



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE: PSICÓLOGA CLÍNICA

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:

**LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN EL
MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA, ATENDIDAS EN “ONCOMEDIC”
DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA, ENERO- JUNIO 2013**

AUTORAS: SANDRA DAMIÁN

VERÓNICA LLAMUCA

TUTORA: PSC. CL. VERÓNICA FREIRE

RIOBAMBA

2013

CERTIFICADO

Certificamos que los Srtas. Sandra Cristina Damián Damián con C.I 0604257709 y Verónica Elizabeth Llamuca Pashmay con C.I 0604762625 de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología Clínica, están aptas para la defensa pública del trabajo de investigación con el tema: **LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN EL MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, ATENDIDAS EN ONCOMEDIC DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA, ENERO- JUNIO 2013**, el cual cumple con los requisitos necesarios para la presentación final del mismo.

Las interesadas pueden hacer uso del presente certificado como a bien tengan. Es todo cuanto podemos informar en honor a la verdad.

Psc. Cl. Verónica Freire
TUTORA DE LA TESIS

Dra. Isabel Cando
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Psc. Cl. Juan Pablo Mazón
DELEGADO DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO

El Suscrito, la Coordinadora del Centro de Prevención “Oncomedic” de la ciudad de Riobamba, Lic Fanny Alulema CERTIFICA:

Que las Srtas. Sandra Cristina Damián Damián con C.I 0604257709 y Verónica Elizabeth Llamuca Pashmay con C.I 0604762625; estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, desarrollaron la Tesina sobre: **LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN EL MANEJO DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, ATENDIDAS EN ONCOMEDIC DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA, ENERO- JUNIO 2013**, actividad que realizaron en el centro médico antes mencionado, cumpliendo los objetivos programados en el trabajo investigativo.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando la parte interesada hacer uso al presente documento como estime conveniente.

Riobamba,

Atentamente

Lic. Fanny Alulema

COORDINADORA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR (A)

Por la presente, hago constatar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado Presentado por las Srtas. Sandra Damián y Verónica Llamuca para optar al título de Psicóloga Clínica, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 2013

.....

PSC. CL. VERÓNICA FREIRE

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras, Sandra Damián y Verónica Llamuca somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

A nuestros padres, quienes a lo largo de nuestra vida han velado por nuestro bienestar y educación, siendo nuestro apoyo en todo momento; depositando su entera confianza en cada reto que se nos presentaba sin dudar ni un solo momento en nosotras.

A la Psc. Cl. Verónica Freire, tutora de nuestra tesis quien con sabiduría y entrega nos guió en la realización de este trabajo investigativo.

AGRADECIMIENTO

A Dios: Por habernos permitido llegar hasta este punto de formación profesional y habernos dado salud y perseverancia para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Y aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron en nuestra formación académica brindándonos su apoyo incondicional.

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de determinar los efectos de la reestructuración cognitiva en el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama atendidas en Oncomedic de la ciudad de Riobamba, enero-junio 2013. La investigación es de tipo descriptiva, y de diseño cuasi- experimental. La población es de 30 pacientes, pero como muestra se escogió a 10 pacientes con cáncer de mama, idóneas para el estudio investigativo. Se diseñó la Ficha de Registro Psicoterapéutico con el fin de conocer la evolución que tuvieron las participantes al aplicar la técnica reestructuración cognitiva mediante talleres psicológicos. Se empleó además un cuestionario para identificar distorsiones cognitivas más frecuentes presentes en pacientes con cáncer de mama, los resultados obtenidos fueron analizados e interpretados, permitiendo llegar a conclusiones significativas para la comprobación de la hipótesis, en la primera aplicación del cuestionario el 30% presento abstracción selectiva, el 12% falacia de recompensa divina, el 18% sobregeneralización, el 5% culpabilidad y el 35% restante evidenció visión catastrófica, sin embargo posterior a la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva se observa que tres pacientes conservan las siguientes distorsiones cognitivas: Abstracción selectiva o filtro mental, falacia de recompensa divina y culpabilidad. Además se aplicó un reactivo psicológico denominada Escala de Autoestima de Rosenberg, que permitió conocer los niveles de autoestima al inicio y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva. Al empezar la investigación el 70% presentaba autoestima baja y el 30% restante autoestima mediana, posterior a la intervención de la técnica cognitiva, el 70% de las pacientes aumentó considerablemente su puntuación logrando autoestima mediana, mientras que el 20% alcanzó autoestima alta, y el 10% restante se mantuvo con autoestima baja. De esta manera se pudo realizar la investigación y concluir que, la técnica reestructuración cognitiva influye positivamente en el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama.

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

Uno de los términos más modernos y significativos para la terapia cognitiva es la reestructuración. Conocida como una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales. La Terapia Racional-Emotiva Conductual y la Terapia Cognitiva son modelos de abordaje clínico, donde la reestructuración cognitiva figura de modo prominente. Fue desarrollada e introducida en la literatura psicológica en el año de 1958, por Albert Ellis. A través de las décadas fue ampliado y profundizado por los practicantes de la TREC y posteriormente por la escuela de Aaron Beck.

La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, cuyo objetivo es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

En psicología la autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos, conducta y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos.

La autoestima da su origen desde el momento de la concepción del ser humano, comenzando con la carga de mensajes que recibimos por medio de caricias, sonidos, sentimientos y emociones que experimenta nuestra madre. Se sostiene y se nutre de capacidades que provienen de la individualización: la autovaloración, la autocrítica, la autoevaluación, la disposición a la responsabilidad propia.

El presente trabajo hace referencia a **La Reestructuración Cognitiva en el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama, atendidas en Oncomedic de la ciudad de Riobamba, enero-junio 2013**, focalizándonos en nuestro objetivo general que es determinar el impacto de la reestructuración cognitiva en el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama.

Por lo tanto es imprescindible que las pacientes identifiquen sus distorsiones cognitivas, las cuales son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas: alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos, conflictos en las relaciones con los demás donde es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos, o en la manera de ver la vida dando lugar a una visión simplista y negativa. Las mismas que serán modificadas por medio de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva que tiene como principio fundamental modificar aquellos pensamientos, los mismos que perjudican su autoestima y el desenvolvimiento en el aspecto personal y social.

El estudio investigativo consta de V capítulos:

En el capítulo I se detalla la problemática, objetivos que se pretenden lograr al concluir esta investigación y la justificación e importancia.

En el capítulo II consta la línea de investigación, el análisis y descripción del posicionamiento teórico personal, antecedentes de investigaciones anteriores con respecto al problema que se investiga, fundamentación teórica donde se encuentra el análisis detallado de las variables, el desarrollo del marco contextual y de hipótesis.

En el capítulo III explica la metodología utilizada, características de la población, criterios de inclusión y de exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos y análisis e interpretación de resultados.

En el capítulo IV se describe el análisis e interpretación de datos de la Escala De Autoestima de Rosenberg antes y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva, así como también la identificación de distorsiones cognitivas más frecuentes en pacientes con cáncer de mama.

En el capítulo V se da a conocer las conclusiones y recomendaciones a las que se ha llegado posterior al trabajo investigativo.

ÍNDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DEL TUTOR (A)	i
DERECHO DE AUTORÍA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE CUADROS	xiii
CAPITULO I	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS	4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	4
CAPÍTULO II	7
2.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	8
2.2 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	8
2.3 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES	9
2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10
2.4.1 LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	10
	ix

2.4.1.1 Definición	10
2.4.1.2 Origen y Desarrollo	11
2.4.1.3 Distorsiones Cognitivas	12
2.4.1.4 Pasos de la reestructuración cognitiva	16
2.4.2 CANCER	20
2.4.2.1 Cáncer de mama	19
2.4.2.2 Etiología	20
2.4.2.3 Factores de riesgo	20
2.4.2.4 Tipos de cáncer de mama	22
2.4.2.5 Diagnóstico del cáncer mamario	23
2.4.2.6 Estadificación	23
2.4.2.7 Procedimientos quirúrgicos en el tratamiento del cáncer de mama	24
2.4.2.8 Aspecto psicológico de la paciente con cáncer de mama	25
2.4.3. LA AUTOESTIMA	28
2.4.3.1 El concepto de autoestima a lo largo de la historia de la psicología	28
2.4.3.2 Formación de la autoestima	28
2.4.3.3 Componentes de la autoestima	30
2.4.3.3 Autoestima y Cáncer de mama	31
2.4.3.5 Grados de la autoestima	35
2.4.3.8 Comportamientos característicos del autoestimado.	36
2.4.3.9 Comportamientos característicos del desestimado.	39
2.5 MARCO CONTEXTUAL	41
2.5.1 Historia del Centro Médico	41

2.6 APLICACIÓN DE LA TECNICA REESTRUCTURACION COGNITIVA	43
2.7 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS	44
2.8 HIPÓTESIS Y VARIABLES	47
2.8.1 HIPÓTESIS	47
2.8.2 VARIABLES	47
2.8.2.1 Variable Independiente:	47
2.8.2.2 Variable Dependiente:	47
2.8.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
CAPÍTULO III	49
3.1. MÉTODO CIENTÍFICO	50
Inductivo-Deductivo	50
3.2 MÉTODO CLÍNICO	50
3.3 MÉTODO PSICOMÉTRICO	50
3.3.1 Reactivos psicológicos	50
3.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN	51
3.5 TIPO DE ESTUDIO	51
3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA	52
3.6.1. POBLACIÓN	52
3.6.2. MUESTRA	52
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
3.8. TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS	53
CAPÍTULO IV	55
ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	55

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	91
CAPITULO V	92
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	95
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS	98
ANEXO N°1.-FICHA DE REGISTRO PSICOTERAPÉUTICO (MODELO)	99
ANEXO N° 1.- FICHA DE REGISTRO PSICOTERAPÉUTICO	100
ANEXO N° 2.- CUESTIONARIO	103
ANEXO N° 3.- ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	105
ANEXO N° 4.- INSTALACIONES DEL CENTRO DE PREVENCIÓN ONCOMEDIC	107
ANEXO N°5.- TALLERES GRUPALES DIRIGIDOS A PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	108

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1 Niveles de autoestima evidenciadas en las pacientes antes y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva	56
CUADRO N°2 Dignidad	59
CUADRO N° 3 Cualidades personales	61
CUADRO N° 4 Capacidad propia	63
CUADRO N°5 Actitud positiva	65
CUADRO N°6 Satisfacción	67
CUADRO N° 7 Orgullo	69
CUADRO N° 8 Pensamientos de fracaso	71
CUADRO N°9 Respeto por sí mismo	73
CUADRO N°10 Pensamiento de inutilidad	75
CUADRO N° 11 Buena persona	77
CUADRO N° 12.- Distorsiones cognitivas más frecuentes presentes en pacientes con cáncer de mama antes y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva	79
CUADRO N°13 Sentimientos de Inferioridad	81
CUADRO N°14 Dejar el tratamiento a la voluntad de Dios	83
CUADRO N°15 Sentimientos de inutilidad	85
CUADRO N°16 Ausente	87
CUADRO N°17 Futuro	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1 Niveles de autoestima evidenciadas en las pacientes antes y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva.	56
GRÁFICO N°2 Dignidad	59
GRÁFICO N° 3 Cualidades personales	61
GRÁFICO N°4 Capacidad propia	63
GRÁFICO N° 4 Actitud positiva	65
GRÁFICO N°6 Satisfacción	67
GRÁFICO N° 7 Orgullo	69
GRÁFICO N°9 Respeto por sí mismo	73
GRÁFICO N°11 Buena persona	77
GRÁFICO N° 12 Distorsiones cognitivas más frecuentes presentes en pacientes con cáncer de mama antes y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva	80
GRÁFICO N°13 Sentimientos de Inferioridad	81
GRÁFICO N°14 Dejar el tratamiento a la voluntad de Dios	83
Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”	83
GRÁFICO N°15 Sentimientos de inutilidad	85
GRÁFICO N°16 Ausente	87
GRÁFICO N°17 Futuro	89

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las enfermedades más severas y de mayor afectación sobre la salud de las personas (tanto a nivel fisiológico como psicológico) es el cáncer.

Según datos de la Sociedad Americana del Cáncer (SAC) en el mundo hay aproximadamente 10 millones de personas diagnosticadas con cáncer y cada año mueren alrededor de 6 millones. En países en desarrollo hasta un 25% de los tumores están asociados a infecciones crónicas como, por ejemplo; Hepatitis B (cáncer de hígado), Virus papiloma humano (cáncer de útero), Helicobacter Pilory (cáncer de estómago).

Actualmente, los siete tipos de cáncer más frecuentes en la población mundial son el de pulmón, cáncer de mama (en mujeres), colorrectal, de estómago, de próstata, de hígado y de cuello de útero o cérvix.

En el Ecuador en el año 2009, la última cifra del Registro Nacional de Tumores de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (Solca) indica que 14 de cada 100 ecuatorianos murieron de cáncer. Más datos nos dicen que los tumores malignos de estómago ocupan el décimo lugar en la escala de las 20 enfermedades mortales en el país.

En la población de la ciudad de Riobamba, de acuerdo con las últimas estadísticas del año 2012 la primera incidencia de cáncer en la mujer es el de mama, luego de cuello uterino, la piel, linfomas, tiroides y pulmón.

El hecho de que a una persona se le diagnostique cáncer de mama, supone un gran impacto emocional. Este impacto se debe a un doble motivo; por un lado el cáncer sigue siendo una patología muy temida por la población. Esto se debe principalmente a la incertidumbre de su causa y de las posibilidades de curación. Así mismo, cada persona, según sus creencias, actitudes y comportamientos afrontará la enfermedad de un modo distinto. La autoestima se ve afectada de gran manera debido a que las pacientes experimentan grandes cambios en todas las áreas de su vida, principalmente

en el aspecto personal. Las mujeres con cáncer de mama se ven limitadas en las actividades que realizaban antes del diagnóstico, como las actividades laborales, la mayoría de pacientes deben abandonar sus empleos, estos eventos producen sentimientos de inferioridad, frustración, inutilidad culpabilidad y desesperanza. Uno de los aspectos más significativos que afectan la autoestima es la mastectomía pues produce una pobre imagen corporal sintiéndose incompletas, poco atractivas, inseguras y ansiosas.

Debido al gran impacto emocional que sufre la paciente al recibir el diagnóstico de cáncer de mama se ha visto la necesidad de realizar esta investigación desde el enfoque psicológico.

ONCOMEDIC Es una institución prestadora de servicios médicos cuyo propósito es brindar atención especializada con calidad y tecnología al paciente portador de cáncer, que permita curar y mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Al observar que la mayoría de las pacientes con cáncer de mama que acuden a este Centro Médico presentan baja autoestima, se ha creído necesario trabajar en el aspecto psicológico, aplicando la Técnica de Reestructuración Cognitiva; con el objetivo de identificar y modificar distorsiones cognitivas sobre sí misma y su entorno social, los mismos que son usuales en el proceso de afrontamiento de la patología.

El propósito de mejorar la autoestima de las pacientes con cáncer de mama atendidas en este establecimiento, es aportar positivamente en el tratamiento médico, para que éste brinde mejores resultados e influya positivamente en la calidad de vida de los pacientes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo la reestructuración cognitiva influye en el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama, atendidas en Oncomedic de la ciudad de Riobamba?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el impacto de la reestructuración cognitiva en el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama atendidas en Oncomedic de la ciudad de Riobamba.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los niveles de autoestima en pacientes con cáncer de mama.
- Identificar distorsiones cognitivas más frecuentes en pacientes con cáncer de mama.
- Aplicar la técnica reestructuración cognitiva mediante talleres en pacientes con cáncer de mama.
- Analizar los resultados obtenidos antes y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva en paciente con cáncer de mama.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En la actualidad la percepción que tiene la sociedad sobre el cáncer y su tratamiento frecuentemente queda reflejada como una enfermedad fatal, en la que la persona suele asociar este padecimiento con el temor a la muerte, la lesión corporal, pérdida de la autonomía, desamparo, atractivo físico, autoestima y dependencia económica.

Tanto el diagnóstico como la extirpación de una parte de su cuerpo son situaciones de amenaza para estas pacientes, quienes sufren un fuerte impacto emocional, por otro

lado el tratamiento quirúrgico y de quimioterapia, son los que más estragos causan por los efectos secundarios de los fármacos, los cuales también producen sentimientos de ansiedad, miedo, tristeza y culpa al ver como se deteriora y debilita su aspecto físico.

Provocando así reacciones negativas en el organismo de la persona que posee la enfermedad, siendo frecuente la presencia de distorsiones cognitivas tales como: Visión catastrófica, Falacia de Recompensa Divina, Culpabilidad, Abstracción selectiva o Filtro Mental, etc. Las mismas que serán modificadas por medio de la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva que tiene como principio fundamental modificar aquellos pensamientos negativos, los mismos que perjudican su autoestima y el buen desenvolvimiento de su diario vivir.

Siendo el cáncer de mama uno de los que inciden más en nuestra población, consideramos importante que estos pacientes tengan un apoyo emocional, ayudándolos a identificar sus pensamientos y modificarlos a través de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva, para que así no repercuta en su recuperación y en el tratamiento, haciéndola más llevadera su situación.

Por lo tanto desarrollar este tema de investigación nos brinda la oportunidad de conocer de cerca las distintas formas de afrontamiento de aquellas personas que han sido diagnosticadas con cáncer de mama y la manera en cómo influye esto en la vida de las pacientes tanto en el ámbito personal, familiar, laboral y económico.

La realización de esta investigación encuentra su justificación debido a que el manejo de la autoestima es de suma importancia en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama, teniendo en cuenta que el aspecto psicológico es un factor determinante en el desarrollo de la enfermedad. Así como también es imprescindible resaltar los beneficios de trabajar en conjunto con el equipo médico ya que el bienestar físico y psicológico van de la mano.

El desarrollo de la presente investigación presenta un marco teórico que ofrece una explicación al tema. La misma que sirvió para el diseño de la metodología de la búsqueda y recolección de datos, mediante esto se llevó a cabo la intervención terapéutica.

Esta investigación es de interés social, pero tratada superficialmente, en ONCOMEDIC no se ha llevado a cabo estudios de este tipo, evidenciando además que en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo tampoco existen, motivo por el cual es imprescindible dar la importancia debida al aspecto psicológico a aquellas pacientes con cáncer de mama.

El tema a tratar fue factible realizarlo pues contamos con los recursos humanos y económicos, tanto para la recolección de datos como para el desarrollo del estudio, es significativo resaltar el interés y la predisposición por parte de la Lcda. Fanny Alulema, Coordinadora del Centro Médico, quien está consciente de la problemática, la misma que autorizo el desarrollo de este estudio en la Institución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

De la Universidad Nacional de Chimborazo con su:

LÍNEA MACRO: SALUD INTEGRAL

SUBLÍNEA: Conducta y salud mental, social, familiar e individual.

2.2 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

La investigación sobre la reestructuración cognitiva, se basará desde el enfoque cognitivo, del psicólogo Aaron Beck, quien menciona que ciertas distorsiones sistemáticas de nuestra manera de representar la realidad nos llevan a una visión negativa de uno mismo, el mundo y el futuro, y que podrán ser modificadas a través de la Técnica Reestructuración Cognitiva.

En cuanto al estudio de la autoestima se fundamentara de acuerdo a Roserberg (1996) señala que la autoestima es una percepción positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

En pacientes con cáncer de mama generalmente la autoestima se encuentra afectada, por lo tanto el objetivo de nuestra investigación es elevar niveles de autoestima mediante la disminución o eliminación de las distorsiones cognitivas.

2.3 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES.

Al revisar bibliográficamente sobre la reestructuración cognitiva en el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama se pudo encontrar los siguientes estudios de investigación:

- Según un estudio efectuado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (Hilda Guadalupe Fernández Suárez, Salvador Alvarado Aguilar y Samuel Jurado Cárdenas, 2003), con el tema de: Intervención

Cognitivo Conductual Breve en mujeres con cáncer de mama en Quimioterapia: Evaluación de su efecto en la calidad de vida y en la respuesta de Relajación, siendo 26 mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama como muestra de la investigación, rigiéndose con el objetivo de evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual que incluyó reestructuración cognitiva, relajación, solución de problemas, información y retroalimentación. Llegando a la siguiente conclusión: La intervención psicológica generó beneficios a las pacientes del grupo experimental ya que mejoraron su calidad de vida.

- En la Universidad Autónoma de Madrid (Julia Sebastián, Dimitra Manos, 2007) se realizó un estudio con el tema: Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama, participantes en un programa de intervención psicosocial, la muestra estaba compuesta por 188 mujeres intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama, con edades comprendidas entre los 27 y los 65 años, y una edad media de 48 años. Los resultados de los análisis efectuados han mostrado que la Imagen Corporal de las mujeres en el grupo de intervención fue mejorando progresivamente de una medida a la siguiente, las mujeres que participaron en el programa tuvieron mejor Imagen Corporal que las mujeres que no participaron. Estos resultados están de acuerdo con trabajos anteriores que encontraron que las intervenciones psicosociales casi siempre consiguen ayudarles a mantener una imagen corporal positiva (Bryan, 2004; Classen et al., 2001; Farash , 1979; Helgelson et al., 1999; Roberts et al., 1997) y valida el trabajo realizado en este terreno en el programa grupal de intervención elaborado. En cuanto a la autoestima disminuyó en el postratamiento y en el seguimiento siguió disminuyendo.

