

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

*17 de Mayo  
Para autorizar  
7 de febrero*



*Carrollina J. G.*  
Presidenta Teibana

*Delegada*  
s. (a) ...  
... bunal

TESIS DE GRADO

PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA

"EFECTOS A NIVEL AFECTIVO EMOCIONAL  
DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA  
EN ETAPA I DE LA ENFERMEDAD, EN EL HOSPITAL  
OBRERO # 1, DE LA CIUDAD DE LA PAZ"

**POSTULANTE: CLAUDIA ROMINA VALERIA VARGAS HALLENS**  
**TUTOR: Dra. MARGARETH HURTADO LOPEZ**

*ACORDADO - ENTREVISTA*

*ESTUDIO AFECTIVO*  
LA PAZ - BOLIVIA  
2003

No 01081

# INDICE

## INTRODUCCION

### PRIMERA PARTE

I. FUNDAMENTACION	1
1.1 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	1
1.2 PROBLEMATICA	4
1.3 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	5
1.4 JUSTIFICACION DEL TEMA	7
1.5 PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS	7
1.6 DETERMINACION DE OBJETIVOS	8
1.7 AREA TEMATICA	10
1.8 ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACION	10

### SEGUNDA PARTE

#### II. MARCO TEORICO

2.1 METODO DE TRABAJO	12
2.2 CONTENIDO TEORICO	12

#### CAPITULO 1

##### SALUD-ENFERMEDAD ASPECTOS GENERALES

1.1 SALUD	13
1.2 ENFERMEDAD	13

#### CAPITULO 2

##### PATOLOGIA DEL CANCER

2.1 ASPECTOS GENERALES	15
2.2 ETIOLOGIA DEL CANCER	17

#### CAPITULO 3

##### CANCER DE MAMA

3.1 ASPECTOS GENERALES	20
3.2 ANATOMIA DEL SENO	20
3.3 CLASES DE TUMORES	22
3.4 ETAPAS DEL CANCER DE MAMA	24
3.5 INCIDENCIA	
3.6 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO	27
3.7 DIAGNOSTICO	34
3.8 SIGNOS Y SINTOMAS DEL CANCER DE SENO	42
3.9 TRATAMIENTO PARA EL CANCER DE SENO	42

# INDICE

## **CAPITULO 4**

### **PSICOONCOLOGIA**

4.1 PARAMETROS GENERALES DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA	5 4
4.2 ESTRATEGIAS MAS UTILIZADAS EN LA TERAPEUTICA DEL CANCER	5 5
4.3 FASES A NIVEL PSICOLOGICO POR LAS QUE ATRAVIESA LA PACIENTE	5 7
4.4 TRATAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LA ENFERMEDAD	5 8
4.5 LA FAMILIA DE LA PACIENTE ONCOLOGICA	6 0

## **CAPITULO 5**

### **AFECTIVIDAD**

5.1 CARACTERISTICAS DE LA AFECTIVIDAD	6 3
5.2 MANIFESTACIONES AFECTIVAS	6 5

## **CAPITULO 6**

### **EMOCION**

6.1 FUNCION DE LAS EMOCIONES	6 7
6.2 CLASIFICACION DE LAS EMOCIONES SEGUN MCDUGAL	6 8
6.3 INTENSIDAD DE LAS EMOCIONES	7 3
6.4 EMOCION Y CANCER	7 4

## **CAPITULO 7**

### **ALTERACIONES DEL ESTADO DE ANIMO**

7.1 DISTIMIA	7 5
7.2 DEPRESION	8 2
7.3 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	8 5
7.4 TRASTORNO BIPOLAR	8 9

## **CAPITULO 8**

### **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

8.1 CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	9 1
	9 8

## **TERCERA PARTE**

### **III. MARCO PRACTICO**

#### **CAPITULO 9**

9.1 DETERMINACION DE INDICADORES. DE LA INVESTIGACION	1 0 8
9.2 IDENTIFICACION DE VARIABLES	1 1 1
9.3 FUENTES E INSTRUMENTOS DE OBTENCION DE INFORMACION	1 1 3
9.4 TABULACION DE RESULTADOS	1 1 9
9.5 ORGANIZACION DE LA INFORMACION	1 2 0

# INDICE

9.6 INDICADORES OBTENIDOS	1 2 0
9.7 CRUCE DE VARIABLES	1 2 1
9.8 DESCRIPCION DEL CRUCE DE VARIABLES	1 2 2
9.9 ANALISIS DE DATOS	1 2 3
9.10 RESULTADOS Y CONCLUSIONES DEL MARCO PRACTICO	1 6 1
9.11 DOCIMACIA	1 7 0
9.10 VALIDACION DEL MODELO	1 7 6
<b>CUARTA PARTE</b>	
<b>CAPITULO 10</b>	
<b>IV. RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA INVEST.</b>	
10.1 CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACION	1 7 7
10.2 SIGNIFICACION DEL PROBLEMA	1 8 4
10.3 CONDICIONES DEL MARCO TEORICO	1 8 5
10.4 LIMITACIONES Y VENTAJAS DEL METODO DE INVESTIGACION	1 8 7
10.5 AMPLITUD DE LA PROPUESTA	1 8 8
10.6 DISCUSION	1 8 8
10.7 APORTES	1 9 0
<b>QUINTA PARTE</b>	
<b>CAPITULO 11</b>	
<b>V. MARCO PROPOSITIVO</b>	
<b>PROGRAMA DE APOYO PSICOLOGICO A LA PACIENTE CON CANCER</b>	
11.1 PROPOSITO DEL PROGRAMA	1 9 3
11.2 PRINCIPIOS BASICOS DEL PROGRAMA	1 9 4
11.3 PLAN INDIVIDUALIZADO	1 9 4
11.4 TERAPIAS DE INTERVENCION PSICOLOGICA MAS UTILIZADAS	2 0 1
11.5 ORGANIZACION DE LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA	2 0 4
11.6 APOYO PSICOLÓGICO A PACIENTES EN QUIMIOTERAPIA	2 0 7
11.7 CONTROL DEL DOLOR	2 0 9
11.8 INTERVENCIÓN EN LA FASE TERMINAL.	2 1 2
<b>CAPITULO 12</b>	
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
12.1 LIBROS Y ARTICULOS CONSULTADOS:	2 1 5
12.2 SITIOS EN INTERNET:	2 1 9

# INDICE

## ANEXOS

1. CRONOGRAMA
- 11.1 INCIDENCIA POR AÑO DE CÁNCER DE MAMA EN ETAPA 1
- 11.11 DISTRIBUCIÓN POR EDAD
- 11.111 DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA
- III. CUESTIONARIO CPB (ítems que valora)
- IV. TEST PSICOLÓGICOS UTILIZADOS
- IV. A) ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON
- IV. B) INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK
- IV. C) TEST PARA DETERMINAR ANSIEDAD-DEPRESIÓN EN HOSPITALES
- IV. D) TEST DE DEPRESIÓN DE HAMILTON
- IV. E) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK
- V. DATOS OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO CPB
- VI. INDICADORES OBTENIDOS
- VII. ZONA DE HISTOGRAMAS
- VIII. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES
- IX. DIFERENCIA ENTRE EL MÍNIMO Y EL MÁXIMO
- X VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

EFFECTOS A NIVEL AFECTIVO - EMOCIONAL DE PACIENTES  
DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE MAMA EN ETAPA I DE LA  
ENFERMEDAD DEL HOSPITAL OBRERO #

**INTRODUCCION**

Una de las neoplasias más estudiadas en la actualidad es el cáncer de mama, las razones son diversas, buena parte del aumento del interés es debido a la sensibilización de la sociedad ante su existencia así como por el alto porcentaje de mujeres que se ven afectadas por el mismo es decir por su importancia tanto a nivel cualitativo como cuantitativo .

El cáncer al igual que cualquier otra enfermedad o patología debe considerarse como un fenómeno simultáneamente biológico, psicológico y social, descartando hipótesis que plantean que lo biológico o genético tiene una mayor preponderancia sobre lo psicológico o inversa: que lo psicológico predomina por sobre lo biológico.

El impacto psicológico que los síntomas y signos de sospecha del cáncer supone un giro de 180 grados en la persona que lo padece, este impacto va a depender tanto de las condiciones fisiológicas en las que se encuentra la pacientes, tales como la localización del mismo, etapa en la que se presenta, como de las condiciones psicológicas como ser la historia individual basada en experiencias pasadas, estructuras de pensamiento, personalidad y otros y las condiciones socio-económicas en las que se encuentran las pacientes. Por lo tanto las implicaciones que tiene el cáncer de mama en cuanto al diagnóstico, tratamiento, recuperación y/o muerte puede alterar conductas, estados afectivo y/o emocionales e incluso provocar alteraciones a nivel de estados de ánimo, reacciones de ansiedad y otros.

El apoyo psicológico para las pacientes enfermas con cáncer es importante y tiene como objetivo mejorar su calidad de vida y adaptación

a la enfermedad tanto de la persona enferma como de los miembros de su familia.

El trabajo teórico y/o descriptivo consistirá en una relación sobre el origen, evolución, estado actual y desarrollo teórico del tema elegido en el que se describirán los elementos integrantes del tema de investigación.

En tal sentido la tesis en una Primera Parte contiene la fundamentación del tema de investigación, es decir “ Efectos de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en etapa I de la enfermedad a nivel afectivo emocional”, la justificación, problemática, hipótesis, determinación de objetivos y área temática de la misma.

La Segunda Parte la tesis consta del marco teórico es decir contenido y desarrollo de los temas relacionados con el cáncer de mama, psicooncología, afectividad, emoción y trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad.

La Tercera Parte contiene el marco práctico en el que encontramos la determinación de indicadores, instrumentos y el análisis de datos respectivo, así como los resultados y conclusiones del marco practico. La Quinta Parte comprende el marco propositivo. Por ultimo el capitulo 12 contiene la bibliografía utilizada en la presente investigación.

# **PRIMERA PARTE**

## **I FUNDAMENTACION.**

### **1 .1 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

El cáncer es una enfermedad cuantitativamente importante y cualitativamente temida en la sociedad, que tiende a incrementarse en todo el mundo, para la que aún no existe una terapéutica segura a nivel orgánico y a la que se le da muy poca importancia a nivel psicológico, especialmente en la adaptación y rehabilitación del paciente que lo padece.

Se conocen actualmente unas 200 variedades de cáncer, la mayoría de las muertes por este mal, especialmente en las mujeres son debidas al de pulmón, intestino grueso y mama.

Se puede afirmar que el cáncer de mama es un problema global a nivel mundial, vemos con en la década de los 90' y más específicamente en 1996, más de 99.000 mujeres en el mundo fueron diagnosticadas de cáncer de mama.<sup>1</sup>

Según Holland, 1 de cada 16 mujeres presenta riesgo de manifestar clínicamente cáncer de mama a lo largo de su vida media normal y 1 de cada 9 mujeres lo padece y una de cada tres pacientes con patologías oncológicas sobrevive al diagnóstico.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dr. Stener Kvinnsland . Cáncer de mama en el mundo.  
Holland y Holland 1989

En el Hospital Obrero el cáncer de mama tiene una incidencia media total es del 23% en relación al número de pacientes diagnosticadas con enfermedades neoplásicas, con datos tomados desde 1996 hasta 1999. En 1996 el número de casos de pacientes con esta patología fue de 28, en 1997 fue de 25, en 1998 fue de 19, en 1999 fue de 20 casos, aunque estos datos son sólo registros del Director del Servicio de Oncología del Hospital Obrero #1, Dr. Mollinedo.

Modelos bioconductuales, que incluyen variables psicológicas (estrés y calidad de vida), conductuales (conductas de salud y compromiso con los tratamientos) y fisiológicas, tratan de explicar las interrelaciones que se generan desde el cáncer como estresor hasta el desarrollo o agravamiento de la enfermedad<sup>3</sup>. Es importante hacer notar que las variables ambientales y mecanismos puramente psicológicos pueden ser capaces de alterar la bioquímica del organismo.

Se piensa<sup>4</sup> que los diferentes factores psicosociales, así como los modos de afrontamiento, patrones socioculturales, información distorsionada o falta de la misma con relación a la enfermedad, afecta al desarrollo del cáncer de manera indirecta, por ejemplo, haciendo que las pacientes tarden más en buscar ayuda médica, o no se impliquen como debieran en los tratamientos ni la medicación.

En estudios recientes se ha encontrado una gran relación de problemas y reacciones psicológicas entre mujeres con cáncer de

---

Andersen, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1994  
Heim, Augustini, Schaffner y Valach, 1993  
<sup>4</sup> Temoshok y Fox, 1984

mama y estados depresivos, altos niveles de ansiedad producidos por el diagnóstico, reacciones desadaptativas, inhibición afectiva, y en general, altos niveles de distrés psicológico e ira.' Estas reacciones comprenden aspectos emocionales, afectivos, cognitivos, etc.. .

Cohn y Lazarus en 1979, establecieron una lista de amenazas que comprenden: a la vida, integridad corporal, incapacidad, dolor, necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, modificar los roles socio-profesionales, separación de la familia, hospitalización, tratamientos, a comprender la terminología médica, a tomar decisiones en momentos de estrés, a la necesidad de depender de otros, a perder la intimidad física y psicológica, etc.<sup>8</sup>.

En definitiva, la paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas, de adaptarse bruscamente a una nueva realidad, que se va modificando según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte.

Es evidente entonces que al recibir el diagnóstico de cáncer la vida de la persona, tal como fue expresado por muchos; sufre un giro de 180 grados y la de su familia también, presentando efectos a nivel afectivo emocional, por lo tanto justifica un estudio para dar respuesta a incógnitas acerca de las características que las pacientes con cáncer de mama en etapa I de la enfermedad puedan presentar a este nivel.

<sup>8</sup>Grassi, Rosti, Albierti, Fiorentini et al. 1987; Grassi y Capellari, 1988; Grassi y Molinari, 1988; Ward, Bloom et al., 1987; Penman et al 1987

\*Andersen, 1992; Sinsheimer y Holland. 1987

## 1.2 PROBLEMATICA

Para comprender el fenómeno de enfermedad es necesario tomar en cuenta lo biológico, lo psicológico y lo social, en este sentido el cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con fundamentos biológicos comunes, tales como el crecimiento celular incontrolado con pérdida de diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y dando lugar en muchos casos a la metástasis. Al hablar de lo psicológico nos interesa tomar en cuenta sobre todo la esfera afectiva y emocional que pueden presentar las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, puesto que existe evidencia que cualquier tipo de cáncer y su tratamiento produce cambios pasajeros o permanentes en las diferentes áreas que componen la estructura psicológica de la paciente.

La terapia y rehabilitación se hacen pues necesarias, para reincorporar a la paciente a una vida plena y satisfactoria, así también es necesario contar con un sistema de información veraz acerca de las pacientes hospitalizadas.

Se ha podido observar en estudios realizados con pacientes hospitalizados, que cuanto más positiva sea la actitud de la paciente, mayor será su participación en su propio proceso de curación, esta aumentará y optimizará los resultados de su tratamiento. <sup>9</sup>

<sup>9</sup> Claudia Vargas , Practicas Hospital Obrero #1

### 1.3 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Cualquier paciente hospitalizada y por lo tanto la paciente con cáncer de mama en estas circunstancias pasan por distintas fases a nivel psicológico: el shock, el rechazo y la reacción depresiva, que no son nítidas, ni precisas o progresivas, los obstáculos para la rehabilitación suelen presentarse por dificultadas para hacer frente a o una o varias de ellas.'

Los factores psicológicos emocionales y afectivos producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el que esta se desenvuelve, influyen tanto en el enfrentamiento a la enfermedad como para mantener un equilibrio psicológico, es decir para lograr la homeostásis.

La relación de lo psicológico con el estado de salud en general y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde la antigüedad. Hipócrates ya hablaba de la relación entre personalidades melancólicas y el cáncer. Galeno, en la misma línea, pensaba que las mujeres de temperamento melancólico estaban más expuestas al desarrollo de neoplasias que las mujeres de temperamento sanguíneo. Sin embargo no es hasta la década de los '50 cuando comienza a estudiarse de forma sistemática la posible implicación de distintos factores psicosociales en la etiología y evolución del cáncer.

Actualmente se puede afirmar que las variables psicológicas inciden de forma directa o indirecta, positiva o negativamente, en todos los trastornos y enfermedades. Y a su vez, todos los trastornos y enfermedades, poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico.

Siendo como ya hemos mencionado el cáncer una patología cualitativamente importante y cuantitativamente temida y no existiendo información precisa acerca de los efectos a nivel afectivo-emocional que puede causar la enfermedad en estas pacientes, es que surge el presente tema de investigación. Así también la terapia de rehabilitación se hace necesaria, para reincorporar al sujeto a una vida plena y satisfactoria.

### **1.3.1 Planteamiento del problema.**

***Cuáles son los efectos a nivel afectivo-emocional que provoca el cáncer de mama en etapa 1, pacientes internadas en el Hospital Obrero #1 de la ciudad de La Paz?***

## 1.4 JUSTIFICACION DEL TEMA

### 1.4.1 Justificación teórica

Es el desarrollo teórico, examen histórico-retrospectivo, crítico-evaluativo del tema a investigar.

### 1.4.2 Justificación metodológica

Es el procedimiento que cada investigador eligirá para realizar la investigación planteada, para darle un carácter real y verdadero, los pasos que se utilizaran para descubrir y verificar conocimientos que se han propuesto.

### 1.4.3 Justificación práctica

El uso de la metodología y técnicas específicas que servirán como pilares en la elaboración de la presente investigación.

## 1.5 PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

***El cáncer de mama provoca alteraciones a nivel afectivo emocional.***

### **1.5.1 Razonamiento de variables**

#### **Variable independiente**

Cáncer de mama

#### **Variable dependiente**

Alteraciones a nivel afectivo emocional.

## **1.6 DETERMINACION DE OBJETIVOS**

### **1.6.1 Objetivo General**

Determinar si existen alteraciones a nivel afectivo emocional en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, en fase I de la enfermedad, del servicio de Oncología del Hospital Obrero # 1 Caja Nacional de Salud.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

- ◇ Explorar por medio del cuestionario multimodal y las entrevistas las características psicológicas generales de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en etapa I de la enfermedad.

Reconocer las consecuencias del cáncer de mama a nivel de sistema atribucional.

Determinar síntomas depresógenos presentes en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en etapa I de la enfermedad.

Identificar los síntomas ansiosos presentes en las pacientes hospitalizadas con cáncer de mama en etapa I de la enfermedad.

- ◇ Proponer un modelo de consejería y/o de apoyo psicológico que ayude en un sentido positivo a nivel psicológico a las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en etapa I de la enfermedad y sus familiares.

### **1.6.3 Alcances y delimitaciones de la investigación.**

La investigación pretende aportar al conocimiento de las variables psicológicas a nivel afectivo emocional que actúan en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama fase I, para luego formular un Modelo de Consejería que posibilite mejorar la calidad de vida de dichas mujeres y sus familias.

Es importante señalar que la enfermedad orgánica no puede ser contemplada única y exclusivamente desde un punto de vista biológico y médico, sino también psicológico, por lo que es necesaria la incursión de una/un profesional psicóloga/o como parte fundamental de un equipo multidisciplinario.

## 1.7 ÁREA TEMÁTICA

### ÁREA GENERAL

- Psicología social.

### ÁREA ESPECÍFICA

- Salud.

### ÁREA PARTICULAR

- Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en etapa I de la enfermedad.
- Modelo de apoyo psicológico.

## 1.8 ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.8.1 Diseño de la investigación

El tipo de diseño utilizado en la presente investigación es no experimental o ex post factum, transversal o transaccional descriptivo, el cual consiste en analizar el nivel o estado de las variables en un punto determinado en el tiempo, a manera de fotografía de una realidad determinada, es decir, observando el fenómeno tal y como se da en un contexto natural y sin manipular la variable independiente, para luego analizarla.

### **1.8.2 Método de investigación**

El método es el hipotético-deductivo, que parte de datos generales aceptados como valederos para deducir por medio del razonamiento lógico. Parte de verdades previamente establecidas como principios generales, para luego aplicarlos a causas individuales y comprobar su validez, relacionada a la hipótesis planteada.

### **1.8.3 Tipo de estudio**

El tipo de estudio es descriptivo, busca especificar las características psicológicas más importantes evidenciadas en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en etapa I de la enfermedad, con un rango de 41 a 50 años de edad. Efectuar su descripción, analizar como son y como se manifiestan. La hipótesis es de tipo descriptivo.

## **SEGUNDA PARTE**

### **II. MARCO TEORICO**

#### **2 .1 METODO DE TRABAJO**

"Una vez planteado el problema de estudio y cuando se ha evaluado su relevancia y factibilidad, el siguiente paso es sustentar teóricamente el estudio. El marco teórico consiste en analizar y exponer aquellas teorías, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes en general que se consideran válidos para el correcto encuadre del estudio"" .

El presente marco teórico se ha diseñado bajo tres premisas fundamentales:

1. Revisión del material bibliográfico correspondiente al tema, detectar, obtener y consultar no solo bibliografía sobre el tema, sino también cualquier tipo de documento o material sobre investigaciones y estudios relacionados al mismo.
2. Consulta de teorías al respecto.
3. Elaboración y redacción del mismo.

#### **2 . 2 CONTENIDO TEORICO**

A continuación se propone el siguiente contenido teórico:

---

<sup>11</sup> Vease, Hernández Sampieri, Roberto, Metodología de la Investigación

## CAPITULO 1

### **SALUD-ENFERMEDAD ASPECTOS GENERALES**

#### **1.1 SALUD**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia, molestias o enfermedades".

La definición utilizada por la administración de salud es la de Lalonde: la salud es "una variable influida por diferentes factores: biológicos o endógenos, ligados a factores relacionados con el entorno, los hábitos de vida y factores ligados al sistema sanitario". El estudio de dichos factores puede influir, positiva o negativamente, en el estado de salud de las personas en general y para fomentar políticas en salud.

La salud y la enfermedad no son asuntos exclusivos de orden orgánico, implican también cuestiones psicológicas y sociales, que para ser entendidas, explicadas, curadas y prevenidas se necesita de un enfoque multidisciplinario.

#### **1.2 ENFERMEDAD**

El Diccionario de la Lengua Española define la enfermedad como "alteración más o menos grave de la salud". La enfermedad es

---

<sup>1</sup> <http://search1.who.int/data-who-hq-live/search.shtml>

considerada como cualquier estado donde exista deterioro del bienestar del organismo humano. La enfermedad puede definirse también como una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo.

Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno.

### 1.2.1 Clasificación de las enfermedades

Las enfermedades según el tiempo de duración pueden clasificarse como" :

▣ **Agudas.** Caracterizada por la rapidez de acción de su causa morbígena, con una relativa brevedad de su curso pero bastante accidentado, que requiere mayor esfuerzo del organismo.

**Sub Agudas .** Causa con caracteres intermedios, con un curso mayor que la anterior pero menos accidentado.

▣ **Crónicas.** En su curso la mejoría o el empeoramiento de las condiciones del enfermo se suceden con lentitud.

Las dolencias oncológicas pueden estar en cualquiera de las fases señaladas anteriormente.

## CAPITULO 2

### **PATOLOGIA DEL CANCER**

#### **2.1 ASPECTOS GENERALES**

El cáncer es una enfermedad que se manifiesta específicamente en el cuerpo o en el órgano, la paciente no solo esta comprometida biológicamente, sino que padece un sufrimiento que va más allá de lo físico, esta dolencia es algo más que una crisis orgánica o física. Compromete al sujeto en su totalidad vivencial y a sus esferas de relacionamiento tales como familia, trabajo, amistades, etc.

La palabra cáncer proviene del latín cáncer, cangrejo. El médico griego Galeno (111-201DC) lo describía como "un tumor que se extiende por los lados mediante unas prolongaciones anormales que invaden los tejidos adyacentes. Esto se parece a las patas de un cangrejo...".

Durante siglos se siguió la doctrina de Hipócrates (470-377AC), con respecto a esta dolencia afirma: "el tratamiento mata a estos enfermos". Actualmente, la prevención, el diagnóstico precoz, la cirugía y fármacos están obteniendo éxitos. Los distintos tipos de cáncer pueden definirse como un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

El crecimiento canceroso, o neoplasia, es clonal es decir que todas las células proceden de una única célula madre. Estas células han escapado al control que en condiciones normales rige el crecimiento celular, las células embrionarias, son incapaces de madurar o diferenciarse en un estadio adulto y funcional. La proliferación de ellas puede formar una masa denominada tumor, que crece sin mantener relación con la función del órgano del que procede. El cáncer puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal.

El cáncer es un grupo de muchas enfermedades diferentes que tienen algunos efectos importantes en común, afecta a las células que son unidades básicas del cuerpo para vivir. Algunos tipos de células son más propensas al crecimiento anormal que otras.

Los tumores pueden ser benignos o malignos, los primeros no son cancerosos, generalmente se pueden remover, y en la mayoría de los casos, no reaparecen. Las células en tumores benignos no se extienden a otras partes del cuerpo. Lo más importante es que ellos raramente son una amenaza de muerte, y los malignos son cancerosos.

Las células en los tumores malignos son anormales y se dividen sin control ni orden. Estas células cancerosas pueden invadir y destruir el tejido a su alrededor. Además, las células pueden separarse del tumor maligno y entrar en el torrente sanguíneo o los vasos del sistema linfático (los dos sistemas de vasos sanguíneos que bañan y

alimentan todos los órganos del cuerpo). Este proceso, llamado metástasis, es la manera como el cáncer se extiende del tumor original a otras partes del cuerpo para formar otros nuevos.

## 2.2 ETIOLOGIA DEL CÁNCER

Se puede hablar de dos tipos de agentes cancerígenos principales: el primero " los elementos que atentan contra los genes que controlan el crecimiento de las célula; y el segundo, los factores que no dañan los genes sino que estimulan selectivamente el crecimiento de células tumorales.

La herencia no es un determinante en la aparición del cáncer, pero si se cree que hasta el 50% de las muertes por cáncer se atribuyen al tabaco y la dieta mal balanceada.

El habito de fumar conduce al cáncer de pulmón, de vías respiratorias superiores, esófago, vejiga urinaria, y posiblemente páncreas. La dieta rivaliza con el tabaco, en efecto, una dieta rica en grasas y carnes rojas pero pobre en verduras, frutas, legumbres favorece la aparición de diversos tumores.

Otros factores desencadenante serian algunas infecciones viricas, el abuso de bebidas alcohólicas, el sedentarismo, los rayos B ultravioletas por exposición continua a la luz solar, la contaminación por **productos activos y determinados fármacos** (immunodepresores).

tanto en el impacto como en su prevención.

El cáncer de mama es uno de los más frecuentes en la mujer y el que causa mayor índice de mortalidad por neoplasia. Su incidencia ha aumentado progresivamente en las últimas décadas, apareciendo cada vez más en edades tempranas. Los avances de la medicina han logrado por una parte descubrir tumores en estadíos más tempranos y por otra alargar la vida de las pacientes afectadas.

## CAPITULO 3

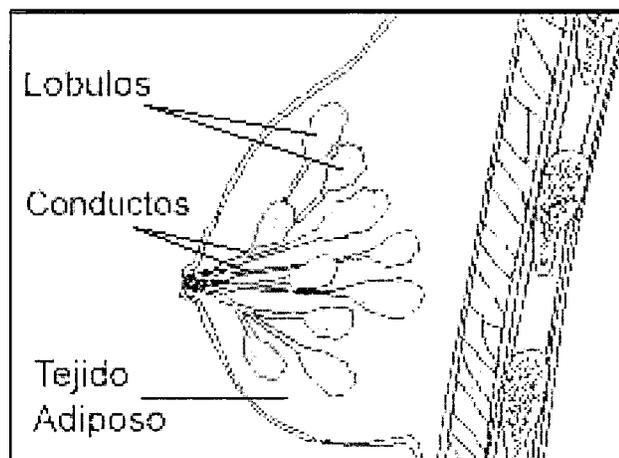
### **CANCER DE MAMA**

#### **3.1 ASPECTOS GENERALES**

El cáncer del seno (mama) es una afección en la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama.

El tipo más común de cáncer de mama es el carcinoma ductal, el cual comienza en las células de los conductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o los lobulillos se denomina carcinoma lobular y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas que otros tipos de cáncer de mama. El cáncer inflamatorio de mama es un tipo de cáncer poco frecuente en el cual la mama está caliente al tacto, enrojecida e inflamada.

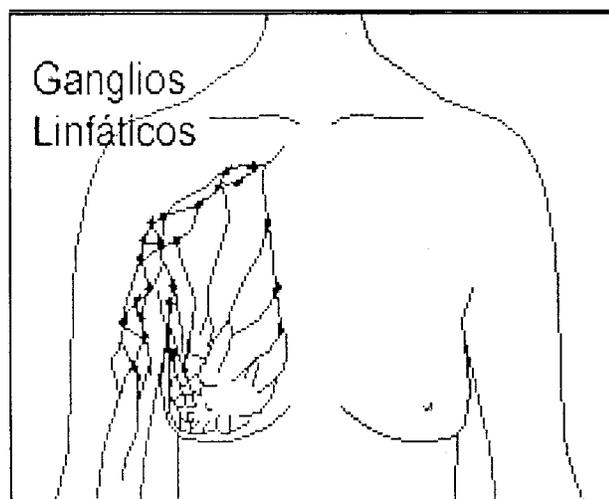
#### **3.2 ANATOMIA DEL SENO**



El cáncer de seno es uno de los fantasmas más reales que enfrenta la mujer y pese a que existen ciertos riesgos comprobados que predisponen a algunas a desarrollar la enfermedad, el 75 por ciento de las mujeres a las que se les detecta el mal no presenta de los riesgos conocidos.

Dentro del seno hay glándulas que producen y segregan leche después de que una mujer tiene un bebé. A las glándulas que producen la leche se les llama lóbulos y los tubos que las conectan al pezón se llaman conductos. El seno en sí está constituido por lóbulos, conductos y tejido adiposo, conectivo y linfático.

Si las células del cáncer del seno llegan a los ganglios linfáticos de la axila, pueden seguir creciendo y hacer que los ganglios se inflamen. Cuando las células cancerosas llegan a estos ganglios, también tienen más probabilidades de propagarse a otros órganos del cuerpo.



### 3.3 CLASES DE TUMORES

Hay varios tipos de tumores del seno. La mayoría son benignos, es decir, no son cancerosos. Estas protuberancias (masas o bultos) son causadas con frecuencia por cambios fibroquísticos. Los quistes son bolsas llenas de líquido, y la fibrosis se refiere a la formación de tejido conectivo o tejido cicatricial.

Los cambios fibroquísticos pueden hacer que el seno se inflame y duela. Los senos pueden presentar protuberancias y, a veces producen una secreción clara o ligeramente oscura en el pezón. Los tumores benignos del seno son crecimientos anormales, pero no se propagan fuera del seno ni constituyen una amenaza para la vida. El cáncer del seno implica la presencia de tumores malignos. A continuación se presentan algunos términos que describen los tipos más comunes de cáncer del seno:

#### **3.3.1 Carcinoma ductal in situ (DCIS, por sus siglas en inglés)**

Éste es el cáncer del seno en sus primeras etapas (etapa 0). Está confinado a los conductos. Cerca del 100% de las mujeres con cáncer en esta etapa se pueden curar. La mejor forma para detectar un carcinoma ductal in situ es con una mamografía. <sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> American Cancer Society, traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J. Febrero de 2000 - 2002

<sup>18</sup> American Cancer Society, traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J. Febrero de 2000 - 2002

### **3.3.2 Carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) (IDC)**

Este cáncer se inicia en un conducto mamario y al atravesar la pared del conducto, invade el tejido graso del seno. De ahí se propaga a otras partes del cuerpo. El carcinoma ductal infiltrante es el tipo más común de cáncer del seno. Es responsable de alrededor del 80% de los casos de cáncer del seno.<sup>19</sup>

### **3.3.3 Carcinoma lobular in situ (LCIS)**

Un tumor que no se ha propagado más allá del área en que comenzó se llama in situ. Aunque no es un cáncer verdadero, el carcinoma lobular in situ aumenta el riesgo de una mujer de desarrollar cáncer más tarde. Por este motivo, es importante que las mujeres con carcinoma lobular in situ se hagan un examen físico dos o tres veces al año, así como una mamografía todos los años.<sup>20</sup>

### **3.3.4 Carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) (ILC)**

Este cáncer comienza en las glándulas mamarias (lóbulos). Puede propagarse a otras partes del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores cancerosos del seno son de este tipo.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J.Febrero de 2000 - 2002

<sup>20</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J.Febrero de 2000 - 2002

<sup>21</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J.Febrero de 2000 - 2002

### **3.4 ETAPAS DEL CANCER DE MAMA**

Una vez detectado el cáncer de mama, se harán más análisis para determinar si el cáncer se ha diseminado de mama a otras partes del cuerpo. Este procedimiento se conoce con el nombre de clasificación por etapas. Para planear el tratamiento, el médico necesitará saber la etapa en la que se encuentra la enfermedad. Para la clasificación del cáncer de mama se emplean las siguientes etapas.

#### **3.4.1 Etapa O**

El carcinoma intraductal in situ (DCIS por sus siglas en inglés, también conocido con el nombre de carcinoma intraductal) es un cáncer de mama en su etapa más temprana que podría llegar a convertirse en un cáncer de mama de tipo invasivo (cáncer que se ha extendido del ducto a los tejidos aledaños).

El carcinoma lobular in situ (LCIS por sus siglas en inglés). Este en si no es cáncer, sino más bien un marcador que identifica a aquellas mujeres con riesgo creciente de desarrollar cáncer invasivo (cáncer que se ha extendido a los tejidos aledaños) más adelante.

#### **3.4.2 Etapa 1**

El cáncer no mide más de 2 centímetros (cerca de 1 pulgada) y no se ha extendido fuera de mama.

### **3.4.3 Etapa II**

La etapa II se divide en etapa IIA y IIB.

#### **3.4.3.1 La etapa IIA se reconoce por cualquiera de las siguientes características:**

1. El cáncer no mide más de 2 centímetros pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos debajo del brazo (los ganglios linfáticos axilares).
2. El cáncer mide entre 2 y 5 centímetros (de 1 a 2 pulgadas) pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

#### **3.4.3.2 La etapa IIB se reconoce por cualquiera de las siguientes características:**

1. El cáncer mide entre 2 y 5 centímetros (de 1 a 2 pulgadas) y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.
2. El cáncer mide más de 5 centímetros (más de 2 pulgadas) pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

### **3.4.4 Etapa III**

La etapa III se divide en etapa IIIA y IIIB.

#### **3.4.4.1 La etapa IIIA se reconoce por cualquiera de las siguientes características:**

1. El cáncer mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, y los ganglios linfáticos están unidos entre sí o a otras estructuras.
2. El cáncer mide más de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

#### **3.4.4.2 La etapa IIIB se reconoce por cualquiera de las siguientes características:**

1. El cáncer se ha diseminado a tejidos cerca de mama (la piel o la pared torácica, incluyendo las costillas y los músculos del tórax).
2. El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón.

#### **3.4.5 Etapa IV**

El cáncer se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro; o el tumor se ha diseminado localmente a la piel y a los ganglios linfáticos dentro del cuello, cerca de la clavícula.

#### **3.4.6 Cáncer inflamatorio de mama**

El cáncer inflamatorio de mama es un tipo especial de cáncer de mama que suele ser poco común. El seno da la impresión de

estar inflamado pues presenta una apariencia rojiza y una temperatura tibia. La piel puede tener signos de surcos, ronchas o huecos en general. El cáncer inflamatorio de mama tiende a diseminarse rápidamente.

### **3.4.7 Recurrente**

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto (recurrido) después de haber sido tratado. Puede volver al seno, a los tejidos blandos del tórax (la pared torácica) o a otra parte del cuerpo.

## **3.5 INCIDENCIA DEL CANCER DE MAMA**

Con la excepción del cáncer de la piel, el cáncer del seno es el más común entre las mujeres. Es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, después del cáncer del pulmón.<sup>22</sup> Los índices de mortalidad por cáncer del seno disminuyeron significativamente de 1992 a 1996, con la mayor disminución en las mujeres más jóvenes, tanto blancas como negras.' Esta disminución probablemente sea resultado de una mejor detección y las mejoras en los tratamientos a nuestro alcance.

## **3.6 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO**

No se sabe con exactitud qué causa el cáncer del seno, pero sí se sabe que ciertos factores de riesgo están relacionados con la

<sup>22</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J.Febrero de 2000 - 2002

<sup>23</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J.Febrero de 2000 - 2002

enfermedad. Algunos factores de riesgo, tales como fumar, se pueden controlar. Otros, como la edad de una persona o los antecedentes familiares, no se pueden cambiar. Aunque todas las mujeres tienen riesgo de desarrollar cáncer del seno, los factores que se mencionan a continuación pueden aumentar las probabilidades de que una mujer tenga la enfermedad.

### **3.6.1 Factores de riesgo que no se pueden cambiar**

- **Sexo:** El simple hecho de ser mujer es el principal factor de riesgo para desarrollar un cáncer del seno. El cáncer del seno puede afectar a los hombres, pero esto es bastante raro.
- **Edad:** El riesgo de que una mujer desarrolle un cáncer del seno aumenta con la edad.

### **3.6.2 Factores de riesgo genéticos**

Entre el 5% y el 10% de los tumores cancerosos del seno parecen estar relacionados con cambios (mutaciones) en ciertos genes. Los estudios muestran que algunos tumores cancerosos del seno están relacionados con cambios de los genes BRCA1 y BRCA2. Si una mujer ha heredado un gen mutado de uno de los padres, tiene más posibilidades de desarrollar un cáncer del seno. Aproximadamente del 50% al 60% de las mujeres que han heredado estos cambios

desarrollarán cáncer del seno antes de los 70 años.<sup>24</sup>

- **Antecedentes familiares:** El riesgo de cáncer del seno es más alto entre las mujeres cuyos familiares consanguíneos cercanos tienen esta enfermedad. Los familiares consanguíneos pueden ser lo mismo de la rama materna que paterna. Tener una madre, hermana o hija con cáncer del seno casi duplica el riesgo de una mujer.
- **Antecedentes personales de cáncer del seno:** Una mujer con cáncer en uno de los senos tiene un riesgo mayor de desarrollar un nuevo cáncer en el otro seno. Esto es diferente a una recurrencia (reaparición) del primer cáncer.<sup>25</sup>
- **Raza:** Las mujeres blancas son ligeramente más propensas a desarrollar un cáncer del seno que las mujeres de la raza negra. Pero las mujeres de la raza negra tienen más probabilidades de morir de este tipo de cáncer. Las mujeres asiáticas e hispanas tienen menor riesgo de desarrollar un cáncer del seno.
- **Antecedentes de tratamientos de radiación:** Las mujeres que recibieron radioterapia en el área del pecho cuando eran niñas o jóvenes tienen un riesgo significativamente mayor de cáncer del seno.

---

<sup>24</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J.Febrero de 2000 - 2002

<sup>25</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J.Febrero de 2000 - 2002

- **Antecedentes de biopsia del seno:** Ciertos tipos de resultados anormales en la biopsia pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente más alto de cáncer del seno.
- **Períodos menstruales:** Las mujeres que comenzaron a menstruar (la regla) a una edad temprana (antes de los 12 años) o que pasaron por el "cambio de vida" (menopausia) después de los 50 años, tienen un riesgo ligeramente más alto de cáncer del seno. Lo mismo sucede a las mujeres que no han tenido hijos, o que tuvieron sus primeros hijos después de los 30 años de edad.

### 3.6.3 Los estilos de vida y el riesgo de cáncer del seno

- **Pastillas anticonceptivas:** Aún no está clara la función que pudieran desempeñar las píldoras para el control de la natalidad en el riesgo de cáncer del seno. Un estudio reciente halló que las mujeres que actualmente usan píldoras para el control de la natalidad tienen un riesgo ligeramente mayor de cáncer del seno. Las mujeres que dejaron de usar las píldoras hace más de diez años no parecen tener ningún aumento en el riesgo. Las mujeres deben analizar los riesgos y beneficios de las pastillas anticonceptivas con su médico.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J. Febrero de 2000 - 2002

- **Terapia de reemplazo de estrógeno:** Algunos estudios sugieren que el uso a largo plazo (10 años o más) de la terapia de reemplazo de estrógeno (a veces llamada terapia de reemplazo de hormonas) para aliviar los síntomas de la menopausia, puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer del seno.

Un estudio reciente halló que el uso a largo plazo tanto de estrógeno como de progestina puede aumentar el riesgo de cáncer del seno cuando se compara con el riesgo de las mujeres que usan estrógeno solo. El riesgo sólo es aplicable a aquellas mujeres que la han usado recientemente, así como a las que la usan en la actualidad. El riesgo de cáncer del seno de una mujer vuelve a ser el de la población general al cabo de 5 años de haber descontinuado la terapia de reemplazo de estrógeno. La terapia de reemplazo también reduce el riesgo de sufrir ataques cardíacos y fracturas óseas; por consiguiente, las mujeres deben hablar con sus médicos acerca de los riesgos y beneficios de la terapia de reemplazo de estrógeno.<sup>27</sup>

- **No haber amamantado bebés:** Algunos estudios sugieren que la lactancia materna puede disminuir ligeramente el riesgo de cáncer del seno, en especial si ésta continúa durante 1.5 a 2 años. Otros estudios no hallaron impacto alguno en el riesgo de cáncer del seno.

---

<sup>27</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J.Febrero de 2000 - 2002

- **Alcohol:** El consumo de alcohol está claramente vinculado al aumento del riesgo de desarrollar cáncer del seno. Las mujeres que consumen un trago de bebida alcohólica al día tienen un pequeñísimo aumento del riesgo, y las que consumen de 2 a 5 tragos diarios, tienen alrededor de 1.5 veces el riesgo de las mujeres que no toman alcohol.
- **Dieta:** Parece haber una relación entre el exceso de peso y un riesgo más alto de cáncer del seno, especialmente para las mujeres después de la menopausia. Sin embargo, la relación entre el peso y el riesgo de cáncer del seno es compleja. Por ejemplo, el riesgo parece ser mayor para las mujeres que aumentaron de peso siendo adultas, pero no para las que tenían exceso de peso desde la infancia. Los estudios sobre la grasa en la dieta y su relación con el riesgo de cáncer del seno han dado con frecuencia resultados contradictorios.
- **Ejercicio:** El ejercicio y el cáncer constituyen un área de investigación relativamente nueva. Algunos estudios indican que el ejercicio realizado en la juventud pudiera proporcionar protección a largo plazo contra el cáncer del seno, y que incluso la actividad física moderada, de adulto, puede reducir el riesgo de cáncer del seno. Se están realizando investigaciones adicionales para confirmar estos hallazgos.

### 3.6.4 Factores que no afectan el riesgo de cáncer del seno

- **Aborto inducido:** Un estudio reciente indicó que los abortos inducidos (provocados) no aumentan el riesgo de cáncer del seno. Además, la mayoría de los estudios tampoco muestran relación directa entre los abortos espontáneos y el cáncer del seno.<sup>28</sup>
- **Fumar:** Aunque no se ha hallado una relación directa entre el hábito de fumar cigarrillos y el cáncer del seno, fumar afecta la salud en general y aumenta el riesgo de desarrollar muchos otros tipos de cáncer, así como enfermedades cardíacas. Las mujeres que fuman deben hacer todo lo posible por dejar de hacerlo.
- **Medio ambiente:** En estos momentos, las investigaciones no muestran claramente la existencia de un vínculo entre el riesgo de cáncer del seno y el contacto con contaminantes del medio ambiente, tales como los pesticidas. Se han hecho muchas investigaciones en esta área, las cuales continúan.
- **Antitranspirantes y sostenes:** Rumores recientes que circulan en los correos electrónicos de Internet han sugerido que los antitranspirantes (desodorantes) que se aplican debajo del brazo y los sostenes con alambre impiden

---

<sup>28</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo U.J. Febrero de 2000 - 2002

la circulación linfática y aumentan el riesgo de cáncer del seno. No hay evidencia que apoye esta idea.

### 3.7 DIAGNOSTICO

Mientras más temprano se detecte el cáncer del seno, mayores serán las probabilidades de un tratamiento con éxito. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda las guías siguientes para la detección del cáncer del seno en sus primeras etapas:

Las mujeres de 40 años de edad o más deben hacerse un mamograma (mamografía) y un examen de los senos (examen clínico de los senos) realizado por un médico o enfermera todos los años. Entre los 20 y los 39 años, las mujeres deben someterse a un examen clínico de los senos cada 3 años.<sup>29</sup>

Las mujeres de 20 años o más deben realizarse un autoexamen de los senos todos los meses. La persona debe hacerse este examen regularmente y de esta manera puede conocer el aspecto normal de sus senos y detectar con más facilidad cualquier signo o síntoma.

Juntos, estos métodos ofrecen la mejor probabilidad de detectar el cáncer en sus primera etapas. Cada uno de ellos se analiza más detalladamente más adelante.

**Examen clínico de los senos:** a los 40 años de edad o más, un

---

<sup>29</sup> American Cancer Society, traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J. Febrero de 2000 - 2002

médico, enfermera u otro profesional de la salud debe encargarse de hacer el examen clínico de los senos todos los años. Mientras que si la edad oscila entre 20 y 39 años se debe hacer este examen cada tres años.<sup>30</sup>

El médico examina primero sus senos en busca de cambios en el tamaño o la forma, y después palpa suavemente los senos y examina el área debajo de ambos brazos. Ésta es una buena oportunidad para que el médico o la enfermera enseñe a autoexaminarse los senos si todavía la persona no sabe cómo hacerlo.



### 3.7.1 El autoexamen

Lo primero que hay que hacer para ganarle de mano a la enfermedad es conocer su cuerpo. Un autoexamen de mamas periódico puede ser la medida más inteligente en la lucha contra el cáncer. Esta práctica constante arroja buenos resultados ya que alerta sobre la más mínima irregularidad, que deberá ser informada de inmediato al médico.

---

<sup>30</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J. Febrero de 2000 - 2002

Pero aún cuando se adquiriera mucha práctica examinando las propias mamas, nunca será tanta como la de un médico que ha realizado cientos de exámenes clínicos en distintas mujeres y que puede distinguir una irregularidad benigna de otra a la que hay que prestarle más atención.

Un profesional experimentado puede encontrar entre 65 y 75 por ciento de los tumores durante un examen clínico. La Sociedad contra el Cáncer de Estados Unidos afirma que a partir de los 40 años, las mujeres deben someterse a un examen mamario clínico una vez por año.

Generalmente, el examen puede realizarse durante una consulta ginecológica, al mismo tiempo que un Papanicolau o una mamografía.

