



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

“PACIENTES DE GÉNERO FEMENINO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA Y SU INCIDENCIA EN LAS IDEAS IRRACIONALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. DE LA CIUDAD DE AMBATO”

Disertación de grado previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

Psicoestadística, medición y evaluación psicológica

AUTOR:

SANTIAGO ANDRÉS ESCOBAR ESPÍNDOLA

DIRECTOR:

M.U.Ps. RODRIGO MORETA HERRERA.

Ambato – Ecuador

Febrero 2014

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“PACIENTES DE GÉNERO FEMENINO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA Y SU INCIDENCIA EN LAS IDEAS IRRACIONALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. DE LA CIUDAD DE AMBATO”.

Líneas de investigación:

PSICOESTADÍSTICA, MEDICIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.

Autor:

SANTIAGO ANDRÉS ESCOBAR ESPÍNDOLA

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, M.U.Ps. f. _____

CALIFICADOR

Liliana Alejandra Naranjo Guevara, Psc. Cl. f. _____

CALIFICADOR

Galo Alberto Cobo Espíndola, Dr. f. _____

CALIFICADOR

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Psc. Cl. f. _____

DIRECTOR ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f. _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Febrero 2014

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Santiago Andrés Escobar Espíndola, portador de la cédula de ciudadanía 180393460-1 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico 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 mi exclusiva responsabilidad legal y académica.

Santiago Escobar Espíndola

C.I. 180393460-1

AGRADECIMIENTO

Brindo mi sincero agradecimiento a todas las personas que me apoyaron moral e intelectualmente en el desarrollo de esta investigación mis amigos, mi director de tesis y finalmente a mi familia por su constante ayuda e incentivo.

DEDICATORIA

Dedico esta investigación al apoyo brindado por mis padres, a mi director de disertación Rodrigo Moreta que me brindo el conocimiento para sacar adelante esta tesis, a aquellos que nunca esperaban que lograra la culminación de esta etapa de mi vida y a todas las demás personas que me brindaron una mano.

RESUMEN

En la actualidad el cáncer de mama es uno de los problemas en crecimiento que se ha evidenciado con el paso del tiempo. La cultura, la dinámica social y el estilo de vida cumplen un papel muy importante en el desarrollo de las enfermedades de carácter riesgosas; en este caso el cáncer de mama, el cual se pondrá en análisis e investigación por medio del uso de herramientas psicológicas y psico-estadísticas en el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. con pacientes de género femenino que hayan sido diagnosticadas de cáncer de mama en cualquiera de sus etapas de tratamiento, con el fin de demostrar el aumento de las ideas irracionales que se presentan en el momento del diagnóstico y de igual manera en las distintas fases del tratamiento en el que se encuentra, independientemente del estadio de la enfermedad de la persona. La indefensión, intolerancia a la frustración, perfeccionismo, psicoticismo e ideación paranoica, entre otras son áreas psicológicas que están comprometidas en el proceso de la enfermedad y las que son potencialmente generadores de ideas irracionales. Estos planteamientos van a ser tomados en cuenta para determinar el grado de incidencia de las ideas irracionales en la paciente con cáncer de mama.

ABSTRACT

Currently breast cancer is one of the rising problems that has revealed itself through time. Culture, social dynamic and life style have a very important role during the development of risky illnesses such as this case: breast cancer which will be put into analysis and investigation through the use of psychological and psycho statistics tools at “Dr. Julio Enrique Paredes C. Hospital” with female patients that have being diagnosed with breast cancer during any stage of treatment in order to demonstrate the rise of irrational ideas that occur during the diagnosis as well as the other phases found in patients, regardless the stage of illness of the person. Helplessness, intolerance to frustration, perfectionism, psychoticism and paranoid ideation among others, are engaged to the illness process and the ones that potentially generate irrational ideas. Those statements will be taken into account to determinate the degree of incidence within irrational ideas in the patient with breast cancer.

TABLA DE CONTENIDO

PRELIMINARES

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
TABLA DE CONTENIDO.....	viii
TABLAS DE GRÁFICOS	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	5
1. MARCO TEÓRICO	5
1.1 Diagnóstico de Cáncer de Mama en el Género Femenino.....	5
1.1.1. Generalidades	5
1.1.2. Aproximaciones conceptuales.....	7
1.1.2.1 Definición y uso del término Oncología.....	7
1.1.2.2 Definición y uso del término Cáncer.....	7
1.1.3. Estudio descriptivo del cáncer.....	8
1.1.3.1 Prevalencia del cáncer	8
1.1.3.2 Etiología del cáncer:	8
1.1.3.3 Criterios para la identificación y diagnóstico de Cáncer	10
1.1.4 Tipología del Cáncer:	13
1.1.5 Aproximaciones conceptuales al estudio del Cáncer de mama.....	14
1.1.5.1 Definición.....	14
1.1.5.2 Anatomía de las glándulas mamarias.....	14
1.1.5.2.1 Anatomía Macroscópica de las glándulas mamarias	14
1.1.5.2.2 Anatomía microscópica de la mama.....	15

1.1.6	Etiopatogenia del cáncer de mama	16
1.1.7	Prevalencia del cáncer de mama.....	18
1.1.8	Signos y Síntomas del Cáncer de mama:	18
1.1.9	Tipología del Cáncer de Mama:	19
1.1.10	Diagnóstico de Cáncer de Mama:.....	20
1.1.11	Estadificación del cáncer de mama	22
1.1.12	Aproximaciones al estudio de las implicaciones psicológicas en pacientes diagnósticas del Carcinoma de mama	23
1.1.12.1	Definición y uso del término Psico-oncología.....	23
1.1.12.2	Psico-oncología del cáncer de mama	23
1.1.12.3	Psico-génesis del carcinoma mamario	24
1.1.12.4	Psico-fisiología del carcinoma mamario:	24
1.1.12.5	Tratamiento multidisciplinario del Cáncer de Mama	25
1.2.1	Estudios teóricos acerca de la Psicología Cognitiva y Conductual.....	27
1.2.1.1	Antecedentes históricos de la Psicología cognitiva.	27
1.2.1.2	Aproximaciones conceptuales a los términos conducta, cognición y Psicología Cognitiva	30
1.2.1.3	Características de las Conductas.....	32
1.2.1.4	Características de las Cogniciones.....	33
1.2.1.5	Factores que intervienen en la variación de la conducta	34
1.2.1.6	Factores que interviene en la variación de la cogniciones.....	35
1.2.1.7	Tipología de las conductas.....	36
1.2.1.8	Tipología de los procesos Cognitivos	37
1.2.2	Aproximaciones teóricas de la Psicología Cognitiva	37
1.2.2.1	Introducción	37
1.2.2.2	Modelos Cognitivos	38
1.2.2.3	El Modelo Racional Emotivo Conductual	41

1.2.2.4	La Técnica de los A-B-C de la Terapia Racional Emotiva (RET)	41
1.2.2.5	Las Ideas Irracionales	43
1.2.2.6	Efectos de la RET	48
1.2.3	La Intervención psicológica	51
1.2.3.1	Ideas irracionales y su relación con el cáncer de mama:	51
1.2.3.2	Aplicación de la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis	53
1.2.3.3	Efectos Psicológicos producidos por los tratamientos para combatir el Cáncer	53
CAPÍTULO II		55
2	MARCO METODOLÓGICO.....	55
2.1	Paradigma de la investigación.....	55
2.2	Diseño de la investigación	55
2.3	Objetivos de la investigación	56
2.3.1	Objetivo general.....	56
2.3.2	Objetivo específico.....	56
2.4	Hipótesis.....	57
2.4	Variables	57
2.5	Instrumentos	58
2.6	Análisis de población y muestra	59
2.6.1	Población.....	59
2.6.2	Muestra.....	60
2.6.3	Procedimiento metodológico	60
CAPÍTULO III.....		62
3.	Análisis de datos y resultados	62
3.1	Análisis de la población	62
3.2	Análisis de los resultados del reactivo SCL90R	64
3.2.1	Necesidades de atención psicológica de la muestra.....	67

3.3 Análisis de resultados de reactivo Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (González, 2004).....	70
3.4.1 Distribución de la muestra según el tipo de afrontamiento	72
3.4 Resultados del test TCI	74
3.5 Estudio de Correlación entre el diagnóstico de cáncer de mama a través de los síntomas psicológicos y las ideas irracionales	77
3.6 Estudio de Correlación entre el diagnóstico de cáncer de mama a través de los síntomas psicológicos y los estilos de afrontamiento.	79
3.6.1 Correlación con la escala positiva	79
3.6.2 Correlación con la escala positiva y negativa.....	81
3.7 Comprobación de Hipótesis	82
CAPÍTULO IV	84
4 Conclusiones y recomendaciones	84
4.1 Conclusiones	84
4.2 Recomendaciones.....	85
CAPÍTULO V	87
5 Propuesta de la investigación.....	87
5.1 Psicoterapia de Apoyo en Pacientes Oncológicos	87
5.1.1 Introducción	87
5.1.2 Antecedentes investigativos:.....	88
5.1.3 Datos informativos:	89
5.1.3.1 Unidad de aplicación de la propuesta:	89
5.1.3.2 Unidad ejecutora:.....	89
5.1.3.3 Responsable:	89
5.1.3.4 Equipo de apoyo:	89
5.1.3.5 Beneficiarios inmediatos:	89
5.1.3.6 Beneficiarios mediatos:.....	89

5.2	Objetivos:.....	89
5.2.1	Objetivo General	89
5.2.2	Objetivos Específicos	89
5.3	Mecanismo de Intervención:	90
5.4	Metas:.....	93
5.5	Conclusiones:	93
	BIBLIOGRAFÍA.....	94
	ANEXOS.....	101
	Anexo 2: Modelo de Historia Clínica	103
	Anexo 3: CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS (SCL-90-R).	104
	Anexo 4: TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES	108
	Anexo 5: Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.	111

TABLA DE GRÁFICOS

Cuadros:

Cuadro 1.01. Señales de alarma frente a la sospecha de cáncer.....	11
Cuadro 1. 02. Tipos de cáncer más comunes.....	13
Cuadro 1.03. Anatomía macroscópica de la mama	15
Cuadro 1. 04. Esquema causal del cáncer mamario como enfermedad multifactorial	17
Cuadro 1. 05. Signos y síntomas del cáncer de seno.	19
Cuadro 1. 06. Estratificación del cáncer de mama.....	22
Cuadro 1. 07. Métodos clínicos para el tratamiento del cáncer	26
Cuadro 1. 08. Procesamiento de la información.....	32
Cuadro 1. 09. Características de las conductas.....	33
Cuadro 1. 10. Características del modelo de Procesamiento de información	33
Cuadro 1. 11. Factores causales de la conducta.....	34
Cuadro 1. 12. Factores causales de la variación de cogniciones.....	36
Cuadro 1. 13. Tipología de las conductas.....	36
Cuadro 1. 14. Tipos de procesos cognitivos	37
Cuadro 1. 15. Los A-B-C de la RET	42
Cuadro 1. 16. Formas básicas de las ideas irracionales	44
Cuadro 1. 17. Aspectos del Comportamiento Irracional.....	45
Cuadro 1. 18. Principios por los que las ideas irracionales tienen una raíz biológica	46
Cuadro 1. 19. Principios por los que las ideas irracionales tienen una raíz biológica	47
Cuadro 1. 20. Ideas Irracionales propuestas por Albert Ellis.....	48

Gráficos:

Gráfico 1. 01. Células ductales y lobulares	16
Gráfico 1. 02. Mecanismo A-B-C propuesto por Albert Ellis	43
Gráfico 1. 03. Los modelos A-B-C y D-E de Albert Ellis	50

Gráfico 3. 01. Comportamiento comparado Dimensional de los Síntomas Psicológicos...	65
Gráfico 3. 02. Comportamiento comparado global del SCL90R.....	67
Gráfico 3. 03. Números de participantes del grupo 1 con implicaciones en las dimensiones psicológicas.....	69
Gráfico 3. 04. Cuadro comparativo de las sub-escalas y escalas del CAEPO entre grupos	72
Gráfico 3. 05. Cuadro comparativo en los tipos de afrontamiento	73
Gráfico 3. 06. Cuadro comparativo de las creencias irracionales	76
Gráfico 3. 07. Valores globales del Test de Creencias Irracionales.....	77
Gráfico 3. 08. Gráfico de dispersión de puntos correlacionando resultados del test SCL90R y TCI.....	78
Gráfico 3. 09. Gráfico de dispersión entre los test SCL90R y CAEPO	80
Gráfico 3. 010. Gráfico de dispersión de puntos Entre los resultados de los síntomas psicológicos (SCL90R) y la escala negativa del Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO).....	81

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un grupo de más de cien enfermedades relacionadas, las cuales se caracterizan por el crecimiento anormal e indiscriminado de las células que anteriormente atravesaban un funcionamiento normal; dentro de este grupo de enfermedades, el cáncer de mama (carcinoma mamario) es la proliferación indiscriminada de células malignas entorno al tejido mamario; la misma que puede clasificarse a su vez en: a) ductal (los conductos de secreción de leche y otros fluidos) y b) lobulillar o lobular (glándula mamaria y puede extenderse a otras áreas del cuerpo).

Estudios desarrollados demuestran que mujeres con cáncer metastásico que recibieron terapia psicológica tenían mayor probabilidad de sobrevivir, en comparación con el grupo que no la recibió (Spiegel, 1989, p. 369).

Existen posibles factores de personalidad predisponente al cáncer entre ellos están en lo interpersonal aceptación de autoridad, docilidad y lealtad; en el temperamento la depresión, indefensión, fatiga; en el ámbito emocional está la tranquilidad la supresión de emociones negativas; en el aspecto cognitivo la racionalidad, pesimismo, y los factores sociales como la soledad, carencia de apoyo social, carencia de intimidad (Green J, Shellenberger, 1991, p. 158).

Es común en nuestra cultura y sociedad que se desconozcan los procesos mentales que se dan en las personas, así como de la relación con el equilibrio emocional, físico y social de los mismos; ésta información resulta limitada no solamente en los

profesionales de la Salud en general, sino que de manera más marcada en las personas que no están al tanto o no tienen idea sobre los efectos que pueden generar estos procesos en el desarrollo del cáncer de mama en las mujeres y como pueden influir en el desarrollo adecuado o inadecuado del tratamiento.

El cáncer de mama en la actualidad es uno de los tipos de cáncer más comunes a nivel mundial y que toma la vida de miles de mujeres al año y parte del desarrollo de la enfermedad se debe a factores ambientales, es decir, de todo lo que está a nuestro alrededor que interactúa y causa un efecto físico y psicológico, por esta razón, la generación de la presente investigación es de importancia, pues las mujeres que reciben un diagnóstico de cáncer presentan procesos cognoscitivos (ideas erróneas o ideas irracionales) de mayor incidencia que reducen y disminuyen el proceso y efecto del tratamiento médico y que producen también un déficit en el estado emocional y físico de la persona a causa del aumento de las ideas irracionales que se generan. (Prieto, 2004, p. 109)

La relación entre una idea Irracional como potencial factor para estimular al estrés, está determinada porque afecta directamente al sistema inmunológico y endócrino en el cuerpo por la estimulación de la corteza suprarrenal, siendo esta la respuesta del organismo al estrés, y por ser parte de esa reacción de alarma, se presenta una marcada involución del tejido linfático y del timo, productores fundamentales de los componentes del sistema inmunitario; de tal manera que a causa de sus fuertes efectos, como consecuencia el estrés tendría potencial incidencia sobre la susceptibilidad de la persona. (Prieto, 2004, p. 110)

Mediante la realización de la investigación se pretende proponer un tipo de intervención psicológica enfocada en el tratamiento y elaboración de las ideas irracionales que inciden a raíz del diagnóstico de Cáncer de mama femenino y su mantenimiento. Por lo tanto ésta investigación generará un nivel impacto de carácter positivo para la entidad en la que se realizará la investigación, así como para la universidad y de manera específica a las personas que padecen de este tipo de enfermedades.

Los beneficios que traerá la elaboración de la investigación son de amplio valor para la comunidad y para todo el entorno en el que se va a llevar a cabo el desarrollo de la misma como el mejoramiento en las intervenciones médicas (en especial sobre el acompañamiento que se les da a las pacientes).

En el primer capítulo de la investigación se desarrolla una detallada conceptualización sobre los que es cáncer, tipos y estadíos tomando en cuenta al cáncer de mama el objetivo de la investigación y relacionándolo con las ideas irracionales como potencial generador de estrés en la paciente que es diagnosticada con cáncer de mama. De igual manera de desarrollan las ideas irracionales poniendo en conocimiento los efectos tanto físicos como psicológicos de las mismas.

El segundo capítulo expone la metodología con la que se ha desarrollado la investigación, también las herramientas que se utilizaron para la obtención de los datos.

En el siguiente capítulo se enuncian los resultados de los reactivos que se aplicaron a las pacientes con cáncer de mama, a los pacientes con otros tipos de cáncer y a las

personas sin ningún tipo de cáncer en el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C.

En la sección número cuatro de la presente investigación se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones que se obtuvieron en base a la adquisición tanto del material bibliográfico para el desarrollo de los conceptos, como de la información que se encontró por medio de la aplicación de los reactivos, y sus posteriores análisis estadísticos.

En el capítulo cinco se encuentra la propuesta de la investigación, en donde se detalla un modelo de intervención psicológica dirigida hacia las pacientes de cáncer de mama y otros tipos de cáncer en general.

Finalmente la bibliografía con la que se realizó la investigación, páginas web visitadas y los anexos en los que se presentan las herramientas psicométricas que se utilizaron y las hojas de recolección de información.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Diagnóstico de Cáncer de Mama en el Género Femenino

1.1.1. Generalidades

Desde el inicio de los tiempos el ser humano ha padecido de diferentes tipos de enfermedades que han aquejado la salud y han tomado la vida de muchas personas tales como, la lepra en los tiempos bíblicos, así también como en la edad media y renacimiento en el Continente Europeo la Peste Bubónica, en el siglo XIX la tuberculosis. A partir del siglo XX con los avances en microbiología y farmacología las enfermedades infecciosas ya no producen el efecto que producían en tiempos pasados. En la actualidad la enfermedad que produce más angustia en la población en general es el cáncer (Pitot, 1981, p.1).

El Cáncer que para el paciente es denominado como “la enfermedad más horrible que acaba con una muerte dolorosa”, para el médico es considerado como una más de las enfermedades inflamatorias, traumáticas, tóxicas o degenerativas, para el investigador de cáncer la célula cancerosa es consecuencia de una serie de alteraciones bioquímicas de la célula normal (Pitot, 1981, p. 2).

Cualquier tipo de organismo pluricelular puede adquirir Cáncer. La paleopatología ha confirmado la aparición de lesiones neoplásicas en huesos de dinosaurios mucho antes de la aparición del Homo Sapiens, y por ende los neoplasmas inducidos en plantas y animales vertebrados e invertebrados, razón por la cual el cáncer ya pudo estar presente entre nosotros en etapas evolutivas de la vida sobre la tierra.

En el cuarto siglo A.C. en la era Hipocrática fueron registrados muchos tipos de neoplasmas tales como el cáncer de estómago o útero. Hipócrates fue el que acuñó el término *carcino*¹ para hacer referencia a los tumores benignos, hemorroides y ulceraciones crónicas, mientras que para los tumores malignos que se propagaban dentro del cuerpo y conllevaban a la muerte del paciente acuñó la palabra *carcinoma*. Posteriormente en el siglo X A.C. Galeno habla de la similitud del neoplasma a la de un cangrejo, de igual manera, encontró una proliferación ósea en el cierre de una fractura y descubre la hipertrofia de la glándula mamaria en la maduración sexual femenina (Pitot, 1981, p. 2).

El Cáncer de mama fue descubierto desde tiempos antiguos y analizados de distintas maneras por varias civilizaciones, en el Antiguo Egipto el cáncer de mama estaba conocido como un fruto sin mondar que es duro y fresco al tacto, de igual manera en el papiro descubierto por Smith² menciona la incurabilidad del cáncer de mama cuando el tumor es sangrante duro e infiltrante. La evolución de los métodos médicos y los análisis sobre el cáncer de mama fueron evolucionando con el paso del tiempo determinando terapias para contrarrestar los efectos que produce el cáncer y hasta los actuales tiempos se llevan a cabo investigaciones y se siguen innovando los métodos de tratamiento a favor de la lucha contra el Cáncer de Mama (Avello, 1988, p 13).

El cáncer de mama en la actualidad es uno de los grandes males que ha tomado fuerza en estos últimos 25 años, es una de las principales causas de muerte alrededor de todo el mundo; de igual manera en los países de Latinoamérica el carcinoma

¹ Carcino: derivada del griego *karkinos* que significa 'cangrejo'. El nombre proviene de que algunas formas de cáncer avanzan adoptando una forma abigarrada, con ramificaciones que se adhieren al tejido sano, forma similar a la de un cangrejo marino.

² Smith: Nació en 1931 en Alabama es un botánico y explorador estadounidense y pertenece al grupo académico del Departamento de Botánica y Bacteriología, Universidad de Arkansas; y ha realizado extensas expediciones botánicas por México y EE.UU.

mamario en mujeres, entre las enfermedades crónicas, está entre los principales dolencias que aquejan a esta población (Barragán et al., 2009, p. 7).

Existen consecuencias que vienen acompañadas de esta enfermedad, como la pérdida de autonomía y la disminución del contacto social por la eliminación de actividades, éstas se convierten en un desafío de carácter físico y emocional en la persona, puesto que al momento del diagnóstico de Cáncer la persona lo relaciona con la muerte o el final de la vida (Castillo & Chesla, 2007, p.157).

1.1.2. Aproximaciones conceptuales

1.1.2.1 Definición y uso del término Oncología

La Oncología es una rama de estudio derivada de la Medicina, que está determinada por la Salud Pública como especialidad desde la década de los 80's. La Oncología es una rama de la medicina que está dirigida al diagnóstico, prevención, tratamiento, análisis general del paciente portador del cáncer desde la parte curativa y paliativa (Pérez & Hannois, 2009, p. 4).

1.1.2.2 Definición y uso del término Cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer comprende un amplio grupo de más de cien enfermedades que se pueden establecer en cualquier parte del organismo, también se los denomina como “tumores malignos” o “neoplasias³ malignas”. Ésta patología está caracterizada por la multiplicación de células anormales que se desarrollan más allá de su lugar de origen y que pueden propagarse

³ Neoplasia: Es una masa anormal de tejido provocada porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior al normal y pueden ser benignas o malignas.

hacia otras partes del cuerpo por medio de un proceso de “metástasis” en estadios avanzados de la enfermedad (OMS, 2008, p. 27).

