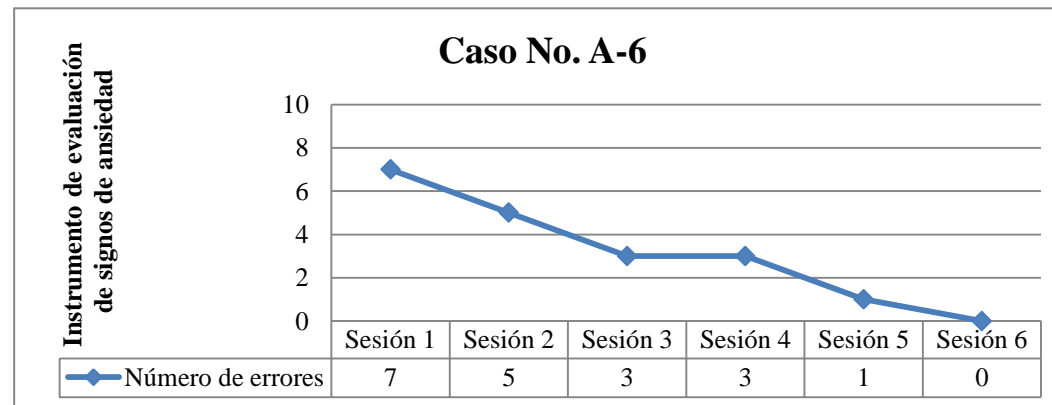
Caso No. A-4											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	96	A-Estado	46	Resolución de problemas	30	Resolución de problemas	45	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco	
A-Rasgo	43	A-Rasgo	22	Autocrítica - Auto-aceptación	85	Autocrítica - Auto-aceptación	90	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Un poco	
				Expresión emocional	50	Expresión emocional	80	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Un poco	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	15	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	35	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Apoyo social	5	Apoyo social	25	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Reestructuración cognitiva	20	Reestructuración cognitiva	60	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	55	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	70				
				Retirada social - Acercamiento social	75	Retirada social - Acercamiento social	80				



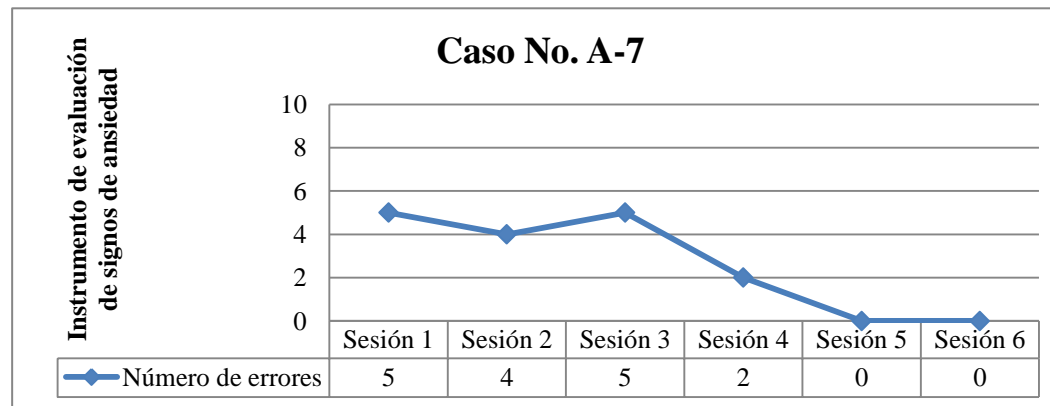
Caso No. A-5											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	85	A-Estado	31	Resolución de problemas	70	Resolución de problemas	85	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Bastante	
A-Rasgo	26	A-Rasgo	7	Autocrítica - Auto-aceptación	80	Autocrítica - Auto-aceptación	85	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Bastante	
				Expresión emocional	35	Expresión emocional	60	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Un poco	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	65	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante	
				Apoyo social	45	Apoyo social	55	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Reestructuración cognitiva	60	Reestructuración cognitiva	90	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	60	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	55				
				Retirada social - Acercamiento social	80	Retirada social - Acercamiento social	80				



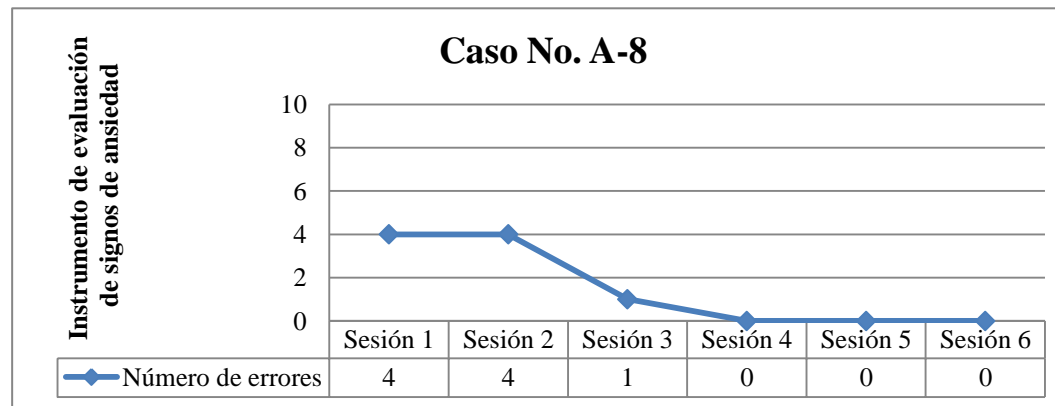
Caso No. A-6										
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN		
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención		Preguntas		Respuestas
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc			
A-Estado	85	A-Estado	34	Resolución de problemas	65	Resolución de problemas	85	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Bastante
A-Rasgo	29	A-Rasgo	12	Autocrítica - Auto-aceptación	80	Autocrítica - Auto-aceptación	85	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Un poco
				Expresión emocional	65	Expresión emocional	80	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	En absoluto
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	30	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	45	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante
				Apoyo social	90	Apoyo social	90	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco
				Reestructuración cognitiva	35	Reestructuración cognitiva	75	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Muy completa
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	80	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90			
				Retirada social - Acercamiento social	95	Retirada social - Acercamiento social	90			



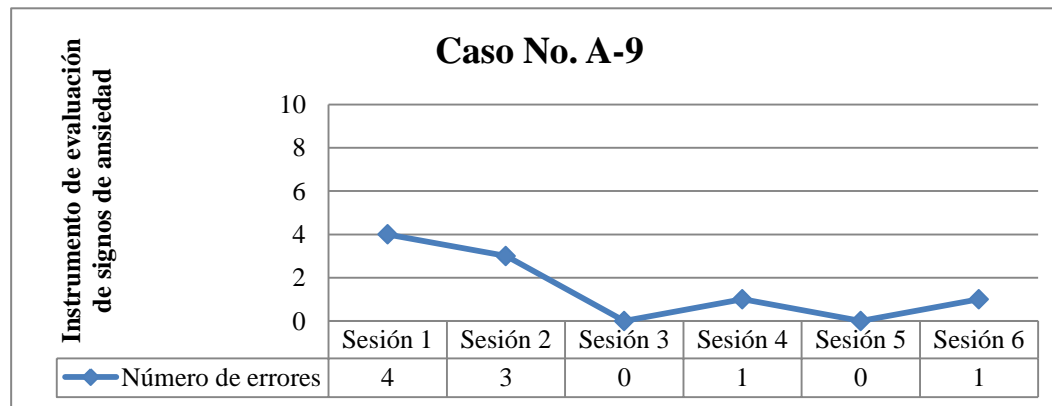
Caso No. A-7										
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN		
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención		Preguntas		Respuestas
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc			
A-Estado	55	A-Estado	38	Resolución de problemas	50	Resolución de problemas	75	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco
A-Rasgo	26	A-Rasgo	22	Autocrítica - Auto-aceptación	75	Autocrítica - Auto-aceptación	97	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Un poco
				Expresión emocional	65	Expresión emocional	85	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Un poco
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	60	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	65	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante
				Apoyo social	85	Apoyo social	95	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante
				Reestructuración cognitiva	75	Reestructuración cognitiva	95	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Escasa
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	85			
				Retirada social - Acercamiento social	98	Retirada social - Acercamiento social	99			