El mejor momento para hacerse el autoexamen de los senos es aproximadamente una semana después del período menstrual (la regla), cuando sus senos no están sensibles ni inflamados. Si no está teniendo períodos regulares, hágase el autoexamen de los senos el mismo día cada mes.

y Acuéstese con una almohada debajo del hombro derecho y coloque el brazo derecho detrás de la cabeza.

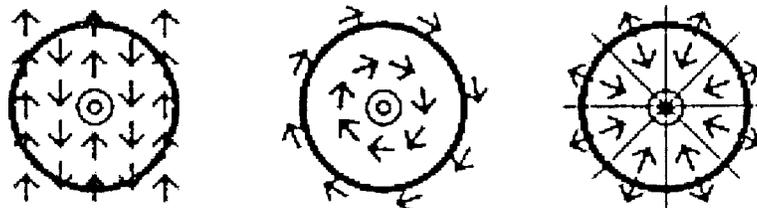
▣ Use las puntas de los tres dedos del medio de la mano

izquierda para palpar en busca de protuberancias (masas o bultos) en el seno derecho.



- ☑ Presione con suficiente firmeza para reconocer cómo se siente el seno al tacto.
- ☑ Un borde firme en la curva inferior de cada seno es normal. Si no sabe hasta qué punto debe apretar, hable con su médico o enfermera.
- ☑ Mueva la mano alrededor del seno siguiendo una línea circular, hacia arriba y hacia abajo, o un patrón en forma de cuña. Asegúrese de hacerlo siempre de la misma manera, compruebe toda el área del seno, y recuerde cómo se siente su seno al tacto de un mes a otro.

Patrones para Autoexamen



- ☑ Repita el examen en el seno izquierdo, usando las puntas de los dedos de la mano derecha. (Coloque la almohada debajo del hombro izquierdo).

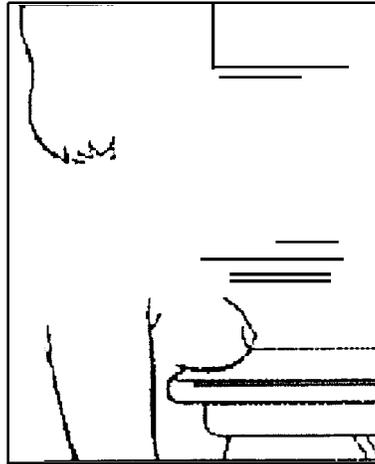


- ☑ Si encuentra algún cambio, vea a su médico de inmediato.

Repita el examen de ambos senos estando de pie, con uno de los brazos detrás de la cabeza. La posición vertical facilita el examen de la parte superior y exterior de los senos (hacia la axila). Ahí es donde se detectan aproximadamente la mitad de los tumores cancerosos del seno. Puede ser que quiera hacerse el autoexamen de los senos de pie mientras está en la ducha. Algunos cambios en los senos pueden detectarse con más facilidad cuando la piel está mojada y jabonosa.

Para mayor seguridad, usted puede examinarse los senos en busca de hendiduras de la piel, cambios en los pezones, enrojecimiento o inflamación, mientras está de pie delante de un espejo, inmediatamente después del autoexamen de los senos cada mes.

### 3.7.2 La mamografía



Las mamografías son otro aliado a su favor. Un mamograma es una radiografía del seno, la cual se puede usar para diagnosticar una enfermedad del seno en las mujeres que ya tienen síntomas.

La mamografía exploratoria, por otra parte, se usa para buscar una enfermedad de los senos en las mujeres que no parecen tener problemas en éstos.

Durante una mamografía, el seno se comprime entre dos placas durante unos segundos mientras se toman radiografías. Se usan niveles de radiación muy bajos.

Aunque muchas personas están preocupadas por la exposición a los rayos X, el bajo nivel de radiación utilizado para los mamogramas no aumenta significativamente el riesgo de desarrollar un cáncer del seno.

Por ejemplo, una mujer que recibe radiación como tratamiento para el cáncer del seno recibirá varios miles de rads, (la unidad que mide la radiación). Si una mujer se ha hecho mamografías anualmente a partir de los 40 años de edad, y se los sigue haciendo hasta los 90, habrá recibido sólo 10 rads.<sup>31</sup>

Estas radiografías de las mamas detectan hasta un 85 por ciento de los tumores, algunos demasiado pequeños para ser sentidos con la mano y otros que se encuentran en estado precanceroso.

Un mamograma por sí solo no puede demostrar que un área en el estudio sea cáncer. Para confirmar la presencia de un cáncer, debe extirparse una pequeña cantidad de tejido y examinarse al microscopio. A este procedimiento se le llama biopsia. Una biopsia es la única forma de saber con seguridad si usted tiene cáncer del seno. Durante una biopsia, se extirpan células del seno para examinarlas en el laboratorio.

Existen varios tipos de biopsias. En algunas, se usa una aguja muy fina para extraer líquido y células de la protuberancia. Otros métodos usan una aguja más grande o cirugía para extirpar más tejido.

En general, los expertos coinciden en que después de los 50

---

<sup>31</sup> American Cancer Society. traducido por Lic. Natalia Jaramillo, U.J.Febrero de 2000 - 2002

años, una mamografía anual puede salvarle la vida. El 75 por ciento de los tumores se encuentran en mujeres mayores de 50 años, en parte porque se han desarrollado hasta tener un tamaño detectable y en parte porque las mamografías son más precisas cuando se realizan en mujeres mayores, cuyo tejido mamario es más graso.

Un estudio presentado en 1998 durante una reunión de la Sociedad de Radiología de América del Norte reveló que combinar la mamografía con una prueba de ultrasonido aumenta de 70 a 94 por ciento las posibilidades de detectar el cáncer de mamas en mujeres con tejido mamario denso.

### **3.7.3 Otros exámenes**

- **El ultrasonido**, que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia, es un recurso para ir más allá cuando la mamografía revela la existencia de algo sospechoso.
- **La resonancia magnética** es también exitosa en la detección de un tipo de cáncer, el carcinoma lobular invasivo, que es casi imposible de detectar a través de una mamografía. Un estudio reciente de la Universidad de Pennsylvania, en Filadelfia, reveló que con la resonancia magnética se detectó este tipo de cáncer en 25 de 28 mujeres mientras que la mamografía sólo lo detectó en una de ellas.

### **3.8 SIGNOS Y SINTOMAS DEL CÁNCER DE SENO**

El signo más común de cáncer del seno es una protuberancia o masa de reciente aparición. Una masa dura que no produce dolor y que presenta bordes irregulares tiene más probabilidades de ser cancerosa, pero algunos tumores cancerosos son sensibles, suaves y redondos. Por este motivo, es importante que cualquier alteración sea examinada por su médico.

#### **3.8.1 Otros signos del cáncer del seno son los siguientes:**

- ☑ inflamación de una parte del seno  
a irritación o hendiduras de la piel  
, dolor o retracción (contracción) del pezón
- ☑ enrojecimiento o descamación de la piel del seno o del pezón  
duna secreción que no sea leche materna.

### **3.9 TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER DE SENO**

Hay mucho que considerar antes de escoger la mejor forma de tratar o manejar su cáncer. Puede haber más de un tratamiento para elegir. Usted puede pensar que debe tomar una decisión rápidamente, pero es importante que se tome un tiempo para asimilar la información que acaba de recibir. Hable con su médico.

Cada tipo de tratamiento tiene beneficios e inconvenientes. Puede

haber efectos secundarios. Su edad, su estado general de salud, así como la etapa de su cáncer son factores que se deben considerar.

La cirugía, la terapia de radiación, la terapia hormonal y la quimioterapia son los tratamientos más comunes para el cáncer del seno. Además, usted puede haber oído de la inmunoterapia y del trasplante de médula ósea o de células madres autólogas. A continuación se explican todos estos tratamientos en forma más detallada.

### **3.9.1 Terapia local y sistémica**

La terapia local tiene como objetivo tratar el tumor principal (primario) del seno. La cirugía y la radioterapia son ejemplos de terapias locales. La terapia sistémica se administra a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas que pueden haberse propagado más allá del seno. La quimioterapia, la terapia hormonal y la inmunoterapia son terapias sistémicas.

#### **3.9.1.1 Cirugía**

La mayoría de las mujeres con cáncer del seno se someterán a algún tipo de cirugía. El propósito de la cirugía es extirpar la mayor cantidad posible de cáncer. La cirugía se puede combinar también con otros tratamientos como la quimioterapia, la terapia hormonal o la radioterapia.

La cirugía se puede hacer también para determinar si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos debajo del brazo (disección axilar), para restaurar una apariencia más normal (cirugía reconstructiva), o para aliviar síntomas de cáncer avanzado.

A continuación presentamos algunos de los tipos más comunes de cirugía para el cáncer del seno:

▣ **Lumpectomía:** Extirpación solamente de la protuberancia del seno y de un borde de tejido normal. Después de la lumpectomía, casi siempre se administra radioterapia por alrededor de seis semanas.

▣ **Mastectomía parcial:** La extirpación de hasta un cuarto o más del seno. Por lo general, después de esta cirugía se dan de seis a siete semanas de radioterapia por rayos externos. Para la mayoría de las mujeres con cáncer del seno, la lumpectomía o la mastectomía parcial son tan eficaces como la mastectomía. No hay diferencias en los índices de supervivencia de las mujeres tratadas con estos dos métodos. No obstante, otros factores pueden afectar el tipo de cirugía que es mejor para una mujer.

**Mastectomía simple o total:** En esta cirugía se extirpa todo el seno pero no los ganglios linfáticos debajo del brazo ni el tejido muscular debajo del seno.

**Mastectomía radical modificada:** La extirpación de todo el seno y de algunos de los ganglios linfáticos debajo del brazo.

**Mastectomía radical:** Extirpación amplia de todo el seno, los ganglios linfáticos y los músculos de la pared del pecho debajo del seno. Esta cirugía se hace en raras ocasiones ahora porque la mastectomía radical modificada ha demostrado ser igualmente eficaz con menos desfiguración y efectos secundarios.

**a Disección axilar:** Extirpación de los ganglios linfáticos debajo del brazo (axilares) para determinar si el cáncer se ha propagado a éstos. El saber si hay células cancerosas en los ganglios linfáticos ayuda en la elección de tratamiento adicional. Un posible efecto secundario de la extirpación de estos ganglios linfáticos es la inflamación del brazo, llamada linfedema. Esto ocurre en 1 ó 2 mujeres entre diez con cáncer del seno. Las mujeres que tienen inflamación, rigidez o dolor en el brazo después de la cirugía de los ganglios linfáticos deben asegurarse de decirlo a su médico inmediatamente. Con frecuencia

hay medios para evitar o reducir los efectos de la inflamación.

▣ **Biopsia de ganglio linfático centinela:** En este procedimiento, se inyecta un colorante o una sustancia radiactiva en la región del tumor. La sustancia es transportada por el sistema linfático hacia el primer ganglio (centinela) en recibir linfa del tumor. Este ganglio es el que tiene más probabilidades de contener células cancerosas si el cáncer se ha propagado. Si el ganglio centinela tiene cáncer, se extirpan más ganglios linfáticos. Si no tiene cáncer, no es necesario extirpar más ganglios linfáticos.

**a Cirugía de implante de seno o reconstructiva:** Estos procedimientos no tratan el cáncer. Se hacen para restaurar la apariencia normal después de la mastectomía. Si se le ha practicado una mastectomía y está pensando en la reconstrucción, debe hablar con un cirujano plástico antes de la operación. Hay varias elecciones acerca de cuándo se puede realizar la cirugía y de qué tipo será exactamente.

### 3.9.1.2 Quimioterapia

La quimioterapia se refiere al uso de medicamentos para destruir las células cancerosas. Por lo general, los

medicamentos se administran por la vena o por la vía oral (por boca). Una vez que los medicamentos entran en el torrente sanguíneo, llegan a todas las partes del cuerpo.

Si la quimioterapia se administra después de la cirugía (terapia adyuvante) puede reducir la probabilidad de que el cáncer del seno recurra (vuelva). La quimioterapia se puede usar también como terapia principal para las mujeres cuyo cáncer está muy propagado cuando se detecta, o cuando se propaga después del tratamiento inicial.

La quimioterapia neoadyuvante significa que se aplica antes de la cirugía, con frecuencia para reducir el tumor y facilitar su extirpación. Otra ventaja de la terapia neoadyuvante es que los médicos pueden observar la forma en que el tumor responde a los medicamentos. Si el tumor no se reduce, se pueden usar medicamentos diferentes.

La quimioterapia se administra en ciclos, con cada período de tratamiento seguido por un período de recuperación. La duración total del tratamiento es de tres a seis meses. Con frecuencia es más eficaz usar varios medicamentos en lugar de uno solo. Las combinaciones que se usan más comúnmente son:

- cyclophosphamide, methotrexate, y fluorouracil (CMF)  
cyclophosphamide, doxorubicin (Adriamycin), y  
fluorouracil (CAF) doxorubicin (Adriamycin) y  
cyclophosphamide (AC), con o sin paclitaxel (Taxol)  
doxorubicin (Adriamycin), seguida por CMF

Los efectos secundarios cantidad administrada y la duración del tratamiento. Los efectos secundarios temporales pueden incluir los siguientes:

- ☑ náusea y vómito
- ☑ pérdida del apetito
- ☑ pérdida del cabello
- ☑ llagas en la boca
- ☑
  - ▶ aumento  
niveles de glóbulos blancos
- ☑ moretones o pérdida de sangre
  - ▶ cansancio

La mayoría de estos efectos secundarios desaparecen cuando termina el tratamiento. Hable con su médico o enfermera cuando tenga problemas con los efectos secundarios que causa el tratamiento. Siempre hay alguna forma de ayudar.

- cyclophosphamide, methotrexate, y fluorouracil (CMF)  
cyclophosphamide, doxorubicin (Adriamycin), y  
fluorouracil (CAF) doxorubicin (Adriamycin) y  
cyclophosphamide (AC), con o sin paclitaxel (Taxol)  
doxorubicin (Adriamycin), seguida por CMF

Los efectos secundarios cantidad administrada y la duración del tratamiento. Los efectos secundarios temporales pueden incluir los siguientes:

- ☑ náusea y vómito
- ☑ pérdida del apetito
- ☑ pérdida del cabello
- ☑ llagas en la boca
- ☑ cambios en el ciclo menstrual
- ☑ aumento del riesgo de infecciones, debido a bajos niveles de glóbulos blancos
- ☑ moretones o pérdida de sangre
- ☑ cansancio

La mayoría de estos efectos secundarios desaparecen cuando termina el tratamiento. Hable con su médico o enfermera cuando tenga problemas con los efectos secundarios que causa el tratamiento. Siempre hay alguna forma de ayudar.

### 3.9.1.3 Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento que utiliza rayos de alta energía (tales como los rayos X) para destruir o reducir las células cancerosas. La radiación puede venir de fuera del cuerpo (radiación externa) o de materiales radiactivos colocados directamente en el tumor (radiación de implante o interna).

Es más frecuente el uso de la radiación externa para tratar el cáncer del seno. Es muy parecido a hacerse una radiografía regular, pero durante un período de tiempo más prolongado. Las pacientes por lo general reciben tratamiento cinco días a la semana en un centro ambulatorio (sin necesidad de hospitalización) durante un período de alrededor de seis semanas. Cada tratamiento dura sólo unos minutos.

El tratamiento en sí no es doloroso. La radioterapia se puede usar para reducir el tamaño de un tumor antes de la cirugía o para destruir las células cancerosas que queden en el seno, la pared del pecho o el área de la axila después de la cirugía.

Los principales efectos secundarios de la radioterapia son: inflamación y pesadez en el seno cambios parecidos a quemaduras del sol en el área tratada cansancio.

Estos cambios en el tejido y la piel del seno por lo general desaparecen en un período de 6 a 12 meses. En algunas mujeres, el seno se vuelve más pequeño y más firme después de la radioterapia. Por lo general no se administra radioterapia durante el embarazo porque puede ser dañina para el feto.

#### **3.9.1.4 Terapia hormonal**

El estrógeno (hormona femenina) puede aumentar el crecimiento de las células cancerosas del seno en algunas mujeres. Para contrarrestar este crecimiento, se administra un medicamento tal como el tamoxifen, que bloquea el efecto del estrógeno.

El tamoxifen se toma en píldoras (pastillas o tabletas), por lo general durante cinco años. Estudios recientes han mostrado con claridad que este medicamento ayuda a las mujeres con cáncer del seno en sus primeras etapas, independientemente de su edad.

Hay otros medicamentos que se usan a veces para bloquear los efectos del estrógeno. Asegúrese de hablar con su médico sobre los efectos secundarios de cualquier medicamento hormonal que esté tomando.

Otro medicamento, el raloxifene, bloquea también el efecto del estrógeno sobre el tejido y el cáncer del seno. Este se estudia actualmente para ver si puede reducir el riesgo de que una mujer desarrolle cáncer del seno. En la actualidad no se recomienda como terapia hormonal para mujeres que ya tienen cáncer del seno.

### **3.9.1.5 Trasplante autólogo de médula ósea o trasplante de células madres de sangre periférica**

Aunque es posible usar dosis muy altas de quimioterapia o de radiación para destruir las células cancerosas, tales tratamientos también destruyen las células madres productoras de sangre en la médula ósea de la paciente. El daño que sufren las células madres de la médula ósea disminuye el nivel de glóbulos blancos, lo que hace que la paciente resulte muy vulnerable a infecciones graves y hasta potencialmente fatales.

El trasplante de médula ósea, o el trasplante de células madres de sangre periférica, se puede utilizar para restaurar las células madres productoras de sangre de la paciente a un nivel saludable después de altas dosis de quimioterapia. En estos procedimientos, se extraen algunas células madres de la paciente antes de comenzar la quimioterapia. Las células madres se pueden tomar ya

sea de la sangre circulante (periférica) o de la médula ósea, y se devuelven a la paciente después del tratamiento. Las células madres se restablecen pronto, y restauran la capacidad del cuerpo para producir glóbulos.

El trasplante de células madres de sangre periférica ofrece algunas ventajas sobre el trasplante de médula ósea, porque el trasplante de células madres de sangre periférica puede utilizarse cuando las células cancerosas se han propagado a la médula ósea. En la mayoría de los casos, la células madres se puede obtener en un centro ambulatorio y la paciente no necesitará anestesia general. El trasplante de células madres de médula ósea o de sangre periférica se puede usar como terapia adyuvante en algunas mujeres con alto riesgo de recurrencia, o para el tratamiento del cáncer de seno avanzado. La eficacia de este tratamiento se sigue investigando. En este momento, estos procedimientos se hacen solamente como parte de un estudio clínico.

#### **3.9.1.6 Inmunoterapia**

El trastuzumab (Herceptin) es un medicamento que se une a una proteína promotora del crecimiento conocida como HER2/neu, la cual está presente en pequeñas cantidades en la superficie de las células normales del seno y en la mayoría de los tumores cancerosos del

mismo. Algunos tumores cancerosos del seno tienen una cantidad excesiva de esta proteína, por lo que tienden a crecer y a propagarse de forma agresiva. El Herceptin puede evitar que la proteína HER2/neu estimule el crecimiento de las células cancerosas del seno. También puede ayudar al sistema inmunológico a atacar el cáncer con más eficacia. El Herceptin suele empezar a usarse cuando la quimioterapia y/o la terapia hormonal estándar no resultan ya eficaces, pero actualmente se están llevando a cabo estudios clínicos para ver si se puede agregar al tratamiento con quimioterapia en una fase más temprana.

Los efectos secundarios de este medicamento son relativamente moderados; éstos pueden incluir fiebre y escalofríos, debilidad, náuseas, vómitos, tos, diarrea y dolor de cabeza.

## CAPITULO 4

### **PSICOONCOLOGIA**

#### **4.1 PARÁMETROS GENERALES DE LA INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL CÁNCER**

Junto a los conocimientos de oncología hay aportaciones de la inmunología, endocrinología, neurología, psicología y psiquiatría, que llevan a entender el cáncer como un proceso multifactorial.

El punto de encuentro de todas las especialidades anteriormente mencionadas es la subespecialidad denominada psicooncología, psicología oncológica u oncología psicosocial, que intenta poner al servicio de la prevención, explicación y tratamiento del cáncer todos los conocimientos obtenidos por el estudio de la influencia de los factores psicológicos en la aparición del cáncer conocido como psicoinducción y de las reacciones psicológicas del paciente canceroso, de su familia y del personal asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Comprende conocimientos, habilidades y técnicas psicológicas capaces de solucionar total o parcialmente, solas o en unión con las intervenciones bio-médicas, aquellas complicaciones psicológicas u orgánicas que se presentan en la evolución y tratamiento de la enfermedad.

#### **4 .2 ESTRATEGIAS MAS UTILIZADAS EN LA TERAPEUTICA DEL CANCER**

Las estrategias psicológicas que son más utilizadas que implican una intención terapéutica del cáncer, son las siguientes:

**Intervención en las distintas fases del proceso patológico**, con el objetivo de ayudar a afrontar el proceso en la paciente como en sus familiares.

**Cumplimiento de las prescripciones**, conseguir que la paciente siga lo más fielmente posible, los tratamientos y dietas prescritos por el médico y lograr que este adapte los mismos a las características psicológicas de cada paciente

**Adiestramiento de las enfermas en técnicas de afrontamiento psicológico de la enfermedad(coping)**, evitar en lo posible que la paciente caiga en estados de ansiedad y depresión, los cuales, además de ser intrínsecamente indeseables, pueden agravar la enfermedad.

**Entrenamiento del personal sanitario en la mejora de sus interacciones con los enfermos y en técnicas de afrontamiento**, para combatir su propia ansiedad y depresión, las cuales pueden repercutir negativamente sobre los enfermos.

**Selección y entrenamiento de personal voluntario,** que sirven de apoyo social y ayuda a las intervenciones médicas y psicológicas.

**Entrenamiento del personal médico y de enfermería,** dirigido al aprendizaje de habilidades para la relación terapéutica, así como dotar de estrategias para el manejo de situaciones problemáticas de la paciente oncológica y su familia.

**Colaboración en la resolución de problemas, tales como la comunicación del diagnóstico a la enferma o la preparación para la muerte en las pacientes terminales,** la preparación para muerte es inevitable en etapas terminales. Pero también es importante la preparación para la vida en aquellas personas que deben reintegrarse a una vida normal, tras haber padecido durante la enfermedad mutilaciones y déficit importantes.

**Colaboración en la solución de problemas modificables por medios psicológicos:**

- a) Náuseas y vómitos anticipatorios debidos al tratamiento biomédico administrado
- b) Dolor
- c) Ansiedad, depresión, insomnio, si no han podido evitarse

### **4.3 FASES A NIVEL PSICOLOGICO POR LAS QUE ATRAVIESA LA PACIENTE ONCOLOGICA EN EL PROCESO DE SU ENFERMEDAD**

Para entender en qué consiste la experiencia de enfermar debemos conocer la estructura psicológica, comprender qué significa para la paciente y su familia. Lo importante no es solo el trauma o la pérdida, si no la interpretación de la causa y el significado que tiene para la paciente.

La importancia psicológica de los defecto físicos, depende del grado de incapacidad y de los aspectos compensatorios, según el grado que estos presentan.

La paciente oncológica atraviesa por tres fases a nivel psicológico:

#### **4.3.1 Primera fase.**

La paciente debe comenzar a vivir con su enfermedad independiente al conocimiento o no de su diagnóstico.

#### **4.3.2 Segunda fase.**

Se inicia con la intervención quirúrgica y la radioterapia y/o quimioterapia.

#### **4.3.3 Tercera fase.**

La paciente vuelve a casa, inicia la readaptación familiar y la reincorporación a las actividades laborales y sociales.

#### **4.4 TRATAMIENTO Y SU INFLUENCIA EN LA ENFERMEDAD"**

Cuando se diagnostica una enfermedad maligna, se inicia el tratamiento lo antes posible porque si no el pronóstico es fatal. Dependiendo de la naturaleza del tumor, el tratamiento varía de acuerdo a la combinación de agentes quimioterapéuticos, intervención quirúrgica y radioterapia. Cuanto más complejo es el régimen terapéutico, más probablemente éste puede interferir en la rehabilitación emocional de la paciente<sup>33</sup> porque las recaídas pueden ocurrir durante o después del tratamiento, el pronóstico de la enfermedad empeora después de cada una de ellas. Durante el tratamiento hay una serie de amenazas que complican el futuro:

##### **4.4.1 La naturaleza mortal de la enfermedad**

Spinetta (1974) señala que cuando el paciente es consciente de la gravedad de la enfermedad, esta consciencia se asocia con un incremento de patologías o síndromes psicológicos.<sup>34</sup>

##### **4.4.2 Malestar físico.**

Una complicación importante es el malestar físico causado por el tratamiento, tales como dolor, debilidad y la misma enfermedad. El tratamiento del cáncer implica un conflicto, debido a la ansiedad y el dolor asociados a procedimientos médicos, las náuseas y vómitos de la quimioterapia, y la ansiedad condicionada asociada al tratamiento .

<http://www.geocities.com/CollegePark/Library/7893/III.htm>

<sup>33</sup> Katz, 1989

<sup>34</sup> Morrisey (1963a, 1963b), Knudson y Natterson (1960)

<sup>35</sup> Kellerman y Varni, 1982

#### **4.4.3 Cambios corporales**

Las pacientes que sufren el tratamiento del cáncer experimentan un número de cambios corporales, que pueden ser reversibles, tales como: ganancia o pérdida de peso, pérdida de pelo, úlceras bucales e incluso psicosis aguda, o permanentes, amputación, esterilidad, daño cerebral orgánico y anormalidades esqueléticas".

#### **4.4.4 Hospitalizaciones**

Se ha documentado que admisiones repetidas y a largo plazo en el hospital pueden causar una pauta específica de cambios emocionales", cuando la paciente es repetidamente hospitalizada, el hecho no solo se presenta como un alejamiento temporal sino también como un recordatorio de la separación final, se producen signos de conflicto, actitud pegajosa y desesperación."

#### **4.4.5 Cuidado ambulatorio de la paciente**

Varios autores recomiendan el tratamiento ambulatorio del paciente para reducir los efectos emocionales asociados con la hospitalización y para facilitar la vuelta a la familia, los amigos y la comunidad, mientras están todavía en tratamiento riguroso. Hacen hincapié en que la paciente vuelva a un estilo de vida tan normal como sea posible, dará una rehabilitación física y emocional con éxito."

<sup>26</sup> Kellerman y Varni, 1982

<sup>27</sup> Bowlby, 1969; Prugh y Eckhardt, 1975; Prugh, Staub, Sands, Kirschbaum y Lenihan, 1953; Robertson, 1970; Bozeman y cols., 1955; Friedman y cols., 1963; Hoffman y Futterman, 1971; Natterson y Knudson, 1960

<sup>28</sup> Bartholome, 1979; Kagen-Goodheart, 1977; Lucas, 1977; Pearse, 1977; Van Eijs, 1977a; Wilbur, 1975

#### **4 . 5 LA FAMILIA DE LA PACIENTE ONCOLOGICA**

La forma en que la enfermedad afecta al entorno familiar, será diferente según la estructura y dinámica interna de cada núcleo, su ubicación socio económica, nivel cultural y sobre todo dependerá de cual de sus miembros sea el enfermo, que rol juega o se le ha adjudicado dentro de la familia, de las fantasías, expectativas y ansiedades grupales que se le hayan otorgado. No es lo mismo, que el enfermo sea un niño, un adulto con hijos pequeños a su cargo, o un anciano.

Suele suceder que los miembros de la familia se sientan los causantes de la enfermedad de la paciente, generándose así en ellos fuertes sentimiento de culpa, por haber postergado o no haber apresurado la visita de ella al médico, por haberle suministrado alimentos malsanos, o por haberlas sometidos a privaciones o causado algún disgusto. Estos sentimiento de culpa, no siempre conscientes de los miembros de la familia, pueden estimular en ellos extensas y exageradas demostraciones de amor y preocupación que muchas veces no se fundamentan desde la realidad vital de estos sujetos.

En otras ocasiones los familiares pueden eludir el contacto con la paciente por que el acentuaría sus sentimientos de culpa y en consecuencia se configuran situaciones de abandono sumamente nocivas para ella, la cual se verá afectado por sentimientos de desolación que vendrán a sumarse a sus angustias y temores.

## CAPITULO 5

### *AFECTIVIDAD*

Las personas se comportan de determinada manera al verse afectadas por determinados estímulos, pues todas las personas odian y aman, se alegran y se entristecen, se enervan ante la crueldad y la injusticia, aprecian el arte y lo bueno. Esto es lo peculiar de la vida humana, dado que los seres humanos no son sólo organismos biológicos, sino también son dueños de un rico y maravilloso mundo interior que responde afectivamente.<sup>40</sup>

Según Egen Blener, la afectividad es aquel conjunto del acontecer emocional que ocurre en la mente del hombre y se expresa a través del comportamiento emocional, los sentimientos y las pasiones.'

La afectividad es el conjunto de sentimientos inferiores y superiores, positivos y negativos, fugaces y permanentes que sitúan la totalidad de la persona ante el mundo exterior.'

Existen varios tipos de vivencia afectiva: sentimiento, estado de ánimo y emoción. El más representativo y frecuente de ellos es sin duda el sentimiento. Sentimiento es todo estado pasivo del yo que se acompaña de una tonalidad agradable o desagradable. Según Max Scheller los sentimientos pueden clasificarse en:

---

Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

<sup>41</sup>Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

<sup>42</sup>Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

<sup>43</sup>Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

### ☑ **Sensoriales**

Son estados corporales localizados de tonalidad placentera o displacentera. Ej. el dolor.

### ☑ **Vitales**

Son estados corporales difusos que nacen en la corporalidad, como por ejemplo el aplanamiento, vitalidad.

### ☑ **Espirituales**

Son estados absolutos que nacen en la espiritualidad, como por ejemplo los sentimientos artísticos, metafísicos y religiosos.

### **a Psíquicos**

Son formas sentimentales reactivas ante el mundo exterior como pueden ser la tristeza, la alegría y el miedo. Dentro de los sentimientos psíquicos podemos distinguir los movimientos afectivos muy intensos y de presentación más o menos brusca que son los afectos, las emociones y las pasiones, y las disposiciones afectivas o estados de ánimo.

Los afectos son sentimientos positivos o negativos expresados hacia un objeto o que acompañan a una idea o a una representación mental como ser: amor, odio, celos, etc. Las emociones son reacciones negativas o positivas, de carácter brusco y de duración breve, que aparecen como respuesta ante objetos o acontecimientos externos o internos.

Por lo general, las reacciones emocionales tienen una influencia directa sobre la conducta del individuo por ej. pánico, miedo, cólera, etc. y se asocian a manifestaciones somáticas de tipo neurovegetativo.<sup>44</sup> Se dará una explicación más extensa en capítulo de emoción.

Las pasiones se diferencian de los afectos y de las emociones por ser de más larga duración y producen una deformación de las ideas del sujeto, dando así lugar a las ideas sobrevaloradas, ideas sobrecargadas de afectividad que ocupan el centro de la conciencia del sujeto y rigen su pensamiento y su conducta. El contenido de la idea sobrevalorada está en concordancia con el colorido de la pasión: celos, desconfianza, envidia, miedo, etc... Las ideas sobrevaloradas se transforman en ideas deliroides cuando se muestran irrefutables a la experiencia y a cualquier argumentación lógica.<sup>45</sup>

## 5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA AFECTIVIDAD"

### 5.1.1 Polaridad

Consiste en la contraposición de direcciones que pueden seguir de lo positivo a lo negativo. del agrado al desagrado, de lo justo a lo injusto, de la atracción a la repulsión.<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>45</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>46</sup> Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

<sup>47</sup> Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

### **5.1.2 La Inestabilidad y Fluctuación**

Es la posibilidad de variación constante que tenemos las personas frente a aquello con que se puede cambiar la dirección, además varían de significación en el mundo interior del sujeto debido a la relatividad de la mayor parte de ellos. Es decir es la facilidad con que las personas pasan de la exaltación por una causa que estima valiosa a su apagamiento, que se expresa como decepción ante la misma por algún rasgo que no estima satisfactorio para su expectativa."

### **5.1.3 Intensidad**

Es la fuerza con que nos impactan las experiencias afectivas, varían según los sujetos, según los tiempos, según los factores externos influyentes y también la capacidad de autocontrol de los individuos."

### **5.1.4 Repercusión Conductual y Organizada de Afectos**

Es la incidencia corporal que se manifiesta en cambios observables en el organismo que experimenta los afectos como por ejemplo cuando una emoción produce aceleración en el corazón, sudor en las manos, etc.

---

<sup>48</sup> Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

<sup>49</sup> Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

## 5.2 MANIFESTACIONES AFECTIVAS

Son estados complejos del organismo, generalmente generados por el elevado estado de alerta y sentimiento personal.

### 5.2.1 Emociones

En un sentido restringido, es una reacción afectiva que surge súbitamente ante un estímulo, duran un corto tiempo y comprende una serie de repercusiones psicocorporales, pueden ser estímulos que provocan emociones: una persona, una cosa, una circunstancia, un recuerdo, una imagen, un pensamiento, una acción voluntaria o involuntaria. La duración y la intensidad de la emoción depende del estímulo, del estado de ánimo del individuo, del estado de su organismo y de su personalidad.'

#### **Características de la Emoción:**<sup>52</sup>

☑ Obedecen a una realidad objetiva.

Su intensidad es alta pero su duración es corta.

**Su** aparición provoca cambios fisiológicos, psicológicos y psicósomáticos.

---

so Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

<sup>51</sup> Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

<sup>52</sup> Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

### 5.2.2 Sentimientos

Son procesos afectivos más o menos duraderos, que no conmocionan a nuestro ser psicobiológico con la intensidad con que lo sienten las emociones.

Los sentimientos positivos impulsan de un modo más constante y persistente al acercamiento, la búsqueda, la conservación y el disfrute de las personas. En tanto los sentimientos desagradables o negativos impulsan a comportarse en sentido contrario.<sup>53</sup>

#### **Características de los sentimientos:**

- ☑ Son subjetivos.
- ☑ Surgen poco a poco.
- ☑ Promueven conductas éticas elevadas.
- ☑ Fomentan el desarrollo del bien del otro.

---

<sup>53</sup> Francesc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

## C PITULO

### **EMOCION**

La emoción es una manifestación afectiva, como lo hemos visto anteriormente. Al utilizar este término, nos referimos a la reacción negativa o positiva de carácter brusco y de duración breve y aparece como respuesta ante objetos, situaciones o acontecimientos externos e internos.

El estudio del concepto de emoción parece poner de relieve sus características funcionales (es una respuesta relacionada con la adaptación) y dinámicas (es un proceso básico). El estudio del papel que juega la emoción en los procesos de salud y enfermedad es imprescindible en nuestro tiempo, habida cuenta de lo importante que resulta la adaptación continuada a las múltiples demandas y exigencias que impone una sociedad cada día más competitiva.<sup>54</sup>

"La palabra emoción significa literalmente estado de excitación o estremecimiento. Los psicólogos suelen distinguir tres componentes en cada emoción:

- ☑ Un sentimiento característico o experiencia subjetiva.
- ☑ Un esquema de estimulación fisiológica.
- ☑ Un esquema de expresión abierta.

El estudio de la emoción en tanto que proceso debe contemplar la estrecha interacción entre las dimensiones afectiva y cognitiva. La

---

<sup>54</sup> James, W. (1884). What is an emotion?. Mind, 9, 188-205.

emoción, como hemos comentado anteriormente, implica la concienciación subjetiva (sentimiento), implica una dimensión fisiológica (cambios corporales internos), implica una dimensión expresiva/motora (manifestaciones conductuales externas) e implica una dimensión cognitiva (funcionamiento mental). El objetivo tiene que ver con la movilización general del organismo para enfrentarse a una situación más o menos amenazante o desafiante.

## **6. 1 FUNCION DE LAS EMOCIONES**

Las emociones cumplen un papel central en la gestión de procesos de autoprotección y autorregulación del organismo frente a situaciones extremas. Estas funciones se pueden diferenciar de la siguiente forma:

- **Preparación para la acción:** las emociones actúan como un nexo entre los estímulos recibidos del medio y las respuestas del organismo. Las respuestas emocionales son automáticas y por tanto no requieren ningún tipo de raciocinio o de control consciente.
- **Delimitación del comportamiento futuro:** las emociones influyen en la asimilación de información que nos servirá para dar respuestas en el futuro a hechos similares. Dichas respuestas podrán ser de rechazo o de búsqueda de repetición del estímulo.

- Regulación de la interacción social: las emociones son un espejo de nuestros sentimientos y su expresión permite a los observadores hacerse a una idea de nuestro estado de ánimo.

## 6.2 CLASIFICACION DE LAS EMOCIONES

**Según William Wundt, pueden ser:**<sup>55</sup>

**Estéticas:** Aquellas que al producirse hacen intervenir al sistema nervioso simpático, afectando el funcionamiento de los órganos. Ejemplo: Hipertonia muscular, taquicardia, elevación de la temperatura.

**Asténicas:** Aquellas que al producirse hacen intervenir al sistema nervioso parasimpático, afectando al funcionamiento de los órganos. Ejemplo: Hipotonia muscular, bradicardia, palidez, enfriamiento.

**Según Mc Dougel pueden clasificarse en:**

**Primarias:** Vinculadas a los instintos como el miedo (vinculada al instinto de fuga) y la cólera (vinculada al instinto de agresión).

**Secundarias:** Son síntesis originales con caracteres propios, son de este tipo la envidia, la vergüenza, el desprecio, etc.

---

<sup>55</sup> Francisc Palmero. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo

**Derivadas:** Son emociones menos ligadas a las condiciones del momento, más vinculadas con las indicaciones y que presuponen actitudes previas, prospectivos y retrospectivas. Ejemplo: La alegría, la tristeza, la esperanza.

### 6.2.1 Emociones primarias

Dentro de las emociones primarias se consideran: la ira, el miedo, la alegría, el amor, la sorpresa, el disgusto, el interés y la tristeza.' Todas las emociones se relaciones con un conjunto de reacciones; por ejemplo:

- **La ira:** la sangre fluye hacia las manos facilitándose la utilización de armas o el propinar golpes contundentes. El ritmo cardiaco se eleva y se liberan hormonas como la adrenalina que disponen el cuerpo para la acción. La ira se asocia con la furia, el ultraje, resentimiento, cólera, indignación, fastidio, hostilidad y en extremo, con la violencia y el odio patológicos.
- **El miedo:** hay una redistribución de la sangre en las partes indispensables en las acciones evasivas; puede haber una paralización repentina mientras se analiza una respuesta adecuada, pero en suma, el cuerpo está en un estado de máxima alerta. El miedo se asocia con ansiedad, nerviosismo, preocupación, inquietud, cautela y en un nivel profundo, con fobia y pánico.

- **La alegría:** se inhiben sensaciones negativas o de intranquilidad. Parece que no hay reacciones fisiológicas relevantes, salvo una sensación de paz y calma corporal. Se asocia con placer, deleite, diversión, placer sensual, gratificación, euforia, éxtasis y en extremo, con manía.
- **El amor:** los sentimientos de ternura y la satisfacción sexual dan lugar a un despertar parasimpático ("respuesta de relajación" es un conjunto de reacciones en todo el organismo que generan un estado general de calma y satisfacción, facilitando la cooperación. Se asocia con aceptación, simpatía, confianza, amabilidad, afinidad, adoración y en casos patológicos puede conducir a la extrema dependencia.
- **La sorpresa:** el levantar las cejas en expresión de novedad o sorpresa permite ampliar el campo visual y que llegue más luz a la retina; esto ofrece más información sobre el hecho inesperado, facilitando cualquier análisis e ideando el mejor plan de acción.
- **El disgusto:** según lo ha sugerido Darwin, el gesto facial de disgusto aparece como un intento por bloquear las fosas nasales en caso de probar una sustancia desagradable o de que exista necesidad de escupirla.

- **La tristeza:** la tristeza tiene una función adaptativa en caso de una pérdida significativa. La tristeza desencadena una caída de la energía y el entusiasmo por las actividades de la vida, sobre todo las diversiones y los placeres; frena el metabolismo del organismo e induce al aislamiento y recogimiento. En casos muy profundos, la tristeza puede desembocar en depresión.
- **Interés:** tiene como función ayudarnos a centrar nuestra atención en un estímulo proveniente del medio al que bajo ciertas circunstancias, se asigna un valor de pertinencia.

### 6.2.2 Emociones secundarias

Las emociones primarias son automáticas y cumplen una función adaptativa y saludable dentro del organismo al ayudarnos a reaccionar inmediatamente frente a un estímulo.

Cuando estas emociones no son procesadas adecuadamente sufren una "mutación" y no son superadas, quedando convertidas en emociones secundarias. Es así como cada emoción primaria se asocia a una emoción secundaria:

- Ira - Rencor <violencia y odios patológicos>.
- Miedo - Ansiedad <fobia y pánico>.
- Amor - Dependencia.
- Alegría - Manía.

- Sorpresa - Ansiedad.
- La Tristeza - Depresión.
- Interés - Paranoia.

Dichas mutaciones en las emociones generan otras dimensiones en su comprensión: en las ondas externas se encuentran los estados de ánimo, que son más apagados y duran mucho más tiempo que la emoción primaria.

Más allá de los estados de ánimo se encuentra el temperamento, que se entiende como la prontitud para evocar una emoción o estado de ánimo determinado que hace que la gente sea melancólica, tímida o alegre. En un nivel más externo se encuentran la depresión y la ansiedad profundas, emociones secundarias de las que ya mencionadas.

### **6.3 INTENSIDAD DE LAS EMOCIONES**

Las emociones según su intensidad se clasifican como:

- Emociones situacionales. Tienen que ver con la deseabilidad
- Emociones de atribución. Tienen relación con el reconocimiento, función de aprobación o desaprobación.
- Emociones por atracción. Ligadas a la valoración, gusto o disgusto

## 6 . 4 EMOCION Y CANCER

Las emociones son reacciones adaptativas que despliega un organismo frente al cáncer de mama. Estas comprenden aspectos cognitivo-subjetivos, cambios fisiológicos y expresión motora. Las emociones negativas son aquellas en que el individuo experimenta malestar o desagrado debido a la patología.

Las emociones son procesos que se activan cada vez que el organismo detecta algún peligro o amenaza a su equilibrio. Implican respuestas más o menos intensas que tienen como objetivo preparar al organismo para enfrentarse a una determinada situación" , que en este caso para estas pacientes es de afrontamiento.

Sobre las reacciones emocionales se podrá ejercer diferentes grados de control. Las consecuencias que conlleva un excesivo control en la expresión de emociones negativas tiene repercusiones sobre la salud de los sujetos que exhiben este patrón emocional, más frecuente entre pacientes diagnosticadas con tumores malignos.

## CAPITULO

### **ALTERACIONES DEL ESTADO DE ANIMO**

Los trastornos del estado de ánimo tienen como característica principal la alteración del humor, el estado emocional interno de una persona, cambios en el nivel de actividad, funciones cognitivas, lenguaje y funciones vegetativas.

La Asociación Psiquiátrica Americana ha realizado una clasificación de estos trastornos y ésta es la más usada entre los profesionales de la salud mental. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), aparecen los siguientes":

#### **7.1 DISTIMIA**

Se denomina distimia a las acentuaciones del ánimo en una dirección determinada que suelen ser transitorias y que destacan por su intensidad anormal. <sup>59</sup> Es un estado de ánimo depresivo de larga duración (al menos dos años continuados) acompañado de otros síntomas del episodio depresivo mayor."

##### **7.1.1 Causas de la distimia**

Las distintas escuelas psicoanalíticas han explicado la manía como un mecanismo de defensa. Pero fuera del ámbito

<sup>58</sup> "DSM —IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (1995). Barcelona. Masson.

<sup>59</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>60</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

psicoanalítico *A. Beck* extendió su teoría de la depresión (*Beck, 1976; Leahy y Beck, 1988*).

En la manía los factores genéticos y biológicos están más implicados en su causalidad que los factores psicosociales.

Estos pacientes poseen actitudes disfuncionales rígidas, pero a diferencia de la depresión, exageran los factores positivos.

También *A. Beck* supone la existencia de un procesamiento distorsionado de la información. Así también pueden deberse a:

- La herencia genética (se trasmite en la familia).
- a Otras enfermedades.
- a Ciertos medicamentos.
- El uso de drogas o alcohol.
- ☑ Otros problemas mentales (psiquiátricos).

### **7.1.2 Síntomas de la distimia**

Debe presentar dos o más de los siguientes :

- a Pérdida o aumento del apetito,
- insomnio o hipersomnia,
- a falta de energía o fatiga,
- a baja autoestima,

- ▣ dificultades para concentrarse o tomar decisiones,
- ▣ sentimientos de desesperanza.

Estos síntomas se van convirtiendo poco a poco en una parte de la experiencia cotidiana (por ej. "Yo siempre he sido así, ésta es mi forma de ser"). Es por este motivo que es difícil su diagnóstico.

Aproximadamente el 6% de la población sufre de distimia. Las mujeres son dos o tres veces más propensas a padecerla. Puede comenzar en la niñez, adolescencia o adultez.

Sin embargo es un trastorno que aparece con más frecuencia en personas de mayor edad, y se observa un riesgo prácticamente doble en solteros que en casados, especialmente en el grupo de adultos (45-65 años). Por último, es casi dos veces más común que aparezca en ámbitos urbanos que rurales.

### **7.1.3 Clasificación de las distimias**

Las distimias más representativas en la clínica psiquiátrica son las siguientes:

#### **a Distimia maníaca**

En ella hay una exaltación de la vitalidad acompañada de sentimientos de regocijo, bienestar y euforia. También hay

sensaciones de gran capacidad y falta de fatiga así como hiperactividad, desinhibición y pensamiento acelerado. A veces adopta formas irritables llegando incluso a ser agresivas (en este caso recibe el nombre de manía iracunda) y puede dar lugar a formaciones delirantes.<sup>62</sup>

### **Distimia depresiva**

Se trata de un sentimiento de tristeza, desesperanza e infelicidad, o bien sensaciones de pobreza afectiva, desolación emocional, vacío interior y falta de interés. El sujeto siente un apagamiento o disminución de su energía y capacidades. En casos más graves el sentimiento profundo de tristeza es vivido como una anestesia afectiva, en la que el sujeto se queja de su imposibilidad de sentir las cosas, de que lo que ocurre a su alrededor no tiene resonancia afectiva alguna en él.<sup>63</sup>

**a** La distimia maníaca y la depresiva pueden presentarse de manera alternante en un sujeto formando la sintomatología básica de las psicosis maníaco-depresiva.<sup>64</sup>

Conviene aquí distinguir la distimia triste reactiva de la distimia triste vital. En la primera existe una relación temporal entre su aparición y la presentación previa de un acontecimiento traumatizante, con el que sigue una evolución paralela, y que se constituye en el contenido

<sup>62</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>63</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>64</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

fundamental de la vivencia de tristeza. Se trata de una distimia que cumple los requisitos de una reacción vivencial anormal. La distimia triste vital (o endógena) se caracteriza por ser un sentimiento a la vez vital y sensorial, que aparece de una forma autónoma y no obedece por tanto a los requisitos que prejuzgan la reacción vivencial.<sup>66</sup>

### **Distimia desconfiada**

Aquí el sujeto presenta sentimiento de recelo y suspicacia que motivan una conducta especialmente defensiva. Muy frecuente en cuadros paranoides y en esquizofrenias.<sup>66</sup>

### **Distimia perpleja**

En este estado de humor predomina el desconcierto, el pasmo, el asombro y además la indecisión, sentimientos que no siempre resultan fáciles de completar y que suelen venir determinados por alteraciones parciales de la conciencia o que suceden por choques emocionales.

