

**Ministerio de Educación Superior
Universidad de Matanzas
“Camilo Cienfuegos”
Sede Universitaria Municipal Limonar**



**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEL POLICLÍNICO
“NELSON FERNÁNDEZ” DE LIMONAR**

**TRABAJO DE DIPLOMA EN OPCIÓN AL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Autora: Anaysel Camacho González.

Tutor: Lic. Rolando Macías Rodríguez.

Tutora Consultante: MsC. Adelaida Torres Triana.

Dra. Evelyn Gonzales Paris.

Limonar

2011

Nota de aceptación

Presidente del Tribunal.

Miembro del Tribunal.

Miembro del Tribunal.

Pensamiento

Tú importas por ser tú, e importas hasta el último día de tu vida y haremos todo lo posible no sólo para que mueras en paz, sino para que vivas hasta el día en que mueras.

Cecile Saunder

Declaración de autoridad

Yo, Anaysel Camacho González, declaro ser la única autora de este Trabajo de Diploma. Por lo que, según las facultades que me son otorgadas, autorizo a la Universidad de Matanzas “Camilo Cienfuegos” a hacer uso del mismo, tanto en ella como en cualquier otra institución del país, con la finalidad que se estime necesario.

Anaysel Camacho González

Dedicatoria

Dedico todas las horas empeñadas en la realización de este trabajo a:

- ***A mis padres a quienes le debo todo lo que soy especialmente a mi mamá por todo su amor.***
- ***A mis abuelos por toda mi crianza y el cariño que siempre me han dado.***
- ***A mi esposo que tanto apoyo y amor me ha brindado.***

Agradecimientos

Agradecer a todas aquellas personas que de una forma u otra contribuyeron a la realización de la presente investigación los cuales merecen una mención especial.

- ***A mi familia, especialmente a mi mamá, mi papá, mi esposo y mis abuelos por el apoyo que me han brindado durante todos estos años.***
- ***A mi tutora Adelaida por brindarme de forma incondicional todos sus conocimientos.***
- ***A mi tía por su paciencia y el valioso tiempo que me ha dedicado poniendo a mi disposición en todo momento sus profundos conocimientos.***
- ***A mis profesores durante toda la carrera que han sido y son ejemplos a seguir.***
- ***A la Revolución, en especial a Fidel, por hacer realidad mi sueño: ser Psicóloga.***
- ***A todos aquellos que de una forma u otra han hecho posible la realización de este trabajo.***

A todos, muchas gracias.

Resumen

Se considera a las neoplasias como una enfermedad cuantitativa y cualitativamente importante en nuestra sociedad actual, constituyen una de las primeras causas de muerte en el mundo y en nuestro país, es una enfermedad multicausal donde inciden una serie de factores, dentro de ellos los de orden psicológico. La neoplasia de mama está definida como la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y alcanza cerca del 30 % de todas las localizaciones femeninas. En Cuba cada año se detectan alrededor de 1 500 nuevos casos de cáncer de mama y lamentablemente todavía una parte importante de ellos en estadio avanzado. La presente investigación es de tipo no experimental, transaccional y descriptiva , se propone realizar un diagnóstico psicológico a pacientes con neoplasia de mama, pertenecientes al Consejo Popular de Limonar registradas con dicha afección en el Policlínico "Nelson Fernández" del mismo. El objetivo es diagnosticar los estados psicológicos específicamente (ansiedad, depresión y afrontamiento al estrés), los cuales pudieran constituir condiciones desfavorables para la evolución de la enfermedad. El trabajo consta de tres capítulos, el primero abarca los referentes teóricos tenidos presentes para la realización del diagnóstico de los estados psicológicos en el cáncer de mama. En el segundo capítulo se ofrece un análisis de la situación problemática, se diseña la metodología a seguir para el desarrollo del diagnóstico y se describe cada uno de los instrumentos utilizados en correspondencia con los objetivos trazados; en el tercer capítulo se exponen los resultados y se analizan de forma integral los mismos.