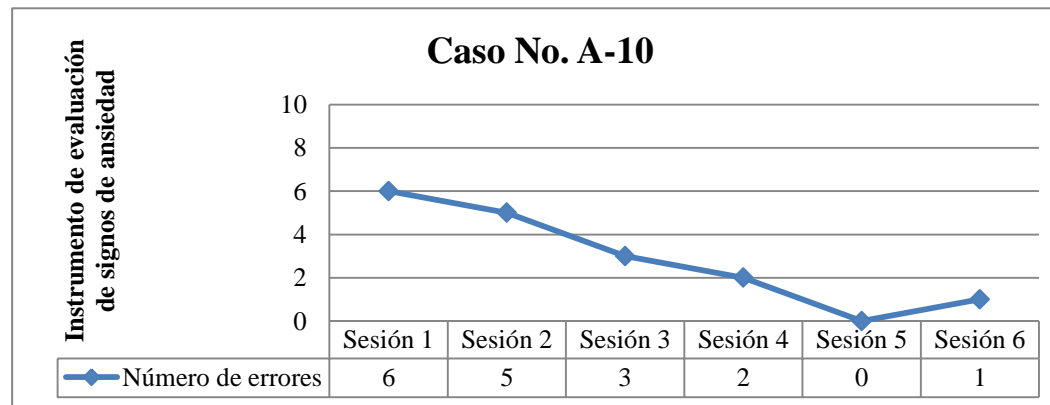
Caso No. A-8										
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN		
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención		Preguntas		Respuestas
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc			
A-Estado	61	A-Estado	36	Resolución de problemas	40	Resolución de problemas	70	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco
A-Rasgo	77	A-Rasgo	54	Autocrítica - Auto-aceptación	70	Autocrítica - Auto-aceptación	75	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Bastante
				Expresión emocional	75	Expresión emocional	90	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Mucho
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	3	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	10	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante
				Apoyo social	85	Apoyo social	85	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Mucho
				Reestructuración cognitiva	15	Reestructuración cognitiva	60	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	80	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	85			
				Retirada social - Acercamiento social	75	Retirada social - Acercamiento social	80			



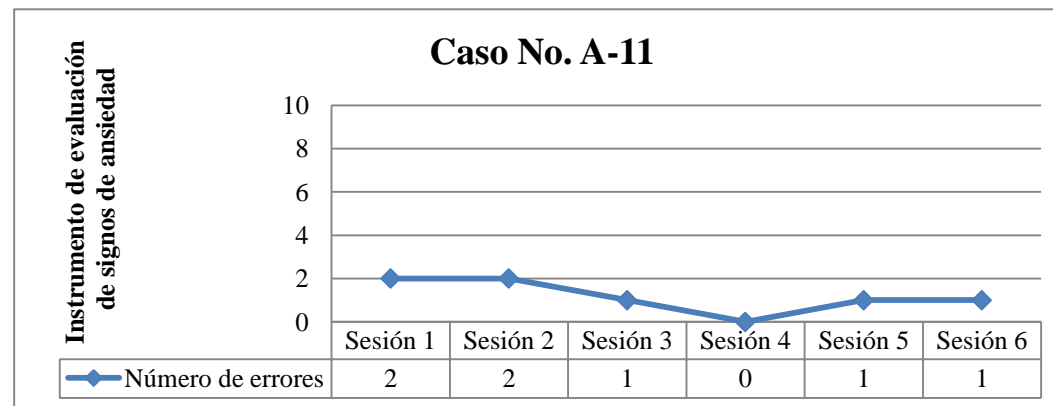
Caso No. A-9											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	51	A-Estado	31	Resolución de problemas	70	Resolución de problemas	75	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	En absoluto	
A-Rasgo	82	A-Rasgo	65	Autocrítica - Auto-aceptación	96	Autocrítica - Auto-aceptación	95	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Un poco	
				Expresión emocional	80	Expresión emocional	85	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Un poco	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	45	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante	
				Apoyo social	70	Apoyo social	80	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	En absoluto	
				Reestructuración cognitiva	70	Reestructuración cognitiva	80	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	95				
				Retirada social - Acercamiento social	99	Retirada social - Acercamiento social	99				



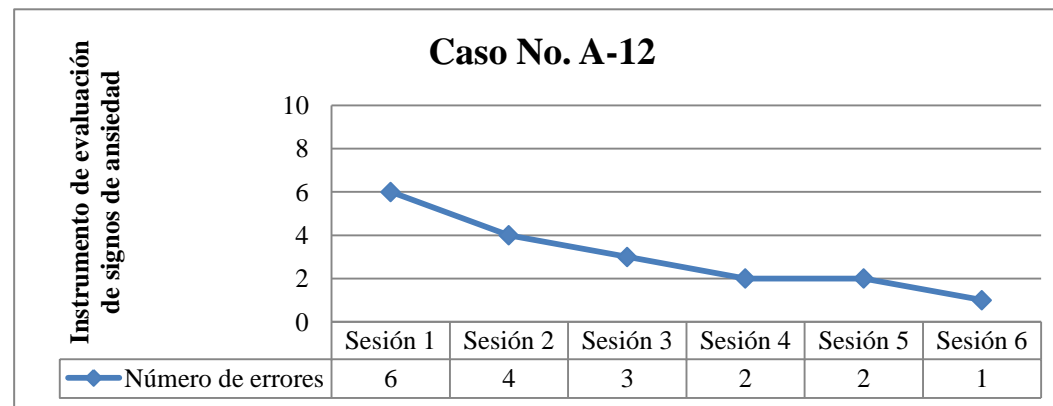
Caso No. A-10											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	60	A-Estado	34	Resolución de problemas	35	Resolución de problemas	65	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco	
A-Rasgo	87	A-Rasgo	68	Autocrítica - Auto-aceptación	97	Autocrítica - Auto-aceptación	98	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Un poco	
				Expresión emocional	45	Expresión emocional	65	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Un poco	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	60	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	70	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Apoyo social	45	Apoyo social	70	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Reestructuración cognitiva	60	Reestructuración cognitiva	85	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Escasa	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	85	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90				
				Retirada social - Acercamiento social	98	Retirada social - Acercamiento social	98				



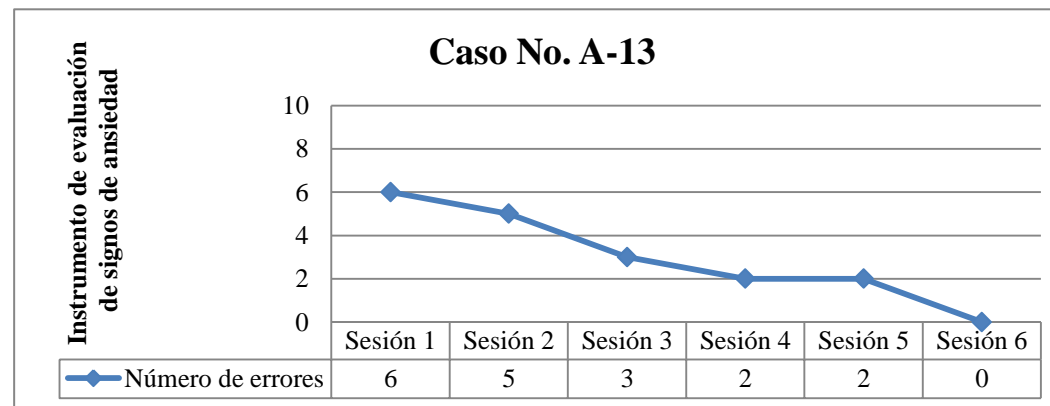
Caso No. A-11											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	24	A-Estado	8	Resolución de problemas	80	Resolución de problemas	85	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco	
A-Rasgo	33	A-Rasgo	10	Autocrítica - Auto-aceptación	95	Autocrítica - Auto-aceptación	96	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Bastante	
				Expresión emocional	90	Expresión emocional	90	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	En absoluto	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	5	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	25	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Apoyo social	96	Apoyo social	96	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	En absoluto	
				Reestructuración cognitiva	70	Reestructuración cognitiva	99	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	60	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	80				
				Retirada social - Acercamiento social	90	Retirada social - Acercamiento social	95				



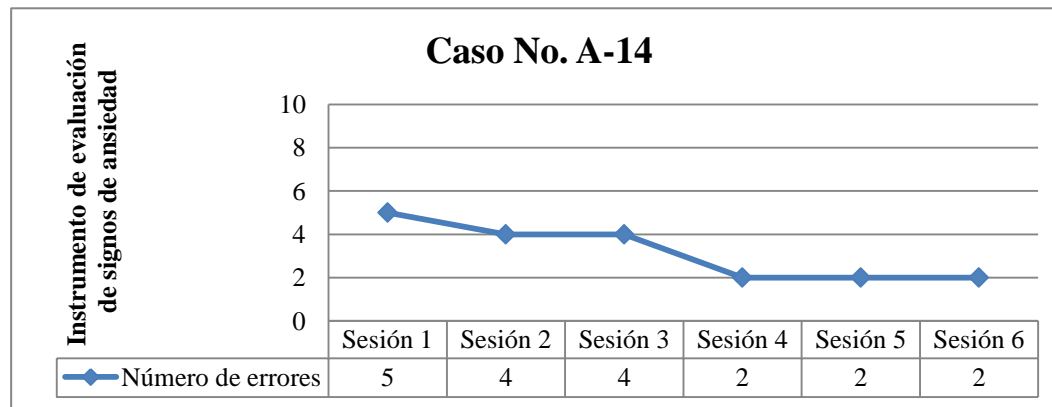
Caso No. A-12											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	75	A-Estado	31	Resolución de problemas	25	Resolución de problemas	65	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Mucho	
A-Rasgo	46	A-Rasgo	33	Autocrítica - Auto-aceptación	75	Autocrítica - Auto-aceptación	80	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Bastante	
				Expresión emocional	35	Expresión emocional	65	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Bastante	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	60	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante	
				Apoyo social	40	Apoyo social	55	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante	
				Reestructuración cognitiva	35	Reestructuración cognitiva	80	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Excelente	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	60	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	97				
				Retirada social - Acercamiento social	85	Retirada social - Acercamiento social	90				