Además se ha revisado la documentación de los archivos relacionados con el tema de nuestra investigación efectuada en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo, sin encontrar ningún documento con el título

en mención. En los archivos del centro Oncomedic tampoco se encontró información específica sobre este tema.

2.4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.4.1 LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

2.4.1.1 Definición

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de Esquema Cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979).

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos.

Técnica psicoterapéutica que se aplica con el objetivo de analizar y modificar las distorsiones cognitivas que las personas experimentan en determinadas situaciones. (Aarón Beck).

La idea nuclear es que el paciente, la persona quien origina su trastorno, si es capaz de darse cuenta de la presencia de las distorsiones cognitivas podrá ir cambiando y modificando sus conductas y el trastorno irá desapareciendo. (Albert Ellis).

La reestructuración cognitiva consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus distorsiones, con el objetivo de reducir o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros.

La reestructuración cognitiva implica enseñar al paciente a cuestionar aquellos esquemas mentales, sobre cómo percibe el mundo y la vida en general.

2.4.1.2 Origen y Desarrollo

Lo que años después se conocería como reestructuración cognitiva, fue desarrollado e introducido en la literatura psicológica en el año 1958, por Albert Ellis. A través de las décadas fue ampliado y profundizado por los practicantes de la TREC y posteriormente por la escuela de Aaron Beck, el mismo que inicia el desarrollo de la que denominó "Terapia Cognitiva" a principio de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pensylvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente. El modelo coincidía con el concepto de la mediación cognitiva propuesto por Albert Ellis en 1956. La sede central de esta corriente, que durante muchos años fue el Center for Cognitive Therapy de la Universidad de Pensylvania en Philadelphia, Pennsylvania, actualmente es el "Beck Institute for Cognitive Therapy and Research" situado en Bala Cynwyd (zona suburbana de Philadelphia, en el estado de Pennsylvania, USA), fundado en 1994 por Aaron T. Beck, su actual presidente, y dirigido por su hija Judith S. Beck.

Es frecuente que la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) sea comparada e incluso complementada con la Terapia cognitivo conductual de Beck. (1) Albert Ellis partió de los enfoques neofreudianos de Karen Horney, Alfred Adler, Erich Fromm y Harry Stack Sullivan, de los que más tarde se separó. Además creía que a través del análisis racional, la gente entendería sus creencias irracionales y las cambiaría por una posición más racional. Para esto, él centró su teoría en la sencilla frase atribuida al filósofo estoico griego Epicteto: *"Las cosas en sí no atormentan a los hombres, sino las opiniones que tienen de ellas"*.

Por lo tanto la idea central de la TREC es que son las percepciones y concepciones erróneas las que causan malestar y mediante un debate racional, se mejora la

percepción de los hechos y se consiguen emociones y comportamientos apropiados.

(2)

2.4.1.3 Distorsiones Cognitivas

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979).

Las distorsiones cognitivas son engaños que nos creemos y de los que estamos completamente convencidos, distorsionan la realidad sobre lo que pensamos sobre nosotros mismos, sobre otras personas, sobre el futuro, y sobre lo que nos rodea.

Una distorsión cognitiva, en las terapias cognitivo-conductuales como la TC y la TREC, es una forma de error en el procesamiento de información. Las distorsiones cognitivas desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación emocional. La primera enumeración fue dada por Albert Ellis y fue ampliado por Aarón T. Beck, aunque anteriormente otros autores y autoras, como Karen Horney, habían identificado algunos de los fenómenos implicados en lo que ahora se denomina distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas se presentan la mayor parte de las veces en forma de pensamientos automáticos que reúnen las siguientes características:

- Son mensajes específicos y discretos.
- A menudo parecen taquigrafiados, compuestos por unas pocas y esenciales palabras o una imagen visual breve.
- Los pensamientos automáticos, no importa lo irracionales que sean, casi siempre son creídos.
- Se viven como espontáneos; se introducen de golpe en la mente.
- A menudo se expresan en términos de “habría de, tendría que o debería”.

- Tienen a dramatizar y catastrofizar.
- Son relativamente idiosincráticos; en iguales situaciones pueden generar diferentes emociones y pensamientos.
- Son difíciles de desviar.
- Son aprendidos.

Enmarcado en cada marco teórico, las distorsiones cognitivas pueden entenderse como pensamientos disfuncionales, pensamientos negativos automáticos o como creencias irracionales.

Un terapeuta cognitivo le muestra al paciente que su percepción del mundo en un determinado momento es sólo una de las posibles formas de percibir ese mismo mundo, y ciertamente no la más enriquecedora. Luego, el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar pensamientos alternativos y formas alternativas de plantearse frente a la situación que le resulta problemática en el mundo real. El terapeuta ayuda al paciente a aprender a cuestionarse estos modelos del mundo del paciente y le ayuda a descubrir soluciones a sus problemas que no estaban en su modelo, y así el paciente ve que no es que "no existieran" soluciones, sino que sólo él no las había visto.

1. Filtraje o abstracción selectiva: Consiste en seleccionar en forma de "visión de túnel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen.

2. Pensamiento polarizado: Consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios.

3. Sobregeneralización: Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente.

4. Interpretación del pensamiento: Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.

- 5. Visión catastrófica:** Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo.
- 6. Personalización:** Consiste en el hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo.
- 7. Falacia de control:** Consiste en como la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida.
- 8. Falacia de justicia:** Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos.
- 9. Razonamiento emocional:** Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente.
- 10. Falacia de cambio:** Consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás.
- 11. Etiquetas globales:** Consiste en poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás casi siempre designándolos con el verbo "Ser".
- 12. Culpabilidad:** Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos.
- 13. Los deberías:** Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas.
- 14. Tener razón:** Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto.

15. Falacia de recompensa divina: Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. (3)

Las distorsiones cognitivas más frecuentes que presentan las pacientes con cáncer de mama en nuestro estudio investigativo son:

- **Visión Catastrófica.-** Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo. Por ejemplo las pacientes con cáncer de mama manifiestan: “¿Y si la quimioterapia en mi no funciona?, ¿Y si me muero?, ¿Y si con la radioterapia empeoro?, ¿Y si mi enfermedad empeora?”
- **Sobregeneralización.-** Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente. Por ejemplo las participantes refieren: “Nunca me curaré”, “Siempre estaré enferma”, “Toda mi vida cambio para mal”, “Ninguna persona me entiende”.
- **Falacia de recompensa divina.-** Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. Las pacientes expresan: “Si no voy donde el médico igual Dios me ayudara”, “Si es la voluntad de Dios, Él me curará”, “Aunque hoy este sufriendo, mañana todo se solucionará”, “Por todo el dolor que estoy pasando, mañana tendré mi recompensa”.
- **Culpabilidad.-** Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en

cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Por ejemplo las mujeres con cáncer de mama manifiestan: “Mi familia está sufriendo por mí”, “Es mi culpa porque no me fui donde el médico a tiempo”, “Es culpa de mi esposo, porque siempre estuvo pendiente de su trabajo y no de mí”.

- **Abstracción selectiva o filtro mental.-** Consiste en seleccionar en forma de "visión de túnel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen. Las participantes de nuestra investigación expresan: “No soporto saber que voy a morir”, “Es horrible pensar que a mis hijos los voy a dejar solos”, “Voy a pasar solo en cama y cansada”, “No me podré valer por mí misma”.

2.4.1.4 Pasos de la Reestructuración Cognitiva

El procedimiento para desarrollar la técnica de la reestructuración cognitiva es el siguiente:

- 1) Identificación de distorsiones cognitivas.-** Las personas están constantemente inmersas en un diálogo consigo mismas, aunque no siempre se den cuenta. Una persona puede creer que no está pensando nada en una determinada situación, ya que los esquemas mentales se han estado tan bien aprendidos que llegan a hacerse frecuentes (como sucede en algunos actos como conducir un coche o caminar). Esto, en general, es positivo, sería imposible estar continuamente pendientes de los pensamientos. Aún así, cuando inciden negativamente en la manera de sentir o actuar, es necesario identificarlos rápidamente para evitar que invadan en la mente de la persona y para cortar círculos viciosos.

2) Evaluación y análisis de distorsiones.- Una vez identificadas las distorsiones cognitivas, se tienen que analizar. Una buena manera de hacerlo es, mediante preguntas; el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar. El tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en plantearse tres ámbitos.

Tipos de preguntas para analizar los pensamientos:

- Analizar hasta qué punto los las distorsiones cognitivas se ajustan a la realidad (Objetividad)
- Analizar las consecuencias (Consecuencias)
- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

De esta manera se verá que hay distorsiones cognitivas que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no sería tan alto como parecía en un principio.

A continuación se plantean una serie de preguntas, a modo de ejemplo, de cada uno de estos apartados. Se ha de tener en cuenta que son ejemplos generales que se tienen que adaptar a cada situación.

Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad:

(Siempre haciéndonos preguntas sobre el hecho en cuestión)

- ¿Tengo evidencias suficientes?
- ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando?
- ¿Me hace falta información?
- ¿Me infravaloro?
- ¿Mi interpretación es parcial?
- ¿Exagero?
- ¿Me responsabilizo en exceso?

Analizar las consecuencias de pensar de esta manera:

(Siempre haciéndonos preguntas sobre los propios pensamientos)

- ¿Me sirve de algo darle vueltas de manera improductiva?
- ¿Me ayuda el darle vueltas y más vueltas?
- ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares? ¿En mi trabajo? ¿En mi estado de ánimo?

Analizar qué pasaría si lo que se pensara fuese cierto:

(Siempre con preguntas)

- Me gustaría que las cosas fuesen de otra manera pero... ¿Sería trascendente para mí?
- ¿Sería un contratiempo o sería una cosa realmente grave?
- ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable?
- ¿Me afectaría durante un periodo de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda mi vida?
- ¿Me podrían pasar cosas más graves? ¿Cuáles?

3) Búsqueda de soluciones alternativas.- El último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada la realidad. Es muy importante tener claro que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente. La búsqueda de soluciones alternativas son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como auto instrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.

Para encontrar pensamientos alternativos pueden ser de utilidad las siguientes preguntas:

- ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?
- ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?
- ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos?
- ¿Qué me diría un amigo o un familiar? ¿Por qué?
- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué?
- ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
- ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?
- ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?
- ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar? (4)

2.4.2 CÁNCER

El cáncer es una enfermedad que ocurre cuando las células de alguna parte del organismo comienzan a crecer sin control, desplazando a las células normales. Cada tipo de cáncer conlleva una enfermedad muy distinta en su pronóstico y tratamiento. Cuando algunas células cancerígenas se desprenden de un tumor, pueden establecerse en otra parte del cuerpo viajando a través de la sangre o del sistema linfático. A esto se le denomina metástasis.

2.4.2.1 Cáncer de mama

En cuanto al cáncer de mama, es un tumor o bulto maligno (canceroso) que se origina a partir de las células del seno. Aunque es mucho más común su aparición en mujeres, pueden también darse algunos casos en el varón.(5)

El cáncer de mama es una de las principales preocupaciones de salud pública en el mundo. En casi toda Europa y en Norte América, Australia y Nueva Zelanda, el cáncer de mamario es la enfermedad maligna más frecuente en las mujeres y su principal causa de mortalidad entre los 35 y los 54 años de edad.(6)

2.4.2.2 Etiología

La investigación ha demostrado que no existe una causa única conocida del cáncer mamario. Es una enfermedad heterogénea, que muy probablemente se desarrolla como resultado de muchos factores que difieren de una mujer a otra y que en su mayoría aún se desconocen. Diversas características, o *factores de riesgo*, parecen incrementar la probabilidad de que esta enfermedad se desarrolle en una mujer.(7)

2.4.2.3 Factores de riesgo

La siguiente información cubre los factores de riesgo más reconocidos o de los que se sospecha que aumentan la probabilidad del cáncer mamario en las mujeres.(8)

Género. Las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de padecer cáncer de mama. Esta enfermedad ocasiona el 31% del total de casos de cáncer invasivo en las mujeres y menos del 1% en los hombres.(9)

Edad. La incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad. La mayoría de los casos se diagnostican en mujeres mayores de 40 años ; el 80%, en mayores de 50.(10)La mayoría de las mujeres afectadas no tiene factores de riesgo conocidos diferentes al de pertenecer a su género y ser mayores de 40 años.

Antecedentes personales de cáncer. Un diagnóstico previo de cáncer mamario aumenta el riesgo de una mujer de padecer un segundo tumor en la mama opuesta (contra lateral). Se estima que este riesgo es de un 15%,(11) o un riesgo relativo en el rango de 3,0 a 4,0. Se ha demostrado que el riesgo es incluso mayor en quienes también tienen una historia familiar de cáncer de mama,

Además los antecedentes de cáncer primario ovárico o endometrial se asocian con un riesgo mayor de cáncer mamario (riesgo relativo por debajo de 1,5)

Antecedentes familiares de cáncer y genética. Las mujeres con un antecedente familiar de cáncer de mama en una pariente de primer grado (madre, hermana o hija) tiene un riesgo relativo de 2,0 a 3,0; es decir, dos a tres veces de la población general. Este riesgo aumenta más si la madre y la hija han padecido cáncer mamario (riesgo relativo mayor de 5,0) y alcanza su máximo valor cuando se presenta antes de la menopausia y es bilateral.⁽¹²⁾

También se ha demostrado un aumento en el riesgo individual si el padre ha sufrido la enfermedad. En algunas familias es posible que la aparición por grupos del cáncer de mama se deba solo al azar o quizá a interacciones entre factores ambientales, culturales o socioeconómicos compartidos más difíciles de determinar.

Menarquia precoz y menopausia tardía. Aun no se ha determinado con precisión exacto que desempeñan las hormonas en la etiología del cáncer mamario. La *menarquia precoz* (antes de los 12 años) y la *menopausia tardía* (después de los 50 años) se asocian con un mayor riesgo.

Los estudios han demostrado que este también aumenta a medida que el intervalo entre la menarquia y la menopausia se prolonga. Por consiguiente, parece ser que los ciclos ovulatorios regulares con exposición acumulativa a los estrógenos son el principal determinante de este riesgo. Cuanto mayor sea el número de años de actividad menstrual (por ejemplo, 40) mayor será el riesgo de cáncer mamario.

Historia reproductora. El hecho de no tener hijos (nuliparidad) o el primer embarazo a término después de los 30 años incrementan el riesgo en la mujer.

El riesgo relativo es mayor en las mujeres que retrasan la concepción que en las nulíparas.

Se ha demostrado que la concepción a una edad precoz (antes de los 20) tiene un efecto protector.

Se desconoce el mecanismo subyacente pero es muy probable que se deba a cambios en el tejido mamario o a las hormonas que lo hacen menos susceptible a los tumores. Algunas investigaciones han demostrado que conforme aumenta el número de meses de lactancia aparece una reducción asociada con el riesgo de cáncer mamario sobre todo antes de la menopausia.

2.4.2.4 Tipos de cáncer de mama más conocidos

Carcinoma ductal in situ (DCIS): Es el tipo más común de carácter no invasivo. Significa que el cáncer no ha pasado de los conductos a los tejidos de la mama. Casi todas las mujeres pueden curarse en esta etapa. Puede diagnosticarse, a veces, con una simple mamografía.

Carcinoma lobulillar in situ (LCIS): El cáncer se produce en las glándulas mamarias, que producen la leche, y no atraviesa los lobulillos. Aunque no es un verdadero cáncer, suele degenerar en un tumor canceroso.

Carcinoma ductal invasivo (infiltrante) (IDC): Es el más común de todos. Surge el conducto mamario, atraviesa su pared e invade el tejido del seno. De ahí puede propagarse a otras partes del cuerpo. Son el 80% de los cánceres invasivos.

Carcinoma lobulillar invasivo (infiltrante) (ILC): Comienza en las glándulas mamarias o lobulillos y puede propagarse a otras partes del organismo. Suponen un 1% de los cánceres invasivos.

Cáncer inflamatorio del seno (IBC): Es poco común (entre un 1 un 3% de todos los cánceres de mama). Tiene un mal pronóstico porque, a veces, se confunde con una infección. No se presenta como un tumor o protuberancia bien definida, sino con un enrojecimiento e hinchazón del pecho, que presenta una textura parecida a la piel

de la naranja. Suele diagnosticarse mal al principio, pues no se ve en una mamografía.

2.4.2.5 Diagnóstico del cáncer mamario

Algunos factores a tener en cuenta son:

- Deben realizarse mamografías las mujeres de 40 años en adelante una vez al año.
- El examen clínico del seno debe realizarse cada 3 años en la franja de edad entre los 20 a los 39 años.
- El autoexamen del seno es una opción a partir de los 20 años.
- La señal más común de cáncer del seno consiste de la aparición de un nuevo tumor o bulto nuevo.
- El tumor que no causa dolor, es duro y tiene bordes irregulares tiene más probabilidades de ser cáncer.

2.4.2.6 Estadificación

El cáncer de mamario por lo general se clasifica de acuerdo con el sistema TNM, el cual evalúa el tamaño (T), la afección de los ganglios linfáticos regionales (N) y la propagación a distancia de la enfermedad o metástasis (M). La siguiente es la clasificación básica de los estadios (13):

Estadio 0: Carcinoma *in situ* (Tis-N0-M0)

Estadio I: Tumor menor de 2 cm con ganglios sanos (T1-N0-M0)

Estadio IIA: Tumor entre 0 y 2 cm con ganglios afectados o de 2 a 5 cm con ganglios sanos (T0-N1, T1-N1, T2-N0, todos los M0)

Estadio IIB: Tumor de 2 a 5 cm con ganglios afectados o mayor a 5 cm con ganglios sanos (T2-N, T3-N0, todos los M0)

Estadio IIIA: Tumor de menos de 5 cm con ganglios afectados móviles o inmóviles (T0-N2, T1-N2, T2-N2, T3-N1, T3-N2, todos los M0)

Estadio IIIB: Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o a la piel, ganglios afectados, con o sin ganglios linfáticos internos afectados (T 4- cualquier N, cualquier T-N3, todos los M0)

Estadio IV: Cualquier metástasis a distancia (incluye los ganglios supraclaviculares ipsilaterales)

2.4.2.7 Procedimientos quirúrgicos en el tratamiento del cáncer de mama

Mastectomía radical modificada (también conocida como mastectomía total, con vaciamiento ganglionar axilar). Se extirpa toda la mama junto con los ganglios linfáticos axilares y la aponeurosis del músculo pectoral mayor, el cual no se reseca. El músculo pectoral puede o no researse.

Mastectomía total (o mastectomía simple). Se extirpa todo el tejido de la mama, incluidos el pezón. La areola y la aponeurosis del músculo pectoral mayor. No hay vaciamiento ganglionar ni resección de los músculos de la pared torácica.

Tumorectomía (o escisión) Se extirpa el tumor dejando la mayor parte de la mama. Una *tilectomía* se refiere a una resección amplia, que cubra por lo menos 3 cm de tejido mamario no afectado alrededor del tumor.

Escisión amplia (resección limitada, mastectomía parcial). Escisión del tumor con grandes márgenes de tejido de la mama no afectado.

Cuadrantectomía (también conocida como mastectomía parcial). Se reseca todo el cuadrante de la mama que contiene el tumor junto con la piel que lo cubre y la aponeurosis del pectoral mayor.

2.4.2.8 Aspecto psicológico de la paciente con cáncer de mama

Como lo observó Weisman “El cáncer no es sólo otra enfermedad crónica, evoca muchos de los temores más profundos de la humanidad”.

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica como el cáncer de mama siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. La experiencia más común es la de ser informado del diagnóstico. Justo después de la revelación de un diagnóstico de cáncer, cada persona define un camino único que se caracteriza por las respuestas físicas y psicosociales individuales a una situación de incertidumbre, la preocupación principal es la lucha entre la vida y la muerte. En general, las alteraciones más frecuentes en el paciente con cáncer son ansiedad y depresión, así como interrupción de la vida cotidiana, insomnio problemáticas laborales. El impacto emocional no sólo depende del pronóstico del médico sino que se basa en las creencias previas que tenga la paciente respecto al cáncer de mama, estas creencias provocan sentimientos de culpabilidad en la mujer.

La enfermedad crónica hace impacto en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su autoestima, sus sentimientos y dominio personal. Así pues, padece sentimientos de culpabilidad, en especial si familiares suyos han fallecido a causa del cáncer de mama o por alterar la vida de sus familiares, debido a los cargos económicos que generan, entre otros.

Entre las reacciones que se presentan frente al diagnóstico de cáncer de mama son: negación, pérdida, abatimiento y confusión.

La negación consiste en minimizar la angustia física o psicosocial, aislarse del mundo o distorsionar la información. Es un proceso más que un estilo fijo. La negación puede ser un mecanismo útil. Estar en contacto permanente con los aspectos emocionales de una situación que amenaza la vida no es realista ni ayuda al paciente.

En medio de la negación aparente, la persona puede estar luchando contra una conciencia cada vez mayor.