INDICE

INTRODUCCIÓN	9
Capítulo 1. Marco Teórico.	13
1.1. Perspectiva histórica de la presencia de los estados psicológicos en el proceso salud- enfermedad.	13
1.2. Descripción de la enfermedad oncológica.	20
1.3. Impacto psicosocial del cáncer.	26
1.4. Respuestas emocionales en pacientes con cáncer de mama al diagnóstico.	28
1.5. Los estados psicológicos de ansiedad, depresión y estrés.	30
1.6. Los estados psicológicos en la evolución de la enfermedad.	42
1.7. El diagnóstico psicológico.	43
Capítulo 2. Diseño Metodológico.	48
2.1. Justificación del problema objeto de estudio.	48
2.2. Tipo de investigación.	49
2.3. Población y muestra.	49
2.4. Métodos Utilizados.	50
2.5. Tares del diagnóstico.	54
Capítulo 3. Resultados y Discusión.	57
Discusión Integral de los resultados.	63
Conclusiones.	65
Recomendaciones.	66
Bibliografía.	67

INTRODUCCIÓN

La salud no es un regalo de la naturaleza o del médico. El estado socialista tampoco puede hacer más que crear las condiciones adecuadas para conservarla o recuperarla. Es importante reconocer esta en primer lugar como un logro activo de la propia persona.

No cabe duda que para las personas, uno de los aspectos más importantes lo constituyen la salud y la enfermedad, ya que resulta vital para los mismos. Tanto la salud como la enfermedad tienen una naturaleza compleja y multifactorial, así como procesos y/o estados multifactoriales y multideterminados, la importancia de los aspectos cognitivos, afectivos, emocionales, motivacionales, psicofisiológicos, comportamentales y psicosociales es considerada hoy día capital para la promoción, mantenimiento y cuidado de la salud, sea en el tratamiento o rehabilitación de la enfermedad.

La salud humana ha sido generalmente conceptualizada desde un enfoque somático como la mera ausencia de enfermedad o invalidez.

En los últimos quince años, cada vez más se impone una concepción sistémica del proceso salud- enfermedad, que integra los agentes externos nocivos a la salud con el sistema de condiciones internas que integran dichos agentes, dependiendo el proceso y regulaciones de atención creciente por los especialistas.

Dentro de los procesos internos que definen la vulnerabilidad del organismo para el desarrollo de cualquier enfermedad, se encuentran los procesos psíquicos.

El proceso salud- enfermedad, es un proceso integral de lo psíquico y lo somático, donde ambas se afectan dentro de un proceso cualitativo único y sistémico. Investigaciones muy recientes demuestran la relación de lo psíquico con las funciones reguladoras del sistema nervioso y endocrino, los cuales afectan todos los sistemas funcionales somáticos del organismo.

La relación de factores emocionales 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.

La Psicooncología es una disciplina que aplica la psicología en una enfermedad como el cáncer y se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia e investigación. El modelo "biopsicosocial" de salud se está aplicando tanto en la investigación como en la asistencia. Son múltiples las investigaciones, dentro de la psicooncología, que intentan demostrar la influencia de aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo del cáncer. El contenido de estas investigaciones suelen ser personalidad y cáncer, estrés y cáncer, así como terapia psicológica y mayor supervivencia. A pesar de los problemas metodológicos que tienen muchas de estas investigaciones y que los resultados obtenidos todavía no son concluyentes, los datos señalan cada vez con mayor rigor que diferentes variables psicológicas se encuentran asociadas estrechamente, tanto en la aparición, como en el desarrollo del cáncer.¹

En nuestro país a mediados de la década de los 80 por primera vez se realizaron estudios de ese orden por parte de un grupo de profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana entre ellos Elisa Knapp, Miguel Ángel Roca y Renaldo Rojas. Los mismos se dedicaron a realizar investigaciones en relación a los factores psicológicos que se vinculan al cáncer. El centro de esas investigaciones iba en dirección a la caracterización psicológica de los pacientes, los estilos de afrontamiento hacia la enfermedad, ansiedad y cáncer, el paciente con dolor por cáncer, la sexualidad en el paciente oncológico entre otras.