El cáncer es el resultado de diferentes procesos, el primero es uno de iniciación, que es una mutación del material genético que transmite a las demás células del órgano o la parte de cuerpo afectada, el segundo paso es la transformación maligna de todas las células ya alteradas y la tercera etapa que es la de la progresión desenfrenada de la enfermedad de local a general en el que tienen que darse obligatoriamente las dos etapas iniciales de la evolución del Cáncer.

1.1.3. Estudio descriptivo del cáncer

1.1.3.1 Prevalencia del cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud en el mundo cada año se registran 12'000.000 de nuevos casos de este tipo de enfermedad. Los datos recogidos del año 2005 determinaron 7.2 millones de fallecidos a causa del cáncer, en el que el 70 % de las defunciones es equivalente al 13% de muertes en el mundo, las mismas que se han producido en los países de más bajos recursos y que carecen de métodos adecuados para el tratamiento y prevención del cáncer; además 458.000 personas murieron por esta enfermedad alrededor del mundo, en el mismo año las personas murieron en mayor cantidad por el padecimiento de cáncer de pulmón, hígado, estómago y mama (OMS, 2008, p.11).

1.1.3.2 Etiología del cáncer:

El cáncer inicia en una célula por medio de la transformación de la misma de un estado normal en una tumoración y se puede dar por medio de la progresión de una lesión precancerosa en un tumor maligno el cual se desarrolla en la persona que la padece por medio de la actividad genética y tres categorías de aspectos externos:

- Carcinógenos Físicos: Radiaciones ultravioletas e ionizantes.
- Carcinógenos Químicos: Asbestos, el humo del tabaco, aflatoxinas⁴ (contaminantes de los alimentos), arsénico (contaminante del agua).
- Carcinógenos Biológicos: Infecciones adquiridas por virus, bacterias o parásitos.
- El envejecimiento juega un papel importante en el desarrollo del cáncer, el riesgo de padecer esta enfermedad aumenta mucho por la edad generalmente por los factores de riesgo junto con la capacidad de regeneración celular que se va disminuyendo con la edad. (OMS, 2008, p. 27).

Los anteriormente mencionados son los caminos por los que la persona puede adquirir el cáncer de manera externa (ambiental) y de los que se detalla de mejor manera a continuación:

Se conocen como agentes químicos a todas las sustancias de carácter artificial que se forman, que ya están formadas previamente y que pueden generar un efecto carcinogénico, como la exposición al alquitrán⁵ en la piel, el contacto con este compuesto en un inicio produce neoplasias benignas y que posteriormente se convierten en neoplasias malignas, también aparecen otras sustancias como el colorante azoico que produce quistes en el hígado, la nitrosamina⁶ conocida como una composición carcinogénica para el hígado y los riñones. Se conocen también algunos tipos de componentes inorgánicos que tienen propiedades carcinogénicas como el óxido de níquel y los sulfuros el berilio que puede producir tumores en el pulmón al ser inhalado, el arsénico que produce cáncer de piel, entre otras. Existen agentes químicos que pueden desarrollar y actuar de un modo directo o indirecto en

⁴ Aflatoxinas: Las aflatoxinas son mico-toxinas producidas por hongos del género *Aspergillus*. Las aflatoxinas son tóxicas y carcinogénicas para animales, incluyendo humanos.

⁵ Alquitrán: Sustancia pegajosa, grasa, oscura y de olor fuerte, que se obtiene de la destilación de ciertas materias orgánicas.

⁶ Nitrosamina: Compuestos químicos que pueden ejercer una acción carcinogénica.

la adquisición del cáncer, entre ellos se encuentra la alimentación, determinados hábitos que forman parte de nuestra vida cotidiana como por ejemplo; tabaco, alcohol, comidas con exceso de grasa, dietas hipercalóricas, exposición constante a componentes radiactivos, exposición excesiva de la piel a los rayos solares, entre otras. (Varela, 2002, p. 16).

Entre los aspectos físicos que pueden inducir a la formación de un neoplasma están las hormonas, en la que su producción anormal de hormonas endógenas o por una administración de hormonas exógenas, es un camino al proceso de carcinogénesis porque una alteración al sistema homeostático podría originar o resultar en una transformación neoplásica en algunos órganos como en el seno, ovarios, entre otros.

La inflamación crónica también es una de las maneras en las que se puede favorecer al apareamiento de agentes carcinogénicos en la persona como la irritación crónica por fumar, y demás (Pitot, 1981, p. 35).

1.1.3.3 Criterios para la identificación y diagnóstico de Cáncer

Un problema importante que se presenta con el cáncer es que esta enfermedad no produce síntomas y cuando lo hace, ello significa que la enfermedad está avanzada. Hay que sospechar de un cáncer invasor cuando se presenten las siguientes señales, que se consideran de alarma (Ver cuadro 1.01).

Cuadro 1.01. Señales de alarma frente a la sospecha de cáncer

1.	Signos y síntomas digestivos que no mejoren con tratamiento
2.	Hemorragias, principalmente vaginales entre menstruaciones, posteriores al coito o alimentación (digestivas y urinarias).
3.	Dolor persistente en alguna parte del cuerpo.
4.	Aparición de masas o ganglios.
5.	Tos persistente, alteraciones de la voz, dificultad para tragar.
6.	Cambios de tamaño, color y forma de lunares o verrugas.
7.	Heridas que no cicatrizan.
8.	Cambio del ritmo intestinal, de la frecuencia de las Deposiciones o de color o consistencia de las heces.
9.	Pérdida de peso injustificada.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2008, p.41)

No existe un tipo de examen o prueba específico para determinar si una persona padece de cáncer, para realizar un diagnóstico de esta enfermedad es importante seguir un proceso en el que se investigan los síntomas y las diferentes causas que pueden haber provocado el malestar, para ello en la mayoría de los casos se utiliza el método clínico de diagnóstico diferencial⁷ basado en la manifestación de los síntomas y la corroboración con los diferentes exámenes.

Los pasos para realizar un diagnóstico de cáncer según la Organización Mundial de la Salud (OMG, 2008, p. 27), sugieren un proceso recomendable en los siguientes puntos:

1. Entrevista clínica: Se obtiene información de los síntomas que tiene, cuanto tiempo los padece, si es que tiene antecedentes familiares y el estilo de vida de la persona.

⁷ Diagnóstico diferencial: procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente padece.

2. Exámenes Físicos: Tomar la tensión arterial y el pulso para saber el funcionamiento del corazón, temperatura, color de la piel, si el tumor es palpable, ya que eso le permitirá al médico ubicar la posición así como el tamaño aproximado.
3. Análisis de Laboratorio: Análisis de sangre, Análisis de orina.
4. Diagnóstico por imágenes: Este tipo de proceso permite observar los órganos internos y determinar de manera más exacta el posicionamiento de un tumor. Existen diferentes tipos de procedimientos como los rayos x de baja intensidad, tomografía axial computarizada, mamografía, imágenes de resonancia magnética.
5. Diagnóstico con inspección endoscópica: Por medio de una cámara que se introduce por medio de un tubo se puede observar lugares como el estómago, esófago, colon.
6. Biopsia: Es un proceso por medio del cual se extrae una muestra del tejido para así determinar por medio del microscopio si está o no afectado.
7. El envejecimiento juega un papel importante en el desarrollo del cáncer, el riesgo de padecer esta enfermedad aumenta mucho por la edad generalmente por los factores de riesgo junto con la capacidad de regeneración celular que se va disminuyendo con la edad.

1.1.4 Tipología del Cáncer:

Existen más de cien tipos de cáncer según lo ha descrito la OMS (2008) (Ver cuadro 1.02).

Cuadro 1. 02. Tipos de cáncer más comunes

Cáncer Gástrico	Es un tipo de crecimiento maligno de los tejidos del organismo producido por la proliferación contigua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos u órganos, en particular el esófago y el intestino delgado.
Cáncer Hepático	Se forma en los tejidos del hígado. El cáncer secundario del hígado es cáncer que se disemina al hígado desde otra parte del cuerpo.
Cáncer Colorrectal	Se presenta en los tejidos del colon, es decir, la parte más larga del intestino grueso. La mayoría de los cánceres de colon son adenocarcinomas lo que quiere decir que son cánceres que empiezan en las células que producen y liberan el moco y otros líquidos.
Cáncer Cervicouterino	Se produce en los tejidos del cuello uterino, este es el órgano que conecta el útero con la vagina. Es un cáncer que crece lentamente y que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común y su causa principal es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH).
Cáncer de Pulmón	Se origina en los tejidos del pulmón, por lo general, en las células que recubren las vías respiratorias. Los dos tipos más importantes de cáncer de pulmón son el cáncer de pulmón de células pequeñas y el cáncer de pulmón de células no pequeñas. Estos tipos de cáncer se diagnostican con base en el aspecto que tengan las células bajo un microscopio.
Cáncer de Mama	Tumor maligno que se origina por medio de la invasión de las células normales del tejido mamario el cual puede expandirse, es decir, hacer metástasis a áreas cercanas y distantes del cuerpo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2008, p. 9)

1.1.5 Aproximaciones conceptuales al estudio del Cáncer de mama

1.1.5.1 Definición

Según se lo define en la actualidad, es aquel que se da por una alteración de una de las células que forman la glándula mamaria invadiendo tejidos vecinos, la también llamada metástasis. (Piccolini & Allemand, 2012, p. 68).

El Cáncer invasor de Mama es un grupo heterogéneo que se presentan en esta glándula y que se diferencian de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Existen diferentes supuestos como la exposición hormonal que no se conoce bien, las formaciones tumorales que se forman por la proliferación de la apoptosis⁸ o muerte celular que hace que se produzcan mutaciones genéticas en las células y produce la activación de oncogenes⁹ o desactivación de los genes supresores del tumor.

1.1.5.2 Anatomía de las glándulas mamarias

1.1.5.2.1 Anatomía Macroscópica de las glándulas mamarias

Anatómicamente las glándulas mamarias están formada por tres partes, fundamentalmente por: a) tegumento mamario, b) tejido célula-adiposo subcutáneo y c) parénquima granular o mama (Ver cuadro 1.03).

⁸ Apoptosis: Forma de muerte celular que está desencadenada por señales celulares controladas genéticamente.

⁹ Oncogén: Es un gen anormal o activado que procede de la mutación de un alelo de un gen normal.

Cuadro 1.03. Anatomía macroscópica de la mama

Tegumento Mamario	Este tegumento a piel se presenta de diferentes maneras en la mama, así como la zona areolar ¹⁰ es una zona circular delgada con glándulas arcolares, sudoríparas y en algunos casos con hipertrofia por embarazo.
Tejido céluo-adiposos subcutáneo.	Está formado por tejido conjuntivo laxo y adiposo en el que se encuentran ligamentos cutáneos, nervios cutáneos, grasa, vasos sanguíneos y linfáticos.
Parénquima Granular o mama.	Se encuentra en el centro y adopta una forma triangular o cónica con dirección hacia la mamila donde señalan los conductos excretores.

Fuente: Avello (1988, p. 18)

1.1.5.2.2 Anatomía microscópica de la mama

Vascularización: Es el proceso por el cual un conjunto de vasos y tejidos de la mama trasladan fluidos en la mama, existen diferentes tipos de fluidos que transitan por la mama, entre ellas, las vías linfáticas que es el tema de gran trascendencia en el Cáncer de mama. La vascularización linfática es uno de los sistemas más complejos en la mama y se encuentra situado en la zona areolar, la de los conductos galactóforos y la de los lóbulos (Avello, 1988, p. 21). Las glándulas mamarias de una mujer adulta tienen entre 10 y 20 sistemas de conjuntos independientes que desembocan en el pezón y está formado por dos tipos de células en las unidades lobulares ductales terminales, sostenidas por tejido conjuntivo y adiposo alrededor de toda la glándula, que se expone en la imagen a continuación (Ver gráfico 1.01).

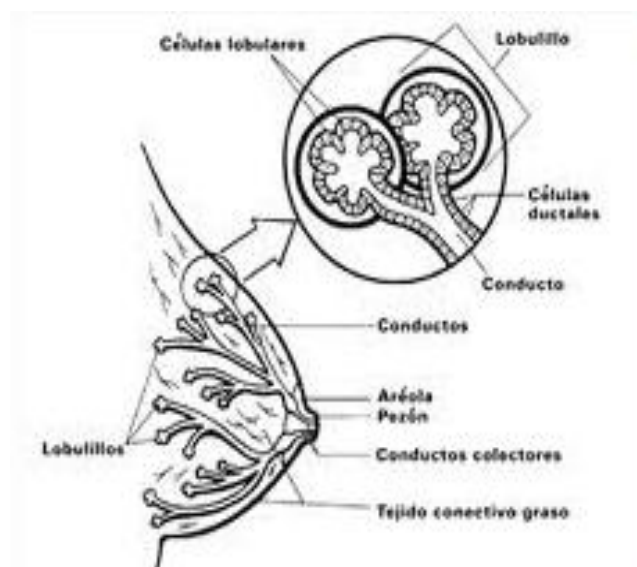
Células ductales: La glándula mamaria está formada por células ductales que están sostenidas por tejido adiposo conjuntivo y se encuentran en la rama terminal de la

¹⁰ Areola: El término areola o aréola (diminutivo del latín area, que significa "lugar abierto") se utiliza para describir cualquier área circular pequeña, como la piel coloreada que rodea el pezón en la glándula mamaria de la mujer.

unidad lobular final (Avello, 1988, p. 22).

Células lobulares: En la mama también aparecen las células lobulares alrededor de toda la glándula sostenidas por tejido adiposo conjuntivo y es aquella que se alinea hasta la entrada de la unidad lobular ductal terminal (Avello, 1988, p. 22) (Ver gráfico 1.01).

Gráfico 1. 01. Células ductales y lobulares



Nota: El gráfico muestra la composición de las que se encuentran formadas las glándulas mamarias, en este caso las células lobulares y las células ductales.

Fuente: Link (2008, p. 36)

1.1.6 Etiopatogenia del cáncer de mama

Existen diversos factores que pueden estimular al desarrollo del cáncer, en la mayoría de los casos el origen de esta enfermedad es multifactorial; los factores causales pueden ser de adquisición interna o debida a factores ambientales (Ver cuadro (1.04)).

Cuadro 1. 04. Esquema causal del cáncer mamario como enfermedad multifactorial

-
- Factores Endócrinos
 - Factores Genéticos
 - Factores Virales
 - Factores Inmunológicos
 - Factores Psicológicos (Estrés)
 - Factores Ambientales
 - Factores Ionizantes
 - Factores Medicamentosos
 - Factores Patológicos (benignos) de la glándula
 - Factores de senilidad¹¹
-

Fuente: Avello (1988, p. 25).

Para el desarrollo de la presente investigación se considerarán un grupo de factores considerados relevantes y que de la misma manera, sintetizan los factores mencionados anteriormente (Ver cuadro 2.04).

Factores Hormonales: El riesgo de contraer Cáncer de mama en mujeres por el uso de hormonas está determinado por la presencia de receptores de estrógenos.

Factores Virales: Es comprobado que las madres con alta cantidad de antecedentes de Carcinoma mamario pueden transmitir el virus carcinógeno a sus hijos, por esta razón es recomendable evitar la lactancia a los hijos por parte de las madres con estos precedentes.

Factores evolutivos: Es comprobado que existe más predisposición al Cáncer en edades avanzadas.

Factores psicológicos: Partiendo desde el momento del diagnóstico, la idea que comúnmente se tiene del cáncer y todos los conceptos y expectativas, se producen un sinnúmero de ideas irracionales sobre la enfermedad y su integridad misma.

¹¹ Senilidad: Degeneración progresiva de las facultades físicas y psíquicas debida a la alteración producida por el paso del tiempo en los tejidos.

Entre la población femenina el impacto puede afectar en diferentes ámbitos que son; las representaciones fisiológicas del cáncer de mama que desembocan con efectos sociales y psicológicos. El cáncer de mama está asociado con ideas de muerte inevitable, terror, sufrimiento, devastación incurabilidad, impotencia y dolor, en que sus representaciones sociales se generan debido al aspecto femenino en el concepto de la mujer (Mora, 2009, p. 514).

1.1.7 Prevalencia del cáncer de mama

Según la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2011) en el mundo cada año se registran 12'000.000 de nuevos casos de este tipo de enfermedad. Los datos recogidos del año 2005 determinaron 7.2 millones de fallecidos a causa del cáncer, en el que el 70 % de las defunciones es equivalente al 13% de muertes en el mundo, las mismas que se han producido en los países de más bajos recursos y que carecen de métodos adecuados para el tratamiento y prevención del cáncer; además 458.000 personas murieron por esta enfermedad alrededor del mundo, en el mismo año las personas murieron en mayor cantidad por el padecimiento de cáncer de pulmón, hígado, estómago y mama (OMS, 2008).

En América Latina la mayoría de casos de cáncer de mama se presentan en Uruguay con 110.9 y Argentina con 88.1 por cada 100.000 personas; en Ecuador el cáncer es la tercera causa de muertes con 61.000 casos por cada 100.000 personas diagnosticadas, en la que el cáncer de mama ocupa el 35.6% según el I Congreso Internacional de Oncología realizado en la Provincia de Manabí (2011).

1.1.8 Signos y Síntomas del Cáncer de mama:

Los signos del Cáncer de mama son todas aquellas manifestaciones que pueden ser observadas y diagnosticadas por un profesional en el mejor de los casos. El Cáncer

de Seno en sus primeras etapas es asintomático¹², pero conforme crece el tumor la forma de los senos puede cambiar al mirar y al palpar el seno (Cuadro 1.05).

Cuadro 1. 05. Signos y síntomas del cáncer de seno.

Cambios más comunes producidos en el seno (Signos)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del tamaño del seno o abultamiento en el mismo o en la axila. • Piel del seno partida o arrugada. • Pezón inmerso dentro del seno. • Expulsión de fluido, especialmente si contiene sangre. • La areola del pezón (parte oscura de la piel en el centro de cada seno) puede tornarse roja, cuarteada o hinchada.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre. • Decaimiento. • Disminución de apetito. • Cambio en el color de la piel.

Fuente: Diagnóstico precoz del cáncer de mama en medicina familiar, (1997, p. 25)

Estos son síntomas que generalmente no se dan debido al Cáncer sino por otra enfermedad de salud que es tratable, hay que tener en cuenta la persistencia de los síntomas para tener la sospecha de un cáncer, y debe diagnosticada por el médico especialista lo antes posible..

1.1.9 Tipología del Cáncer de Mama:

Existen dos tipos de células, las primeras se refieren a las ductales y las siguientes a las lobulares; los dos tipos células pueden mutar y desencadenar en neoplasia maligna alojada en la mama (Ver gráfico 01); también es importante mencionar que el cáncer de tipo lobular abarca el 15% de los casos registrados a nivel mundial,

¹² Asintomático: Ausencia de síntomas.

mientras que en cáncer de tipo ductal corresponde al 85% restante (Link, 2008, p.37).

La definición de los tipos de cáncer se presenta de la siguiente manera:

1. **Carcinoma Lobular:** Es el Cáncer menos común y tiene un sistema diferente al del Cáncer ductal, se da en la célula del conducto terminal que en su estado normal segrega leche en estado de lactancia. Se produce un cambio pre - maligno de las células, razón por la cual se dividen y llenan el hueco dentro de la rama, a este se le llama Cáncer lobular in situ (Link, 2008, p. 37).

2. **Carcinoma Ductal:** Este es el tipo de Cáncer de mama más común en el que cuando las células inician un cambio de carácter canceroso, se empiezan a reproducir de manera anormal e indiscriminada, por lo que se forma un tumor al que se denomina Carcinoma ductal in situ; en esta etapa el Cáncer no ha sobrepasado del tejido circundante, ni a la sangre, ni en los vasos linfáticos. La mayoría de estos tumores son asintomáticos, es decir que no presentan síntomas y es poco frecuente la secreción de sangre por el pezón o la presentación de micro-calcificaciones en la imagen de la mamografía. (Link, 2008, p. 37).

1.1.10 Diagnóstico de Cáncer de Mama:

Las neoplasias malignas en los senos de la mujer se pueden identificar de dos maneras: La autoexploración, que al palpar con las propias manos las glándulas mamarias puede detectar precozmente la presencia de un tumor o la deformación repentina de la mama y los exámenes médicos a los que se somete regularmente la paciente con sospecha de cáncer de mama. (Piccolini & Allemand, 2012, p. 7)

Para realizar un diagnóstico de Cáncer de Mama se deben investigar algunos aspectos tales como:

1. Antecedentes menstruales y reproductivos (Primera menstruación, embarazo,

menopausia, lactancia materna).

2. Situación socioeconómica.
3. Antecedentes oncológicos (Cáncer de mama, Cáncer de ovario, Cáncer de endometrio).
4. Antecedentes Familiares de Cáncer de Mama
5. Autoexploración de las Mamas
6. Antecedentes de intervenciones quirúrgicas de las Mamas
7. Síntomas

Una vez detectado que existe algún proceso fuera de la normalidad dependiendo del criterio médico se debe realizar una biopsia de carácter obligatorio, ya que esta ayudaría a determinar de mejor manera el apareamiento de células cancerosas (Piccolini, Allemand, 2012, p.79). La biopsia es un proceso por medio del cual el doctor procede a extraer una parte de la zona mamaria afectada para ser analizada en el laboratorio con la ayuda del microscopio y observar el apareamiento o no de algún carcinoma. Existen dos tipos de Biopsias:

1. **Biopsias Percutáneas:** Es el procedimiento que se realiza con agujas atravesando la piel hasta llegar a la zona afectada, es para analizar casos mínimamente invasivos que no requieren internación, se realizan con anestesia local y existen diferentes técnicas (Piccolini, Allemand, 2012, p.79).
2. **Biopsia Quirúrgica:** Este tipo de biopsia requiere de internamiento, la aplicación de anestesia general y un tiempo moderado de recuperación (Piccolini & Allemand, 2012, p. 79). Estos son los aspectos que se deben considerar como primordiales para realizar un diagnóstico de Cáncer de Mama.