### **Distimia de culpa**

Prevalecen en este cuadro sentimientos de culpabilidad extremos, patológicos (por su intensidad, duración y por su desconexión de la realidad) que solemos encontrar en cuadros depresivos y obsesivos. En depresiones pueden dar lugar a conductas suicidas.<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>66</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>67</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

### ☑ **Distimia disfórica**

Aquí predominan el mal humor, la irritabilidad, el enfado, etc..., y en general la disposición a la excitación. Cuando el mal humor se convierte en ira, constituye la distimia colérica, donde se producen amenazas, insultos, agresiones, pudiendo desembocar en una agitación psicomotriz.<sup>68</sup>

### ☑ **Distimia de angustia o de ansiedad**

Esta situación distímica es vivenciada como una amenaza de disolución del yo, y se presenta como un temor a morir, a enloquecer, o en su forma más general, como un temor ante la nada.<sup>69</sup>

Existe una angustia denominada existencial inherente a la propia existencia del individuo, del hecho mismo de vivir y controlable por éste. La angustia es patológica cuando es desencadenada por conflictos intrapsíquicos o cuando se da una respuesta exagerada a un estímulo mínimo.<sup>70</sup>

Aun cuando la angustia y la ansiedad se equiparan en muchas ocasiones, es posible identificar en ellas cualidades diferenciales. La angustia es vivida a nivel más visceral, concretándose en manifestaciones corporales del tipo de la opresión precordial o epigástrica, taquicardia y palpitaciones. **La ansiedad se manifiesta más**

---

<sup>68</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>69</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>70</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

frecuentemente a nivel de síntomas respiratorios, como la sensación de falta de aire, o la dificultad para respirar. La angustia es experimentada como una sensación de inmovilización expectante, mientras que la ansiedad se experimenta más como sensación de inquietud. Por último, en la angustia la vivencia de temor a la locura o la disolución del yo es lo habitual, mientras que en la ansiedad la vivencia psíquica se caracteriza por un temor indeterminado.<sup>71</sup>

#### ☑ Distimia de miedo

Se caracteriza por un estado afectivo intenso causado por la conciencia de un peligro que el paciente vive como una situación de inseguridad, la cual conlleva una inclinación a la fuga, la defensa o la inhibición.<sup>72</sup>

En el terror, en cambio, la sensación de amenaza es menos fuerte que en el miedo porque el objeto que lo desencadena aparece menos estructurado. Las situaciones de pánico distintamente se caracterizan por un descontrol que acompaña la conducta y la facilidad con que se comunican a los demás.<sup>73</sup>

La fobia es un miedo patológico e irracional a objetos, fenómenos o situaciones que no representan un peligro real para el sujeto. Este miedo puede ser controlado mediante las llamadas "maniobras de evitación", por las que, como su

---

<sup>71</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>72</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>73</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

nombre indica el paciente evita el contacto con el objeto fobígeno. Hay varias clases de fobias, pero las más frecuentes son la agorafobia y la claustrofobia que son respectivamente temor a los espacios abiertos y a los espacios reducidos.<sup>74</sup>

## **7.2 DEPRESION**

Es la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba. Se debe saber que la depresión es una enfermedad como puede ser la diabetes o la artritis, y no es solo una sensación de tristeza o de desánimo. Esta enfermedad progresa cada día afectando sus pensamientos, sentimientos, salud física, y su forma de comportarse.

La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad medica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Aproximadamente 1 de cada 20 personas, el doble de mujeres que de hombres la padecen actualmente.'

### **7.2.1 CAUSAS DE LA DEPRESION**

La depresión puede ser el resultado de muchas razones:

- ☑ La herencia genética (se trasmite en la familia).

---

<sup>74</sup> Autores: M. del Rojas Vidal y A. Coicou Coordinador: M. Camacho Laraña, Sevilla. LOS TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

<sup>75</sup> Johnson (1995). Revista "Psychology Bulletin" 117 (3)

Y se asocian a los secundarios :

- a** Sentir que no tiene energía, cansado, o al contrario, sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo.
- ☑ Sentir como que no vale nada o sentirse culpable.
- ☑ Que le aumente o disminuya el apetito o el peso.
- ☑ Tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
- ☑ Tener problemas para concentrarse, pensar, recordar, o tomar decisiones.
- ☑ No poder dormir, o dormir demasiado.

Además se asocian otros síntomas de tipo físico o psicológico, como pueden ser:

- ☑ Dolores de cabeza.
- ☑ Dolores generales por todas las partes del cuerpo.
- ☑ Problemas digestivos o gástricos .
- a** Problemas sexuales.
- ☑ Sentirse pesimista
- ☑ Sentirse ansioso o preocupado.

### 7.2.3 TIPOS DE DEPRESIÓN

- **Depresión severa.** Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y la depresión le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

- **Depresión moderada.** Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.
- **Depresión leve.** Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.

## 7.3 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

### 7.3.1 Causas del trastorno depresivo mayor

No existe una concepción unificada al respecto. Existen diferentes enfoques que explican las causas de la depresión, cada uno enfatiza un aspecto, pero las teorías más útiles parecen ser las que incluyen distintas variables. De esta manera, para explicar el proceso causal de la depresión se deben tener en cuenta diversos factores:

- Ciertas personas por poseer características específicas (bioquímicas, genéticas, de personalidad) son más vulnerables que otras a desarrollar un episodio depresivo ante la aparición de un factor estresante.
- Otras variables, como por ejemplo los esquemas (paquete de información, abstracción fruto de las experiencias previas), y los estilos de personalidad, explican cómo las

personas interpretan la realidad y responden emocionalmente ante la aparición de un factor estresante. Esta manera de ver las cosas tiene su origen en el contexto de las experiencias infantiles tempranas con las personas significativas, las que influyen en la manera de interpretar la realidad, de reaccionar emocionalmente y en sus conductas y competencias.

Por lo tanto, los acontecimientos estresantes son consecuencia de cómo las personas conducen su vida, antes y durante la depresión.

Esto hace referencia a las habilidades sociales y a la manera en que la persona afronta y resuelve sus problemas. Esta forma de manejarse frente a situaciones negativas o traumáticas, fue aprendida y adquirida a lo largo de su vida, es de fundamental importancia, dado que generalmente las personas deprimidas manifiestan cierta distorsión en sus interpretaciones. Muchas veces éstas sí son correctas, ya que realmente se encuentran frente a situaciones estresantes, pero fallan en la forma en que deciden resolverlas. Por ejemplo, los individuos que no tienen esperanzas de poder controlar la situación que atraviesan son más proclives a contraer depresión, en contraposición a los que poseen un estilo de afrontamiento más activo como: "Voy a ser capaz de lograrlo".

Una vez que las personas se encuentran deprimidas, este estado de ánimo sesga el resto de sus cogniciones (percepción, memoria, atención, atribución), facilitando de esta manera el mantenimiento de la misma por medio de círculos viciosos reforzantes.

Por ejemplo, al principio la persona deprimida demandará apoyo de sus seres queridos, pero esta demanda persistente llegará gradualmente a ser aversiva para ellos, quienes terminarán por apartarse y dejarla sola, confirmando de esta manera su valoración negativa sobre sí misma y reforzando el círculo vicioso.

Un último aspecto a tener en cuenta son los factores neuroquímicos, especialmente en aquellas depresiones endógenas o biológicas. Las causas se atribuyen a la modificación de las pautas de la neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico como resultado de la interacción de múltiples variables (factores constitucionales, evolutivos, interpersonales, ambientales).

### **7.3.2 Síntomas del trastorno depresivo mayor**

Los síntomas de la depresión incluyen:

- a un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día,
- pérdida de placer o interés en casi todas las actividades
- ▣ pérdida o aumento importante de peso o de apetito,

- insomnio o exceso de deseo de dormir,
  - lentitud o agitación física,
  - fatiga,
  - sentimientos de inutilidad o culpa excesivos,
- dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio o muerte.

Si una persona posee cinco o más de estos síntomas, y éstos le perjudican su vida diaria durante dos semanas, entonces esa persona tendría un diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor.

Si éstos persisten durante más de dos meses será diagnosticada con Trastorno Depresivo Mayor, episodio único. Pero si los episodios se repiten, es decir, si padece de dos o más de dos episodios depresivos mayores, entonces se trata de un Trastorno Depresivo Mayor Recidivante.

## **7.4 TRASTORNO BIPOLAR**

### **7.4.1 Síntomas de los trastornos bipolares**

Se caracteriza por uno o más episodios maníacos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

Es decir, el episodio maníaco se caracteriza por la presencia

de tres o más de los siguientes síntomas durante aproximadamente una semana:

- ☑ autoestima exagerada o grandiosidad,  
disminución de la necesidad de dormir,  
más hablador de lo habitual o verborreico,  
fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado,
- ☑ distraibilidad,
- ☑ aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora,
- ☑ implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.

El episodio depresivo mayor hace referencia a los siguientes síntomas que persisten durante más de dos semanas' :

- ☑ pérdida de placer o interés en casi todas las actividades.  
pérdida o aumento importante de peso o de apetito,
- ☑ insomnio o exceso deseo de dormir,
- a** lentitud o agitación física,  
fatiga,
- ☑ sentimientos de inutilidad o culpa excesivos,
- a** dificultad para concentrarse y
- ☑ pensamientos recurrentes de suicidio o muerte.

Esta alteración es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o actividades sociales habituales, o necesita hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás.

No existen demasiadas teorías psicológicas explicativas sobre los trastornos bipolares porque los factores genéticos y biológicos juegan un papel preponderante y además porque suponen solamente un 10% del total de los trastornos del estado de ánimo.'

## CAPITULO

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una noción experimentada frecuentemente por todos nosotros, y no siempre tiene un carácter patológico, ya que en numerosas circunstancias cumple una función adaptativa e incremento los mecanismos necesarios para enfrentar y solucionar situaciones conflictivas.

Por otro lado, puede ser un síntoma predominante dentro de los síndromes que constituyen los Trastornos de ansiedad, o ser un síntoma secundario en afecciones tales como la depresión o la psicosis.

En lo que ha sido denominada la "ansiedad normal", la persona responde en forma proporcionada a circunstancias amenazantes relativamente bien definidas, tales como la dificultad para encontrar un trabajo, problemas con la justicia, altercados con los compañeros de trabajo o los superiores, abandono o infidelidad por parte de un miembro de la pareja, ruina financiera, enfermedad o muerte de familiares o amigos, casamiento apresurado debido a un embarazo no previsto, etc.

La ansiedad patológica se caracteriza en cambio por una respuesta excesiva e inapropiado a una amenaza que con frecuencia es de difícil identificación. Esa dificultad para conocer su origen la hace

aun menos soportable para el paciente. En general éste busca la ayuda del médico cuando la ansiedad se vuelve intolerable debido a su severidad y persistencia. Esto lleva a un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

Lazarus (1976), tratando de superar las definiciones de ansiedad en términos de estímulo o respuesta, predominantes hasta esa fecha, la define como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. En estos términos, los procesos críticos de la relación medio-individuo son la evaluación cognitiva y el afrontamiento.

La evaluación cognitiva sería un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante o amenazante.

Afrontamiento sería el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresante y las emociones que ello genera.

La definición de Lazarus es un paso más en una dirección cada vez más aceptada: considerar la ansiedad no como una variable, sino referida a un cierto número de variables que la integran, y a un tipo particular de relaciones entre ellas. La ansiedad constituiría así un

campo, un conjunto de variables, algunas de ellas presentes en otros fenómenos psicológicos, dónde lo que interesa es su delimitación operativa, y la clase de relación que se produce entre sí. La ansiedad, en cualquier caso no sería identificable con ninguna de las variables, o relación particular entre ella, sino con el conjunto del sistema

Normalmente, la función de la ansiedad sería movilizar, activar, al individuo frente a situaciones consideradas amenazantes de forma que pueda neutralizarlas, abordarlas o asumirlas satisfactoriamente. En algunos casos, en función de la estrategia defensiva, puede actuar no como promotor de la acción sino como inhibidor.

Diversos autores<sup>79</sup> han tratado de establecer una función que exprese el paso de la activación saludable, favorecedora del rendimiento y la adaptación, a la patógena, generadora de inadecuación y enfermedades, estableciendo dicha curva a partir de covariaciones de diversas variables tales como grado de activación biológica, demanda/rendimiento biológico-conductual, capacidad de adaptación (coping), tiempo, etc

Si en algo están de acuerdo la práctica totalidad de autores y escuelas psicológicas es en vincular la ansiedad al concepto de amenaza, hasta el punto de que ésta se considera su elemento crítico definitorio más significativo.

---

<sup>79</sup> Yerkes-Dodson, 1908; Nixon, 1982; Ursin, 1982

Para entender el concepto de amenaza (dos veces expresado en la concisa definición de ansiedad de Lazarus y Folkman: amenaza y peligro , lo que indica su peso específico) en términos relacionales individuo-medio hay que preguntarse qué, por qué, cómo, algo es considerado así, es decir, por qué la amenaza es tal, qué amenaza la amenaza. Para comprender en todas sus dimensiones el concepto de amenaza, es imprescindible referirse a los planes de acción del individuo, a los logros y criterios de logro, al Status Quo y a su mantenimiento. Es decir, hay que considerar la acción humana con un sentido y un significado, dirigida a un fin y guiada por intenciones.

Básicamente, existe intención cuando un individuo actúa de forma persistente para lograr un objetivo, eligiendo diferentes medios y procedimientos, corrigiéndolos según su evolución y resultados, hasta dar por terminada la actividad. El ciclo consta, pues, de objetivos, opción de medios, persistencia, corrección y orden de parada.

Los actos intencionales se producen por las consecuencias que prevee el actor, aún cuando, al final, se produzcan otras. La anticipación pues juega un importante papel en la solución de problemas, o en su mantenimiento, y es decisiva en la ansiedad, donde la anticipación juega, también, un papel crucial.

Es pues, necesario, en el estudio de la ansiedad, apelar a la evaluación cognitiva para la evaluación, retroacción y corrección del

proceso. También a la representación como un conjunto de reglas, mediante las cuales se puede conservar aquello experimentado (aprendido) en diferentes acontecimientos: Podemos representar algunos sucesos por las acciones que requieren, mediante una imagen, mediante palabras o con otros símbolos. La representación provee de señales con valor predictivo, sobre cuya información el individuo dirige sus actos de acuerdo con los juicios anticipados que ha realizado sobre las consecuencias probables (Bandura 1986).

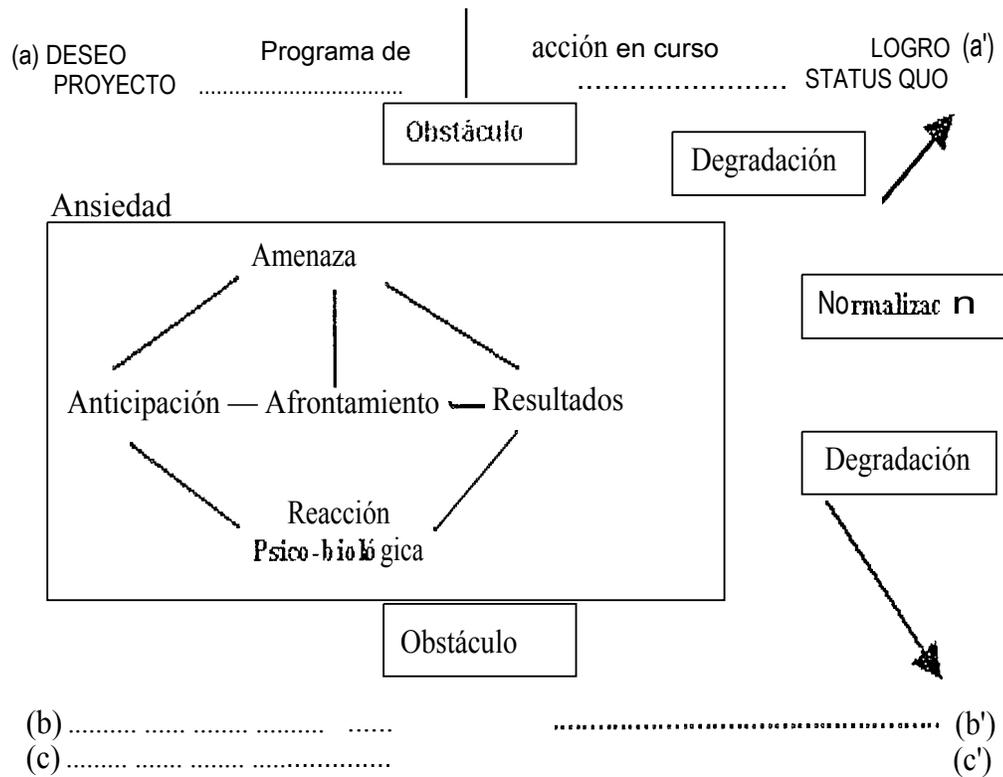
El afrontamiento efectivo de los riesgos que pudieran amenazar la consecución de los logros pretendidos por un programa de acción o el mantenimiento de los ya alcanzados o dados (Status Quo) que desean conservarse reduce la ansiedad o la desactiva.

Fernández Castro (1990), utiliza el término de Criterios Personales de Ajuste para referirse a las características que ha de tener el entorno, físico o social, para mantener la probabilidad de realizar la conducta actual en el futuro ; son condiciones continuas que se cumplen o no se cumplen (se está dentro o fuera del criterio) pero que siempre están presentes en el campo interconductual. Algunas personas quizás lo pueden verbalizar, pero muy posiblemente otras muchas personas no sean capaces de concretar cuáles sean sus propios criterios, aunque actúen según ellos.

La ansiedad tiene que ver con el estar, o mejor sentirse en riesgo. Cuando un daño, amenaza o pérdida se consuma afecta más bien al estado de ánimo. La ansiedad que pueda persistir se relaciona con

otras áreas en peligro, algunas de ellas como consecuencia de la consumación de la primera.

En la figura siguiente presentarnos un esquema de interrelación de variables operativas para el estudio de la Ansiedad, cuya definición sería la siguiente:



**Amenaza :** Se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han aparecido pero que se prevén y evalúan como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

**Anticipación:** Se refiere a un proceso cognitivo de evaluación sobre un acontecimiento que todavía no ha ocurrido, respecto del cual, el

individuo calcula posibles riesgos, cómo se producirán o no, y cómo podrían prevenirse o afrontarse.

Activación biológica: Sobre-activación y sobre-estimulación interna del organismo frente a una situación considerada amenazante.

Afrontamiento : Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como amenazantes, excedentes o desbordantes de los recursos del sujeto.

Resultados : Son las consecuencias adaptativas o no del afrontamiento, frente a la situación amenazante y que tiene repercusiones en estado-proceso afectivo, efectivo y fisiológico del organismo.

Factores como vulnerabilidad (Lazarus, 1984), auto eficacia (Bandura, 1986), susceptibilidad (Fernández Castro, 1991) y otros, pueden actuar como variables modales o disposicionales respecto de la ocurrencia y modo de relación entre las variables representadas en el modelo-esquema propuesto. Otras variables, serían de tipo situacional: predictibilidad, factores temporales, etc. (ver Lazarus, 1984). Su identificación, estudio y discusión son de gran interés para el conocimiento de la ansiedad, pero excede los límites de este trabajo.

La ansiedad, ya lo hemos dicho, no es asimilable ninguna de las variables, o relación particular entre ellas, sino con el conjunto del esquema.

El modelo que hemos presentado incluye una concepción de la ansiedad, como emoción, en línea con la idea de interrupción, es decir, aquella que entiende la emoción como consecuente a la interrupción (obstaculización o degradación en el esquema) de un programa de acción, y relativa a los reajustes que provoca.

El afrontamiento no efectivo intensifica la ansiedad. En la medida en que un proyecto o logro se degrada, y la activación fisiológica y psicológica alcanzan límites de trastorno, la ansiedad compromete, obstaculiza o degrada (amenazan en una palabra) la continuidad de otros planes o imbricados con ellos y en principio no problematizados, dando lugar, así, a un proceso de generalización, o reacciones en cadena, que retroalimentan la ansiedad negativamente, en tanto en cuanto el individuo ve sus recursos progresivamente más desbordados y su bienestar reducido o truncado en malestar.

## 8.1 CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) clasifica los Trastornos de ansiedad en: <sup>80</sup>

---

\*DSM-IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, Barcelona, 1995.

### **8.1.1 Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)**

Su característica esencial es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a los 6 meses. El paciente tiene dificultad para controlar este estado constante de ansiedad y de preocupación, que se acompaña de al menos tres de los siguientes síntomas:

- ☑ Inquietud
- ☑ Fatiga
- ☑ Dificultad para concentrarse
- ☑ Irritabilidad
- ☑ Tensión muscular
- ☑ Trastornos del sueño.

La persona no siempre reconoce que sus preocupaciones son excesivas, tiene dificultad para controlarlas y además éstas le provocan malestar subjetivo o deterioro en las esferas laboral, social y familiar.

Los síntomas del TAG pueden dividirse en psicológicos y fisiológicos o somáticos. Muchos de los últimos son manifestaciones de una hiperactividad del sistema simpatoadrenal. Dentro de los síntomas fisiológicos se incluyen los vinculados con las esferas cardiovascular, respiratoria, gastrointestinal, genitourinaria, cutánea, motora, metabólica y la alteración del ciclo sueño vigilia .

La prevalencia anual del TAG se sitúa en el 3%, mientras que su incidencia a lo largo de la vida llega al 4%.

Estudios epidemiológicos han mostrado también que el TAG es de aparición más frecuente en personas con experiencias negativas durante la infancia, tales como un mal desempeño en la escuela, la indiferencia por parte de los padres, el abuso sexual o físico o la pérdida de uno o de ambos padres. El TAG presenta con frecuencia comorbilidad con otros trastornos de ansiedad.

### **8.1.2 Trastorno de Pánico**

La característica esencial del Trastorno de pánico es la presencia de ataques (crisis) de pánico recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevos ataques de pánico y por sus posibles consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis (DSMIV)<sup>81</sup>. El Trastorno de pánico puede acompañarse o no de agorafobia.

La característica principal del ataque de pánico es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 11 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia en forma brusca y alcanza su máxima expresión en 10 minutos o menos,

<sup>81</sup> "DSM—IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales' (1995). Barcelona. Masson

acompañándose con frecuencia de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

La frecuencia y gravedad de los ataques de pánico varían ampliamente, algunos pacientes los presentan con una periodicidad moderada (por ej., una vez a la semana), pero regular desde hace varios meses. Otros describen breves salvas de crisis más frecuentes (por ej., diariamente durante una semana), separadas por semanas o meses sin padecer un sólo ataque de pánico.

El trastorno de pánico sin agorafobia se diagnostica dos veces más en mujeres que en hombres, mientras que esta relación es de 3 a 1 para el trastorno de pánico con agorafobia. La prevalencia del trastorno de pánico con o sin agorafobia se sitúa entre el 1.5 y el 3.5%. Las cifras de prevalencia anual oscilan entre el 1 y el 12%.

La edad de inicio del Trastorno de pánico varía considerablemente. Con frecuencia el trastorno se hace presente por primera vez entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida. Los estudios de seguimiento tienden a indicar que al cabo de 6 a 10 años de tratamiento la afección ha desaparecido en cerca del 30% de los pacientes; se observa una mejoría considerable en el 40 a 50% de los casos, mientras que el cuadro clínico sigue igual o ha empeorado en el 20 a 30% restante.

Con respecto a la presencia de un patrón familiar, los parientes de primer grado de los pacientes con un Trastorno de pánico tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de presentar esta afección.

### **8.1.3 Fobias**

Las fobias son miedos persistentes a un objeto o situación en particular que hacen que la persona los evite, suelen sentir ansiedad intensa, evitar situaciones que les puedan asustar, como sentir temor a las jeringas.

Otra fobia común es el miedo a los espacios pequeños, por lo que evitarán las pruebas que se realizan en espacios reducidos, como las exploraciones con imágenes de resonancia magnética (MRI).

### **8.1.4 Fobia social**

La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente a situaciones sociales o actuaciones en público, por el temor a que resulten embarazosas. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. El adolescente o el adulto que padece el trastorno reconoce que el temor resulta excesivo o irracional. En la mayoría de los casos las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivo de

evitación, o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

El diagnóstico queda establecido cuando el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria de la persona, sus relaciones laborales y su vida social o bien genera un malestar clínicamente manifiesto (DSMIV). En las personas menores de 18 años los síntomas deben estar presentes durante un período no menor a los 6 meses para poder diagnosticar una fobia social.

Las personas con fobia social experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (palpitaciones, temblor, sudoración, trastornos gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, rubor, confusión) en las situaciones sociales temidas. En los casos más severos, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios diagnósticos de un ataque de pánico.

La persona con fobia social evita como norma las situaciones a las cuales teme. Menos frecuentemente, se obligará a sí mismo a soportar estas situaciones, aunque a costa de una intensa ansiedad. Puede existir comorbilidad de fobia social con un trastorno de pánico con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, **trastorno del estado de ánimo**, farmacodependencia y trastorno de somatización.

Los estudios epidemiológicos indican que la fobia social es más frecuente en la mujer. Su prevalencia global oscila entre el 3 y el 11%. Estas cifras pueden variar dependiendo de los umbrales definidos para cuantificar los síntomas o la afectación de la actividad global de la persona y los tipos de situaciones sociales consideradas.<sup>82</sup>

La fobia social suele aparecer en el adulto joven, a veces con el antecedente de timidez o inhibición social. Su curso es habitualmente crónico. A menudo persiste durante toda la vida, en otros casos remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta.

### **8.1.5 Trastornos obsesivo-compulsivos**

Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo tienen pensamientos, ideas e imágenes persistentes (obsesiones) que vienen acompañadas de conductas repetitivas (compulsiones). Estos pacientes pueden ser incapaces de llevar a cabo un tratamiento efectivo de su enfermedad debido a que sus pensamientos y acciones interfieren con su capacidad de funcionar con normalidad.

Los trastornos obsesivo-compulsivos se tratan con fármacos y psicoterapia; es raro en pacientes con cáncer que no tuvieron un historial previo de los mismos antes de recibir el diagnóstico.

---

Helzer JE, Robins LN y McEvoy L. Posttraumatic disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. New England Journal of Medicine, 1987;317: 1630-1634.

### **8.1.6 Estrés**

Estrés, es "la respuesta no específica a toda demanda que se le haga", dicho con mucha simpleza esta implica la interacción del organismo con el medio ambiente ya sea este otro organismo o el medio que nos desenvolvemos, lo que nos podría llevar a definir el estrés según el estímulo, la respuesta o el concepto estímulo respuesta:

- ▣ El estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión.
- ▣ Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental.
- ▣ Estrés es una consecuencia de la interacción de estímulos ambientales y la respuesta idiosincrática del individuo.

### **8.1.7 Trastorno por estrés postraumático**

El diagnóstico de cáncer puede provocar que una persona reviva el trauma asociado a un evento estresante anterior. Las pacientes con cáncer que padezcan este trastorno podrían experimentar ansiedad extrema antes de la cirugía, quimioterapia, procedimientos médicos dolorosos o cambio de vendajes.

El estrés postraumático puede estar asociado a estados de ansiedad como un componente más del estado depresivo en pacientes oncológicas.

El impacto físico y psicológico de tener una enfermedad que pone en peligro la vida, de estar bajo tratamiento para el cáncer y de vivir con amenazas constantes a la integridad física y la autonomía constituyen experiencias traumáticas para muchas pacientes con cáncer. Ellas padecen regularmente dolor, fatiga, debilidad, náuseas y vómitos, además de someterse a menudo a procedimientos dolorosos, tóxicos e invasivos.

Las pacientes pueden ser hospitalizadas repetidamente, a veces por largos períodos, en ambientes extraños y engendrar un sentido de pérdida de control. Se trata con psicoterapia.

#### **8.1.8 Trastornos de ansiedad causados por otras condiciones médicas generales.**

Los pacientes con cáncer pueden experimentar ansiedad producida por otras condiciones médicas, los que experimentan dolores severos se sienten ansiosos pudiendo experimentar un incremento en la sensación de dolor. La aparición repentina de ansiedad extrema podría ser un síntoma de infección, neumonía o desequilibrio en la composición química del cuerpo.

También puede ocurrir antes de un ataque cardíaco o de tener un coágulo de sangre en el pulmón, venir acompañado de dolor en el pecho o dificultades para respirar. Una disminución de la cantidad de oxígeno que la sangre puede transportar también puede hacer que el paciente sienta que se está ahogando, lo cual puede causar ansiedad.

La ansiedad es un efecto secundario directo o indirecto de algunos medicamentos. Algunos fármacos la producen, mientras que otros causan intranquilidad, agitación, depresión, pensamientos suicidas, delirio, irritabilidad o temblores.

## **TERCERA PARTE**

### *III. MARCO PRACTICO*

#### *CAPITULO 9*

### **9.1 DETERMINACION DE INDICADORES. DE LA INVESTIGACION**

#### **9.1.1 Universo**

El universo de investigación esta constituido por pacientes que han sido diagnosticadas con Cáncer de mana, en el Hospital Obrero #, donde se tiene una incidencia del 23% con datos tomados desde 1996, cuando el numero de casos de pacientes con esta patología fue de 28, en 1997 fue de 25, en 1998 fue de 19, en 1999 fue de 20 casos, aunque estos datos son solo registros del Dr. Mollinedo.<sup>83</sup>

#### **9.1.2 Centro**

El Hospital Obrero N 1 de la ciudad de La Paz, fue fundado el 31 de Octubre de 1955, durante la presidencia del Dr. Victor Paz Estensoro, bajo la premisa de prestar servicios en medicina interna, cirugía, rehabilitación, laboratorio y consulta externa.

Actualmente el hospital cuenta con aproximadamente 500 camas y 800 empleados entre profesionales, para-médicos administrativos y de servicios; de los cuales 160 son

---

<sup>83</sup> Ver Anexos 11.1

especialista de alto nivel que acceden a dichos puestos por medio de su capacidad y méritos acumulados.

El Hospital Obrero N 1, cuenta con distintos servicios, entre los que podemos señalar : emergencias, consultorios externos en planta baja, cirugía y urología en el segundo piso, traumatología y cardiología en el segundo piso, pediatría y quemados en el piso cuarto, neurología en el quinto piso, ginecología y oncología (en planta baja) en el sexto piso y medicina interna en el séptimo piso.

El trabajo de investigación fue realizado en el Servicio de Oncología del Hospital Obrero #1 de la Caja Nacional de Salud. El servicio de oncología cuenta con un piso en planta baja con diez camas, ocho de ellas en un sala común y dos individuales, destinadas a los tratamientos de quimioterapia o a pacientes con sus sistemas inmunológicos muy bajos, También cinco camas en el sexto piso del edificio principal, además que se atienden pacientes de distintos servicios que tengan relación o complicaciones oncológicas.

El servicio de oncología del Hospital Obrero #1. No cuenta con los servicios de un profesional en psicología, que asuma dentro de este colectivo las tareas del soporte psicológico, desde el diagnóstico, hasta la curación o muerte del paciente.

Así también es importante recordar, lugar esencial que puede tomar el psicólogo en el diseño de la educación para la salud

pública y en las campañas de prevención y diagnóstico precoz. Si bien un equipo multidisciplinario no es exactamente un grupo operativo, sí se le parece bastante en su desenvolvimiento.

### **9.1.3 Determinación de la muestra**

Se seleccionaron 4 pacientes", hospitalizadas con diagnóstico de cáncer de mama, en etapa I de la enfermedad. Esta muestra utilizada es determinística, la cual corresponde a una elección directa de los sujetos con ciertas características específicas para la investigación. Se seleccionaron cuatro pacientes que padecen la enfermedad de Cáncer de mama, hospitalizadas en el servicio de Oncología del Hospital Obrero #1, comprendidas entre las edades de 41-50 años de edad.

### **9.1.4 Criterios de la muestra**

Se tomo en cuenta:

- ☑ Diagnostico orgánico, tomando en cuenta mujeres diagnosticadas con cáncer de mama
- ☑ Evolución, solo aquellas que se encontraban en Etapa I de la enfermedad a nivel orgánico.
- a Edad de 41 a 50 años de edad
- ☑ Nivel socio-económico medio-bajo.
- a Nivel educativo medio y superior.
- ☑ La actividad laboral desempeñada sea esta remunerada o no.

---

<sup>84</sup> Ver anexo II

Conocimiento del diagnóstico, las pacientes utilizadas en la presente investigación tenían conocimiento del estado de su enfermedad y del pronóstico de la misma.

## **9.2 IDENTIFICACION DE VARIABLES**

### **GRUPO 1**

#### **1.Variables emocionales**

- Emociones Primarias
- Emociones Secundarias
- Emociones Derivadas

#### **2.Variables afectivas**

- Sentimientos
- Sistema atribucional

#### **3.Variables de síntomas ansiosos**

- Síntomas somáticos
- Síntomas psíquicos

#### **4.Variables de síntomas depresivos**

- Síntomas somáticos
- Síntomas psíquicos

### **GRUPO 2**

#### **Variables exploratorias a nivel psicológico**

##### **A. Variables biológicas**

- Síntomas físicos

**B. Variables conductuales**

- Conducta manifiesta

**C. Cognición**

- Pensamientos
- Expectativas y metas

**D. Sexualidad**

- Relaciones sexuales

**E. Conocimiento del diagnóstico**

- Por terceros
- Impacto del diagnóstico

**F. Familia**

- Reacción ante la enfermedad
- Apoyo a la paciente

**G. Relación médico-paciente****H. Situación socio-económica**

- Nivel de educación
- Ingresos

**1. Terapia**

- Aporte en la adaptación de la paciente
- Soporte a la familia

## 9.3 FUENTES E INSTRUMENTOS DE OBTENCION DE INFORMACION

### 9.3.1 Escala de ansiedad de Hamilton<sup>85</sup>

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Esta versión constaba de 15 ítems inicialmente, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 10. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14.

Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Existe una versión española relativamente reciente realizada por Carrobes y cols en 1986.

Se trata de un instrumento clásico para valorar la severidad de la ansiedad y sobre todo su evolución a lo largo del tiempo. así como su variación tras el tratamiento 6, 7, 8. Puede utilizarse como un instrumento que mide la severidad de los ataques de pánico, con las salvedades anteriormente expuestas.

---

<sup>85</sup> [www.faes.es/faes/bipfaes/tests/](http://www.faes.es/faes/bipfaes/tests/)  
Ver Anexo IV A)

### **9.3.2 Inventario de ansiedad de Beck 86**

El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1.988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR) y The Anxiety Checklist (ACL).

Se trata de un inventario poco utilizado en nuestro medio, pero que podría ser útil para valoración de ansiedad junto a otras escalas y que se ha mostrado sensible al cambio tras la terapia. Por otra parte, se ha empleado con buenos resultados en el seguimiento evolutivo de pacientes con ataques de pánico.

### **9.3.3 Escala para la evaluación de la depresión de Hamilton<sup>77</sup>**

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 items, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 items. De ellos, los cuatro últimos no

---

[www.faes.es/faes/bipfaes/tests/](http://www.faes.es/faes/bipfaes/tests/)  
Ver Anexo IV B  
[www.faes.es/faes/bipfaes/tests/](http://www.faes.es/faes/bipfaes/tests/)  
Ver Anexo IV ID

son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y cols en 1984, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems.

Se trata de una de las escalas más ampliamente utilizada para valorar la intensidad de la depresión y, sobre todo, la respuesta al tratamiento, tanto en la monitorización del mismo como en ensayos clínicos de eficacia terapéutica. No tiene finalidad diagnóstica, y por tanto no es adecuada para el diagnóstico de las distintas categorías de la depresión.

La versión de 21 ítems (22 en la adaptación al castellano de Conde y Franch) no añade información adicional de interés para evaluar la intensidad / severidad del trastorno depresivo, por lo que en general se recomienda más la versión de 17 ítems.

### 9.3.4 Inventario de depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en nuestro país .

En 1979 Beck y cols. dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, el Beck Depression Inventory–II o BDI-II, del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano. Existen también dos versiones abreviadas de 11 y de 7 ítems, de menor difusión, y no validadas en nuestro medio.

Se trata posiblemente del cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de

la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja.

### **9.3.5 Escala de ansiedad—depresión en hospital**

La valoración psiquiátrica de pacientes hospitalizados suele ser difícil, ya que los síntomas somáticos característicos de ansiedad y depresión presentes en estos pacientes, pueden estar justificados por su dolencia física. Para obviar este inconveniente, Zigmond y Snaith (1983) diseñaron una escala que sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos.

La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Snaith, en colaboración con Bulbena A. y Berrios G., y ha sido validada por Tejero y cols (1986).

La HADS es una escala sencilla y de fácil aplicación, útil en pacientes médico-quirúrgicos para valorar el grado en que la enfermedad afecta a su estado emocional. Proporciona

medidas dimensionales de "malestar psíquico", mostrando una buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad física y con otras medidas dimensionales de calidad de vida. Puede ser utilizada para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a distintos tipos de intervenciones. Su validez para detectar enfermedad psiquiátrica definida es muy cuestionada.

Aunque se ha utilizado en otros ámbitos (pacientes psiquiátricos, población general, población consultante, ancianos, ...), no parece ser ésta una elección razonable ya que en estos casos otras escalas tienen mejor documentada su validez.

### **9.3.6 Cuestionario Multimodal**

Se utilizó también el Cuestionario Multimodal de Historia de Vida del Paciente del CPB (Clínicas Psicología y Bioretroalimentación) , el cual cuenta con varios ítems a evaluar, como ser la parte emocional, afectiva, cognitivo, social y sexual de las pacientes, este cuestionario cuenta con preguntas abiertas y cerradas, que están destinadas a obtener un perfil de lo que es la paciente oncológica.

También se utilizaron una serie de entrevistas retrospectivas e introspectivas y observaciones sistemáticas en base a indicadores psicológicos, durante el periodo de la investigación'

<sup>90</sup> Ver Anexo III

<sup>91</sup> Ver Anexo 1

## 9.4 TABULACION DE RESULTADOS

Una vez recolectados los datos, se procede al análisis de los mismo, realizando una descripción para posteriormente realizar un análisis estadístico y relacionar las variables, obteniendo un resultado por cada cruce de variable establecido. El procedimiento utilizado en la presente investigación se lo conoce como estadística descriptiva.<sup>92</sup>

### Método de centralización de datos

#### 9.4.1 Media Aritmética

Es la tendencia central más utilizada y se puede definir como el promedio aritmético de una distribución dada, siendo este obtenido de la suma de todos los valores dividida por el numero de casos , aplicable solamente a medicines por intervalos. <sup>93</sup>

En la presente investigación se utilizo la media aritmética para promediar los datos obtenido del "Cuestionario multimodal de Bioretroamilimentación"

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

---

<sup>92</sup> Ver Anexo V

<sup>93</sup> Ver Anexo V

## **9.5 ORGANIZACION DE LA INFORMACION**

Para la organización de la información se describieron los datos, valores y/ o puntuaciones obtenida para cada variable, haciendo uso de :

### **9.5.1 Tablas**

Tabla de distribución de frecuencias que son el conjunto de puntuaciones ordenadas en distintas categorías, en el caso de la presente investigación se obtuvo una tabla general de la clasificación de porcentajes de los instrumentos utilizados y diseñados para presente investigación."

### **9.5.2 Histogramas**

Es decir la utilización de diagramas de barra que son una variación de la manera de organizar las respuestas obtenidas mediante la aplicación de instrumentos, el cual representa la distribución de frecuencias en cada grupo o categoría de análisis."

## **9.6 INDICADORES OBTENIDOS**

### **9.6.1 Media aritmética**

La media aritmética se utilizo.<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> Ver Anexo VIII

<sup>95</sup> Ver Anexo VII

<sup>96</sup> Ver Análisis de Datos

- Para obtener el promedio de los resultados de las cuatro pacientes utilizadas en la investigación.
- Para promediar las frecuencias de respuestas por categorías.
- Para obtener la media entre variables y comparar los resultados entre las mismas.

### 9.6.2 Diferencia entre el máximo y el mínimo de cada variable

Para obtener la variación de respuestas por variables de investigación asociadas en cuatro categorías .

## 9.7 CRUCE DE VARIABLES

<b>Variables de investigación</b>		<b>VARIABLE INDEPENDIENTE CANCER DE MAMA</b>	<b>VARIABLE DEPENDIENTE ALTERACIONES AFECTIVO EMOCIONALES</b>
<b>VARIABLES GRUPO I</b>	Emoción	x1	X2
	Afectividad	X3	X4
	Síntomas ansiosos	X5	X6
	Síntomas depresivos	X7	X8
<b>VARIABLES GRUPO 2</b>	Variables exploratorias a nivel psicológico	X9	X10

## 9.8 DESCRIPCION DEL CRUCE DE VARIABLES

X1. El cáncer de mama provoca efectos directos sobre la emoción.

X2. Las reacciones emocionales provocan alteraciones a nivel afectivo emocional.

X3. El cáncer de mama provoca efectos a nivel afectivo.

X4. El sistema atribucional en las pacientes con cáncer puede provocar alteraciones psicológicas a nivel afectivo-emocional.

X5. El cáncer de mama provoca sintomatología ansiosa, a raíz de la implementación del tratamiento médico.

X6. Los síntomas ansiosos tienen efectos a nivel afectivo emocional en las pacientes con cáncer de mama, en etapa 1 de la enfermedad.

X7. El cáncer de mama provoca a raíz del tratamiento médico alteraciones del estado de ánimo.

X8. Síntomas depresivos provocan alteraciones a nivel afectivo emocional.

X9. El cáncer de mama genera alteraciones importantes en distintas áreas a nivel psicológico.

X10. Ciertas variables psicológicas pueden exacerbar las alteraciones a nivel afectivo emocional.

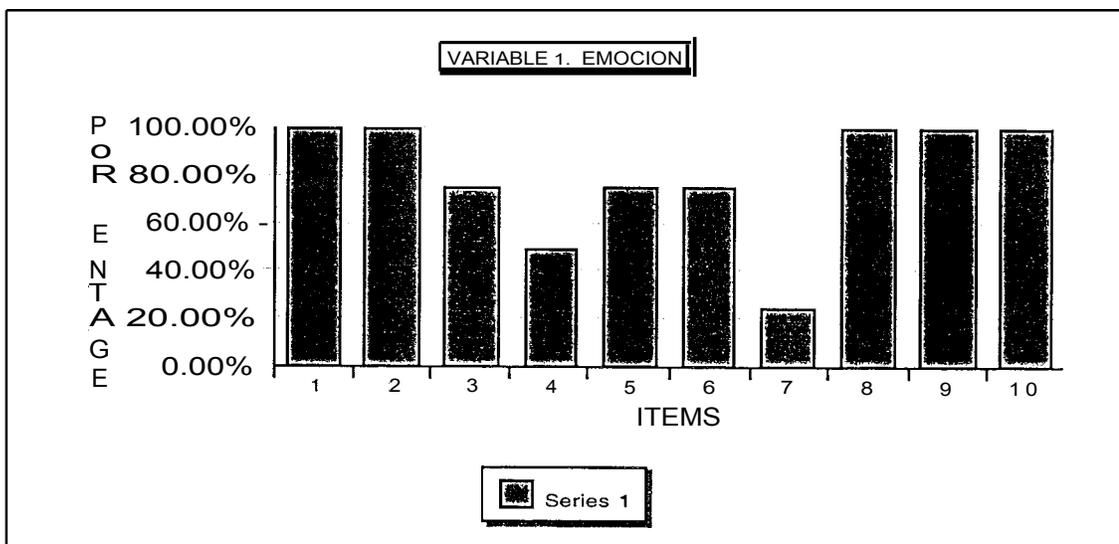
## 9.9 ANALISIS DE DATOS

### GRUPO I

#### VARIABLE 1

**1. Como resultado de la patología del cáncer de mama se presentan reacciones emocionales.**

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
1 Cuando usted pierde el control de sus sentimientos?	3	3	3	3	12/12	1
2 Que tan emocional es usted?Que tan profundo siente las coas?,Es apasionada?	3	3	3	3	12/12	1
3 Pierde el control		3	3	3	9/12	0.75
4 Intentos suicidas		3		3	6/12	0.5
5 Impulsivo		3	3	3	9/12	0.75
6 Explosivo		3	3	3	9/12	0.75
7 Poco asertivo		3			3/12	0.25
8 Sentimientos de depresión	3	3	3	3	12/12	1
9 Mecanismos de indefensión	3	3	3	3	12/12	1
10 Aaresivo		3	3		6/12	1
<b>MEDIAS</b>	<b>12/30</b>	<b>30/30</b>	<b>24/30</b>	<b>24/30</b>	<b>22.5/30</b>	<b>0.75</b>

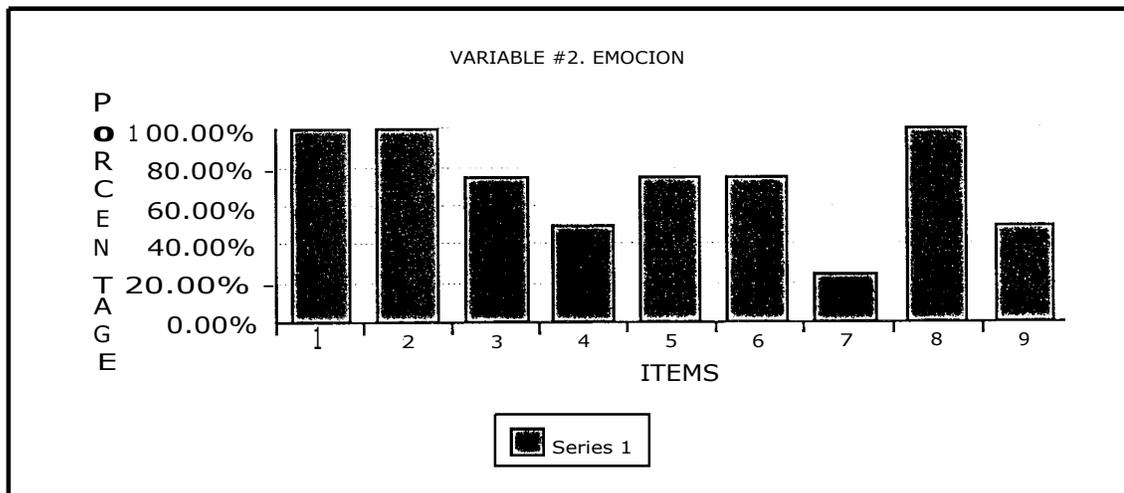


Las reacciones emocionales más comunes son la perdida de control ante situaciones estresantes, de tristeza, ira y se consideran así mismas tremendamente emocionales. Nos da un indicador total de 75, Las pacientes reportan perdida de control, sentimientos de depresión, así como se encuentran presentes mecanismos de indefensión.