En las últimas décadas se ha despertado un interés creciente por conocer hasta qué punto determinadas características de personalidad y sobre todo estados emocionales, en combinación con los factores biológicos y ambientales, pueden contribuir en la etiología y progresión del cáncer de mama.

¹ Knapp Rodríguez Elisa. Psicología de la Salud .La Habana 2005 Editorial Félix Varela pp37.

Entre las investigaciones más recientes se destacan las de Elisa Knapp y Miguel Ángel Roca (2005, 2006) las cuales han despertado el interés de los especialistas, relacionando las variaciones del sistema inmunológico con los estados de estrés del organismo, las cuales tienen una enorme importancia para las investigaciones perspectivas sobre los aspectos psicosociales de la enfermedad.²

En los últimos años se está realizando un esfuerzo intelectual y científico para conocer en qué medida el psiquismo individual puede facilitar la aparición y desarrollo de la enfermedad. Nos encontramos, ante una enfermedad de grandes dimensiones psicológicas, afectivas y emocionales, por cuanto afecta la belleza, la imagen, la sexualidad y la estabilidad de la pareja. Aceptar el nuevo cuerpo, sin sentirse atractiva, como consecuencia de una mastectomía, exige mucho esfuerzo, mucho apoyo psicológico y una gran capacidad de adaptación.

Los estados psicológicos descritos como estrés, depresión y la ansiedad agravan el pronóstico del cáncer de mama, ya que favorecen la metástasis de los tumores, así como una menor eficacia de las terapias contra esta enfermedad.

Los episodios de vida estresante, y entre ellos ciertamente la dificultad de adaptación mental al cáncer, que sigue a la detección y al inicio del tratamiento, pueden modificar la evolución de la enfermedad. Estos factores psicológicos pueden agravar la enfermedad en términos de menor respuesta al tratamiento quimioterapéutico, cuya eficacia puede ser, incluso, neutralizada.³

Por su parte las neoplasias constituyen una de las primeras causas de muerte en el mundo y en nuestro país, es una enfermedad multicausal donde inciden una serie de factores, dentro de ellos los de orden psicológico.

A partir de datos registrados en el Departamento de Estadísticas del Policlínico “Nelson Fernández” que atiende la población del municipio de Limonar, la

² Knapp Rodríguez Elisa. Psicología de la Salud .La Habana 2005 Editorial Félix Varela pp37.

³ Infomed, Portal de Salud Cuba, Lic Aleida Figueroa Silverio editora principal Dpto. Fuentes y servicios .Centro Nacional de Información Ciencias Medicas- Fuente Roma – octubre 2008.

autora ha identificado que en el mismo existe un elevado número de mujeres que padecen neoplasia de mama, determinada la cifra hasta la fecha por **64 casos**. A pesar de esto, no existe una investigación en el mismo que identifique el estado psicológico de dichas pacientes, específicamente la presencia de ansiedad, depresión, y estrés como aspectos de importancia que intervienen en la evolución de la enfermedad.

Problema científico: ¿Cómo se manifiestan los estados psicológicos ansiedad, depresión y afrontamiento al estrés en pacientes que sufren cáncer de mama en el municipio Limonar?

Objetivo General: Diagnosticar como se manifiestan los estados psicológicos ansiedad, depresión y afrontamiento al estrés en pacientes que sufren cáncer de mama en el municipio Limonar.

Objeto de estudio: Los estados psicológicos ansiedad, depresión y afrontamiento al estrés en mujeres con cáncer de mama.

Campo de acción: Diagnóstico de los estados psicológicos ansiedad, depresión y afrontamiento al estrés en las pacientes con cáncer de mama del Policlínico “Nelson Fernández” de Limonar.

Preguntas científicas:

1. ¿Cuáles referentes teóricos deben sustentar el diagnóstico de los estados psicológicos ansiedad, depresión y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama?
2. ¿Cuál es el diagnóstico de los estados psicológicos ansiedad depresión y afrontamiento al estrés en dichas pacientes?