Quizá haya un período de confusión en el proceso de adaptación y respuesta del paciente que también desorienta a quien lo observa; puede notarse cuando la angustia emocional que produce la enfermedad avanza o la muerte inminente es tan dolorosa que se buscan vías de escape.

Otra valoración psicosocial difícil es la tristeza, que es una respuesta normal a una pérdida posible o real. Cuando un paciente es confrontado con el diagnóstico de cáncer o su recurrencia, es normal que se presente una reacción de duelo. Ésta puede manifestarse de diferentes formas: ira, incapacidad para concentrarse, lapsus en la memoria reciente, aislamiento o desconsuelo. Cuando estas respuestas incapacitan a la persona para realizar el autocuidado, o provocan un estado prolongado de disminución de la autoestima, es necesaria la intervención de apoyo. Una valoración completa del estado emocional, incluye la búsqueda de posibles causas físicas. La fatiga asociada con las terapias para el cáncer, los desequilibrios de electrolitos o los efectos secundarios de los medicamentos pueden precipitar o intensificar los síntomas depresivos. Es necesario tener cuidado con los individuos que internalizan sus sentimientos en vez de verbalizarlos. Aunque la catarsis puede ser útil para algunos, es importante reconocer que un entorno seguro para su manifestación exige una relación terapéutica experimentada. Cuando las personas se ven forzadas a expresar sus sentimientos, se sentirán incómodas en presencia del profesional responsable. Un enfoque de equipo puede ser muy útil para valorar y controlar la tristeza y la depresión.

Desde el momento del diagnóstico y con el fin de mantener un equilibrio en su vida, el individuo que tiene cáncer diagnosticado se considera un sobreviviente. Durante la experiencia, la persona lucha primero para derrotar la enfermedad y después para mantener una supervivencia libre de enfermedad. Weisman y Worden han agrupado e

identificado los aspectos más preocupantes para los pacientes y las familias en áreas de inquietudes predominantes

- *Preocupaciones sobre la salud:* El nivel de preocupación se relaciona con la interpretación individual del avance de la enfermedad y el significado de los síntomas asociados con la terapia.
- *Concepto de sí mismo:* Los cambios en la apariencia física o en el trabajo influyen en la autoestima y la imagen corporal.
- *Trabajo y finanzas:* La incapacidad física, los cambios laborales temporales o permanentes, las dudas sobre la cobertura del seguro médico o cualquier alteración en el estado económico pueden generar un gran sufrimiento emocional.
- *Familiares y allegados:* Los cambios en el estado de ánimo, o las inquietudes sexuales específicas provoca tensión en las relaciones.
- *Religión:* La regularidad con la que alguien asisten a la iglesia no siempre indica la profundidad de un sistema de creencias. Algunas personas encuentran consuelo en una creencia religiosa, mientras que otras se sientan abandonadas.
- *Amigos y compañeros:* Los amigos agradecen la amabilidad de los amigos y los compañeros, pero reconocen las limitaciones de dichas relaciones.

El dolor constante, el sufrimiento y una agonía prolongada aumentan el sufrimiento emocional. Durante todo el proceso de tratamiento del cáncer existen efectos psicológicos y sociales en la dinámica familiar.

El agotamiento es un síndrome de desgaste físico y personal que se acompaña de actitudes negativas y la pérdida del interés por sí mismo y los demás. Puede desarrollarse un ciclo de frustración, desesperanza y cinismo. El riesgo de agotamiento puede reducirse si se expresa la frustración de manera apropiada, se desarrolla un sistema de apoyo y se establecen prioridades y expectativas razonables.

La comodidad psíquica y social puede lograrse por medio de diversas actividades que sirven como válvula de escape. Los signos prodrómicos de angustia o afrontamiento inapropiado deben reconocerse y confrontarse. Las aptitudes para mejorar la vida se desarrollan a partir de la filosofía de: una espiritualidad personal y un compromiso de sí mismo y de los demás. Incluyen el ejercicio, la escritura, las artes, etc.

2.4.3. LA AUTOESTIMA

2.4.3.1 El concepto de autoestima a lo largo de la historia de la psicología

Rosemberg (1996), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

William James, a finales del s. XIX, fue el primer psicólogo que trató de delimitar cómo se conforma nuestra identidad. Catalogó la autoestima cómo aquellos sentimientos de realización o de humillación que obtenemos, según cómo vamos valorando nuestro éxito en las metas que nos hemos propuesto.

Coopersmith, en 1967, lo definió cómo la continua evaluación aprobatoria o desaprobatoria que uno hace sobre sí mismo, definiendo esto como el resultado de un continuo.

McKay y Fanning (1999), la autoestima se refiere al concepto que se tiene la propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre sí mismo ha recabado el individuo durante su vida. (15)

2.4.3.2 Formación de la autoestima

Desde el momento mismo en que somos concebidos, cuando el vínculo entre nuestros padres se consuma y las células sexuales masculina y femenina se funden para

originarnos, ya comienza la carga de mensajes que recibimos, primero de manera energética y luego psicológica.

Debido a que los pensamientos y emociones son manifestaciones de energía y en el organismo se presentan en forma de reacciones eléctricas y químicas, cada vez que una mujer embarazada piensa o siente algo con respecto al niño en formación, su cerebro produce una serie de químicos que se esparcen por todo su cuerpo y que la criatura recibe y graba en su naciente sistema nervioso, sin tener la suficiente conciencia como para comprender o rechazar lo que recibe a través de un lenguaje químico intraorgánico.

El hecho de que alguno de los progenitores, por ejemplo, asuma como un problema la llegada del niño, es captado por éste emocionalmente, y su efecto formará parte del archivo inconsciente del pequeño y tendrá repercusiones más adelante, cuando reaccione de diferentes formas y no logre comprender las causas generadoras de sus conflictos. Igualmente, cuando ya se ha producido el alumbramiento, todo estímulo externo influirá en el recién nacido y le irá creando una impresión emocional que influirá sus comportamientos futuros. Los padres y otras figuras de autoridad, serán piezas claves para el desarrollo de la Autoestima del niño, quien dependiendo de los mensajes recibidos, reflejará como espejo lo que piensan de él y se asumirá como un ser apto, sano, atractivo, inteligente, valioso, capaz, digno, respetado, amado y apoyado o, por el contrario, como alguien enfermo, feo, ignorante, desvalorizado, incapaz, indigno, irrespetado, odiado y abandonado. La forma como nos tratan define la forma como nos trataremos, porque esa es la que consideraremos como la más normal.

Con la llegada de la pubertad y la adolescencia, se da la bienvenida a la sexualidad y a la necesidad del joven de encontrarse a sí mismo. Se inicia la llamada "brecha generacional" y el tránsito hacia una mayor definición de la personalidad. Esta etapa es crucial ya que en ella surgen con fuerza la competencia y el deseo de ser mejor que

los demás. El joven experimenta una gran necesidad de aprobación por parte de su grupo cercano y aprende a dirigirse hacia quienes lo aplauden y a huir de quienes lo pitan. Desarrolla, con tal de ser querido, conductas muy específicas que se generalizarán hacia la vida adulta.

Finalmente en la pareja y el matrimonio se expresa mucho de lo aprendido en los años precedentes: grabaciones, condicionamientos, tradiciones; lo que fue vertido en el molde durante muchos años y que hemos llegado a creer que somos. En este tiempo, se forma parte de una sociedad uniformada en la que muchos han renunciado a expresar su originalidad y tienen ideas fijas de las cosas, que casi siempre siguen aunque no les funcionen. La inconsciencia y falta de comprensión de lo que ocurre, induce a culpar, a resentir, a atacar, a agredir a los demás, a quienes se ve "como malos que no nos comprenden".

Para entonces, ya se ha construido una imagen propia (autoimagen), puesto que habremos aprendido una forma de funcionar.

2.4.3.3 Componentes de la autoestima

La autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí:

1.- La sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: **La eficacia personal**. Que significa confianza en el funcionamiento de mi mente, en mi capacidad para pensar y entender, para aprender a elegir y tomar decisiones: confianza en mi capacidad para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de mis intereses y necesidades; en creer y confiar en mí mismo.

2.- La sensación de considerarse merecedor de la felicidad: **El respeto a uno mismo**. Que significa reafirmarme en mi valía personal; es una actitud positiva hacia el derecho de vivir y de ser feliz; el sentirme a gusto con mis pensamientos, mis deseos,

mis necesidades; el sentimiento de que la alegría y la satisfacción son derechos innatos naturales (16)

2.4.3.3 Autoestima y Cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad que tiene repercusiones en varias dimensiones de la vida: en el entorno familiar, social, laboral pero sobre todo individual. La autoestima puede verse afectada como consecuencia de todo el proceso que atraviesa y los cambios que el cuerpo sufre.

La importancia de la autoestima radica en que funciona como un motor en nuestra vida: habla de nosotros, de cómo nos percibimos y comportamos y de lo que esperamos de los otros. Es uno de los factores más relevantes para el bienestar personal y una clave para relacionarnos con nuestro entorno de una forma positiva. En una frase simple podríamos decir que si no nos queremos y apreciamos, no podemos querer y apreciar a los demás. La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos.

Ante una enfermedad como el cáncer de mama es normal que la autoestima se resienta.

Algunas de estas situaciones pueden hacer que se sientan menos valiosas, útiles o atractivas. Esto genera sentimientos de inseguridad y puede provocar aislamiento, reducir las relaciones sociales, alejamiento de la pareja y de los demás, baja autoestima y en general, puede limitar su actividad diaria. (17) Esto es algo normal, que les ocurre a muchas personas en esta misma situación. Pero no se debe olvidar que la autoestima es algo que se puede trabajar y “reconstruir”. Lo primero que se necesita es aceptación de la situación, con todas las limitaciones, defectos y virtudes. Quererse sin condiciones y saber que son luchadoras, valientes y valiosas. Sólo así sentirán el aumento de su autoestima.

Aceptarse implica conocerse, saber que aunque se tenga una cicatriz en el cuerpo, la mujer sigue siendo hermosa. También es importante conocer las limitaciones y no pretender hacer las mismas cosas que hacían antes del diagnóstico de cáncer de mama, al menos al principio.

Otro punto importante es el preocuparse de la alimentación, sueño y descanso, de mantenerse activas, etc. De vez en cuando, si es posible, darse un pequeño gusto y disfrutarlo. Darse tiempo para ver el paisaje, respirar profundo y ver lo positivo que tiene el mundo.

Aunque la mayoría de los tipos de cáncer tienen secuelas físicas importantes y en muchos casos el tratamiento necesario (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.) produce alteraciones corporales significativas, se ha venido prestando especial atención en la literatura al tema de la imagen corporal y el cáncer de mama, probablemente por dos razones: a) por su importancia epidemiológica y su cada vez mayor carácter crónico y, b) por las importantes connotaciones psico-sociales que conlleva para la mujer.

En este sentido, el pecho tiene una importancia crucial en la identidad femenina. Para muchas mujeres son los senos lo primero que las define como mujeres y la pérdida de un pecho equivale a la pérdida de la feminidad. Además, el pecho de la mujer está relacionado fuertemente, en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad y el atractivo físico; es un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; por último, el pecho también está relacionado con la maternidad y la lactancia y para algunas mujeres sufrir la enfermedad supone renunciar a sus deseos de tener hijos. Además, no hay que olvidar que, en las sociedades occidentales, la imagen física de las mujeres constituye una parte importante de su valoración social, y es un componente importante de su identidad personal (Sebastián, Bueno y Mateos, 2002). Por ello, se comprueba una

mayor susceptibilidad de las mujeres frente a los varones en el tema de su imagen o atractivo físico y de su propio valor.

Por otra parte, y desde el campo de la psicología, la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno-a piensa, siente, y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo (Cash, 1994; Cash Pruzinsky, 1990). La imagen corporal se concibe además como parte del autoconcepto (Mock, 1993), que puede entenderse como el conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa.

La autoestima es otro aspecto del autoconcepto, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (Rosenberg, 1965). Entendemos a la imagen corporal como la evaluación tanto cognitiva como emocional que la mujer tiene de su propio cuerpo en un momento determinado. Por su parte, la autoestima hace referencia a las evaluaciones, positivas y negativas, que la persona tiene de sí misma. Aunque su estudio ha estado asociado sobre todo a temas de trastornos de la alimentación, un análisis de las variables que pueden influir en mujeres con cáncer de mama y sugerencias de intervención (Fernández 2004). El tipo de cirugía utilizada en el tratamiento del cáncer de mama ha sido un factor importante en la imagen corporal de las mujeres afectadas. (18) Hasta hace poco tiempo, el tratamiento más frecuente era la mastectomía, (extirpación total de la mama), en la actualidad se ha impuesto en muchos casos la cirugía conservadora, también llamada tumorectomía. La opción de latumorectomía ha mejorado mucho los resultados clínicos en cuanto a la imagen corporal y a la sexualidad (Finney, 1992), aunque no tanto en cuanto al ajuste psicológico o morbilidad. Por tanto, el tipo de cirugía, mastectomía versus tumorectomía, afecta significativamente al grado de satisfacción que la mujer tiene con su cuerpo y consigo misma después de la operación, siendo las mujeres mastectomizadas las que tienen una peor imagen corporal y una autoestima más baja que las mujeres que han sufrido una tumorectomía.

Además existen varios trabajos que sugieren que las mujeres que experimentan mayor insatisfacción con su imagen corporal después del tratamiento del cáncer de mama son aquellas que creen que sus senos son importantes para su feminidad y atractivo, que valoran su apariencia física y que se consideran muy femeninas.

Es importante señalar que el tratamiento sistemático con quimioterapia o radioterapia repercute también en la imagen corporal de las mujeres, además de en su libido y en su fertilidad (Sebastián, 2003). La pérdida de pelo que experimenta la mayoría de las mujeres que recibe quimioterapia puede ser muy traumática. Además muchas mujeres cuando reciben quimioterapia entran en la menopausia, sobre todo si estaban cerca de ella en el momento del tratamiento y aunque ya no deseen tener hijos, pueden experimentar la menopausia como una pérdida significativa de su feminidad y tener por ello más problemas con su imagen corporal (Hunter et al., 2004). Asimismo, la quimioterapia o las terapias hormonales pueden disminuir la libido y causar sequedad vaginal, por lo que, a menudo provocan un descenso significativo de su actividad sexual.

Existen tres factores fundamentales que condicionan la reacción psicológica del paciente ante la enfermedad y estos son, la personalidad, la enfermedad y la situación. La personalidad se integra a partir de múltiples factores. El resultado final de esta integración da lugar en cada ser humano, a partir de su historia individual a características individuales; es por ello que la reacción psicológica ante un hecho tan importante como la pérdida de salud, tiene matices muy diversos en cada uno de los enfermos. La reacción de los pacientes con marcados rasgos dependientes no se parece en absoluto a la de aquellos en quienes la independencia predomina como rasgo de su personalidad. La forma en que el histérico “sufre” la enfermedad es muy distinta a la del sujeto en el que predominan rasgos obsesivos.

De igual manera quedara matizada toda la actividad del paciente paranoide, con su susceptibilidad y desconfianza y la del sujeto con rasgos esquizoides, con su frialdad en las relaciones interpersonales. Por tanto, es importante insistir en que el médico junto con el diagnóstico de la enfermedad actual, debe hacer el diagnóstico de la

personalidad de su paciente. Las reacciones psicológicas que se van desencadenando desde que el sujeto sabe o supone que está enfermo.

La enfermedad es también un factor determinante de la reacción del paciente. Es evidente que no producirá la misma repercusión psicológica un catarro que un cáncer, ni influye de la misma manera una enfermedad aguda, que aunque sea desagradable pasa en unos días, que una enfermedad crónica que acompaña al sujeto el resto de su vida. También reaccionaran de un modo distinto dos personalidades casi iguales, si el tratamiento en un caso exige una intervención quirúrgica y el otro basta con tomar algún medicamento en tabletas.

Pero el criterio del paciente acerca de la peligrosidad de una enfermedad para la vida, su carácter crónico, o lo riesgoso de su tratamiento, no siempre coincide con el criterio científico que refleja la realidad objetiva; por tanto, si no somos capaces de informarnos con exactitud de lo que piensa sobre la enfermedad no podremos prever y aliviar la magnitud d su reacción, que estará en correspondencia con esa imagen del mundo.

La situación es otro factor importante, el momento en que se presenta la enfermedad y las circunstancias que rodea al paciente resultan también decisivos en su forma de reaccionar. En un mismo sujeto, la misma enfermedad no tiene iguales implicaciones.
(19)

2.4.3.5 Grados de la autoestima

La autoestima es un concepto *gradual*. En virtud de ello, las personas pueden presentar en esencia uno de tres estados:

Tener una **autoestima alta** equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, o, usando los términos de la definición inicial, sentirse capaz y valioso; o sentirse aceptado como persona.

Tener una **baja autoestima** es cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona.

Tener un **término medio de autoestima** es oscilar entre los dos estados anteriores, es decir apto e inútil, acertado o equivocado como persona y manifestar estas incongruencias en la conducta actuar unas veces con sensatez otras con irreflexión, reforzando así la inseguridad.

2.4.3.8 Comportamientos característicos del autoestimado.

La caracterología que ofrece una persona con una Autoestima desarrollada, es más o menos la siguiente:

Conciencia.

El autoestimado es la persona que todos podemos ser. Alguien que se ocupa de conocerse y saber cuál es su papel en el mundo. Su característica esencial es la conciencia que tiene de sí, de sus capacidades y potencialidades así como de sus limitaciones, las cuales tiende a aceptar sin negarlas, aunque o se concentra en ellas, salvo para buscar salidas más favorables. Como se conoce y se valora, trabaja en el cuidado de su cuerpo y vigila sus hábitos para evitar que aquellos que le perjudican puedan perpetuarse. Filtra sus pensamientos enfatizando los positivos, procura estar emocionalmente arriba, en la alegría y el entusiasmo, y cuando las situaciones le llevan a sentirse rabioso o triste expresa esos estados de la mejor manera posible sin esconderlos neuróticamente.

En el autoestimado el énfasis está puesto en darse cuenta de lo que piensa, siente, dice o hace, para adecuar sus manifestaciones a una forma de vivir que le beneficie y le beneficie a quienes le rodean, en vez de repetir como robot lo que aprendió en su ayer cuando era niño o adolescente. Esa conciencia de la autoestima, hace que el individuo se cuide, se preserve y no actúe hacia la autodestrucción física, mental,

moral o de cualquier tipo. La gratitud es norma en la vida de quien se aprecia y se sabe bendito por los dones naturales que posee.

Confianza

Autoestima es también confianza en uno mismo en las fuerzas positivas con las que se cuenta para abordar el día a día. Esta confianza es la guía para el riesgo, para probar nuevos caminos y posibilidades; para ver alternativas en las circunstancias en que la mayoría no ve salida alguna; para usar la inteligencia y seguir adelante aunque no se tengan todas las respuestas. Esta es la característica que hace que el ser se exprese en terrenos desconocidos con fe y disposición de éxito. Cuando se confía en lo que se es, no se necesitan justificaciones ni explicaciones para poder ser aceptado. Cuando surgen las diferencias de opinión, confiar en uno hace que las críticas se acepten y se les utilice para el crecimiento.

Responsabilidad

El que vive desde una Autoestima fortalecida asume responsabilidad por su vida, sus actos y las consecuencias que éstos pueden generar. No busca culpables sino soluciones. Los problemas los convierte en un "cómo", y en vez de compadecerse por no lograr lo que quiere, el autoestimado se planteará las posibles formas de obtenerlos. Responsabilidad es responder ante alguien, y ese alguien es, él mismo o Dios en caso de que su visión de la vida sea espiritual. Toma como regalo el poder influir en su destino y trabaja en ello. Quien vive en este estado no deja las cosas al azar, sino que promueve los resultados deseados y acepta de la mejor forma posible lo que suceda.

Autonomía

La autonomía tiene que ver con la independencia para pensar, decidir y actuar; con moverse en la existencia de acuerdo con las propias creencias, criterios convicciones, en vez de como seguimiento del ritmo de quienes nos rodean. No se puede vivir para

complacer expectativas de amigos, parientes o ideologías prestadas, mientras algo dentro de nosotros grita su desacuerdo y pide un cambio de dirección. El autoestimado busca y logra escucharse, conocerse, dirigirse y pelear sus propias batallas confiando en que tarde o temprano las ganará. No se recuesta en la aprobación, sino que mira hacia el interior donde laten sus auténticas necesidades, sin desdeñar lo que el mundo puede ofrecerle.

Perseverancia

Cuando alguien tiene confianza en sí mismo, es capaz de definir objetivos trazar un rumbo, iniciar acciones para lograr esos objetivos y, además desarrollar la capacidad para el esfuerzo sostenido, la convicción de que tarde o temprano verá el sueño realizado. La perseverancia es por eso característica clara de la persona autoestimada, para quien los eventos frustrantes son pruebas superables desde su conciencia creativa.

Flexibilidad

Es característica de la persona autoestimada aceptar las cosas como son y no como se le hubiese gustado que fueran. Ante la novedad, para no sufrir, es necesario flexibilizar nuestras creencias y adecuar nuestros deseos. Flexibilidad implica abrirse a lo nuevo, aceptar las diferencias y lograr convivir con ellas; tomarse algunas cosas menos en serio, darse otras oportunidades y aprender a adaptarse. Todas estas son manifestaciones de inteligencia, conciencia y respeto por el bienestar.