## VARIABLE 2

### 2. Las reacciones emocionales provocan alteraciones a nivel afectivo emocional.

#	ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
1	Tiene alguna preocupación sobre su salud física?	3	3	3	3	12/12	1
2	Se siente ansioso o deprimido después de perder el control?	3	3	3	3	12/12	1
3	Pierde el control		3	3	3	9/12	0.75
4	Intentos suicidas		3		3	6/12	0.5
5	Impulsivo		3	3	3	9/12	0.75
6	Explosivo		3	3	3	9/12	0.75
	Poco asertivo		3			3/12	0.25
8	Sentimientos depresivos	3	3	3	3	12/12	1
9	Sentimientos de agresividad		3	3		6/12	0.5
	<b>MEDIAS</b>	9/27	27/27	21/27	21/27	19.5/27;	0.72

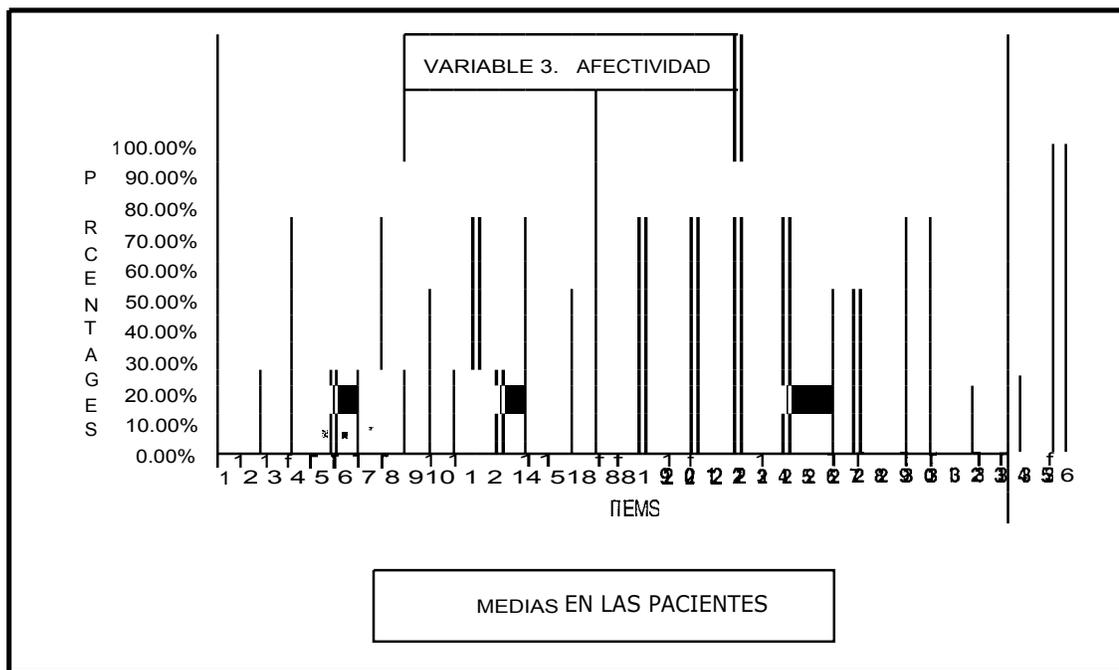


Las pacientes reportaron una gran preocupación por su estado físico-orgánico, la mayoría de ellas inclusive llegan a perder el control mostrando agresividad, ira o explosividad. Se presentan síntomas depresivos y síntomas ansiosos que inciden directamente en el estado de ánimo de las pacientes. El indicador obtenido en este análisis es de 72.

### VARIABLE 3

### 3. Niveles de afectividad bajos puedan presentarse en las pacientes con cáncer de mama.

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	%
1 Indeseable		1	1		2/4 0.5
2 Desconcertada	1	1	1		3/4 0.75
3 Estúpida		1			1/4 0.25
4 Incompetente				1	1/4 0.25
5 Fea	1	1		1	3/4 0.75
6 Confusa	1		1		2/4 0.5
7 Indecisa		1			1/4 0.25
8 Quejumbrosa		1			1/4 0.25
9 Desesperanzada		1	1	1	3/4 0.75
10 Averaonzada		1	1		2/4 0.5
11 Conflictuada		1			1/4 0.25
12 Intranquila	1	1	1	1	4/4 1
13 Sola	1	1	1	1	4/4 1
14 Envidiosa					0/4 0
15 Aburrida		1	1	1	3/4 0.75
16 Asustada		1	1	1	3/4 0.75
17 Celosa	1	1		1	3/4 0.75
18 Desamparada		1	1	1	3/4 0.75
19 Culpable		1	1		2/4 0.5
20 Infeliz	1	1	1	1	4/4 1
21 Haraana					0/4 0.75
22 Inútil		1			1/4 0.25
23 Deshonesta					0/4 0
24 Sensible		1	1	1	3/4 0.75
	8/24	19/24	13/24	11/24	12.8/24 0.53

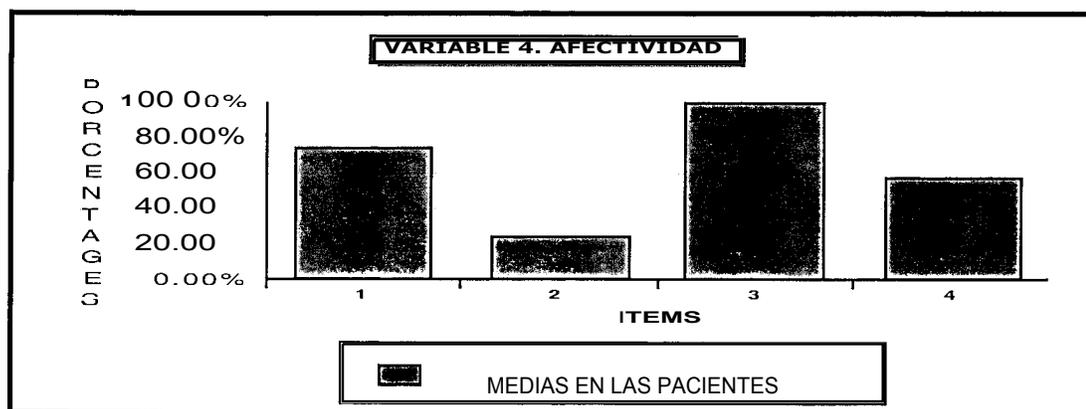


Si bien existen efectos a nivel afectivo estos no son muy severos, tenemos un indicador de 53%. La mayoría de las pacientes mostraron niveles bajos de autoestima aunque esta es positiva, a nivel de autoimagen podemos decir que es negativa esto puede deberse al resultado de la cirugía. La mayoría de las pacientes reportaron sentirse solas, infelices y además sus niveles de sensibilidad han bajado.

## VARIABLE 4

### 4. Sistema atribucional en los pacientes con ca. de mama.

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
1 Auto imagen	3	3		3	9/12	<b>0.75</b>
2 Auto estima	3				3/12	<b>0.25</b>
3 Cree que la cirugía y el haberle extirpado el seno influye en su estado de ánimo?	3	3	3	3	12/12	1
4 Se siente capaz de superarlo?	2	2	2	1	7/12	<b>0.58</b>
	<b>11/12</b>	<b>8/12</b>	<b>5/12</b>	<b>7/12</b>	<b>7.75/12</b>	<b>0.64</b>

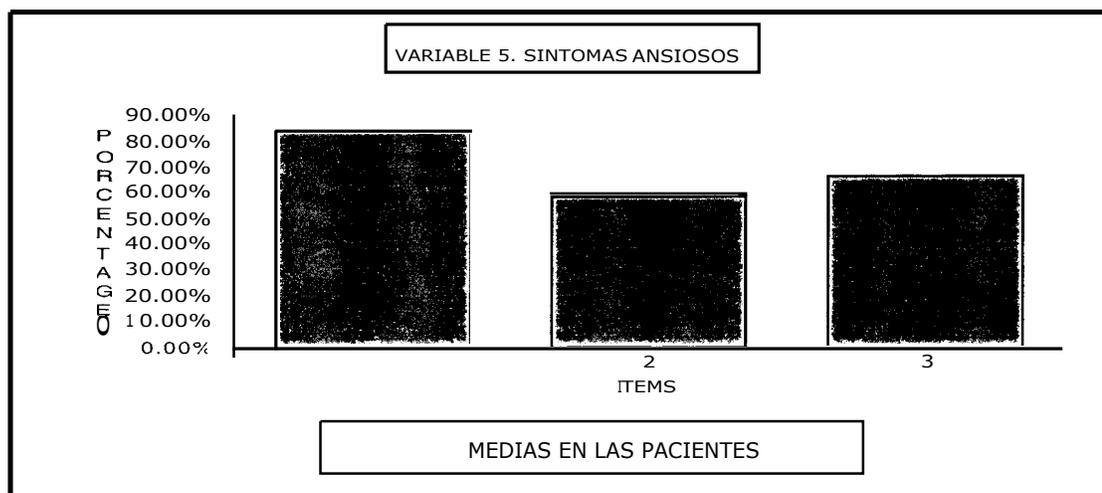


El sistema atribucional, más propiamente la auto imagen y la autoestima se ven afectadas y pueden provocar alteraciones en el estado de ánimo, siendo las mamas símbolos de la feminidad. También se observan problemas de ansiedad, muchas veces debido a falta de participación activa en el tratamiento. El indicador obtenido es de 64%.

## VARIABLE 5

**5. Los antecedentes trastornos ansiosos previos a la enfermedad pueden ser factores determinantes para explicar mejor los estados de ansiedad durante la situación actual.**

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	%	
1 Ha sufrido alguna alteración nerviosa	3	1	3	3	10/12	0.83
Ha sufrido algún trastorno psicológico antes de contraer la					0/4	
2 enfermedad de cáncer	2					0.58
3 Cuando usted pierde el control de	1			1	4/4	0.66
MEDIAS	6/9	3/9	5/9	4/9	4.5/9	0.5

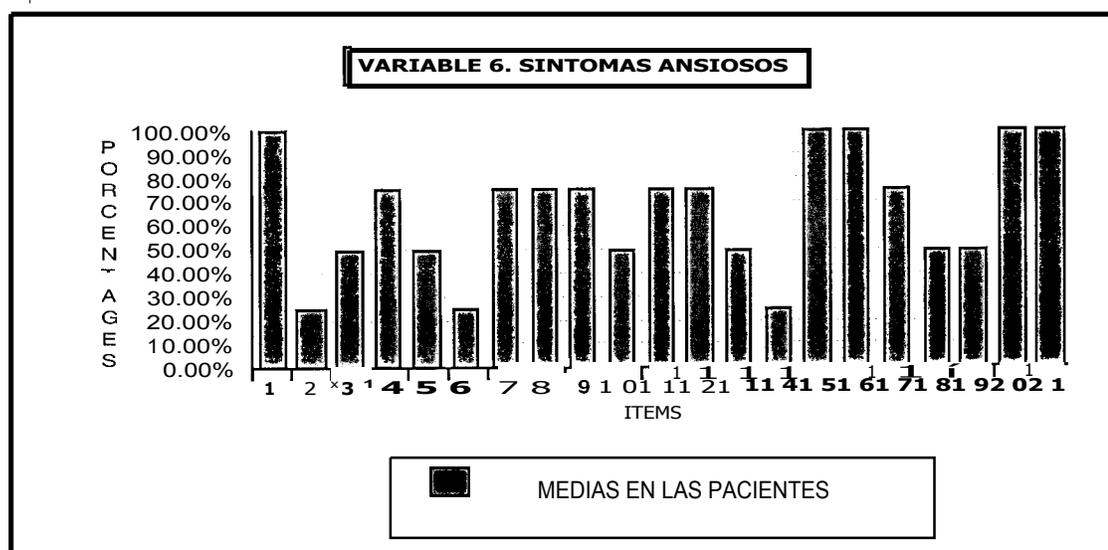


Vemos que las pacientes no reportan haber sufrido alteraciones nerviosas o algún tipo de trastorno psicológico antes de haber sido diagnosticadas con cáncer de mama. El indicador obtenido en este punto es de 50%. Algunas pacientes reportan cierta ansiedad y también pérdida del control cuando son sometidas al tratamiento.

## VARIABLE 6

### 6. Niveles de ansiedad elevados pueden presentarse en las pacientes con cáncer de mama, incidiendo a nivel afectivo.

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
1 Al ir a los exámenes sintió miedo	1	1	1	1	4/4	1
2 Come poco			1		1/4	0.25
3 Demora en actuar		1	1		2/4	0.5
4 Describe cualquier intervención	1		1	1	3/4	0.75
5 Desmayos			1	1	2/4	0.5
6 Despierta muy temprano				1	1/4	0.25
7 Evitación	1	1		1	3/4	0.75
8 Fatiga		1	1	1	3/4	0.75
9 Fuma Nervioso	1	1	1		3/4	0.75
10 Imágenes de daño	1	1			2/4	0.5
11 Imágenes de sufrimientos	1	1	1		3/4	0.75
12 Ojos llorosos	1		1	1	3/4	0.75
13 Palpitaciones		1	1		2/4	0.5
14 Poco asertivo		1			1/4	0.25
15 Recibió tratamiento de quioterapia?	1	1	1	1	4/4	1
16 Siente dolor	1	1	1	1	4/4	1
17 Sudoración		1	1	1	3/4	0.75
18 Temblores		1	1	1	2/4	0.5
19 Tensión		1	1		2/4	0.5
20 Tiene alguna preocupación sobre su	1	1	1	1	4/4	1
21 Se siente capaz de afrontar la	1	1	1	1	4/4	1
MEDIAS	11/21	16/21	17/21	13/21	0.5	0.68

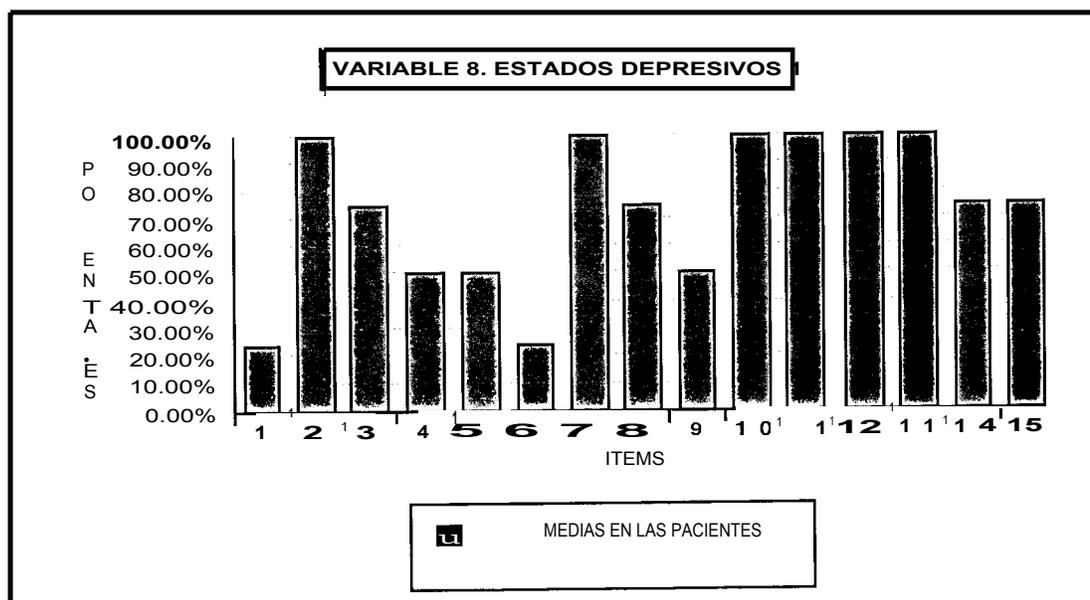


Las pacientes muestran niveles de ansiedad altos, con un indicador de 67%, con síntomas como labilidad emocional, miedo y fatiga.

## VARIABLE 8

### 8. Los síntomas depresivos pueden causar o desarrollar alteraciones psicológicas en el proceso de la enfermedad.

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
1 Come poco			1		1/4	0.25
2 Soñolencia	1	1	1	1	4/4	1
3 Ojos llorosos	1		1	1	0.75	0.75
4 Demora en actuar		1	1		2/4	0.5
5 Intentos suicidas		1		1	2/4	0.5
6 Poco asertivo		1			1/4	0.25
7 Llorar	1	1	1	1	3/4	1
8 Imágenes de sufrimientos	1	1	1		3/4	0.75
9 Imágenes de daño	1	1			2/4	0.5
10 Depresión	1	1	1	1	4/4	1
Tiene mucho interés en las cosas que					4/4	
1 1 suele hacer?	1	1	1	1		1
1 2 Se ríe de buena gana?	1	1	1	1	4/4	1
1 1 Se siente de buen humor?	1	1	1	1	4/4	1
1 4 Se siente generalmente optimista	1	1	1		3/4	0.75
1 5 Se siente usted deprimido/a? (DEL 1	1	1		1	3/4	0.75
<b>MEDIAS</b>	<b>11 / 15</b>	<b>11 / 15</b>	<b>11 / 15</b>	<b>10 / 15</b>	<b>10.2</b>	<b>0.72</b>



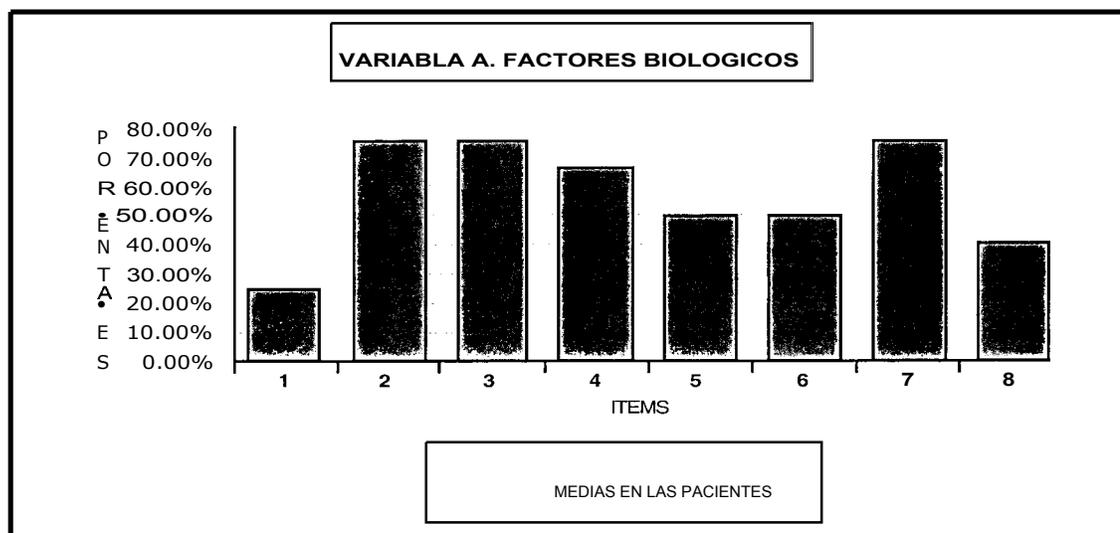
Las pacientes muestran altos niveles de depresión, con un de 75, con índices de melancolía altos, ojos llorosos, labilidad emocional, actitudes pesimistas y estados deprimidos en general.

## **VARIABLES DEL GRUPO II**

### **VARIABLE A**

#### **A. Factores biológicos pueden ser determinantes en la etiología del cáncer de mama.**

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
1 Consumía muchas grasas antes de adquirir la enfermedad?	3		1		1/4	0.25
2 Algún miembro de su familia padecía o padeció de cáncer?		1	1	1	4/4	0.75
4 Fumaba o consumía sustancias tóxicas?	3		1	1	0.75	0.75
5 Edad del primer periodo menstrual	2	1	1		2/4	0.66
6 Es o era regular su periodo?	3	1		1	2/4	0.5
7 Duración de su periodo	1	1			1/4	0.5
8 Edad	3	1	1	1	3/4	0.75
8 Describa cualquier intervención que hubiese tenido.		1			3/4	0.41
<b>MEDIAS</b>	<b>15 / 22</b>	<b>13 / 22</b>	<b>15 / 22</b>	<b>18 / 22</b>	<b>15.2 /</b>	<b>0.69</b>

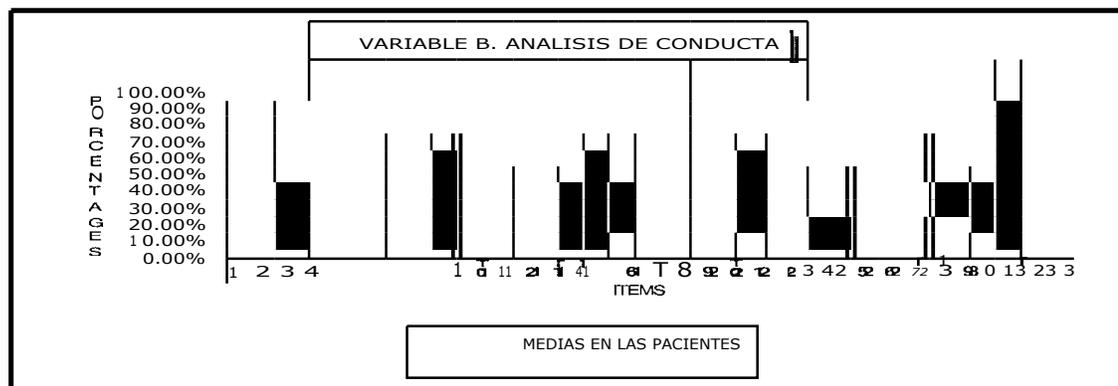


La mayoría de las pacientes muestran que ciertos factores que pueden ser determinantes en la etiología del cáncer estaban presentes en ellas, tales como: consumo de altas cantidades de grasas, de tabaco, y también antecedentes de familiares con esta patología. El indicador obtenido en estos items fue de 69.

## VARIABLE B

### B. Análisis a nivel de conducta

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
1 Adormecimiento	1	1	1		3/4	0.75
2 Boca seca	1	1	1	1	4/4	1
3 Calambres	1		1		2/4	0.5
4 Desmayos			1	1	2/4	0.5
5 Despierta muy temprano				1	1/4	0.25
6 Diuréticos			1		1/4	0.25
7 Dolor abdominal	1		1	1	3/4	0.75
8 Dolor al orinar			1	1	2/4	0.5
9 Dolor de cabeza		1	1	1	3/4	0.75
10 Dolor de espalda	1		1	1	3/4	0.75
11 Dolor menstrual				1	1/4	0.25
12 Ojos llorosos	1		1	1	2/4	0.5
13 Palpitaciones		1	1		2/4	0.5
14 Picazón		1	1		2/4	0.5
15 Problemas estomacales		1	1	1	3/4	0.75
16 Problemas intestinales			1	1	2/4	0.5
17 Problemas visuales		1	1	1	3/4	0.75
18 Retorciones			1		1/4	0.25
19 Soñolencia	1	1	1	1	4/4	1
20 Sonrojarse	1	1	1		3/4	0.75
21 Sudoración		1	1	1	3/4	0.75
22 Temblores		1	1	1	3/4	0.75
23 Tensión		1	1		2/4	0.5
24 Tics		1			1/4	0.25
25 Aaresivo		1	1		2/4	0.5
26 Escape con una aran activación		1			1/4	0.25
27 Evitaciones fóbicas					1/4	0.25
28 Explosivo		1	1	1	3/4	0.75
29 Fuma		1	1		3/4	0.75
30 Intentos suicidas		1		1	2/4	0.5
31 Llorar		1	1	1	4/4	1
32 Pierde el control		1	1	1	3/4	0.75
33 Usa droaas					1/4	0.25
<b>MEDIAS</b>	<b>11/33</b>	<b>20/33</b>	<b>27/33</b>	<b>19/33</b>	<b>19/33</b>	<b>0.58</b>

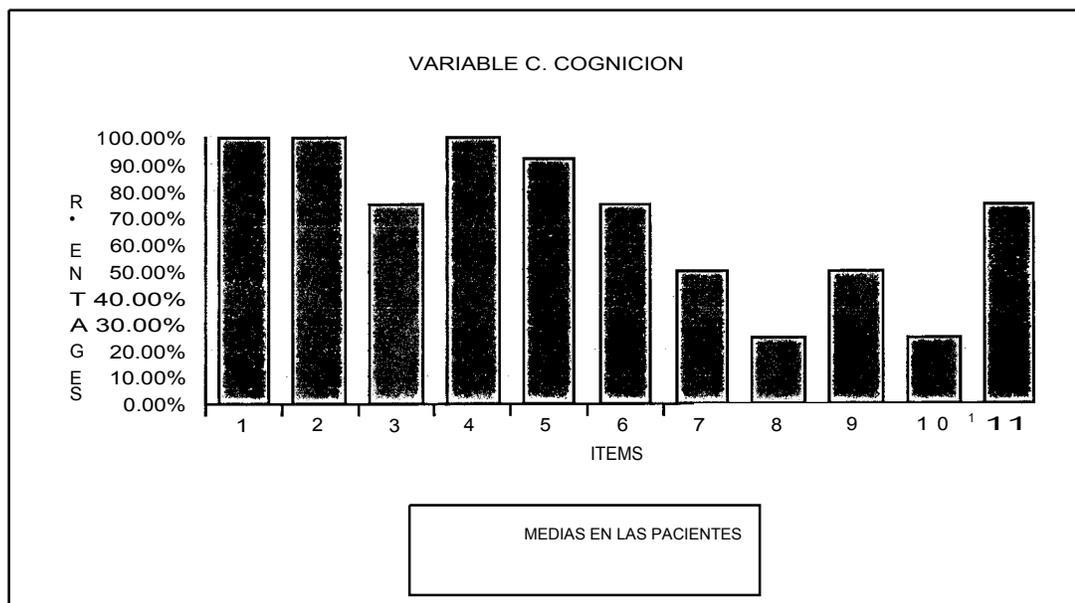


Se presentan alteraciones a nivel conductual con un indicador de 58, con síntomas más comunes el dolor abdominal, perdida del control, consumo de cigarrillos, etc.

## VARIABLE C

### C. Alteraciones a nivel cognitivo

#	ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	
1	Cuanto espero para ser atendido en el servicio	1	1	1	1	4/4	1
2	Tiene alguna preocupación sobre su salud física?	1	1	1	1	4/4	1
3	Describa cualquier intervención quirúrgica que usted hubiese tenido	1		1	1	3/4	0.75
4	Describa en sus propias palabras, la naturaleza de sus problemas?	2	3	3	3	12/12	1
5	Estime la severidad de su o sus problemas?	3	2	3	3	11/12	0.92
6	Imágenes de sufrimientos	1	1	1		3/4	0.75
7	Imágenes de daño	1	1			2/4	0.5
8	Pensamientos automáticos		3			3/12	0.25
9	Catastroficación	3		3		6/12	0.5
10	Visión de túnel		3			3/12	0.25
11	Fijaciones específicas con generalizaciones conclusivas de daño. Existe irracionalidad.	3	3	3		9/12	0.75
	<b>MEDIAS</b>	<b>16/23</b>	<b>21/23</b>	<b>16/23</b>	<b>9/23</b>	<b>15.5/23</b>	<b>0.67</b>



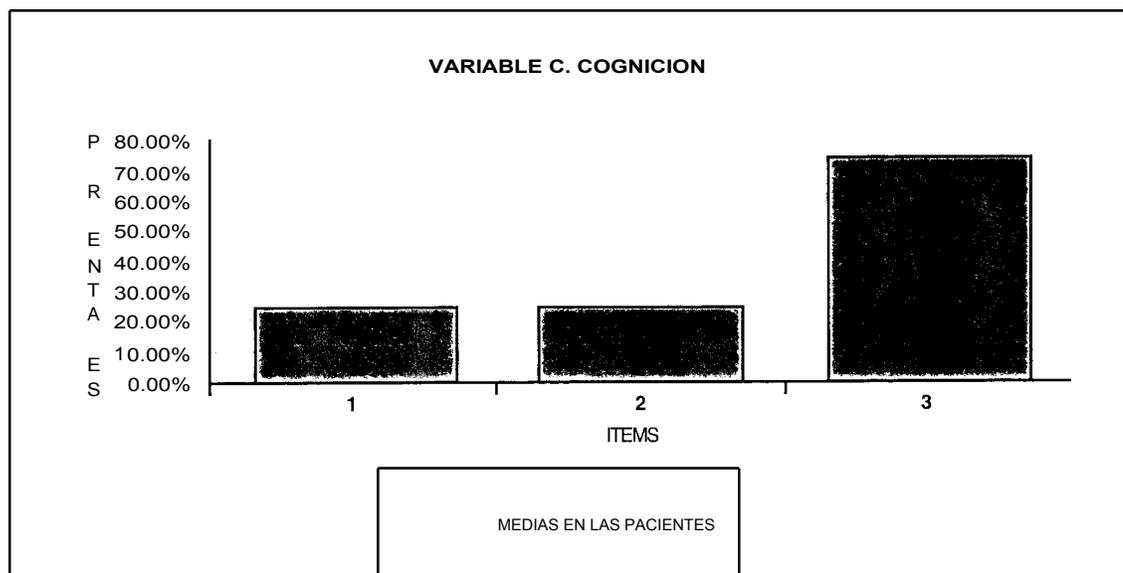
Se presenta una alteración a nivel cognitivo con un indicador de 67, con pensamientos distorsionados, imágenes de sufrimiento, catastrofización.

## VARIABLE C

### Parte 2

#### C. Niveles de expectativas y metas

#	ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
1	Pensamientos automáticos		3			3/12	<b>0.25</b>
2	Expectativas, metas		3			3/12	<b>0.25</b>
	Que le gustaría empezar a hacer?		1	1		3/4	<b>0.75</b>
	<b>MEDIAS</b>	<b>1 / 7</b>	<b>6 / 7</b>	<b>1 / 7</b>	<b>0 / 7</b>	<b>2 / 7</b>	<b>0.29</b>



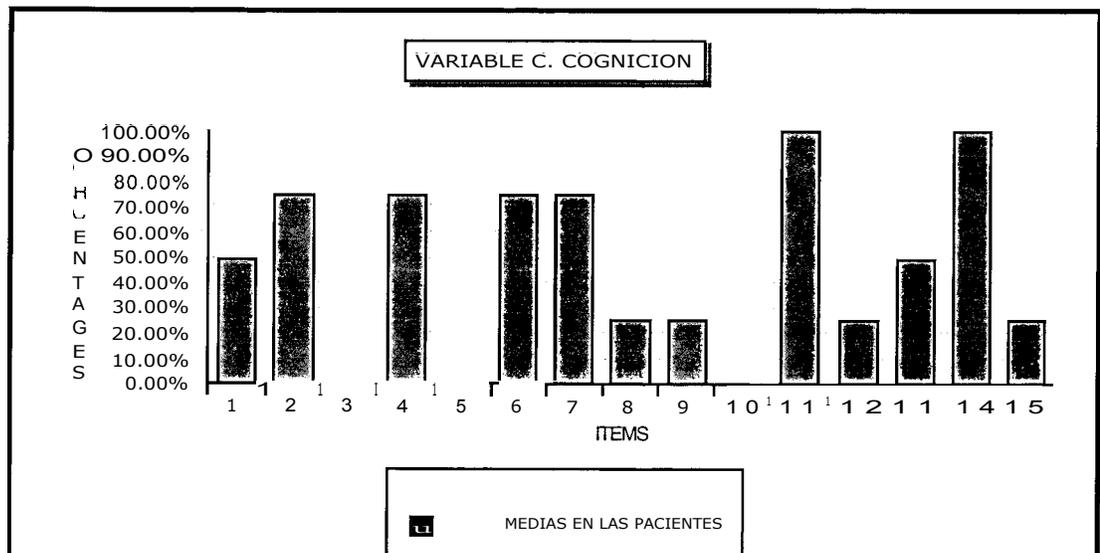
Como se puede apreciar estos niveles son relativamente bajos nos da un indicador 71, puesto que la respuesta es afirmativa y se invierte el Ho. Nos confirma las dudas de que las pacientes presentan niveles bajos en cuanto expectativas y metas.

## VARIABLE C

### Parte 3

#### C. Pensamientos presentes

#	ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA
1	Yo no debería de cometer errores	1	1			2/4 0.5
2	Yo debería ser bueno en todo lo que	1	1	1	1	4/4 1
3	No debo dar información personal a					0/4 0
4	Soy una víctima de las	1	1	1	1	4/4 1
5	Mi vida es controlada por fuerzas					0/4 0
6	Otras personas son más felices que	1	1	1	1	4/4 1
7	Es muy importante complacer a los	1	1		1	3/4 0.75
8	Hay que jugar a lo seguro; no tomar				1	1/4 0.25
9	No merezco ser feliz	1				1/4 0.25
10	Si ignoro mis problemas, van a					0/4 0
11	Es mi responsabilidad hacer felices a	1	1	1	1	4/4 1
12	Debo esforzarme por alcanzar la	1	1			1/4 0.25
13	Hay solo dos formas de hacer las	1		1	1	3/4 0.75
14	Nunca debería desanimarme	1	1	1	1	4/4 1
15	Expectativas, metas		1			1/4 0.25
	MEDIAS	9/15	8/15	6/15	8/15	8/15 0.53

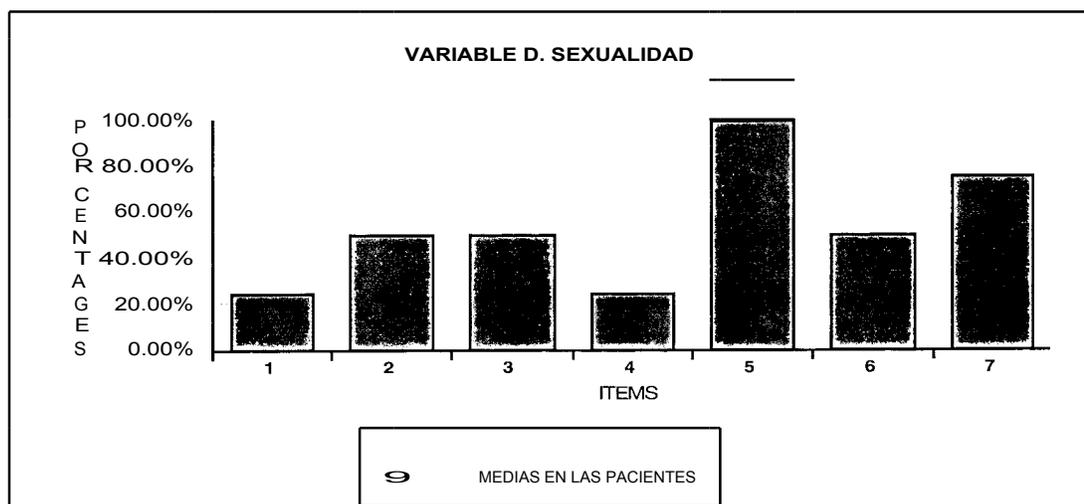


Nos dan un indicador de 53% siendo bajo, nos indica que existen pensamientos irracionales, tales como dependencia afectiva visión de túnel, pensamientos polarizados, falacias de perfección, falacias de recompensa divina.

## VARIABLE D

### D. Análisis de área de sexualidad

#	ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
1	Imágenes sexuales satisfactorias	1				1 / 4	0.25
2	Imágenes desagradables de mi		1	1		2 / 4	0.5
3	Una imagen negativa de mi cuerpo	1	1			2 / 4	0.5
4	Imágenes sexuales molestas		1			1 / 4	0.25
	Imágenes de ser amado	1	1	1	1	4 / 4	1
6	Imágenes de soledad			1	1	2 / 4	0.5
7	Auto imagen	1	1		1	3 / 4	0.75
	MEDIAS	4 / 7	5 / 7	3 / 7	3 / 7	3. 7 / 7	0. 5 4

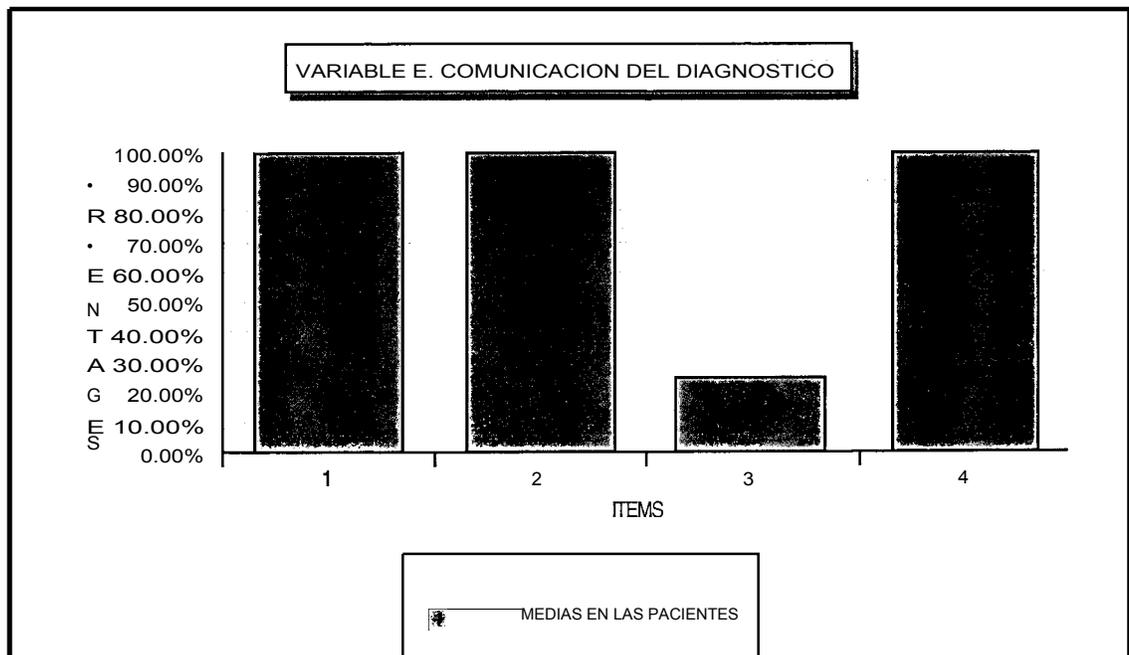


Se presentan disfunciones sexuales relacionadas directamente con la auto imagen negativa que tienen las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, el indicador obtenido es de 54.

**VARIABLE E**

**E. El conocimiento por referencia de otras personas sobre el cáncer como patología, pueden provocar en la pacientes cierto tipo de temor, la paciente tarda en consultar al médico, aumentando el riesgo y disminuyendo su esperanza de vida.**

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
Tenía algún tipo de referencia sobre el cáncer antes de acudir al médico		1	1	1	4/4	1
2 Que idea tenía sobre el Cáncer de mama	1	1	1	1	4/4	1
Cuanto tiempo tardo en buscar ayuda					1/4	0.25
4 Creo que eso influyo en su percepción del cáncer	1	1	1	1	4/4	1,
<b>MEDIAS</b>	<b>3/4</b>	<b>3/4</b>	<b>4/4</b>	<b>3/4</b>	<b>3.25/4</b>	<b>0.81</b>



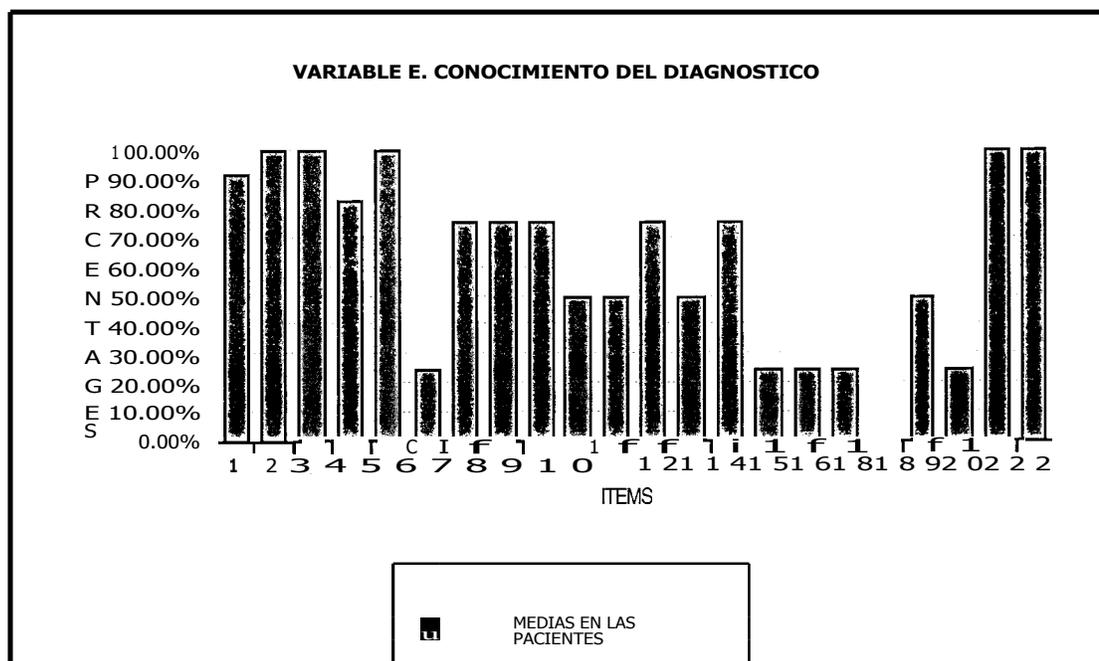
Se confirma en un 81%, la mayoría tenía información errada sobre la patología y ello provocaba pensamientos distorsionados.

## VARIABLE E

### Parte 2

### E. La comunicación del diagnóstico provoca impactos psicológicos fuertes.

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
1 Cuanto espero para ser atendido en el servicio	3	2	3	3	11/12	0.92
2 Al ir a los exámenes sintió miedo	2	1	3	1	12/12	1
3 Siente dolor	3	3	3	3	12/12	1
4 Que sintió después de la operación?	2	3	1	2	10/12	0.83
5 Recibió tratamiento de quioterapia?, Que sintió?	3	3	3	3	12/12	1
6 Tiene alguna preocupación sobre su salud física?	3	3	3	3	12/12	1
<b>MEDIAS</b>	<b>1 6/18</b>	<b>1 5/18</b>	<b>1 6/18</b>	<b>1 5/18</b>	<b>15.5/18</b>	<b>0.86</b>

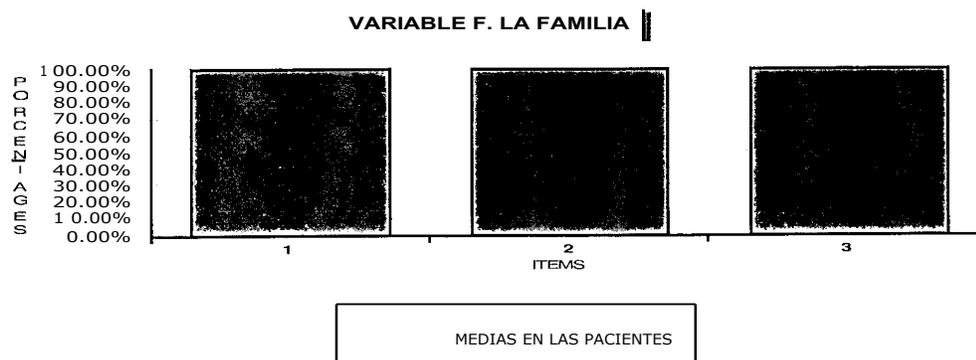


La larga espera para ser atendidas en el servicio provocaba niveles altos de ansiedad y estrés, con un indicador de 86%.

## VARIABLE F

### F. La familia y el apoyo tanto moral como afectivo son determinantes en el proceso adaptativo.

ITEMS		PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	
1	Recibe apoyo de algún familiar	1	1	1	1	4/4	1
2	Cree que ese apoyo favorece su estado físico	1	1	1	1	4/4	1
3	Que es lo que más fuerza le da para salir adelante	3	3	3	3	12/12	1
MEDIAS		5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	

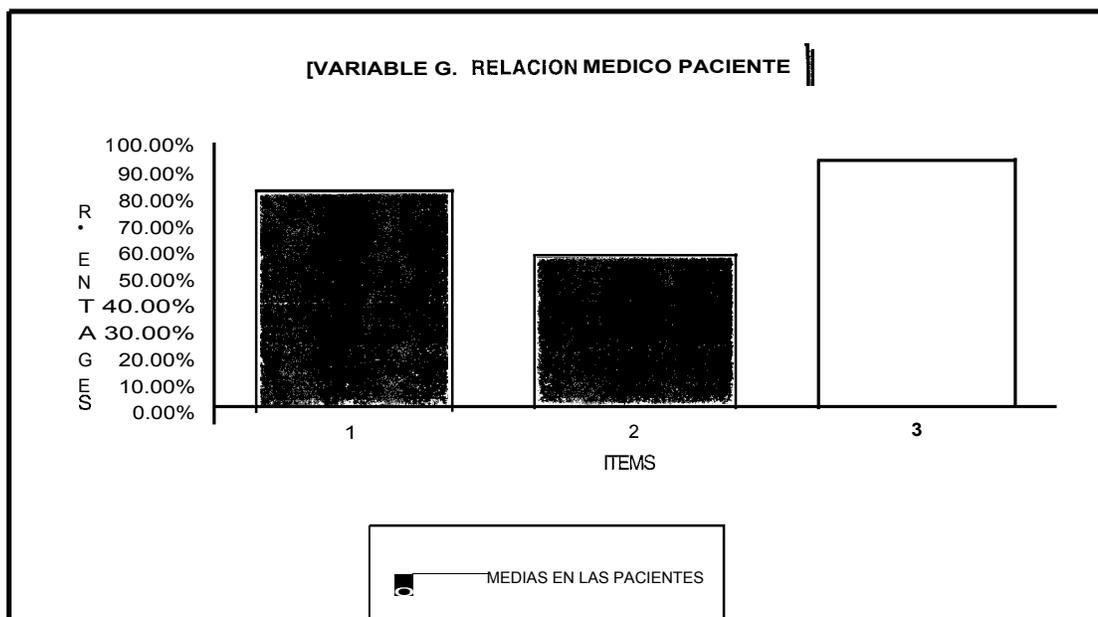


El apoyo familiar es de vital importancia en la recuperación adaptación y aceptación de la patología, la mayoría de las pacientes recibió apoyo de algún familiar, el indicador para estos items es de 100.