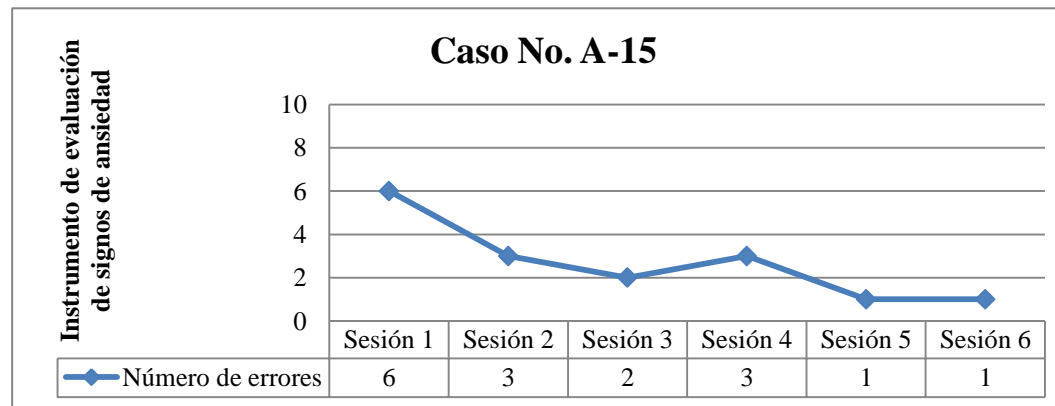
Caso No. A-13											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	95	A-Estado	46	Resolución de problemas	15	Resolución de problemas	40	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco	
A-Rasgo	91	A-Rasgo	59	Autocrítica - Auto-aceptación	60	Autocrítica - Auto-aceptación	75	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Bastante	
				Expresión emocional	45	Expresión emocional	50	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Bastante	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	35	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	55	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante	
				Apoyo social	5	Apoyo social	30	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Reestructuración cognitiva	20	Reestructuración cognitiva	70	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90				
				Retirada social - Acercamiento social	80	Retirada social - Acercamiento social	85				



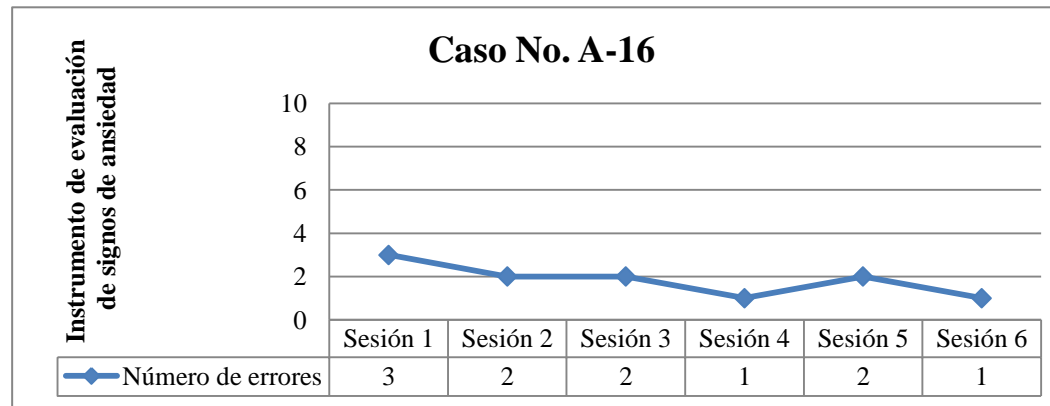
Caso No. A-14											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	78	A-Estado	46	Resolución de problemas	35	Resolución de problemas	45	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco	
A-Rasgo	59	A-Rasgo	43	Autocrítica - Auto-aceptación	97	Autocrítica - Auto-aceptación	97	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Un poco	
				Expresión emocional	40	Expresión emocional	80	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	En absoluto	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	45	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	55	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Apoyo social	50	Apoyo social	60	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante	
				Reestructuración cognitiva	20	Reestructuración cognitiva	75	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Escasa	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90				
				Retirada social - Acercamiento social	99	Retirada social - Acercamiento social	99				



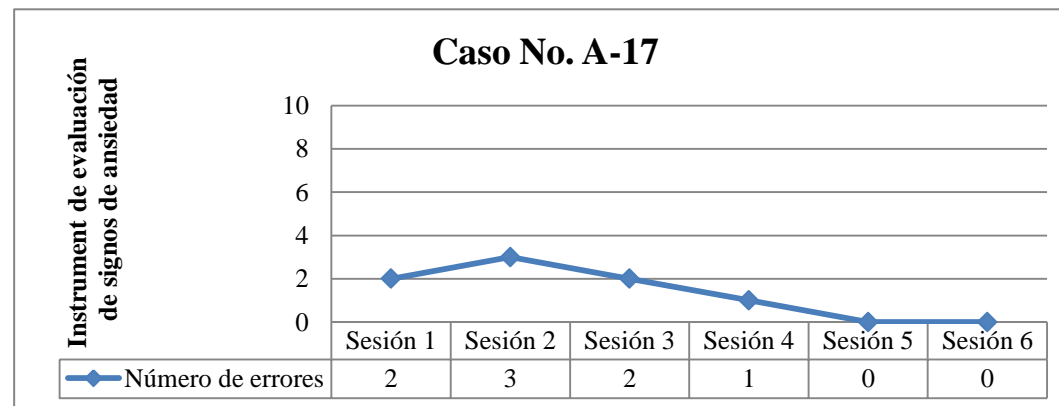
Caso No. A-15										
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN		
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención		Preguntas		Respuestas
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc			
A-Estado	82	A-Estado	31	Resolución de problemas	65	Resolución de problemas	85	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco
A-Rasgo	43	A-Rasgo	16	Autocrítica - Auto-aceptación	70	Autocrítica - Auto-aceptación	85	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Un poco
				Expresión emocional	80	Expresión emocional	85	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	En absoluto
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	55	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	70	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	En absoluto
				Apoyo social	85	Apoyo social	96	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	En absoluto
				Reestructuración cognitiva	70	Reestructuración cognitiva	99	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Muy completa
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	80 50	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90			
				Retirada social - Acercamiento social	80	Retirada social - Acercamiento social	85			



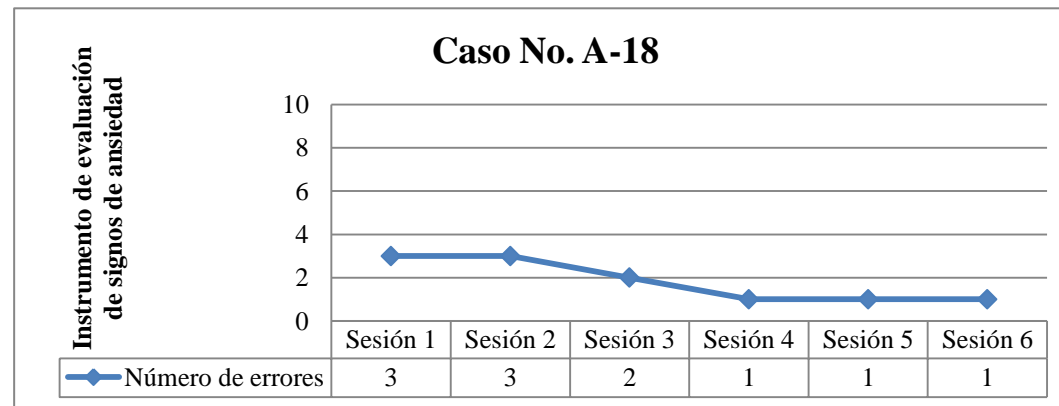
Caso No. A-16										
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN		
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención		Preguntas		Respuestas
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc			
A-Estado	29	A-Estado	10	Resolución de problemas	75	Resolución de problemas	85	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Bastante
A-Rasgo	50	A-Rasgo	13	Autocrítica - Auto-aceptación	80	Autocrítica - Auto-aceptación	97	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Mucho
				Expresión emocional	75	Expresión emocional	85	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Bastante
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	30	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante
				Apoyo social	60	Apoyo social	55	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco
				Reestructuración cognitiva	75	Reestructuración cognitiva	96	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Muy completa
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	85	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	95			
				Retirada social - Acercamiento social	75	Retirada social - Acercamiento social	70			