De forma sencilla y resumida, Lair Ribeiro al referirse a los atributos de la persona autoestimada nos dice que ésta es "ambiciosa sin ser codiciosa, poderosa sin ser opresora, autoafirmativa sin ser agresiva, e inteligente sin ser pedante".

2.4.3.9 Comportamientos característicos del desestimado.

Algunos comportamientos característicos de las personas desestimadas son:

Inconciencia.

Ignora quién es y el potencial que posee; funciona automáticamente y depende de las circunstancias, eventualidades y contingencias; desconoce sus verdaderas necesidades y por eso toma la vida con indiferencia o se dedica a hacer mil cosas que no le satisfacen; ignora las motivaciones, creencias, criterios y valores que le hacen funcionar. Muchas áreas de su vida reflejan el caos que se desprende del hecho de no conocerse. Parte de ese caos, generalmente autoinducido, se observa en conductas autodestructivas de distinta índole. El desestimado vive desfasado en el universo temporal; tiene preferencia por el futuro o el pasado y le cuesta vivir la experiencia del hoy: se distrae con facilidad. Pensar y hablar de eventos pasados o soñar con el futuro, son conductas típicas del ser que vive en baja Autoestima.

Desconfianza.

El desestimado no confía en sí mismo, teme enfrentar las situaciones de la vida y se siente incapaz de abordar exitosamente los retos cotidianos; se percibe incompleto y vacío; carece de control sobre su vida y opta por inhibirse y esperar un mejor momento que casi nunca llega. Tiende a ocultar sus limitaciones tras una "careta", pues al no aceptarse, teme no ser aceptado. Eso lo lleva a desconfiar de todos y a usar su energía para defenderse de los demás, a quienes percibe como seres malos y peligrosos; siempre necesita estar seguro y le es fácil encontrar excusas para no moverse. La vida, desde aquí, parece una lucha llena de injusticia.

Irresponsabilidad.

Niega o evade sus dificultades, problemas o conflictos. Culpa a los demás por lo que sucede y opta por no ver, oír o entender todo aquello que le conduzca hacia su

responsabilidad. Sus expresiones favoritas son: "Si yo tuviera", "Si me hubieran dado", "Ojalá algún día", y otras similares que utiliza como recurso para no aclarar su panorama y tomar decisiones de cambio.

En su irresponsabilidad, el desestimado acude fácilmente a la mentira. Se miente a sí mismo, se autoengaña y engaña a los demás. Esto lo hace para no asumir desde la conciencia adulta las consecuencias de sus actos, de su interacción con el mundo.

Dependencia.

El desestimado necesita consultar sus decisiones con otros porque no escucha ni confía en sus mensajes interiores, en su intuición, en lo que el cuerpo o su verdad profunda le gritan.

Asume como propios los deseos de los demás, y hace cosas que no quiere para luego quejarse y resentirlas. Actúa para complacer y ganar amor a través de esa nefasta fórmula de negación de sí mismo, de autosacrificio inconsciente de sus propias motivaciones. Su falta de autonomía, la renuncia a sus propios juicios hace que al final termine culpándose, auto incriminándose, resintiéndolo a los demás y enfermándose como forma de ejecutar el autocastigo de quien sabe que no está viviendo satisfactoriamente. La dependencia es el signo más característico de la inmadurez psicológica, que lleva a una persona, tal como dice Fritz Perls, a no pararse sobre sus propios pies y vivir plenamente su vida.

Inconstancia.

Desde el miedo, una de las emociones típicas del desestimado, las situaciones se perciben deformadas y el futuro puede parecer peligroso o incierto. La falta de confianza en las propias capacidades hace que aquello que se inicia no se concrete. Ya sea aferrándose a excusas o asumiendo su falta de vigor, el desestimado tiene dificultad para iniciar, para continuar y para terminar cualquier cosa. Puede que inicie y avance en ocasiones, pero frente a situaciones que retan su confianza, abandonará el

camino y buscará otra senda menos atemorizante. La inconstancia, la falta de continuidad, señala poca tolerancia a la frustración.

Rigidez.

La persona desvalorizada lucha porque el mundo se comporte como ella quiere. Le cuesta comprender que vivimos interactuando en varios contextos con gente diferente a nosotros en muchos aspectos, y que la verdad no está en mí o en ti, sino en un "nosotros" intermedio que requiere a veces "estirarse". Sufrir porque está lloviendo, negarnos a entender que una relación ha finalizado, empeñarnos en tener razón aunque destruyamos vínculos importantes, demuestra incapacidad para abandonar posturas rígidas que nos guían por la senda del conflicto permanente. Eso es no quererse, eso es desestima. (20)

2.5 MARCO CONTEXTUAL

2.5.1 Historia del Centro Médico

El Centro de Prevención Oncomedic, fue creado el 02 de junio del 2006, en el centro de la ciudad de Riobamba, es uno de los centros médicos destinado para la prevención y tratamiento del cáncer. Desde entonces el objetivo del Centro ha sido crecer y hacer continuamente las modificaciones necesarias para dar siempre el mejor servicio a los miles de pacientes que han sido tratados en el mismo.

En sus inicios se atendía alrededor de 30 pacientes semanalmente, acogiéndolos de diferentes regiones del país, además cuenta con convenios en los mejores centros diagnósticos de Riobamba y de Quito. El centro brinda sus servicios a la ciudadanía desde las 07h00 hasta las 19h00 de lunes a viernes, mientras que los días sábados de 07h00 a 12h00. La atención se reserva con anterioridad, por el momento no cuenta con el servicio de Emergencias.

Los servicios que ofrece son: Consulta Externa, Oncología Clínica, Cirugía Oncológica y Quimioterapia. El centro está coordinado por la Licenciada Fanny Alulema, cuenta con una moderna tecnología y un amplio personal preparados, con calidad humana y profesional para brindar los mejores programas y la mejor atención en servicios para un completo soporte oncológico.

La misión de Oncomedic es proponer un centro clínico integral de diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia en cáncer. Se busca la excelencia y calidad a través del mejoramiento continuo de protocolos seguros y efectivos, en un ambiente de respeto, de calidez y profesionalismo para nuestros pacientes, sus familias y la comunidad. Se ofrece a las personas un sistema de protección financiera oncológica y apoya a las familias con mayor desprotección socioeconómica. El centro se encuentra ubicado en la Primera Constituyente y España.

2.6 APLICACIÓN DE LA TÉCNICA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA PARA EL MANEJO DE LA AUTOESTIMA.

Los talleres psicoterapéuticos se llevaron a cabo durante 8 sesiones, una por semana durante 2 meses. En las cuales se trabajó bajo el modelo cognitivo de Aaron Beck con los siguientes pasos:

Primer paso: Identificación de distorsiones cognitivas, es decir que se aplicó un cuestionario para la identificación de las mismas, los cuales reflejaron sentimientos de culpabilidad, inferioridad, desesperanza, pesimismo etc. Como también características comunes entre las pacientes portadoras de cáncer de mama, extraer conclusiones generales a partir de un detalle, culpabilizarse a si misma de los errores ajenos o culpar a los otros o a las circunstancias de los errores propios, exagerar las consecuencias de algún acontecimiento desafortunado y minimizar o infravalorar las propias capacidades, etc.

Segundo paso: Evaluación y análisis de los pensamientos, una vez identificados los pensamientos conjuntamente con las pacientes se las analizó mediante preguntas encaminadas a examinar hasta que punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad), examinar las consecuencias de los pensamientos y finalmente analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar), esta información se obtuvo mediante preguntas las cuales las llevó a reflexionar de manera que pudieron evidenciar que poseían pensamientos que no eran realistas, que por el contrario dificultan la resolución de la situación.

Tercer paso: Búsqueda de pensamientos alternativos, este último paso se lo realizó mediante la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que refleja de manera inadecuada la realidad. Estas formas alternativas de interpretación dieron mayor oportunidad a resultados satisfactorios. Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como auto instrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.

2.7 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Actitud: Predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente.

Afectividad: Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive.

Angustia: Estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión. Suele estar acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire (de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”).

Benevolencia: Propiedad de la persona que es comprensiva y tolerante.

Carcinoma: Tumor de naturaleza cancerosa.

Catarsis: Expresión o remembranza de una emoción o recuerdo reprimido durante el tratamiento, lo que generaría un "desbloqueo" súbito de dicha emoción o recuerdo, pero con un impacto duradero (y le permitiría luego al paciente, por ejemplo, entender mejor dicha emoción o evento o incluso hablar ampliamente sobre ello).

Cliché: Idea o expresión demasiado repetida.

Cognición: Es el proceso de conocer empleado por los psicólogos para designar cualquier actividad mental, abarca el uso del lenguaje, el pensamiento, el razonamiento, la solución de problemas, la conceptualización, el recuerdo y la imaginación.

Cognitivismo: Es una corriente de la psicología que se especializa en el estudio de la cognición (los procesos de la mente relacionados con el conocimiento). La psicología cognitiva, por lo tanto, estudia los mecanismos que llevan a la elaboración del conocimiento.

Condicionamiento: Limitación, restricción que afecta al desarrollo de un proceso o al comportamiento de una persona o cosa.

Congruencia: Relación lógica y coherente que se establece entre dos o más cosas.

Contrastar: Comprobar la autenticidad o validez de una cosa.

Creencias irracionales: Son aquellas creencias que perturban al sujeto y que no le dejan vivir de manera satisfactoria.

Desfasado: Inadaptado o inadecuado al tiempo o lugar en que vive o se encuentra: moda desfasada.

Electrólito: Cualquier sustancia que contiene iones libres, los que se comportan como un medio conductor eléctrico. Debido a que generalmente consisten en iones en solución, los electrolitos también son conocidos como soluciones iónicas, pero también son posibles electrolitos fundidos y electrolitos sólidos.

Empirismo: Sistema filosófico que toma la experiencia como única base de los conocimientos humanos.

Estereotipo: Idea o imagen aceptada por la mayoría como patrón o modelo de cualidades o de conducta.

Idiosincrasia: Rasgos y carácter propios y distintivos de un individuo o de una colectividad.

Menarquía: Primera menstruación en la mujer normalmente entre los 12 y 15 años.

Metástasis: Reproducción de una enfermedad en órganos distintos de aquel en que se manifestó.

Oscilar: Crecer y disminuir alternativamente la intensidad de algunas manifestaciones o fenómenos.

Pensamiento: Actividad mental orientada a la interpretación de símbolos (internos o externos) con la consiguiente atribución de significados.

Percepción: Consiste en una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos.

Plausible: Que merece encomio o aprobación; Que merece crédito por su verosimilitud o sensatez.

Precoz: Temprano, prematuro, que sucede antes de lo previsto o lo usual.

Retrospectiva: Recurrencia de un recuerdo, sentimiento o experiencia perceptiva del pasado.

Terapia cognitiva: Es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por su modo de estructurar el mundo. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones.

2.8 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.8.1 HIPÓTESIS

La reestructuración cognitiva mejora el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama, atendidas en Oncomedic de la ciudad de Riobamba, período enero - junio 2013.

2.8.2 VARIABLES

2.8.2.1 Variable Independiente:

Reestructuración cognitiva

2.8.2.2 Variable Dependiente:

La autoestima

2.8.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO CIENTÍFICO

Inductivo-Deductivo

Porque permitirá estudiar la reestructuración cognitiva en el manejo de la autoestima de manera particular para posteriormente obtener conclusiones generales.

3.2 MÉTODO CLÍNICO

Porque la investigación se basa en la observación, entrevista y talleres grupales para determinar los efectos de la reestructuración cognitiva en el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama.

3.3 MÉTODO PSICOMÉTRICO

Engloba la teoría y la construcción de pruebas, test y otros procedimientos de medición válidos y confiables (o fiables). Incluye, por tanto, la elaboración y aplicación de procedimientos estadísticos que permitan determinar si una prueba o (test) es válido o no para la medición de una variable o conducta psicológica previamente definida.

3.3.1 Reactivos psicológicos

Para la realización de la investigación se empleará el reactivo psicológico Escala de autoestima de Rosenberg, con el objetivo de identificar niveles de autoestima en pacientes con cáncer de mama.

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están en forma positiva y cinco de forma negativa, es decir, de los ítems 1 al 5 las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10 las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

Para la interpretación de la escala, nos basamos en los siguientes rangos:

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

3.3.2 Cuestionario

Consta de 8 preguntas con opciones múltiples. Con el fin de identificar y modificar las distorsiones cognitivas más frecuentes en paciente con cáncer de mama.

3.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por el tipo, la investigación es:

Descriptiva.- Porque se describen los datos estadísticos y esta investigación tiene un impacto social, psicológico y emocional en la vida de las pacientes con cáncer de mama. Y además porque existe estrecha relación entre las dos variables de nuestro estudio que son: Reestructuración Cognitiva y Autoestima.

Por el diseño de la investigación es:

Cuasi-Experimental.- Porque el grupo de pacientes no es seleccionado al azar, sino que es un grupo ya establecido, este tipo de diseño se basa en la medición y comparación, antes y después de la intervención psicológica.

3.5 TIPO DE ESTUDIO

Transversal.- Porque se va a realizar en un periodo de tiempo establecido, esto es durante el período Enero – Junio 2013.

3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.6.1. POBLACIÓN

La población de esta investigación está constituida por un total de 30 pacientes portadores de diversos tipos de cánceres que acuden al centro Oncomedic de la ciudad de Riobamba, los mismos que asisten regularmente para los chequeos y tratamientos médicos, dato que podemos visualizarlo en el siguiente cuadro:

Tipos de cáncer	Nro. De pacientes
Cáncer de estómago	1
Cáncer de tiroides	15
Cáncer de mama	10
Cáncer de útero	4
TOTAL	30

3.6.2. MUESTRA

Para el desarrollo de la investigación se estableció como criterios de selección, a aquellas pacientes con cáncer de mama que asisten al centro médico, las mismas que suman un total de 10 pacientes.

Criterios de Inclusión

- Pacientes mujeres que presentan cáncer de mama y acuden a Oncomedic
- Pacientes con cáncer de mama que asisten regularmente a los chequeos y tratamientos médicos.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no tienen el diagnóstico de cáncer de mama.

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que no asisten al centro de manera regular.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas e instrumentos que se utilizará para la recolección de la información de los datos serán:

- **Técnica:** Observación, que consiste en observar personas, fenómenos, hechos, casos, objetos, acciones, situaciones, etc, con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación.

Instrumento: Ficha de registro psicoterapéutico, el cual permitió la recolección de la información de la evolución de las pacientes en el proceso psicoterapéutico. (ANEXO 1)

- **Técnica:** Encuesta, es un estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario prediseñado.

Instrumento: Cuestionario, el mismo que constaba de un listado de preguntas que se consultaron a las pacientes en relación a las variables a estudiar. (ANEXO 2)

- **Técnica:** Reactivo psicológico, son el fundamento de las pruebas de atributos mentales. La validez y confiabilidad de las inferencias obtenidas de los resultados de una prueba está basada en cada uno de los reactivos que la conforman.

Instrumento: Test de autoestima de Rosenberg, el cual es un instrumento que nos facilito medir y evaluar la autoestima en pacientes con cáncer de mama. (ANEXO 3)

3.8. TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS

La información recolectada fue transformada siguiendo el procedimiento presentado a continuación:

- Se investigó contenidos científicos relacionados con el tema que fue objeto de estudio.
- Se identificó a las pacientes apropiadas para el desarrollo de la investigación.
- Se revisó de una manera metódica la información seleccionada, para evitar información defectuosa, discordante o sin validez.
- Se intervino terapéuticamente para contribuir en el desarrollo del tratamiento.
- Se efectuó la tabulación de la información adquirida según las variables del tema a tratar, mediante la estadística experimental.
- Se desarrolló un estudio estadístico para la presentación de resultados.
- Se analizó los resultados de acuerdo a los objetivos e hipótesis.
- Se realizó la interpretación de los resultados.
- Se determinó conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

ANÁLISIS GLOBAL DE LA “ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG” DURANTE LA PRIMERA Y SEGUNDA APLICACIÓN

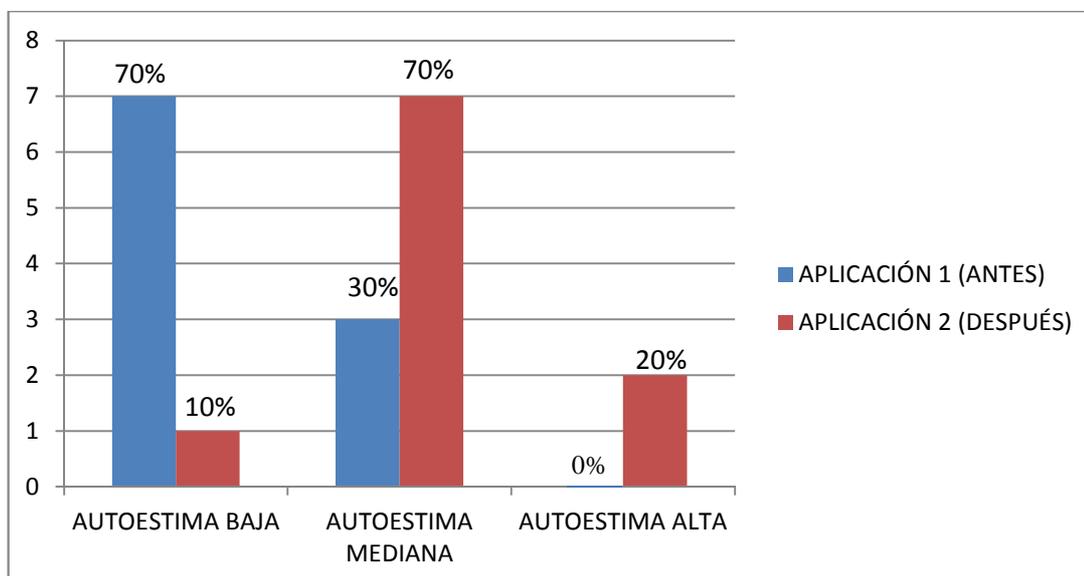
CUADRO N° 1 Niveles de autoestima evidenciadas en las pacientes antes y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva

NIVELES DE AUTOESTIMA	APLICACIÓN 1 (ANTES)	%	APLICACIÓN 2 (DESPUÉS)	%
AUTOESTIMA BAJA	7	70%	1	10%
AUTOESTIMA MEDIANA	3	30%	7	70%
AUTOESTIMA ALTA	0	0%	2	20%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro De Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N° 1 Niveles de autoestima evidenciadas en las pacientes antes y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva.



Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

**PUNTAJES OBTENIDOS DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE
ROSENBERG ANTES Y DESPUÉS DE LA INVESTIGACIÓN**

PACIENTES	PUNTAJE APLICACIÓN 1 (ANTES)	RESULTADO	PUNTAJE APLICACIÓN 2 (DESPUÉS)	RESULTADO
NN 1	17	Autoestima Baja	26	Autoestima Mediana
NN 2	20	Autoestima Baja	28	Autoestima Mediana
NN 3	17	Autoestima Baja	29	Autoestima Mediana
NN 4	24	Autoestima Baja	29	Autoestima Mediana
NN 5	26	Autoestima Mediana	26	Autoestima Mediana
NN 6	28	Autoestima Mediana	31	Autoestima Alta
NN 7	14	Autoestima Baja	18	Autoestima Baja
NN 8	16	Autoestima Baja	26	Autoestima Mediana
NN 9	23	Autoestima Baja	28	Autoestima Mediana
NN 10	26	Autoestima Mediana	30	Autoestima Alta

Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Durante la primera aplicación de la “ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG”³ 3 pacientes que representan el 30% de la población poseían un nivel de autoestima mediana, lo que refleja que un pequeño número de pacientes se encontraba con una visión positiva de sí mismas y 7 pacientes que representan un 70% de la población poseían un nivel de autoestima baja causa del cáncer de mama, siendo evidente en estas pacientes la presencia de sentimientos de inutilidad, tristeza, culpabilidad y frustración, los mismos que han sido manifestados a través de creencias irracionales, las cuales producen malestar emocional, tanto a nivel personal, familiar, social etc. Además este desequilibrio emocional repercutía negativamente en el tratamiento médico que reciben, pues experimentaban sentimientos de miedo y angustia ante los exámenes y tratamientos que debían realizarse. Posterior a la aplicación de talleres grupales y a la aplicación la Técnica Reestructuración Cognitiva, se puede observar que 7 pacientes que representan el 70% de la población obtuvieron una autoestima mediana, 2 pacientes que representan el 20% de la población alcanzaron una autoestima alta, es decir que casi la totalidad de las pacientes adquirió una autoestima positiva siendo evidente el cambio de actitud y de afrontamiento de su enfermedad ya que las distorsiones cognitivas fueron modificadas. Cabe aquí resaltar que en la segunda aplicación, los puntajes de la escala de autoestima bordeaban los límites, es decir la autoestima no alcanzaba el nivel posterior por una diferencia de 2 a 3 puntos. Evidenciando la eficacia de la aplicación de la técnica. Y finalmente 1 paciente que representa el 10% se mantiene en una autoestima baja debido a la irregularidad en la asistencia a los talleres grupales.