Tareas científicas:

1. Determinación de los referentes teóricos que fundamentan el diagnóstico de los estados psicológicos ansiedad, depresión y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama.
2. Diagnóstico de los estados psicológicos ansiedad, depresión y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama del Policlínico “Nelson Fernández” de Limonar.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Perspectiva histórica de la presencia de los estados psicológicos en el proceso salud- enfermedad

La salud y la enfermedad siempre han tenido un carácter universal, el hombre ha intentado explicárselas teniendo en cuenta los medios con que dispone. Con el desarrollo de los diferentes estudios psicológicos y las investigaciones realizadas al respecto, se confirma que los estados psicológicos influyen poderosamente en las reacciones fisiológicas de los individuos y a su vez tales respuestas pueden tener un efecto nocivo sobre el funcionamiento del organismo.

Desde el inicio de la historia de la Medicina, el "Padre de la Medicina", Hipócrates, menciona en sus escritos la influencia del cuerpo sobre la parte anímica, y la del alma sobre el cuerpo, señalándose una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de la enfermedad. Galeno fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer. En su tratado sobre los tumores *De tumoribus* señaló que las mujeres "melancólicas" eran más propensas que las "sanguíneas" a tener un cáncer de mama. Desde entonces la relación y vinculación clínica entre tres variables, personalidad-estrés-cáncer es frecuente en los tratados de medicina.

En la cultura griega desde tiempos muy remotos se reconocen dos corrientes en relación con la causalidad de la salud y la enfermedad, una está representada por Hipócrates (460-377 a.n.e), quien pensaba que la salud y la enfermedad constituían una manifestación de la vida del organismo y no la expresión de una voluntad o espíritu. Reconoce la influencia de los procesos de la salud y la enfermedad del medio externo, así como la importancia de diversas características de la personalidad. Señala la existencia de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra y plantea que su equilibrio lleva a la salud, mientras que su desestabilización a la enfermedad.

La otra corriente está representada por Platón (428-374 a.n.e). Su filosofía estableció que la salud y la enfermedad eran causadas por un principio no material, a saber, el alma o pneuma. El pneuma ejerce una influencia sobre los

órganos dando lugar a su buen funcionamiento o salud, o bien dando lugar a enfermedad.

En el siglo V a.n.e se produce un cambio en la interpretación de la salud y la enfermedad. Como representante Alcmeon de Crota, quien consideraba que la salud era un producto del equilibrio o armonía entre las potencias. A partir de estas corrientes surgen los modelos de explicación de la causalidad de la salud enfermedad. Este modelo naturalista de la salud y la enfermedad es consolidada por Hipócrates

Con la aparición del **Modelo Naturalista** se exponen otras variantes de este modelo, por ejemplo, se fundamenta que la salud y la enfermedad dependen del equilibrio o desequilibrio de las sustancias que integran el cosmos: fuego, tierra, aire y agua y que están presentes en los fluidos corporales, a saber: el fuego en la sangre, la tierra en la flema, el agua en la bilis amarilla y el aire en la bilis negra. De esta manera en la doctrina humoral los problemas de salud o la enfermedad se deben al desequilibrio de los humores o fluidos corporales, según el fluido que se desequilibra, así se enferma el órgano que lo contiene, por ejemplo, si es la sangre se enferma el corazón, si es la bilis amarilla se enferma el hígado, etc.

Otro exponente importante del **Modelo Naturalista** es Galeno, quien practicó la Medicina en Roma. Su presupuesto fundamental es que la enfermedad es un desequilibrio o mezcla anormal de humores. Profundizando algo más en su concepción se puede apreciar que acepta una cierta predisposición del enfermo para contraer la enfermedad, pues para Galeno el equilibrio humoral corporal perfecto no existe, ya que cada persona posee una peculiar proporción de humores que los predispone a una u otra enfermedad; son algunas condiciones externas, como el clima, la edad, etc. las que pueden incidir en el estado orgánico y motivar accidentes morbosos.