1.1.11 Estadificación del cáncer de mama

En el cáncer de mama se presentan cinco estadios de proliferación de la enfermedad, éstos dependiendo de algunos elementos como el determinar si el carcinoma es invasor o "in situ", la dimensión, la presencia de ganglios linfáticos comprometidos y la diseminación a otros órganos cercanos al mismo (Ver cuadro 1.06).

Cuadro 1. 06. Estadificación del cáncer de mama

Estadio 0	Carcinoma ductal in situ y al carcinoma lobular in situ, no tiene la capacidad de diseminarse a otras partes del cuerpo.
Estadio I	Tumor de la mama mide 2 cm o menos y no se comprometen los ganglios axilares.
Estadio II	Tumor que mide menos de 2 cm y se compromete el ganglio axilar. Tumor de 2 y 5 cm con o sin afección de ganglios axilares. Tumor de más de 5 cm y sin comprometer ganglios axilares.
Estadio III	Tumor de más de 5 cm acompañada de ganglios linfáticos comprometidos. Independiente de la dimensión del tumor existen ganglios cercanos al esternón y a los ubicados por debajo de la clavícula, comprometidos. Cuando la enfermedad compromete la piel o la pared del tórax.
Estadio IV	Es cuando la enfermedad se ha diseminado hacia otros órganos del cuerpo (metástasis), con frecuencia en los huesos, pulmones, hígado o el cerebro.

Fuente: Piccolini & Allemand, 2012, p. 85)

1.1.12 Aproximaciones al estudio de las implicaciones psicológicas en pacientes diagnósticas del Carcinoma de mama

1.1.12.1 Definición y uso del término Psico-oncología

La Psico-oncología¹³ es una sub-especialidad de la Oncología, la Psicología y la Psiquiatría que define al cáncer como una enfermedad multifactorial desde su origen, tratamiento y evolución; la que está encargada del trabajo centrado en el paciente enfermo de cáncer, la familia y el grupo de trabajo que está llevando a cabo el tratamiento médico a favor de su mejoramiento (Rojas, 2006, p. 194).

1.1.12.2 Psico-oncología del cáncer de mama

El cáncer de mama es una vívida demostración de los diferentes factores que influyen en el desarrollo del mismo, existen aspectos sociológicos y culturales que se desencadenan en el cáncer, en nuestra esta enfermedad está vista como triste, mutilante, compleja para la familia, difícil para la pareja y una amenaza permanente (Rojas, 2006, p. 194).

Se presentan problemas psicológicos que van acompañados de la mujer que es diagnosticada o ya padece de la enfermedad y están ligadas a la sensación de pérdida real o potencial, en donde se manifiestan preguntas tales como: ¿voy a morir?, ¿voy a perder o voy a conservar mi mama?, ¿seguiré siendo sexualmente atractiva?, ¿me dicen la verdad o me están ocultando algo?, ¿tengo equipo médico competente?, ¿por qué enfermé?, entre otras (Pág. 195).

¹³ Psico-oncología: Psico proviene de la palabra Psique que significa alma, la palabra oncología deriva del griego onkos (masa o tumor) y el sufijo -logos-ou que es el “estudio de”.

1.1.12.3 Psico-génesis del carcinoma mamario

En la antigüedad Hipócrates en sus escritos mencionaba que los grandes cambios, las alteraciones violentas son los que generaban la enfermedad. Galeno también habla de que las mujeres melancólicas tienen más riesgo de padecer cáncer. Es comprobado epidemiológicamente que las mujeres enferman de carcinomas en mayor cantidad que en años anteriores, por causas como la ruptura de la dinámica familiar. La frecuencia de Cáncer de seno se da en mayor número en las viudas y distanciadas por lo que pueden influir factores psicosomáticos (Avello, 1988, Pág. 37).

1.1.12.4 Psico-fisiología del carcinoma mamario:

El estrés y las reacciones psíquicas como parte de influjos emocionales pueden repercutir en el desarrollo o desencadenamiento de la enfermedad, sea por interrelación cerebral o endócrina y neurovegetativa o también por la alteración de la situación del sistema inmunológico. La relación entre una idea irracional como potencial factor para producir estrés, está determinada por que afecta al sistema inmunológico y endócrino en el cuerpo y se da por la estimulación de la corteza suprarrenal, la respuesta del organismo al estrés y por ser parte de esa reacción de alarma, se presenta una marcada involución del tejido linfático y del timo, productores fundamentales de los componentes del sistema inmunitario; de tal manera que a causa de sus fuertes efectos sobre los factores inmunitario y endocrino, parecería que el estrés tendría propiedades potenciales profundas sobre la susceptibilidad de la persona (Prieto, 2004, p. 112).

Las células NK cuyo significado es “Natural Killer” (Asesino natural) son linfocitos que se originan en la médula ósea, poseen forma grande y granulada y tienen un papel mucho más específico en la defensa de nuestro cuerpo al destruir las células

infectadas o que puedan ser cancerígenas (Yang y Glaser, 2002, p. 116). El estrés emocional puede afectar en los siguientes aspectos:

- En los procesos y las acciones a la que están destinadas las células NK.
- Daña la actividad de los linfocitos T cooperadores, que son los encargados de la elaboración de anticuerpos y también la de los linfocitos T superiores, que frenan la producción de anticuerpos lo que conlleva a un cambio general en el sistema inmunitario.
- Inhibe la producción de interferón que es la proteína por la que se estimula al sistema inmunológico.

La evidente pérdida de autonomía y la disminución drástica del contacto social por la eliminación de actividades y por los síntomas que produce la enfermedad provocan que la persona con cáncer necesite depender de las indicaciones de otros, generando así, estados de estrés, ansiedad y depresión por la incapacidad para realizar actividades que realizaba antes. (Castillo & Chesla, 2007, p.157).

1.1.12.5 Tratamiento multidisciplinario del Cáncer de Mama

Existen diferentes tipos de tratamientos que se realizan en el cáncer de mama y se dan de acuerdo al tipo de cáncer, estadio, condición de la persona, entre otras. A continuación se enunciará algunos de los tipos de tratamiento para el cáncer de mama (Ver cuadro 1.07).

Cuadro 1. 07. Métodos clínicos para el tratamiento del cáncer

Tratamiento Quirúrgico	Es una de las instancias más importantes y consiste en erradicar las células cancerosas de la región mamaria afectada y también es llamada control local de la mama. Mastectomía, cuadrantectomía y tumorectomía son procedimientos que consisten en retirar el tumor de la mama a favor de su conservación.
Oncoplastia y reconstrucción	Es el uso de determinadas técnicas y procedimientos quirúrgicos para mejorar el resultado de la intervención sin comprometer la seguridad oncológica, el termino reconstrucción hace referencia a un grupo de técnicas quirúrgicas que ayudan a restaurar la forma de la mama después de la intervención quirúrgica.
Quimioterapia	Es un procedimiento oncológico en el que se administran drogas que destruyen y detienen el crecimiento de las células cancerosas. Este procedimiento conlleva efectos físicos que se dan por las drogas administradas.
Radioterapia	Es la aplicación de rayos con el objetivo de destruir las células cancerosas o para su crecimiento y expansión.
Hormonoterapia	Es un tratamiento hormonal que tiene como objetivo principal el evitar estímulos que a veces necesitan las células cancerosas para desarrollarse.
Terapias Dirigidas	Se da por medio de la administración de fármacos que impiden la proliferación de las células cancerosas.

Fuente: Piccolini & Allemand (2012, pp. 93-155)

El tratamiento multidisciplinario del cáncer de mama abarca no solamente los aspectos médicos y biológicos, los aspectos psicológicos y sociales que se desencadenan en base a un diagnóstico de cáncer producen efectos emocionales y psicológicos que pueden afectar al desarrollo del cáncer por esta razón es de vital importancia el tratamiento psicológico correspondiente para poder atender estas problemáticas y complementar de manera positiva el tratamiento.

1.2.1 Estudios teóricos acerca de la Psicología Cognitiva y Conductual

1.2.1.1 Antecedentes históricos de la Psicología cognitiva.

La mayoría de teorías están fundamentadas en una raíz filosófica, la Psicología y sus teorías también están basadas en la misma y como antecedente primordial la cognición la cual fue establecida desde las primeras premisas de la Filosofía. Los primeros pensadores en oriente y occidente buscaban conocer arduamente la naturaleza del mundo, del ser humano y concretamente de sus malestares emocionales en cuanto a Psicología y Psicoterapia se refiere; estos filósofos básicamente se dedicaron al estudio de el origen de las perturbaciones emocionales, la manera en la que las personas piensan para experimentar el malestar emocional y como el entendimiento y la comprensión eran herramientas útiles para recuperar la estabilidad. Desde los inicios de la Filosofía los estudiosos determinaron que las afecciones Psico-emocionales de la persona frenaban el normal desarrollo del ser humano y que éstas alteraciones provenían de lo que ahora se la llama Cognición (Hernández, Sánchez, 2007, p. 13).

En el siglo VI A.C., Lao-Tse funda el Taoísmo¹⁴ que es una corriente filosófica que afirma que si el hombre vive en armonía actuando de manera correcta con todo lo que le rodea (naturaleza, personas, animales, entre otras) iba a alcanzar la inmortalidad, ésta era una doctrina del lejano oriente. Tiempo después Confucio (551 a. C.) propone un método creando preceptos fundamentados con un proceso moral y familiar para la vida. Sidharta Gautama (Buda) en el año de 566 a.C., propone que el sufrimiento de la persona y sus malestares tanto físicos como emocionales se deben al mal manejo de las pasiones humanas, lo que puede llevar al

¹⁴ Taoísmo: Tao es un término de la lengua china que se traduce como “vía o camino”.

individuo a un estado de insensibilidad total, es decir, el Nirvana¹⁵; el budismo sostiene que la realidad está construida por nuestro propio pensamiento, por juicios y valores que damos a las cosas personas o situaciones y que éstas encarnan pasiones que pueden producir algún tipo de sufrimiento o malestar.

Sócrates (470-399 a. C.) en los siglos V y IV a.C., plantea que no tenía sentido conocer el mundo si primero no se conocía a uno mismo como un ser humano pensante y a partir de su manera de pensar y sus experiencias de vida surge la Mayéutica Socrática (el arte de dar a luz), parte de la premisa que “solo se, que no se nada”; en la actualidad, la mayéutica socrática la utilizan los terapeutas cognitivos - conductuales y ayudan al paciente a plantear su cognición de manera adecuada, racional, reflexiva e independiente, estimulando a la eliminación de lo ilógico y el establecimiento de la lógica. Platón (427-347 a. C.) que fue discípulo de Sócrates postula que el alma tiene tres partes y que éstas se encuentran en el cerebro y que cada parte tenía su propia fuerza dominante (sabiduría, voluntad y autocontrol); intentaba igualar el bien con el conocimiento proponiendo que las pasiones se pueden controlar mediante el manejo de las cogniciones o pensamientos. Aristóteles (384 a. C. – 322 a. C.), pupilo de Platón puso ímpetu en continuar la obra de su maestro, creó una institución y consideraba a diferencia de su antecesor que el ser humano es un ser sustancial y que es cuerpo y alma unidos, más no que el cuerpo y el alma fueron unidos por accidente, mantenía la teoría de que la lógica del pensamiento era algo predominante y superior que antecede a todos los organismos. Esta es una fundamentación en la que se basan los terapeutas cognitivo-conductuales.

¹⁵ Nirvana: Liberación definitiva del sufrimiento de la existencia o de los diferentes estados de reencarnación a los que todos los seres están sujetos.

Epicteto (50-125 d.C.) uno de los romanos sobresalientes en el Estoicismo¹⁶ también realiza postulados importantes en su libro Enchiridion¹⁷ y es el primero en plantear que las personas no se perturban por las cosas que suceden sino por la manera en que las interpretan (Hernández & Sánchez, 2007, p. 14).

Con el término cognición nos referimos a un conjunto de actividades o acciones a través de las cuales toda la información adquirida es procesada por un aparato psíquico que recibe, selecciona, transforma y organiza estructurando las representaciones de la realidad y generando conocimiento. El universo en el que todo organismo se desenvuelve está constantemente emanando información la cual es procesada por medio de emisores y receptores. En los años 60 gracias a la teoría de información se determina que la Psicología se encamina hacia lo cognitivo, Neisser en 1985 plantea que el ser humano no es entendido como un reactor de estímulos, sino que el hombre es un constructor activo de su experiencia (Hernández & Sánchez, 2007, p. 15).

¹⁶ Estoicismo nuevo: Se destaca por ser eminentemente práctica, donde las consideraciones lógicas, metafísicas o físicas del estoicismo antiguo pasan a un segundo plano para desarrollar, sobre todo, la vertiente ética de la escuela.

¹⁷ Enchiridion: derivada del griego enkheiridion, significa manual, y forma parte del título de muchas obras notables en la historia de la literatura académica o teológica.

1.2.1.2 Aproximaciones conceptuales a los términos conducta, cognición y Psicología Cognitiva

En los Inicios de la Psicología científica las primicias que normaban a la conducta se fundamentaban en la investigación básica y en la academia. En el siglo XX aparecen los primeros planteamientos que desarrollan la teoría del aprendizaje y los procedimientos empíricos del condicionamiento en donde posteriormente la Psicología experimental enfrenta al paradigma conductista por medio del análisis en animales y se destacan personajes como Pavlov, Wundt, William James, Watson y Skinner. (Hernández & Sánchez, 2007, p. 25)

Los postulados de Pavlov (1927-1928) acerca del condicionamiento clásico o respondiente son practicados hasta la actualidad y son estudiados por los primeros niveles en la carrera de Psicología. Thorndike (1911-1913-1989) que plantea el condicionamiento instrumental u operante. Watson y Rayner (1920) también realiza un importante aporte al desarrollo de la teoría aplicando las premisas Pavlovianas en trastornos psicológicos de seres humanos. Skinner (1953) afirma que se podría llegar a un entendimiento de gran parte de la conducta humana por medio de los principios del condicionamiento operante. También se desarrolló un modelo por Wolpe (1958) que estaba direccionado a la extinción de la conducta llamado desensibilización, con la teoría de que la ansiedad desaparece a consecuencia de una presentación repetida pero no traumática del estímulo (Hernández & Sánchez, 2007, p. 25).

Para las ciencias naturales *la conducta* se define como todas las variaciones o los cambios que experimentan y que tienen lugar en cualquier organismo que está expuesto a las influencias de medio en el que se desenvuelve, experiencia previa concebida y la constitución o formación genética. Todos los exponentes

anteriormente mencionados mantienen la teoría de que todas las conductas se pueden desaprender, aprender, mantener y modificar por medio del análisis científico, la correcta intervención y seguimiento y el énfasis en resultados que puedan ser sometidos a medición (p. 25).

La Psicología Cognitiva aparece como una teoría en contra de las propuestas del paradigma estímulo-respuesta del conductismo, proponiendo que el trabajo debe centrarse entre las variables mediadoras que otorgan la preponderancia de análisis de los fenómenos que ocurren en la mente del individuo, que se entiende como un procesador activo y que regula el camino entre el estímulo y la respuesta (p. 27).

Ésta teoría psicológica es un movimiento que se ha ido extendiendo las tres últimas décadas, está destinada a entrar en la intimidad del paciente, privacidad de la mente, espacios secretos de la subjetividad para intentar responder a las cuestiones planteadas por Tiberghien¹⁸ en 1993 como: ¿Cómo tiene lugar el conocimiento?, ¿Cómo se llega a conocer lo que se conoce?, ¿Quién es que conoce y por qué lo hace?, ¿Qué operaciones mentales son las que permiten llegar a este proceso? (p. 28).

La Psicología Cognoscitiva es la que da relevancia al sujeto, que es considerado como un ser activo y que puede influir en la elaboración de la realidad que le toca vivir, que trabaja en la positiva formación de su conducta y antepone a la experiencia como base para la construcción de la realidad (p. 27).

Por lo tanto, se entiende a *la cognición* como las respuestas de carácter privado y automáticas que se generan por todo aquello que se percibe en el medio ambiente en el que la persona se desenvuelve y mantiene las mismas leyes de aprendizaje que la

¹⁸ Tiberghien: (1819 – 1901) Filósofo nacido en Bruselas - Bélgica que complementó la teoría del conocimiento de Krause.

conducta (Kort, 2003, p. 17); por lo tanto la Psicología Conductual también es cognitiva porque busca la modificación de la conducta o de la cognición.

A éste conjunto de actividades y acciones llamada cognición también se la denomina ‘proceso cognitivo’ (Ver cuadro 1.08) en referencia a la facultad de procesar la información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar la información (Ausubel, Novak & Hanesian, 1983).

Cuadro 1. 08. Procesamiento de la información

Adquirir información	Ingresar la información por medio de los sentidos en donde por medio de un proceso fisiológico de transformación en un material válido para la siguiente característica fundamental.
Analizar información	Una vez ingresa la información se realiza un proceso de selección en donde se jerarquiza la información y no se desecha ninguna.
Utilizar información	La información que ingresada genera emociones y reacciones tanto psicológicas como fisiológicas como respuesta en base a la experiencia pasada.

Fuente: Rodríguez (2006, p. 2)

1.2.1.3 Características de las Conductas

Se reconocen cuatro características fundamentales que ayudan a identificar una conducta como objeto de estudio científico (Ver cuadro 1.09).

Cuadro 1. 09. Características de las conductas

-
1. La conducta es Funcional, es decir que tiene un objetivo, el de resolver o aliviar una tensión.
 2. La conducta implica siempre conflicto o ambivalencia
 3. La conducta solo puede ser comprendida en función del campo o del contexto en el que ésta ocurre.
 4. Todo organismo vivo tiende a preservar un estado de máxima integración o consistencia interna.
-

Fuente: Bleger, 1953, p. 27.

1.2.1.4 Características de las Cogniciones

La mente de manera natural realiza la acción de adquirir la información (proceso cognitivo) que ingresa por medio de los sentidos, en los que se realizan acciones determinadas y en las que se dan diferentes tipos de procesos fisiológicos, psicológicos de carácter consciente e inconsciente y que presenta ciertas características que se van desarrollando (Ver cuadro 1.10).

Cuadro 1. 10. Características del modelo de Procesamiento de información

-
- a. La conducta humana está mediada por el procesamiento de información del sistema cognitivo humano
 - b. Existe una diferenciación entre procesos (operaciones mentales implicadas en el proceso cognitivo), y estructuras (características constantes del sistema cognitivo).
 - c. Se conocen procesos cognitivos específicos (Atención, codificación, almacenamiento y recuperación).
 - d. Se enfatizan estructuras cognitivas: Receptor sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo
-

Fuente: Sánchez, Cano, 1992, p.10 referencia a Mahoney, 1974.

Como conclusión se puede determinar que el hombre es un ser que construye su realidad y forma la experiencia en donde se dan procesos cognitivos y trabajan estructuras que apoyan la elaboración del conocimiento.

1.2.1.5 Factores que intervienen en la variación de la conducta

Bleger (1953), después de analizar los postulados de Freud (1856-1939) opina que en sus planteamientos y análisis realizados a favor de conocer las causas o los motivos de la conducta, éste realizó un gran aporte a la Psicología proponiendo la teoría de la causalidad que distingue tres pilares que interactúan de manera activa, influyendo uno en otro y viceversa (Ver cuadro 1.11).

Cuadro 1. 11. Factores causales de la conducta

Factores Hereditarios	Genes, causalidades congénitas que tienen que ver con el desarrollo intra-uterino.
Experiencias infantiles	Son las que tienen un predominio por que se dan en la etapa de formación de la personalidad.
Factores desencadenantes o actuales	Actúa sobre el resultado de la primera y la segunda, sobre la disposición.

Fuente: **Bleger (1953, pp. 135 -139).**

Toda conducta que se genera es poli-causal como se enuncia anteriormente, y de igual manera existe una correlación entre las tres variables que se determinan como causales de una conducta (Bleger, 1953, p. 140).

Existen otros autores que realizaron importantes postulados como Adler (1924, 1927 & 1933) que define la conducta como opinión, idea de ficción y esquema a-perceptivo al referirse a las creencias inconscientes que son instauradas y aprendidas en la primera infancia en un determinado ambiente familiar. Posteriormente son recogidas o integradas en épocas pre-verbales de nuestro desarrollo, estructuradas y procesadas en base a opiniones secundarias, incorporadas en la etapa de

socialización verbal del desarrollo. Los conceptos y las interpretaciones que se dan en las etapas del desarrollo influyen de manera importante en la variación y formación de la conducta (Sánchez & Cano, 1992, p.7).

Cuando las opiniones primarias o esquemas a-perceptivos no son estimulados con opiniones secundarias positivas en los procesos de socialización, sino por dinámicas de carácter negativo en la crianza y en la relación con los adultos, la persona pasa inconscientemente a perseguir metas de modo rígido y asocial dando paso a la formación de una psicopatología produciendo alteraciones de la conducta (Sánchez & Cano, 1992, p. 7).

1.2.1.6 Factores que interviene en la variación de la cogniciones

Las cogniciones son métodos en donde actúan diferentes estructuras y se realizan un sin número de procesos fisiológicos, psicológicos de manera consciente e inconsciente, los que pueden conllevar a la variación de una conducta. Existen diferentes factores que participan en la variación de las cogniciones (Ver cuadro 1.12).

Cuadro 1. 12. Factores causales de la variación de cogniciones

Evolución del conocimiento	Freixa (2002) analiza la variación de conceptos y su modificación dada por la interacción de un concepto nuevo con uno antiguo.
Dialectos/ Culturas	Las diferencias lingüísticas cambian la manera de percibir la realidad.
Áreas temáticas en contexto disciplinar	Las disciplinas son multidisciplinarias y no independientes porque se abarcan desde diferentes perspectivas.
Escuelas de pensamiento/Ideologías	Son los ámbitos de especialidad de cada persona y en base a estos la persona tiene una manera de producir conocimiento.
Grupos Socio-profesionales	Produce diferencias en la interacción con un grupo u otro de profesionales en un área específica
Individuo/Perspectiva Individual	Las referencias, el conocimiento previo, los intereses y los objetivos que guían a una persona nunca van a ser iguales a los de otra

Fuente: Fernández (2010, pp. 66 - 69).

1.2.1.7 Tipología de las conductas

Como resultado de un pensamiento sobre una cosa, se produce un tipo determinado de conducta, dependiendo de la construcción cultural de la persona, el ambiente en que se desenvuelve. A continuación presentamos los tipos de conductas (Ver cuadro 1.13).