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA
DE ROSENBERG ANTES Y DESPUÉS DE LA INVESTIGACIÓN**

PREGUNTA N°2

¿Siento que soy una persona digna al menos tanto como los demás?

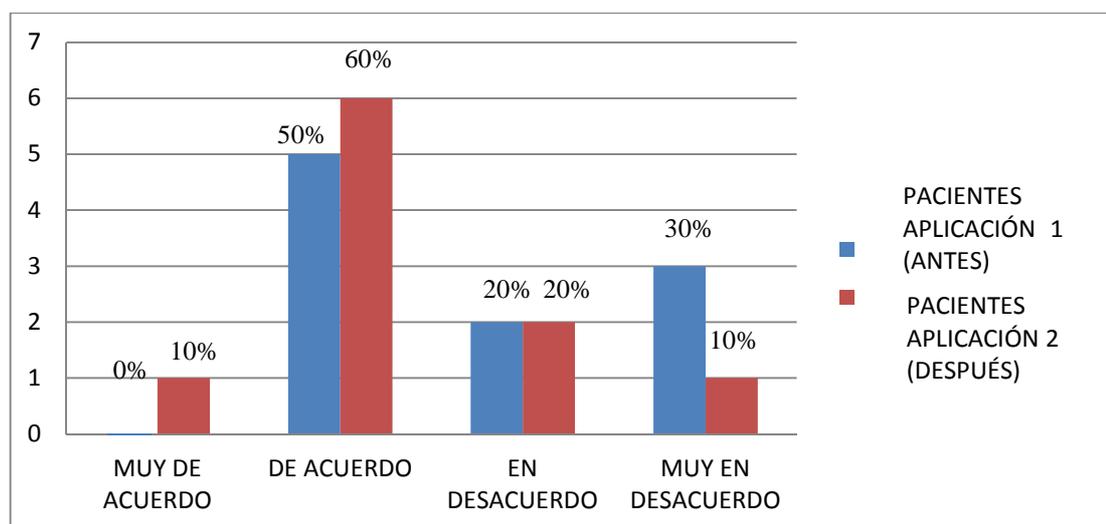
CUADRO N°2 Dignidad

OPCIONES DE RESPUESTA	PACIENTES		PACIENTES	
	APLICACIÓN 1 (ANTES)	%	APLICACIÓN 2 (DESPUÉS)	%
MUY DE ACUERDO	0	0%	1	10%
DE ACUERDO	5	50%	6	60%
EN DESACUERDO	2	20%	2	20%
MUY EN DESACUERDO	3	30%	1	10%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°2 Dignidad



Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la primera aplicación de la escala de autoestima, 5 pacientes que corresponde al 50% manifiestan que están de acuerdo con poseer dignidad en relación a los demás, evidenciando que presentan una clara visión de poseer valoración personal, 2 que corresponden al 20% expresaron que están en desacuerdo con la existencia de sentimientos de dignidad y, 3 pacientes que es el 30% refieren estar muy en desacuerdo con la pregunta, considerándose así, no sentirse tan dignas, evidenciando un gran impacto emocional en la mujer portadora de cáncer de mama. Basándonos en Soriano en el año 1997 expresa que: “Las repercusiones de la enfermedad en un paciente con cáncer de mama se expresan en todas las áreas de la vida, la familiar, la relación de pareja y laboral y social.” De este modo la autoestima también se ve afectada como consecuencia del proceso integral que se está viviendo y los cambios que el cuerpo sufre, sintiéndose la mujer con impotencia y frustración al no llevar una vida con normalidad y además limitándola en sus actividades.

En la segunda aplicación después de utilizar la técnica reestructuración cognitiva se observa que 6 pacientes que representan el 60% de la población manifestaron estar de acuerdo con tener dignidad, 1 paciente que equivale al 10% refiere estar muy de acuerdo, evidenciando de manera considerable que aquellos pensamientos negativos sobre sí misma disminuyen, considerándose actualmente que son personas dignas y que pueden realizar cualquier tipo de tarea sin problema alguno como el resto de las personas.

Sin embargo 2 participantes que representan el 20% se mantienen en desacuerdo, y 1 participante que corresponde al 10% expresa estar muy en desacuerdo con respecto a la existencia de la dignidad, lo cual nos da a conocer que 3 pacientes conservan aún esta idea negativa.

PREGUNTA N°3

¿Estoy convencido de que tengo cualidades?

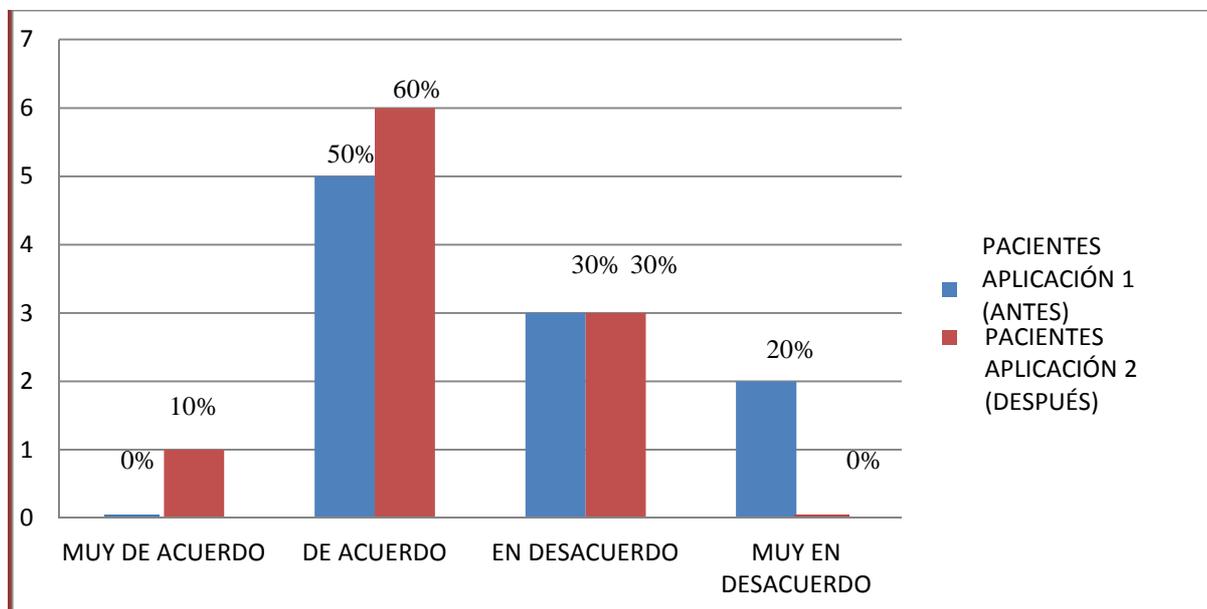
CUADRO N° 3 Cualidades personales

OPCIONES DE RESPUESTA	PACIENTES		PACIENTES	
	APLICACIÓN 1 (ANTES)	%	APLICACIÓN 2 (DESPUÉS)	%
MUY DE ACUERDO	0	0%	1	10%
DE ACUERDO	5	50%	6	60%
EN DESACUERDO	3	30%	3	30%
MUY EN DESACUERDO	2	20%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N° 3 Cualidades personales



Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Al tomar la escala de autoestima por primera vez, 5 participantes que corresponden al 50% manifiestan que si están de acuerdo con poseer cualidades, presentando una adecuada percepción de su imagen como persona, sin embargo 3 que representan al 30% están en desacuerdo, y 2 pacientes que equivale al 20% dice estar muy en desacuerdo de tener cualidades, evidenciando que las mujeres con cáncer de mama generalmente presentan baja autoestima, asociado con distorsiones en sus pensamientos, los cuales generan malestar y sentimientos de desvalía, propiciando alteraciones en el aspecto emocional como miedo, angustia, tristeza, ansiedad, etc. Coincidiendo en lo que manifiestan Barbón & Beato, en el año 2002 que: “Los sufrimientos o trastornos que se aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal.”

En la segunda aplicación se denota que 1 paciente que equivale al 10% está muy de acuerdo de poseer cualidades, 6 participantes que corresponde al 60% están de acuerdo de poseer cualidades, considerando que si tuvo efectos positivos la técnica reestructuración cognitiva observando que la mayoría de pacientes actualmente piensan que si poseen cualidades positivas, mejorando así su estilo de vida y aceptando su enfermedad.

Mientras que 3 pacientes que equivalen al 30% siguen manteniendo que se encuentran en desacuerdo de tener cualidades, enfocándose solamente en su condición de salud y en las consecuencias negativas del tratamiento médico.

PREGUNTA N°4

¿Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente?

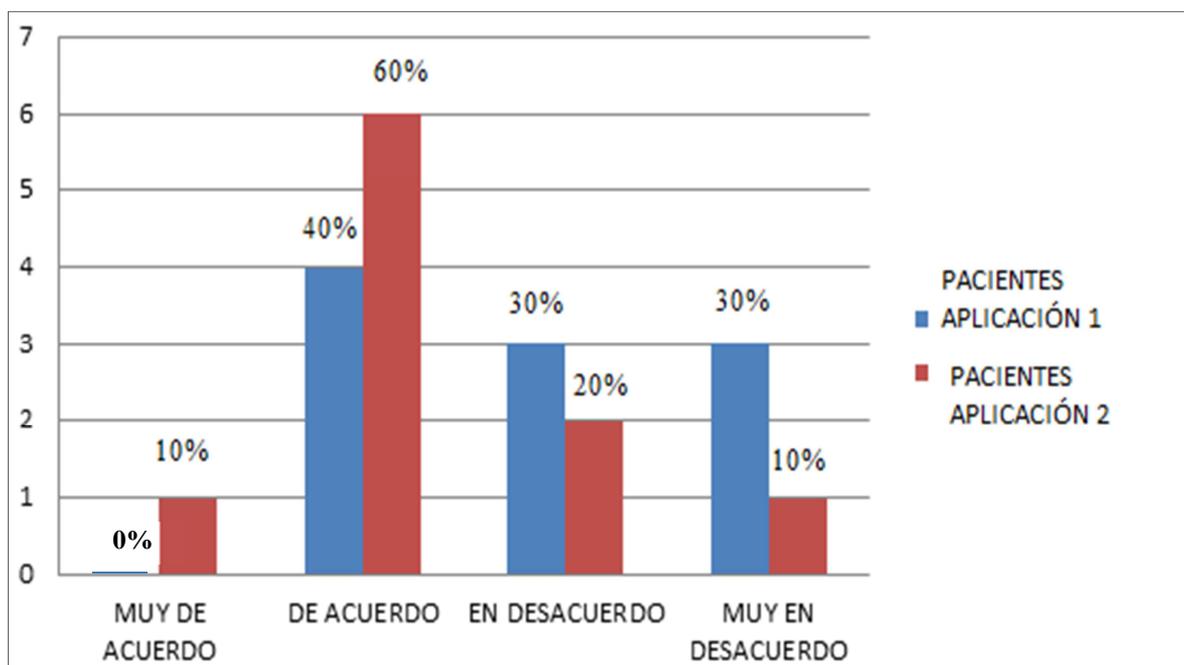
CUADRO N° 4 Capacidad propia

OPCIONES DE RESPUESTA	PACIENTES		PACIENTES	
	APLICACIÓN 1 (ANTES)	%	APLICACIÓN 2 (DESPUÉS)	%
MUY DE ACUERDO	0	0%	1	10%
DE ACUERDO	4	40%	6	60%
EN DESACUERDO	3	30%	2	20%
MUY EN DESACUERDO	3	30%	1	10%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°4 Capacidad propia



Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la primera aplicación de la escala de autoestima, 4 pacientes que corresponden al 40% manifiestan estar de acuerdo que, si son capaces de hacer bien las cosas como la mayoría de la gente, demostrando seguridad y confianza en las actividades que realiza, 3 que representan al 30% refieren que están muy en desacuerdo porque piensan que no pueden hacer las cosas bien, y el 30% restante que representa a 3 participantes están en desacuerdo con la pregunta, denotando que estas pacientes muestran ciertas creencias irracionales como: “No hago las cosas bien como antes” “Me siento incompleta y por eso no puedo” estas ideas surgen a causa de los tratamientos médicos como la cirugía, quimioterapia y radioterapia en el cual sufren cambios físicos como psicológicos, siendo evidente la alteración en su estado de ánimo, piensan no estar con las mismas habilidades que las demás personas, porque existe la pérdida de una o de sus dos mamas (mastectomía) sintiéndose en el aspecto social incompletas y no atractivas generando alteraciones en su valía personal. Así podemos corroborar con Andrykowski y Cordova en el año de 1998 donde manifiestan que: “Las mujeres con cáncer de mama deben afrontar una variedad de situaciones estresantes que incluyen el diagnóstico, procedimientos médicos intrusivos y efectos secundarios de los tratamientos (quimioterapia y/o radioterapia) y una variedad de pérdidas personales, psicológicas y físicas”.

En la segunda aplicación 1 paciente que equivale al 10% está muy de acuerdo en que es capaz de realizar las cosas tan bien como la mayoría de la gente, 6 participantes que corresponden al 60% están de acuerdo en que sí son capaces, demostrando que la reestructuración cognitiva modificó en la mayoría de las participantes aquellas creencias de inutilidad, evidenciando en los niveles de autoestima, ya que éstos aumentaron. Sin embargo, 2 que representan el 20% refieren estar en desacuerdo porque dicen que no son capaces de realizar las cosas tan bien, y 1 participante que responde al 10% manifiesta estar muy en desacuerdo porque piensa que no es capaz, demostrándonos así que 3 participantes mantienen esta creencia negativa.

PREGUNTA N°5

¿Tengo una actitud positiva hacia mí mismo?

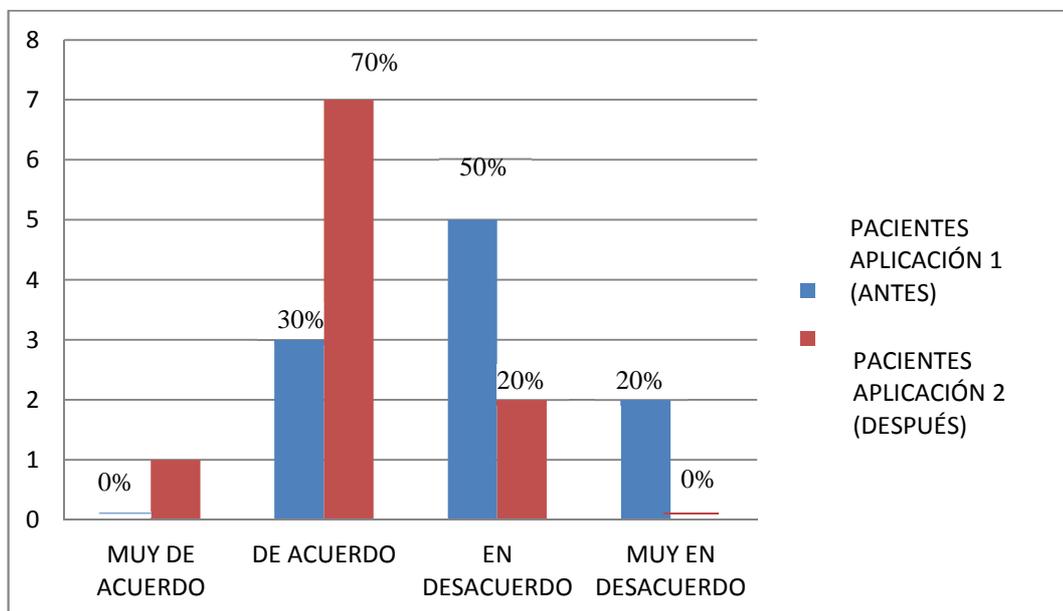
CUADRO N°5 Actitud positiva

OPCIONES DE RESPUESTA	PACIENTES		PACIENTES	
	APLICACIÓN 1 (ANTES)	%	APLICACIÓN 2 (DESPUÉS)	%
MUY DE ACUERDO	0	0%	1	10%
DE ACUERDO	3	30%	7	70%
EN DESACUERDO	5	50%	2	20%
MUY EN DESACUERDO	2	20%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N° 4 Actitud positiva



Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la primera aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg, 3 pacientes que representan el 30% están de acuerdo que tienen una actitud positiva hacia sí mismo, demostrándonos mediante pensamientos adecuados y niveles de resiliencia buenos, 5 participantes que corresponden al 50% están en desacuerdo al pensar que no tienen una actitud positiva hacia sí mismo, y 2 pacientes que equivalen al 20% manifiestan estar muy en desacuerdo con la pregunta. Evidenciando de esta manera que las pacientes con cáncer de mama ponen su completa atención en aquellas dificultades físicas y/o psicológicas, pensando irracionalmente que sus problemas no tienen solución, mirando su futuro de forma negativa y dando poca importancia a su entorno social. Basándonos en el autor Veenhoven en 1995 dice: “La capacidad de controlar los eventos de la vida cotidiana y la proyección de futuro (elaboración de planes y proyectos) hace a las personas competentes para controlar los eventos que le acontecen, capaces de desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento”. Adicional podemos decir que todas estas características son útiles para desarrollar una actitud positiva y afrontar la realidad de manera correcta.

Mientras que en la segunda aplicación 1 paciente que corresponde el 10% manifiesta estar muy de acuerdo con tener una actitud positiva hacia sí mismo, 7 participantes que equivalen el 70% están de acuerdo con tener una actitud positiva, demostrándonos que después de aplicar la técnica reestructuración cognitiva tuvo consecuencias positivas en la mayoría de pacientes.

Sin embargo 2 pacientes que representan al 20% se encuentran muy en desacuerdo en tener una actitud positiva hacia sí mismo, reflejando y manteniendo esta inclinación negativa.

PREGUNTA N°6

¿En general estoy satisfecho conmigo mismo?

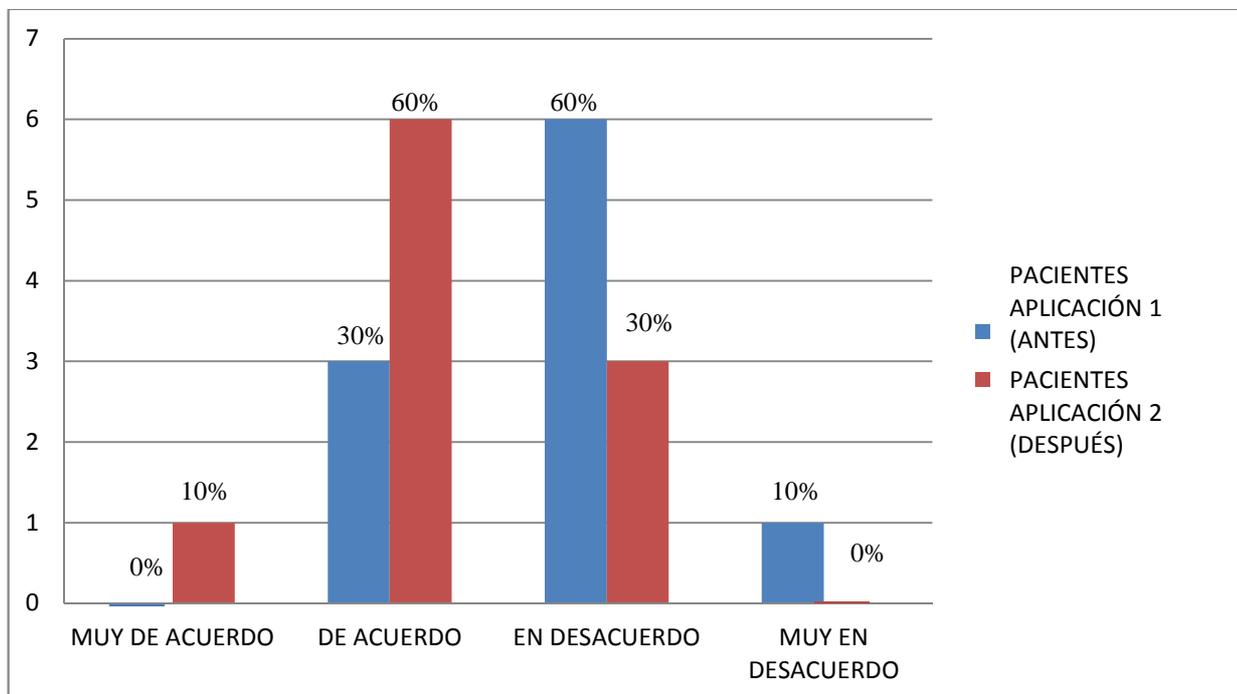
CUADRO N°6 Satisfacción

OPCIONES DE RESPUESTA	PACIENTES	%	PACIENTES	%
	APLICACIÓN 1 (ANTES)		APLICACIÓN 2 (DESPUÉS)	
MUY DE ACUERDO	0	0%	1	10%
DE ACUERDO	3	30%	6	60%
EN DESACUERDO	6	60%	3	30%
MUY EN DESACUERDO	1	10%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°6 Satisfacción



Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Al aplicar la escala de autoestima por primera vez se observa que 3 pacientes que corresponden el 30% están de acuerdo en sentirse satisfechos, demostrándonos que éstas participantes a pesar de su condición de salud se encuentran estables emocionalmente y no han sufrido alteraciones en sus actividades cotidianas, 6 participantes que equivalen al 60% refieren no estar satisfechos, y 1 paciente que representa el 10% está muy en desacuerdo a sentirse satisfecha con sí misma, caracterizándose por presentar distorsiones en su imagen corporal, alteraciones emocionales durante el proceso del tratamiento, disminución del placer en la realización de actividades cotidianas, además en el aspecto sexual, mostrando insatisfacción con sí misma.