## VARIABLE G

### G. La relación médico paciente es determinante en el proceso adaptativo a la patología.

ITEMS	PACIENTE	PACIENTE	PACIENTE	PACIENTE	M EDI	%
Como es la relación con su médico					10/12	
1	3	3	3	2		<b>0.83</b>
Si no es buena . Porque cre??					7/12	
2	1	3	1	2		<b>0.58</b>
Como le gustaría que fuese su médico					11/12	
3	3	3	3	3		<b>0.92</b>
<b>MEDIAS</b>	<b>7 / 9</b>	<b>9 / 9</b>	<b>7 / 9</b>	<b>7 / 9</b>	<b>7. 5 / 9</b>	<b>0.83</b>

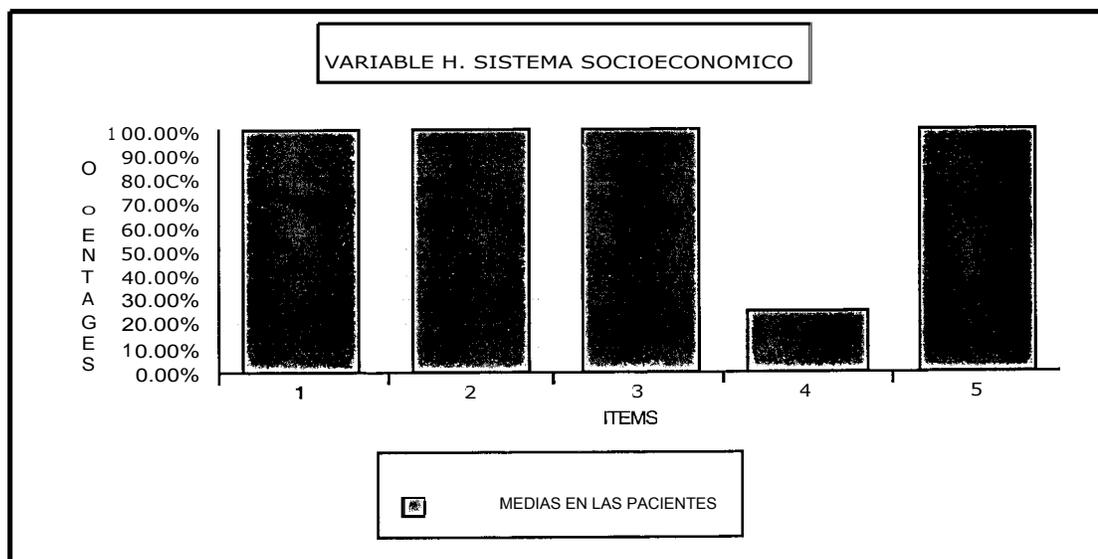


La relación médico paciente es importante en la adaptación y mejora de la calidad de vida de las pacientes, esto se confirma en un 83 por ciento como indicador.

## VARIABLE H

**H. El sistema socio económico de la paciente incide en el proceso patológico de la enfermedad de cáncer de mama, en la disyuntiva de acceder al tratamiento debido a los gastos que esto puede generar al igual que la edad, los familiares que dependen de ella.**

ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA	%
Cubre el seguro sus gastos	1	1	1	1	4/4	1
Tiene problemas económicos	1	1	1	1	4/4	1
Le preocupa el costo de su curación	1	1	1	1	4/4	1
Tiene algún miedo con relación al costo de la enfermedad			3		3/12	0.25
Si no tuviese seguro podría cubrir los costos de la enfermedad					4/4	1
<b>MEDIAS</b>	<b>4 / 7</b>	<b>4 / 7</b>	<b>7 / 7</b>	<b>4 / 7</b>	<b>4.5 / 7</b>	<b>0.64</b>

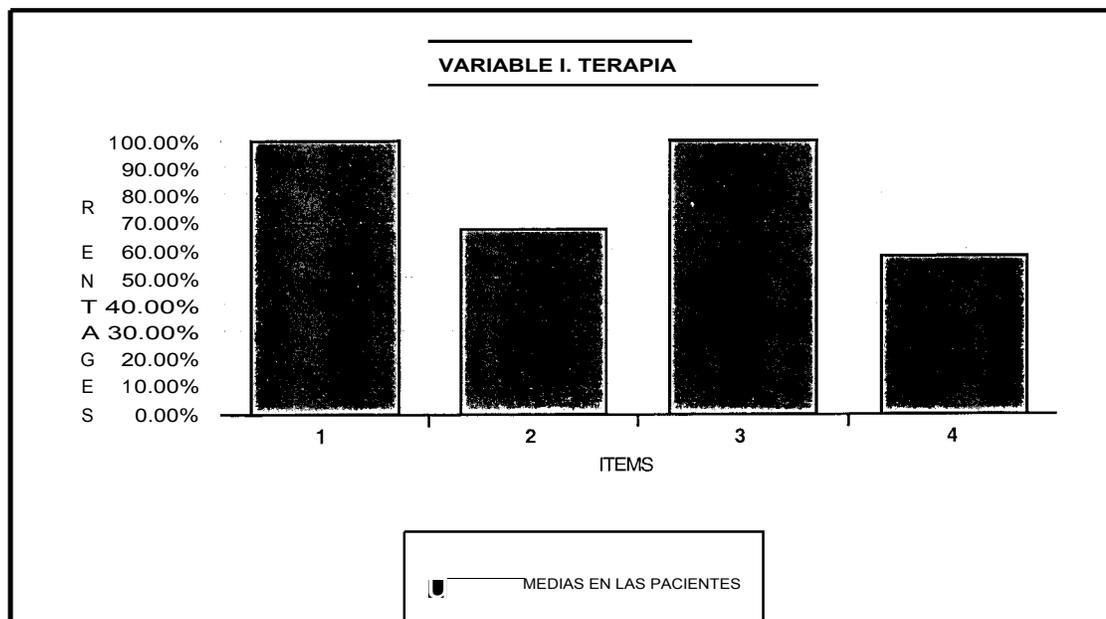


El costo de la enfermedad es muy alto y si no tuviesen seguro médico no les sería posible cubrir los gastos que supone el tratamiento, esta es una gran preocupación para estas pacientes. Se obtuvo un indicador de 64%.

## VARIABLE I

### I. La terapia rehabilitadora es importante en el proceso adaptativo, para mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

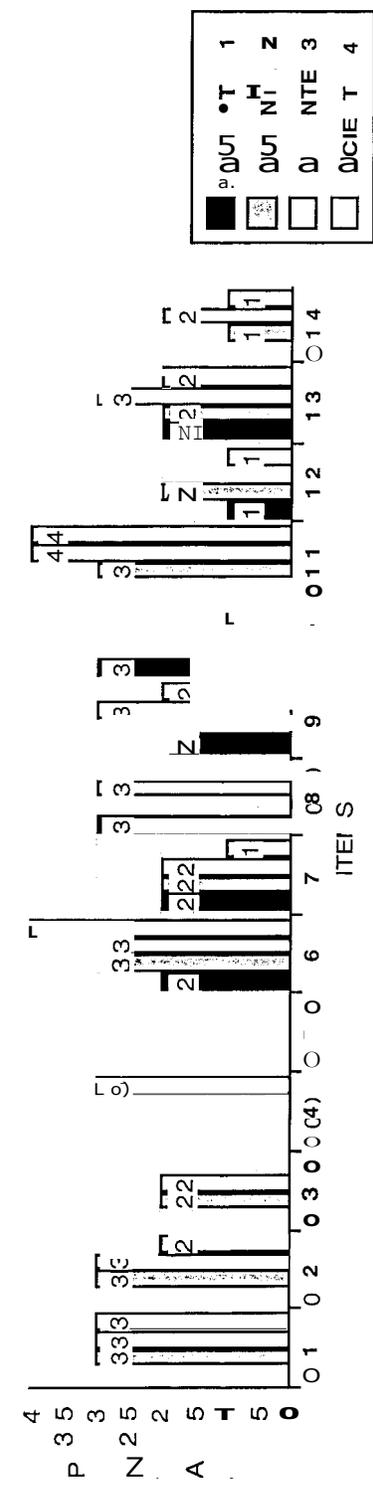
	ITEMS	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIAS	%
	Se observo mejoría con el apoyo					4/4	
			1	1	1		1
	Se siente mejor con el apoyo psicológico					8/12	
2			3	1	3		0.67
	Esta mejor orientado con el psicólogo					4/4	
3			1	1	1		1
	En que cre que puede serle útil el psicólogo					7/12	
4			2	3	2		0.58
	<b>MEDIAS</b>	<b>3 / 8</b>	<b>7 / 8</b>	<b>5 / 8</b>	<b>7 / 8</b>	<b>5.5/8</b>	<b>0.68</b>

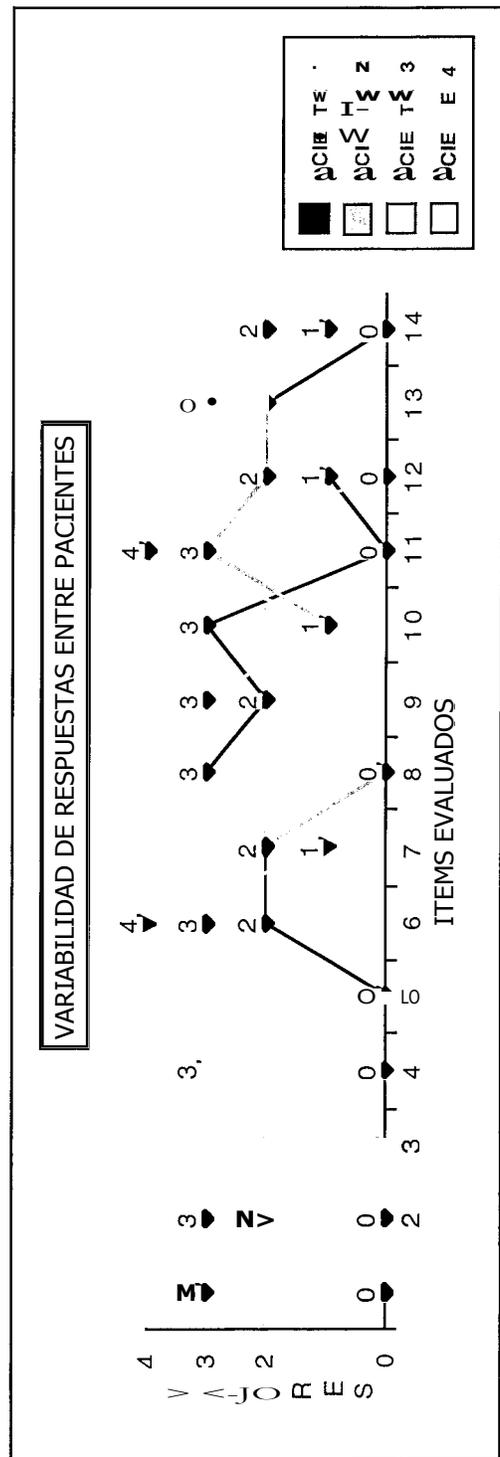
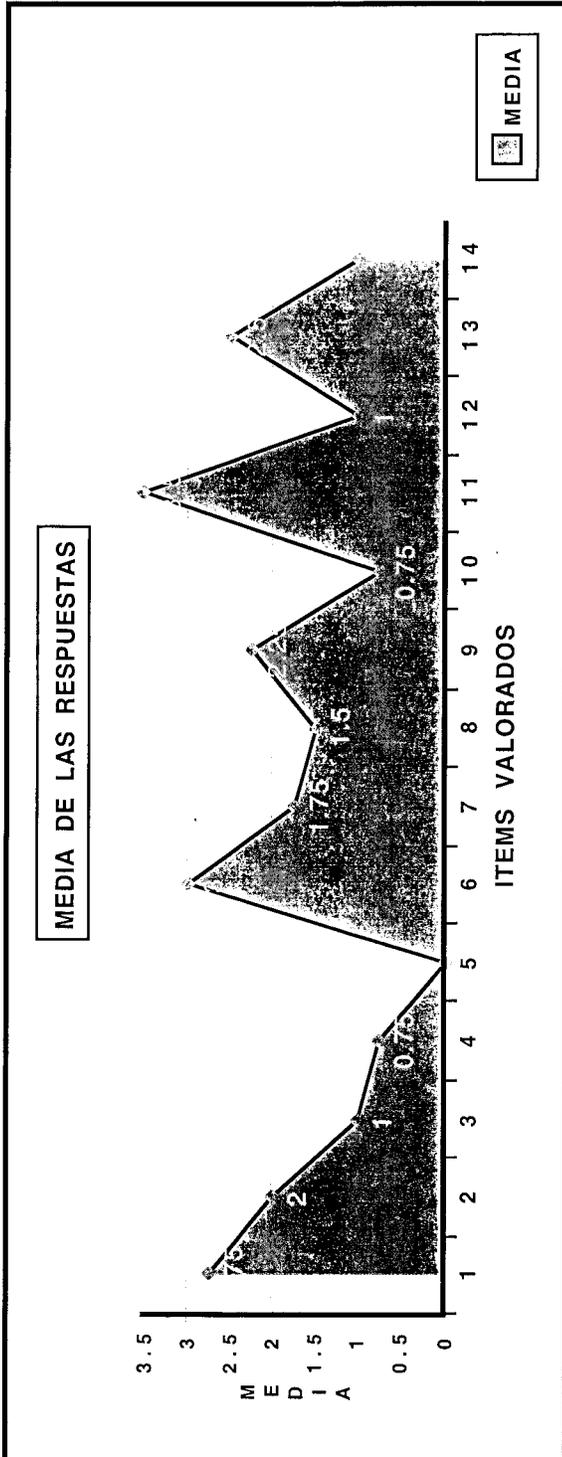


La mayoría de las pacientes sientes que el apoyo psicológico , el tener una persona con quien compartir sus preocupaciones las favorece en su estado general, esto se confirma en un 68%

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA
1	Humor	0	3	3	2.75
2	Temperamento	0	8	3	2
3	Miedos	0	2	0	1
4	Insomnio	0	0	3	0.75
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas)	0	0	0	0
6	Humor depresivo	2	3	8	3
7	Síntomas somáticos musculares	2	2	2	1.25
8	Síntomas somáticos generales	3	0	8	1.5
9	Síntomas cardiovasculares	2	2	8	2.25
10	Síntomas respiratorios	3	1	1	0.75
11	Síntomas gastrointestinales	0	3	4	3.5
12	Síntomas genitourinarios	1	2	0	1
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo	2	2	8	2.5
14	Conducta en el transcurso del test	0	1	2	1
	<b>TOTALES</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>23.25</b>

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

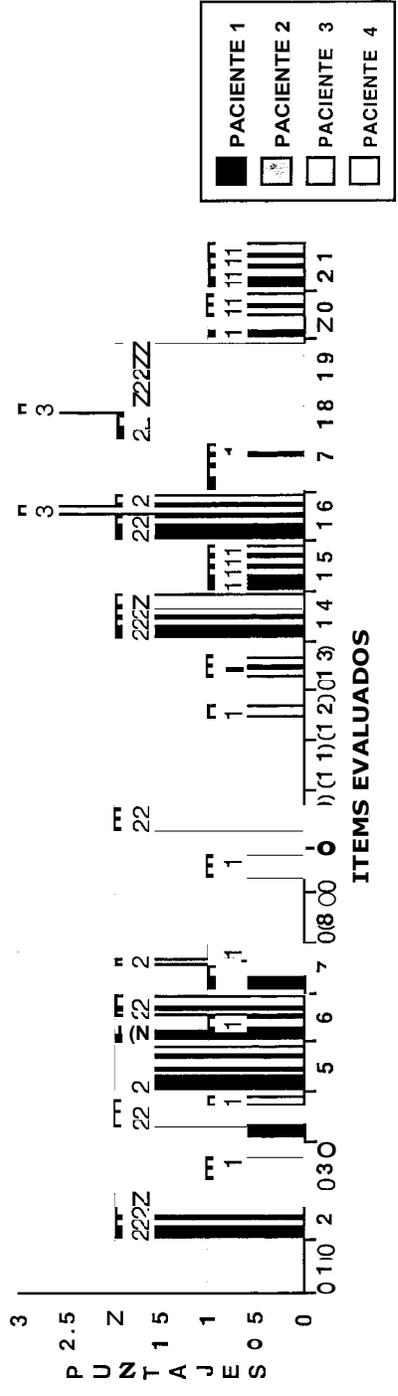




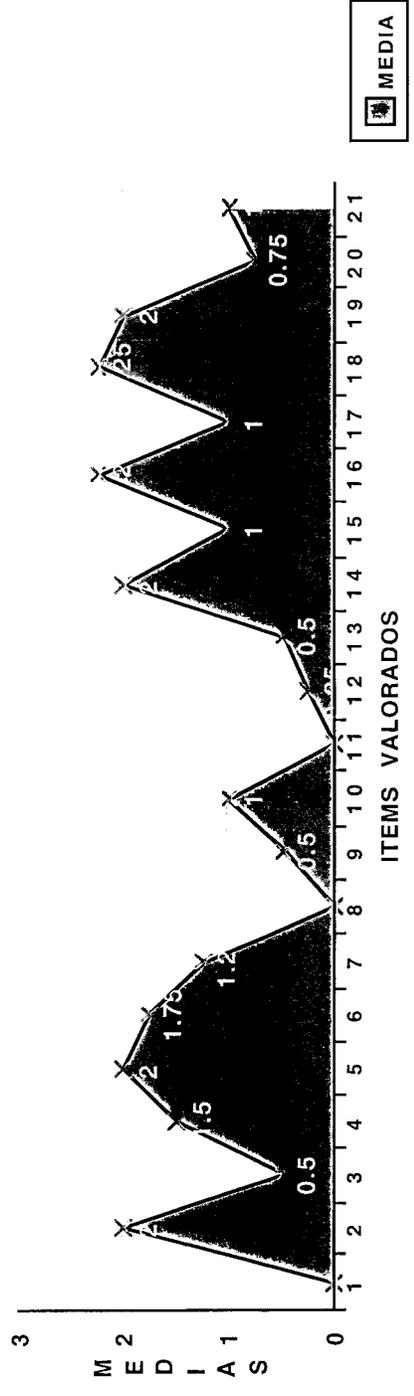
## Inventario

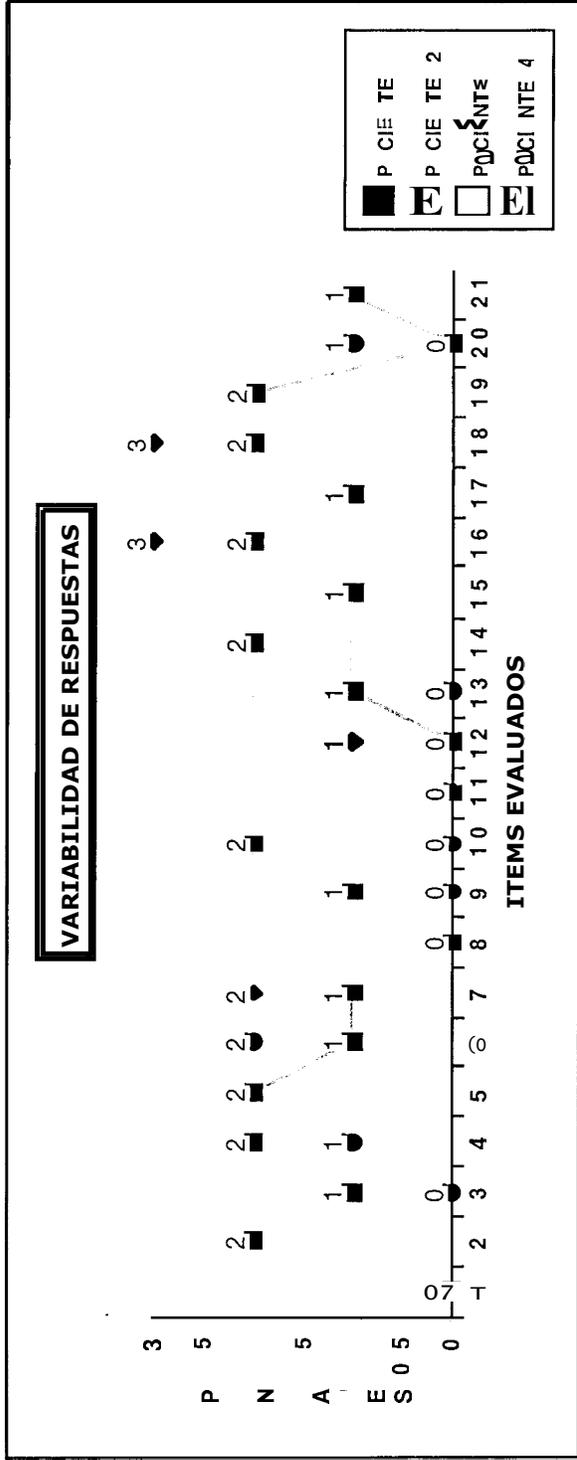
		PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE	PACIENTE 4	MEDIA
1	<u>Hormigueo o entumecimiento</u>	0	0	0	0	0
2	<u>Sensación de calor</u>	2	2	2	2	2
3	<u>Temblor en piernas</u>	0	1	1	0	0.5
4	<u>Incapacidad de relajarse</u>	1	2	2	1	1.5
5	<u>Miedo a que suceda lo peor</u>	2	2	2	2	2
6	<u>Mareo o aturdimiento</u>	2	1	2	2	2.5
7	<u>Palpitaciones o taquicardia</u>	1	1	2	1	2.5
8	<u>Sensación de inestabilidad o inseguridad física</u>	0	0	0	0	0
9	<u>TERRORES</u>	0	1	1	0	0.5
10	<u>Nerviosismo</u>	0	2	2	0	1
11	<u>Sensación de ahogo</u>	0	0	0	0	0
12	<u>Temblores en manos</u>	0	0	1	0	0.25
13	<u>Temblor generalizado o estremecimiento</u>	0	1	1	0	0.5
14	<u>Miedo a perder el control</u>	2	2	2	2	2
15	<u>Dificultad para respirar</u>	1	1	1	1	1
16	<u>Miedo a morir</u>	2	2	3	2	2.25
17	<u>Sobresaltos</u>	1	1	1	1	1
18	<u>Molestias digestivas o abdominales</u>	2	2	3	2	2.25
19	<u>PALPITACIONES</u>	2	2	2	2	2
20	<u>Rubor facial</u>	1	0	1	1	0.75
21	<u>Sudoración</u>	1	1	1	1	1
	<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>2.4</b>

**N N R N E D D ≈ 0**



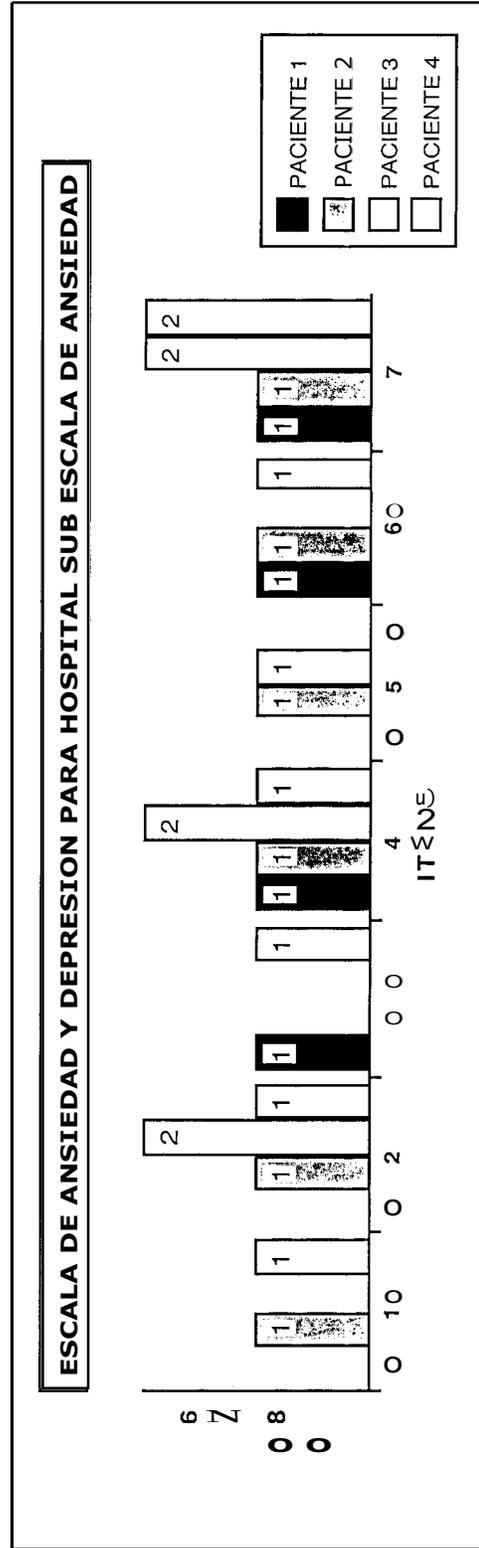
**MEDIAS DE LAS RESPUESTAS**

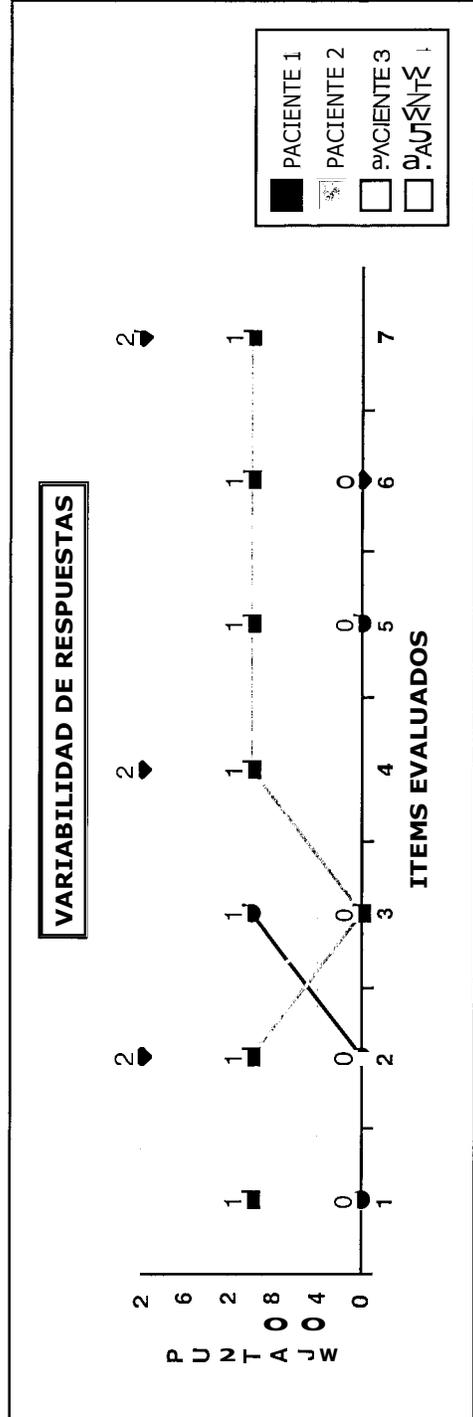
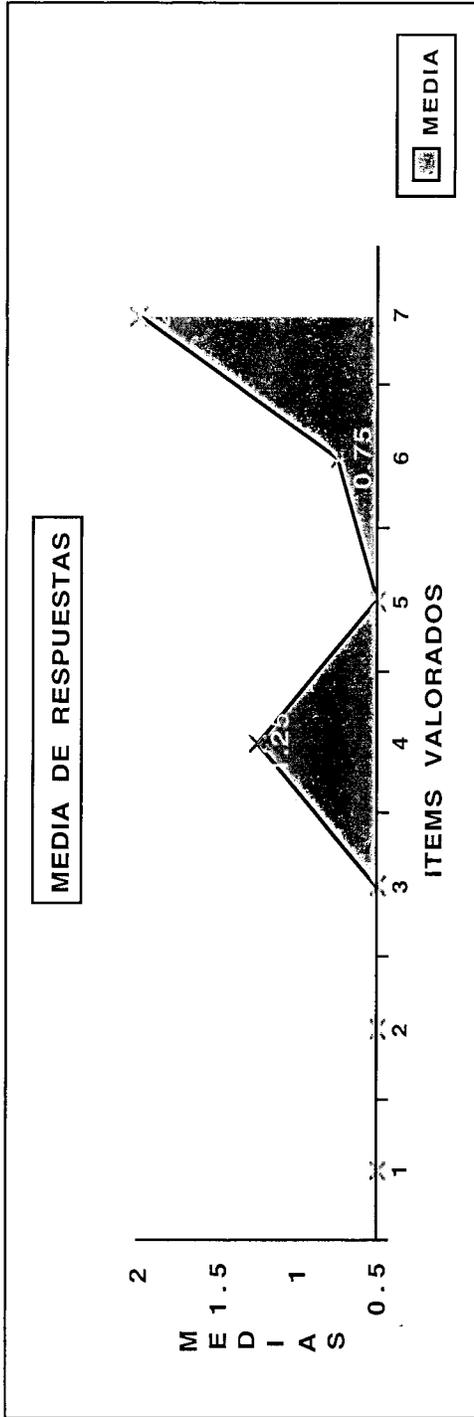




e ansiedad

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA
1 <u>Me siento nervioso</u>	0	1	0	1	0.5
2 <u>Todavía disfruto con lo que antes me gustaba</u>	0	1	2	1	0.5
3 <u>Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder</u>	1	0	0	1	0.5
4 <u>Puedo reirme y ver el lado divertidos de las cosas</u>	1	1	2	1	2.5
5 <u>Tengo mi mente llena de preocupaciones</u>	0	1	1	0	0.5
6 <u>Me siento alegre</u>	1	1	0	1	0.75
7 <u>Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado</u>	1	1	2	2	2
<b>TOTALES</b>	4	6	7	7	6

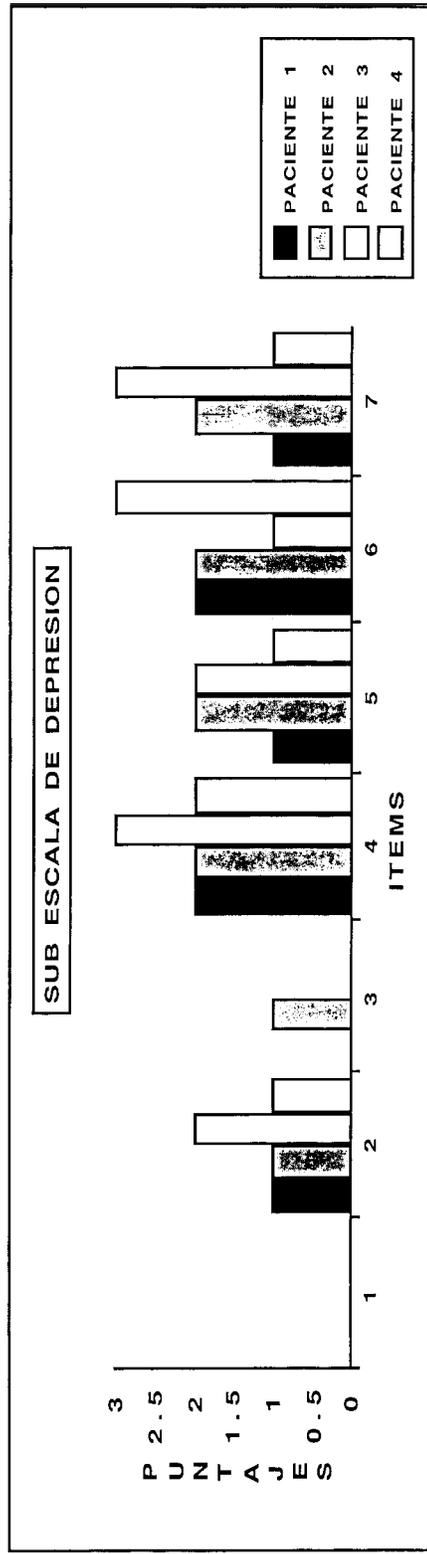


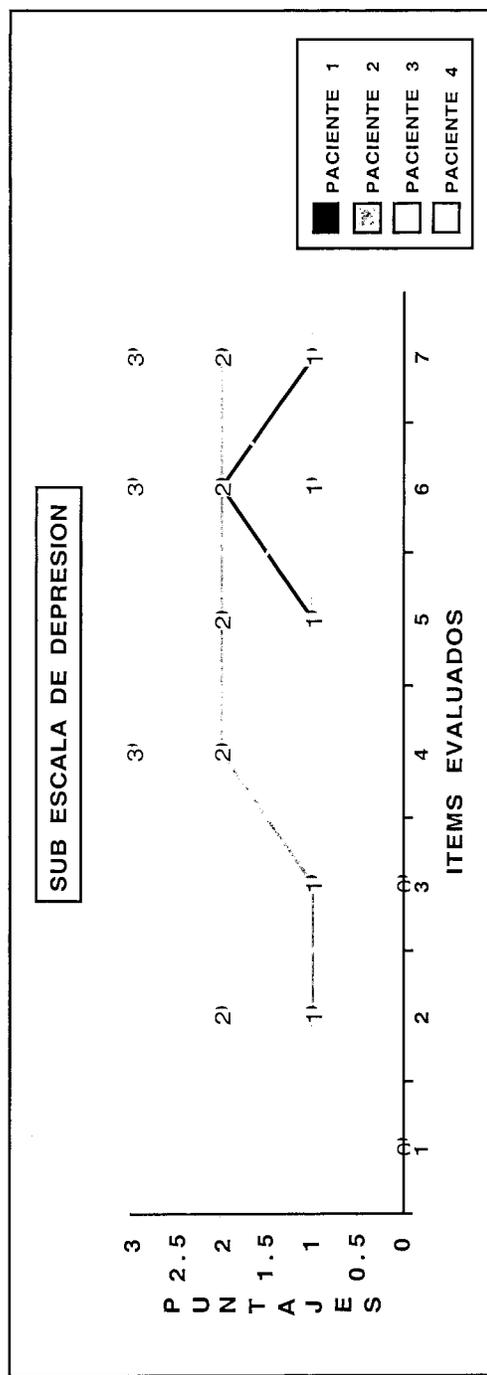
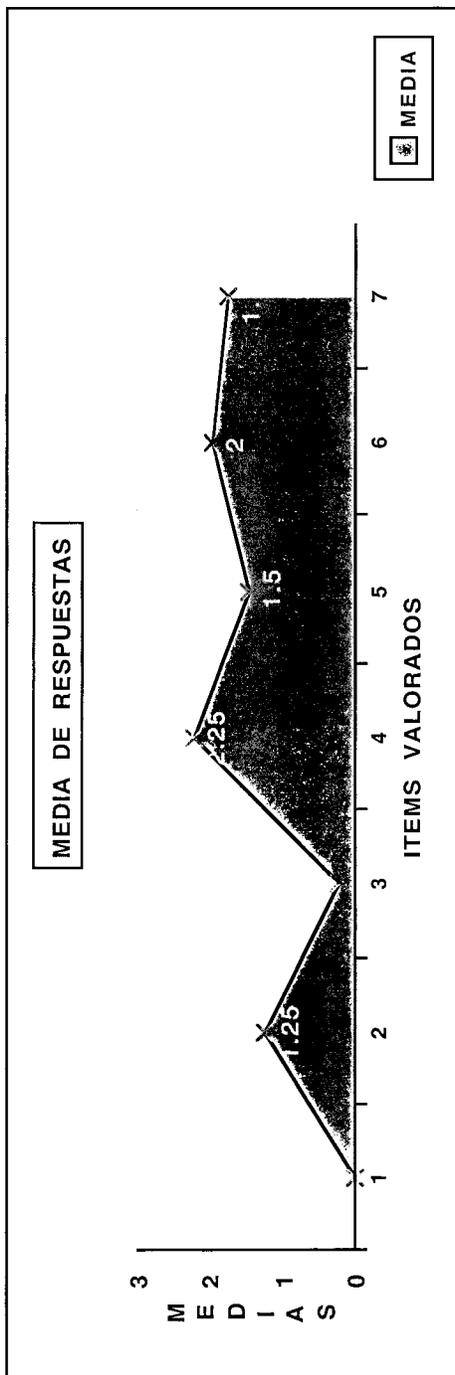


Escala de ansiedad y depresión en hos

**SUB ESCALA DE DEPRESION**

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	N MEDIA
1	0	0	0	0	0
2	1	1	2	1	1.25
3	0	1	0	0	0.25
4	2	2	1	2	2.25
5	1	2	2	1	1.5
6	2	2	1	2	2
7	2	2	3	1	1.75
<b>TOTALES</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>9</b>

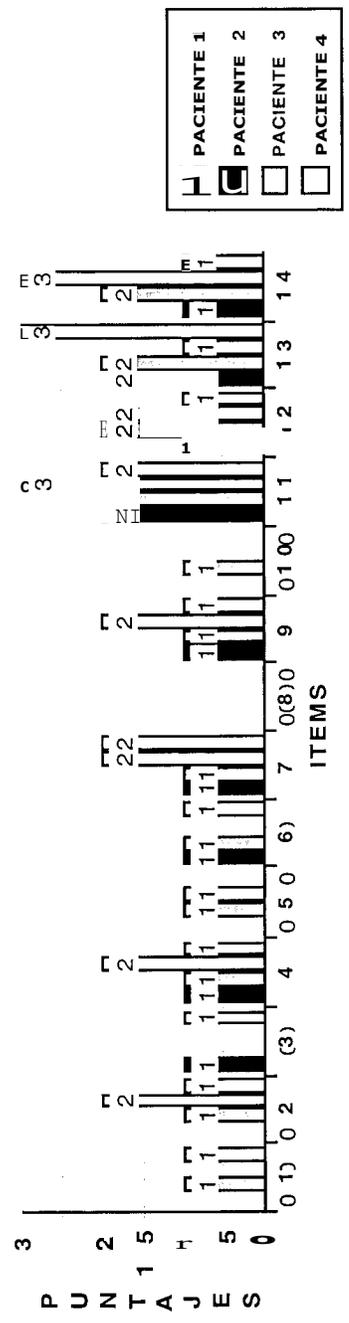




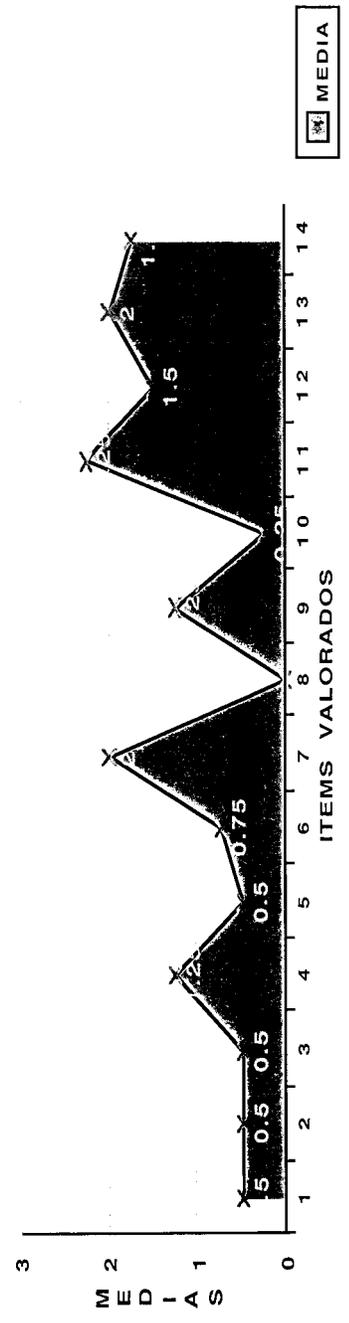
ES O E N O O O R S I O N E N O S O

		PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA
1	Me siento nervioso	0	1	0	1	0.5
2	Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	0	1	2	1	0.5
3	Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a ocurrir	0	0	0	1	0.5
4	Puedo reirme y ver el lado divertidos de las cosas	1	1	2	1	1.25
5	Tengo mi mente llena de preocupaciones	0	1	1	0	0.5
6	Me siento alegre	1	1	0	1	0.75
7	Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	1	1	2	2	2
8	Me siento como si cada día estuviera más lento	0	0	0	0	0
9	Tengo una sensación extraña como aleteo en el estomago	0	1	2	1	1.25
10	He perdido el interés por mi aspecto personal	0	1	0	0	0.25
11	Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	0	2	3	2	2.25
12	Me siento optimista respecto al futuro	0	2	2	1	1.5
13	Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	2	2	1	0	2
14	Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	1	2	3	1	1.75
	<b>TOTALES</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>5</b>

**ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN HOSPITAL (TOTALES)**

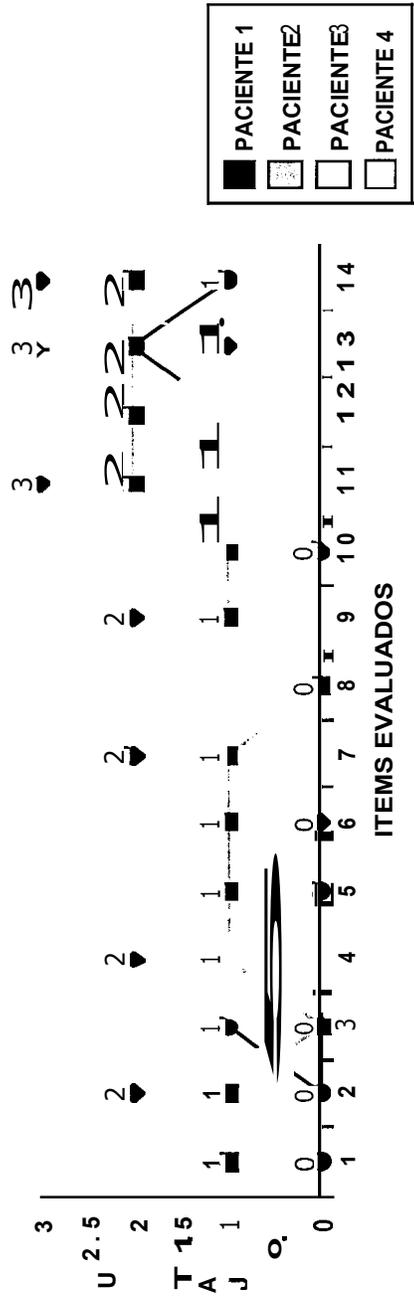


**MEDIA DE RESPUESTAS**



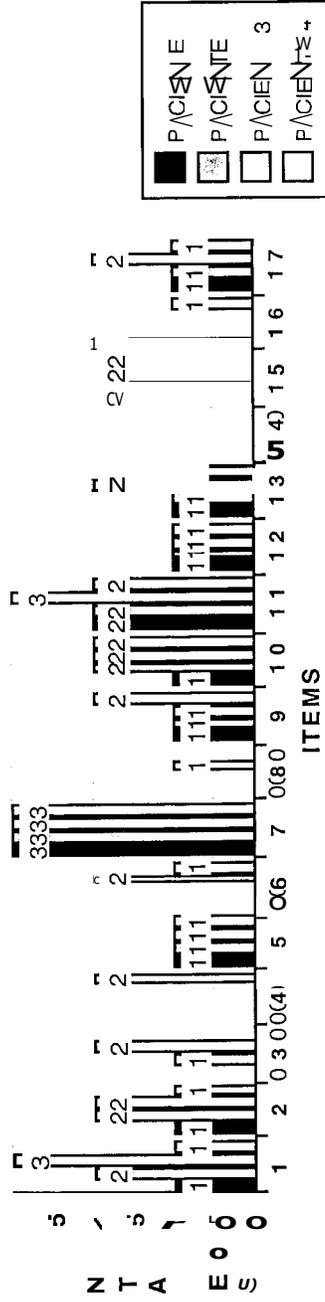
SE N

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN HOSPITAL (TOTALES)

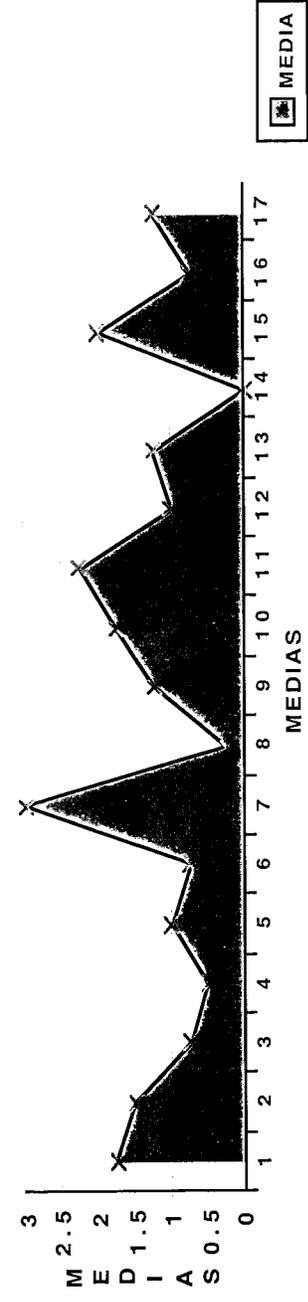


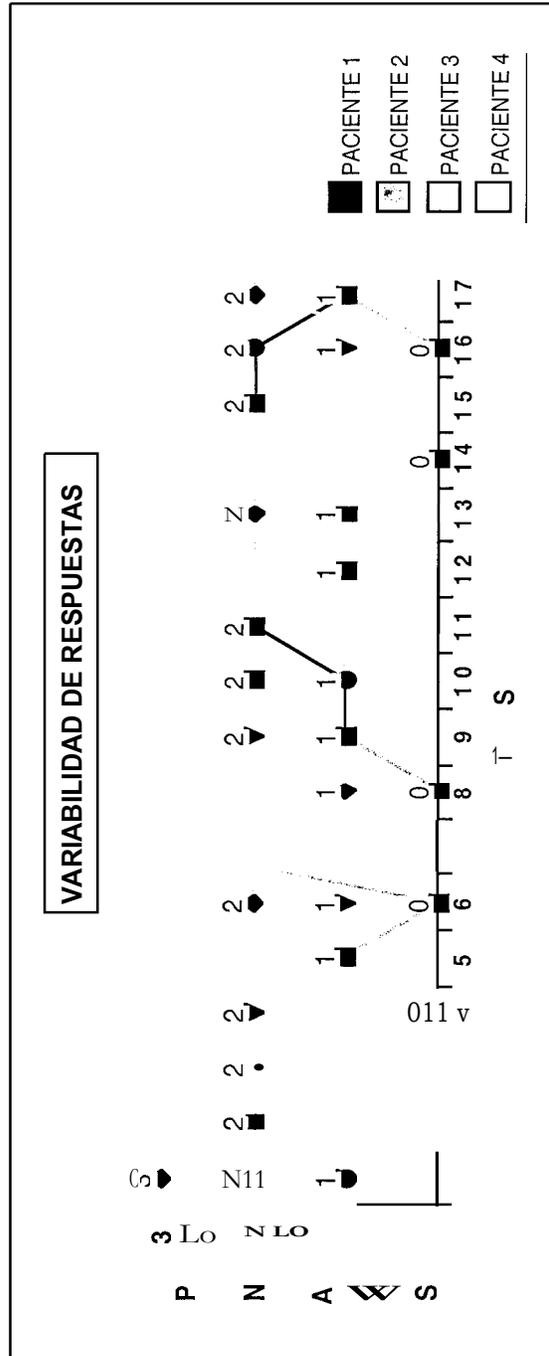
		PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA
1	<u>Estado de ánimo deprimido:</u>	1	2	3	1	1.75
2	Sentimiento de culpa:	1	2	2	1	1.5
3	Su o día:	0	1	2	0	0.75
4	Insomnio inicial	0	0	0	2	0.5
5	<u>Insomnio medio:</u>	1	1	1	1	
6	Insomnio tardío:	0	0	2	1	0.75
7	<u>Trabajo y actividades:</u>	3	3	3	0	3
8	Inhibición psicomotora	0	0	1	0	0.25
9	Agitación psicomotora:	1	1	1	2	1.25
10	<u>Ansiedad psíquica:</u>	1	2	2	2	1.75
11	<u>Ansiedad somática</u>	2	2	3	2	2.25
12	Síntomas somáticos gastrointestinales	1	1	1	1	
13	<u>Síntomas somáticos generales:</u>	1	1	2	1	1.25
14	Síntomas genitales	0	0	0	0	0
15	<u>Hipocondría:</u>	2	2	2	2	2
16	Perdida de introspección	2	0	0	1	0.75
17	<u>Pérdida de peso:</u>	1	1	2	1	1.25
	<b>TOTALES</b>	<b>17</b>	<b>49</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>11</b>