Cuadro 1. 13. Tipología de las conductas

Conducta Agresiva	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de comportamiento no verbal o verbal de carácter irracional que consiste en el cumplimiento de los objetivos sin respetar los derechos de otros
Conducta pasiva	<ul style="list-style-type: none"> • Es una conducta que refiere al hecho de no realizar ninguna acción y busca aceptar cualquier apreciación de otro.
Conducta asertiva	<ul style="list-style-type: none"> • Es la conducta que se refiere a la racionalidad y consiste en el expresar necesidades y defender derechos de la persona sin afectar a el entorno ni a uno mismo.

Fuente: Inma (2009, p. 13)

1.2.1.8 Tipología de los procesos Cognitivos

La generación del conocimiento es un grupo de situaciones que se desencadenan desde el ingreso de la información por medio de los sentidos en donde la información adquirida es transformada a través de un proceso fisiológico haciendo de la misma idónea para su análisis y almacenamiento respectivo. (Ver cuadro 1.14). Rivas (2008, p. 66).

Cuadro 1. 14. Tipos de procesos cognitivos

Atención	Es el direccionamiento a una situación o un objeto que se presta relevancia
Percepción	Capacidad que tiene la persona de conocer o analizar un objeto y se da en base a los conceptos y constructos de la persona
Memoria	Son todos los recuerdos que aparecen en el momento en que se genera un determinado estímulo.
Decisión	Es la consecuencia que se genera en base a la interacción de las tres mencionadas anteriormente

Fuente: Rivas (2008, p. 66)

1.2.2 Aproximaciones teóricas de la Psicología Cognitiva

1.2.2.1 Introducción

Ulrick Neisser (1967) publicó su libro *Cognitive Psychology* (Psicología Cognitiva) en el que desarrollaba su teoría y mencionaba que la Psicología Cognitiva son todos los procedimientos u operaciones por las que la información se transforma, reduce, elabora, guarda, recupera y utiliza. La información siempre ingresa por los sentidos, que llegan a ser los que atraen la energía que se obtiene del medio exterior, hasta el sistema neuronal y cognoscitivo, en el que por medio de diferentes procesos de carácter fisiológico, la información sensorial se transforma, a esto Neisser denominó como transformación de la información sensorial (p. 12).

Todo lo que nos rodea está formado por energía que tiene que ser transformada en una secuencia o un planteamiento neuronal, se realiza de manera inconsciente y es la base del proceso cognoscitivo que se realiza más adelante. Una vez estructurado el patrón de sucesos cognitivos que fueron adquiridos del exterior, se procede a realizar una reducción que consiste en desechar para siempre la información que no fue transformada porque no toda la energía que está en el exterior contiene información relevante para procesar (p. 12).

La elaboración es el polo opuesto de la reducción porque que realiza el trabajo de vinculación de la información y que a diferencia de la reducción, ésta añade información a una representación ya existente, la moldea para que funcione de manera normal con las demás que ya están unidas a ella. Finalmente el guardar y recobrar información son dos procesos que van de la mano y que están siempre presentes en la asimilación de la nueva información (p. 13).

1.2.2.2 Modelos Cognitivos

Un modelo es una representación o una interpretación de lo que se entiende de la realidad. A través del paso del tiempo la Psicología Cognitiva ha ido desarrollado diferentes métodos o modelos que van explicando y desarrollando los procesos y los sistemas que se forman en la actividad psicológica, cada cual desde su perspectiva (Galiberti, 2002, p. 717). La Psicología Cognitivo-conductual que es un sistema en el que trabajan diferentes estructuras a través del tiempo en su desarrollo y evolución ha sido construida sobre cuatro bases fundamentales:

1. En sus inicios aparece con el médico y fisiólogo ruso Iván Pavlov que

descubre el condicionamiento clásico y enuncia que los organismos adquieren relaciones predictivas entre estímulos del ambiente (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001, p.2).

2. Posteriormente John B. Watson uno de los principales exponentes de la terapia cognitivo-conductual inspirado en Pavlov utiliza los principios del condicionamiento clásico en la eliminación de una fobia en un niño, más adelante realizaría los primeros postulados sobre conductismo y en la actualidad el conductismo de Watson es utilizado en las bases de algunas técnicas de intervención con este direccionamiento (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001, p. 2).

3. F.B. Skinner en el año de 1930 propone la existencia de otro tipo de aprendizaje al que llamaría condicionamiento instrumental u operante y que consiste en que todos los comportamientos se mantienen, extinguen o adquieren en base de la consecuencia que se espera. Ésta teoría fue importante y dio un apoyo positivo para el engrandecimiento de la terapia cognitivo conductual y se la llamo la teoría del aprendizaje que llegó a ser la hipótesis de la terapia cognitivo conductual (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001, p.02).

4. Existen modelos que se han tomado para ser usados como base de las terapias cognitivas destacando de entre ellas a dos de mayor relevancia: a) El modelo Racional Emotivo del Albert Ellis (1955), el mismo que desembocó en la Terapia Racional Emotiva (RET¹⁹) y b) El Modelo Cognitivo del psiquiatra Aaron T. Beck (1976), el mismo que a la posterior desarrolló la Terapia Cognitiva (TC). A pesar de que ambos son modelos de tratamiento diferentes, las mismas comparten antecedentes comunes partiendo de que los dos creadores tienen un origen

¹⁹ RET: Rational Emotive Therapy. Éstas son las siglas oficiales que se utilizarán en el desarrollo de la investigación.

psicodinámico. Los principales modelos cognitivos mencionados anteriormente han contribuido y colaborado en la difusión y aplicación del modelo cognitivo.

El modelo de Albert Ellis se da en el año de 1956 con el nombre de “terapia racional” y que más tarde se llamaría “terapia racional emotiva”. En 1994 el término conducta se sumó a su teoría denominándola posteriormente como “terapia racional emotiva conductual”. Ellis fundamenta que el aprendizaje está inmiscuido en la mayoría de los procesos en casi todas las personas, que existen manifiestos innatos y adquiridos, existe una predisposición a querer controlar nuestros destinos enfatizando los que tienen un componente emocional, en donde a través de nuestras creencias las personas interpretan o entienden de acuerdo a las acciones y las consecuencias que esperan (Hernández & Sánchez, 2007, p. 29).

Por otra parte, Aaron Beck (1985) propone el modelo de la Psicoterapia Cognitiva, en el que realiza un análisis sobre las distorsiones cognitivas que surgen en torno a la depresión aplicándolas posteriormente a trastornos de ansiedad. También con su análisis se determina que existe una relación importante entre la psicoterapia cognitiva y la psicoterapia conductual. Plantea que la Psicoterapia Cognitiva es limitada de tiempo y directiva y aborda las creencias de la persona sobre sí misma, el mundo y el futuro que son las que producen emociones y que determinan conductas dependiendo de su intensidad (Kort, 2003, p. 11).

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizará el modelo de Albert Ellis porque esta direccionado hacia las necesidades y los objetivos planteados por el investigador, el que se desarrolla a continuación.

1.2.2.3 El Modelo Racional Emotivo Conductual

En el año de 1950 Albert Ellis inicia sus estudios y análisis sobre la Terapia Racional Emotiva (RET) fundamentando su desarrollo en una terapia eficaz para los individuos, en donde plantea que las personas a pesar de sus discrepancias y similitudes considerables en sus preferencias, características, placeres y objetivos, se asimilan también en la manera en la que se perturban emocionalmente, es decir que las personas tienen millones de ideas irracionales y creencias propias que la persona inventa de forma creativa, las incorpora a manera de dogma²⁰ y de esta manera se perturban al atentar contra éstas (Ellis & Grieger, 2003, p. 18).

Ellis menciona que la gran cantidad de ideas irracionales que se presentan en las personas, posteriores a su búsqueda activa se las puede detectar, exponer estas ideas a la persona perturbada y enseñarles una vía para poder dejarlas a un lado. Todas las personas tienen una predisposición automática a clasificar en la formación de todas las suposiciones acerca de cuáles son los datos relevantes y que se van a tomar en cuenta, de igual manera que aspectos son apropiados o inapropiados para las mismas; de esta forma se puede analizar, entender la perturbación emocional en la persona y existe la factibilidad de poder actuar a favor de la eliminación de éstas ideas (Ellis & Grieger, 2003, p. 19). Ellis simplificó este postulado en una técnica a la que denominó los ‘A-B-C de la RET’.

1.2.2.4 La Técnica de los A-B-C de la Terapia Racional Emotiva

(RET)

Una de las premisas es que una gran parte de las actividades que las personas realizan aportan grandes elementos que son aprendidos, la herencia biológica y la

²⁰ Dogma: Fundamentos capitales de cualquier ciencia o doctrina.

tendencia inconsciente de aprender por los propios medios de la persona misma y por el contacto con el exterior y con los demás, constituyen a la persona como un ser humano para brindar objetivos y satisfacciones primordiales como por ejemplo las necesidades básicas de supervivencia y de tener una vida fructífera y de felicidad mientras esté vivo. (Ellis, Grieger, 2003, Pág. 19).

Existe una disposición inconsciente, adquirida y no específicamente a que las personas controlen en gran parte sus propios destinos, específicamente los emocionales, fundamentados en su propia filosofía o creencia de acuerdo a lo que se opine de la situación y que actos se eligen para la misma. El mencionado es parte del planteamiento en el esquema A-B-C de la RET (Ver cuadro 1.15).

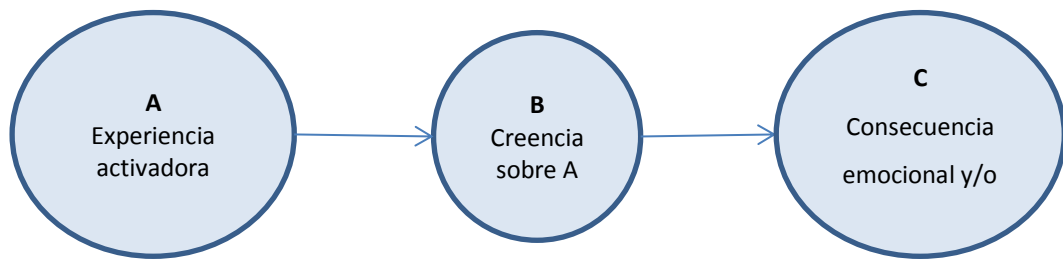
Cuadro 1. 15. Los A-B-C de la RET

A	Experiencia activadora o acontecimiento activador. Ej. Tiene un buen empleo queda despedido.
B	Creencia sobre A. Ej. “Yo perdí este empleo tan bueno, y mi pérdida me ha hecho deprimido y me hizo evitar buscar otro nuevo”.
C	Consecuencia emocional y/o conductual ante lo que ocurre en A. Ej. Deprimido por pérdida de empleo, evita salir a buscar otro empleo equivalente u otro mejor.

Fuente: Ellis & Grieger (2003, p. 19).

La teoría RET afirma y determina que las experiencias activadoras (A) no producen que se realice una consecuencia (C) que produzca una respuesta emocional y conductual, sino que la creencia sobre la situación (B) (Ver gráfico 1.02), es la que produce el malestar que aqueja a la persona y produce un síntoma (Ellis & Grieger, 2003, p. 19).

Gráfico 1. 02. Mecanismo A-B-C propuesto por Albert Ellis



Fuente: Ellis & Grieger (2003, p. 19).

1.2.2.5 Las Ideas Irracionales

Las Ideas irracionales abarcan un sin número de situaciones y de momentos en los que intervienen las cogniciones y la estructuración como seres humanos. Ellis plantea que la mejor manera de poder identificar las ideas irracionales es buscando los '*deberías y tienes que*'. Éstos condicionales indicativos no llegan a ser más que afirmaciones no empíricas o irreales (Ellis & Grieger, 2003, p. 21).

Las creencias irracionales brotan desde diferentes fuentes: a) tendencia humana de ver el mundo deformado, b) realizar afirmaciones anti-empíricas sobre qué es lo que te pasa o te podrá ocurrir y c) de las afirmaciones exigentes y predominantes sobre la idea de *te debería ocurrir o es preciso que ocurra*. De esta manera la persona podría llegar a conseguir todos sus deseos y necesidades de manera absoluta. Es favorable mantenerse en los deseos propios de cada persona y no proyectarlas hacia las necesidades o exigencias ya que de ésta manera se producen las afirmaciones anti empíricas de la persona misma, de los demás y de todo lo que nos rodea. (Ellis & Grieger, 2003, p. 22).

La teoría de la RET plantea que cuando una persona se siente abatida, hostil,

culpable, deprimida, angustiada o perturbada emocionalmente, tiene en sus pensamientos un condicional indicativo (deberías, es necesario) que se debe identificar por medio de cuestiones básicas que se realiza la persona a sí mismo como: ¿Cuáles son las necesidades o imperativos internos que experimento en mí mismo y que causan mi perturbación?, ¿los tengo en mi vida social, en la escuela, en mi carrera, en donde?. Una vez que el individuo se habitúa a identificar este tipo de exigencias, se las puede identificar ágilmente de tal manera que se podrá acceder a la búsqueda del pensamiento irracional (sentirse horrible, no poder soportar la vida, maldiciones hacia sí mismo y los demás. (Ellis & Grieger, 2003, p. 23).

En situaciones de una persona que experimenta una variedad de perturbaciones emocionales al mismo tiempo, se puede suponer que las creencias irracionales que posee pueden cambiar a cuatro formas fundamentales en donde cada una aparece relacionada con la otra (Ver cuadro 2.16).

Cuadro 1. 16. Formas básicas de las ideas irracionales

-
1. El individuo piensa que algo debería, sería necesario o tiene que ser diferente de lo que es en realidad.
 2. Lo encuentra horrendo, terrible, horroroso cuando es de esa manera.
 3. Piensa que no puede sufrir, tolerar a esa persona o a esa cosa y por eso concluye que no debería haber sido como es.
 4. El individuo mismo piensa que otras personas han cometido errores horribles y los siguen haciendo, no deben actuar como lo hacen, no valen para nada en la vida, merecen reprobación y legítimamente son catalogados como canallas, podridos, despreciables.
-

Fuente: Ellis & Grieger (2003, p. 23)

Se puede definir a una idea irracional como todos los pensamientos, emociones o comportamientos que dan como resultado algo contraproducente y auto lítico que

interviene ampliamente en la supervivencia y felicidad del organismo (Ellis & Grieger, 2003, p. 28).

Las ideas irracionales por el hecho de perturbar bastante el desarrollo normal y positivo del individuo, están fundamentadas o basadas en aspectos que cambian y deforman el entendimiento de la realidad y que son parte de la cotidianidad (Ver cuadro 1.17).

Cuadro 1. 17. Aspectos del Comportamiento Irracional

-
1. La persona cree en ocasiones indiscutiblemente que la idea irracional se ajusta a los principios de la realidad, fundamentada en criterios no importantes.
 2. El individuo se aferra patológicamente a la irracionalidad, de tal manera que se ofenden a tal punto de no aceptarse a sí mismos.
 3. Las irracionalidades afectan la buena relación que se tiene con los grupos sociales primarios (familia, amigos, entre otros).
 4. La idea irracional se aferra tan fuertemente que produce una incapacidad para producir las relaciones interpersonales que se desearía tener.
 5. Interrumpe la evolución lucrativa y alegre en cualquier tipo de quehacer productivo.
 6. Fractura intereses propios en diferentes ámbitos que son importantes para la persona.
-

Fuente: (Ellis & Grieger, 2003, p. 28).

Ellis, Grieger y sus colaboradores (2003) plantean una serie de principios demostrando de un modo amplio y empírico que las ideas irracionales tienen un origen biológico y que brotan desde la naturaleza del ser humano mismo (Ver cuadro 1.18 y cuadro 1.19).

Cuadro 1. 18. Principios por los que las ideas irracionales tienen una raíz biológica

-
1. Todas las ideas irracionales que existen incluyendo las cuatro de relevancia (sentirse horrible, no poder soportar algo, la necesidad perturbadora y la auto-condena) aparecen en casi todas las personas con diferentes modalidades e intensidades.
 2. La gran mayoría de las irracionalidades se han extendido hacia casi todos los grupos sociales y culturales que se han estudiado a través del tiempo y antropológicamente. A pesar de las diferencias de reglas, leyes, costumbres y tipos varían mucho; los absolutismos, la credulidad, los dogmas, la religiosidad y la exigencia se asemejan en gran manera.
 3. El individuo en algunos casos va en contra de las creencias de los padres, a pesar de que muy pocos de ellos estimulan a realizar súper- generalizaciones, afirmaciones anti-empíricas y proposiciones contradictorias.
 4. Casi en totalidad de las irracionalidades que han sido mencionadas no solamente están dirigidas a ignorantes, estúpidos y emocionalmente perturbados, sino que también inscribe a los individuos inteligentes, educados y que casi no están emocionalmente perturbados.
 5. Las personas inteligentes y competentes dejan a un lado muchas de sus ideas irracionales, pero existe una tendencia a adoptar extremos irracionales y extremistas.
-

Fuente: (Ellis, Grieger, 2003, pp. 28-32)

Las ideas irracionales están delimitadas, esto quiere decir que cada idea que es de carácter general y que está inscrita de manera antropológica – cultural, no importa el lugar o las costumbres de las personas, las ideas irracionales se asemejan en muchas maneras. Hay que tener en cuenta que las irracionalidades afectan a todas las personas, es objetivo de la investigación analizar la fluctuación de estas ideas, es decir, que se estudiará el cambio de intensidad de estas ideas y cómo influyen en la persona, el siguiente cuadro (1.19) es la continuación del anterior.

Cuadro 1. 19. Principios por los que las ideas irracionales tienen una raíz biológica

6. Las personas que aparentemente están menos aquejadas por las ideas irracionales, en algunos de los casos reaparecen y fuertemente.
7. Existen individuos que se oponen de manera drástica a las irracionalidades y en situaciones caen en la idea irracional entregándose a sí mismos a pensamientos absolutistas.
8. El conocimiento y la reflexión en base y un comportamiento irracional ayuda y estimula al cambio aunque no de manera completa.
9. A pesar de la lucha por eliminar las ideas irracionales es difícil extirparlas de raíz, la probabilidad de equivocarse cumple un papel importante e intrínseco en el mantenimiento de una idea irracional.
10. Algunas experiencias personales forman ideas irracionales y no son aprendidas sino vivenciadas, se las construye a veces impulsivamente y de forma creativa. La misma persona es la que construye el conocimiento falso.
11. Las formas irracionales más populares aparecen se dan en base a lo que las personas se imaginan. Inician con una observación realista o sensible y terminan con una conclusión ilógica.
12. Muchas formas de pensamiento irracional consisten en súper-generalizaciones que parece ser un aspecto normal de los seres humanos. Ej. El individuo dice: Fracapé en esta prueba, después súper-generaliza y dice: Siempre fracasaré, no tengo habilidad para tener éxito en ella.
13. El pensamiento humano varía de manera significativa en base a los niveles de inteligencia de las personas, de igual manera en gran parte del funcionamiento del cerebro izquierdo y derecho poseen un componente hereditario importante que no se origina de las experiencias adquiridas.
14. Se evidencia que las personas tienen a menudo encuentran una facilidad de aprender la conducta auto-destructiva que la no auto-destructiva.

Fuente: (Ellis, Grieger, 2003, pp. 28-32).

En el cuadro 1.20 a continuación se desarrollan las ideas irracionales de Ellis:

Cuadro 1. 2020. Ideas Irracionales propuestas por Albert Ellis

1. Tener el amor o aprobación de todas las personas que le resultan significativas.
 2. Para considerarse así mismo valioso se debe de ser muy competente, suficiente y capaz de lograr todo en todos los ámbitos.
 3. Cierta gente es malvada e infame y deben ser seriamente culpados y sentenciados por su maldad.
 4. Es terrible que las cosas no caminen de acuerdo como a mí me parecen.
 5. La desgracia humana se origina por causas externas y ninguno tiene la capacidad de manejar las penas y perturbaciones.
 6. Si algo es peligroso o temible se deberá sentir inquieto por ello, deberá pensar en la posibilidad de que le suceda.
 7. Es fácil evitar afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
 8. Se debe depender de los demás y se necesita alguien más fuerte en quien confiar.
 9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo en la conducta actual y algo que ocurrió alguna vez y nos conmocionó debe seguir afectándonos indefinidamente.
 10. Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y perturbaciones de los demás.
 11. Invariablemente existe una solución precisa correcta y perfecta para los problemas del mundo y si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.
 12. Es muy importante para nuestra existencia lo que las demás personas hacen, y debemos hacer muchos esfuerzos para lograr que vayan en la dirección que queremos.
-

Fuente: Ellis & Grieger (2003, pág. 23-34)

1.2.2.6 Efectos de la RET

La RET utiliza el método lógico-empírico de cuestionar, poner a crítica y debatir científicamente. Éste proceso consiste en seleccionar y elegir una idea irracional y realizar cuestiones específicas sobre su irracionalidad como: a) ¿Qué evidencia tiene?, b) ¿En qué está su falsedad o verdad? y c) ¿Qué le hace ser así? (Ellis & Grieger, 2003, p. 33).

Las preguntas mencionadas anteriormente son ejemplos de las preguntas retóricas para discutir y destruir la creencia falsa, porque el fundamento de la RET es que si se

posee un comportamiento, pensamiento perturbado o consecuencia emocional (C), que aparentemente surge de un acontecimiento activador (A), con seguridad existe una creencia sobre (A) a la que se la define (B), ésta es la ocasiona en realidad la mencionada consecuencia, ya que la creencia posee elementos irracionales y por eso está determinada como una creencia irracional (p. 33).

El debate que se produce es de carácter interno entre las creencias racionales e ideas irracionales, con el objetivo de minimizar o destruir la idea irracional por medio del planteamiento de hipótesis apoyando las evidencias y las pruebas sobre lo que se está debatiendo y que se entiende como una idea irracional. (p. 33).