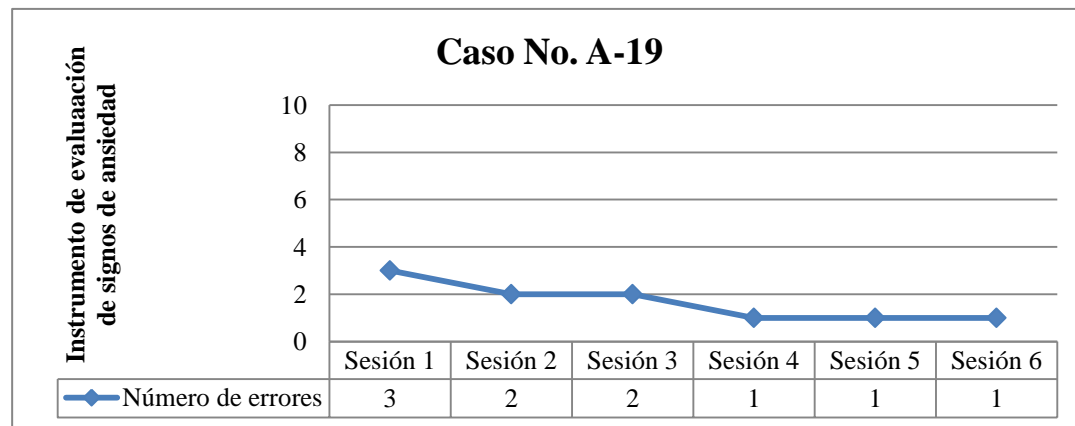
Caso No. A-17										
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN		
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención		Preguntas		Respuestas
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc			
A-Estado	48	A-Estado	13	Resolución de problemas	65	Resolución de problemas	85	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco
A-Rasgo	54	A-Rasgo	19	Autocrítica - Auto-aceptación	65	Autocrítica - Auto-aceptación	65	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Bastante
				Expresión emocional	70	Expresión emocional	90	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	En absoluto
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	25	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	35	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	En absoluto
				Apoyo social	85	Apoyo social	96	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	En absoluto
				Reestructuración cognitiva	60	Reestructuración cognitiva	95	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	60	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	55			
				Retirada social - Acercamiento social	90	Retirada social - Acercamiento social	95			



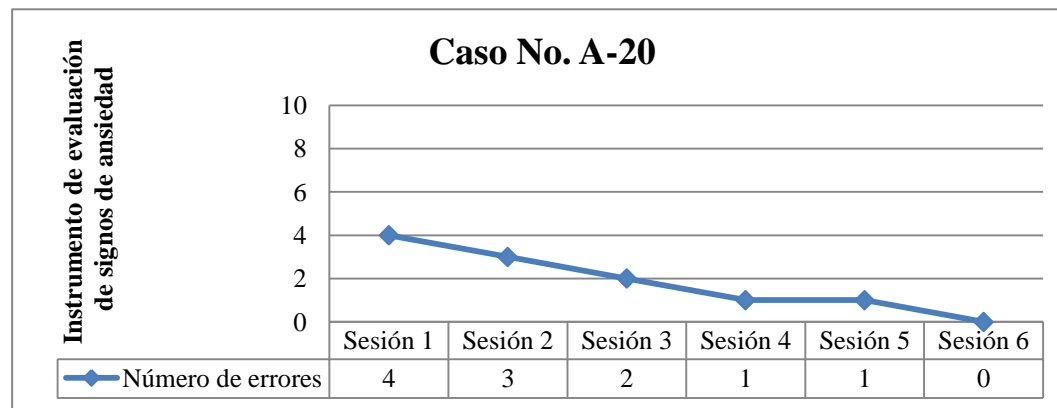
Caso No. A-18											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	78	A-Estado	16	Resolución de problemas	35	Resolución de problemas	50	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	En absoluto	
A-Rasgo	57	A-Rasgo	26	Autocrítica - Auto-aceptación	85	Autocrítica - Auto-aceptación	97	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	En absoluto	
				Expresión emocional	45	Expresión emocional	65	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Un poco	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	60	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Apoyo social	45	Apoyo social	60	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Reestructuración cognitiva	40	Reestructuración cognitiva	80	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Escasa	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	70	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	80				
				Retirada social - Acercamiento social	85	Retirada social - Acercamiento social	90				



Caso No. A-19										
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN		
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención		Preguntas		Respuestas
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc			
A-Estado	85	A-Estado	29	Resolución de problemas	35	Resolución de problemas	50	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco
A-Rasgo	13	A-Rasgo	6	Autocrítica - Auto-aceptación	65	Autocrítica - Auto-aceptación	70	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Bastante
				Expresión emocional	40	Expresión emocional	60	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Un poco
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	55	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante
				Apoyo social	30	Apoyo social	50	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco
				Reestructuración cognitiva	50	Reestructuración cognitiva	85	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	35	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	55			
				Retirada social - Acercamiento social	80	Retirada social - Acercamiento social	85			



Caso No. A-20											
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				ESCALA DE INFORMACIÓN			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención					
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Preguntas		Respuestas	
A-Estado	64	A-Estado	21	Resolución de problemas	15	Resolución de problemas	45	1.	¿Conoce la enfermedad que padece?	Un poco	
A-Rasgo	31	A-Rasgo	10	Autocrítica - Auto-aceptación	85	Autocrítica - Auto-aceptación	96	2.	¿Conoce los resultados de las pruebas que le han hecho?	Un poco	
				Expresión emocional	60	Expresión emocional	80	3.	¿Conoce las pruebas que se le van a realizar a partir de este momento?	Bastante	
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	15	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	30	4.	¿Sabe de los beneficios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Bastante	
				Apoyo social	30	Apoyo social	50	5.	¿Sabe de los posibles efectos secundarios del procedimiento quirúrgico al que se va a someter?	Un poco	
				Reestructuración cognitiva	35	Reestructuración cognitiva	75	6.	¿Cómo valoraría la información que le ha proporcionado su médico?	Suficiente	
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	70	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	80				
				Retirada social - Acercamiento social	90	Retirada social - Acercamiento social	85				



Anexo 2: Resultados individuales de los pacientes del Grupo de Control

Caso No. B-1							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A- Estado	61	A- Estado	34	Resolución de problemas	35	Resolución de problemas	45
A- Rasgo	46	A- Rasgo	29	Autocrítica - Auto-aceptación	90	Autocrítica - Auto-aceptación	90
				Expresión emocional	65	Expresión emocional	75
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	55	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	60
				Apoyo social	96	Apoyo social	96
				Reestructuración cognitiva	70	Reestructuración cognitiva	75
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	60	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	80
				Retirada social - Acercamiento social	75	Retirada social - Acercamiento social	98

Caso No. B-2							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A- Estado	58	A- Estado	36	Resolución de problemas	30	Resolución de problemas	25
A- Rasgo	62	A- Rasgo	54	Autocrítica - Auto-aceptación	96	Autocrítica - Auto-aceptación	95
				Expresión emocional	45	Expresión emocional	40
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	30	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	60
				Apoyo social	40	Apoyo social	25
				Reestructuración cognitiva	35	Reestructuración cognitiva	45
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	97	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	95
				Retirada social - Acercamiento social	99	Retirada social - Acercamiento social	99

Caso No. B-3							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	46	A-Estado	41	Resolución de problemas	35	Resolución de problemas	50
A-Rasgo	46	A-Rasgo	40	Autocrítica - Auto-aceptación	97	Autocrítica - Auto-aceptación	98
				Expresión emocional	35	Expresión emocional	35
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	55	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	60
				Apoyo social	45	Apoyo social	55
				Reestructuración cognitiva	40	Reestructuración cognitiva	55
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	97	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	97
				Retirada social - Acercamiento social	99	Retirada social - Acercamiento social	99

Caso No. B-4							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	58	A-Estado	43	Resolución de problemas	20	Resolución de problemas	40
A-Rasgo	57	A-Rasgo	54	Autocrítica - Auto-aceptación	97	Autocrítica - Auto-aceptación	97
				Expresión emocional	40	Expresión emocional	45
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	45	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	45
				Apoyo social	55	Apoyo social	75
				Reestructuración cognitiva	20	Reestructuración cognitiva	30
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	97	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	97
				Retirada social - Acercamiento social	99	Retirada social - Acercamiento social	99