El **Modelo Biomédico** está basado en el dualismo mente-cuerpo y en el reduccionismo, deja de la mano aspectos tan importantes para la salud y la enfermedad como los hábitos alimentarios, el hábito de fumar y la ingesta de alcohol, estrés, etc.

En la actualidad, aunque se mantiene el modelo biomédico, impera el **Modelo Biopsicosocial**, cuyo postulado básico es que la salud y la enfermedad son el

resultado de la interacción sistémica de factores biológicos, psicológicos y sociales, los que resulta necesario tener en cuenta para considerar sus determinantes.

Este modelo se fundamenta en la teoría de sistemas, formado por subsistemas de distinto nivel de complejidad en que cada uno aporta algo para el sistema general. Un buen ejemplo podría ser: (...)”el cuerpo humano constituido por varios sistemas (cardiovascular, nervioso, digestivo, endocrino, etc.), estos interactúan entre sí, pero su cuerpo es sólo uno de los aspectos de una persona. En este también está presente su psicología (forma de pensar, sentir, interactuar con los demás, etc.); pero el hombre es también parte de un sistema mayor, la familia, la sociedad, por lo que desde este modelo es tan importante estudiar su funcionamiento biológico como su funcionamiento a nivel psicológico y comunitario para promover su salud, como para evitar y combatir la enfermedad.

La alteración de un nivel del sistema provoca de forma sistémica cambios en los otros componentes del sistema, así un cambio bioquímico en la persona afecta su fisiología, pero este cambio fisiológico modifica su estado emocional y por tanto a la persona en su medio social. Al igual que un cambio en el entorno puede dar lugar al estrés y con esto se puede producir un cambio bioquímico en el organismo.⁴

En esta investigación la autora destaca la importancia de la existencia de los diferentes modelos partiendo de la esencia de sus variantes y presupuestos, los cuales han marcado pautas en disímiles investigaciones. Toma como referencia el modelo biopsicosocial, partiendo de que el mismo considera la salud como un proceso y no como estado, donde se aprecia la visión integradora que encierra esta definición. La misma evalúa al ser humano en su totalidad, determinando que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción sistémica de factores biológicos, sociales y sobre todo psicológicos. Partiendo de la base de dicho postulado resulta posible considerar la salud como una categoría integradora.

⁴ Dra. Knapp Rodríguez Elisa Psicología de la salud Editorial Félix Varela La Habana, Cuba -2005.

En el estudio de los factores psicológicos como pionera pudiera reconocerse a La **Medicina Psicosomática**, que tuvo de antecesora a la Psicología de la Salud. Esta primera surge de la evaluación de diferentes fuentes teóricas fundamentalmente de la escuela psicosomática de Chicago y de la escuela de Bykov y sus seguidores, con sus hallazgos de fisiopatología de la actividad nerviosa superior.⁵

La idea de que los factores psicológicos intervienen en el proceso salud - enfermedad es bastante antigua. Ya Gauss (citado por Lipowki) en 1977 escribió la razón por la cual un cuerpo sano enferma o un cuerpo enfermo se recupera: muy a menudo reside en la mente.⁶

La medicina Psicosomática constituyó una fuente de reconocimiento del papel de los procesos psicológicos en la etiología y curso de las enfermedades.

La Medicina Psicosomática representó el intento de explicación e intervención en las alteraciones resultantes de las denominadas durante siglos como relaciones mente - cuerpo y se le considera como el primer intento organizado de crear un cuerpo sistematizado de conocimiento en este campo. El término Medicina Psicosomática se utilizó por primera vez en Alemania en 1888 por un psiquiatra llamado J.C Heinroth, quien describió el papel de los conflictos internos en la aparición de los trastornos mentales, pero la etapa psicosomática en Medicina empezó con W.Cannon en 1911 cuando este autor hizo referencia a los mecanismos por los cuales las emociones influían en las funciones de los órganos internos⁷

Un paso decisivo a la delimitación del campo de la Medicina Psicosomática se produjo con la proclamación oficial de los objetivos de esta nueva disciplina creada en 1939 con la fundación de la Sociedad Psicosomática Mexicana.