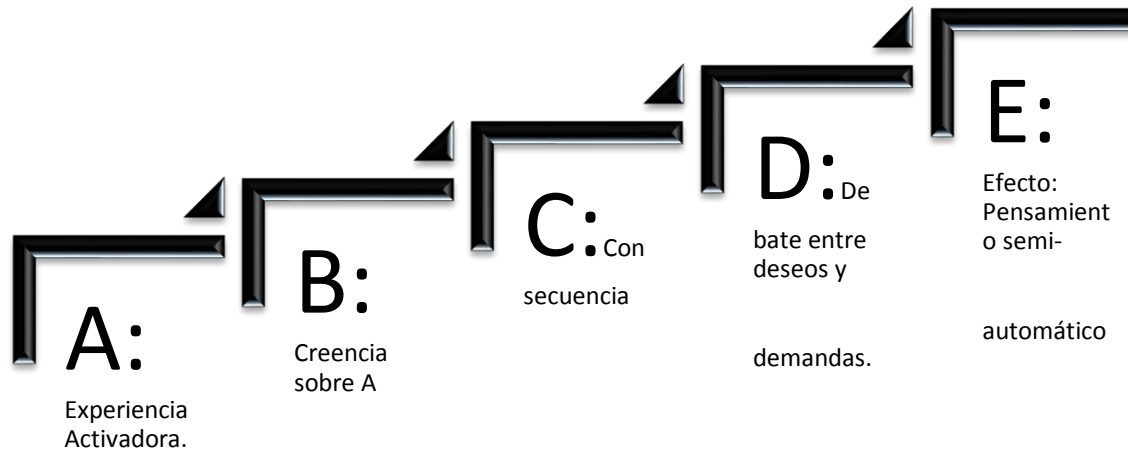
En el método de la RET, al momento del debate aparece un aspecto importante que consiste en distinguir, es decir, encontrar las discrepancias entre lo que: a) se quiere y b) lo que se necesita, los deseos y las demandas, ideas racionales e irracionales. Éste mecanismo favorecerá a identificar los puntos tanto buenos como malos de un comportamiento, determinando la diferencia entre las consecuencias indeseables e insoportables del comportamiento; y realizando una diferenciación de lo lógico e ilógico en los pensamientos y comportamientos. Al momento de realizar la actividad interna de debate se da paso al punto (D) el debate. (p. 33).

El método científico tiene como premisa algún tipo de definición de términos y concluye con definiciones estructuradas y que tienen claridad. Por esta razón se procede al uso de la parsimonia²¹ que ayuda en gran manera a la definición de las mencionadas ideas irracionales (p. 33). El resultado final de la RET estimula o hace que se desarrolle un tipo de filosofía que ayude a la persona a un pensar semi-automático sobre uno mismo, sobre las demás personas y sobre el mundo de una

²¹ Parsimonia: Calma, lentitud excesivas.

forma sensata en el futuro venidero. Éste efecto se lo denominará paso (E) en la RET.

Gráfico 1. 03. Los modelos A-B-C y D-E de Albert Ellis



Fuente: Ellis & Grieger (2003, p. 33)

La RET no solamente utiliza los A-B-C-D y los D-E, su trabajo también está fundamentado en los métodos emotivo-evocativos de terapia (imaginación racional emotiva, ejercicios para atacar la vergüenza y la estimulación por parte de los terapeutas que es una estima positiva incondicional o la plena aceptación no condenatoria); además utiliza metodologías conductuales sobre las tareas que el terapeuta envía a realizarlas individualmente (ejercicios determinados hacia la acción y la desensibilización en vivo) (Ellis & Grieger, 2003, p. 41).

El planteamiento de la teoría de Ellis estimula en base a refuerzos a identificar los componentes cognitivos en la perturbación emocional humana, el cambio de personalidad; también provoca que las personas se empoderen de sus ideas y

comportamientos de una manera firme, enérgica y dramática, para que los cambios que se han trabajado sean valederos y duraderos, de tal manera que la persona tenga las herramientas suficientes para modificar la conducta o comportamiento que se encuentra perturbado (2003, p. 43).

1.2.3 La Intervención psicológica

1.2.3.1 Ideas irracionales y su relación con el cáncer de mama:

En los momentos de diagnóstico y de tratamiento de la enfermedad se presentan una serie de fenómenos de carácter biológico, de la misma manera existen situaciones de carácter psicológico y cognitivo que se van dando en base a los mecanismos de afrontamiento del paciente, las ideas que tiene sobre su estado y las expectativas de mejoramiento. Con el objetivo de favorecer al tratamiento y los procesos de curación del enfermo de cáncer, es esencial analizar la valoración de los conceptos, ideas e interpretaciones y esperanzas que tiene, tales como; a) significado del cáncer para el paciente b) lo que la persona piensa y hace para reducir la amenaza que conlleva el cáncer (Watson & Greer, 1998, p. 148)

Existen efectos psicológicos que se desencadenan por medio del cáncer, como elevados niveles de depresión, indefensión y pesimismo (Carver, Meyer & Anthony, 2000, p. 208), también los cambios que conlleva la enfermedad en la vida cotidiana y el contacto con el exterior (Moreno & Kern De Castro, 2005, p. 48).

La ansiedad es sentimiento desagradable de temor, una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, comúnmente desconocido, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida (Montelongo, Lara, Morales & Villaseñor, 2005), dependiendo de la intensidad y la prevalencia de estos estados puede generar trastornos si es que no se los trata o se realiza la intervención psicológica

correspondiente (Stark, 2002, p. 3137).

Sobre el impacto al bienestar y la calidad de vida de los pacientes, es evidente que por los efectos biológicos que se producen (pérdida del cabello, trastornos digestivos y alimentarios, debilidad general y fatiga), se originen consecuencias psicológicas debido a los cambios físicos que experimenta la persona, por eso es de vital importancia la asistencia psicológica.

La confusión que vive el paciente y sus allegados generan el proceso de la enfermedad, la falta de adaptación al diagnóstico son factores psicológicos que también se deben trabajar o intervenir psicológicamente (Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU, 2010).

Tomando el modelo teórico de las representaciones sociales, para la mujer el cáncer de mama es un hecho catastrófico que acaba con la vida de las mujeres, también conlleva a pérdidas significativas y a un sufrimiento constante, se produce una pérdida de la integridad del cuerpo producto de los tratamientos a los que tiene que ser sometida y a los abruptos cambios que se produce en las funciones y procesos corporales. (Giraldo Mora, 2009, p. 518).

El impacto del diagnóstico de cáncer es un hecho que afecta tanto a la persona que la padece, como la familia del mismo. El cáncer de mama no es una enfermedad crónica así como los demás tipos de cáncer, por lo que simboliza lo desconocido y lo peligroso, el sufrimiento y el dolor, la culpa y el caos y la ansiedad (Castillo & Chesla, 2007, p. 164).

1.2.3.2 Aplicación de la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis

La RET por el hecho de ser un tratamiento que esta direccionado a la identificación definición, discusión y estabilización o eliminación de una idea irracional tiene los lineamientos y cumple con los requisitos a los que está dirigida la presente investigación.

1.2.3.3 Efectos Psicológicos producidos por los tratamientos para combatir el Cáncer

La quimioterapia que es un tratamiento demostrado para disminuir el riesgo de muerte del cáncer. Sin embargo, la caída de cabello afecta en gran parte a la autoimagen de las mujeres que padecen de cáncer de mama que lo interpretan como un aspecto que las avergüenza de manera recurrente.

Los síntomas que genera la quimioterapia como náusea vómito y malestar del cuerpo, cansancio, anemia y la anterior mencionada pérdida del cabello producen un impacto profundo en la persona (Lafaurie, et al., 2011, p. 19)

La radioterapia causa efectos en la integridad de la piel de la persona lo que produce un efecto en su autoimagen y una falta de aceptación disminuyendo el contacto social.

La mastectomía que es la extracción del seno por el estadio avanzado de cáncer, las mujeres consideran a la amputación del seno como una agresión y mutilación de su feminidad, por lo que sienten que dejaron de ser mujeres a partir de ese momento, tienen preocupaciones de carácter estético por lo que es algo que difícilmente pueden ocultar por los elevados costos de la prótesis, disminuyen drásticamente el contacto

social, la actividad sexual con su pareja disminuye notoriamente por la vergüenza que sienten de que se le observe, hasta de desvestirse (Claudet & Hernández, 1985, p. 30)

CAPÍTULO II

2 MARCO METODOLÓGICO

2.1 Paradigma de la investigación

En la presente investigación se utiliza el paradigma o enfoque descriptivo, que consiste buscar y determinar las propiedades, características y aspectos de las variables que son llevadas al análisis (Gómez, 2009, p. 75). Es de carácter no experimental, porque el investigador no manipula las variables sino que se realiza estudiando a los pacientes por medio de la observación, en base a conceptos ya existentes, que no son provocadas o estimuladas por el investigador (Gómez, 2009, p. 93).

Teniendo en cuenta los aspectos metodológicos del paradigma descriptivo, para la realización de este estudio se entiende y desarrolla a las ideas irracionales para justificar el proceso de manifestación y fluctuación de las irracionalidades en las pacientes que presentan cáncer de mama en sus distintas fases de desarrollo y tratamiento.

2.2 Diseño de la investigación

El trabajo de investigación actual es un estudio de carácter descriptivo, comparativo entre tres grupos poblacionales, de corte correlacional y de corte transversal. Se entiende como descriptivo porque se estudia los fenómenos que se presentan en una o más variables y que proporcionan información de una perspectiva de una comunidad hospitalaria en el caso de la presente investigación (Gómez, 2009, p. 95).

Además es correlacional por que en el desarrollo de la investigación se elaborarán relaciones entre dos o más categorías, variables en un momento determinado; también se realiza un análisis de la asociación entre las variables de la investigación (Gómez, 2009, p. 95). Es de corte transversal porque se describen las ideas irracionales y el cáncer de mama, de igual manera las irracionalidades en las diferentes etapas de desarrollo de cáncer (Gómez, 2009, p. 93).

2.3 Objetivos de la investigación

2.3.1 Objetivo general

Determinar la incidencia en las ideas irracionales de los pacientes femeninos diagnosticados con cáncer de mama atendidas en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.”

2.3.2 Objetivo específico

- Identificar los síntomas psicopatológicos de los pacientes femeninos diagnosticados con Cáncer de Mama.
- Detectar la presencia de ideas irracionales en los pacientes femeninos diagnosticados con cáncer de mama.
- Examinar la relación existente entre las ideas irracionales y el proceso psicológico y médico de la enfermedad.
- Realizar una propuesta de intervención terapéutica orientada a manejar el proceso de aceptación y de tratamiento para el cáncer de mama.

2.4 Hipótesis

- Cerca del 80 % de pacientes de género femenino diagnosticadas con cáncer de mama presentan aumento de ideas irracionales

2.4 Variables

- *Variable 1 - Características socio-demográficas:* Las características demográficas son todos aquellos datos que determinan a la persona dentro de un grupo por medio de sus características, condición social, entre otras.
- *Variable 2 - Pacientes de género femenino diagnosticados con Cáncer de mama:* La investigación está delimitada específicamente para el trabajo con pacientes de género femenino que son o hayan sido diagnosticadas cáncer de mama.
- *Variable 3 - Síntomas psicológicos:* Síntomas psicológicos son todas aquellas manifestaciones que se presentan en la mente y que tienen un efecto en el desenvolvimiento normal de la persona y se lo representa con actitudes o comportamientos al igual manera como síntomas tales como ansiedad, depresión, estrés, entre otros.
- *Variable 4 - Ideas irracionales:* Las ideas irracionales son pensamientos son de carácter absolutista que mantiene la persona a manera de “filosofía” que interfiere en el desarrollo normal de la persona.
- *Variable 5- Afrontamiento al estrés:* Se refiere a los mecanismos o recursos conductuales y cognitivos que posee la persona para manejar una situación de estrés constante.

2.5 Instrumentos

- *Variable 1: Características socio-demográficas:* Ficha Ad Hoc de recolección sociodemográfica en la que se recolectará la información básica de la persona.
- *Variable 2:* Pacientes de género femenino diagnosticados con Cáncer de mama: Historia Clínica que está determinada para la realización de un sondeo general y no específico del paciente, es decir que se recolectará información en base a los que la persona dice sentir o manifiesta en el desarrollo de la intervención psicoterapéutica.
- *Variable 3: Síntomas psicológicos:* Escala de los 90 síntomas psicológicos (SCL90-R): Es un cuestionario creado por Derogatis en la versión española, es auto administrado de detección y medida de síntomas psicopatológicos que es una adaptación española del “Symptom Chek List”. Este inventario de síntomas sirve para evaluar el grado de malestar psicológico en el presente del paciente como somatización, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicosis.
- *Variable 4: Ideas irracionales:* “Test de Creencias Irracionales” TCI (Jones, 1968) que fue aplicado a 568 estudiantes de la Universidad de Deusto en Bilbao – España que evalúa las subescalas de necesidad de aceptación, altas auto expectativas, indefensión acerca del cambio, dependencia e irresponsabilidad emocional, culpabilización y perfeccionismo. La correlación más alta se da entre necesidad de

aceptación y altas auto expectativas y es coherente con el factor de irracionalidad descrito recientemente como creencias en las áreas del éxito y aprobación

- *Variable 5: Afrontamiento al estrés: CAEPO:* Instrumento de recolección de información sobre estrategias de afrontamiento que usa ante una situación que genera estrés, producido por el diagnóstico de una enfermedad, tratamiento, aspectos sociales que giran en torno a la situación del paciente. Este cuestionario está formado por 40 ítems, los primeros veinte en tres escalas que son el enfrentamiento y lucha activa, autocontrol, control emocional y búsqueda y apoyo social. Los 20 ítems restantes constituyen las cuatro escalas restantes las cuales son ansiedad, preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, huida y distanciamiento y negación. Finalmente los resultados globales del cuestionario dan como resultado afrontamiento positivo, afrontamiento no definido, afrontamiento negativo.

2.6 Análisis de población y muestra

2.6.1 Población

La presente investigación se delimita de manera que se realizará una evaluación únicamente a las pacientes que tienen un diagnóstico de cáncer de mama en cualquiera de sus estadios y de igual manera las pacientes que están en tratamiento a favor de la lucha contra de esta patología. El instituto que se beneficiará del desarrollo del proyecto es el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. (S.O.L.C.A de la ciudad de Ambato).

2.6.2 Muestra

Desde los pasados cinco años, la cantidad de pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de mama han ido en aumento como lo demuestra el departamento de Estadísticas del Hospital Dr. Julio Enrique Paredes; que en el 2008 recibió un total de 33 nuevos casos de cáncer mamario en sus diferentes estadios, en el año 2009 se mantuvo la cifra de 33, el año 2010 se aumentan a 35 nuevos diagnósticos. La entidad principal de especialidades oncológicas en la provincia de tungurahua, sostiene que en los últimos años, a partir de los nuevos convenios con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el 2011 se diagnosticaron 43 pacientes de cáncer de mama femenino, en el 2012 se determinaron 43 casos y año 2013 se han diagnosticado 45 procesos de cáncer hasta el mes de septiembre.

Además de las 45 pacientes con cáncer de mama, se tomó en cuenta un grupo de diez personas con otros tipos de cáncer, de igual manera se registraron para el proyecto a diez personas sin ningún tipo de cáncer con el objetivo de realizar los respectivos análisis estadísticos comparativos. Vale la pena destacar que el registro de tumores desapareció del establecimiento a partir del año del 2007 y solo trabaja el departamento de estadística en los actuales momentos.

2.6.3 Procedimiento metodológico

El desarrollo de la intervención constará de tres partes una informativa en la cual se detalló el tipo de práctica que se va a realizar confirmando el compromiso del paciente a la realización de la intervención y de igual manera las indicaciones que se deben exponer a los pacientes. La parte de recopilación de información para la historia clínica va de la mano en el transcurso de las tres sesiones que se van a

realizar, como primer paso en la aplicación de los reactivos se aplicó el test SCL90-R para una medición de los síntomas psicológicos, como segundo reactivo se aplicará el test de ideas irracionales (TCI) en el cual se determinada de manera generalizada la fluctuación de las ideas irracionales. Como punto final de la intervención se dio paso a la aplicación del siguiente reactivo que es el CAEPO en donde se midió las ideas irracionales y los mecanismos de afrontamiento psicológicos que la persona posee al momento de un diagnóstico de Cáncer de Mama. Posterior a la aplicación del último reactivo se procederá al respectivo cierre de la evaluación.

CAPÍTULO III

3. Análisis de datos y resultados

3.1 Análisis de la población

La población total tomada en cuenta para la investigación fue de 60 personas que han asistido al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. que se ha dividido en tres grupos a fin de que los datos obtenidos puedan ser comparados y así analizar las diferencias entre ellos: a) El grupo con cáncer de mama, $n= 45$ está constituido por mujeres con diagnóstico de cáncer mama en cualquiera de sus etapas de diagnóstico y tratamiento; b) El grupo con otros tipos de cáncer $n= 11$ constituido por pacientes de ambos sexos que presentan cáncer diferente al de mama, y, c) El Grupo no clínico $n = 10$ formado por personas de la población general de ambos sexos que no presentan ningún tipo de cáncer.

Las variables a considerar en el análisis de población corresponden: a) edad, b) sexo, c) estado civil y d) tipo de tratamiento. Los datos de las variables corresponden a datos nominales, excepto en la variable edad la cual es de carácter discreta; las variables nominales se encuentran representadas en porcentajes, mientras que la variable edad se encuentra representada por medio de la Media muestral (M) y la Desviación típica (Dt). Los estadísticos de contraste para encontrar diferencias significativas son: a) para la variable edad (discreta) se utilizará el ANOVA unifactorial, y, b) para las variables nominales el estadístico ji cuadrado (chi cuadrado) (Ver cuadro 3.01).

Cuadro 3. 01. Variables sociodemográficas de las poblaciones evaluadas.

Variable sociodemográfica	Grupo con Cáncer de mama n= 45		Grupo con otros tipos de Cáncer n = 11		Grupo no clínico n = 10		Estadístico de Contraste
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	
<i>Edad</i>							<i>F</i>
							3,386*
51,3 (11,6)	53,7	(10,0)	46,5	(16,6)	45,6	(8,97)	1> 2, 3
<i>Sexo</i>	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>X</i> ²
Masculino	0	0%	6	54,5	5	50%	28,384***
Femenino	45	100%	5	45,5	5	50%	
<i>Estado civil</i>							
Casada/o	25	55,6%	6	54,5%	6	60,0%	10,121
Soltera/o	7	15,6%	3	27,3%	1	10,0%	
Divorciada/o	8	17,8%	0	0,0%	3	30,0%	
Viuda/o	5	11,1%	1	9,1%	0	0,0%	
Unión libre	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	
<i>Tratamiento</i>							
Diagnóstico	11	24,4%	2	18,2%	0	0,0%	66,724***
Quimioterapia	24	53,3%	6	54,5%	0	0,0%	
Cirugía	9	20,0%	3	27,3%	0	0,0%	
Tratamiento	1	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	
Sin tratamiento	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	

Nota. Niveles de significancia estadística: * p: =< 0,05; ** p: =< 0,005; ***p: =< 0,001

Respecto a la variable edad, encontramos que la media del grupo 1 es de M1= 53,7 años, el grupo 2 comprende M2= 64,5 y M3= 45,6, los resultado del ANOVA unifactorial F= 28,384 muestran diferencias significativas (< 0,001) entre el primer grupo respecto del Grupo 2 y 3. En cuanto a la variable Sexo se aprecian diferencias importantes X²= 28.384; p< 0,001 entre hombres y mujeres así como en la variable tratamiento X²= 66.724; p< 0,001. Estos hechos indican que los grupos comparados no muestran equivalencias similares, sus condiciones grupales son distintas y esto puede influir en los resultados a futuro. Finalmente en la variable Estado civil no se muestra diferencias estadísticamente significativas.

3.2 Análisis de los resultados del reactivo SCL90R

La muestra (N= 66) fue evaluada a través del Test SCL90R (Derogatis, 1997) en la adaptación española de González de Rivera & col. (1998). El mismo se encarga de identificar la presencia de síntomas de orden psicológico que pueden estar asociadas a psicopatologías. Puede establecer en función de la configuración sincrónica los niveles de manifestación de los síntomas psíquicos en las 9 dimensiones existentes: a) Somatización, b) Obsesión-Compulsión, c) Sensitividad interpersonal, d) depresión, e) ansiedad, f) hostilidad, g) ansiedad fóbica y h) psicoticismo. Las puntuaciones brutas se dividen para el número de síntomas que se encuentran contenidas en las dimensiones, a la que se denomina puntuación directa (PD).

A continuación se muestran las puntuaciones directas de todas las dimensiones propuestas por el test, en comparación con los tres grupos muestrales del presente estudio; cada una de las dimensiones está representada por la media muestral y la desviación típica respectiva (ver cuadro 3.02).

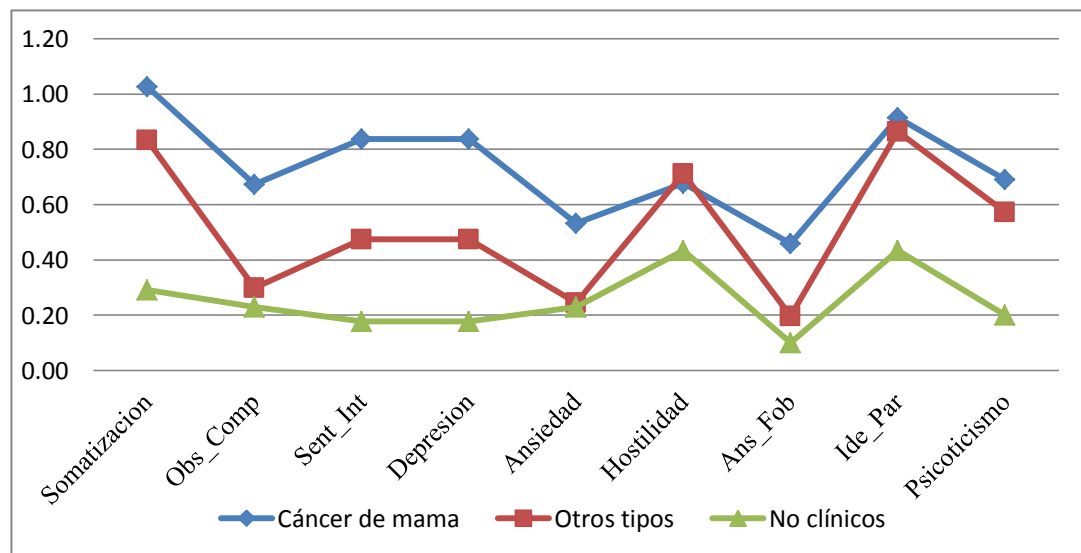
Cuadro 3. 02. Comportamiento comparado dimensional de los síntomas psicológicos

<i>Dimensiones</i>	Grupo con Cáncer de mama n = 45		Grupo con Otros tipos de cáncer n = 11		Grupo de No clínicos n = 10	
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>
Somatización	1,03	,49	,83	,31	,29	,22
Obsesión Compulsión	,67	,56	,30	,33	,23	,26
Sensitividad Interpersonal	,84	,47	,47	,42	,18	,18
Depresión	,84	,47	,47	,42	,18	,18
Ansiedad	,53	,43	,25	,18	,23	,19
Hostilidad	,68	,38	,71	,34	,43	,31
Ansiedad Fóbica	,46	,45	,20	,16	,10	,22
Ideación Paranoica	,91	,44	,86	,49	,43	,34
Psicoticismo	,69	,32	,57	,28	,20	,18

El cuadro 3.02 muestra la distribución de las puntuaciones medias de las dimensiones que evalúa la prueba con respecto a los grupos comparados. La representación de los resultados se los expresa a través de la Media (*M*) y la Desviación Típica (*DT*). No se ha utilizado contraste para la comprobación de hipótesis nula.