Caso No. B-5							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	48	A-Estado	41	Resolución de problemas	10	Resolución de problemas	20
A-Rasgo	43	A-Rasgo	40	Autocrítica - Auto-aceptación	97	Autocrítica - Auto-aceptación	97
				Expresión emocional	40	Expresión emocional	45
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	25	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	35
				Apoyo social	80	Apoyo social	95
				Reestructuración cognitiva	4	Reestructuración cognitiva	20
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90
				Retirada social - Acercamiento social	98	Retirada social - Acercamiento social	99

Caso No. B-6							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	46	A-Estado	38	Resolución de problemas	70	Resolución de problemas	75
A-Rasgo	19	A-Rasgo	16	Autocrítica - Auto-aceptación	97	Autocrítica - Auto-aceptación	97
				Expresión emocional	15	Expresión emocional	25
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	45	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	60
				Apoyo social	55	Apoyo social	55
				Reestructuración cognitiva	35	Reestructuración cognitiva	50
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	85
				Retirada social - Acercamiento social	30	Retirada social - Acercamiento social	45

Caso No. B-7							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	31	A-Estado	26	Resolución de problemas	45	Resolución de problemas	75
A-Rasgo	26	A-Rasgo	26	Autocrítica - Auto-aceptación	40	Autocrítica - Auto-aceptación	60
				Expresión emocional	45	Expresión emocional	50
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	45
				Apoyo social	70	Apoyo social	80
				Reestructuración cognitiva	60	Reestructuración cognitiva	70
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	55	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	55
				Retirada social - Acercamiento social	30	Retirada social - Acercamiento social	45

Caso No. B-8							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	61	A-Estado	51	Resolución de problemas	45	Resolución de problemas	50
A-Rasgo	26	A-Rasgo	19	Autocrítica - Auto-aceptación	55	Autocrítica - Auto-aceptación	55
				Expresión emocional	50	Expresión emocional	50
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	30	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40
				Apoyo social	45	Apoyo social	45
				Reestructuración cognitiva	30	Reestructuración cognitiva	30
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	25	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	25
				Retirada social - Acercamiento social	30	Retirada social - Acercamiento social	30

Caso No. B-9							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	24	A-Estado	19	Resolución de problemas	65	Resolución de problemas	70
A-Rasgo	26	A-Rasgo	23	Autocrítica - Auto-aceptación	80	Autocrítica - Auto-aceptación	85
				Expresión emocional	75	Expresión emocional	75
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	30	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	35
				Apoyo social	95	Apoyo social	95
				Reestructuración cognitiva	95	Reestructuración cognitiva	96
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	95	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	95
				Retirada social - Acercamiento social	99	Retirada social - Acercamiento social	99

Caso No. B-10							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	34	A-Estado	24	Resolución de problemas	25	Resolución de problemas	35
A-Rasgo	31	A-Rasgo	31	Autocrítica - Auto-aceptación	45	Autocrítica - Auto-aceptación	55
				Expresión emocional	40	Expresión emocional	50
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	35	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40
				Apoyo social	60	Apoyo social	55
				Reestructuración cognitiva	40	Reestructuración cognitiva	55
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	45	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	45
				Retirada social - Acercamiento social	20	Retirada social - Acercamiento social	15

Caso No. B-11							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	91	A-Estado	82	Resolución de problemas	40	Resolución de problemas	40
A-Rasgo	72	A-Rasgo	59	Autocrítica - Auto-aceptación	70	Autocrítica - Auto-aceptación	70
				Expresión emocional	25	Expresión emocional	35
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	55	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	60
				Apoyo social	45	Apoyo social	70
				Reestructuración cognitiva	10	Reestructuración cognitiva	20
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	15	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	25
				Retirada social - Acercamiento social	55	Retirada social - Acercamiento social	65

Caso No. B-12							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	89	A-Estado	80	Resolución de problemas	75	Resolución de problemas	85
A-Rasgo	94	A-Rasgo	92	Autocrítica - Auto-aceptación	90	Autocrítica - Auto-aceptación	96
				Expresión emocional	50	Expresión emocional	65
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	5	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	5
				Apoyo social	30	Apoyo social	30
				Reestructuración cognitiva	50	Reestructuración cognitiva	55
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	60	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	80
				Retirada social - Acercamiento social	98	Retirada social - Acercamiento social	99

Caso No. B-13							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	34	A-Estado	29	Resolución de problemas	75	Resolución de problemas	75
A-Rasgo	19	A-Rasgo	13	Autocrítica - Auto-aceptación	30	Autocrítica - Auto-aceptación	30
				Expresión emocional	10	Expresión emocional	40
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	20	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	35
				Apoyo social	55	Apoyo social	60
				Reestructuración cognitiva	60	Reestructuración cognitiva	70
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	97
				Retirada social - Acercamiento social	55	Retirada social - Acercamiento social	65

Caso No. B-14							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	87	A-Estado	75	Resolución de problemas	15	Resolución de problemas	15
A-Rasgo	94	A-Rasgo	91	Autocrítica - Auto-aceptación	80	Autocrítica - Auto-aceptación	85
				Expresión emocional	40	Expresión emocional	50
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	10	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	15
				Apoyo social	25	Apoyo social	20
				Reestructuración cognitiva	15	Reestructuración cognitiva	15
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	99	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	99
				Retirada social - Acercamiento social	98	Retirada social - Acercamiento social	98

Caso No. B-15							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	51	A-Estado	33	Resolución de problemas	65	Resolución de problemas	50
A-Rasgo	94	A-Rasgo	92	Autocrítica - Auto-aceptación	65	Autocrítica - Auto-aceptación	70
				Expresión emocional	75	Expresión emocional	75
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	2	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	10
				Apoyo social	55	Apoyo social	85
				Reestructuración cognitiva	85	Reestructuración cognitiva	85
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	60	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	70
				Retirada social - Acercamiento social	85	Retirada social - Acercamiento social	90

Caso No. B-16							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	78	A-Estado	64	Resolución de problemas	45	Resolución de problemas	65
A-Rasgo	46	A-Rasgo	40	Autocrítica - Auto-aceptación	35	Autocrítica - Auto-aceptación	35
				Expresión emocional	75	Expresión emocional	75
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40
				Apoyo social	80	Apoyo social	80
				Reestructuración cognitiva	45	Reestructuración cognitiva	50
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	60	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	55
				Retirada social - Acercamiento social	45	Retirada social - Acercamiento social	55

Caso No. B-17							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	48	A-Estado	38	Resolución de problemas	85	Resolución de problemas	85
A-Rasgo	91	A-Rasgo	85	Autocrítica - Auto-aceptación	30	Autocrítica - Auto-aceptación	60
				Expresión emocional	90	Expresión emocional	85
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	2	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	3
				Apoyo social	96	Apoyo social	96
				Reestructuración cognitiva	95	Reestructuración cognitiva	96
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	55	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	55
				Retirada social - Acercamiento social	55	Retirada social - Acercamiento social	85

Caso No. B-18							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	41	A-Estado	34	Resolución de problemas	40	Resolución de problemas	50
A-Rasgo	79	A-Rasgo	72	Autocrítica - Auto-aceptación	70	Autocrítica - Auto-aceptación	75
				Expresión emocional	75	Expresión emocional	75
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	40	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	45
				Apoyo social	70	Apoyo social	75
				Reestructuración cognitiva	60	Reestructuración cognitiva	70
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	90	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	95
				Retirada social - Acercamiento social	75	Retirada social - Acercamiento social	85

Caso No. B-19							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	80	A-Estado	70	Resolución de problemas	15	Resolución de problemas	15
A-Rasgo	43	A-Rasgo	33	Autocrítica - Auto-aceptación	35	Autocrítica - Auto-aceptación	70
				Expresión emocional	10	Expresión emocional	15
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	10	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	15
				Apoyo social	20	Apoyo social	25
				Reestructuración cognitiva	15	Reestructuración cognitiva	30
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	35	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	45
				Retirada social - Acercamiento social	65	Retirada social - Acercamiento social	55

Caso No. B-20							
IDARE				INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO			
Pre-Intervención		Post-Intervención		Pre-Intervención		Post-Intervención	
Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc	Escalas	Pc
A-Estado	84	A-Estado	78	Resolución de problemas	20	Resolución de problemas	20
A-Rasgo	46	A-Rasgo	40	Autocrítica - Auto-aceptación	90	Autocrítica - Auto-aceptación	95
				Expresión emocional	40	Expresión emocional	40
				Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	20	Pensamiento desiderativo - Congruencia con la realidad	20
				Apoyo social	40	Apoyo social	30
				Reestructuración cognitiva	30	Reestructuración cognitiva	30
				Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	99	Evitación de problemas - Afrontamiento de problemas	99
				Retirada social - Acercamiento social	98	Retirada social - Acercamiento social	99

NOTA: Para salvaguardar la identidad de los pacientes y mantener el sigilo profesional, se ha asignado a los casos una letra y un número como código de identificación para la presentación de los resultados del Anexo 1 y 2.