Escala para la evaluación de la depresión de Hamilton



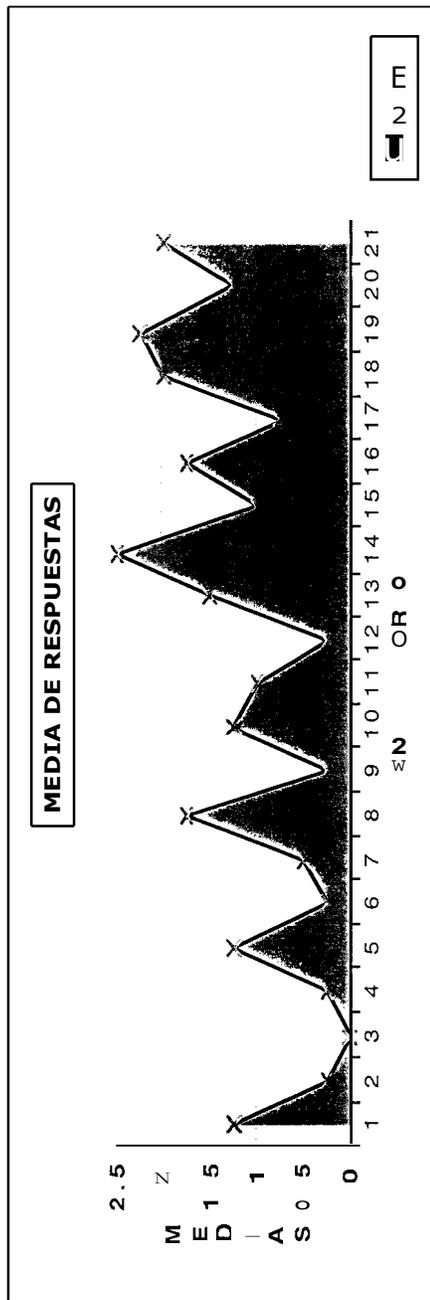
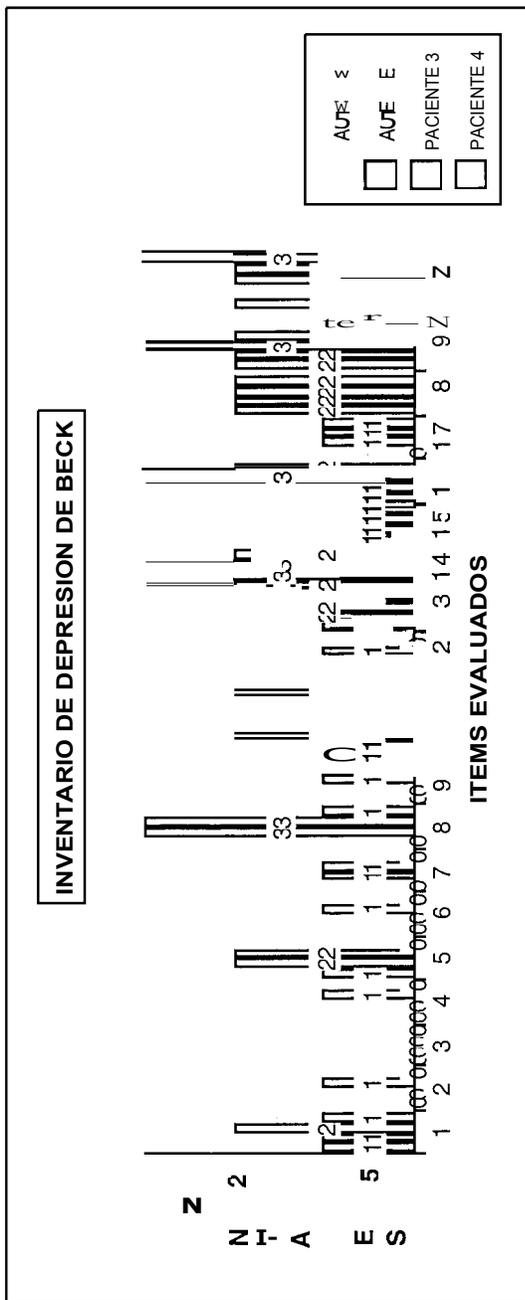
MEDIA DE RESPUESTAS

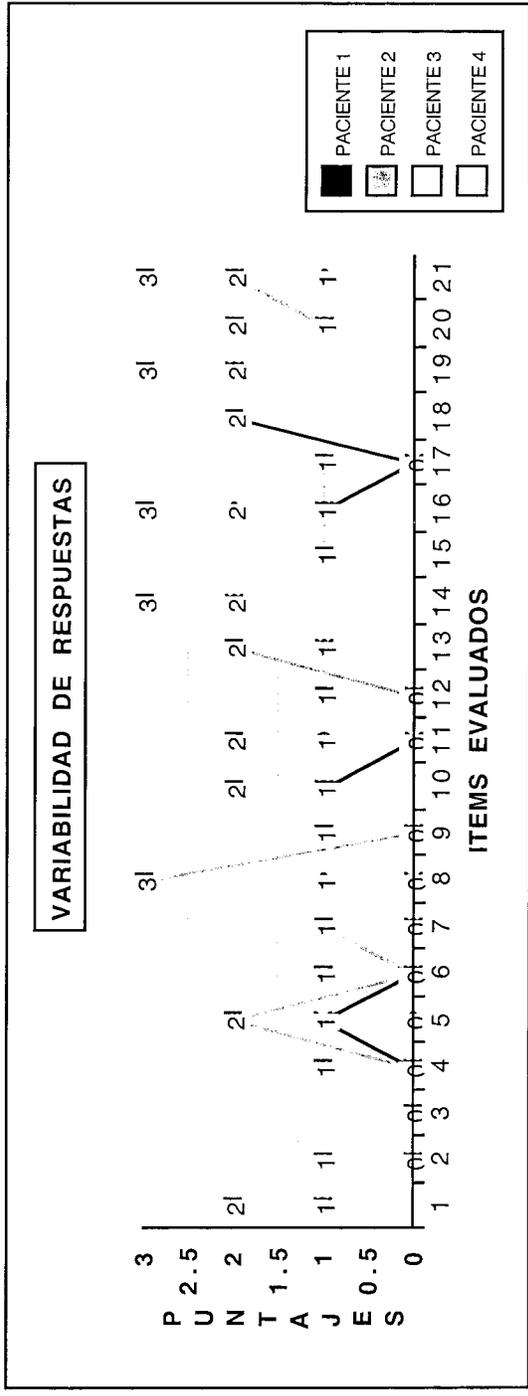




### **Inventario de depresión de Beck**

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIA
1	1	1	2	1	1.25
2	0	0	1	0	0.25
3	0	0	0	0	0
4	0	0	1	0	0.25
5	1	2	2	0	1.25
6	0	0	1	0	0.25
7	0	1	1	0	0.5
8	0	3	3	1	1.75
9	0	0	1	0	0.25
10	1	1	2	1	1.25
11	0	1	2	1	1
12	0	0	1	0	0.25
13	1	2	2	1	1.5
14	2	3	3	2	2.5
15	1	1	1	1	1
16	1	1	3	2	1.75
17	0	1	1	1	0.75
18	2	2	2	2	2
19	2	2	3	2	2.25
20	1	1	2	1	1.25
21	2	2	3	1	2
<b>TOTA</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>37</b>	<b>17</b>	<b>23.25</b>





## **Análisis de los test aplicados.**

### **En cuanto a la Ansiedad:**

- **Test Psicométrico de Ansiedad de Hamilton.** El test cuenta con 7 items que evalúan la ansiedad a nivel somático y 7 items que la evalúan a nivel psíquico. Encontramos un total de 9.5 en puntuación en el área psicológica, lo que nos da un 43.47% de la misma en un porcentaje menor a los índices que valoran la ansiedad somática que es de 10.25 puntos, lo que significa el 56.52% de las puntuaciones generales, lo que nos hace concluir que la ansiedad somática es mayor y que inclusive esto puede deberse a la utilización de medicamentos o a las consecuencias del tratamiento en si. Los índices que valoran la ansiedad somática son el 7,8,9,10,11 y 12, siendo también mayores en frecuencia. Con un nivel de fiabilidad de 0.90<sup>97</sup>, podemos decir: En cuanto al diagnóstico final obtenido mediante esta prueba se concluye que las pacientes valoradas presentan "Ansiedad Mayor", puesto que la puntuación media obtenida fue de 23.25 puntos, la puntuación de 15 o más significa que la paciente o las pacientes sufren de ansiedad mayor.

Es importante hacer notar que los niveles de ansiedad varían de una paciente a otra, como se puede observar la paciente #1 presento una puntuación de 15, mientras que las pacientes # 2 y la #4 muestran un puntase de 24 y 25

<sup>97</sup>Maier W., Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensibility to change in anxiety and depressive disorder. Journal of Affective Disorder, 1988 14:61-8

respectivamente, siendo la mayor en puntaje la paciente #3 que tiene un total de 29.

- **Inventario de ansiedad de Beck.** Su contenido enfatiza más en los aspectos somáticos o físicos de la ansiedad con un total de 15 ítems que la evalúan, que son mayores también en frecuencia con un total de 12 puntos y cuenta también con 6 ítems a nivel psíquico que suman un total de 8 puntos, nos da una puntuación media total de 24 lo que nos hace concluir que las pacientes con cáncer de mama presentan "Ansiedad" ya que según interpretación de este <sup>98</sup> en el rango de 15 a 25 los paciente o los sujetos medidos presentan trastorno de ansiedad.

### **Análisis de los test aplicados en cuanto a la Depresión:**

- **Escala para la evaluación de la depresión de Hamilton.** Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos índices como ser el de melancolía que comprende los ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 11, con un total de 9.5 puntos que significa un 45.23% de la puntuación media obtenida; otro índice es el de ansiedad, que está formado por los ítems 9, 10 y 11, que nos dieron un total de 5.25 es decir

---

Beck AT, Brown G Epstein y Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988; 56:893-7

el 25% de la puntuación total; por último el índice de alteraciones del sueño que no es muy significativo ya que nos dio un total de 2.25 puntos con un porcentaje de 9.7%. Los ítems 10,11,12,11,15 y 17 valoran los niveles de ansiedad estos nos dan un total de 18.5 puntos es decir 88.09 % del puntaje medio total que confirma los diagnósticos de ansiedad anteriormente mencionados.

Con un nivel de fiabilidad de 0.90<sup>99</sup> podemos concluir que las pacientes valoradas presentan un "Trastorno Depresivo Mayor", puesto que la media nos dio un total de 21 puntos y el rango de 18 a 29 puntos incluye esta clasificación.

- **Inventario de depresión de Beck:** El cuestionario auto aplicado de depresión de Beck enfatiza el contenido cognitivo de la depresión puesto que si analizamos este representa en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario son 15 en total, que nos dieron un total de 11.53 puntos lo que representa el 53.8 %, estando los síntomas de tipo somático/vegetativo , 6 restantes, con un total de 9.72 puntos es decir el 46% pese a ser menor en número la puntuación es bastante alta, esto se puede deber como ya mencionamos anteriormente al tratamiento utilizado para combatir el cáncer.

Con un nivel de fiabilidad del 0.72<sup>100</sup>, podemos decir que las pacientes valoradas presentan una "Depresión Moderada", puesto que el puntaje se encuentra entre los rangos de 19 a 29 que la clasifican como tal. Siendo los valores totales individuales obtenidos diferentes de una paciente a otra tomando en cuenta que los tipos de afrontamiento pueden influir en la presencia o no de la depresión, así como la misma historia individual de cada una de las pacientes.

- **Escala de ansiedad depresión en Hospital;** Esta escala se subdivide en dos, una Sub escala de ansiedad, con un total de 7 items evaluados, que nos da una media de 6 puntos en total, lo que nos hace deducir que las pacientes valoradas tienen un nivel de "Ansiedad Normal" puesto que están comprendidas entre el rango de 0 a 7 puntos. La Sub escala de depresión nos da un total de 9, que estaría comprendida entre el rango de 8 a 10 cuya clasificación es "dudoso", es decir que puede existir un trastorno depresivo.

De todas maneras esta escala presenta índices psicométricos que distan mucho de estar bien establecidos, sus niveles de validez predictiva son muy bajos, es por ellos que se recomienda el uso de otros instrumentos de evaluación para determinar de mejor manera la cuantificación y la presencia o no de trastornos ansioso y/o depresivos.

---

<sup>100</sup> VasquezC, Sanz J. Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. Barcelona :III Congreso de evaluación Psicológica 1991

## 9.1 0 RESULTADOS Y CONCLUSIONES DEL MARCO PRACTICO

**De lo observado a nivel exploratorio se concluye lo siguiente:** <sup>01</sup>

### ***Es más frecuente***

- ▣ **El sistema atribucional**, más propiamente la auto imagen y la autoestima se ven afectadas y pueden provocar alteraciones en el estado de ánimo y también problemas de ansiedad. El indicador obtenido es de 64%.
  
- ▣ Las pacientes muestran niveles de **ansiedad** altos, común indicador de 67, con síntomas como labilidad emocional, miedo, fatiga, etc.
  
- ▣ **El** cáncer de mama provoca a raíz del tratamiento médico **alteraciones del estado de ánimo**. El indicador obtenido es del 68%, lo que nos hace concluir que las pacientes si experimentan alteraciones del estado de ánimo.
  
- ▣ **Factores biológicos** pueden ser determinantes en la etiología del cáncer de mama. La mayoría de las pacientes muestran que ciertos factores que pueden ser determinantes en la etiología del cáncer estaban presentes en ellas, tales como: consumo de altas cantidades de grasas, de tabaco, y también antecedentes de familiares con esta patología. El indicador obtenido en estos items fue de 69.

---

<sup>01</sup> Ver anexo VIII

- ▣ **Alteraciones a nivel cognitivo.** Se presenta una alteración a nivel cognitivo con un indicador de 67, con pensamientos distorsionados, imágenes de sufrimiento, catastrofización, etc. Niveles de expectativas y metas, como se puede apreciar estos niveles son relativamente normales, las pacientes mostraron como mayor meta su recuperación. En cuanto a pensamientos presentes. Existen pensamientos irracionales, tales como dependencia afectiva y otros.
  
- ▣ **El sistema socio económico** de la paciente incide en el proceso patológico de la enfermedad de cáncer de mama, en la disyuntiva de acceder al tratamiento debido a los gastos que esto puede generar al igual que la edad, los familiares que dependen de ella. El costo de la enfermedad es muy alto y si no tuviesen seguro médico no les sería posible cubrir los gastos que supone el tratamiento, esta es una gran preocupación para estas pacientes. Se obtuvo un indicador de 68%.
  
- ▣ **La terapia rehabilitadora** es importante en el proceso adaptativo, para mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. La mayoría de las pacientes sienten que el apoyo psicológico, el tener una persona con quien compartir sus preocupaciones las favorece en su estado general, esto se confirma en un 68%.

***Es alta la frecuencia en :***

**a Niveles de afectividad** bajos puedan presentarse en las pacientes con cáncer de mama en etapa I de la enfermedad. Si bien existen efectos a nivel afectivo estos no son muy severos, tenemos un indicador de 53. La mayoría de las pacientes mostraron sentimientos de culpabilidad, desesperanza, soledad, desamparo y depresión en general. La autoestima en la mayoría de las pacientes es positiva, aunque a nivel de autoimagen podemos decir que es negativa, esto puede ser el resultado de la cirugía practicada a las pacientes como parte del tratamiento.

☑ **Los antecedentes trastornos ansiosos** previos a la enfermedad pueden ser factores determinantes para explicar mejor los estados de ansiedad durante la situación actual. Vemos que las pacientes no reportan haber sufrido alteraciones nerviosas o algún tipo de trastorno psicológico antes de haber sido diagnosticadas con cáncer de mama. El indicador obtenido en este punto es de 52%. Algunas pacientes reportan cierta ansiedad y también pérdida del control cuando son sometidas al tratamiento.

'En cuanto al análisis a **nivel de conducta**. Se presentan alteraciones a nivel conductual con un indicador de 58, con síntomas más comunes el dolor abdominal, pérdida del control, consumo de cigarrillos, etc.

a El análisis de área de **sexualidad**. Se presentan disfunciones sexuales relacionadas directamente con la auto imagen negativa que tienen las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, el indicador obtenido es de 54%.

***También es frecuente:***

▣ Como resultado de la patología del cáncer de mama se presentan **reacciones emocionales**. Las más comunes son la perdida de control ante situaciones estresantes, tristeza, ira y se consideran así mismas tremendamente emocionales. Nos da un indicador total de 75%, el cual esta por encima de la media.

▣ Las reacciones emocionales provocan alteraciones a nivel afectivo emocional. Las pacientes reportaron una gran preocupación por su estado orgánico, la mayoría de ellas inclusive pierden el control mostrando agresividad, ira o explosividad. Se presentan sentimientos de depresión que inciden directamente en el estado de ánimo de las pacientes. El indicador obtenido en este análisis es de 72%.

▣ Los **síntomas depresivos** pueden causar o desarrollar alteraciones psicológicas en el proceso de la enfermedad. Las pacientes muestran altos niveles de depresión, con un de 75, con indices de melancolía altos, ojos llorosos, labilidad emocional, actitudes pesimistas y estados deprimidos en general.

***Es poco frecuente:***

**a El conocimiento** por referencia de otras personas sobre el cáncer como patología y su incidencia de altos niveles de mortalidad, pueden provocar en la pacientes cierto tipo de temor, factor por el cual la paciente tarda en consultar al médico, aumentando el riesgo y disminuyendo su esperanza de vida. Se confirma en un 81%, la mayoría tenía información errada sobre la patología y ello provocaba pensamientos distorsionados. También la comunicación del diagnóstico provoca impactos psicológicos fuertes. La larga espera para ser atendidas en el servicio provocaba niveles altos de ansiedad y estrés, con un indicador de 71%.

☑ **La familia** y el apoyo tanto moral como afectivo son determinantes en el proceso adaptativo. El apoyo familiar es de vital importancia en la recuperación adaptación y aceptación de la patología, la mayoría de las pacientes recibió apoyo de algún familiar, el indicador para estos items es de 100%.

☑ **La relación médico-paciente** es determinante en el proceso adaptativo a la patología. La relación médico paciente es importante en la adaptación y mejora de la calidad de vida de las pacientes, esto se confirma en un 83% como indicador.

## 9.11 DOCIMACIA

#	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INTERPRETACION	H0
1	ENOC ON	El cáncer de mama provoca efectos directos sobre la emoción.	X4.	Las reacciones emocionales más comunes son la pérdida de control ante situaciones estresantes, de tristeza, ira y se consideran así mismas tremendamente emocionales. Las pacientes reportan pérdida de control, sentimientos de depresión, etc.	○ 25 ○ 75
		Las reacciones emocionales provocan alteraciones a nivel afectivo emocional.		Las pacientes reportaron una gran preocupación por su estado físico-orgánico, la mayoría de ellas inclusive llegan a perder el control mostrando agresividad, ira o explosividad. Se presentan síntomas depresivos y síntomas ansiosos que inciden directamente	○ 20 ○ 72
2	AFNOTI:10 A0	El cáncer de mama provoca efectos a nivel afectivo.	53	La mayoría de las pacientes mostraron niveles bajos de autoestima aunque esta es positiva, a nivel de autoimagen podemos decir que es negativa esto puede deberse al resultado de la cirugía practicada a las pacientes como parte del tratamiento.	○ 47 ○ 53
		El sistema atribucional en las pacientes con cáncer puede provocar alteraciones psicológicas a nivel afectivo-emocional.		El sistema atribucional, más propiamente la auto imagen y la autoestima se ven afectadas y pueden provocar alteraciones en el estado de ánimo, siendo las mamas símbolos de la feminidad.	○ 06 ○ 04

#	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INTERPRETACION	H0
	ANSIEDAD	El cáncer de mama provoca sintomatología ansiosa, a raíz de la implementación del tratamiento médico.		Vemos que las pacientes no reportan haber sufrido alteraciones nerviosas o algún tipo de trastorno psicológico antes de haber sido diagnosticadas con cáncer de mama. Algunas pacientes reportan cierta ansiedad y también pérdida del control cuando son sometidas.	
3		Los síntomas ansiosos tienen efectos a nivel afectivo emocional en las pacientes con cáncer de mama, en etapa I de la enfermedad.	5		0 5
		Escala de ansiedad de Hamilton		Ansiedad mayor	0 3 Z
		Inventario de Ansiedad de Beck	Z <sup>2</sup> 25	Trastorno de Ansiedad	0 6 8

#	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INTERPRETACION	H <sup>1</sup>	H <sup>0</sup>
	DEPRESION	El cáncer de mama provoca a raíz del tratamiento médico alteraciones del estado de ánimo.		X7. Las pacientes muestran altos niveles de depresión, con índices de melancolía altos, ojos llorosos, labilidad emocional, actitudes pesimistas y estados deprimidos en general.		
1			68		0 32	0 88
		Síntomas depresivos provocan alteraciones a nivel afectivo emocional.	Z2		0 28	0 72
		Escala Para Evaluación de Depresión de Hamilton	Z1	Trastorno depresivo Mayor		
		Inventario de Depresión de Beck	Z3.Z5	Depresión Moderada		
		Escala de ansiedad - Depresión en Hospital (Subescala de Depresión)	9	Depresión Dudosa		

#	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INTERPRETACION	H 1	HO
	VARIABLE C	Análisis a nivel de la cognición	64	Se presenta una alteración a nivel cognitivo, con pensamientos distorsionados, imágenes de sufrimiento,	0 36	0 64
	VARIABLE D	Análisis de área de sexualidad	54	Se presentan disfunciones sexuales relacionadas directamente con la auto imagen negativa que tienen las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.	0 46	0 54
	VARIABLE E	La comunicación del diagnóstico.	84	La larga espera para ser atendidas en el servicio provocaba niveles altos de ansiedad y estrés. Además información	0 16	0 84
	VARIABLE F	La familia y el apoyo tanto moral como afectivo son determinantes en el proceso adaptativo.	100	El apoyo familiar es de vital importancia en la recuperación adaptación y aceptación de la patología, la mayoría de las pacientes recibió apoyo de algún familiar.	0	1

#	VARIABLE	CONSESION	INDICADOR	INTERPRETACION	H <sub>1</sub>	H <sub>0</sub>
	VARIABLE G	La relación médico paciente es determinante en el proceso adaptativo a la patología.	83	La relación médico paciente es importante en la adaptación y mejora de la calidad de vida de las pacientes.	0 17	0 83
	VARIABLE H	El sistema socio económico.	64	El costo de la enfermedad es muy alto y si no tuviesen seguro médico no les sería posible cubrir los gastos que supone el tratamiento, esta es una gran preocupación para estas pacientes.	0 36	0 64
	VARIABLE I	La terapia rehabilitadora.	68	La mayoría de las pacientes sienten que el apoyo psicológico , el tener una persona con quien compartir sus preocupaciones las favorece en su estado general.	0 32	0 68

## Por tanto

El nivel de aceptación es  $H_0=69\%$

El nivel de rechazo es  $H_1=31\%$

Lo que demuestra que la hipótesis de la investigación:

***El cáncer de mama provoca alteraciones a nivel afectivo emocional.***

**☑ QUEDA DEMOSTRADA**

Sobre observaciones basadas en:

☑ Gráficas de tabulación

'Tablas de Procesamiento de la información.'

☑ Cuadros de tabulación de la información. <sup>104</sup>

<sup>102</sup> Ver Anexos 5, 6, 7

<sup>103</sup> Ver Anexos 4

<sup>104</sup> Ver Anexos 4

## 9.1 2 VALIDACION DE LA INVESTIGACION. <sup>105</sup>

VARIABLES	MEDIA	G. CONTROL
1	75	80
2	72	78
3	53	36
4	64	58
5	50	44
6	68	62
7	68	63
8	72	67
A	69	68
B	58	57
C	64	55
D	54	57
E	84	79
F	100	60
G	83	78
H	64	57
I	68	63
HAS	23	25
BAI	24	22
EADH	15	15
EDH	21	19
BDI	23	24

**3 NO CUMPLEN**

**14 SI CUMPLEN**

$$N = 117 \times 100$$

$$N = 82\% \quad \text{si cumple}$$

$$18\% \quad \text{no cumple}$$

LO QUE SE CONFIRMA CON LOS TEST O PRUEBAS APLICADAS PARA PROBAR SU NIVEL DE CONFIABILIDAD.

<sup>105</sup> Ver Anexos Validación

## **CUARTA PARTE**

### **CAPITULO 10**

#### **IV. RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION**

##### **10.1 CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACION**

- ▣ **En las entrevistas realizadas** para indagar las reacciones, sentimientos, emociones que las pacientes tenían antes de aplicarse la investigación, se pudo evidenciar que la mayoría de ellas presentaron síntomas de ansiedad, debido a la posible mutilación, dolor físico, pérdida de salud en general, pérdida del amor de seres queridos, pérdida de control sobre su vida, y muerte prematura, según manifestaban las pacientes, esto y la información errada sobre la patología, influyen directamente en el retraso a la visita al médico. La tensión psicológica inicial en la paciente ocurrió generalmente cuando ellas detectaron una de las señales de peligro del cáncer de mama que se manifiesto en un bulto perceptible, dolor o un cambio en aspecto en la mama.
  
- ▣ **Antes de obtener el diagnóstico** las pacientes realizaron varias visitas al médico y a la institución, a fin de obtener los resultados acerca de la enfermedad, durante este período, siguen presentes miedos, y temores. Al confirmarse el diagnóstico, estas reportan haber sufrido una especie de "sacudida eléctrica", se aterrorizan, muestran

entumecimiento, ataques de pánico, etc.. Tales reacciones son aparentemente normales según trabajos realizados y mencionados en el marco teórico de la presente investigación.

- a** La repercusión psicológica del tratamiento quirúrgico es variable según la deformidad corporal que provoca, la función afectada y el significado emocional que tenga para la paciente, la mastectomía inicialmente tranquiliza a la misma por la idea generalizada de que todo tejido maligno debe ser extirpado, pero luego implica reacciones de depresión y ansiedad, preocupación por la imagen corporal, disminución de la capacidad atencional, aumento de la introversión, con modificación de las relaciones familiares, sexuales, sociales y profesionales.
- ❑ El mayor impacto psicológico y dificultades de adaptación aparecen tras una mastectomía radical como es el caso de la mayoría de las pacientes.
- ❑ Las mamas, enraizadas en la propia feminidad, maternidad y sexualidad, participan en el esquema corporal y son órganos psico y hormonodependientes. Por ello, su deformidad o ausencia ("situación de Amazona") conlleva esas reacciones.
- ❑ Los mecanismos de defensa más utilizados en esta etapa son la negación, el desplazamiento, la identificación y la dependencia hacia el especialista. Hay una evolución del

impacto psicológico a medida que transcurren las sesiones, de forma que en las primeras se presentan los cuadros ansioso-depresivos moderados o intensos que luego disminuyen según afirman las pacientes.

En conclusión podemos decir que en los tres primeros meses las pacientes dicen haber mostrado signos de ansiedad principalmente y depresión, tratando de controlar y reprimir de alguna manera las reacciones emocionales, pero al mismo tiempo presentaban actitudes fatalistas hacia la enfermedad, con pensamientos de muerte recurrentes.

**Una vez aplicada la investigación y obtenidos los resultados de la misma se puede concluir que:**

- **Que el cáncer de mama si provoca efectos a nivel emocional,** en las pacientes se encuentran presentes emociones primarias, tales como: ira, miedo, tristeza, disgusto y actitudes de indefensión que se dan como reacciones desadaptativas frente a la patología médica presente. Se presentan niveles de frustración altos, generando conflictos debido a amenazas a la vida o la integridad física. En cuanto a las emociones secundarias se reportan pérdida del control y sentimientos depresivos que inciden de manera directa en el estado de ánimo de las pacientes.

- **En cuanto a la afectividad,** como factor importante en el proceso adaptativo al cáncer se presentan inhibiciones afectivas, generadas por los altos niveles ansiedad que provoca el conocimiento del diagnóstico, así como también se pueden presentar cambios en el sistema atribucional que se dan como consecuencia de la misma patología o de la cirugía. La auto imagen se ve comprometida por la alteración de uno de sus símbolos principales como es la mama, que es extirpada como parte del tratamiento. La mayoría de las pacientes reportaron sentimientos de soledad, de infelicidad y niveles de sensibilidad altos en general. Al mismo tiempo el sistema atribucional, mas específicamente la autoimagen puede influir en el estado de animo de las pacientes mostrando estas síntomas depresivos.
- **En cuanto a los trastornos de ansiedad,** se evidencian alteraciones a nivel afectivo emocional a partir de los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario multimodal CPB y de los test de Ansiedad aplicados. Es importante hacer notar que los niveles de ansiedad varían de una paciente a otra, también en intensidad de un momento a otro. Así mismo la ansiedad asociada al cáncer puede contribuir a un incremento en la sensación de dolor, causar nausea y vomito, interferir con el sueño y la calidad de vida no sólo del paciente sino también de su familia. Según el cuestionario CPB, los principales síntomas observados son de origen somático: aumento del ritmo cardiaco, síntomas

musculares (tensión), síntomas respiratorios, gastrointestinales y genitourinarios, los que se confirma al aplicarse los test de Ansiedad de Hamilton, Inventario de ansiedad de Beck y de Ansiedad en el Hospital. También se observaron síntomas psíquicos tales como : labilidad emocional, miedo, fatiga y humor ansioso. Las funciones intelectuales se encuentran intactas.

- **En cuanto a las alteraciones del estado de animo;** las pacientes muestran según el CPB: depresión, con índices de melancolía altos, ojos llorosos, labilidad emocional, actitudes pesimistas y estados deprimidos en general. Mediante la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton se observo un estado de animo deprimido, sentimientos de culpa, disminución del grado de actividad laboral y de actividades en general. El tipo de depresión más común en las pacientes oncológicas es la llamada depresión reactiva, que se caracteriza por los cambios de humor continuos y la incapacidad para participar en actividades normales. Los síntomas duran más tiempo y son más pronunciados que los de una reacción normal y esperada, pero no cumplen los requisitos para considerarse una depresión grave.
- **A nivel biológico;** La mayoría de las pacientes muestran ciertos factores que pueden ser determinantes en la etiología del cáncer estaban presentes en ellas, tales como: consumo de altas cantidades de grasas, de tabaco, y también

antecedentes de familiares con esta patología, edad prematura de inicio de menstruación además de los síntomas mencionados anteriormente.

- **En cuanto al análisis conductual** se presentan problemas de sueño, interés y placer sexual reducidos, problemas en la alimentación y palpitaciones, así como los síntomas mencionados en el punto anterior.
- **A nivel cognitivo;** es decir el procesamiento racional se presentan pensamientos irracionales tales como imágenes de sufrimiento, catastrofización, dependencia afectiva, visión de túnel, pensamientos polarizados, falacias de perfección, falacias de recompensa divina, esquemas de atribución, culpabilidad, filtrate de información. Se presentan esquemas bajos en la resolución de problemas. En cuanto a las expectativas y metas, éstas no se establecen de manera clara y dependen principalmente de la experiencia personal y el tipo de información recibida por la paciente.
- **A nivel de sexualidad;** presentan disfunción sexual, relacionado con la disminución del deseo sexual, debido a que la auto-imagen se ve afectada después de la mastectomía o la extirpación de las mamas como símbolos de la feminidad.
- **En cuanto al conocimiento de la enfermedad;** este puede acelerar o disminuir el proceso de la enfermedad,

depende del conocimiento de su diagnóstico o del tipo de información que la paciente tenga sobre la enfermedad, el modo de adaptación y de las características personales de estas. La mayoría de las pacientes, tenían información errada sobre la patología, lo que provoco su retraso a la consulta medica. Así también la larga espera para ser atendidas en el servicio genera niveles altos de ansiedad y estres.

- **En cuanto al apoyo familiar;** es de vital importancia en la recuperación adaptación y aceptación de la patología, la mayoría de las pacientes recibió apoyo de algún familiar.
- **La relación médico paciente;** es importante en la adaptación y mejora de la calidad de vida de las pacientes y de sus familiares.
- **El sistema socio económico de la paciente:** este incide en el proceso patológico de la enfermedad de cáncer de mama, en la disyuntiva de acceder al tratamiento debido a los gastos que esto puede generar. El costo de la enfermedad es muy alto y si no tuviesen seguro médico no les seria posible cubrir los gastos que supone el tratamiento.
- **La terapia rehabilitadora es importante en el proceso adaptativo;** para mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. La mayoría de las pacientes sienten que el apoyo psicológico , el tener una persona con quien compartir

sus preocupaciones las favorece en su estado general. La terapia disminuye y ayuda la incidencia de alteraciones psicológicas que se puedan presentar a raíz de cáncer de mama, es importante en el proceso adaptativo y para mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

## **10.2 SIGNIFICACION DEL PROBLEMA**

Se ha señalado que padecer un cáncer supone alteraciones afectivo-emocionales, que amenazan con agotar los recursos psicológicos de la persona por la magnitud del peligro que la enfermedad conlleva.

Diversos investigadores se han preguntado si el estilo de afrontamiento y los rasgos de personalidad, pueden influir en la supervivencia del canceroso," se ha observado que las pacientes con cánceres que crecen más rápidamente y tienen peor pronóstico son más defensivos e inhibidos, tienen desahogos emocionales pobres y son incapaces de liberar tensiones a través de descargas motoras o verbales. El apoyo a estas pacientes debería de manera integral tomando en cuenta sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, es fundamental para mejorar la calidad de vida de las misma.

Por otra parte, el reconocimiento de que determinados factores de naturaleza conductual y de aprendizaje así como los niveles de afrontamiento influyen en el riesgo de contraer la enfermedad y en su posible evolución, pone de relieve la importancia de la valoración

---

<sup>106</sup> Blumberg 1954, Stavraký 1969, Derogatis 1979, Levy 1983, Georgoff 1991, etc.

de otros parámetros distintos a los estrictamente biológicos en el cáncer.

No podemos olvidar que hoy día el 50 % de los casos de cáncer se curan como consecuencia del diagnóstico precoz y el éxito de los modernos métodos terapéuticos, tanto en el terreno de la cirugía como de la quimioterapia y la radioterapia. Este pronóstico menos pesimista ha propiciado un cambio de actitud de la sociedad hacia la enfermedad y los enfermos y de esta manera en el momento actual se ha generado una mayor preocupación y sensibilidad por la autonomía y los aspectos personales y sociales de la paciente.

### **10.3           CONDICIONES DEL MARCO TEORICO**

Es importante señalar estudios como los de José Luis Dueñas Zúñiga, Rodolfo Amaut Tomayconza y Fidel Guzmán Chávez que hablan sobre el grado de calidad de vida refleja el estado psicológico, social y biológico del paciente portador de una enfermedad y las alteraciones positivas o negativas que puedan suceder a la terapia. El objetivo fue describir los factores asociados a la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama, que de un total de 95 pacientes diagnosticados y/o tratados, se estudiaron 66 casos que cumplían con los criterios de selección. La media de edad fue 52.7 (+/- 10.76) años, rango de 29 a 80; todos de sexo femenino. Se describen los factores asociados, sus frecuencias y niveles de asociación, las conclusiones que estos obtuvieron: Se halló asociación entre calidad de vida y edad mayor de 45 años, tiempo de

enfermedad de 1 a 5 años, estadio clínico IIIB, la asociación de cirugía más quimioterapia como esquema de tratamiento, la presencia de enfermedad concomitante y la persistencia de la enfermedad. No se halló asociación con grado de instrucción, nivel socio económico, ocupación, estado civil, y diagnóstico histológico.

Halttunen y Hietanen (1992) han hecho una evaluación en mujeres que 8 años antes padecieron cáncer mamario y no han recaído, encontrando que un 50% aún tenían pensamientos ocasionales de una posible recurrencia, el 70% pensaban que no estaban curadas y más del 50% admitieron que el cáncer les había modificado sus pensamientos en el sentido de una mayor madurez. Las que asisten a terapias psicológicas grupales tienen menor ideación de recaída y están menos deprimidas.

Según Holland J. C. y Almanza-Muñoz J. en el artículo publicado en la revista "Oncología Clínica" Vol III. nº 2 , titulado La Psico-Oncología en la proximidad del Nuevo Milenio, a psicoterapia y una gama muy amplia de intervenciones psicoterapéuticas, psico-sociales, conductuales y psicoeducacionales son efectivas para el tratamiento de determinados pacientes. Sin duda alguna, la psico-oncología ha llenado una necesidad específica en el cuidado del paciente con cáncer. Su adelanto dependerá mucho, de la capacitación de un gran numero de individuos que sean formados en esta área, quienes puedan crear unidades de psico-oncología en los centros de cáncer, y que puedan también, interactuar con otras disciplinas y desarrollar estudios de investigación orientados a los

temas de mayor relevancia, contribuyendo al descubrimiento de nuevos métodos terapéuticos, tales como la prueba de DNA y su impacto.

Es necesario continuar desarrollando serios esfuerzos que aseguren el cuidado centrado en el paciente, e incorporen conceptos tales como calidad de vida y cuidado paliativo, así como también, la inserción de la dimensión espiritual, para mantenerlos permanentemente disponibles en el cuidado del paciente con cáncer.

#### **1 0.4 LIMITACIONES Y VENTAJAS DEL METODO DE INVESTIGACION**

El método hipotético-deductivo, ha sido bastante útil en la medida que ha permitido cuantificar y medir resultados relacionados a la hipótesis planteada. En cuanto al tipo de estudio que es descriptivo, permite obtener los objetivos planteados en la investigación y determinar si se presentan alteraciones a nivel afectivo-emocional.

Parece pertinente aclarar que la modificación del cuestionario multimodal de historia de vida del paciente del CPB (Clínicas Psicología y Bioretroalimentación), ha sido de bastante ayuda.

Ademas recalcar la importancia de la multimedia para estudios posteriores a fin de ampliar nuestros conocimientos y horizontes sobre distintos temas en psicología, al hablar de multimedia nos referimos específicamente al internet.

Indicadores a nivel mundial nos muestran el alarmante incremento de pacientes con cáncer en general y en particular de pacientes con cáncer de mama que en nuestro país no se encuentran muy bien documentados, necesitando una actualización de cifras a niveles departamentales y nacional.

### **10.5 AMPLITUD DE LA PROPUESTA**

Los estudios han tratado de mostrar la realidad de las interacciones complejas que se producen entre el estado fisiológico, psicológico y social de las pacientes no sólo con cáncer de mama sino a cualquier otra patología oncológica. El alcance psicológico del cáncer está matizado y fuertemente influenciado por el miedo que la sociedad proyecta hacia dicha enfermedad; este miedo se centra principalmente en la pérdida de control, el deterioro físico y la mortalidad.

### **1 0.6 DISCUSION**

La presente investigación se planteo como objetivo fundamental el determinar si existen alteraciones a nivel afectivo y/o emocional en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en etapa I de la enfermedad y tomar en cuenta las consecuencias psicológicas a nivel cognitivo, comportamental, sexual y proponer un modelo de consejería para mejorar en cierta manera la calidad de vida de estas pacientes. En tal sentido la presente investigación servirá como guía o referencia para los profesionales que trabajan con pacientes con cáncer de mama y con pacientes oncológicos en general.

Es importante encaminar actividades para sensibilizar a las autoridades en salud y principalmente al personal médico y paramédico acerca de las consecuencias físicas pero también psicológicas que trae consigo la enfermedad.

Una medicina que persiga la excelencia no puede obviar estos aspectos y debe plantearse una intervención que considere al paciente globalmente e incorpore el principio fundamental del trabajo en equipo multiprofesional (psiquiatra, psicólogo, oncólogo, enfermera, etc.).

Es por ello de vital importancia la inserción del profesional psicólogo en el equipo de atención al paciente oncológico, tomando en cuenta los aspectos conductuales de riesgo, el estudio de la calidad de vida, las estrategias psicológicas y de afrontamiento de la enfermedad, los mecanismos del dolor, el desarrollo de los cuidados paliativos, el estudio del desgaste profesional y los sentimientos de sobrecarga de los equipos terapéuticos.

**La experiencia de los modernos centros oncológicos norteamericanos, que incluyen en su plantilla a psicooncólogos, ha demostrado el enorme valor terapéutico y humano de estos enfoques, en nuestro país la dotación de medios y recursos sigue siendo insuficiente.**

Es importante tomar en cuenta que la información obtenida pertenece a registros oficiales en cuanto a la incidencia, sino son

datos gentilmente proporcionados por el Dr. Mollinedo Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Obrero #1 de la Caja Nacional de Salud, por lo que se hace necesario un registro adecuado y oficial de los mismos.

La presente investigación cuenta con un nivel de confiabilidad del 82% lo que se constata luego de la aplicación de test internacionales que cuentan con un nivel de confiabilidad entre el 91% y el 96%, el nivel de error corresponde al 18% con un nivel de seguridad del **100%**.

### **1 0.7 APORTES**

La presente investigación se constituye en un aporte para el conocimiento y tratamiento de las características psicológicas generales de las pacientes con cáncer de mama, ayudando a mejorar la calidad de vida de las misma.

Ademas es importante tomar en cuenta que la psicóloga, el psicólogo podrían participar en el apoyo a las enfermas oncológicas en :

**Intervenciones preventivas:** En la educación acerca de hábitos de consumo de sustancias de riesgo, afrontamiento del estrés, adopción de hábitos saludables y de conductas que faciliten la detección temprana de tumores.

**Brindar información adecuada al paciente:** Contenidos, tipos de información, estilo, vías de dar información a la paciente y familiares, así como el momento y la secuencia más oportuna.

- ◇ **Preparación a la hospitalización y tratamientos:** Con el objeto de reducir la ansiedad, el impacto estresor que conllevan y adquirir respuestas adaptativas a esta situación. El objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía.

**Tratamiento después del diagnóstico de cáncer:** Para reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas, promover un sentido de control personal y participación activa, dotarla de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación con su pareja y su familia. Los tratamientos médico asociados a la patología del cáncer que podrían incluir la intervención psicológica son:

▣ **Control de reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia:** ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios asociados, control de la fatiga, cambios en aspecto físico, etc.

▣ **Dolor agudo asociado a procedimientos diagnósticos,** tales como punciones lumbares, endoscopia, biopsias, etc.

**Dolor crónico** producto de la patología del cáncer.

- ▣ **Anorexia**, que puede ocurrir secundariamente a las tres principales modalidades de tratamiento: cirugía, quimioterapia y radiación o por la propia patología de cáncer.
  
- ▣ **Problemas sexuales** como frigidez, vaginitis que cierta proporción de las pacientes oncológicas experimentan como resultado o en asociación con el tratamiento.
  
- ▣ **Adaptación a amputaciones** u otros efectos de intervenciones quirúrgicas.

## **QUINTA PARTE**

### *CAPITULO 11*

#### **V. MARCO PROPOSITIVO**

#### **PROGRAMA DE APOYO PSICOLOGICO A LA PACIENTE CON CANCER**

Al hablar de pacientes hospitalizadas con cáncer de mama y porque no generalizar, todas las pacientes hospitalizadas en general, es importante referirnos a lo que es el apoyo a nivel psicológico, tomado este como un sistema terapéutico de apoyo, destinado a eliminar o reducir el impacto psicológico producido por la enfermedad."

Al haber comprobado <sup>108</sup> que la terapia de apoyo es importante en el proceso adaptativo y que esta disminuye y ayuda a reducir la incidencia de alteraciones psicológicas que se pueden presentar a raíz de una patología medica como es el cáncer de mama y de esta manera mejorar la calidad de vida de las pacientes con dicha patología.

#### **11.1 PROPOSITO DEL PROGRAMA**

Tiene como propósito principal mejorar la calidad de vida y adaptación de las pacientes y de los miembros de su entorno familiar a la enfermedad.

## **11.2 PRINCIPIOS BASICOS DEL PROGRAMA**

### **11.2.1 Trabajo en equipo**

Es necesario para su aplicación la presencia de un equipo multidisciplinario que cuente con la participación de médicos, psicólogos, asistentes sociales y auxiliares.

### **11.2.2 Continuidad del trabajo**

Debe tener una continuidad terapéutica clara. La coordinación entre el equipo de trabajo tiene que ser fluida y eficaz, con reuniones periódicas para de esta manera eliminar los obstáculos de comunicación.

### **11.2.3 Individualización del programa**

Dentro del programa, cada paciente debe ser evaluada de forma que se organice un plan de trabajo individualizado.