En base a la obtención de las medias de las dimensiones sintomatológicas, es posible obtener los respectivos perfiles psicológicos de cada uno de los grupos estudiados con la finalidad de la obtención de elementos comparativos entre los distintos grupos (ver gráfico 3.01).

Gráfico 3. 01. Comportamiento comparado Dimensional de los Síntomas Psicológicos



La gráfica 3.01 muestra que existen diferencias entre los grupos en las dimensiones Somatización, Sensitividad Interpersonal, Depresión e Ideación paranoide. Esto significa que las personas que sufren de cáncer de mama u otros tipos de cáncer muestran diferencias comportamentales al comparar con poblaciones normales en las áreas anteriormente mencionadas.

Respecto a las dimensiones globales del Test, entre ellas el Índice Global de Severidad (GSI), el Malestar de Síntomas Positivos (PSDI) y los Síntomas (S)

permiten observar de manera general la intensidad, la presencia sintomatológica y los efectos causados a manera de malestar presentes en los participantes (Ver cuadro 3.03).

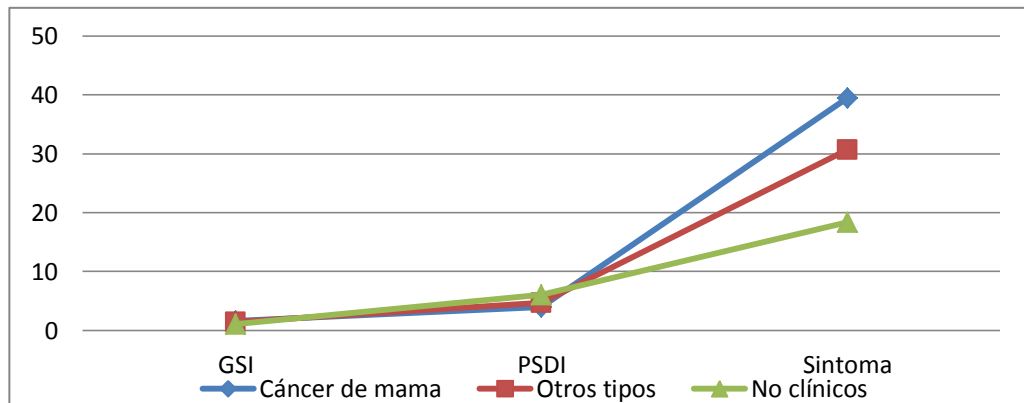
Cuadro 3. 03. Comportamiento comparado dimensional de los síntomas psicológicos

<i>Grupo</i>	Índice de Severidad		Índice de Malestar		Síntoma	
	Global		de Síntomas Positivos			
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>
Cáncer de mama	1,59	0,31	4,02	1,83	39,51	11,66
Otros tipos	1,46	0,20	4,68	1,68	30,73	8,90
No clínicos	1,10	0,22	6,07	2,73	18,40	6,50

La representaciones de los resultados se los expresa a través de la Media (*M*) y la Desviación Típica (*DT*). No se ha utilizado contraste para la comprobación de hipótesis nula.

En base a la obtención de las medias de las dimensiones sintomatológicas es posible obtener los respectivos perfiles psicológicos de cada uno de los grupos estudiados, con el fin de la obtención de elementos comparativos entre los distintos grupos (ver gráfico 3.02).

Gráfico 3. 02. Comportamiento comparado global del SCL90R



La gráfica 3.02 muestra que existen diferencias entre los grupos en los aspectos globales, notándose mayores diferencias en el GSI, PSDI y S, del grupo 1 y 2 significativamente mayores que del grupo no clínico. También destaca que el grupo 1 acumula una mayor sintomatología psicológica que los otros dos grupos.

3.2.1 Necesidades de atención psicológica de la muestra

Para determinar el nivel de riesgo que puedan presentar los pacientes en función de la intensidad de los síntomas psicológicos, se utilizan los baremos²² de muestra no clínica entre hombres y mujeres los propuestos por González de Rivera (1988) en la adaptación del SCL90R en población española, esto permitirá conocer el número de personas que requieren atención psicológica. Para determinar aquellas personas que requieren de atención psicológica se tomará como referencia a los grupos que se encuentran en los últimos 2 deciles del baremo. Los parámetros establecidos para ello son los siguientes a partir del decil²³ 8 (Ver cuadro 3.04).

²² Baremo: Conjunto de normas de admisión por un conjunto de puntuaciones parciales, resultados de análisis, etc.

²³ Decil: Se refiere a cada uno de los 9 valores que dividen un juego de datos (clasificados con una relación de orden) en diez partes iguales, y de manera que cada parte representa un décimo de la población.

Cuadro 3. 04. Parámetros del decil 8 por género

Dimensiones	Hombres	Mujeres
Somatización	0,62	1,17
Obsesión Compulsión	0,90	1
Sensitividad Interpersonal	0,78	0,78
Depresión	0,92	1,23
Ansiedad	0,70	0,90
Hostilidad	0,83	0,90
Ansiedad Fóbica	0,43	0,57
Ideación Paranoica	0,83	0,83
Psicoticismo	0,40	0,4
GSI	0,63	0,77
PST	33	39
PSDI	2,15	2,23

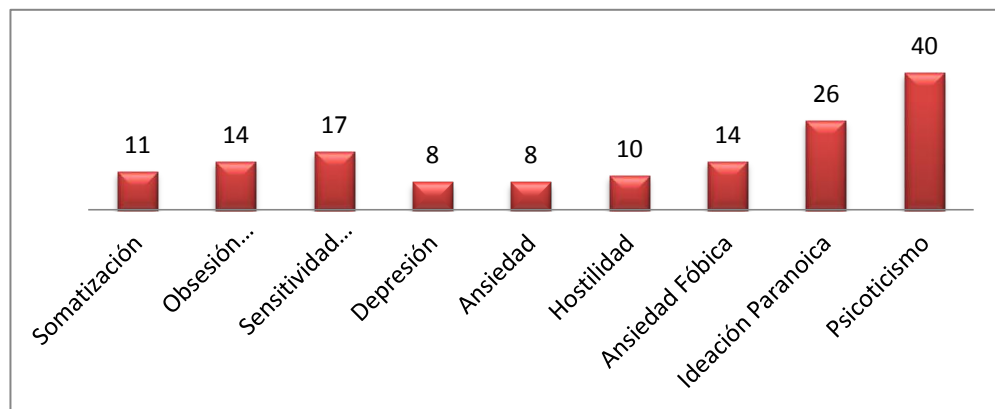
Los valores de los resultados de los participantes que sobrepasan éstos parámetros sugieren necesidad de atención psicológica en una o varias áreas de las dimensiones psicológicas propuestas (Ver cuadro 3.05).

Cuadro 3. 05. Número de participantes que sobrepasan el parámetro del decil 8

Dimensiones	Parámetro Mujeres	Grupo Cáncer de mama n = 45	Otros tipos de cáncer n = 11	Grupo no clínica n = 10
Somatización	1,17	11	1	0
Obsesión Compulsión	1	14	0	0
Sensitividad Interpersonal	0,78	17	0	0
Depresión	1,23	8	0	0
Ansiedad	0,90	8	0	0
Hostilidad	0,90	10	1	0
Ansiedad Fóbica	0,57	14	0	0
Ideación Paranoica	0,83	26	1	2
Psicoticismo	0,4	40	3	1
GSI	0,77			
PST	39			
PSDI	2,23			

Para fines de refuerzo del estudio a continuación se gráfica las áreas comprometidas de acuerdo a las dimensiones del SCL90R exclusivamente del Grupo 1 que es el que muestra las áreas más comprometidas y que requerirían de intervención psicológica.

Gráfico 3. 03. Números de participantes del grupo 1 con implicaciones en las dimensiones psicológicas



Fuente: Programa estadístico informático SPSS

El gráfico 3.04 muestra a diferencia de los otros grupos, que los participantes del grupo con cáncer de mama requieren de mayor intervención para sus síntomas psicológicos que los otros grupos estudiados, en especial un trabajo en lo que corresponde a la Ideación Paranoide y los síntomas de Psicoticismo.

Finalmente se muestra la representación de la Media (M) de las áreas implicada por grupos de estudio a fin de identificar los grupos con mayores implicaciones (Ver cuadro 3.06).

Cuadro 3. 06. Media de áreas implicadas por cada uno de los grupos.

<i>Grupo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
Grupo Cáncer de mama	3.2889	2.24238
Grupo otros tipos de cáncer	0.5455	1.03573
Grupo no clínicos	0.3000	0.48305
Total	2.3788	2.32554

Fuente: Programa estadístico informático SPSS

El grupo Cáncer de Mama presenta una media de 3 áreas implicadas a diferencia del resto de grupos que presentan implicaciones menores a 1.

3.3 Análisis de resultados de reactivo Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (González, 2004)

La muestra (N= 66) posterior a la aplicación del reactivo SCL90R (González de Rivera, 1988) se procede a evaluar en el área correspondiente el tipo de afrontamiento producido por el estrés generado a raíz del proceso de diagnóstico y las diferentes fases de tratamiento para el cáncer de mama (n=45) u otros tipos de cáncer (n=11), para ello se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (González, 2004).

Las sub-escalas existentes en el mencionado test corresponden a: Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA), Autocontrol y control emocional (ACE), Búsqueda de apoyo social (BAS); que pertenecen a la escala positiva, Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA), Pasividad y Resignación Pasiva (PRP), Huida y Distanciamiento (HD) y Negación (N); que son denominadas como las de la escala negativa. A continuación se muestran los resultados de las sub-escalas en comparación entre los grupos muestrales que presentan cáncer de mama u otro tipo de cáncer; las sub-escalas están

representadas por la Media Muestral (M) y la Desviación típica (Dt) respectiva (ver cuadro 3.07).

Cuadro 3. 07. Comparación de resultados del Test CAEPO

<i>Indicadores</i>	Grupo Cáncer de mama (A) n = 45		Grupo otro tipo de cáncer (B) n = 11		Contraste
	<i>N</i>	<i>Dt</i>	<i>N</i>	<i>Dt</i>	<i>Prueba t</i>
Enfrentamiento y Lucha Activa	21,9	5,7	21,6	3,8	,180
Autocontrol y Control Emocional	15,2	4,6	16,2	3,2	-,796
Búsqueda de Apoyo Social	6,6	2,3	7,4	2,3	-1,032
Ansiedad y Preocupación					
Ansiosa	6,8	3,9	10,6	1,7	-5,499***
Pasividad y Resignación Pasiva	9,6	3,8	13,0	1,5	-4,661***
Huida y Distanciamiento	10,3	4,1	12,6	3,4	-1,944
Negación	3,1	2,5	5,0	1,3	-3,453**
Total Escala Positiva	43,7	11,4	45,2	7,7	-,520
Total Escala Negativa	29,8	9,7	41,3	4,9	-5,553***

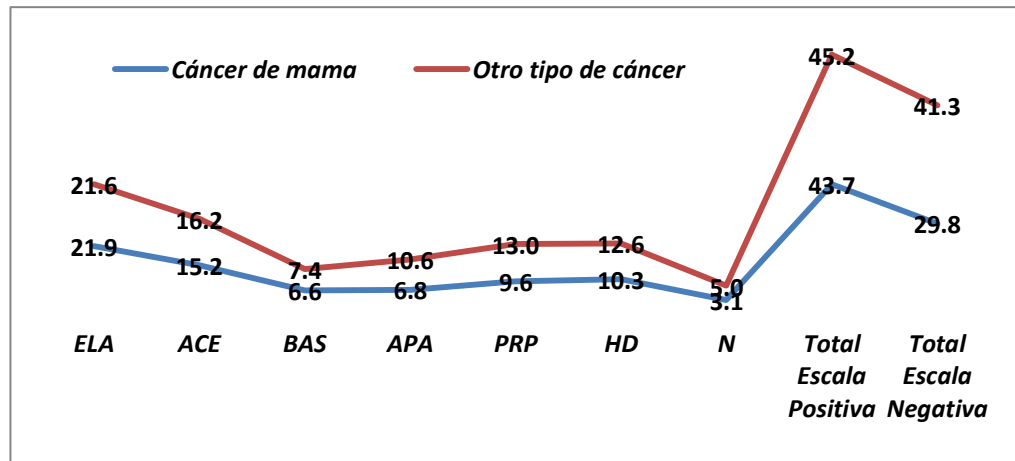
Nota. Niveles de significancia estadística: * $p: \leq 0,05$; ** $p: \leq 0,005$; *** $p: \leq 0,001$

El cuadro 3.07 muestra la presencia de diferencias significativas en los indicadores: Ansiedad y preocupación Ansiosa ($B > A$); Pasividad y Resignación Pasiva ($B > A$); Negación ($B > A$) y el Total de la Escala Negativa ($B > A$). Las diferencias significativas muestran que el grupo que presenta otros tipos de cáncer (B) expresan mayor intensidad de presencia en los indicadores mencionados, con evidencia suficiente para considerar que las condiciones de los grupos son distintas.

En base a la obtención de las medias de las dimensiones de afrontamiento es posible obtener los respectivos perfiles psicológicos de los grupos estudiados con la finalidad

de la obtención de elementos comparativos entre los distintos grupos (ver gráfico 3.05).

Gráfico 3. 04. Cuadro comparativo de las sub-escalas y escalas del CAEPO entre grupos



Fuente: Programa estadístico informático SPSS

El gráfico 3.05 muestra las diferencias existentes entre los grupos con Cáncer de mama y Otros tipos de cáncer, se puede apreciar las diferencias de los resultados en los indicadores Ansiedad y Preocupación Ansiosa, Pasividad y Resignación y Negación. Además se muestra las diferencias en la Escala Negativa²⁴.

3.4.1 Distribución de la muestra según el tipo de afrontamiento

Las interpretaciones de los resultados del CAEPO respecto al tipo de afrontamiento ofrecen una visión cualitativa de los resultados obtenidos. Esto permite mostrar como los grupos comparados forman sub-grupos en cuanto a su tipo de afrontamiento al cáncer. Los tipos de afrontamiento que recoge el test CAEPO son: a) Afrontamiento Positivo; b) Afrontamiento Preferentemente Positivo; c) Afrontamiento no Definido;

²⁴ Escala negativa: Es parte de las dimensiones de evaluación del Cuestionario de afrontamiento al estrés para enfermos oncológicos (CAEPO) y son cuatro: Ansiedad y Preocupación Ansiosa (APA), Pasividad y Resignación Pasiva (PRP), Huida y Distanciamiento (HD) y Negación (N)

d) Afrontamiento Preferentemente Negativo y e) Afrontamiento Negativo. Las interpretaciones de los resultados se muestran en porcentajes y el estadístico de contraste usado es el Ji cuadrado (X^2) (Ver cuadro 3.08).

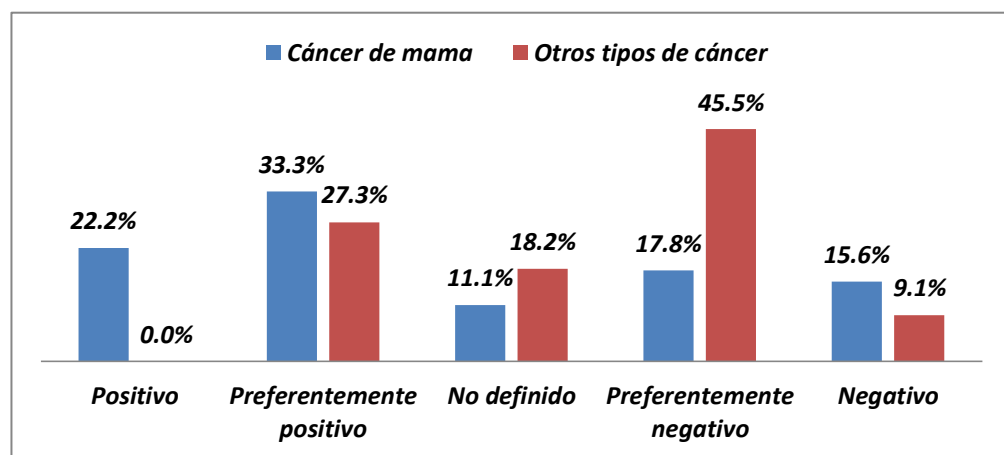
Cuadro 3. 08. Distribución de la muestra según los estilos de afrontamiento

<i>Tipo de afrontamiento</i>	Cáncer de mama n = 45		Otros tipos de cáncer n = 11		Total N = 56		Contraste X^2
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Positivo	10	22,2%	0	0,0%	10	17,9%	(4) 6.074
Preferentemente positivo	15	33,3%	3	27,3%	18	32,1%	
No definido	5	11,1%	2	18,2%	7	12,5%	
Preferentemente negativo	8	17,8%	5	45,5%	13	23,2%	
Negativo	7	15,6%	1	9,1%	8	14,3%	

Nota: El 50% tiene una frecuencia esperada menor a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,38.

La distribución de los grupos comparados no muestra diferencias significativas $X^2 =$ (4) 6.074, lo que indica que todos los grupos muestra una distribución normal.

Gráfico 3. 05. Cuadro comparativo en los tipos de afrontamiento



Fuente: Programa estadístico informático SPSS

La gráfica 3.06 muestra la distribución de los grupos comparados de acuerdo a los tipos de afrontamiento: en el tipo de afrontamiento positivo el grupo Cáncer de

mama presenta un 22% de presencia mientras que el grupo Otros tipos de cáncer 0%. En el nivel preferentemente positivo el grupo cáncer de mama tiene 33,3% mientras que el otro grupo 27,3%. En el tipo de afrontamiento no definido el grupo cáncer de mama presente un 11,1% mientras que es superado por el grupo otros tipos de cáncer con 18,2%. Para el nivel preferentemente negativo el grupo con cáncer de mama muestra un 17,8% de presencia mientras que el otro grupo muestra 45,5%. Finalmente en el tipo de afrontamiento negativo el grupo cáncer de mama presenta 15,6% y el otro grupo 9,1%.

Por medio de los datos obtenidos en el cuadro (3.06), se tiene como resultado que en el grupo con cáncer de mama y el grupo con otros tipos de cáncer tienen anormalidades en la utilización y mantención de los mecanismos de afrontamiento pertenecientes a la escala positiva. De igual manera los resultados de las dimensiones en la escala negativa se encuentran evidentemente presentes en la población de cáncer de mama y de otros tipos.

3.4 Resultados del test TCI

Los grupos Cáncer de mama, Grupo otros tipos de cáncer y el Grupo no clínicos fueron evaluados a través del Test de Creencias Irracionales (TCI) (Calvete, Cardeñoso, 2009, p. 98), con el fin de conocer la presencia y la incidencia de Creencias Irracionales definidas en la Teoría de Albert Ellis (Ellis & Grieger, 2003, p. 23-34) en los grupos presentes en ésta investigación.

Las creencias irracionales que evalúa el Cuestionario TCI son 10 que se detallan a continuación: a) Necesidad de aceptación (ACE), b) Altas expectativas (AUT), c) Culpabilización (CUL), d) Intolerancia a la frustración (FRU), e) Preocupación y

Ansiedad (PRE), f) Irresponsabilidad emocional (IRR), g) Evitación de problemas (EUP), h) Dependencia (DEP), i) Indefensión (IND) y j) Perfeccionismo (PER).

Los resultados se muestran agrupados de acuerdo a los grupos evaluados, el subtotal de cada Creencia Irracional muestra la media (M) y la desviación típica (Dt), el estadístico de contraste a utilizar es el ANOVA (F de Fisher), junto a las sub-escalas se coloca el valor acumulativo global (Ver cuadro 3.09).

Cuadro 3. 09. Resultados del test TCI

<i>Indicador</i>	Cáncer de mama		Otros tipos de cáncer		No Clínico		Contraste
	n = 45 (A)		n = 11 (B)		n = 10 (C)		
	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>M</i>	<i>Dt</i>	<i>F</i>
Necesidad de aceptación	29,1	7,2	24,4	5,2	29,4	2,4	2,541
Altas expectativas	20,4	2,8	18,6	2,0	20,2	2,8	2,052
Culpabilización	17,4	7,1	13,0	4,5	18,8	6,6	2,401
Intolerancia a la frustración	23,0	3,6	23,0	1,2	17,6	5,3	9,489*** A,B > C
Preocupación y ansiedad	21,3	4,5	21,6	2,9	21,7	4,4	,057
Irresponsabilidad emocional	34,6	6,9	32,5	7,5	36,8	4,4	1,102
Evitación de problemas	10,3	3,5	8,7	1,3	9,1	1,9	1,575
Dependencia	26,9	3,7	27,1	2,6	24,6	4,0	1,817
Indefensión	20,9	7,8	13,6	4,1	12,1	5,4	9,510*** A > B,C
Perfeccionismo	20,8	3,1	19,3	2,2	18,3	3,3	3,400* A > B,C
Total	224,8	21,8	201,8	9,4	208,6	20,8	7,165** A > B,C

Nota: Niveles de significancia estadística: * p: $\leq 0,05$; ** p: $\leq 0,005$; ***p: $\leq 0,001$

Los resultados muestran la presencia de diferencias significativas en las creencias:

a) Intolerancia a la frustración $F = 9,489$; $p < 0,001$ (A,B>C).