Anexo 3: Formato de Historia Clínica Psicológica**HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA****EVALUACIÓN PSICO-ONCOLÓGICA****A. DATOS PERSONALES**

NOMBRES Y APELLIDOS _____

SEXO _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

FECHA _____ No. HISTORIA CLÍNICA _____

B. HISTORIA MÉDICA

DIAGNÓSTICO: _____

PRONÓSTICO: _____

ESTADO ACTUAL: REMISION COMPLETA___ QT___ RT___ YT___ RESISTENCIA ___

RECIDIVA___ OTROS _____ (Cuáles) _____

SINTOMATOLOGÍA ACTUAL: _____

TRATAMIENTO ACTUAL: _____

EFECTOS DEL TRATAMIENTO: _____

INDICACIÓN TERAPEÚTICA: _____ PALIATIVA: _____

ENFERMEDAD Y TRATAMIENTOS ANTERIORES: _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PREVIAS: _____

HISTORIA DE CANCER EN LA FAMILIA: _____

C. ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y DEL PRONÓSTICO:

CONOCE ___ INTUYE ___ DESCONOCE ___

QUIÉN HA TRASMITIDO LA INFORMACION: _____

EXPECTATIVAS ANTE LA ENFERMEDAD / PRONÓSTICO Y TRATAMIENTOS:

REALISTAS _____ DEFENSIVAS _____ OTRAS _____

D. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

ESTADO MENTAL Y DE CONSCIENCIA:

ASPECTO GENERAL Y CONDUCTA _____

ORIENTADO ___ CONSCIENCIA ___ CONFUSION ___

CONSCIENCIA DE LA ENFERMEDAD: SI ___ NO ___ ATENCIÓN ___ MEMORIA ___

ESTADO DE ÁNIMO O AFECTO: DEPRESIÓN ___ MIEDO ___ ANSIEDAD ___ PÁNICO ___

CALMA ___ HOSTILIDAD ___ TRISTEZA ___ AFLICCIÓN ___

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: _____

LENGUAJE ___ VOLUNTAD ___ JUICIO Y RAZONAMIENTO ___ HÁBITOS _____

RASGOS DE PERSONALIDAD:

RETRAÍDO ___ SOCIABLE ___ SILENCIOSO ___ COMUNICATIVO ___ INHIBIDO ___

ANSIOSO ___ IRRITABLE ___ CALMADO ___

INDICADORES ADAPTATIVOS:

DEPRESIVOS _____

ANSIEDAD / ANGUSTIA _____

MIEDOS Y PREOCUPACIONES

ESTILO DE AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD:

ESPÍRITU DE LUCHA ___ NEGACIÓN ___ ACEPTACIÓN ___ IMPOTENCIA/DESESPERANZA ___

NEGOCIACIÓN ___ IRA ___ DEPRESIÓN ___

INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS:

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL _____

ANTECEDENTES FAMILIARES _____

HISTORIA DE PERDIDAS ANTERIORES (DUELO)

E. EVALUACIÓN PSICOSOCIAL

NIVEL DE ESTUDIOS: ANALF. ___ PRIMARIA ___ SECUNDARIA ___ ED. SUPERIOR ___

SITUACIÓN LABORAL: EMPLEADO ___ DESEMPLEADO ___ INVALIDEZ ___ JUBILACION ___

OCUPACIÓN/PROFESION: _____

RELIGIÓN _____

SISTEMAS DE APOYO / RECURSOS:

FAMILIAR: _____

AMISTADES / SOCIAL _____

PROFESIONAL _____

F. CUADRO FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

OBSERVACIONES:

Anexo 4: Protocolo SXE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

SXE

IDARE

Inventario de Autoevaluación por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en este *momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto(a)	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento “a punto de explotar”	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre(a)	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

Anexo 5: Protocolo SXR Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

SXR

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento bien	①	②	③	④
2. Me canso rápidamente	①	②	③	④
3. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
4. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
5. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
6. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
7. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	①	②	③	④
8. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
10. Soy feliz	①	②	③	④
11. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
12. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
13. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
14. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
15. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan ...	①	②	③	④
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
19. Soy una persona estable	①	②	③	④
20. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

EDITORIAL

EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.

Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc

06100 México, D.F.

Anexo 6: Protocolo Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)					
Datos informativos:					
NOMBRE ----- FECHA-----					
<p>Instrucciones: El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causan problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya.</p> <p>Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda: 0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente</p> <p>Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.</p>					
	EN ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	TOTALMENTE
1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4

Anexo 7: Protocolo Escala Ad-Hoc de Información: Conocimiento del paciente respecto a la enfermedad

Datos informativos:	
NOMBRES Y APELLIDOS _____	
FECHA _____ SEXO _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____	
Instrucciones: Lea detenidamente el cuestionario y marque con una X la respuesta de su preferencia.	
ESCALA DE INFORMACIÓN	
I.	¿TIENE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD QUE PADECE? <input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO <input type="checkbox"/> UN POCO <input type="checkbox"/> BASTANTE <input type="checkbox"/> MUCHO
II.	¿CONOCE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS QUE LE HAN HECHO? <input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO <input type="checkbox"/> UN POCO <input type="checkbox"/> BASTANTE <input type="checkbox"/> MUCHO
III.	¿CONOCE LAS PRUEBAS QUE SE LA VAN A REALIZAR A PARTIR DE ESTE MOMENTO? <input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO <input type="checkbox"/> UN POCO <input type="checkbox"/> BASTANTE <input type="checkbox"/> MUCHO
IV.	¿SABE DE LOS BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AL QUE SE VA A SOMETER? <input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO <input type="checkbox"/> UN POCO <input type="checkbox"/> BASTANTE <input type="checkbox"/> MUCHO
V.	¿SABE DE LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AL QUE SE VA A SOMETER? <input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO <input type="checkbox"/> UN POCO <input type="checkbox"/> BASTANTE <input type="checkbox"/> MUCHO
VI.	¿CÓMO VALORARÍA LA INFORMACIÓN QUE LE HA PROPORCIONADO SU MÉDICO? <input type="checkbox"/> ESCASA <input type="checkbox"/> SUFICIENTE <input type="checkbox"/> MUY COMPLETA <input type="checkbox"/> EXCELENTE

Anexo 8: Protocolo Escala Ad-Hoc de Acontecimientos ansiógenos

ESCALA DE ACONTECIMIENTOS ANSIÓGENOS		
Datos informativos:		
NOMBRES Y APELLIDOS _____		
FECHA _____		EDAD _____
Instrucciones: Lea detenidamente los siguientes puntos y marque con una X la respuesta que indique el grado de preocupación que le ocasiona el pensar en cada uno de ellos.		
<p>1. Ambiente hospitalario</p> <p>Encontrarse en un ambiente desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>2. Diagnóstico de la enfermedad</p> <p>No saber con seguridad que enfermedad padece</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Que los médicos o las enfermeras hablen muy de prisa o utilicen palabras que no puede entender acerca de su diagnóstico</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Sensación de inutilidad o minusvalía debido al diagnóstico de su enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>3. Trámites hospitalarios</p> <p>Realizar los trámites necesarios respecto a su estancia hospitalaria</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p>	<p>4. Periodo de hospitalización</p> <p>Permanecer en la cama o en la misma habitación durante todo el día</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Compartir la habitación con una persona desconocida</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Tener aparatos extraños alrededor</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Percibir que el personal sanitario está apurado y no le presta la suficiente atención</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Recibir información insuficiente acerca de los procedimientos terapéuticos que le van a realizar</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p>	<p>5. Cirugía</p> <p>Saber que debe operarse</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Desconocer al cirujano</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Riesgos de la intervención quirúrgica</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Molestias debido a la cirugía</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>6. Anestesia</p> <p>Estar bajo anestesia</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Efectos de la anestesia</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p>