Muchos autores consideran que la Medicina Psicosomática ha pasado por dos fases históricas: un primer período que va de 1935 a 1960 y un segundo período del 60 a la actualidad.

⁵ Elisa Knapp Rodríguez Psicología de Salud Editorial Félix Varela La Habana 2005.

⁶ Lipowki, 1977: 235 z Psysical illness, the individual and the coping process Psychiatry in medicine, vol 1 1977.P. 233-244,

⁷ Borda, M."Terapia de la conducta: medicina comportamental" . Universidad de Sevilla 1996

Durante la primera etapa se da un predominio de la influencia psicoanalítica y está centrada básicamente en el estudio de la interrelación entre los factores psicológicos y biológicos. Así desde la perspectiva psicoanalítica se intenta observar el efecto que pueden desencadenar las emociones persistentes, llegando a producir alteraciones en el funcionamiento somático. En este periodo F. Alexander⁸ (1950) señaló 7 tipos de trastornos psicósomáticos: Asma Bronquial, Úlcera Gastrointestinal, Colitis Ulcerosa, Hipertensión Arterial, Artritis Reumatoidea, Neurodermatitis e Hipertiroidismo, más adelante en el DSM-II la amplió hasta 9 trastornos y los definió en base a la presencia de síntomas físicos asociados a un solo sistema fisiológico: Síntomas Respiratorios, Síntomas Gastrointestinales, Síntomas Cardiovasculares, Síntomas Músculo-esqueléticos, Síntomas de la Piel, Síntomas Endocrinos, Síntomas Genitourinarios, Síntomas Hepáticos, Síntomas Linfáticos

Borda⁹ expone que la Medicina Psicósomática ha dejado huellas en los manuales de diagnóstico psiquiátrico pues en el DMS-III (1987) se asume implícitamente que los trastornos orgánicos pueden ser psicósomáticos y el DSM-IV (1994) con una significación distinta de la que originalmente se daba al término psicósomático, defiende la idea de que los factores psicológicos pueden afectar adversamente sobre cualquier trastorno físico a través de alguna de las siguientes vías:

1. Alterando el curso de la enfermedad.
2. Interfiriendo con el tratamiento de la condición médica general.
3. Constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo.
4. Precipitando o exacerbando los síntomas de una condición médica general a través de respuestas fisiológicas asociadas al estrés.

La nueva denominación aparecida en la más reciente clasificación de la AP mantiene la postura de que los factores psicológicos pueden influir adversamente en el inicio y curso de cualquier condición médica general, por lo que se denomina a esta categoría “factores psicológicos” que afectan esta

⁸ Alexander, F. Psychosomatic Medicine, Norton, New York, 1950.

⁹ Borda M. Terapia de conducta: medicina comportamental, Universidad de Sevilla, Sevilla, 1996.

condición médica. Esta terminología que distingue lo físico de lo psíquico no hace más que enfatizar el dualismo.

Psicología Médica

Pamerlau Y Brody 1979¹⁰ definen la Psicología Médica como un amplio campo de actividad en el que la evaluación psicométrica, las pruebas y la teoría de la personalidad han jugado los principales papeles y donde el interés principal ha recaído sobre la comprensión de la enfermedad médica en el contexto social y psicológico en lugar del tratamiento. En este sentido la Psicología Médica se centraría fundamentalmente en los aspectos psicológicos de la enfermedad y en su repercusión psicológica sobre el paciente. Este sería un primer punto de contacto entre esta disciplina y la Psicología de la Salud.

Para algunos autores la Psicología Médica sería una ampliación de la Medicina Psicosomática.

Matarazzo¹¹ entiende que la Psicología Médica como aplicación de la psicología en general en sus planteamientos científicos, educativos y profesionales contribuye al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, por lo que considera que esta disciplina puede entenderse como sinónimo de Psicología de la Salud.