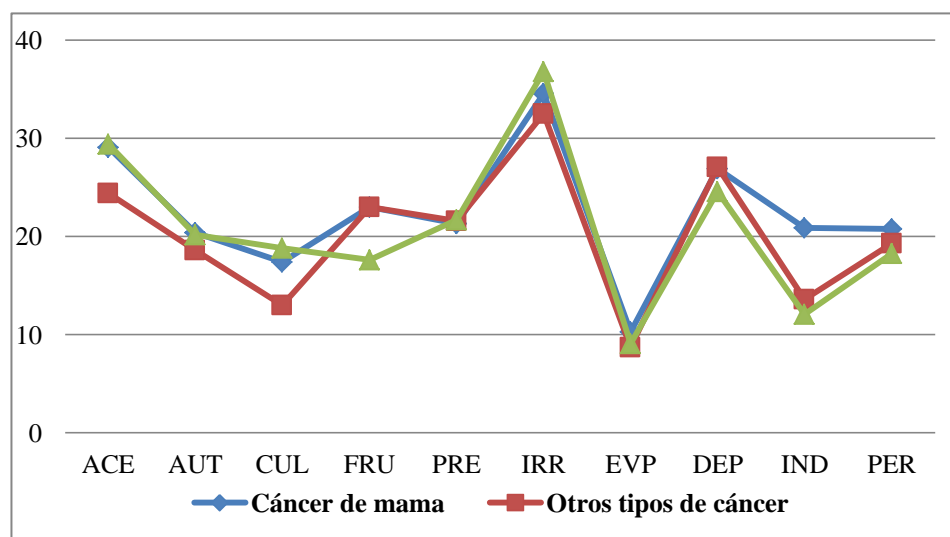
b) Indefensión $F = 9,510$; $p < 0,001$ A>B,C.

c) Perfeccionismo $F = 3,400$; $p < 0,05$ (A>B,C).

d) Los resultados globales muestran diferencias significativas $F = 7,165$; $p < 0,01$ (A>B,C).

Las creencias irracionales como: Intolerancia a la frustración, indefensión, perfeccionismo en el grupo cáncer de mama presentan una mayor intensidad frente al resto de grupos comparados así como en los resultados globales. Esto puede evidenciar características significativas propias en las creencias irracionales del grupo que presenta cáncer de mama.

Gráfico 3.06. Cuadro comparativo de las creencias irracionales



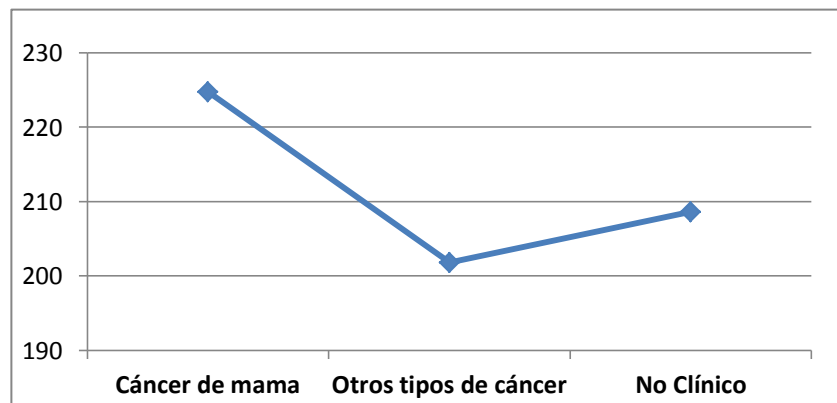
Fuente: Programa estadístico informático SPSS

El gráfico 3.07 muestra el comportamiento de acuerdo al nivel de presencia de las creencias irracionales distribuidas entre los tres grupos de estudio. Se puede evidenciar las diferencias existentes en Intolerancia a la frustración, indefensión y perfeccionismo. Los valores globales también se muestran para visualizar los resultados en los grupos investigados (Ver cuadro 3.08).

Una vez obtenidos los resultados, se puede determinar que las ideas irracionales acentuadas pueden interferir con el proceso del diagnóstico, tratamiento y curación. La intolerancia a la frustración produce estados de estrés acompañados de ansiedad, la indefensión denota una idea de resignación y de incapacidad de poder hacer algo

en favor del mejoramiento y el perfeccionismo está acompañado de un sin número de absolutismos, que al no poderse llevar a cabo producen efectos secundarios perjudiciales (estrés, escenas de agresividad, entre otros).

Gráfico 3. 07. Valores globales del Test de Creencias Irracionales



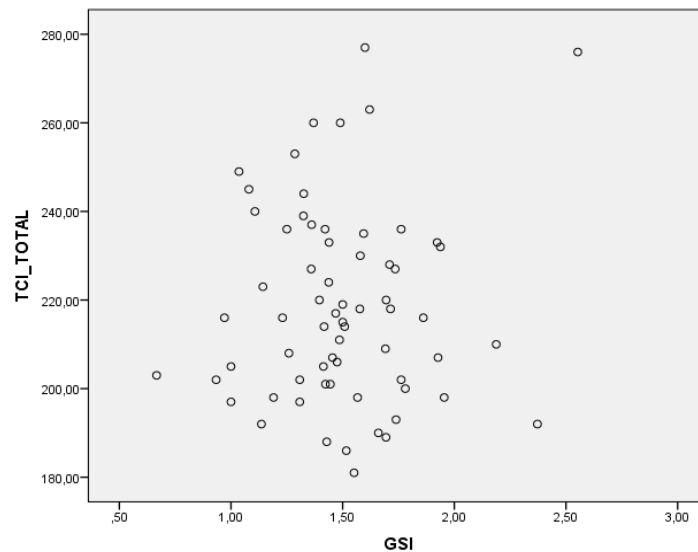
Fuente: Programa estadístico informático SPSS

El gráfico 3.08 muestra los valores globales entre los 3 grupos comparados, de los cuales el Grupo cáncer de mama presenta diferencias estadísticamente significativas de los otros grupos estudiados.

3.5 Estudio de Correlación entre el diagnóstico de cáncer de mama a través de los síntomas psicológicos y las ideas irracionales

Para el desarrollo de las pruebas de correlación y conocer el grado de asociación existente entre el cáncer de mama a través de los síntomas psicológicos (SCL90R) y la presencia de creencias irracionales (TCI). Para ello se debe identificar el comportamiento que se da entre las variables mencionadas y su respectiva dispersión (Ver gráfico 3.09)

Gráfico 3. 08. Gráfico de dispersión de puntos correlacionando resultados del test SCL90R y TCI



Fuente: Programa estadístico informático SPSS²⁵

El gráfico 3.09 muestra la nube de dispersión entre las variables Síntomas Psicológicos de los participantes con cáncer de mama y los resultados globales del Test de Creencias Irracionales, los cuales sugieren una correlación de tipo positiva. Para evidenciar la existencia de Correlación de las variables mencionadas se procede a realizar el Índice de Correlación Producto – Momento de Pearson a través de las medias (M) para conocer el grado de asociación (Ver cuadro 3.10).

Cuadro 3. 10. Resultados de Índice de Correlación de Pearson

<i>Índice global de severidad</i>	<i>Test de creencias irracionales</i>	<i>Correlación de Pearson</i>
1.5653	220,321	,056

Nota: Niveles de significancia estadística: * $p: \leq 0,05$; ** $p: \leq 0,005$; *** $p: \leq 0,001$

²⁵ SPSS: Statistical Product and Service Solutions.

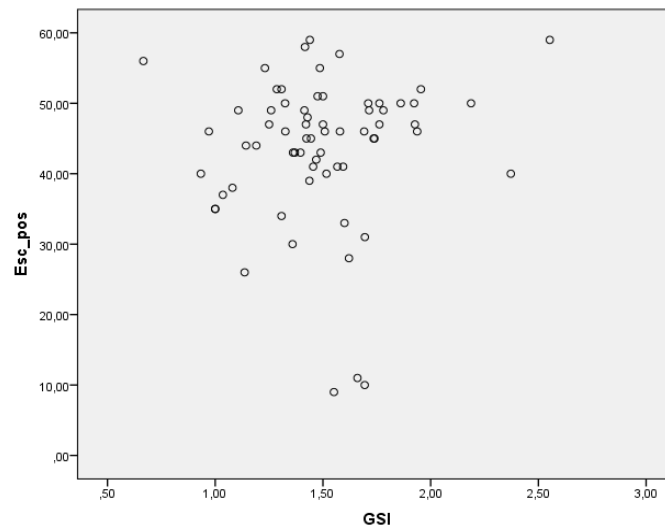
El valor del Índice de Correlación de Pearson producto momento es de $R= 0,056$ sin evidenciar diferencias significativas, la correlación se la interpreta como leve y de tipo positiva, debido al tamaño de la muestra no se puede establecer diferencias significativas, por lo tanto no existe evidencia para demostrar una correlación entre el cáncer de mama a través de los síntomas psicológicos y las creencias irracionales.

3.6 Estudio de Correlación entre el diagnóstico de cáncer de mama a través de los síntomas psicológicos y los estilos de afrontamiento.

Para el desarrollo de las pruebas de correlación y conocer el grado de asociación existente entre el cáncer de mama a través de los síntomas psicológicos (SCL90R) y el grado de afrontamiento al estrés en los pacientes que presenta el Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO).

3.6.1 Correlación con la escala positiva

Se debe identificar el comportamiento que se da entre las variables mencionadas en este presente caso la Escala Positiva y su respectiva dispersión (Ver gráfico 3.08).

Gráfico 3. 09. Gráfico de dispersión entre los test SCL90R y CAEPO

Fuente: Programa estadístico informático SPSS

El gráfico 3.10 muestra la nube de dispersión entre las variables Síntomas Psicológicos de los participantes con cáncer de mama y los resultados de la Escala Positiva del CAEPO, los cuales sugieren una correlación de tipo positiva.

Para evidenciar la existencia de Correlación de las variables mencionadas se procede a realizar el Índice de Correlación Producto – Momento de Pearson a través de las medias (M) para conocer el grado de asociación (Ver cuadro 3.11).

Cuadro 3. 11. Resultados de Índice de Correlación de Pearson

<i>Índice global de severidad</i>	<i>Escala Positiva</i>	<i>Correlación de Pearson</i>
1.5653	43.98	,079

Nota: Niveles de significancia estadística: * $p: \leq 0,05$; ** $p: \leq 0,005$; *** $p: \leq 0,001$

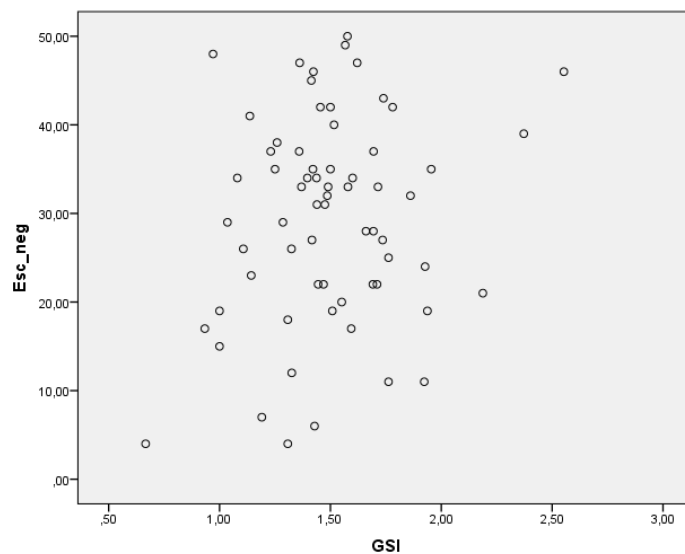
El valor del Índice de Correlación de Pearson producto momento es de $R= 0,079$ sin evidenciar diferencias significativas, la correlación se la interprete como leve y de tipo positiva, debido al tamaño de la muestra no se puede establecer diferencias significativas, por lo tanto no existe evidencia para demostrar una correlación entre el

cáncer de mama a través de los síntomas psicológicos y la escala positiva del afrontamiento al estrés para enfermos oncológicos.

3.6.2 Correlación con la escala positiva y negativa

Se debe identificar el comportamiento que se da entre las variables mencionadas en este presente caso la Escala Positiva y su respectiva dispersión (Ver gráfico 3.11).

Gráfico 3. 010. Gráfico de dispersión de puntos Entre los resultados de los síntomas psicológicos (SCL90R) y la escala negativa del Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)



Fuente: Programa estadístico informático SPSS

El gráfico 3.11 muestra la nube de dispersión entre las variables Síntomas Psicológicos de los participantes con cáncer de mama y los resultados de la Escala Negativa del CAEPO, los cuales sugieren una correlación de tipo positiva.

Cuadro 3. 12. Resultados de Índice de Correlación de Pearson

<i>Índice global de severidad (SCL90R)</i>	<i>Escala Positiva</i>	<i>Correlación de Pearson</i>
1.5653	32.08	,187

Nota: Niveles de significancia estadística: * p: $\leq 0,05$; ** p: $\leq 0,005$; ***p: $\leq 0,001$

El valor del Índice de Correlación de Pearson producto momento es de $R= 0,187$ sin evidenciar diferencias significativas, la correlación se la interpreta como leve y de tipo positiva, debido al tamaño de la muestra no se puede establecer diferencias significativas, por lo tanto no existe evidencia para demostrar una correlación entre el cáncer de mama a través de los síntomas psicológicos y la escala positiva del afrontamiento al estrés para enfermos oncológicos (Ver cuadro 3.12).

3.7 Comprobación de Hipótesis

La hipótesis planteada al inicio de la investigación ha sido comprobada y tomada como válida, ya que está demostrada tras la aplicación de los reactivos 90 Symptom's Check List (SCL90R) que obtiene como resultado que el grupo de pacientes diagnosticados con cáncer de mama presenta alteraciones comportamentales en cualquiera de los momentos de tratamiento desde la etapa de diagnóstico y las etapas subsiguientes.

El Test de creencia irracionales (TCI) que también fue aplicado, muestra diferencias marcadas en el grupo de cáncer de mama que según los resultados del test arroja que estos pacientes tienen un aumento en las ideas irracionales por lo que la hipótesis se comprueba nuevamente.

Finalmente el test CAEPO en el momento de su calificación no se definió respuestas significativas en la relación con los otros grupos de estudio.

CAPÍTULO IV

4 Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

Existe un incremento en las ideas irracionales (Ver gráficos 3.07 – 3.08) de las pacientes de género femenino que son diagnosticadas con cáncer de mama y de igual manera una necesidad de atención psicológica en los diagnosticados.

Por la similitud de las características que fueron tomadas en el desarrollo de la investigación, se evidencia que existen componentes psicológicos que están implicados en el desarrollo y mantenimiento del cáncer de mama tales como: a) Psicoticismo, intolerancia a las frustración, indefensión, ideación paranoide, sensibilidad y perfeccionismo (Ver gráficos 3.04 – 3.07).

El grupo con otros tipos de cáncer también manifestó una diferencia significativa de alteraciones de carácter psicológico a diferencia del grupo no clínico (Ver gráfico 3.02), por lo que se puede concluir que la asistencia psicológica en otros tipos de cáncer también es factible.

En los resultados de la aplicación de los test SCL90R y TCI (Ver gráficos 3.01 – 3.07) se determina que las áreas psicológicas alteradas en mayor cantidad son el psicoticismo y la intolerancia a la frustración las que están relacionadas por las semejanzas en sus características generales (Ver cuadro 3.02 – 3.04).

La asistencia psicológica en todos los procesos del cáncer es fundamental, por los efectos y las alteraciones que se producen tanto de carácter exterior que influyen en

el estado psíquico de la persona como las ideas que se forman y sus efectos en el buen encaminamiento del tratamiento, así como los métodos de afrontamiento que tienen ante este tipo de situaciones (Gráfico 3.02).

Los efectos producidos por el diagnóstico de cáncer y de igual manera los tratamientos a los que se tienen que someter la paciente, son situaciones que hacen que se originen ideas irracionales relacionadas con la muerte y con la indefensión hacia la situación en la que se encuentran (Ver gráfico 3.02).

4.2 Recomendaciones

En las etapas de la enfermedad (Diagnóstico tratamiento, paliativa) se recomienda el abordaje mediante la terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, que es un herramienta eficaz para el trabajo en el área cognitiva, eliminación de ideas irracionales y conductas no favorables que el/la paciente con cáncer presentan.

Las ideas irracionales son un componente clave para la generación de estrés y por consiguiente un factor que frena o detiene el proceso de tratamiento por sus efectos en el sistema inmunológico por esta razón se sugiere el trabajo constante en cuáles son las ideas y las expectativas que tiene el paciente sobre la enfermedad y de igual manera cuales son los mecanismos de afrontamiento que cree que posee para luchar activamente en favor del tratamiento.

El trabajo del tratamiento de cáncer es de carácter multidisciplinario por los factores derivados de la enfermedad correspondientes a los médicos (Oncólogos, Radiólogos, cirujanos, entre otros), los factores sociales y personales en donde actúa el psicólogo

informando de manera exacta el estado anímico del paciente y el tipo de afrontamiento que este tiene de tal manera que se pueda determinar un tipo de trabajo específico dependiendo de las necesidades Biopsicosociales del paciente.

Las ideas irracionales son un importante punto en el que se debe trabajar conjuntamente con el equipo de trabajo y con la familia, de esta manera se mejorará la calidad de vida del paciente y de igual manera la posibilidad de influir positivamente en el tratamiento.

Se recomienda la implementación del departamento de psicología en pro del mejoramiento de los métodos de tratamiento de la institución y en favor de la implementación de los nuevos modelos de salud.

CAPÍTULO V

5 Propuesta de la investigación

5.1 Psicoterapia de Apoyo en Pacientes Oncológicos

5.1.1 Introducción

Los modelos de salud y enfermedad reduccionistas que hablan sobre la enfermedad física y la enfermedad mental como dos estructuras separadas quedaron descartados a partir de la década de los años setenta. Los nuevos modelos hablan sobre el concepto de enfermedad como una estructura unificada que es parte de un complejo proceso multidimensional (biosomático, psicológico y social) que se establece en el proceso de génesis de la enfermedad, evolución y consecuencias que se pueden presentar (González, 2004, p. 39).

El nuevo concepto de enfermedad desemboca en el trabajo multidisciplinario (médicos oncólogos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros), para integrar sus conocimientos e intervenciones por medio de la interacción y la competencia activa para así encaminar el tratamiento hacia el mejoramiento de la calidad de vida del paciente (González, 2004, p. 39).

La implementación de un modelo interdisciplinario en el tratamiento dirigido a las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en sus diferentes etapas es una necesidad para el mejoramiento no solo de la calidad de vida del paciente, sino también para el avance en favor de los nuevos modelos de salud y el desarrollo del hospital Dr. Julio Enrique Paredes. El modelo de intervención a desarrollarse a parte

de estar destinado hacia las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama podrá ser aplicable a los otros tipos de cáncer, y de igual manera será factible su aplicación hacia otro tipo de enfermedades de carácter incapacitante.

5.1.2 Antecedentes investigativos:

Existen efectos psicológicos que se desencadenan por medio del cáncer, como elevados niveles de depresión, indefensión y pesimismo (Carver, Meyer & Anthony, 2000, pág. 208), también los cambios que conlleva la enfermedad en la vida cotidiana y el contacto con el exterior (Moreno & Kern De Castro, 2005, pág. 48).

A partir de los resultados obtenidos en los test SCL90R, CAEPO TCI se ha determinado que el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama generan una incidencia en las ideas irracionales de las pacientes de género femenino que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. de la ciudad de Ambato.

Las pacientes que fueron tomadas en cuenta para la investigación, los pacientes con otros tipos de cáncer presentaron alteraciones en distintas áreas psicológicas por lo que el desarrollo de un plan de intervención para pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital.

El Cáncer de mama femenino en la actualidad es un fenómeno en crecimiento y expansión que se ha ido desarrollando por medio de fenómenos culturales, sociales, ambientales y biológicos por eso la importancia y la relevancia de la intervención psicológica y el desarrollo de un modelo para el mejoramiento de la calidad de vida y la capacidad de influir positivamente en el tratamiento por medio de su predisposición positiva.

5.1.3 Datos informativos:

5.1.3.1 Unidad de aplicación de la propuesta:

Hospital Dr. Julio Enrique Paredes

5.1.3.2 Unidad ejecutora:

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato

5.1.3.3 Responsable:

Santiago Escobar Espíndola

5.1.3.4 Equipo de apoyo:

Personal médico de la institución, enfermeras y psicólogos.

5.1.3.5 Beneficiarios inmediatos:

Pacientes de género femenino con diagnóstico de cáncer de mama

5.1.3.6 Beneficiarios mediatos:

Hospital Dr. Julio Enrique Paredes

5.2 Objetivos:

5.2.1 Objetivo General

Estimular a la generación de mecanismos de afrontamiento

5.2.2 Objetivos Específicos

- Intervenir inicialmente brindando información sobre el cáncer además de las inquietudes del paciente acerca de su situación.
- Ayudar a que el paciente exprese y regule sus emociones.
- Estimular la interacción y la comunicación entre el paciente, médicos y familiares.
- Generar la posibilidad de intervenir de manera positiva en el proceso y evolución de la enfermedad (González, 2004, p. 42).

5.3 Mecanismo de Intervención:

Para el inicio de la intervención hay que tomar en cuenta que el paciente está en la etapa de diagnóstico y que existen muchas ideas que deben estar produciéndose en la mujer diagnosticada de cáncer de mama tales como, “la enfermedad es incurable o mortal y sobre las posibilidades que tiene de influir en el curso y desarrollo de la enfermedad” (González, 2004, p. 39).

Hay que tener en cuenta que el programa de intervención psicológica a desarrollarse tiene que estar acoplado a las necesidades de cada paciente, considerando la etapa de su enfermedad, el tipo de dinámica familiar y los rasgos de personalidad que tiene la persona, por lo que se debe mantener en comunicación con el médico que está al tanto de su estado biológico.

La información que recibirá el paciente será fundamental para el desarrollo y la aplicación de la intervención. En el cáncer que se trata desde una perspectiva multidisciplinaria, debe existir la adecuada comunicación por parte de los médicos, psicólogos y del personal de enfermería sea la más verídica posible y que este transmitida a todo el equipo de trabajo en un determinado caso de cáncer.

Los reactivos Psicológicos Escala de los 90 síntomas psicológicos (SCL90-R), “Test de Creencias Irracionales” TCI y Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos son los instrumentos de recolección de información básica para obtener un perfil del estado psicológico de la persona en donde se determinara el tipo de mecanismos de afrontamiento que tiene, la predominancia de algunas

irracionales y los síntomas psicológicos que pueden estar afectando a la persona y en consecuencia el tratamiento.