## **11.3 PLAN INDIVIDUALIZADO**

### **11.3.1 INFORMACIÓN AL PACIENTE DE CÁNCER ANTES DE CONFIRMARSE EL DIAGNOSTICO.**

Un tema prioritario es la información que se administra al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Aunque hasta la década de los sesenta la mayor parte de los médicos tendía a informar escasamente o no informar a los pacientes de cáncer del trastorno que padecían, la tendencia por razones diversas entre las que se incluyen la demanda de

los propios pacientes y la adopción de un modelo de atención médica más centrado en el papel activo de la paciente. Es importante aclarar que se comprobado que pacientes informadas correctamente muestran una mejor adaptación social a largo plazo, aunque no de forma inmediata.

#### **11.3.1.1 Contenido de la información**

Los efectos positivos de la información a la paciente de cáncer dependen del contenido de la información, de cómo y de cuándo se emita. Respecto al contenido de la información ésta debe incluir al menos:

- a** El diagnóstico y características clínicas del cáncer.
- a** Características de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, las razones por las que se aplican y los efectos benéficos que comportan.
- a** Efectos colaterales de los tratamientos, tipos e incidencia y estrategias o medios para disminuir o paliar los efectos negativos: prótesis, posible caída del cabello, náuseas y vómitos, etc.

#### **11.3.1.2 En cuanto al cómo y el cuándo**

- La información ha de ser secuencial, es decir, ha de tener en cuenta los diferentes momentos o fases del proceso asistencial, de forma que sea específica y concreta a la situación en que se encuentre.

- Debe estar administrada por el especialista del área en cuestión, de forma que los aspectos acerca de las características y curso de la enfermedad han de ser comunicados por el médico, mientras que los aspectos psicosociales han de ser comunicados por el psicólogo. Inicialmente, la información se dará por medio de conversación, pudiendo complementarse mediante folletos, películas o información provenientes de otras personas que hayan pasado por una experiencia similar (en este caso es imprescindible un entrenamiento específico de esas personas).

Debe ser congruente, de forma que lo que se le dice al paciente a través de los distintos canales de información sea similar. Por eso es importante que la comunicación tanto del diagnóstico, como del pronóstico y efectos de los tratamientos sea dada al mismo tiempo que al paciente a su pareja y a los familiares más allegados. La adecuada comunicación entre los miembros del equipo de intervención asegurará dicha congruencia.

- Hay que adecuar la información al estilo de afrontamiento del paciente. La investigación ha revelado distintos estilos de afrontamiento por parte de los pacientes, algunos prefieren olvidar, negar o evitar la evidencia de la enfermedad. En este caso, una información reiterada y exhaustiva puede serles

negativa, mientras que otros prefieren buscar cuanta más información mejor, por lo que se les debe facilitar la máxima posible.

- La información ha de estar estructurada integrando un esquema conceptual de lo que significa el cáncer, pues en muchos casos es necesario hacer comprender al paciente que el concepto que tiene sobre el cáncer es incorrecto e inadaptivo. Asimismo hay que insistir en las posibilidades de intervención actuales, insistiendo en las elevadas tasas de recuperación que se consiguen, y destacar la importancia de la actuación que debe llevar a cabo el propio paciente.

En todo caso, la información ha de ser realista y hay que abstenerse de ofrecer panaceas, ni expectativas positivas infundadas.

La información del diagnóstico o tratamientos a seguir, puede hacerle sentir al paciente mayor ansiedad inicialmente, pero a medio y largo plazo los pacientes informados y sus familiares logran desarrollar una mejor adaptación al proceso: la ausencia de información puede producir una mejor adaptación pero sólo a corto plazo. Ha de tenerse en cuenta que el dar información puede llevar a un mayor estado de estrés sólo si no se acompaña de entrenamiento en estrategias para

afrontar los problemas que se originarán. Conviene, por tanto, registrar los efectos de la información, así como la precisión y comprensión por el paciente de lo que se ha comunicado.

### **11.3.2 PREPARACION ANTES DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.**

La aplicación de cirugía, con el propósito de eliminar las fuentes tumorales, es uno de los primeros y más efectivos tratamientos en oncología. Sin embargo, es al mismo tiempo que una garantía de curación, un fuerte estresor para muchos pacientes ya que provoca, en ellos y sus familiares cercanos, reacciones de miedo a la muerte, a la desfiguración, dolor, pérdida de control, etc. Se distinguen cuatro áreas que afectan a la adaptación del paciente a la cirugía:

1. El peligro representado por la cirugía en sí misma, esto es la amenaza de la anestesia general, amputación.
2. Los efectos postoperatorios del procedimiento: dolor, malestar, reducida capacidad para la actividad física y la ambulación.
3. La incapacidad para reasumir los roles sociales deseables, como son actividades recreativas, deberes familiares y ocupacionales;
4. Aspectos asociados a la condición médica a largo plazo, registro de síntomas y signos de enfermedad, así como la perspectiva de próximas intervenciones médicas (radioterapia, quimioterapia, etc.).

Las intervenciones adecuadas para la preparación quirúrgica incluyen las siguientes áreas:

**a. Información de procedimiento:** Aportar información precisa de lo que le van hacer. El momento en que se va a llevar a cabo, y las razones por las que se realiza, lo que contribuirá a reducir el distress y minimizará la incertidumbre.

**b. Información subjetiva y de sensaciones:** Se ha de ofrecer información al paciente sobre las sensaciones somáticas producidas por la operación, el los que se distinguen de aquellas producidas por la enfermedad, así como de las reacciones emocionales que experimentará el paciente ante sucesos específicos. Se trata de que el paciente haga interpretaciones benignas de estas sensaciones y que sean percibidas correctamente y no como signos de alarma. La información, ya sea de procedimiento o subjetiva, se ha de dar personalmente, secuenciada, para no sobrecargar al paciente, mediante entrevista directa y con la ayuda de folletos informativos o medios audiovisuales.

**c) Estrategias de afrontamiento específicas:** Dotar al paciente de estrategias orientadas al problema y al control de la emoción. Entre las estrategias orientadas al problema se aplican frecuentemente: entrenamiento en

respiración profunda, relajación, toser, movilización de extremidades y ejercicios de ambulación para facilitar la recuperación de capacidades físicas. Entre las estrategias de afrontamiento centradas en emociones: petición apropiada de la medicación, distracción cognitiva, visualización, atención orientada a los aspectos positivos, interpretación positiva de sensaciones y control autoinstruccional. Los pacientes han de ser entrenados en estas técnicas, y expuestos en imaginación o en vivo gradualmente a estímulos que permitan la práctica y habituación a los estímulos estresantes relacionados con la cirugía.

### **11.3.3 INTERVENCIÓN TRAS CONFIRMARSE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER**

Los propósitos en esta fase implican:

- a** reducir la ansiedad, depresión, y otras reacciones emocionales desadaptativas
- ▣ facilitar la adaptación al cáncer induciendo un estilo de afrontamiento positivo
- ▣ desarrollar estrategias de resolución de problemas para ocuparse de los relacionados con el cáncer
- ▣ facilitar la comunicación del paciente con su pareja y otros miembros familiares
- ▣ estimular la participación en actividades y mejorar relaciones sociales

## **11.4 TERAPIAS DE INTERVENCION PSICOLOGICA MAS UTILIZADAS EN PACIENTES ONCOLOGICAS**

### **TERAPIAS PSICOLOGICAS A UTILIZARCE**

#### **11.4.1 Terapia ocupacional**

El trabajo incluyendo actividades y empleo remunerado o no es muy importante para el bienestar económico y emocional de la paciente oncológica, para restablecer los sentimientos de autoestima y canalizar sentimientos de ansiedad-depresión.

Mantener el empleo durante el tratamiento y después del mismo se asocia a mejor evolución, como observan Berry en 1992 y Omne Ponte en 1892.

#### **11.4.2 Terapia de grupo**

Muchas pacientes se benefician de los grupos de apoyo de otros que están en la misma situación, los clínicos deberán estar al tanto de grupos activos localmente y ofrecer esta información a las pacientes y a sus familias. Los miembros del consejo pastoral del equipo al cuidado de la salud deberán participar en reuniones para discutir las necesidades y el tratamiento de las pacientes. Ellos deberán ser una fuente de información sobre recursos comunitarios para el cuidado espiritual y el apoyo de las pacientes y sus familias.

Las intervenciones médicas tratan los aspectos físicos de la enfermedad. Las psicológicas se orientan a las distorsiones de la autoestima y a los sentimientos de pérdida de control que acompañan el comienzo de una enfermedad. La terapia de grupo brinda la oportunidad de reunirse con otros en un entorno de apoyo para tratar los efectos de la enfermedad sobre ellos mismos. Da oportunidad a las personas de ver cómo los demás se están enfrentando a la enfermedad y contribuye a crear redes de apoyo que disminuyen los sentimientos de soledad y aislamiento.

#### **11.4.3 Psicoterapia cognitiva**

Se sabe que uno de los tratamientos psicoterapéuticos más efectivos en las enfermedades oncológicas es la psicoterapia cognitiva-conductual.

La psicoterapia cognitiva, desarrollada por Aaron T. Beck en 1979, es un método de terapia breve y con buena indicación en las depresiones mentales moderadas y en pacientes con baja autoestima. La terapia cognitiva consiste en eliminar las aptitudes o creencias negativas que la paciente tiene sobre sí misma. Muchas veces incluso tiende a ver el medio exterior en forma negativa.

Cuando se combina la terapia cognitiva con medicinas antidepresivas los resultados pueden ser excelentes.

Es importante que la paciente discuta sus miedo y preocupaciones con alguien. Los miembros de la familia, el/los doctor(es), el ministro o sacerdote, un/una amigo(a), o con alguien que ha pasado por la misma situación, ya que verbalizar sus sensaciones aminora las aminora y le ayuda a hacer frente a la situación.

La participación de la paciente en el procedimiento de toma de decisión puede tener cierta influencia sobre el curso del tratamiento y puede incluso ayudar a la recuperación después de la cirugía.

El horror de perder un pecho, la sensación que se ha violado su feminidad es acontecimiento psicológicamente traumático para una mujer. Las pacientes necesitan hablar con sus doctores sobre las varias opciones quirúrgicas y del tratamiento, incluyendo la reconstrucción del pecho.

Los miembros de la familia tendrán que colaborar estando dispuestos a discutir los miedos que la paciente tiene sobre la enfermedad e incluso la misma muerte. Los miembros de la familia que mantienen una postura de constante optimismo son propicias para la paciente.

Expresar sensaciones de ansiedad o depresión sobre la enfermedad puede realmente ser una parte de un coping eficaz del comportamiento. <sup>109</sup>

Los procedimientos de intervención que se han aplicado con mayor profusión han sido fundamentalmente programas cognitivo-conductuales.

## **11.5 ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA**

### **11.5.1 Comienzo de la terapia (2-4 sesiones)**

**a1 . Alivio de síntomas:** El terapeuta enseña al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento para los problemas inmediatos como malestar emocional, depresión, ansiedad o crisis vitales. Se utilizan técnicas como resolución de problemas, técnicas de distracción, relajación, asignación de tareas graduales y secuenciación de actividades.

**a2 . Vivir una vida ordinaria:** El terapeuta explica los principios para maximizar la calidad de vida. Se trata de ayudar al paciente y a su pareja a planificar y usar el tiempo disponible tan activa y recompensantemente como se pueda. Se aplican técnicas de secuenciación y planificación diaria, que incluyen actividades de maestría y placer, que ayudan a estimular el sentido de control del paciente, al observar que puede realizar un amplio rango de actividades, y su motivación y disfrute, puesto que se eligen actividades agradables para el sujeto.

**3 . Enseñar el modelo cognitivo:** Se enseña al paciente la conexión entre los pensamientos automáticos y los estados de humor y la conducta, con ejemplos de su vida diaria.

**a4 . Estimular la expresión manifiesta de sentimientos:** Se estimula al paciente a expresar y aceptar emociones negativas tales como la ira y la desesperación antes de estar sujeta a cualquier prueba de realidad, las emociones no son "buenas" o "malas", simplemente se sienten, su identificación correcta permite conocer cuáles son sus causas y, posteriormente, la forma de hacerles frente.

### **11.5.2 Fase intermedia (3-6 sesiones)**

Disminuido el primer impacto estresor y conocido el modelo cognitivo por el paciente, la intervención se puede centrar más en dichos aspectos cognitivos siguiendo estos pasos:

**1/1 . Enseñar a desafiar pensamientos automáticos** y principios básicos de pruebas de realidad para aplicarlos a sus problemas emocionales.

**2 . Continuar el uso del proceso de resolución de problemas.** Ahora, a diferencia del primer nivel, el objetivo se centra en reducir el estrés emocional ante temas menos urgentes pero igualmente importantes, por ejemplo, aislamiento social, problemas de comunicación con la pareja,

problemas de ansiedad, depresión y mantener su calidad de vida.

## **11.6 APOYO PSICOLOGICA A PACIENTES EN QUIMIOTERAPIA**

Si bien el tratamiento con quimioterapia es enormemente eficaz para impedir e desarrollo de nuevos tumores, lleva consigo efectos colaterales, los más comunes de los cuales son la ansiedad, náuseas y vómitos. Los estudios epidemiológicos revelan que entre el 25% y el 65% de los pacientes tratados con quimioterapia se sensibilizan al tratamiento, desarrollando reacciones de ansiedad y presentando náuseas antes del mismo.

Tan frecuentes y conocidos son estos fenómenos que los pacientes que comienzan la terapia generalmente presentan ya una cierta aprensión por este tipo de procedimientos.

Los programas de tratamiento psicológico más empleados han sido los siguientes:

**a Hipnosis:** Consiste en la inducción de la hipnosis, con sugerencias de relajación profunda y visualización de escenas placenteras. Para asegurar su eficacia se ha de practicar fuera de la sesión.

**▣ Relajación muscular progresiva con imaginación:** Consiste en que antes y durante la infusión de quimioterapia, se aplica relajación muscular progresiva e imaginación de escenas relajantes. El terapeuta debe aplicar la relajación

durante las 4 primeras infusiones, después debe aplicarla el sujeto solo y practicar fuera de la sesión. Eficacia 50% de reducción en náuseas y vómitos.

**Biofeedback-EMG con imaginación:** Consiste en la aplicación de biofeedback de tensión muscular, en localizaciones múltiples, en conjunción con entrenamiento en relajación e imaginación durante las infusiones. Se comienza con el entrenamiento en biofeedback, y una vez reducida la activación fisiológica, se introducen imágenes distractoras. Los resultados de estas intervenciones se han mostrado eficaces.

**Desensibilización sistemática:** Se construye una jerarquía de estímulos ansiógenos relacionados con la quimioterapia y se expone en imaginación a los sujetos al mismo tiempo que se aplica relajación. Un aspecto importante es que la efectividad de la desensibilización se mantiene aunque no se administre al mismo tiempo que la quimioterapia. Existe evidencia experimental de la eficacia de este procedimiento.

▣ **Técnicas de control atencional:** Técnicas de distracción mediante estímulos externos, mediante videojuegos u otras actividades distractoras (televisión, contar historias, etc.) durante la sesión de quimioterapia con el objetivo de impedir que se forme el condicionamiento clásico. El videojuego implica actividades motoras y cognitivas, una atención sostenida, que

se puede aumentar según se eleva la dificultad del juego y que dificulta la formación de las reacciones condicionadas. Además, son muy atractivos para los niños y adolescentes, y es una intervención muy económica, ya que requiere poco entrenamiento.

### **11.7 CONTROL DEL DOLOR**

El dolor en cáncer está fuertemente influenciado por dimensiones cognitivas, afectivas, conductuales, además de los aspectos somáticos, por lo cual el tratamiento adecuado debe implicar tanto intervenciones médicas como psicológicas. En pacientes de cáncer el dolor es un problema usual, si bien su prevalencia e intensidad aumenta a medida que lo hace la enfermedad, de forma que el dolor moderado a severo puede afectar al 40-50% de los pacientes en el diagnóstico inicial; al 35-40% en estados intermedios, y en el cáncer avanzado al 60-85% de los pacientes. Algunos estudios indican que pacientes con metástasis tienen un riesgo de 1:5 a 1:3 de padecer dolor significativo, que aumenta a 2:3 y 4:5 cuando la enfermedad se encuentra en estados finales.

La etiología del dolor de cáncer puede clasificarse en:

- dolor agudo, provocado por los tratamientos y pruebas diagnósticas del cáncer.
- dolor del cáncer.
- dolor crónico de origen no maligno.

La evaluación del dolor ha de comprender las dimensiones:

- ❑ conductuales —niveles de actividades o hábitos que se ven interrumpidos o deteriorados —;
- ❑ sensoriales y fisiológicos, (intensidad y características del dolor);
- a** cognitivas —patrones de pensamiento y aspectos atencionales que sirven para aumentar o disminuir el impacto de los aspectos sensoriales —;
- ❑ así como el impacto del dolor en el funcionamiento físico, interacción social y síntomas afectivos concurrentes.

Las intervenciones psicológicas que se han utilizado con mayor frecuencia para el tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico, han aplicado técnicas de hipnosis, relajación progresiva y biofeedback.

Se han llevado a cabo programas de condicionamiento operante que se han mostrado útiles para aumentar niveles de actividad motora y social del paciente, disminución de conductas de quejas y frecuencia de conducta cooperativa con el personal sanitario.

Por último, los programas que recientemente han adquirido mayor desarrollo son los cognitivo-conductuales, en especial los programas de inoculación del estrés, que abordan la modificación de aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor.

Tales intervenciones se componen de los siguientes elementos:

- 1. Educación, información al paciente acerca de los aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor.
  
- 2. Adquisición y consolidación de habilidades de afrontamiento como relajación y respiración controlada, entrenamiento en control de la atención, graduación de tareas y habilidades sociales y detención de pensamiento, resolución de problemas y control de dialogo interno.
  
- 3. Ensayo y aplicación de las habilidades entrenadas.
  
- 4. Entrenamiento en generalización y mantenimiento.

A la hora de diseñar las técnicas de intervención hay que tener presente la magnitud y características del dolor y los recursos o capacidades cognitivas que posee el paciente. En el dolor asociado al cáncer estas técnicas han de aplicarse en combinación con las intervenciones farmacológicas, ya que en el caso de dolor continuo y/o de alta intensidad las técnicas de relajación o redirección de la atención no son aplicables.

Con el objeto de disminuir la ansiedad y el estrés ante procedimientos diagnósticos o de tratamiento que implican dolor agudo tales como punciones lumbares o aspiraciones de médula ósea, sobre todo en niños.

### **11.8 INTERVENCIÓN EN LA FASE TERMINAL.**

Los cuidados paliativos son el conjunto de intervenciones médicas, sociales y psicológicas encaminadas a mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares cercanos en la fase terminal, cuando la enfermedad ya no responde por más tiempo a tratamientos específicos y es potencialmente fatal en un lapso corto de tiempo. Como características de la situación terminal se han señalado:

- enfermedad avanzada, incurable y en fase de progresión rápida, claramente diferenciada de una situación de cronicidad alta relativamente estable
- ausencia razonable de respuesta a tratamientos específicos
- pronóstico de vida pronóstico de vida probable inferior a 6 meses
- impacto emocional intenso sobre el enfermo, sus familiares y los propios terapeutas, suscitado por la proximidad de la muerte, y modulado por el sufrimiento físico, el aislamiento y la soledad.

La atención puede dispensarse mediante unidades de cuidados paliativos que son servicios hospitalarios especializados en este tipo de atención, que han de estar integrados por equipos multidisciplinares que incluyen médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, asesores espirituales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, así como voluntarios. De forma alternativa la atención puede ser domiciliaria.

En primer lugar, los cuidados paliativos han de orientarse al control de los síntomas físicos: dolor, fatiga, debilidad, problemas del sueño, anorexia, etc.

El propósito del tratamiento psicológico se centran en tres áreas fundamentales:

a. **Respecto al enfermo terminal:**

- ☑ Reducir la soledad y el aislamiento del paciente.
- ☑ Aumentar su control sobre el entorno y su autonomía.
- ☑ Reducir la apreciación de amenaza.
- ☑ Aumentar la autoestima.
- ☑ Disminuir la ansiedad y depresión.
- ☑ Control de síntomas.

b. **Respecto a la familia son dos los propósitos:**

- ☑ Soporte emocional para el afrontamiento de la situación actual y para la pérdida inminente.
- ☑ Soporte informativo de los recursos que pueden usar.

c. **Respecto del personal sanitario, hay dos propósitos:**

- ☑ Ayudar al manejo de sus propias emociones ante la situación terminal.
- ☑ Formación para la detección de las necesidades reales del paciente terminal.

Para conseguir estos objetivos ha de hacerse uso de técnicas cognitivo-conductuales: inoculación de estrés, relajación, hipnosis, técnicas operantes para reforzar conductas apropiadas, etc. La cooperación de voluntarios que hayan tenido familiares con cáncer, bien entrenados y seleccionados, es un elemento de aprendizaje vicario de respuestas de afrontamiento que es muy útil.

## CAPITULO 12

### **BIBLIOGRAFIA**

#### **1 2 . 1 LIBROS Y ARTICULOS CONSULTADOS:**

Agustina Sirgo y Antonio Cano-Vindel. **Emociones y cáncer**

**American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV.** 4th ed., Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

Beck AT. Brown G Epstein y Steer RA. **An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric properties.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988; 56:893-7

BANYARD, P. y otros. **Introducción a los Procesos Cognitivos.** Barcelona: Editora Ariel S.A., 1995. 398 p.

Belloch, A; Sandín, B. (1996): "**Manual de Psicopatología**". McGraw-Hill/Interamericana de España.

**Boletines informativos del National Cancer Institute.**  
**Office of Cáncer Communications**

Doherty WJ and Baird MA. **Family therapy and family medicine.** Nueva York: The Guilford Press, 1983

DURAN-GONZALEZ, LILIA IRENE PSIC., **PH.D.La formación del psicólogo y su papel en la salud. Conferencia magistral dictada en el V Encuentro Institucional de Salud Mental, Servicios de Salud Pública, Hermosillo, Sonora**

**Enciclopedia de Psicología.** Ediciones McGraw Hill, 1997

Fernández Liria A, García Rojo J. **Los programas de case-management. Conceptos básicos y aplicabilidad** Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría 1990; Vol nº 32.

Green BL, Lindy JD, Grace MC: **Posttraumatic stress disorder: toward DSM-IV. The Journal of Nervous and Mental Disease,** 1985.

Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1997): **"Sinopsis de Psiquiatría"**. Baltimore, Maryland, William Wilkins; Argentina, Editorial Panamericana.

✓ Kaplan, H.; Sadock, B. (1996): **"Terapia de grupo"** Argentina, Editorial Panamericana. Primera publicación realizada por la American Psychiatric Association: "DSM —IV, Manual

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (1995).  
Barcelona.

Masson. Krueger, **Psicología de la rehabilitación.**  
Barcelona 1987

Kübler-Ross E. **Therapy with the terminally ill, in On death and dying.** Collier books, Macmillan Publishing Company, 1969.Ed. Sociedad Nicolás Monardes, 1992.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986): **"Estrés y procesos cognitivos"**. Barcelona, Martinez Roca. Seligman, M. (1981): "Indefensión". Madrid, Debate.

LEWIS GLASS, Arnold y JAMES HOLYOAK, Keith. **Cognition.**  
New York: Random House, 1986.

Massé García y A. M. Giménez Ciruela. **Enfermedad y muerte: asistencia al paciente moribundo.** Coordinador: A.Blanco Picabia, Sevilla

Massie MJ: Anxiety, panic, and phobias. **Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cáncer.** New York, NY: Oxford University Press, 1989.

Maier W. , Buller R, Philipp M, Heuser I. **The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensibility to change in anxiety and depressive disorder.** Journal of Affective Disorder, 1988 14:61-8

Minuchin S. **Families and family therapy.** Cambridge: Harvard University Press, 1974

Minuchin S and Fishman HC. **Técnicas de terapia familiar.** Barcelona: Paidós, 1981.

NIH Consensus Conference. **Adjuvant Chemotherapy for Breast Cáncer.** JAMA, 1985.

NIH Consensus Conference. **Treatment of Early Stage Breast Cáncer.** JAMA.

Payne SA: **A study of quality of life in cáncer patients receiving palliative chemotherapy.** Social Science and Medicine, 1992.

Piñero FJ. **Proyecto sobre la implantación y desarrollo de un Programa General de Rehabilitación y Reinserción social.** Comunidad de Madrid, 1985.

Ramos- BrievaJA, Cordero A. **Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión.**

Actas Luso-Esp Neurol Psiquiátrico 1986; 14:324-334

Simon FB, Stierlin H and LC Wynne. **Diccionario de terapia familiar.** Barcelona: Gedisa, 1988.

**Tratamiento sistémico adyuvante del cáncer de mama.** Departamento de Oncología Médica, Mama y Ginecología. The University of Texas.

VasquezC, Sanz J. **Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck.**

Barcelona :III Congreso de evaluación Psicológica 1991

VEGA, **Manuel de. Introducción a la Psicología Cognitiva.** Madrid (España): Alianza Editorial, 1994. .

Villalba C. **Redes Sociales y apoyo social. Concepto y características. Revista de Intervención Psicosocial**

1993; n 2.

## **12.2 SITIOS EN INTERNET:**

Argentina. En línea.

<http://www.cetepo.com.ar/ArtFelipeLecanelierback.htm>

Casalod Royo Eva Maria . Psicooncología.

<http://www.opolanco.es/Apat/psicooncología.html>

Guanajuato, México. En línea.

<http://200.23.183.52/cursos/psico/APpsico.html> (Consulta:

31 de marzo de 2000)

- National Cancer Institute. Cáncer Web.

<http://www.graylab.ac.uk/cancernet>

- Perazzo F.\*, Vidal y...Psicooncología. Cuidados paliativos.

<http://www.aaoc.org.ar/revista/junio/psicooncología.htm>

Polo Matias J. Psicooncología.

<http://www.intersep.org/manual/a7n6.htm>

- Revista Electronica de psicología. Vol. 1, No. 1, Julio 1997

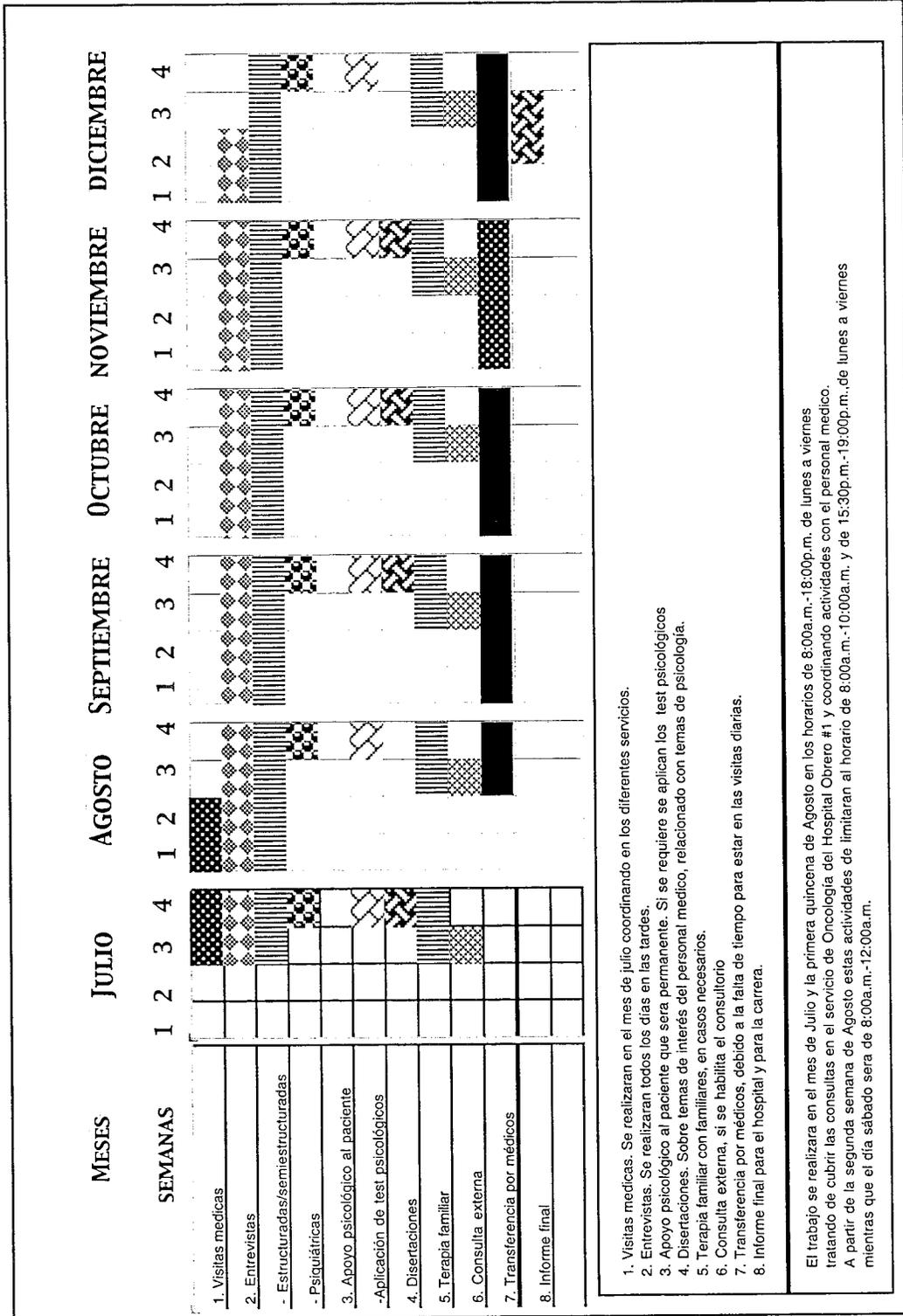
ISSN 1117-8492. <http://www.psicología.com>

# ANEXO I

☑ Cronograma de actividades realizadas durante la investigación.

1. CRONOGRAMA

**CRO O AMA DE ACTIVIDADES**



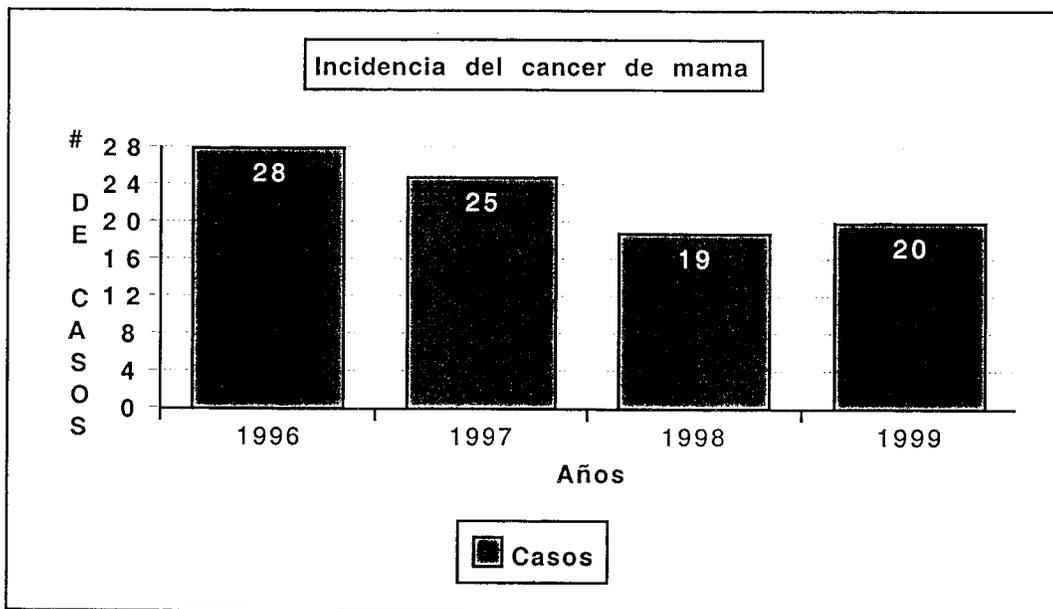
II DETERMINACION DE LA MUESTRA

# ANEXO II

☑ Determinación de la muestra.

**11.1 Incidencia por años del cáncer de mama etapa 1 y II de la enfermedad.**

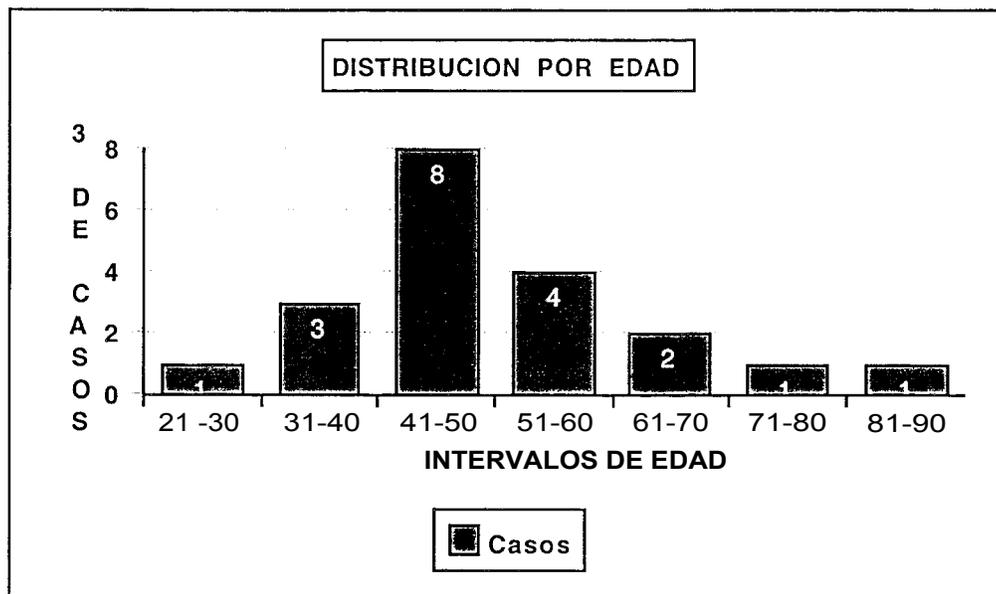
Año	Casos
1996	28
1997	25
1998	19
1999	20
<b>Incidencia anual</b>	<b>23</b>



La incidencia del cáncer de mama en etapa I de la enfermedad es de 23 pacientes por año , tomando en cuenta datos desde 1996, obtenidos de registros del Dr. Mollinedo, Jefe del Servicio de Oncología. El año en que se aplica la investigación fue el 1999, en el que vemos un total de 20 pacientes con el diagnostico de cáncer de mama en etapa I y II de la enfermedad, en el Hospital Obrero #1 de la Ciudad de La Paz (CNSS).

**11.11 Distribución por edad para el año 1999 de pacientes con cáncer de mama en etapa 1 de la enfermedad.**

INTERVALOS DE EDAD	Casos
21-30	1
31-40	3
41-50	8
51-60	4
61-70	2
71-80	1
81-90	1
<b>TOTALES</b>	<b>20</b>



De los 20 pacientes hospitalizados para el año 1999 se observa que el mayor porcentaje se encuentra en los intervalos de 41 a 50 años de edad, siendo esto en un 55%, por lo que la investigación se enfocara o se dirigirá a este grupo etáreo.

### 11.111 Determinación de la muestra'

$$= Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p$$

Si conocemos el tamaño de la población usaremos el método para poblaciones finitas.

#### Tamaño de la población es finito

- n Tamaño muestral
- N** Tamaño de la población, número total de historias.
- Z Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1,96 para  $\alpha = 0,05$  y 2,58 para  $\alpha = 0,01$ .
- p Prevalencia esperada del parámetro a evaluar. En caso de desconocerse, aplicar la opción más desfavorable ( $p=0,5$ ), que hace mayor el tamaño muestral.
- q 1-p (Si  $p=30\%$ ,  $q=70\%$ )
- Error que se prevé cometer. Por ejemplo, para un error del 10%, introduciremos en la fórmula el valor 0,1. Así, con un error del 10%, si el parámetro estimado resulta del 80%, tendríamos una seguridad del 95% (para  $\alpha = 0,05$ ) de que el parámetro real se sitúa entre el 70% y el 90%. Vemos, por tanto, que la amplitud total del intervalo es el doble del error que introducimos en la fórmula.

Por recomendación se calculan los tamaños muestrales para  $\alpha = 0,05$ , y un error 0,1, o más precisas.<sup>2</sup>

Por lo que tenemos:

$$n = (1.96) \cdot \frac{8 \times 0.5 \times 0.5}{0.1 \times (8-1) + 1.96 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 3.84 \times \frac{2}{0.07 + 0.98}$$

$$n = 3.84 \times 1.05$$

$$n = 4.03$$

- Por lo que el tamaño de la muestra sera de 4 pacientes con un nivel de erro del 10%

Mira JJ, Gómez J, Aranaz J, Pérez E. Auditoría de historias clínicas: ¿Cuál es el tamaño adecuado de la muestra?. Todo Hospital 1997; octubre: 58-64.

<sup>2</sup> Mira JJ, Gómez J, Aranaz J, Pérez E. Auditoría de historias clínicas: ¿Cuál es el tamaño adecuado de la muestra?. Todo Hospital 1997; octubre: 58-64.

# ANEXO III

☑ Cuestionario CPB. Multimodal de historia de vida.

### III. CUESTIONARIO CPB

---

---

## CUESTIONARIO MULTIMODAL DE HISTORIA DE VIDA

El propósito de este inventario es obtener una imagen completa de sus antecedentes. En psicoterapia, los registros son necesarios, pues permiten investigar los problemas de una manera más profunda. Al responder a estas preguntas de la manera más completa y precisa posible, usted estará facilitando su propio programa terapéutico. Se le pide llenar estas preguntas rutinarias en su propio tiempo, para no utilizar el tiempo de consulta en ello (por favor siéntase libre de utilizar hojas extra si necesita espacio adicional para responder).

Es comprensible que usted pueda preocuparse por la información que reporte en el cuestionario, pues es información totalmente personal. Es importante que sepa que la información de sus records es absolutamente confidencial y es para uso exclusivamente profesional.

Segunda Edición, 1991  
Copyright © 1991 de Arnold Lazarus y Clifford N. Lazarus

Publicado por Research Press  
2612 North Mattis Avenue  
Champaign, Illinois 61821

Traducido y adaptado por Guido Aguilar

INFORMACION GENERAL

Fecha: -----

Nombre: -----

Dirección: -----

Teléfonos: Casa: ----- Trabajo: -----

----- Ocupación: ----- Sexo: \_\_\_M

Nacimiento: Fecha ----- Lugar : -----

Estatura: ----- Peso: ----- ¿Fluctúa su peso? \_\_\_Si \_\_\_No. ¿Cuánto? -----

¿Tiene un médico familiar, o que por alguna razón especial le atiende? \_\_\_Si \_\_\_No

Nombre del médico: ----- Teléfono: -----

¿Por quién fue usted referido? -----

Estado Civil: \_\_\_Soltero \_\_\_Comprometido \_\_\_Casado \_\_\_Separado \_\_\_Viudo

\_\_\_Divorciado \_\_\_Convive con alguien Vuelto a casar: ¿Cuántas veces?\_

Usted vive en: \_Casa \_Apartamento \_Otro (Especifique)\_ -----

¿Con quién vive? \_\_\_Solo \_\_\_Padres \_\_\_Cónyugue \_\_\_Amigo(a)

\_\_\_Hijos \_\_\_Otro (especifique) -----

¿En qué trabaja? ((cuál es su actividad?)) -----

satisface su actividad (o trabajo)?

Si respondió no, explique: -----

-----

¿Qué tipos de trabajo tuvo anteriormente? -----

-----

¿Ha estado en terapia, o ha buscado ayuda profesional por sus problemas? \_\_\_Si \_\_\_No

¿Ha estado hospitalizado por problemas psicológicos o psiquiátricos? \_\_\_Si \_\_\_No

Si lo ha estado, indique dónde, cuándo y por qué: -----

-----

¿Ha intentado suicidarse alguna vez? \_\_\_Si \_\_\_No; ¿Y algún familiar? \_\_\_Si \_\_\_No

¿Padece alguien de su familia de problemas "emocionales" o "mentales"? \_\_\_No

**HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL**

Padre:           Nombre: ----- :(1 ad: -----  
                  Ocupación: ----- Salud:  
                  Si murió, ¿qué edad tenía? ----- ¿Qué edad tenía usted entonces? -----  
                  Causa de su muerte: -----

Madre:           Nombre: ----- Edad: -----  
                  Ocupación: ----- Salud:  
                  Si murió, ¿qué edad tenía? ----- ¿Qué edad tenía usted entonces? -----  
                  Causa de su muerte: -----

Hermanos: Edad de hermanos: ----- Edad de hermanas  
¿Algún detalle importante acerca de los hermanos(as?): -----  
-----  
-----

Si usted no creció con sus padres, ¿quién lo crió y a qué edad(es)? -----  
-----  
-----

Describa la actitud de su padre (o quien ocupó su lugar) hacia usted (pasado y presente):  
-----  
-----  
-----  
-----

Describa la actitud de su madre (u quien ocupó su lugar) hacia usted (pasado y presente): -----  
-----  
-----  
-----  
-----

¿De qué manera le disciplinaron o castigaron sus padres? -----

-----  
-----  
-----

Describa el ambiente de la casa en que creció. Mencione el gr. do de compatibilidad entre sus padres y entre hermanos. -----

-----  
-----  
-----

¿Podía usted confiar en sus padres? \_\_\_Si No

Básicamente, ¿se sintió respetado por sus padre:;? \_\_\_Si \_No

Si sus padres se volvieron a casar, ¿qué edad tenía usted cuando eso sucedió? -----

¿I tan interferido padres, familiares o amigos en su matrimonio, trabajo, etc? \_\_\_S \_No

Si su respuesta 1 ue "Si", por favor describa: -----

-----

Cuáles fueron sus áreas académicas fuertes ?

¿Cuáles fueron sus áreas académicas débiles -----

¿Cuál fue el último grado que terminó (o su título mas alto)?

Señale cualquiera de los siguientes que se aplique a su niñez o adolescencia:

- |                          |                             |                             |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ___ Niñez feliz.         | ___ Pocos amigos            | ___ Sexualmente abusado(a)  |
| ___ Niñez infeliz        | ___ Problemas en el colegio | ___ Se burlaban de usted    |
| ___ Problemas legales    | ___ Problemas económicos    | ___ Problemas alimentarios  |
| ___ Ignorado             | ___ Fuerte religiosidad     | ___ Problemas emocionales o |
| ___ Problemas legales    | ___ Uso de drogas           | ___ conductuales            |
| ___ Problemas académicos | ___ Uso de alcohol -----    | ___ Otros -----             |
| ___ Muerte en la familia | ___ Severamente castigado   |                             |

## DESCRIPCION DE LOS PROBLEMAS ACTUALES

Describa, en sus propias palabras, la naturaleza de sus principales problemas: \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----  
-----

Estime la severidad de su (o sus) problema(s):

\_\_\_ ligeros \_\_\_ Moderados \_\_\_ Severos \_\_\_ Muy severos \_\_\_ Incapacitantes

¿Cómo empezaron estos problemas? \_\_\_\_\_

-----

¿Qué parece empeorarlos? .....

-----

¿Qué de lo que ha intentado, le ha ayudado? \_\_\_\_\_

-----

¿Qué tan satisfecho de su vida se encuentra en estos días?

Absolutamente nada    1    2    3                    5    6    7    Muy satisfecho

¿Cómo puntuaría su nivel general de tensión durante el último mes?

Relajado    1    2    3    4    5    6    7    Tenso

## EXPECTATIVAS ACERCA DE LA TERAPIA

En pocas palabras, ¿en qué cree usted que consiste la terapia? \_\_\_\_\_

-----

-----

¿Cuánto tiempo cree usted que debería durar la terapia? \_\_\_\_\_

-----

¿Qué características personales cree usted que debería poseer el terapeuta ideal? \_\_\_\_\_

-----

-----

## MODALIDAD DE ANALISIS DE LOS PROBLEMAS ACTUALES

Esta sección fué diseñada para ayudarle a describir sus problemas actuales en mayor detalle y para identificar problemas que, de otra manera, podrían pasar inadvertidos. Esto nos ayudará a diseñar un programa de tratamiento que se ajuste a sus necesidades. Esta sección está organizada de acuerdo a siete modalidades: Conducta, Sentimientos, Sensaciones Físicas, Imágenes, Pensamientos, Relaciones Interpersonales y Factores Biológicos.

### CONDUCTAS

Señale cualquiera de las siguientes conductas, que se apliquen frecuentemente a usted:

- |   |  |                                     |                                   |
|---|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comer en exceso        | <input type="checkbox"/> Pierde el control   | <input type="checkbox"/> Usa drogas | <input type="checkbox"/> Llorar   |
| <input type="checkbox"/> Gasta mucho dinero     | <input type="checkbox"/> Intentos suicidas   | <input type="checkbox"/> Bebe mucho | <input type="checkbox"/> Jaragán  |
| <input type="checkbox"/> Demora en actuar       | <input type="checkbox"/> Pierde trabajos     | <input type="checkbox"/> Impulsivo  | <input type="checkbox"/> Agresivo |
| <input type="checkbox"/> Poca concentración     | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño  | <input type="checkbox"/> Retraído   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Evitaciones Cúbicas    | <input type="checkbox"/> Toma muchos riesgos | <input type="checkbox"/> Explosivo  | <input type="checkbox"/> Nervioso |
| <input type="checkbox"/> Problemas alimentarios | <input type="checkbox"/> Trabajador          | <input type="checkbox"/> Pasivo     | <input type="checkbox"/> Tics     |

Describa alguno de sus talentos o habilidades especiales, de las que siente orgullo: - - - -

\_\_\_\_\_

¿Que le gustaría empezar a hacer? -----

-----

¿Que le gustaría dejar de hacer? -----

-----

¿Que hace en su tiempo libre? -----

-----

¿Cuáles son las actividades que disfruta y encuentra relajantes? -----

-----

¿Tiene dificultades para relajarse y/o disfrutar los fines de semana y las vacaciones? \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue "Si", explique: -----

Si pudiera pedir dos deseos, ¿cuáles serían? -----

-----

## SENTIMIENTOS

Señale cualquiera de los sentimientos siguientes que se aplique con frecuencia a usted:

Esperanzado     Miedoso     Aburrido     Optimista     Tenso  
 Desconcertado     Energético     Solo     Asustado     Descalificado     Culpa(1)le  
 Desesperanzado     Deprimido     Envidioso     Optimista     Celoso     Apenado  
 Avergonzado     Agradecido     Triste     Enojado     Infeliz  
 Conflictuado     Intranquilo     Ansioso     Contento     Desamparado

Enumere sus cinco temores mayores:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Indique algunos sentimientos positivos que ha experimentado recientemente: \_\_\_\_\_

-----

¿Cuándo tiende usted a perder el control de sus sentimientos? \_\_\_\_\_

-----

Describa cualquier situación que pueda hacerle sentir tranquilo o relajado: \_\_\_\_\_

-----

## SENSACIONES FÍSICAS

Señale cualquiera de las sensaciones físicas que se apliquen frecuentemente a usted:

Dolor abdominal     Problemas intestinales     Picazón     Sudor(1)l  
 Dolor al orinar     Problemas estomacales     Sonrojarse     Mareos  
 Dolor menstrual     Tics     Ojos llorosos     Calambres  
 Dolor de cabeza     Soñolencia     Retortijones    Otros::  
 Problemas visuales     Fatiga    Náusea    \_\_\_\_\_  
 Espasmos musculares     Dolor de espalda     Boca seca    \_\_\_\_\_  
 Visiones u audiciones     Temblores     Palpitaciones    \_\_\_\_\_  
 Dificultades sexuales     Desmayos     Adormecimiento    \_\_\_\_\_

Describa sensaciones que para usted son:

Placenteras: -----

Desagradables: -----

IMÁGENES

Señale cualquiera de las siguientes que se aplique a usted.