En la segunda aplicación después del trabajo psicoterapéutico, 1 participante que representa el 10% está muy de acuerdo de que se siente satisfecha, 6 pacientes que equivale el 60% están de acuerdo con sentirse satisfechas, evidenciando que la técnica cognitiva tuvo efectos positivos en la mayoría de pacientes, disminuyendo considerablemente aquellas creencias irracionales, manifestando que se sienten más seguras y útiles en cualquier actividad que ahora emprendan, que su diagnóstico médico no es impedimento para realizar las cosas que ellas deseen, su percepción es ahora más auténtica y por ende la relación con su entorno social es favorable.

No obstante la técnica cognitiva no tuvo el mismo efecto en 3 participantes que representan el 30% ya que manifiestan seguir en desacuerdo al pensar que no se sienten satisfechas consigo mismas.

PREGUNTA N° 7

¿Siento que no tengo mucho para estar orgulloso?

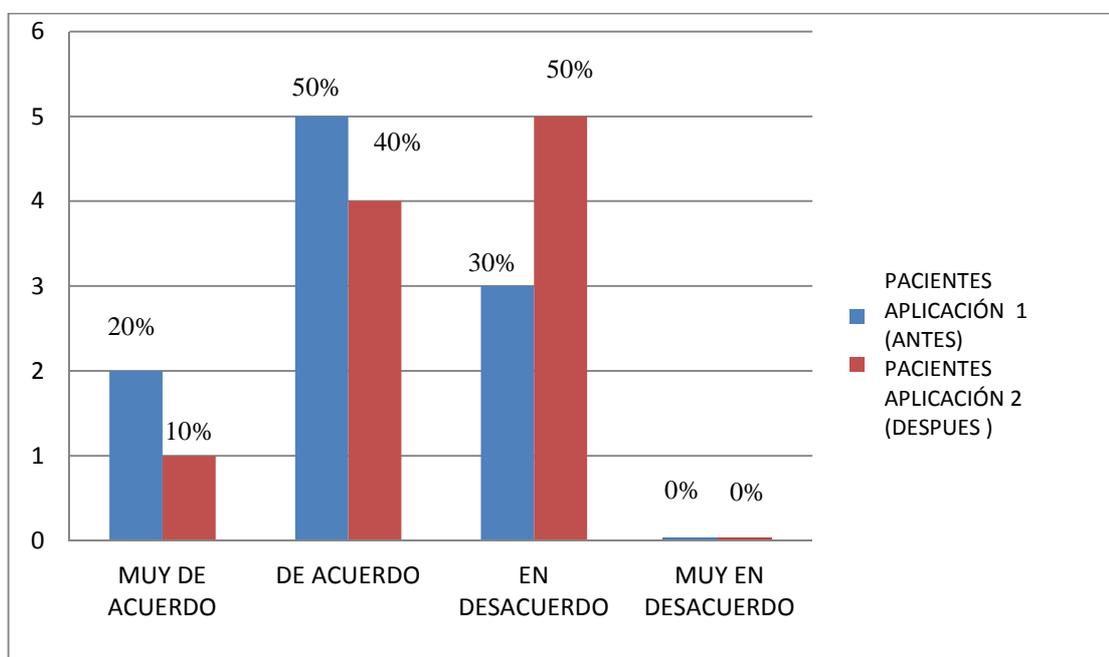
CUADRO N° 7 Orgullo

OPCIONES DE RESPUESTA	PACIENTES		PACIENTES	
	APLICACIÓN 1 (ANTES)	%	APLICACIÓN 2 (DESPUES)	%
MUY DE ACUERDO	2	20%	1	10%
DE ACUERDO	5	50%	4	40%
EN DESACUERDO	3	30%	5	50%
MUY EN DESACUERDO	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: "Centro De Prevención Oncomedic"

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N° 7 Orgullo



Fuente: "Centro De Prevención Oncomedic"

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la primera aplicación de la escala de autoestima, 2 pacientes que representan el 20% de la población, respondieron estar muy de acuerdo que no tienen mucho para estar orgulloso, 5 que representan el 50% de la población manifiestan que están de acuerdo que no tienen mucho para estar orgulloso, esto refleja que la mayoría de mujeres portadoras de cáncer de mama generalmente tienen una visión negativa de sus vidas, sus objetivos y logros alcanzados antes de poseer el diagnóstico ya no son significativos para ellas, peor aún, piensan que ya no tienen las condiciones apropiadas para alcanzar sus metas. La mayoría del tiempo sus emociones están centradas en los aspectos negativos que se encuentran viviendo en la actualidad. No experimentan sentimientos de satisfacción por un comportamiento bueno o por una obra bien hecha. Mientras 3 pacientes que representan el 30% de la población refieren que están en desacuerdo en que no tienen mucho para estar orgulloso. Esto demuestra que existe un bajo porcentaje de pacientes con cáncer de mama que conservan una visión positiva hacia sí mismas, sus pensamientos no se centran únicamente en los aspectos negativos que se encuentra atravesando.

En la segunda aplicación se puede observar que 1 paciente que representa el 10% de la población, se mantiene en que está muy de acuerdo que no tiene mucho para estar orgulloso, mientras que 4 pacientes que representan el 40% de la población afirma estar de acuerdo que no tiene mucho para estar orgulloso, mostrando un cambio mínimo, pero positivo ya que en la primera aplicación el número de pacientes en estar de acuerdo con no tener mucho para estar orgulloso fue mayor. Finalmente 5 pacientes que representan el 50% de la población mencionan estar en desacuerdo en que no tiene mucho para estar orgulloso. Verificando así que la técnica de reestructuración cognitiva causó efectos positivos en la mitad de la población con cáncer de mama, sus pensamientos negativos fueron disminuidos, pudiendo así visualizar que existen muchas razones por las cuales ellas deben sentir orgullo, este sentimiento que se define como un gran respeto a uno mismo el cual debe tener un equilibrio para ser saludable.

PREGUNTA N° 8

¿En general me inclino a pensar que soy fracasado?

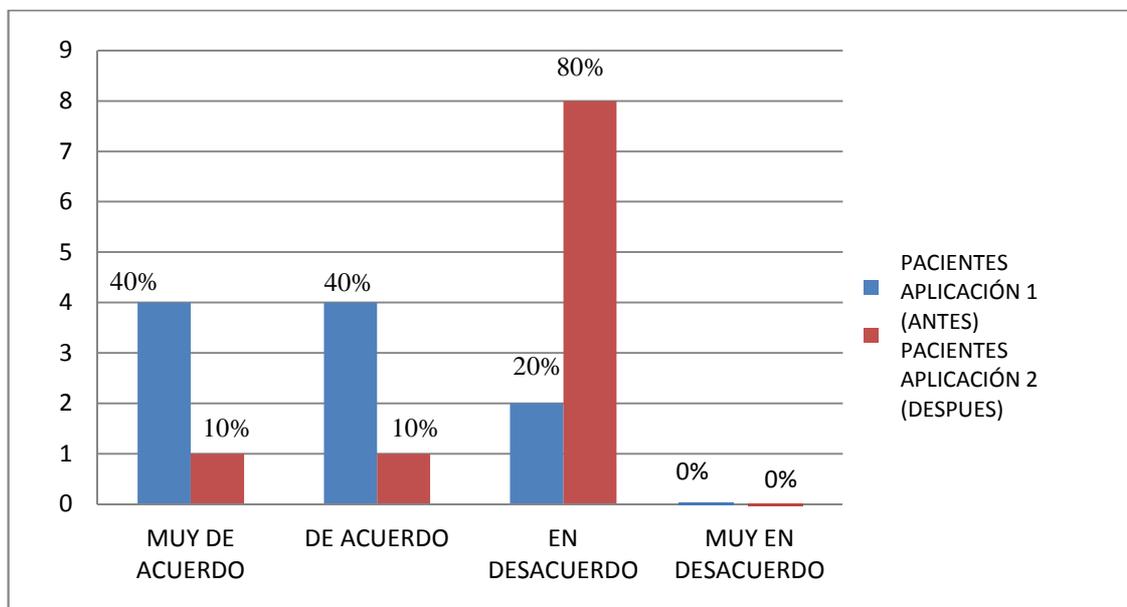
CUADRO N° 8 Pensamientos de fracaso

OPCIONES DE RESPUESTA	PACIENTES	%	PACIENTES	%
	APLICACIÓN 1 (ANTES)		APLICACIÓN 2 (DESPUES)	
MUY DE ACUERDO	4	40%	1	10%
DE ACUERDO	4	40%	1	10%
EN DESACUERDO	2	20%	8	80%
MUY EN DESACUERDO	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro De Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°8 Pensamientos de fracaso



Fuente: “Centro De Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Durante la primera aplicación 4 pacientes que representa el 40% de la población respondieron estar muy de acuerdo en inclinarse a pensar que son un fracaso, y también 4 pacientes que equivale al 40% de la población mencionan que están de acuerdo a pensar que son un fracaso. Esto hace referencia a que las mujeres con este diagnóstico experimentan sentimientos de inferioridad y falta de valía personal, debido a que sufren grandes cambios en su entorno laboral, social y familiar, se ven limitadas a realizar las actividades que anterior al diagnóstico las llevaban a cabo. Además manifestaban que uno de los aspectos que más les causaba malestar es el sentirse incompleta luego de la cirugía de la extracción del seno, desde el campo de la psicología, “la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno-a piensa, siente, y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo” (Cash, 1994; Cash Pruzinsky, 1990). 2 pacientes que representan el 20% de la población manifestaron estar en desacuerdo en pensar que son un fracaso. Estas pacientes mantenían un pensamiento positivo hacia sus vidas.

En la segunda aplicación 1 paciente que representa el 10% de la población manifiesta encontrarse muy de acuerdo con inclinarse a pensar que es un fracaso, y también 1 paciente que significa el 10% de la población refiere estar de acuerdo en que se inclina a pensar que es un fracaso, lo cual nos da a conocer que 2 pacientes conservan este pensamiento negativo, es decir la técnica de reestructuración cognitiva no causó mayor cambio en su percepción. Por último 8 pacientes que representan el 80% de la población señalan estar en desacuerdo en inclinarse a pensar que son un fracaso, La técnica de reestructuración cognitiva sí causó efectos en las pacientes con cáncer de mama pues cerca de la totalidad de la población ha logrado modificar estas ideas negativas, las pacientes lograron plantearse metas coherentes de acuerdo a su situación de salud de esta manera evitarían la frustración. Y verificaron que poseen la capacidad para obtener éxito en diferentes actividades que realizan.

PREGUNTA N°9

¿Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo?

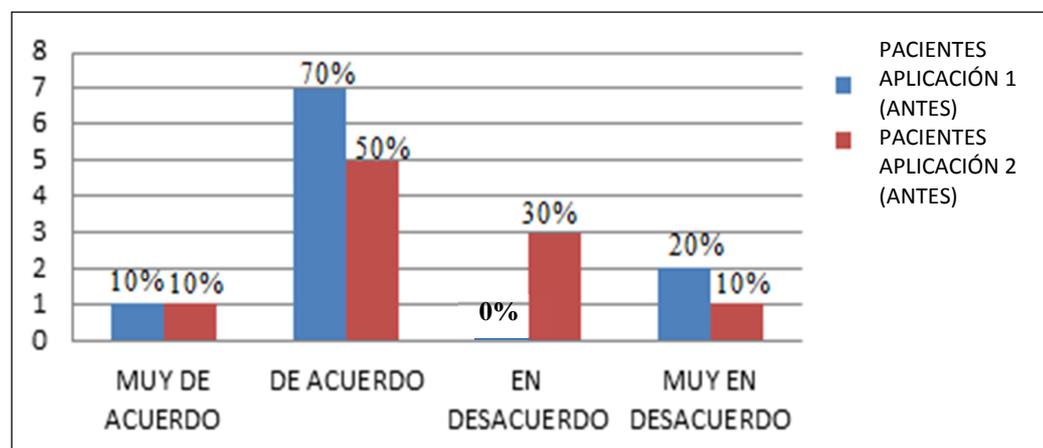
CUADRO N°9 Respeto por sí mismo

OPCIONES DE RESPUESTA	PACIENTES		PACIENTES	
	APLICACIÓN 1 (ANTES)	%	APLICACIÓN 2 (DESPUES)	%
MUY DE ACUERDO	1	10%	1	10%
DE ACUERDO	7	70%	5	50%
EN DESACUERDO	0	0%	3	30%
MUY EN DESACUERDO	2	20%	1	10%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: "Centro De Prevención Oncomedic"

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°9 Respeto por sí mismo



Fuente: "Centro De Prevención Oncomedic"

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la pregunta referente a si a la paciente le gustaría poder sentir más respeto por sí misma durante la primera aplicación, 1 paciente que representa el 10% de la población menciona en que está muy de acuerdo en que le gustaría sentir más respeto por sí misma, 7 pacientes que representan el 70% de la población responden que están de acuerdo en que le gustaría sentir más respeto por sí misma, siendo esta una cifra bastante alta, lo que demuestra que las mujeres portadoras de cáncer de mama no poseen un nivel adecuado de respeto por sí mismo, debido a que se sienten incompletas físicamente, a que el funcionamiento de su cuerpo ha disminuido, los cambios físicos que experimentan como la pérdida de cabello, bajo peso corporal etc. Y finalmente 2 pacientes que representan el 20% de la población mencionaron estar muy en desacuerdo con que les gustaría sentir más respeto por sí mismas. Denotando que una minoría mantiene sentimientos de respeto por sí misma. Piaget, en su libro "La nueva educación moral", afirma que el respeto es un sentimiento fundamental que posibilita la adquisición de las nociones morales.

En la segunda aplicación se mantiene 1 paciente que representa el 10% de la población está muy en que le gustaría sentir más respeto por sí misma, 5 pacientes que equivale al 50% de la población refieren estar de acuerdo con que les gustaría poder sentir más respeto por sí misma, Posterior a la intervención psicológica continúan existiendo pensamientos negativos sobre el respeto hacia sí mismas aunque la cifra de pacientes que piensan de esta manera disminuyo, 3 pacientes que representan el 30% de la población respondieron que se encuentran en desacuerdo con que les gustaría sentir más respeto por sí mismas y para finalizar 1 paciente que equivale al 10% menciona estar muy en desacuerdo con que le gustaría poder sentir más respeto por sí misma, teniendo en cuenta que respetar el sí mismo significa conservar una actitud de auto aceptación.

PREGUNTA N°10

¿Hay veces que realmente pienso que soy un inútil?

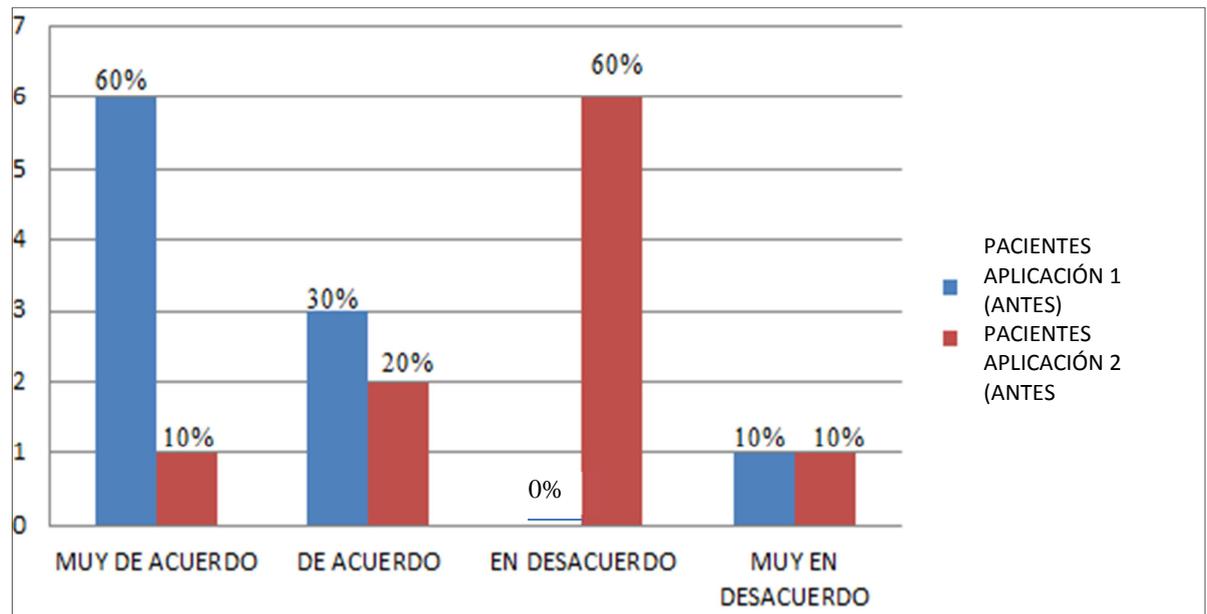
CUADRO N°10 Pensamiento de inutilidad

OPCIONES DE RESPUESTA	PACIENTES		PACIENTES	
	APLICACIÓN 1 (ANTES)	%	APLICACIÓN 2 (DESPUES)	%
MUY DE ACUERDO	6	10%	1	10%
DE ACUERDO	3	70%	2	50%
EN DESACUERDO	0	0%	6	30
MUY EN DESACUERDO	1	20%	1	10%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro De Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°9 Sentimientos de inutilidad



Fuente: “Centro De Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la primera aplicación sobre lo referente a sentimientos de inutilidad 6 pacientes que representan el 60% de la población responden que están muy de acuerdo en que hay veces que realmente se sienten inútil, 3 pacientes que representan el 30% de la población manifiestan que se encuentran de acuerdo en que hay veces que realmente se sienten inútiles. Cerca de la totalidad de las pacientes han presentado sentimientos de inutilidad, sentían que no eran totalmente aptas para realizar diferentes actividades de una manera correcta, consideraban que todo lo que realizaban lo hacían mal o no tenía validez, que su capacidad de llevar a cabo diferentes actividades habían disminuido o terminado. Se puede denotar que la autoestima estaba gravemente, afectada siendo esta una “actitud/sentimiento positivo o negativo hacía uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo” (Rosenberg, 1965). Finalmente 1 paciente que representa el 10% responde que está muy en desacuerdo en que hay veces que realmente piensan que son inútiles. Es decir que ella no se ha visto afectada en este punto.

En la segunda aplicación 1 paciente que simboliza el 10% de la población responde que está muy de acuerdo en que hay veces que realmente piensa que es inútil 2 pacientes que corresponde al 20% de la población refieren que hay veces que realmente piensan que son inútiles, a pesar que la cifra disminuyo notablemente aun existen pacientes que piensan que sus actividades la mayoría de veces no tienen validez, 6 pacientes que representan el 60% de la población mencionan estar en desacuerdo con que hay veces que realmente se sienten inútiles y para finalizar 1 paciente que equivale el 10% mencionan que se encuentran muy en desacuerdo a lo referente a que hay veces que se sienten realmente inútiles. Posterior a la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva las respuestas fueron remplazadas, notándose así que las pacientes habían cambiado su perspectiva sobre sus capacidades, es decir que la mayoría de las pacientes actualmente experimenta sensación de valía personal, se siente útiles para sí mismas y para su entorno familiar y social.

PREGUNTA N°11

¿A menudo creo que no soy una buena persona?