Se propone que una vía adecuada para abordar psicoterapéuticamente las demandas del paciente es la Terapia Racional Emotiva (RET), por el hecho de ser un tratamiento que está direccionado a la identificación, definición, discusión y estabilización o eliminación de una idea irracional y por su eficacia que ha sido demostrada en estudios anteriores, no solamente con cáncer sino con otros tipos de enfermedades de alto riesgo.

La Teoterapia es un aspecto fundamental que se tiene que tomar en cuenta ya que los pacientes en la mayoría de los casos, forman parte de algún tipo de religión (Católica, Evangélica, testigo de Jehová, Bautista, entre otras). Por esta razón la importancia de estar capacitado para que por medio del análisis y del debate se defienda la importancia de la fe y de igual manera en el empoderamiento de todas las capacidades de la persona, para luchar en contra de la situación, favorecer al afrontamiento y provocar en la persona una actitud de lucha activa (González, 2004, pp. 40 – 44).

Las terapias para controlar el dolor son muy importantes y puede ser respiratoria y de meditación y para mejores resultados la aplicación de estas dos técnicas que estimulan al control del dolor, cambian la perspectiva y ayudan a que el paciente influya positivamente en el proceso de tratamiento.

Cuadro 4. 13. Modelo de intervención psicológica

Información al paciente	<p>Se le informa al paciente sobre el concepto de cáncer, estadíos, sobre que es una enfermedad fuerte pero no incapacitante. También se trabaja con las inquietudes que se presentan por parte del paciente.</p> <p>La información que se impartirá al paciente desde el inicio del programa siempre será en favor de su bienestar ya que es muy importante que reciba información verídica sobre su situación.</p>
Aplicación de reactivos	<p>Se aplica el test SCL90R para saber sobre los síntomas psicológicos relevantes, en una siguiente sesión se procede a aplicar el test de creencias irracionales con el fin de analizar el predominio y la intensidad de las ideas irracionales que mantiene el paciente y finalmente el test CAEPO con el cual se determinara el tipo de afrontamiento del paciente.</p>
Aplicación de técnicas	<p>Los A.B.C y D.E de la RET de Albert Ellis son un buen componente para el trabajo en las ideas irracionales que presenta el paciente oncológico y se puede aplicar de la siguiente manera:</p> <p>A: La experiencia activadora es el diagnóstico de cáncer.</p> <p>B: Se debe llegar a conocer por medio de la persuasión y el parafraseo la verdadera idea o creencia que tiene el/ la paciente de su situación.</p> <p>C: Determinar las consecuencias que se producen en base a la interpretación del paciente sobre el momento que está pasando.</p> <p>D: Por medio del debate y el confortamiento asertivo, promover el cambio y/o eliminación de las ideas que están generando malestar de manera constante. Se debe realizar con o sin el terapeuta, una vez explicado y entendido el mecanismo de trabajo.</p> <p>E: El efecto esperado es el de una mejor predisposición para el tratamiento, la eliminación de la idea de que el cáncer es muerte y que no hay nada que la persona pueda hacer para ayudarse a sí misma.</p> <p>Ejercicios de relajación y de respiración que se pueden utilizar, entre ellos están los del Dr. Johann Schultz, Dr. Edmond Jacobson que consisten en la progresiva relajación muscular, estimulan la conexión mente cuerpo, ayudan a controlar el dolor.</p>

Nota: Se debe tener en cuenta que el proceso va acompañado del trabajo multidisciplinario y que tiene que estar inmerso en el sistema de evaluación de pacientes semanal.

5.4 Metas:

- Reducir el nivel y la intensidad de las ideas irracionales que se presentan en las pacientes.
- Mejorar las estrategias de afrontamiento.
- Atender a las necesidades de familias de la enferma de cáncer de mama.
- Mejorar la calidad de vida.

5.5 Conclusiones:

- El paciente tendrá una idea verídica sobre el concepto de cáncer y su situación real por medio de la impartición de la información necesaria.
- Mejor predisposición por parte del enfermo para los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Cancer Society, (2008). *Los resultados de la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica / mama*, CANCER Suplemento 15 de octubre 2008 / Volumen 113 / Número 8., Guía web: http://translate.google.com/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://portal.bhgi.org/GlobalPortfolio/LatinAmerica/Los%2520Articulos/CANCER%2520SUPPLEMENT_Breast%2520Cancer%2520in%2520Latin%2520America.pdf&ei=OAqtULCPNsTDqQGQ-ICQAO
- American Cancer Society, (2011., *Datos estadísticos sobre el cáncer entre los hispanos/latinos 2009-2011*, American Cancer Society, Atlanta.
- American Cancer Society, (2012). *Cáncer de seno*, American Cancer Society, Atlanta, Guía Web: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>.
- Ausubel, Novak & Hanesian, (1983). *Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo*. (2da edición). Editorial Trillas, México D.F.
- Avello, J. (1988). *Cáncer de Mama*. España. Universidad de Oviedo. Editorial Lidergraf.
- Beck A.T. (1976). *Cognitive Therapy And Emotional Disorders*, New York, International Universities Press Ed.
- Best, J. (1999). *Psicología Cognitiva*, Wdswrt Publishing Company Thomsom Publishing Inc., edición española.
- Bleger, J. (1953). *Psicología de la Conducta*. Guía web: <http://sitio13.com.ar/sitio13/1/docs/Bleger,%20Jose%20-%20PSICOLOGIA%20DE%20LA%20CONDUCTA.pdf>

Calvete, E. & Cardeñoso, O. (1999), *Creencias y Sintomas Dpresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada*, *Anales de Psicología*, 15(2), 179-190.

Calvete, E., Cardeñoso, O., (2001). *Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos*. *Psicothema*, 13(1), 95-100.

Carver, C.S., Meyer, B. & Antoni, M.H., (2000). *Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: Moderator effects in early-stage breast cancer patients*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Ed. 68, 965-975.

Castillo E., Chesla C. (2003), *Viviendo con el cáncer de un hijo*, 34: 155-163 Guía Web: www.colombiame-dica.univalle.edu.co/Vol34No3/cancerhijo.pdf.

Claudet P., Hernández F. (1985). *Consecuencias Psicoafectivas Y Sociales Del Cáncer De Mama Y De La Mastectomía*, Ed. Escuela Psicología Universidad de Costa Rica

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Institutos Nacionales de la Salud. Instituto Nacional del Cáncer. (2010). *Lo que usted necesita saber sobre el Cáncer*, Ed. Febrero, Guía web: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/seno.pdf> .

Ellis, A., (1957). *Rational Psychotherapy and Individual Psychology*, *Journal Of Individual Psychology*, Ed. Desclée de Brower.

Ellis, A., Grieger, R., (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva* Ed. No.10 Desclée de Brower S.A., ISBN 13: 978-84-330-058-8.

Ellis, A., (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*, Suart, New York. Versión al español, 1998, 10ma edición, Desclée de Brouwer.

Enciclopedia Médica en español, (diciembre de 2009). *Cáncer de mama*, *Enciclopedia médica en español*, Consultado el 2 de junio de 2010., Guía web: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>.

Fernández, S., (2010). *Variación terminológica y cognición. Factores cognitivos en la denominación del concepto especializado*, Guía Web: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/22638/tsf.pdf?sequence=1>

Galiberti, U., (2002). *Diccionario de Psicología*. (1era Ed). México Siglo XXI editores S.A.

Generalitat, (2008). *Información para mujeres con Cáncer de Mama*. Conserjería de Sanitat, Generalitat Ed., Guía web: <http://ventajas.umh.es/files/2012/03/Información-para-mujeres-con-cáncer-de-mama.pdf>

Giraldo-Mora C. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Rev. Salud Pública*.

Glaser JK, Mc Guire L, Robles F, Glaser R, (2002). *Emotions, Mobility, And morbidity New Perspectives from Psychoneuroimmunology*.

Glaser JK, Mc Guire L, Robles F, Glaser R, (2002). *Psychological influences immune function and health*.

Gómez, M., (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación científica* Córdoba – Argentina: Editorial Brujas.

- Gómez, M., (2009). *Metodología de la Investigación Científica* Córdoba, Argentina, vol.2 Ed. Brujas.
- González de Rivera, J. L.; Derogatis, L.R.; de las Cuevas, C.; Gracia Marco, R.; Rodríguez-Pulido, F.; Henry-Benítez, M; Monterrey; (1989). *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Clinical Psychometric Research, Towson.
- González, T., (2004). *Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos* Ed. TEA Ediciones, S.A.
- Green J, Shellenberger R., (1991). *The dynamics of health and wellness. A biopsychosocial Approach*”, Holt, Rinehart, Winston, Ed. Filadelfia, 235-249.
- Guardia, J., Freixa, M., Però, M., Turbany, J., (2007). *Análisis de datos en Psicología*, Delta, Publicaciones Universitarias. Primera Edición.
- Hernández, N., Sánchez, A., (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo Conductual Para Trastornos de la Salud*. Ed. Amertown International S.A.
- Inma. (2009). *Libro de la conducta*. Buenos Aires. Editorial del consejo de Psicología de Buenos Aires.
- Jiménez, M., García Sáenz, J., (2009). *Oncología, Cáncer de Mama*. España, Aran Ed., Guía Web:
http://bks3.books.google.com.ec/books?id=Bnrz4Qqcz08C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Kort, F., (2003). *Psicoterapia Conductual y Cognitiva*. Ed. Industria Gráfica Integral.

- Labrador, F., Cruzado, A., y Muñoz, M., (1998). *Manual Técnicas modificación y terapia conducta*. Ed Pirámide, Guía Web: <http://depsicologia.com/creencias-irracionales/>.
- Lafaurie, M. (2011). *Manual de Psicología conductual*. Argentina. Editorial Nuevos Horizontes.
- Link, J. (2008). *Cáncer de Mama y Calidad de Vida*. Barcelona: Ediciones Robinbook.
- Minici, Rivadeneira, Dahab, (2001). *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. Buenos Aires Argentina. Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento.
- Montelongo, R., Lara, A., Morales, G. y Villaseñor. (2005). *Los trastornos de ansiedad*. Revista Digital Universitaria, Volumen 6, Número 11, Pp. 1-11, Ed. Coordinación de publicaciones – UNAM, México D.F., Guía web: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Moreno, B., Kern de Castro, E. (2005). *Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: una revisión de literatura*. Ed. Revista Colombiana de Psicología.
- Neisser. U. (1967). *Cognitive Psychology*. New York. Editorial: Appleton-Century-Crofts.
- Organización Mundial de la Salud, (2008). *Datos y cifras sobre el cáncer* Washington D.C. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía web: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/index.html>.
- Pérez, J., Hannois, R. (2009). *Oncología Clínica*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

- Picollini, J., Allemand, C. (2012). *Cáncer de Mama*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Pitot, H. (1981). *Fundamentals of Oncology. España*. Versión en español. Editorial Reverté S.A.
- Prieto, A., (2004). *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. Psicología Oncológica.
- Ramos, A., Guardia, J., Freixa, M., (1999). *Introducción a la estadística en Psicología*. Ed. Universidad de Barcelona.
- Rivas, M. (2008) *Procesos Cognitivos y aprendizaje significativ*. España. Ed. BOCM.
- Rojas, R. (2006). *Metodología de la investigación científica*. México. Editorial Plaza y Valdéz.
- Rodríguez, J. (2006). *Cognición y Ciencia Cognitiva*. Universidad de Gotemburgo. Guía web: <http://supervivencia.nu/cgn/cognicion1.pdf>.
- Sánchez, J., Cano, J. (1992). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Guía web: amapsi.org/distancia/mod/wiki/view.php?id=349&binary...pdf
- Secretaria de Salud, (2009). *Diagnóstico y Tratamiento Adenocarcinoma Gástrico en Pacientes Adultos*. México: Secretaria de Salud
- Sociedad Andaluza de medicina familiar y comunitaria. (2009). *Diagnóstico Precoz Del Cáncer De Mama En Medicina Familiar*. Sevilla. Ed. SANFYC.
- Spiegel D., Bloom J., Kraemer H., Gottheil E. (1989). *Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*. Ed. Lancet.

Stark, D., (2002). *Anxiety disorders in cancer patients. Journal of Clinic Oncology*, United States. Editorial American.

Yang E., Glaser R., (2002). *Stress induced immunomodulation and the implications for health. Int Immunopharmacol.*

ANEXOS

Anexo 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr./ a: _____

Por medio de la presente, quisiéramos obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato en el Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. Ésta investigación lleva por título: “PACIENTES DE GÉNERO FEMENINO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA Y SU INCIDENCIA EN LAS IDEAS IRRACIONALES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. JULIO ENRIQUE PAREDES C. DE LA CIUDAD DE AMBATO”. Además esta investigación parte de estudios anteriores y está siendo guiada por el PS. RODRIGO MORETA HERRERA, M.U.PS. en calidad de Director de Disertación de la Escuela de Psicología de la PUCESA.

El objetivo de esta investigación es Determinar la incidencia en las ideas irracionales de los pacientes femeninos diagnosticados con cáncer de mama atendidas en el Hospital “Dr. Julio Enrique Paredes C.”. Es decir, se desea evaluar La manera en la que las ideas irracionales afectan en el tratamiento en contra del cáncer de mama.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que rellenar una encuesta, en la que se harán diversas preguntas referidas a estados emocionales e ideas que aparecen en la persona afectada de cáncer de mama. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. Su participación será Anónima. Es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en las encuestas, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Luego, los datos producidos por las encuestas serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que permitan responder a las preguntas formuladas en el proyecto. Con los análisis realizados se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Además, usted podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo. Así

mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación

Autorizo ser tomado en cuenta para la investigación de la Escuela de Psicología.

Santiago Escobar

Investigador Responsable

Firma investigado/a

C.C. _____

Anexo 2: Modelo de Historia Clínica

Historia Clínica

Fecha:

Datos Informativos:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Estado Civil:

Religión:

Teléfono:

Dirección:

Motivo de consulta:

Diagnóstico de la enfermedad:

Antecedentes familiares:

Si No

Antecedentes quirúrgicos:

Si No

Conclusiones:

Recomendaciones:

Anexo 3: CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS (SCL-90-R)

CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS (SCL-90-R)

Derogatis, L., 1977

Adaptación española de González de Rivera, J. y cols, 1988

Nombres y apellidos:

Nº: Sexo: Varón Mujer Edad: Fecha de hoy: Procedencia:

.....Entrevistador:

Instrucciones

Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodee con un círculo el cero (0) si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno (1) si la ha tenido un poco presente; el dos (2) si la ha tenido moderadamente; el tres (3) si la ha tenido bastante y el cuatro (4) si la ha tenido mucho o extremadamente.

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA				
0 Nada en absoluto	1 Un poco	2 Moderadamente	3 Bastante	4 Mucho o extremadamente

RODEE CON UN CIRCULO LA ADVERTENCIA ELEGIDA

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o placer sexual	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4

14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente o sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo/a de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pasando.	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46	Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco.	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4

54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos.	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o errores.	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente.	0	1	2	3	4

González de Rivera, J., Derogatis, L., De las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M., Monterrey, (1989), “ *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. Clinical Psychometric Research, Towson*”.

Anexo 4: TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES (VERSIÓN CORREGIDA Y ABREVIADA)

A continuación se presentan una serie de ideas acerca de diversos aspectos de la vida. Deberá indicar en qué medida describen su forma de pensar habitual con la siguiente clave de acuerdo:

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

	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es importante para mí que los demás me aprueben	1	2	3	4	5	6
Me gusta el respeto de los otros pero no necesito tenerlo.	6	5	4	3	2	1
Quiero gustar a todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
Puedo gustarme a mí mismo incluso cuando no les agrado a otras personas.	6	5	4	3	2	1
Si no gusto a otras personas es su problema no el mío.	6	5	4	3	2	1
Aunque me gusta la aprobación, no es una autentica necesidad para mí.	6	5	4	3	2	1
Es molesto pero no insoportable que te critiquen.	6	5	4	3	2	1
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Odio fallar en cualquier cosa.	1	2	3	4	5	6
Me gusta tener éxito en cualquier cosa pero no siento que lo tenga que lograr	6	5	4	3	2	1
Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5	6
No me importa realizar cosas que no puedo hacer bien.	6	5	4	3	2	1
Se puede disfrutar de las actividades por si mismas sin importar lo bueno que sea en ellas.	6	5	4	3	2	1
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Las personas que actúan mal merecen lo que les ocurre.	1	2	3	4	5	6
Demasiadas malas personas escapan al castigo que merecen	1	2	3	4	5	6
Aquellos que actúan mal deben ser castigados.	1	2	3	4	5	6
La inmoralidad debería castigarse intensamente.	1	2	3	4	5	6
Todo el mundo es básicamente bueno.	6	5	4	3	2	1
Nadie es malvado, incluso cuando sus actos lo sean.	6	5	4	3	2	1

	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es mejor aceptar las cosas como son, incluso si no me gustan.	6	5	4	3	2	1
Las cosas deberían ser diferentes de cómo son.	1	2	3	4	5	6
Es terrible pasar por situaciones que no me gustan	1	2	3	4	5	6
Es difícil para mí realizar tareas desagradables.	1	2	3	4	5	6
Creo que puedo soportar los errores de los demás.	6	5	4	3	2	1
Una vida de facilidades rara vez es recompensante	6	5	4	3	2	1
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
No hay motivo para temer peligros inesperados o sucesos futuros.	6	5	4	3	2	1
Si no puedo evitar que ocurra algo, es mejor no preocuparse por ello	6	5	4	3	2	1
No puedo soportar correr riesgos.	1	2	3	4	5	6
Es mejor no pensar en cosas tales como la muerte o grandes desastres.	6	5	4	3	2	1
Es conveniente planificar lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.	1	2	3	4	5	6
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Si una persona quiere, puede ser feliz casi bajo cualquier circunstancia.	6	5	4	3	2	1
Las personas no se ven perturbadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.	6	5	4	3	2	1
Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo.	6	5	4	3	2	1
Normalmente las personas que son desdichadas se han hecho a sí mismas de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Una persona no permanecerá mucho tiempo enfadada o triste a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Nada es insostenible en sí mismo, solo en la forma en que tú lo interpretas	6	5	4	3	2	1
La persona hace su propio infierno dentro de sí mismo.	6	5	4	3	2	1
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es mejor posponer las decisiones importantes.	1	2	3	4	5	6
Es preferible tomar las decisiones tan pronto como se pueda.	6	5	4	3	2	1
Es mejor evitar las cosas que no puedo hacer bien.	1	2	3	4	5	6
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Todo el mundo necesita alguien de quien depender para ayuda y consejo.	1	2	3	4	5	6
Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie.	6	5	4	3	2	1
Encuentro fácil aceptar consejos.	1	2	3	4	5	6
Soy el único que realmente puede entender y afrontar mis problemas.	6	5	4	3	2	1
Creo que no tengo que depender de otros	6	5	4	3	2	1

He aprendido a no esperar que otros se preocupen acerca de mi bienestar.	6	5	4	3	2	1
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Siempre nos acompañaran los mismos problemas.	1	2	3	4	5	6
Es casi imposible superar las influencias del pasado.	1	2	3	4	5	6
Por el hecho de que en una ocasión algo afecte de forma importante a tu vida, no significa que tenga que ser necesariamente así en el futuro.	6	5	4	3	2	1
Rara vez pienso que experiencias del pasado me estén afectando ahora.	6	5	4	3	2	1
Somos esclavos de nuestras propias historias personales.	1	2	3	4	5	6
Una vez que algo afecta a tu vida siempre lo hará.	1	2	3	4	5	6
La gente nunca cambia básicamente.	1	2	3	4	5	6
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Existe una forma correcta de hacer cada cosa.	1	2	3	4	5	6
No hay una solución perfecta para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Rara vez hay una forma fácil de resolver las dificultades de la vida.	6	5	4	3	2	1
Todo problema tiene una solución correcta.	1	2	3	4	5	6
Rara vez hay una solución ideal para las cosas.	6	5	4	3	2	1

Calvete, E., Cardeñoso, O., (1999), “*Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada*”, *Anales de Psicología*, 15(2), 179-190.

Calvete, E., Cardeñoso, O., (2001), “*Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos*”. *Psicothema*, 13(1), 95-100.

Anexo 5: Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

Nombre y apellidos: _____ Fecha: _____

Centro: _____

RODEE CON UN CIRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR O ACTUAR: Nunca Algunas veces Muchas veces Casi siempre

1	Hoy día, siento mucho, me siento nervioso, o incluso hago cosas que me traerían malos ratos como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2	Estoy interesado a plantearme cómo está saliendo la vida y cómo se está desarrollando mi vida.	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable e intentar.	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado intento pensar en cosas que me hacen sentir mejor.	0	1	2	3
5	Al procurando hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6	Pienso que eso que me sucede es por lo que yo me he cuidado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8	Triste o desanimado lo que me ocurre a una persona en el mundo.	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10	Hago de mí mismo una persona con personas que me dan consejos (familia, amigos, etc.).	0	1	2	3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Triste o preocupado como estoy, siento que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13	Creo que esa situación pasará pronto y volveré a como antes o mejor de haberlo.	0	1	2	3
14	Pienso que pronto me en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Pienso que lo que me está sucediendo me ayuda a saber en verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17	estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar en lo que me sucede en la vida, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19	Me gusta compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Creo que los demás se van a dar cuenta de lo que me está pasando y me ayudarán.	0	1	2	3
21	Pienso ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22	Siento que entre todos los días en la que me está sucediendo esto.	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confío en mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
25	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que lo voy a salir adelante con mi problema de salud.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28	Intento ignorar lo que me está pasando.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que si me voy a salir pronto de lo que me está pasando.	0	1	2	3
31	Hecho todo lo que me marcará para que sea el mejor de mí mismo.	0	1	2	3
32	Creo que aunque sepa que me está pasando, quedará muy contento y me será como antes.	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34	Me doy un momento en cada día para pensar en lo que me está pasando.	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer más, cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La vida que estoy pasando es una gran bendición.	0	1	2	3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuro reírme y ser feliz de lo que me está pasando.	0	1	2	3
39	Creo que en otras ocasiones he superado mis problemas, el que ahora tengo.	0	1	2	3
40	Trato de distraerme y pensar en cosas relativas respecto a lo que me está pasando.	0	1	2	3

González, T., (2004), "Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos" Ed. TEA Ediciones, S.A, ISBN: 84-7174-791-X