Me veo a mi mismo:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Siendo feliz     | <input type="checkbox"/> Siendo motivo de chismes | <input type="checkbox"/> Atrapado               |
| <input type="checkbox"/> Siendo lastimado | <input type="checkbox"/> Siendo agresivo          | <input type="checkbox"/> Siendo motivo de burla |
| <input type="checkbox"/> No pudiendo      | <input type="checkbox"/> Siendo promiscuo         | <input type="checkbox"/> Desamparado            |
| <input type="checkbox"/> Exitoso          | <input type="checkbox"/> Lastimando a otros       | -----   |
| <input type="checkbox"/> Responsable      | <input type="checkbox"/> Perdiendo el control     | -----   |
| <input type="checkbox"/> Fracasando       | <input type="checkbox"/> Siendo perseguido        | -----   |

Yo tengo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Imágenes sexuales satisfactorias      | <input type="checkbox"/> Imágenes de seducción     |
| <input type="checkbox"/> Imágenes desagradables de mi infancia | <input type="checkbox"/> Imágenes de ser amado(a)  |
| <input type="checkbox"/> Una imagen negativa de mi cuerpo      | <input type="checkbox"/> Imágenes de soledad ----- |
| <input type="checkbox"/> Imágenes sexuales molestas            | <input type="checkbox"/> Otras: -----              |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de soledad                   | -----  |

Describa una imagen mental, o una fantasía, muy agradable: -----

-----  
-----

Describa una imagen mental, o una fantasía, muy desagradable: -----

-----  
-----

Describa lo que sería un lugar totalmente seguro para usted: -----

-----  
-----

Describa cualquier imagen molesta o persistente que interfiera r un su funcionamiento diario: -----

¿Con qué frecuencia tiene usted pesadillas? -----

## PENSAMIENTOS

Señale cualquiera de los siguientes que usted suele utilizar para describirse a sí mismo:

\_\_ Inteligente    \_\_ Un clon nadie    Inadecuado    \_\_ Feo    Haragán  
 \_\_ Confiado    \_\_ No confiable    \_\_ Mala memoria    \_\_ Confuso    \_\_ Inútil  
 \_\_ Valioso    \_\_ Malo    \_\_ Desconcentrado    \_\_ Atractivo    \_\_ Deshonesto  
 \_\_ Ambicioso    \_\_ Loco    \_\_ Estúpido    \_\_ Indeciso    \_\_ Sensible  
 \_\_ Ingenuo    \_\_ Degenerado    \_\_ Ideas suicidas    \_\_ fiel    Considerado  
 \_\_ Honesto    \_\_ Perseverante    \_\_ Incompetente    \_\_ Quejumbroso    \_\_ Confiante  
 \_\_ Trabajador    \_\_ Poco atractivo    \_\_ Imposible de arriar    \_\_ Ideas horribles    \_\_ Conflictivo  
 \_\_ Indeseable    \_\_ Otros: -----

¿Cuál considera su idea o pensamiento más loco? \_\_\_\_\_

1.- preocupan pensamientos que se repiten una y otra vez?

Si respondió cuáles \_\_\_\_\_

¿Cuáles preocupaciones afectan negativamente su estado de ánimo o conducta? \_\_\_\_\_

De las afirmaciones siguientes, circule el número que mejor refleje sus opiniones:

	En total De acuerdo	En Desac	Neutral	De Acuerdo	In Acuerdo
Yo no debería cometer errores	1				
Yo debería ser bueno en todo lo que hago	1	2			
Cuando <i>no sé</i> algo, debería fingir que lo sé	1	2		4	
No debo dar información personal a los demás	1	2	1		
Soy una víctima de las circunstancias	1	2		4	
Mi vida es controlada por fuerzas externas	1	2		4	
Otras personas son más felices que yo	1	2	1		
Les muy difícil tanto complacer a los demás		2		4	
Preferiré jugar a lo seguro; no tomaré ningún riesgo	1	2		4	
No merezco ser feliz	1	2	1	1	5
Si ignoro mis problemas, van a desaparecer	1	1		4	5
Es mi responsabilidad hacer felices a los demás	1	2	3	4	5
Debo esforzarme por alcanzar la perfección	1	2		4	
Hay sólo dos formas de hacer las cosas: bien o mal	1	2			
Nunca debería desanimarme	1	2		4	



En la escala (le abajo, indique qué tan satisfecho(a) se siente con su matrimonio:

Nada satisfecha    1    2    3    4    5    6    7    Muy satisfecha

¿Cómo Se lleva con los amigos y familiares de su esposo(a)?

Muy Mal    1    2    3    4    5    6    7    Muy bien

¿Cuántos hijos tiene?

seri ha sus nombres y edades: - - - - -

- - - - -

¿Tiene alguno de sus hijos problemas especiales?    Si    No

Si respondió "Si", por favor describa:

- - - - -

¿Algún detalle importante acerca de algún matrimonio anterior

- - - - -

### *Relaciones Sexuales*

Describa la actitud de sus padres hacia el sexo. ¿Se discutía el sexo en su

- - - - -

¿Cuándo y cómo tuvo su primera experiencia sexual?    - - - - -

- - - - -

¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus propios impulsos sexuales? - - - - -

- - - - -

¿Ha experimentado culpa o ansiedad derivada del sexo o masturbación?

Si respondió "Si", por favor explique:

¿Algún detalle importante relacionado con su primera u otra experiencia sexual? - - - - -

- - - - -

- - - - -

satisfactoria su vida sexual actual?  Si  No

Si respondió "No", por favor explique: \_\_\_\_\_

-----

describa cualquier relación o reacción homosexual que haya tenido:

-----

-----

-----

Por favor reporte  otra  imp et su vida sexual: -----

-----

*Otras Relaciones*

Tiene problemas en su relación con la gente en su trabajo?  Sí  No

Si respondió "Sí", por favor

-----

Por favor complete lo siguiente:

Una (le las formas en que la gente me hiere es:

-----

Usted se quedaría impresionado de mí si supiera que: -----

-----

Mi esposo(a) (novio o novia) me describiría de la manera

-----

Mi mejor amigo(a) piensa que r.) soy: -----

-----

la gente a la que le caigo mal:

-----

¿Le ocasionan problemas actualmente rechazos del pasado, o la pérdida de alguna relación amorosa?  Si  No

Si respondió "Si", por favor explique:

-----

FACTORES BIOLÓGICOS

¿Tiene alguna preocupación por su salud física?  SI  NO

Si respondió "Si", por favor especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

favor indique cualquier medicamento que esté utilizando actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

/Come tres comidas bien balanceadas por día?  No

¿Hace ejercicio regularmente?

Si respondió "Si", indique de qué tipo y con qué frecuencia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique cualquier problema de salud que tenga usted o algún miembro de su familia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa cualquier intervención quirúrgica que haya tenido (de lechas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa cualquier incapacidad física que usted tenga: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Historia Menstrual*

Edad del primer período: \_\_\_\_ ¿Estaba bien madura?  Si  No ¿Fue "shock"?

¿Es regular su período?  Si  No Duración: \_\_\_\_ ¿Tiene dolores?  Si  No

¿Afecta el período su estado de ánimo?  Si  No Fecha del último período: \_\_\_\_



Nunca    Rara vez    Ocasional    Frecuente    A diario

Gases

Indigestión

Nó use;

Vómitos

Marcus

Palpitaciones

Dolor de pecho

Fatiga

Alergias

Presión arterial alta

Falta la respiración

Insomnio

Duerme demasiado

Sueño ligero, interrumpido

Despierta muy temprano

Dolores (de oído)

Dolores de cabeza

Dolores de espalda

Sangra con facilidad

Sobrepeso

Peso bajo

Otros:

# ESTRUCTURA 1.

Instrucciones:	¿Funtuese el mismo(a) siendo "1" el más bajo y "7" el más alto.	1	2	3	4	5	6	7
CONDUCTA:	Algunas personas pueden describirse orientadas a la acción, ocupados, haciendo cosas, hacer varios proyectos. ¿Qué tan ocupado es usted?	1	2	3	4	5	6	7
SENTIMIENTOS:	Algunas personas son muy emocionales, aunque pueden o pueden HMT expresarlo. ¿Qué tan emocionales usted? ¿Qué tan profundo siente las cosas? ¿Es apasionado(a)?	1	2	3	4	5	6	7
SENSACIONES FÍSICAS	Algunas personas dan gran valor a las experiencias (le los sentidos, tales como el sexo, la comida, la música, el arte y otros "placeres sensoriales". Otros están muy conscientes de pequeñas molestias, dolores e incomodidades. ¿Qué tan "consciente" está usted con sus sensaciones físicas?	1	2	3	4	5	6	7
IMÁGENES	¿Qué tanto fantasea o sueña despierto? Esto es diferente de pensar racionalmente o planificar. Es como "pensar imágenes", visualizar experiencias reales o imaginarias, dejar que la mente divague. ¿Qué tan imaginativo(a) es usted?	1	2	3	4	5	6	7
PENSAMIENTO	Algunas personas son muy analíticas y les gusta pensar las cosas. ¿Qué tanto es usted un "pensador" o "planificador"?	1	2	3	4	5	6	7
RELACIONES PERSONALES	¿Qué tan importantes son las relaciones personales para usted? Esta es su puntuación como ser social. ¿Qué tan importantes son para usted las relaciones de amistad cercanas? ¿Tiene tendencia a girar alrededor de la gente. ¿Busca la intimidad? Lo opuesto a esto es ser un solitario.	1	2	3	4	5	6	7
BIOLOGICOS	¿Es usted saludable y es consciente de su salud? ¿Evita malos hábitos como fumar, comer o beber o tomar café en exceso? ¿Hace ejercicio de manera regular, duerme suficiente, evita comidas "chatarra" cuida su cuerpo?	1	2	3	4	5	6	7



CLINICA

PSICOLOGIA

Y J310

ETROALIMENTACION

## CUESTIONARIO AUTODESCRIPTIVO DE LAZARUS

**instrucciones.** A continuación encontrará frases incompletas. Por favor complételas todas, con lo primero que la frase le sugiera. No lo piense mucho; escriba lo primero se le ocurra. En este cuestionario no hay respuestas buenas ni malas. Lo único importante es que usted escriba fielmente la primera idea que se le ocurra, al leer la frase.

Yo soy.....

No soy.....

lo soy.....

Me siento.....

Me siento.....

Yo creo.....

Yo creo.....

Espero.....

Espero.....

Quisiera.....

Quisiera.....

Me gustaría.....

Me gustaría.....

Lo peor es.....

Afortunadamente.....

Por suerte.....

Nombre.....

-----

adaptación traduce Guido Aguilar.

# ANEXO IV

## ▣ Test psicológicos utilizados.

- IV. A) ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON
- IV. B) INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK
- IV. C) TEST PARA DETERMINAR ANSIEDA-DEPRESION EN HOSPITALES
- IV. D) TEST DE DEPRESION DE HAMILTON
- IV. E) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK



**IV. B) INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK**

**AES** Cuestionarios y  
escalas de valoración  
en salud mental

**BAI**

Identificación ..... Fecha .....

*Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:*

- 0 = en absoluto  
1 = Levemente, no me molesta mucho  
2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo  
3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL:**

**A.F.**

**A.S.**

**IV. C) TEST PARA DETERMINAR ANSIEDA-DEPRESION EN HOSPITALES**

Identificación ..... Fecha .....

*Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.*

1. Me siento tenso o "nervioso"
  - Todos los días
  - Muchas veces
  - A veces
  - Nunca
  
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
  - Como siempre
  - No lo bastante
  - Sólo un poco
  - Nada
  
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
  - Definitivamente, y es muy fuerte
  - Sí, pero no es muy fuerte
  - Un poco, pero no me preocupa
  - Nada
  
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
  - Al igual que siempre lo hice
  - No tanto ahora
  - Casi nunca
  - Nunca
  
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
  - La mayoría de las veces
  - Con bastante frecuencia
  - A veces, aunque no muy a menudo
  - Sólo en ocasiones
  
6. Me siento alegre
  - Nunca
  - No muy a menudo
  - A veces
  - Casi siempre

Identificación ..... Fecha .....

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado
- Siempre
  - Por lo general
  - No muy a menudo
  - Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento
- Por lo general, en todo momento
  - Muy a menudo
  - A veces
  - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago
- Nunca
  - En ciertas ocasiones
  - Con bastante frecuencia
  - Muy a menudo
10. He perdido interés por mi aspecto personal
- Totalmente
  - No me preocupo tanto como debiera
  - Podría tener un poco más de cuidado
  - Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme
- Mucho
  - Bastante
  - No mucho
  - Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro
- Igual que siempre
  - Menos de lo que acostumbraba
  - Mucho menos de lo que acostumbraba
  - Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
- Muy frecuentemente
  - Bastante a menudo
  - No muy a menudo
  - Nada
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión
- A menudo
  - A veces
  - No muy a menudo
  - Rara vez

*TOTAL ANSIEDAD:*

*TOTAL DEPRESIÓN:*

Identificación ..... Fecha .....

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado
- Siempre
  - Por lo general
  - No muy a menudo
  - Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento
- Por lo general, en todo momento
  - Muy a menudo
  - A veces
  - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago
- Nunca
  - En ciertas ocasiones
  - Con bastante frecuencia
  - Muy a menudo
10. He perdido interés por mi aspecto personal
- Totalmente
  - No me preocupo tanto como debiera
  - Podría tener un poco más de cuidado
  - Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme
- Mucho
  - Bastante
  - No mucho
  - Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro
- Igual que siempre
  - Menos de lo que acostumbraba
  - Mucho menos de lo que acostumbraba
  - Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
- Muy frecuentemente
  - Bastante a menudo
  - No muy a menudo
  - Nada
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión
- A menudo
  - A veces
  - No muy a menudo
  - Rara vez

TOTAL ANSIEDAD:

TOTAL DEPRESIÓN:

## IV. D) TEST DE DEPRESION DE HAMILTON

SIC



Test narios  
escala de valoración  
en salud mental

---

**HRSD**


---



---

*Ramos-Briebay Cordero 1.986*


---

1/5

Identificación ..... Fecha .....

*Seleccionar para cada ítem la puntuación que mejor defina las características del paciente.*

## 1.- Estado de ánimo deprimido

(Tristeza, llanto, retraimiento, melancólico, contenidos depresivos del pensamiento y pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.)

O. Ausente

1. Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso de su estado de ánimo.
2. Moderado: llanto ocasional; apatía; pesimismo; desmotivación.
3. Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas.
4. Extremo: llanto muy frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.

## 2.- Sentimientos de culpa

O. Ausente

1. Ligero: auto reproches; teme haber decepcionado a la gente.
2. Moderado: ideas de culpabilidad; sentimientos de ser mala persona, de no merecer atención.
3. Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece los sufrimientos que padece.
4. Extremo: ideas delirantes de culpa, con o sin alucinaciones acusatorias.

## 3. Suicidio.

O. Ausente.

1. Ligero: la vida no vale la pena de ser vivida.
2. Moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir.
3. Intenso: ideas o amenazas suicidas.
4. Extremo: serio intento de suicidio.

## 4.- Insomnio inicial.

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

O. Ausente.

1. Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (menos de tres noches por semana).
2. Frecuente: tarda en dormir más de una hora (tres o más noches seguidas por semana).

Identificación ..... Fecha .....

5.- Insomnio medio.

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

O. Ausente.

1. Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta, tarda casi una hora en dormirse de nuevo (menos de tres noches por semana)
2. Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse, debe puntuar 2 (tres o más noches seguidas por semana).

6.- Insomnio tardío.

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

O. Ausente.

1. Ocasional: se despierta antes de lo habitual (menos de dos horas antes; menos de tres días por semana).
2. Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual (tres o más días seguidos por semana).

7. Trabajo y actividades.

O. Ausente.

1. Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distinguir de la fatiga o pérdida de energía, que se puntúan en otro apartado
2. Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (sí el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).
3. Intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a actividades (trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.
4. Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si se precisa de gran estímulo para que las realice.

Identificación ..... Fecha .....

**8.- Inhibición**

(Lentitud de pensamiento y del lenguaje; peor capacidad de concentración; disminución de la actividad motora).

**O. Ausente.**

1. Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.
2. Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar a las preguntas).
3. Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos y al caminar.
4. Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

**9.- Agitación.**

**O. Ausente.**

1. Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos.
2. Moderada: se mueve durante la entrevista; se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos; se muerde las uñas, las manos.
3. Intensa: no puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.
4. Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

**10.- Ansiedad psíquica.**

Aquí se incluyen muchos síntomas, tales como: tensión, incapacidad para relajarse o concentrarse, irritabilidad, preocupaciones sobre trivialidades (que no son rumiaciones depresivas), fobias, crisis de ansiedad, etc.

**O. Ausente**

1. Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.
2. Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.
3. Intensa: actitud aprensiva evidente en la expresión y el lenguaje.
4. Extrema: crisis de ansiedad observadas; la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea verbal o no verbal.

Identificación ..... Fecha .....

**11.- Ansiedad somática**

Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (pesadez de estómago, retortijones, diarrea, boca seca, flatulencia, diarrea, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, desmayos, sofocos, dolor o malestar precordial); respiratorios (hiperventilación, suspiros, ahogos, dificultad para respirar); aumento de la frecuencia urinaria; sudoración; tensión muscular, temblores, tinnitus; vértigos; visión borrosa; etc.

O. Ausente.

1. Ligera: un solo síntoma o un síntoma dudoso, o varios síntomas de un mismo sistema.
2. Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.
3. Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
4. Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

**12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.**

O. Ausente.

1. Ligero: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
2. Intenso: pérdida de apetito y no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

**13.- Síntomas somáticos generales.**

O. Ausente.

1. Ligero: fatigabilidad, pérdida de energía; pesadez en extremidades, espalda o cabeza; dorsalgias, cefalea, algias musculares.
2. Intenso: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente se clasifica en 2.

**14.- Síntomas genitales**

Pese a su dificultad, su evaluación debe intentarse siempre. Tomar nota de los cambios asociados claramente con la enfermedad.

O. Ausente o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1. Ligero: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).
2. Intenso: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

Identificación ..... Fecha .....

**15.- Hipocondría.**

Valorar el síntoma que aparece o aumenta asociado a la depresión.

**0. Ausente.**

1. Ligera: alguna preocupación por las funciones corporales y por síntomas orgánicos.
2. Moderada: muy preocupado y atento a síntomas orgánicos; piensa que tiene una enfermedad orgánica.
3. Intensa: fuerte convicción de padecer un trastorno orgánico que, para el paciente, justifica su situación actual (puede ceder temporalmente a la argumentación lógica); solicitud constante de ayudas, exploraciones, etc.
4. Extrema: ideas delirantes hipocondríacas.

**16.- Pérdida de introspección.**

**0. Ausente:** se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1. Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.
2. Intensa: niega que esté enfermo.

**17.- Pérdida de peso**

En evaluaciones sucesivas, restar a la puntuación inicial 1 si gana 500 grs./semana y 2 si gana 1 Kg /semana).

**0. Ausente**

1. Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 grs. / semana o 2.5 Kg/año (sin dieta)
2. Intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior al Kg/semana o 4,5 Kg/año (sin dieta)

TOTAL:

I melancolía:

I ansiedad:

I ansiedad/somatización:

I alteración del sueño:

## IV. E) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

AES<sub>21</sub> Cuestionarios y  
escalas de valoración  
en salud mental

BDI \_\_\_\_\_

Identificación ..... Fecha .....

*En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.*

1.     No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
  
2.     No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
 Me siento desanimado respecto al futuro.  
 Siento que no tengo que esperar nada.  
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
  
3.     No me siento fracasado.  
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
 Me siento una persona totalmente fracasada.
  
4.     Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
  
5.     No me siento especialmente culpable.  
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
 Me siento culpable constantemente.
  
6.     No creo que esté siendo castigado.  
 Me siento como si fuese a ser castigado  
 Espero ser castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
  
7.     No estoy decepcionado de mí mismo.  
 Estoy decepcionado de mí mismo.  
 Me da vergüenza de mí mismo.  
 Me detesto.



Identificación ..... Fecha .....

8.      No me considero peor que cualquier otro.  
       Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.  
       Continuamente me culpo por mis faltas.  
       Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.      No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
       A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.  
       Desearía suicidarme.  
       Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10.     No lloro más de lo que solía.  
       Ahora lloro más que antes.  
       Lloro continuamente.  
       Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- No estoy más irritado de lo normal en mí.  
       Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
       Me siento irritado continuamente.  
       No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12.     No he perdido el interés por los demás.  
       Estoy menos interesado en los demás que antes.  
       He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.  
       He perdido todo el interés por los demás.
13.     Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.  
       Evito tomar decisiones más que antes.  
       Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
       Ya me es imposible tomar decisiones.
14.     No creo tener peor aspecto que antes.  
       Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.  
       Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo  
       Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación ..... Fecha .....

15.  Trabajo igual que antes.  
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.  
 No puedo hacer nada en absoluto.
16.  Duermo tan bien como siempre.  
 No duermo tan bien como antes.  
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17.  No me siento más cansado de lo normal.  
 Me canso más fácilmente que antes.  
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18.  Mi apetito no ha disminuido.  
 No tengo tan buen apetito como antes.  
 Ahora tengo mucho menos apetito.  
 He perdido completamente el apetito.
19.  Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
 He perdido más de 2 kilos y medio.  
 He perdido más de 4 kilos.  
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI  NO
20.  No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.  
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.  
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.  
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21.  No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo  
 Estoy menos interesado por el sexo que antes  
 Estoy mucho menos interesado por el sexo  
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

# ANEXO V

☑ Datos obtenidos de la aplicación del  
CPB.

## V. DATOS OBTENIDOS DE LA APLICACION DEL CUESTIONARIO CPB

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4
Edad	37	46	53	38
Consumía usted muchas grasas antes de adquirir la	si	si	si	no
Algún miembro de su familia padece o padeció la		si		si
Fumaba o consumía algún tipo de sustancia antes de	fumaba	fumaba	pastillas para dormir	para el dolor menstrual
Edad del primer periodo	no recuerdo	16	12	14
Es o era regular su periodo.	no	si	si	ahora no
Duración de su periodo.	3-4 días	5 días	5 días	4 días
Aspirina	FRECUENTEMENTE		DIARIAMENTE	
	E			
Cocaína				
come poco			DIARIAMENTE	
Despierta muy temprano			FRECUENTEMENTE	
			E	
Diuréticos			FRECUENTEMENTE	
			E	
Dolores de cabeza	RARA VEZ			
Dolores de oído				
espasmos				
Dolor abdominal	x		x	x
Dolor al orinar			x	x
Dolor menstrual				x
Dolor de cabeza		x	x	x
Problemas visuales		x	x	x
Problemas intestinales			x	x
Problemas estomacales		x	x	x
Tics		x		

Soñolencia				
Fatiga		x	x	x
Dolor de espalda	x		x	x
Temblores		x	x	x
Desmayos			x	x
Picazón		x	x	
Sonrojarse	x	x	x	
Ojos llorosos	x		x	x
Retorcijones			x	
Nausea			x	x
Sudoración		x	x	x
Calambres	x		x	
Boca seca	x	x	x	x
Palpitaciones		x	x	
Adormecimiento	x	x	x	
Tensión		x	x	
Cuanto espero para ser atendido en el servicio	2 mese	1 mes	2 meses	3 meses
Al ir a los exámenes sintió miedo	si	si	si	si
Siente dolor	si	si	si	si
Que sintió después de la operación	dolor	miedo	que me falta algo	miedo
Recibió tratamiento de quimioterapia?, Que sintió?	Dolor	nauseas vomito	nauseas vomito	dolor
Fatiga		FRECUENTEMENTE		
Hormonas	OCASIONAL		rara vez	OCASIONALMENTE
Laxantes			DIARIAMENTE	

Pastillas de dieta			FRECUENTEMENTE	
			E	
Pastillas para dormir				
sudoración	X			X
Tabaco Café		RARA VEZ		
Tranquilizantes		FRECUENTEMENTE	FRECUENTEMENTE	FRECUENTEMENTE
		E	E	E
Tiene alguna preocupación sobre su salud física?	si	si	si	si
Describa cualquier intervención quirúrgica que	apendicitis /		extirpación de	Extirpación del
Indique cualquier problema médico que usted tenga	Pecho	Dolores	Artritis	Tumor en el seno
Ha sufrido alguna alteración nerviosa antes de enfermar	no	no	si	no
Ha sufrido algún trastorno psicológico antes de	no	no	no	no
Algún miembro de su familia ha visitado al psicólogo	no	no	no	no
Cuando usted pierde el control de sus	Juzgar por cosas falsas	Quando estoy agobiada, y en	cuando me mienten	Quando no puedo resolver
Algunas personas son muy emocionales, aunque pueden		6	5	5
Gasta mucho dinero				
Demora en actuar		X	X	
Poca co		X	X	X
Evitaciones fóbicas	X			
Pierde el control		X	X	X
Intentos suicidas		X		X
Pierde trabajos		X		
Problemas de sueño	X	X		X
Usa drogas			X	
Impulsivo		X	X	X
Retraído	X	X		

Explosivo		X		
Poco asertivo		X		
Llorar	X	X		X
Agresivo		X		
Fuma Nervioso		X		
Evitación		X		x
Escape con una gran activación motora tendencia		X		
Mecanismos de indefensión		x	x	x
Percibe la amenaza como situación aversiva inminente		x		x
Aumento de la hipervigilancia psicomotora		X		
Intensidad en el comportamiento		x		x
Describe en sus propias palabras, la naturaleza de sus problemas?	Engaño del esposo. Deseo Severos	Económico. Mala RELACION con la ligeros / severos	Económico severos	Fisco Severos
Estime la severidad de su o sus problemas?				
Como empezaron sus problemas?	Cuando fue infiel	Desde Niña con una caída	cuando robaron en mi casa	con la enfermedad hace
Que parece empeorarlos?	Que el este con ella	Poca comunicación y	la mala suerte	el saber que tengo
Imágenes de sufrimientos	x	X	x	
Imágenes de daño	x			
Pensamientos automáticos		X		
Catastroficación	x		x	
Visión de túnel		X		
Fijaciones específicas con generalizaciones conclusivas	x	X	x	
Yo no debería de cometer errores	neutral	Neutral	desacuerdo	en total acuerdo
Yo debería ser bueno en todo lo que hago	de acuerdo	En total desacuerdo	desacuerdo	de acuerdo
No debo dar información personal a los demás	desacuerdo	Neutral	desacuerdo	desacuerdo

Soy una victima de las circunstancias	de acuerdo	De acuerdo	desacuerdo	acuerdo
Mi vida es controlada por fuerzas externas	en total acuerdo	En total acuerdo	desacuerdo	desacuerdo
Otras personas son mas felices que yo	de acuerdo	De acuerdo	desacuerdo	en total desacuerdo
Es muy importante complacer a los demás	neutral	En total desacuerdo	desacuerdo	de acuerdo
Hay que jugar a lo seguro; no tomar ningún riesgo	en total desacuerdo	Neutral	neutral	de acuerdo
No merezco ser feliz	de acuerdo	En total desacuerdo	en total desacuerdo	en total desacuerdo
Si ignoro mis problemas, van a desaparecer	en total desacuerdo	Neutral	neutral	neutral
Es mi responsabilidad hacer felices a los demás	de acuerdo	Neutral	de acuerdo	de acuerdo
Debo esforzarme por alcanzar la perfección	en desacuerdo	De acuerdo	desacuerdo	en descuerdo
Hay solo dos formas de hacer las cosas; bien o mal	de acuerdo	En total acuerdo	neutral	de acuerdo
Nunca debería desamimarme	en total acuerdo	En total acuerdo	en total desacuerdo	en total desacuerdo
Indeseable		x	x	
Mala		x		
Loca				
Desconcertada	x		x	
Estúpida				
Ideas				
Incompetente				x
Fea	x	x		x
Confusa	x		x	
Indecisa				
Quejumbrosa				
Desconcertado				
Desesperanzado				

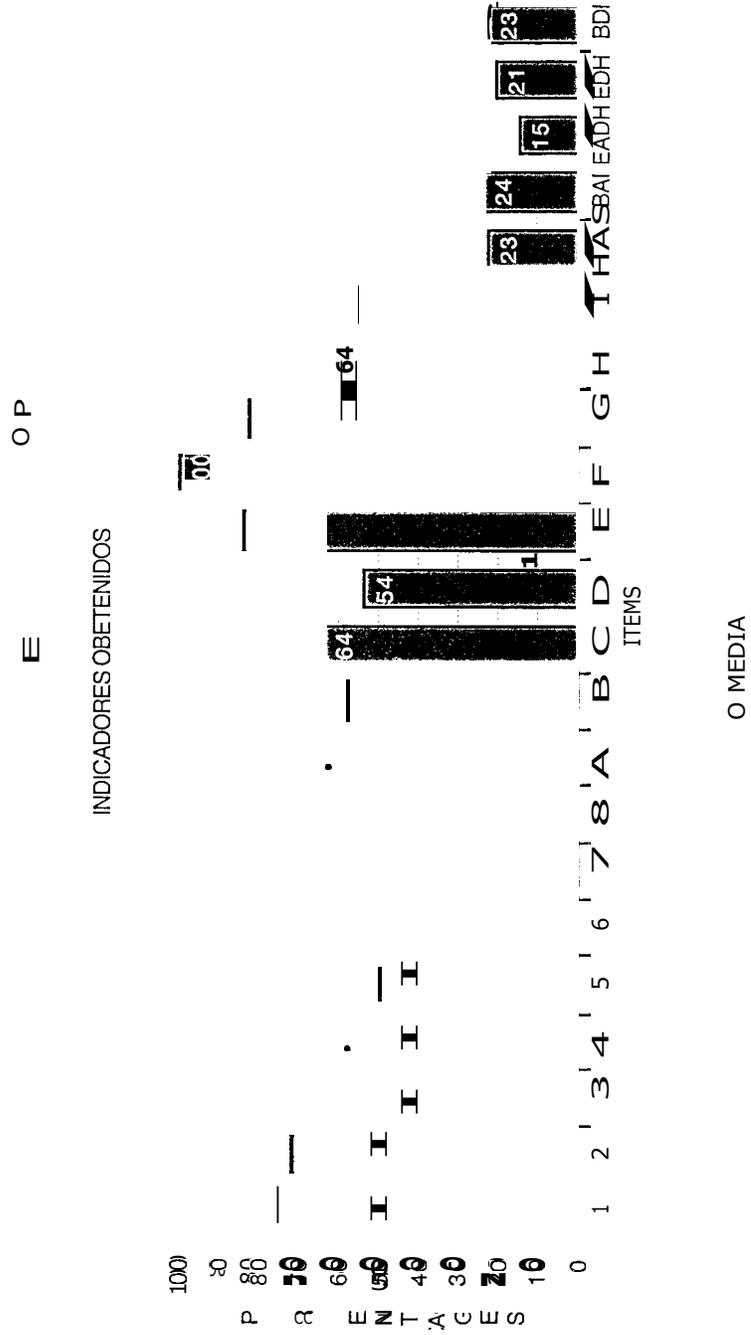
Avergonzado	
Conflictuado	
Miedoso	
Deprimido	1
Intranquilo	
Solo	
Envidioso	
Triste	1
Ansioso	1
Aburrido	
Asustado	
Celosa	1
Enojado	
Desamparado	
Tenso	
Culpable	
Apenado	
Infeliz	
Ideas	
Haragana	
Inútil	
Deshonesta	
Sensible	1
Imágenes sexuales satisfactorias	X

Imágenes desagradables de mi infancia		X	X	
Una imagen negativa de mi cuerpo	X	X		
Imágenes sexuales molestas		X		
Imágenes de ser amado	X	X	X	X
Imágenes de soledad			X	X
Autoimagen				
Expectativas, metas		X		
Que le gustaría empezar a hacer?	valorarme +	Estudiar algo	Descansar	
Autoimagen				
Autoestima		+	+	+
Se ríe de buena gana?	SI	SI	SI	SI
Se siente de buen humor?	NO	NO	SI	SI
Se siente generalmente optimista sobre el futuro?	SI	SI	SI	NO
Se siente usted deprimido/a? (DEL 1 AL 5)	4	4	3	4
Tenía algún tipo de referencia sobre el cáncer	1	1	1	1
Que idea tenía sobre el Cáncer de mama	1	1	1	1
Cuanto tiempo tardo en buscar ayuda				
Creo que eso influyo en su percepción del cáncer	1	1	1	1
Recibe apoyo de algún familiar	si	si	si	si
Que es lo que mas fuerza le da para salir adelante	mi familia	mis hijos	mis hijos	mi familia

# **ANEXO VI**

**Indicadores obtenidos.**

**VI. INDICADORES OBTENIDOS**

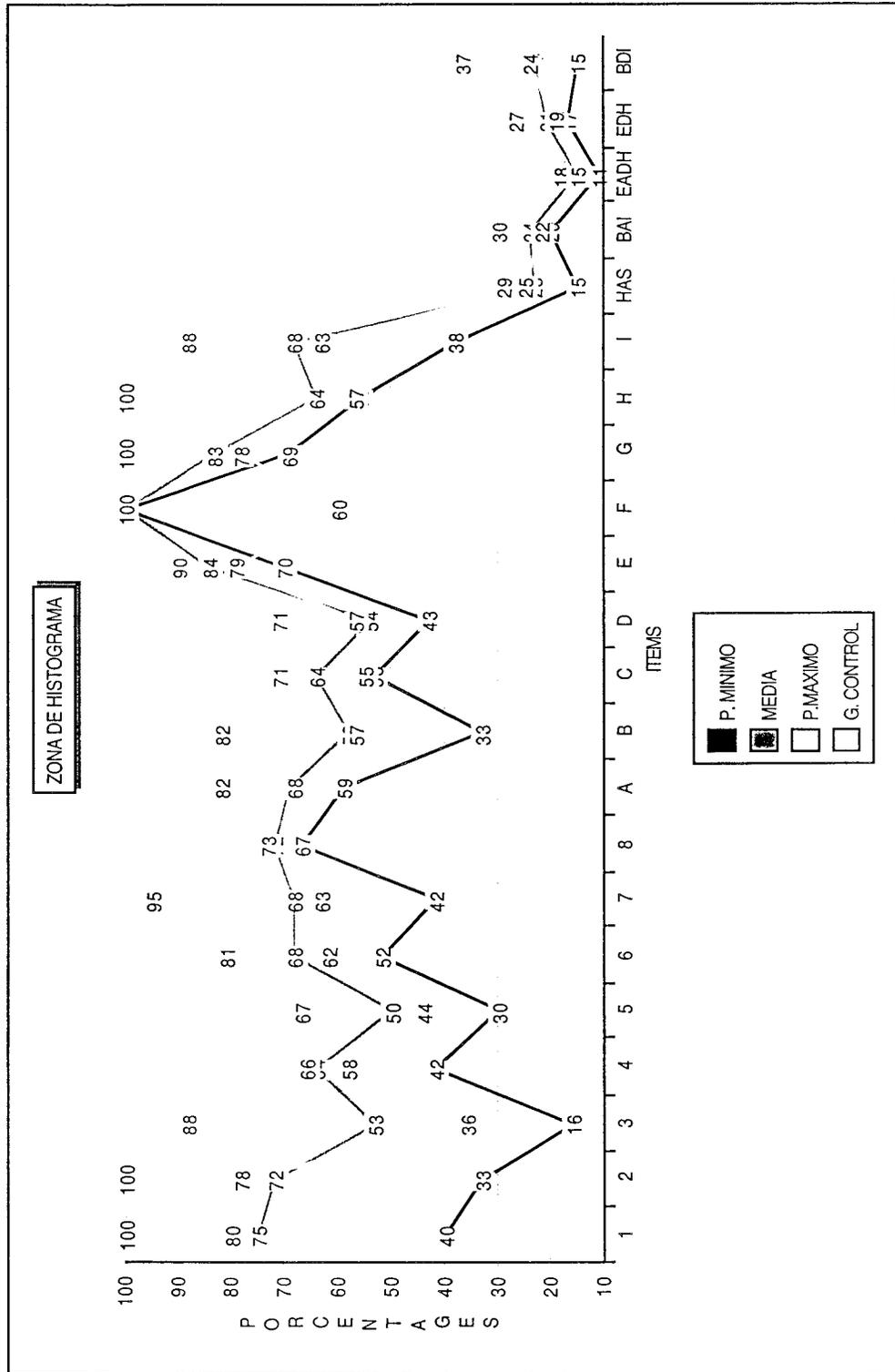


# ANEXO VII

☑ Zona de histograma.

## **VII. ZONA DE HISTOGRAMAS**

VARIABLES	P. MINIMO	MEDIA	P.MAXIMO	G. CONTROL
1	40	75	100	80
2	33	72	100	78
3	16	53	88	36
4	42	64	66	58
5	30	50	67	44
6	52	68	81	62
7	42	68	95	63
8	67	72	73	67
A	59	69	82	68
B	33	58	82	57
C	53	64	71	55
D	43	54	71	57
E	70	84	90	79
F	100	100	100	60
G	69	83	100	78
H	56	64	100	57
I	38	68	88	63
HAS	15	23	29	25
BAI	20	24	30	22
EADH	11	15	18	15
EDH	17	21	27	19
BDI	15	23	37	24



Para establecer la zona de histograma se utilizan los indicadores obtenidos y se diagrama el área para ver los indicadores mas frecuentes.

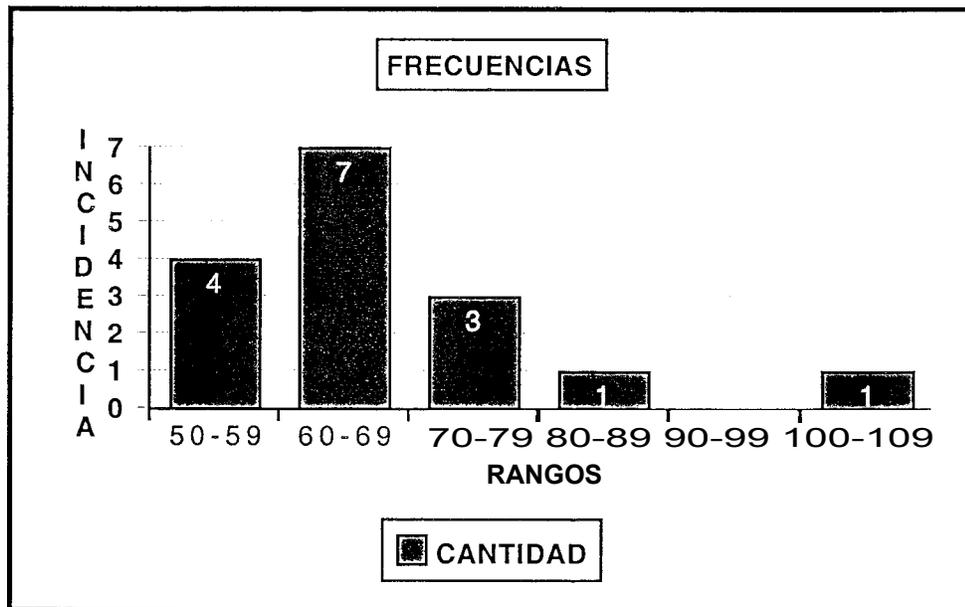
# ANEXO VIII

☑ Distribución de frecuencias.

## VIII. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES

PERCENTIL CANTIDAD

50-59	4
60-69	7
70-79	3
80-89	1
90-99	0
100-109	1



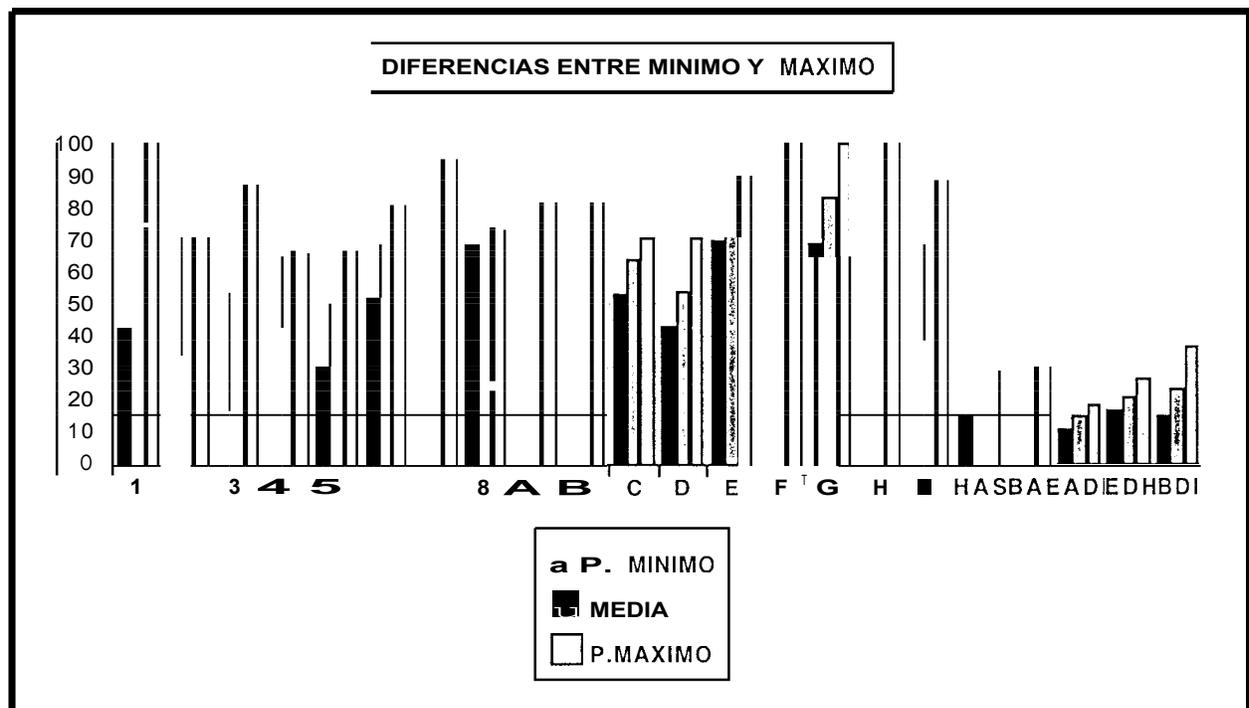
Se puede observar que son mas frecuentes los indicadores ubicados ente los intervalos de 60 A 69 %, lo que afirma el nivel de aceptación entre dichos intervalos.

# ANEXO IX

▸ Diferencia

**IX. DIFERENCIA ENTRE EL MINIMO Y EL MAXIMO**

VARIABLES	P. MINIMO	MEDIA	P. MAXIMO
1	40	75	100
2	33	72	100
3	16	53	88
4	42	64	66
5	30	50	67
6	52	68	81
7	42	68	95
8	67	72	73
A	59	69	82
B	33	58	82
C	53	64	71
D	43	54	71
E	70	84	90
F	100	100	100
G	69	83	100
H	56	64	100
I	38	68	88
HAS	15	23	29
BAI	20	24	30
EADH	11	15	18
EDH	17	21	27
BDI	15	23	37

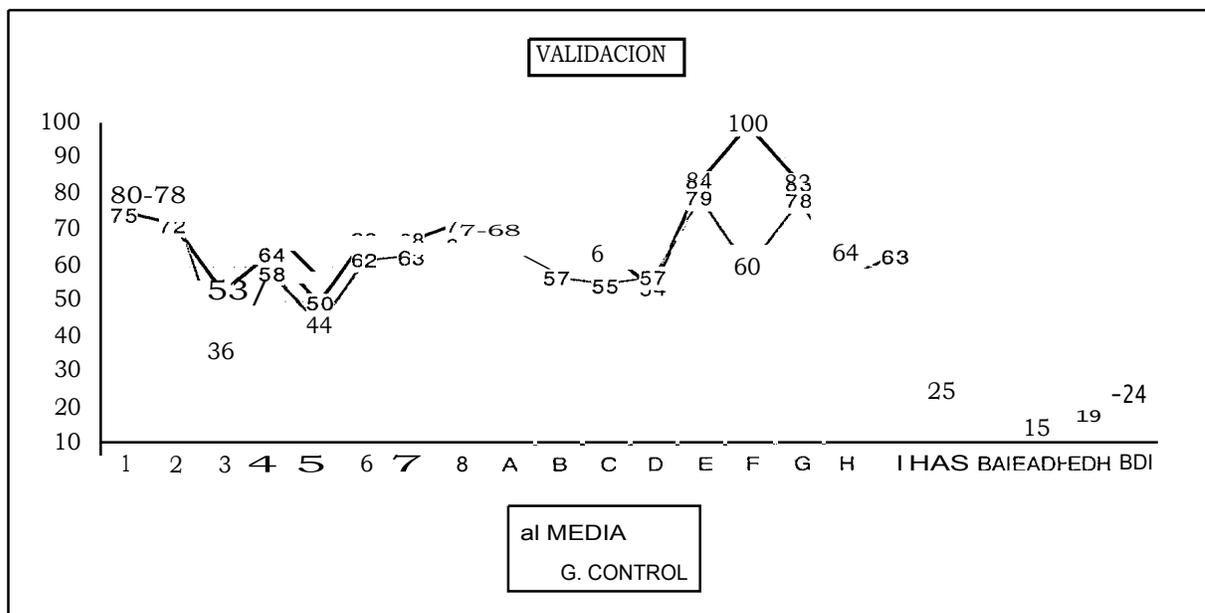


# ANEXO X

☑ Validación de la investigación.

## X VALIDACION DE LA INVESTIGACION

VARIABLES	MEDIA	G. CONTROL
1	75	80
2	72	78
3	53	36
4	64	58
5	50	44
6	68	62
7	68	63
8	72	67
A	69	68
B	58	57
C	64	55
D	54	57
E	84	79
F	100	60
G	83	78
H	64	57
	68	63
HAS	23	25
BAI	24	22
EADH	15	15
EDH	21	19
BDI	23	24



**a b c**

<b>a</b>	1	1	1	0.5
<b>b</b>	0	1	1	0.33
<b>c</b>		0	1	0.1

**99**