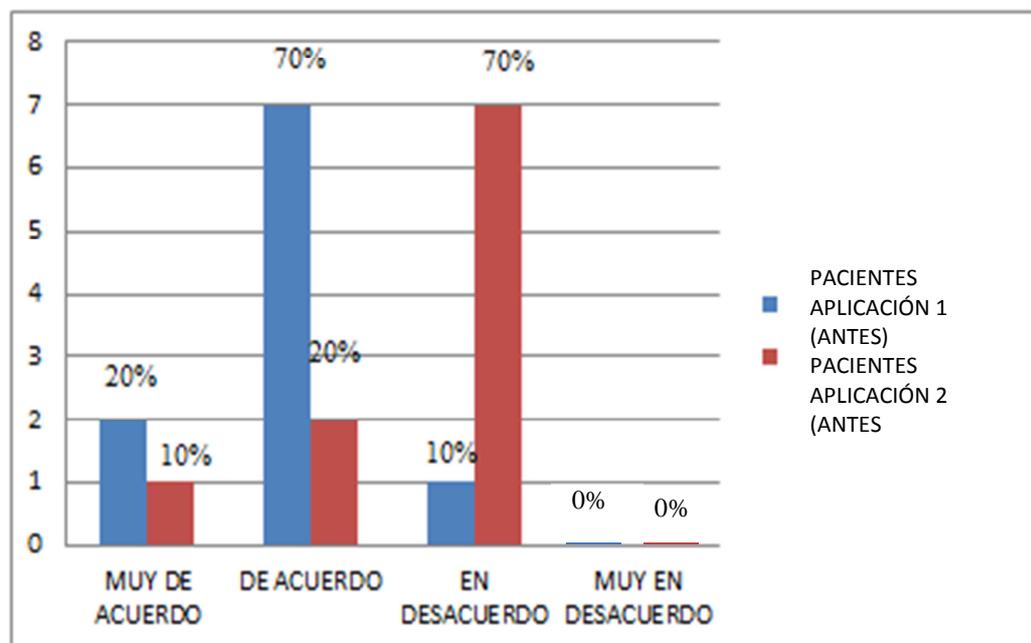
CUADRO N° 11 Buena persona

OPCIONES DE RESPUESTA	PACIENTES	%	PACIENTES	%
	APLICACIÓN 1 (ANTES)		APLICACIÓN 2 (DESPUES)	
MUY DE ACUERDO	2	20%	1	10%
DE ACUERDO	7	70%	2	20%
EN DESACUERDO	1	10%	7	70%
MUY EN DESACUERDO	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: "Centro De Prevención Oncomedic"

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°11 Buena persona



Fuente: "Centro De Prevención Oncomedic"

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la primera aplicación se evidencia que la respuesta a la pregunta referente, a que si a menudo cree que no es una buena persona las pacientes respondieron, 2 que corresponde al 20% de la población mencionaron estar muy de acuerdo que a menudo creen que no son una buena persona 7 pacientes que representan el 70% de la población indicaron que están de acuerdo que a menudo creen que no son una buena persona, es decir sus valores y virtudes se encontraban opacadas por las complicaciones que vivenciaban a causa de su enfermedad, además mencionaban que debido a su enfermedad sus familiares se encontraban atravesando momentos difíciles. Para Alejandro Rozitchner ser buena persona significa “Desear el desarrollo. Por mero amor de lo que es, por cuidado y aceptación, por regocijo existencial. No es que el bueno quiera que las cosas crezcan, porque sí. El bueno siente amor, tiene habilitada en su sensibilidad la experiencia del amor, dirige ese amor hacia las cosas y las personas, y encuentra siempre procesos de crecimiento”

Y finalmente un 10% de la población que es representado por una persona responde que se encuentra en desacuerdo en que a menudo cree que no es una buena persona.

En la segunda aplicación 1 paciente que representa el 10% de la población responde que está muy de acuerdo en que a menudo cree que no es una buena persona, 2 pacientes que corresponden al 20% de la población indicaron que están de acuerdo en que a menudo creen que no son una buena persona y para terminar 7 personas que equivalen al 70% de la población manifiestan estar en desacuerdo a que a menudo cree que no es una buena persona. Mediante los talleres terapéuticos las creencias negativas cambiaron en la mayoría de la población evidenciando que ahora las pacientes pueden notar que poseen grandes cualidades, valores y virtudes igual e incluso más que las personas que cuentan con un buen estado de salud. Un gran número de pacientes manifestó que se ama y se acepta, no importa las circunstancias por la que está atravesando lo importante es la actitud con la que manejen esa situación.

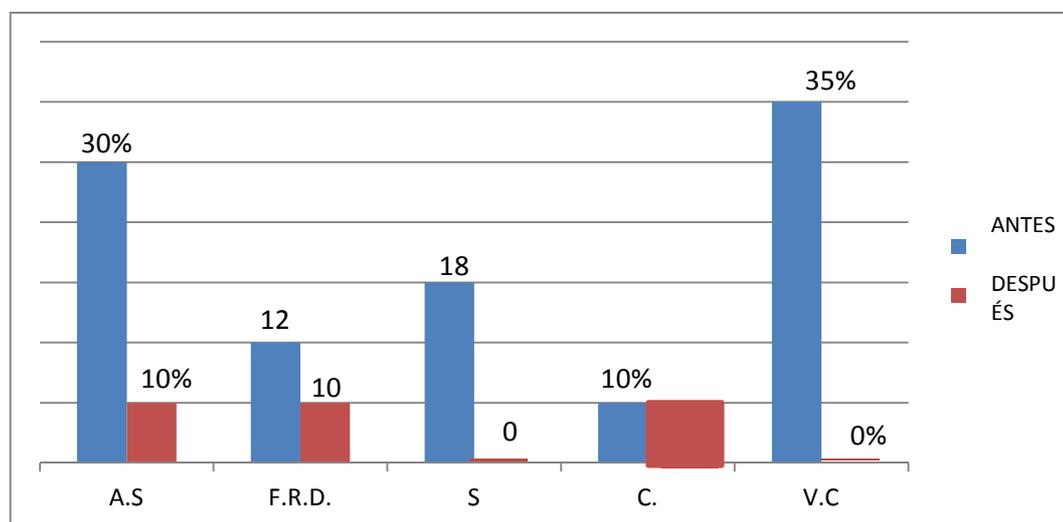
CUADRO N° 12.- Distorsiones cognitivas más frecuentes presentes en pacientes con cáncer de mama antes y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva

TIPOS DE DISTORSIÓN COGNITIVA	PRIMERA APLICACIÓN (ANTES)	%	SEGUNDA APLICACIÓN (DESPUÉS)	%
Abstracción Selectiva	5	30%	1	10%
Falacia de recompensa divina	2	12%	1	10%
Sobregeneralización	3	18%	0	0%
Culpabilidad	1	5%	1	10%
Visión catastrófica	6	35%	0	0%
TOTAL	17	100%	3	

Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N° 12 Distorsiones cognitivas más frecuentes presentes en pacientes con cáncer de mama antes y después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva.



Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la primera aplicación del cuestionario el 30% que corresponde a 5 participantes presentan abstracción selectiva o filtro mental mirando aquellas pacientes solo en el aspecto negativo de la situación, el 12% que representa a 2 participantes presentan falacia de recompensa divina esperando que las situaciones críticas actuales mejoren por sí solas, dejando a la voluntad de Dios, el 18% que corresponde a 3 pacientes se evidencia la presencia de la distorsión cognitiva conocida como sobregeneralización que se caracteriza en sacar una conclusión general para todos los acontecimientos de su vida, el 5% que representa a una participante presenta culpabilidad denotando actitud a buscar culpables por lo que sucede a su alrededor o a sí mismas, y el 35% que corresponde a 6 pacientes evidencia visión catastrófica caracterizándose por adelantarse a hechos o a situaciones negativas, a esperar siempre lo peor. Cabe recalcar que la mayoría de seres humanos alguna vez en una determinada situación la hemos experimentado, para modificar aquellas creencias irracionales es necesario la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva. Enfocándonos en las pacientes portadoras de cáncer de mama es más aún la presencia de distorsiones cognitivas.

Siendo las distorsiones cognitivas esquemas equivocados de interpretar los hechos, y que distorsionan la realidad comúnmente causan emociones o conductas disfuncionales caracterizadas por causar un sufrimiento innecesario y conflictos en las relaciones con los demás. De acuerdo con esta corriente, nuestros pensamientos influyen en nuestras emociones y son resultado de las interpretaciones que damos a las situaciones que vivimos; entonces, si nuestros pensamientos están distorsionados, nuestras emociones se encontrarán igual y presentaremos un estado de ánimo negativo.

Sin embargo posterior a la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva se observa que tres pacientes conservan las siguientes distorsiones cognitivas: Abstracción selectiva o filtro mental, falacia de recompensa divina y culpabilidad.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO DE
IDENTIFICACIÓN DE DISTORSIONES COGNITIVAS ANTES Y
DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA REESTRUCTURACIÓN
COGNITIVA**

PREGUNTA N° 1

**¿Ha causa de su estado de salud se ha sentido inferior a los demás?
(Abstracción selectiva o filtro mental)**

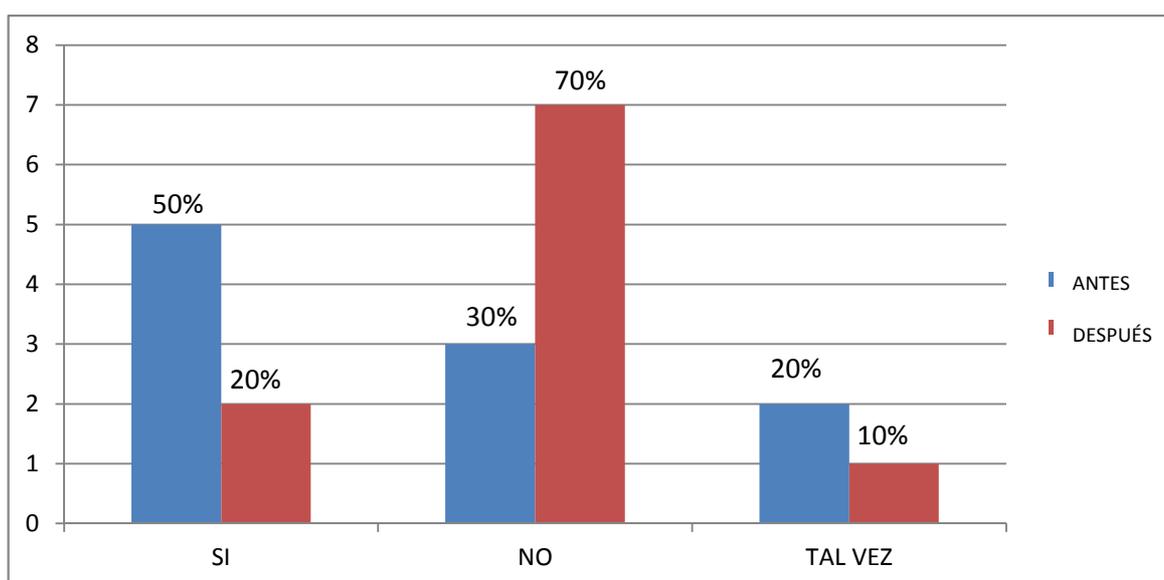
CUADRO N°13 Sentimientos de Inferioridad

OPCIONES	PRIMERA APLICACIÓN (ANTES)	%	SEGUNDA APLICACIÓN (DESPUÉS)	%
SI	5	50%	2	20%
NO	3	30%	7	70%
TAL VEZ	2	20%	1	10%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°13 Sentimientos de Inferioridad



Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la primera aplicación del 100% de la muestra, 5 participantes que corresponden al 50% refieren que si se sienten inferiores a causa de su enfermedad, piensan que no tienen las mismas capacidades que las demás personas, manifiestan no sentirse independientes como antes, ya que al recibir el diagnóstico de cáncer de mama la mayoría de las actividades se han limitado por los efectos que produce la quimioterapia o radioterapia como alopecia, cansancio, vómito y náuseas, impidiéndolas llevar un estilo de vida normal, 3 participantes que equivalen el 30% manifiestan que no presentan sentimientos de inferioridad ya que piensan que su condición de salud es difícil pero capaz de sobrellevarla con el apoyo de su familia y sobre todo con la predisposición de cada paciente, refieren además que sus actividades las realizan sin problema alguno, mientras que 2 pacientes que equivalen al 20% piensan que tal vez puedan sentirse personas inferiores.

A través de la formulación de esta pregunta se denota la presencia de una de las distorsiones cognitivas llamada Abstracción Selectiva o Filtro Mental, que consiste en focalizar un detalle del contexto por lo general un aspecto negativo como es este caso los sentimientos de inferioridad en una paciente con cáncer de mama. Haciendo a un lado el significado de la situación total. Mientras que un porcentaje menor no los presenta, mostrando de esta manera que el cáncer de mama es una enfermedad grave, pero si se la atiende de manera correcta puede tener un pronóstico favorable tanto a nivel físico como psicológico.

Mientras que en la segunda aplicación del cuestionario, se evidencia que el 70% que corresponde a 7 pacientes manifiestan que no se sienten inferiores a causa de su enfermedad, mostrándose seguras, con mayor confianza y denotando que en la mayoría de las pacientes esta distorsión cognitiva disminuyó.

PREGUNTA N° 2

Piensa que el tratamiento médico es una pérdida de tiempo y de dinero y que mejor sería *Dejar a la voluntad de Dios?* (Falacia de Recompensa Divina)

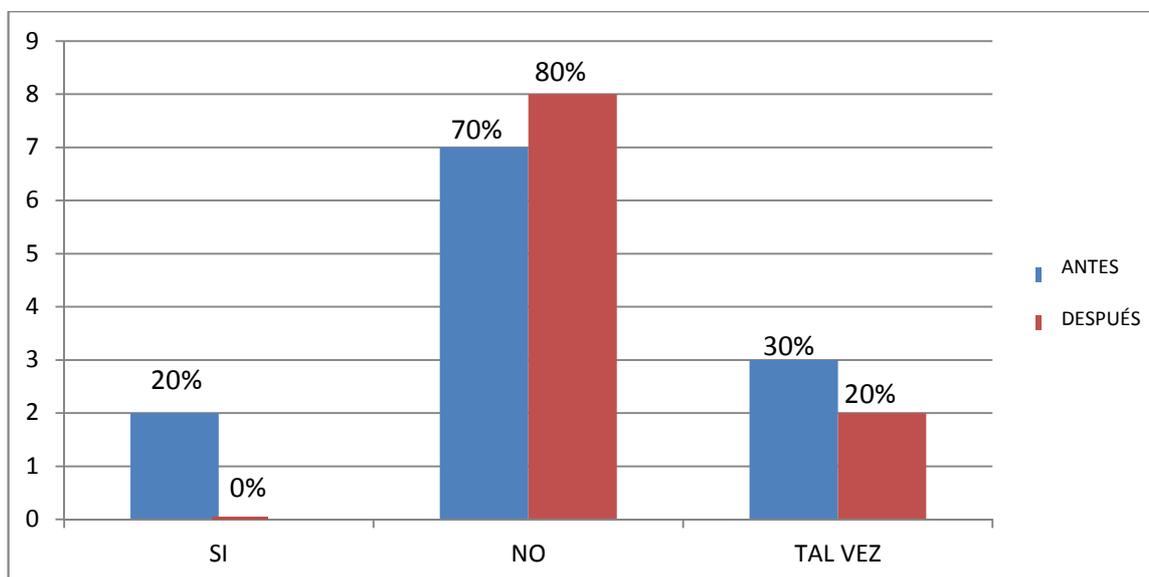
CUADRO N°14 Dejar el tratamiento a la voluntad de Dios

OPCIONES	PRIMERA APLICACIÓN (ANTES)	%	SEGUNDA APLICACIÓN (DESPUÉS)	%
SI	2	20%	0	0%
NO	7	70%	8	80%
TAL VEZ	3	30%	2	20%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°14 Dejar el tratamiento a la voluntad de Dios



Fuente: “Centro de Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

El 20% que representa a 2 participantes manifiestan que nunca han pensado abandonar el tratamiento médico para dejar a la voluntad de Dios, el 70% que equivale a 7 pacientes respondieron que a veces piensan en esa posibilidad, mientras que 1 participante que corresponde al 10% piensa siempre que lo ideal sería dejar su recuperación total a la voluntad del Dios. Refiriendo no buscar ayuda a su enfermedad, suponiendo que va a mejorar con la ayuda de Dios, deslindándose del tratamiento médico de manera parcial o total. Pensando de manera irracional que actualmente esta sufriendo pero que después todo se va a solucionar y va a tener la recompensa de Dios.

Denotando la existencia de la distorsión cognitiva llamada Falacia de Recompensa Divina, radicando en la tendencia de no buscar soluciones a problemas y dificultades actuales con el fin de suponer que la situación va a mejorar en el futuro, o uno tendrá una recompensa si la deja tal cual, mostrándose las pacientes con cierta duda e incredulidad a la efectividad de los tratamientos médicos. Sin embargo un porcentaje muy bajo responde que nunca ha pensado en abandonar el tratamiento para el cáncer, porque se muestra consciente que no lo debe hacer, que cree en Dios pero que no lo deja en manos únicamente de Él.

Sin embargo también es beneficioso que las pacientes tengan ayuda espiritual como lo dicen Gall&Cronblad (2002): “Las influencias de las creencias religiosas sobre el afrontamiento a la enfermedad en estas pacientes han sido estudiadas por Gall y Combald, quienes encuentran que los recursos espirituales pueden contribuir a que dichas pacientes hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal.”

Sin embargo, en la segunda aplicación del cuestionario el 80% que representa a 8 participantes manifiestan no dejar el tratamiento médico a la voluntad de Dios, ya que piensan que la ayuda espiritual va a tener efectos positivos siempre y cuando no se deslinden de sus chequeos. Denotando así que esta distorsión cognitiva decrece en la mente de las pacientes.

PREGUNTA N° 3

¿Con qué frecuencia se siente inútil?

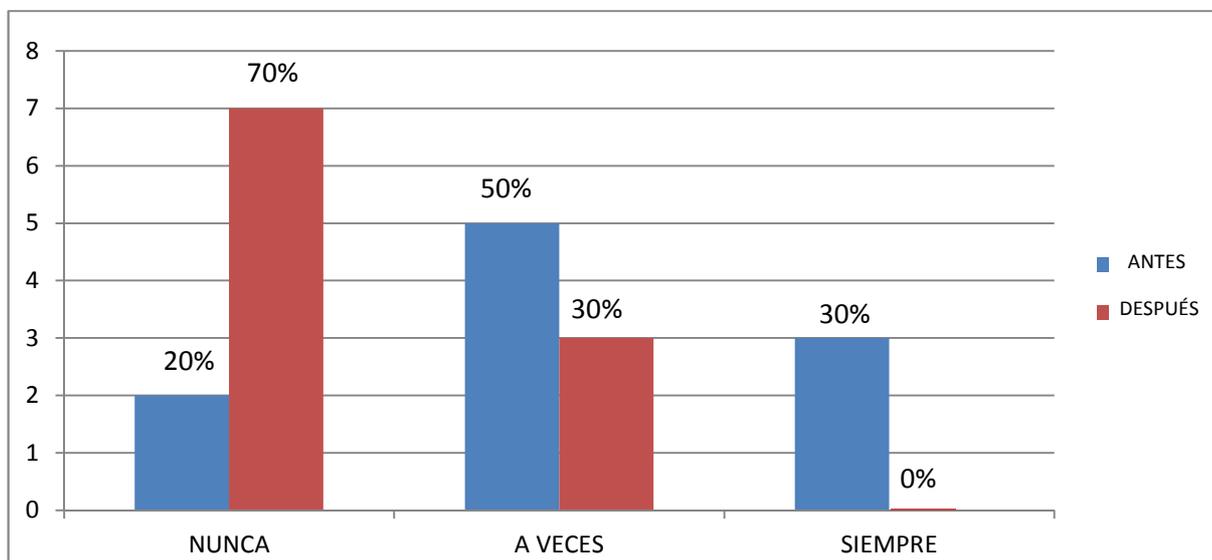
CUADRO N°15 Sentimientos de inutilidad (Sobregeneralización)

OPCIONES	PRIMERA APLICACIÓN (ANTES)	%	SEGUNDA APLICACIÓN (DESPUÉS)	%
NUNCA	2	20%	7	70%
A VECES	5	50%	3	30%
SIEMPRE	3	30%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: “Centro De Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°15 Sentimientos de inutilidad



Fuente: “Centro De Prevención Oncomedic”

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Referente a la pregunta de con qué frecuencia se siente inútil, 2 pacientes que representan el 20% de la población manifestaron que nunca, esto muestra que las 2 pacientes mantienen sentimientos de utilidad consigo mismas y su entorno, 5 pacientes que representan el 50% de la población dijeron que a veces y 3 pacientes que representan el 30% de la población refieren que siempre experimentan sentimientos de inutilidad. La mayoría de las pacientes han experimentado alguna vez sentimientos de inutilidad con variabilidad en la frecuencia, a veces y siempre. Según Ellis: “Las emociones proceden de la interpretación que hacemos de los sucesos que nos ocurren, por lo tanto, nos fijamos más en cómo nos afectan los sucesos que en los sucesos en sí mismos”.

La distorsión cognitiva que se hace presente es el pensamiento polarizado que consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. La mayoría de las pacientes con cáncer de mama han sentido alguna vez que no son aptas para ninguna actividad, debido a que por su estado de salud deben tener mayor precaución en el manejo de sus vidas, sin visualizar que si llevan a cabo muchas actividades pero, como no cuentan con las mismas facilidades que antes del diagnóstico no las dan como significativas.

Mientras tanto en la segunda toma del cuestionario, es decir, después de la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva el 70% que representa a 7 pacientes manifiestan que nunca están pensando en sentirse inútiles ya que tienen el apoyo moral, económico y de sí mismas para sobrellevar su enfermedad.