<p>7. Resultados de la intervención quirúrgica y de exámenes médicos</p> <p>Intranquilidad por desconocer los resultados de la cirugía y de sus exámenes médicos</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>8. Pruebas o exámenes complementarios</p> <p>Realizarse exámenes médicos adicionales después de su cirugía</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>9. Dolor</p> <p>Dolor debido a la cirugía</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>No obtener alivio de la medicación contra el dolor</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p>	<p>10. Postoperatorio</p> <p>Desconocer la fecha de alta médica</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Pensar que su apariencia física puede haber cambiado después de la hospitalización</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Desconocer el pronóstico de su enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>11. Efectos socio-laborales</p> <p>Preocupación por su estabilidad laboral</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Posibles egresos económicos</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Considerar que su desempeño laboral pueda verse afectado</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Pensar que su desenvolvimiento social pueda verse afectado</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p>	<p>12. Familia</p> <p>Inquietud por estar separado de sus familiares</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Dependencia familiar</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Preocupación por su estado emocional y el de su familia debido a la enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p> <p>Preocupación por las personas que atiende habitualmente y la organización familiar</p> <p><input type="checkbox"/> EN ABSOLUTO</p> <p><input type="checkbox"/> UN POCO</p> <p><input type="checkbox"/> BASTANTE</p> <p><input type="checkbox"/> MUCHO</p>
--	--	---

Anexo 9: Instrumento de evaluación de signos de ansiedad

Instrumento de evaluación de signos de ansiedad
AMARILLO
VERDE
AZUL
ROJO
AMARILLO
ROJO
VERDE
AZUL
AMARILLO
AZUL

Anexo 10: Ficha de observación T-R

FICHA DE OBSERVACIÓN	
Nombre:	
Fecha:	
Sesión No.	
Registro de signos de ansiedad	<input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics <input type="checkbox"/> Inquietud <input type="checkbox"/> Gestos de incertidumbre <input type="checkbox"/> Suspiros <input type="checkbox"/> Palidez facial <input type="checkbox"/> Tragar saliva <input type="checkbox"/> Reacciones con sobresalto <input type="checkbox"/> Tendencia al llanto fácil <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse <input type="checkbox"/> Sensación de ahogo <input type="checkbox"/> Sudoración

Anexo 11: Tríptico: Cáncer de tiroides

RECOMENDACIONES

Después de su diagnóstico de cáncer, usted puede sentirse ansioso, temeroso o abrumado y se pregunte cómo puede hacerle frente a esta enfermedad. Considere lo siguiente:

1 INFÓRMESE SOBRE SU DIAGNÓSTICO

Obtenga la mayor cantidad de información útil como sea posible acerca de su diagnóstico de cáncer, comuníquelo a su médico todas sus preguntas e inquietudes.

2 MANTENGA ABIERTAS LAS LÍNEAS DE COMUNICACIÓN

Mantenga la comunicación y la relación constante entre su familia y el personal de salud.

Dese tiempo para las actividades que le agraden y le sean beneficiosas, comparta sus pensamientos y sentimientos con sus seres queridos, la comunicación ayuda a reducir la ansiedad y el temor que puede causar la enfermedad.

3 PROCURE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Es recomendable tener una dieta variada con alimentos ricos en vitaminas, minerales y proteínas.

Las actividades recreativas y ejercicios ligeros ayudan a controlar la ansiedad y el estrés, favoreciendo el afrontamiento de la enfermedad.

4 TRATE DE MANTENER SU RUTINA NORMAL

Tome un día a la vez. Es fácil pasar por alto esta simple estrategia en momentos de ansiedad.

5 DESARROLLE SUS PROPIAS ESTRATEGIAS PARA HACERLE FRENTE A LA ENFERMEDAD

Practique técnicas de relajación como la respiración para favorecer su bienestar personal.

Solicite la asistencia, acompañamiento y apoyo emocional de un psicólogo clínico.

Cuando se enfrente a una difícil decisión, realice una lista de los pros y los contras de cada opción para tomar la mejor.

Siga participando de las actividades de trabajo y de ocio tanto como pueda.

"Aprende a contactar con tu silencio interior y entérate de que todo el mundo tiene un motivo. No hay errores ni coincidencias. Todos los acontecimientos son bendiciones para que aprendamos"

Elisabeth Kübler-Ross

Cáncer de Tiroides

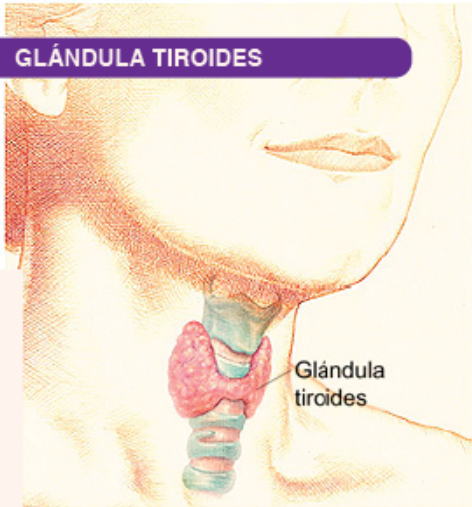
Diagnóstico y tratamiento



Servicio de Psicología
Unidad Oncológica
SOLCA Tungurahua

Elaborado por: Andrea Mejía R.

GLÁNDULA TIROIDES



La glándula tiroides es una pequeña estructura situada en el cuello. La glándula tiroides fabrica hormonas tiroideas, las cuales circulan en la sangre llegando a todos los órganos del cuerpo. Las hormonas tiroideas le comunican a los órganos la rapidez con la que deben funcionar y dicen a nuestro organismo como utilizar la energía, por lo tanto regulan procesos como:

- La frecuencia cardíaca
- El nivel de colesterol
- Peso corporal
- Nivel de energía
- La fuerza muscular
- Las condiciones de la piel
- La memoria, entre otros.

¿Qué es el cáncer de tiroides?

El cáncer se produce debido al crecimiento sin control de células anormales en alguna parte del organismo. El cáncer de tiroides es un cáncer que se origina en la glándula tiroides y es el más frecuente en endocrinología.

El pronóstico del cáncer de tiroides es excelente por lo general, cuando se trata adecuadamente. La mayoría de los cánceres de tiroides son fácilmente curables con cirugía y con yodo radioactivo

¿Cuáles son los síntomas?

El signo principal es un nódulo tiroideo (bolita) o inflamación en el cuello.

Algunos pacientes pueden presentar dolor en el cuello, en la mandíbula o en el oído. Si el cáncer es lo suficientemente grande puede causar dificultad al tragar o incluso dificultad para respirar.

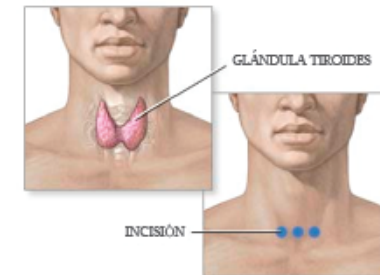
¿Cómo se diagnostica el cáncer de tiroides?

El diagnóstico del cáncer de tiroides se hace mediante un examen físico médico y en base a una biopsia por aspiración del nódulo tiroideo o después que el nódulo es removido en una cirugía.



¿Cuál es el tratamiento del cáncer de tiroides?

La principal opción terapéutica es la quirúrgica:



- 1 La cirugía se realiza para extirpar la mayor cantidad de tumor posible y cuanto más grande sea el tumor, mayor será la cantidad de glándula que se deba extirpar. Con frecuencia se extirpa toda la glándula.
- 2 Después de la cirugía, la mayoría de pacientes deben recibir yodo radioactivo para destruir cualquier tejido tiroideo remanente.
- 3 Luego de la cirugía o el yodo radioactivo, el paciente necesita tomar un medicamento por el resto de la vida, para sustituir la hormona que la tiroides producía normalmente.



Se da más frecuentemente en las mujeres que en los hombres. El promedio de edad es entre 25 y 65 años.



Su causa es inespecífica pero pueden intervenir factores de riesgo como: antecedentes familiares de cáncer tiroideo o algún factor genético

Anexo 12: Matriz de diagnóstico de la propuesta de creación del Departamento de Psicología del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C.

SOLCA Tungurahua

ESTÁNDAR	CRITERIO	INDICADOR	SOPORTE INFORMATIVO	INFORMANTES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
1.1 Que en el diseño del Departamento de Psicología y en el desarrollo y ejecución de las actividades de atención a los pacientes oncológicos se tomen en consideración las características socioeconómicas y culturales del contexto para una correcta intervención	Pertinencia	En el diseño del Departamento de Psicología están identificadas las características socioeconómicas y culturales del contexto	Documento de la propuesta del diseño del Departamento	Talento humano del Hospital SOLCA Tungurahua: -Director Ejecutivo -Director Médico -Director del Departamento de Psicología -Equipo de psicólogos clínicos -Practicantes	-Entrevistas -Guías -Registros
	Efectividad	Constatación de que en el desarrollo de las actividades de atención primaria, secundaria y terciaria, el psicólogo toma en cuenta las características socioeconómicas y culturales del contexto del paciente.	Ficha personal	-Director Médico -Director del Departamento de Psicología -Equipo de psicólogos clínicos -Practicantes	-Entrevista -Cuestionario
1.2 Que se hayan identificado las potencialidades del contexto en relación con la profesión.	Coherencia	Investigación sociocultural y económica del contexto y su correlación con la profesión.	Análisis FODA	-Director Ejecutivo -Director Administrativo -Trabajadores sociales	-Matrices FODA
1.3 Que se hayan detectado las necesidades a ser atendidas por el profesional.	Efectividad	Estudio de competencias del profesional	Documento del perfil profesional (Hoja de vida y certificaciones)	-Director del Departamento de Psicología -Director del Departamento de RRHH	-Entrevista

	Pertinencia	Reporte de las necesidades profesionales en la localidad.	Informe técnico	-Director del Departamento de RRHH -Practicantes	-Entrevista a expertos
1.4 Que se encuentren contruidos los escenarios futuros para la profesión	Recursos adecuados	Acuerdos o convenios entre el hospital, universidades y empresas	Documento de convenio	-Hospital -Universidades -Empresas	-Entrevista -Guías -Registros
1.5 Que estén identificados los usuarios de los servicios del Departamento de Psicología	Relevancia	Evidencia de que se ha realizado una investigación de detección de necesidades en el contexto local	Informe técnico de la investigación	-Director Administrativo	-Entrevistas -Encuestas
1.6 Que esté demostrada la necesidad de crear el Departamento de Psicología	-Coherencia -Recursos	Proyecto de creación del Departamento de Psicología	-Conclusiones del proyecto y del FODA institucional -Partida presupuestaria	-Creadores del Proyecto	-Juicio de expertos -Análisis de datos -Encuestas
1.7 Que se haya definido su ámbito de acción	Pertinencia	Definición de procedimientos a seguirse para el cumplimiento de sus fines	Manual de procedimientos	-Director Administrativo -Equipo de psicólogos	-Guía -Análisis de documentos
1.8 Que estén determinados los valores éticos y morales	Pertinencia	Aplicación de estrategias de intervención psicológica dentro del Código de Ética Profesional	Reglamento de procedimientos internos de ética profesional	-Director Ejecutivo -Director Médico -Director del Departamento de Psicología -Equipo de psicólogos	-Entrevista -Juicio de Expertos -Análisis de documentos -Estudio de casos

Elaborado por: Mejía, Andrea.

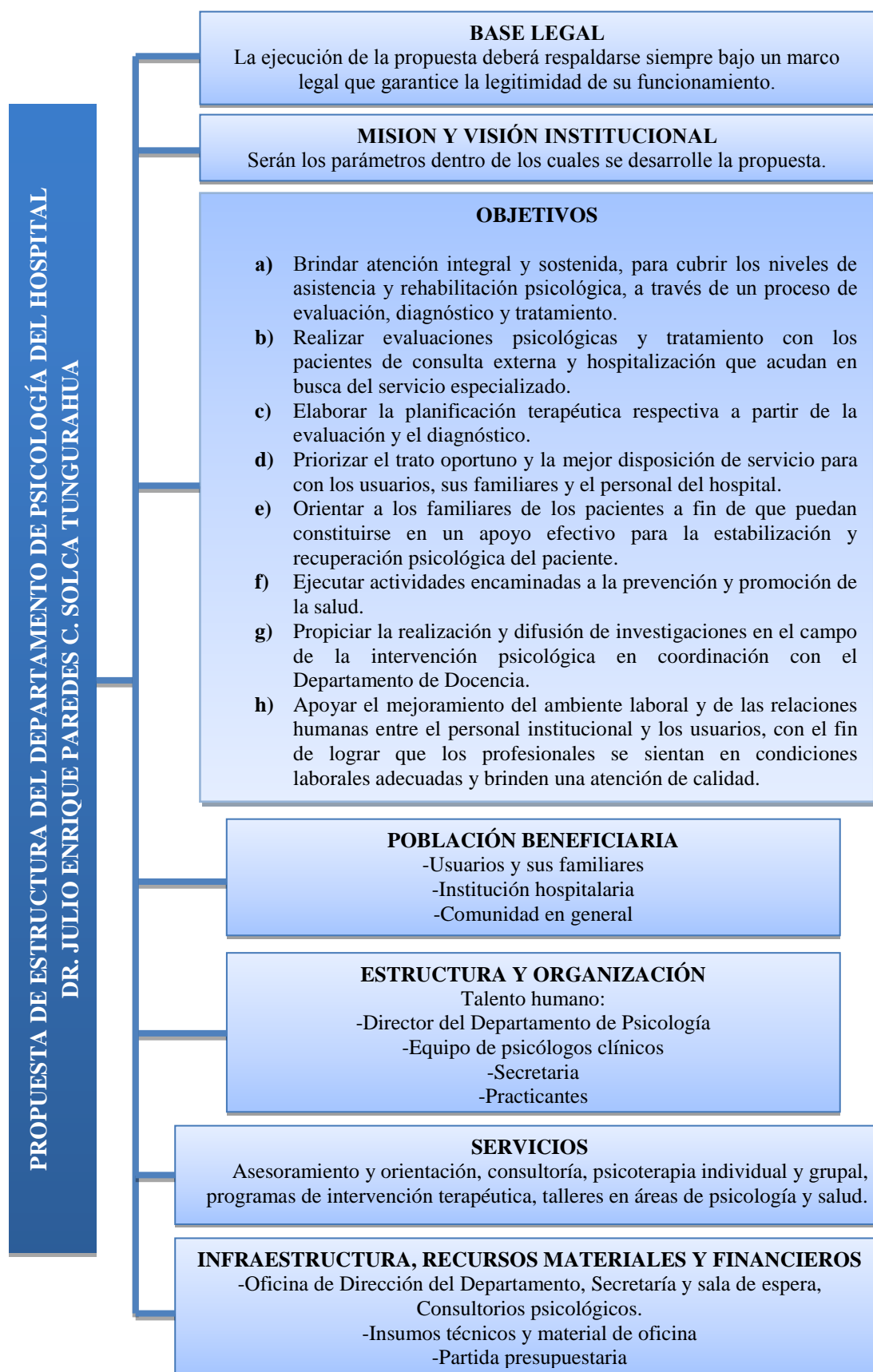
Anexo 13: Matriz de procesos de integración del Departamento de Psicología del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. SOLCA

Tungurahua

FASES	METAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	PARTICIPANTES	EVALUACIÓN
1.1 Concienciar a la comunidad hospitalaria de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua sobre la necesidad de proporcionar el mejor servicio de atención a los usuarios.	Lograr la participación activa de la comunidad hospitalaria para el logro de objetivos.	-Organizar grupos de trabajo para realizar talleres con directivos, equipo médico, personal de enfermería, equipo de psicólogos, practicantes y voluntariado. -Elaborar fichas de control para registros de asistencia. -Planificar el tiempo.	-Integración social y profesional -Identidad personal y conciencia colectiva.	-Autoridades -Médicos -Psicólogos -Trabajador Social -Personal de enfermería -Auxiliares -Practicantes -Voluntariado	Identificar las problemáticas relacionadas con el servicio de atención a los usuarios.
1.2 Integrar a los participantes al proceso.	Conseguir aceptación y compromiso del cumplimiento.	-Socialización de problemas detectados. -Discusión y análisis de normas y metas colectivas. -Autoobservación y autodefinición.	-Desarrollo de la inteligencia emocional, espiritual y formativa. -Refuerzo de vínculos afectivos entre los actores del proceso.	-Autoridades -Médicos -Psicólogos -Trabajador Social -Personal de enfermería -Auxiliares -Practicantes -Voluntariado	Conocer el grado de dificultad en las relaciones con los usuarios que acuden a la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua.
1.3 Determinación de compromisos de la comunidad hospitalaria para participar de forma activa en todos los talleres de orientación psicológica a desarrollarse.	Conseguir que la comunidad hospitalaria interiorice y aplique los cambios esperados como resultado de la propuesta.	-Concientizar sobre la práctica de valores éticos, cívicos y morales en el ejercicio de la profesión y su formación integral, utilizando charlas, conferencias, videos, foros, talleres y otros.	-Participación activa de los directivos, y personal sanitario en la solución de los conflictos institucionales.	-Autoridades -Médicos -Psicólogos -Trabajador Social -Personal de enfermería -Auxiliares -Practicantes -Voluntariado	Validación del nivel de aceptación e internalización de los talleres por parte de los participantes.

Elaborado por: Mejía, Andrea.

Anexo 14: Propuesta de la estructura del Departamento de Psicología



Elaborado por: Mejía, Andrea.

Anexo 15: Modelo operativo de atención del Departamento de Psicología del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C.



Elaborado por: Mejía, Andrea.