PREGUNTA N°4

¿Cree usted que su familia se sentiría mejor si usted se hallará ausente?
(Culpabilidad)

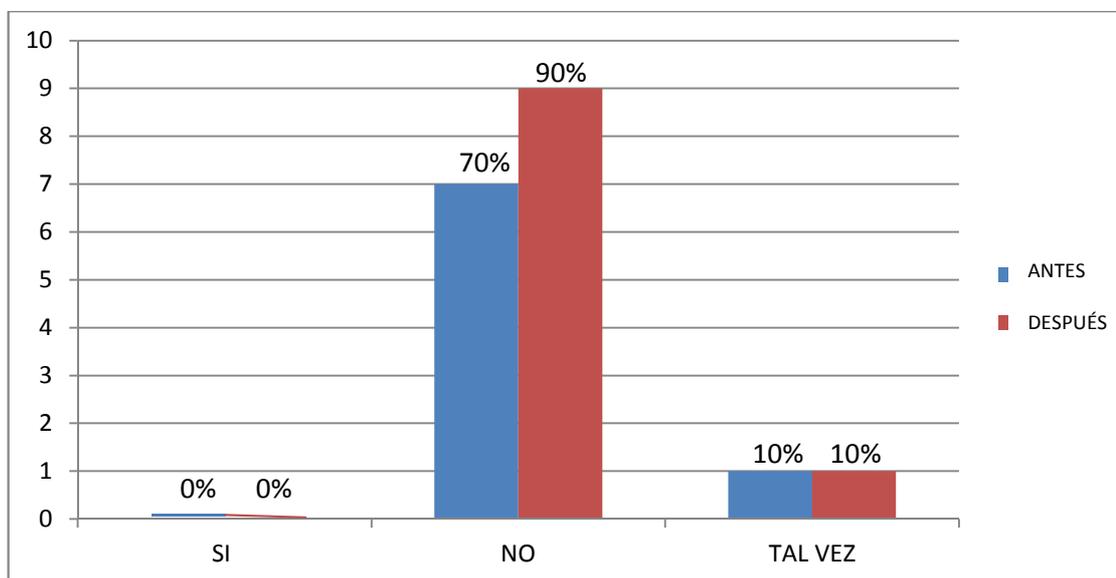
CUADRO N°16 Ausente

OPCIONES	PRIMERA APLICACIÓN (ANTES)	%	SEGUNDA APLICACIÓN (DESPUÉS)	%
SI	0	0%	0	0%
NO	7	70%	9	90%
TAL VEZ	3	30%	1	10%
TOTAL	10	10	10	100%

Fuente: "Centro De Prevención Oncomedic"

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°16 Ausente



Fuente: "Centro De Prevención Oncomedic".

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En relación si las pacientes creen que su familia se sentiría mejor si ellas se hallaran ausentes 7 que equivalen al 70% de la población respondieron que no, demostrando que las participantes mantienen una perspectiva buena de su existencia, aún con algunos pensamientos negativos sobre sí mismas se encuentran conscientes que tienen gran importancia para sus familiares, y en general para su entorno, reconocen que existen momentos en los cuales sienten que ya no pueden soportar el proceso terapéutico, por los constantes chequeos médicos como quimioterapias, radioterapias etc. Pero a la vez sienten que no deben darse por vencidas y que deben mantenerse firmes en su diario vivir. Y las 3 pacientes restantes que representan el 30% manifestaron que tal vez. En esta pregunta se puede observar que ninguna de las pacientes respondió que sí, es decir que ninguna está completamente convencida que su familia se hallaría mejor sin su presencia, 3 pacientes piensan que tal vez su familia se sentiría mejor sin ellas, denotando aquí cierto grado de inseguridad e incertidumbre o quizá de culpabilidad.

La culpabilidad es una distorsión cognitiva que consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos generalmente negativos bien totalmente a uno mismo, o bien a otros. Esto quiere decir que las pacientes sienten que su presencia y sobre todo su enfermedad causan gran malestar a su familia y que por su culpa ellos sufren.

Posterior a la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva el 90% de las pacientes refieren ser mujeres valiosas y respetadas, totalmente seguras de que su entorno familiar las necesitan incondicionalmente independiente de su condición de salud. Un porcentaje bajo equivalente a una paciente manifiesta que tal vez piensa que su familia se va a sentir mejor si ella se hallará ausente, demostrándonos que la distorsión cognitiva disminuyó en la mayoría de las participantes.

PREGUNTA N°5

¿Usted mira con esperanzas su futuro? (Visión Catastrófica)

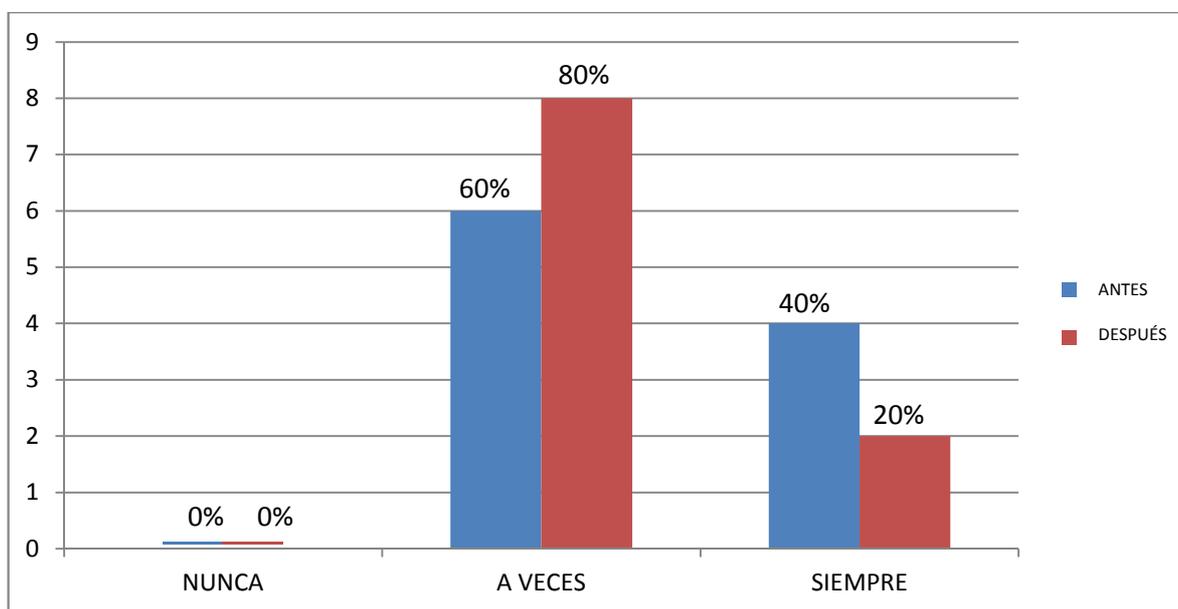
CUADRO N°17 Futuro

OPCIONES	PRIMERA APLICACIÓN (ANTES)	%	SEGUNDA APLICACIÓN (DESPUÉS)	%
NUNCA	0	0%	0	0%
A VECES	6	60%	8	80%
SIEMPRE	4	20%	2	20%
TOTAL	10	100%	10	100%

Fuente: "Centro De Prevención Oncomedic"

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

GRÁFICO N°17 Futuro



Fuente: "Centro De Prevención Oncomedic"

Elaborado por: Sandra Damián y Verónica Llamuca

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En relación con esta pregunta, 6 pacientes que representa el 60% de la población respondieron que a veces miran con esperanza su futuro, observando que en la mayor parte del tiempo lo ven con incertidumbre, miedos e inseguridad, sentimientos que interfieren en el desarrollo adecuado del tratamiento médico y psicológico. Fromm (1968) dijo que: “La esperanza es un elemento indispensable para efectuar cambios que involucren vivacidad y conciencia. Además, es una forma de ser, un estado interno del sujeto que la posee y lo impulsa a actuar. Está relacionada con el psiquismo y el crecimiento de la persona”.

El 40% que representa a 4 pacientes refieren que siempre ven con esperanza su futuro, lo que demuestra una buena predisposición a su recuperación y al tratamiento médico y psicológico, sin embargo en la segunda aplicación, disminuyó a 2 pacientes en proyectar su futuro positivamente a causa de que una de las participantes no asistía de manera regular a los talleres, y la otra paciente fue diagnóstica cáncer de mama recientemente.

Evidenciando la posibilidad de que las pacientes han desarrollado la distorsión cognitiva llamada visión catastrófica que consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo. Un gran número de pacientes con cáncer de mama manifestaron que al recibir el diagnóstico de cáncer sienten que sus vidas ya no tienen valor pues solamente causaran problemas a su entorno familiar y social. Muchos de estos pensamientos permanecieron a lo largo del tratamiento psicológico, pero según se avanzaba estos fueron desapareciendo en la mayoría de pacientes.

Por lo tanto, en la segunda aplicación del cuestionario se observa que el 80% de pacientes representado a 8 pacientes expresan que a veces miran su futuro con esperanza demostrando que la distorsión cognitiva conocida como visión catastrófica disminuyó notablemente.

4.1 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS:

Concluida la investigación se obtuvieron los siguientes resultados: Mediante la aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg se determinó inicialmente la presencia de niveles de autoestima baja en un 70% y en un 30% autoestima mediana, pero posterior a la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva un 70% desarrolló su autoestima a mediana, un 20% a autoestima alta, y un 10% se mantuvo con autoestima baja.

A través de la aplicación del Cuestionario que tuvo como finalidad identificar distorsiones cognitivas se estableció que las más frecuentes en pacientes con cáncer de mama, son: visión catastrófica y culpabilidad que corresponden al 60%, abstracción selectiva o filtro mental representando al 22%, sobregeneralización al 13% y falacia de recompensa divina que constituye al 5%.

Demostrándose con estos resultados que la reestructuración cognitiva si contribuye en el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama. Comprobándose así la hipótesis planteada en nuestra investigación.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Las conclusiones a que se arribó al finalizar este estudio son las siguientes:

- La reestructuración cognitiva si influye en el manejo de la autoestima en pacientes con cáncer de mama, la cual modifica aquellas creencias irracionales, demostrando así que la técnica cognitiva tuvo un fuerte impacto en la vida de las pacientes, siendo evidente en los niveles de autoestima ya que aumentaron de manera considerable, disminuyendo de esta manera el malestar emocional, facilitando una homeostasis en la paciente y en su entorno familiar y social.
- El 70% de las pacientes presentan autoestima baja y 30% autoestima mediana antes del proceso terapéutico evidenciando sentimientos de tristeza, inutilidad y desvalía. Posterior a la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva el 70% de las participantes alcanzó autoestima mediana, el 20% autoestima alta verificando en las pacientes sentimientos de seguridad, positivismo, valía personal y el 10% se mantuvo en autoestima baja. Dichos resultados se obtuvo mediante la aplicación de la Escala de autoestima de Rosenberg.
- Las distorsiones cognitivas más frecuentes que presentan las pacientes con cáncer de mama son: Visión Catastrófica, Culpabilidad, Abstracción Selectiva o Filtro Mental , Sobregeneralización y Falacia de Recompensa Divina, las mismas que son esquemas mentales que distorsionan la realidad sobre sí mismas o sobre su entorno generando alteraciones emocionales y deteriorando su condición de salud tanto física como psicológica. Posterior a la aplicación de la técnica reestructuración cognitiva las distorsiones disminuyeron notablemente, presentando pensamientos positivos como, desculpabilidad, confianza, seguridad y visualización de un presente y futuro favorable.

- Los talleres psicoterapéuticos dirigidos a pacientes con cáncer de mama atendidos en Oncomedic, fueron recibidos de manera positiva reflejando la importancia que posee el apoyo psicológico dada por un profesional de la salud mental, constatando la efectividad por los resultados que se alcanzó, las pacientes se sintieron satisfechas y el equipo médico lo corrobora.
- El cáncer de mama se encuentra estigmatizado por la sociedad siendo asociado generalmente con el temor a la muerte, pérdida de autonomía y atractivo físico, problemas de autoestima, desamparo y dependencia económica. La manera de afrontar su diagnóstico es un factor determinante en el desarrollo del cáncer, siendo una herramienta de gran importancia un estado emocional positivo.

RECOMENDACIONES:

Antes de finalizar, deseamos sugerir algunas recomendaciones en base a los resultados y las conclusiones a que se llegó luego del presente estudio:

- Brindar apoyo psicológico en pacientes con cáncer de mama, tanto antes durante y después del tratamiento médico, ya que se observa que la calidad de vida en el paciente va mejorando, debido a la ayuda emocional y psíquica que recibe el sujeto que padece la enfermedad, por lo tanto es de gran importancia que los centros médicos oncológicos cuenten con la presencia de un profesional de la salud mental (psicólogo clínico).
- Extender el soporte psicológico a los familiares de las pacientes con cáncer de mama, ya que en la mayoría de los casos se ven afectados por el diagnóstico y necesitan orientación, con el fin de proporcionar al paciente un ambiente adecuado para su recuperación.
- Aplicar la técnica de reestructuración cognitiva en pacientes con cáncer de mama para modificar las distorsiones cognitivas que presentan. Ya que dicha técnica brinda resultados positivos.
- Que la Universidad Nacional de Chimborazo incremente en la Biblioteca más libros que traten sobre la Psicología y el cáncer, para aumentar los conocimientos y poder realizar más investigaciones de este tipo.
- Realizar continuos talleres psicoeducativos enfocados a la prevención del cáncer de mama en los centros médicos de la ciudad y el país, principalmente en los centros oncológicos, talleres que estarían enfocados a orientar a los pacientes con cáncer de mama y sus familiares, dada la importancia que es mejor prevenir que tratar a la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ellis, Albert; Abrahms, Eliot (2005). «Terapia Racional Emotiva». México: Editorial Pax. ISBN 978-968-860-776-3.
2. Riso, Walter (2006). «Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico». Bogotá: Grupo Editorial Norma. ISBN 9789580492467.
3. Parker SL et al.: Cancer statistics, 1996 *CA Cancer J Clin* 65:5, 1996
4. Bennet-Levy, Butler et al., 2004; Harvey et al., 2004.
5. Donegan WL: Cáncer of the breast in men, *CA Cancer J Clin* 41:339, 1991.
6. Henderson IC: Chemotherapy for metastatic disease. En Harris JR *et al.*, editores: *Breast diseases*, 2 ed., Filadelfia, 1991, Lippincott.
7. Parker SL et al.: Cancer statistics, 1996 *CA Cancer J Clin* 65:5, 1996
8. Love SM: Dr. Susan love's breast book, 2 ed., Reading, Mass, 1995, Addison-Wesley.
9. Garber JE et al.: Management of high-risk groups. En Harris JR et al., editores: *Breast diseases*, 2 ed., Filadelfia 1991, Lippincott.
10. Kelsey JL, Gammon MD: The epidemiology of breast cancer, *CA Cancer J Clin* 41:146, 1991.
11. Turk, Rudy y Sorkyn, 1992
12. Kelly PT: Understanding breast cancer risk, Filadelfia, 1991, Temple University Press.
13. Henderson IC: Breast cancer. En murphigp et al.: *American Cancer Society textbook of clinical oncology*, 2 ed., Atlanta, 1995, American Cancer Society.
14. Lamb, M: Sexual Dysfunction in the gynecologic oncology patient, *SeminOncolNurs* 1:9, 1985
15. Paul, Marx y Orsillo, 1999). Según Lo-Piccolo 1994
16. Psicología y salud Nuñez de Villavicencio ciudad de la Habana, 2011

17. Carpentino L: *Nursing diagnosis: application to clinical practice*, vol 4, Filadelfia, 1992, Lippincott / OTRA: Schain W; A sexual interview is a sexual intervention, *Innovations OncolNurs*4:2, 1998).
18. Carpentino L: *Nursing diagnosis: application to clinical practice*, vol 4, Filadelfia, 1992, Lippincott / OTRA: Schain W; A sexual interview is a sexual intervention, *Innovations OncolNurs*4:2, 1998).
19. Psicología y salud Nuñez de Villavicencio ciudad de la Habana, 2011
20. Nathaniel Branden. *Cómo mejorar su autoestima*.1987. Versión traducida: 1990. 1ª edición en formato electrónico: enero de 2010. Ediciones Paidós Ibérica. ISBN 978-84-493-2347-8

ANEXOS

ANEXO N° 1.- FICHA DE REGISTRO PSICOTERAPÉUTICO (MODELO)

FECHA	ACTIVIDAD (Talleres)	OBJETIVOS	SEGUIMIENTO PSICOTERAPEUTICO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANEXO N° 1.-FICHA DE REGISTRO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL

FECHA	ACTIVIDAD (Talleres)	OBJETIVOS	SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO
22-02-2013	La importancia de la Psicología en el tratamiento del cáncer de mama	Concientizar la relación existente entre el aspecto psicológico y el tratamiento médico en pacientes con cáncer de mama.	Se contó con la asistencia total de las pacientes, la mayoría de ellas mostraron interés, mientras que en una minoría (3 pacientes) se evidencio apatía, sin embargo al finalizar el taller se notó la integración de las mismas.
28-02-2013	Cáncer de mama y autoestima	Fortalecer la autoestima de pacientes con cáncer de mama mediante ejercicios prácticos.	Se pudo observar la buena predisposición y colaboración de las pacientes, mostrándose comprometidas y sociables. Durante el taller participaron activamente. Además se logró la identificación de variantes en su autoestima (Autoestima

			Alta, Media y Baja), y se dio a conocer ejercicios prácticos para mejorar la misma.
07-03-2013	Distorsiones Cognitivas y Técnicas de Afrontamiento	Modificar las distorsiones cognitivas más frecuentes que presentan las pacientes con cáncer de mama.	El grupo se mostró con mayor confianza, logrando concientizar el significado de distorsiones cognitivas, mencionando las más frecuentes. Se les motivó a buscar pruebas de realidad para dar base a sus creencias irracionales.
14-03-2013	Experiencias Vivenciales en pacientes con cáncer de mama	Lograr que las pacientes se sientan identificadas.	Las participantes presentaron mayor afinidad al grupo, ampliándola a través de compartir las experiencias del proceso antes, durante y después de la enfermedad. De esta manera se sintieron identificadas y sobretodo comprendidas.
21-03-2013	Estrés y cáncer de mama	Conocer cómo influye el estrés en las pacientes con cáncer de mama.	En este taller las pacientes concientizaron aún más la importancia de mantener una estabilidad emocional, la misma que ayuda a dar mejores resultados en el tratamiento médico, a la vez mostraron buena acogida a este tema.

28-03-2013	Manejo de la ansiedad en pacientes con cáncer de mama.	Disminuir los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer de mama.	El grupo se mantiene colaborador e interesado en el tema. Se dio a conocer técnicas para la disminución de niveles de ansiedad las mismas que fueron acogidas positivamente por las pacientes
04-04-2013	Resiliencia y cáncer de mama	Desarrollar fortalezas en las pacientes con cáncer de mama para mejorar su calidad de vida.	En la realización del último taller las participantes tomaron conciencia de lo trascendental que significa buscar soluciones alternativas a situaciones adversas, como es el cáncer de mama situación por la que ellas atraviesan. Además mencionaron que los talleres grupales fueron de gran aporte para sobrellevar su condición de salud

ANEXO N° 2.- CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE PSICOLOGIA CLINICA

OBJETIVO: El presente cuestionario se realiza con el objetivo de identificar y modificar aquellos pensamientos que le causan cierto malestar emocional.

INSTRUCCIONES:

- Lea detenidamente las preguntas antes de contestar.
- Realice con total honestidad y veracidad posible.
- Marque con una **X** en el recuadro la respuesta que considere correcta.
- La encuesta es anónima

DATOS INFORMATIVOS

Edad: _____

Instrucción: _____

CUESTIONARIO

1. Ha causa de su estado de salud se ha sentido inferior a los demás?

(Abstracción selectiva o filtro mental)

SI NO TAL VEZ

2. Piensa que el tratamiento médico es una pérdida de tiempo y de dinero, y que lo mejor sería: “Dejar a la voluntad de Dios” (Falacia de recompensa divina)

SI NO TAL VEZ

3. Con que frecuencia se siente inútil? (Sobregeneralización)

NUNCA A VECES SIEMPRE

4. Cree usted que su familia se sentiría mejor si usted se hallara ausente?

(Cupabilidad)

SI NO TAL VEZ

5. Usted mira con esperanza su futuro? (Visión catastrófica)

NUNCA A VECES SIEMPRE

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 3.- ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Para la realización de la investigación se empleará el reactivo psicológico Escala de autoestima de Rosenberg, con el objetivo de identificar niveles de autoestima en pacientes con cáncer de mama.

La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están en forma positiva y cinco de forma negativa, es decir, de los ítems 1 al 5 las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10 las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

Para la interpretación de la escala, nos basamos en los siguientes rangos:

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

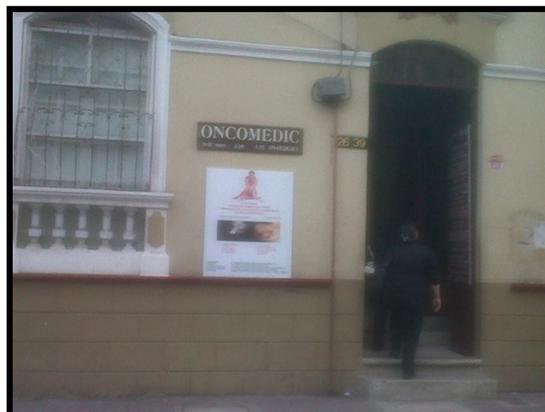
MODELO DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica:

ÍTEMS	A Muy de acuerdo	B De acuerdo	C En desacuerdo	D Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A menudo creo que no soy una buena persona.				

ANEXO N° 4.- CENTRO DE PREVENCIÓN ONCOMEDIC

INSTALACIONES



MAMÓGRAFO



**ANEXO N°5 .- TALLERES GRUPALES DIRIGIDOS A PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA**