Para Prokop y Bradley, citados por E. Knapp, ambos términos se identifican y la Psicología Médica contribuye tanto al campo de la Medicina Conductual como de la Psicología de la Salud.¹²

Sobre la idea de que las emociones influyen en el proceso salud-enfermedad se han acumulado muchos datos desde Freud y Pavlov hasta nuestros días. Particularmente las investigaciones en el campo de la psiconeuroendocrinología y la psiconeuroinmunología que han aportado muchos datos confirmativos. Por ejemplo, se sabe que el estrés produce un incremento de catecolamina en sangre, lo que lleva a la alteración de ciertas aminas cerebrales que al actuar sobre los linfocitos T, hacen disminuir su

¹⁰ Pamerlau Y Brody. "Psychosomatic medicine", University Press , Oxford New York 1998

¹¹ Matarazzo, J. D Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new Health Psychology – American Psychologist, 1980 P.807-817.

¹² Knapp Rodríguez Elisa Psicología de La Salud Editorial Félix Varela La Habana, 2005.

respuesta inmunológica, que provoca una inmunodepresión que favorece la aparición de enfermedades.¹³

La salud es también una experiencia subjetiva, lo cual se expresa en la percepción que tiene una persona de su salud y su percepción de riesgo de enfermar. Uno de los primeros autores que llamó la atención sobre este aspecto fue el sociólogo Mechanic, quien realizó observaciones acerca de las diferencias individuales respecto a la salud y la enfermedad. En 1962 introduce el concepto de “conducta de enfermedad” que definió como el modo en cada individuo percibe, evalúa e interpreta sus síntomas y emprende acciones para remediarlo.¹⁴

Algunas personas le dan mucha importancia a sus síntomas y buscan de inmediato ayuda especializada, mientras que otras le atribuyen poca importancia y evitan la atención de salud. Toda esta variabilidad de respuestas puede deberse a múltiples factores, grado de atención hacia sí mismo, motivaciones particulares y estado emocional, entre otros¹⁵. De esta manera el paciente se convierte en un agente activo que procesa toda la información proveniente de su organismo a partir de sus valores y creencias.

El sujeto debe ser capaz de actuar como un hacedor de su propia salud, lo cual se debe expresar en un comportamiento saludable o un estilo de vida sano, su sistema de actividades debe apoyar el proceso de promoción, mantenimiento y cuidado de su salud.

En esta dinámica, la conducta de enfermedad, implica un proceso mediante el cual el individuo se adapta a las distintas dimensiones amenazantes de la enfermedad, que cambian paulatinamente a lo largo del tiempo. Según Ballester (2000) podrían identificarse cuatro etapas:

1. Evaluación de significado y las consecuencias de la enfermedad.
2. Intento de búsqueda de las causas que han contribuido a su situación.
3. Evaluación de sus habilidades y potencialidades de afrontamiento.

¹³ Knapp Elisa Psicología de la Salud Editorial Félix Varela La Habana 2005

¹⁴ Mechanic, D: Handbook of Health Care and Health Professions, the Free Press, New York, 1993.

¹⁵ Dra. .Knapp Elisa .Facultad de Psicología, Revista cubana de Psicología -El paciente ante la enfermedad. La Habana, 2003.

4. Búsqueda de ayuda médica según la percepción de los síntomas, su percepción de gravedad, su frecuencia y persistencia y los umbrales de tolerancia al dolor, así como la información disponible, conocimiento, valores culturales, etc.

1.2. Descripción de la enfermedad oncológica

El cáncer es una enfermedad cuantitativa y cualitativamente importante en nuestra sociedad actual. Durante la década de los 90 el 15 % de todas las muertes que se producían en el mundo era debido al cáncer, lo cual representa millones de personas. Cada año se diagnostican millones de nuevos casos. La incidencia del cáncer en países desarrollados es superior a la de los países subdesarrollados.

Si tomamos en consideración que los factores psicológicos cognitivos, afectivos, comportamentales y sociales, producto de la historia individual de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político, influyen tanto en el proceso del surgimiento de la enfermedad como en su evolución y su prevención y en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud, entonces hemos de estar convencidos de que las variables psicológicas inciden siempre, de forma directa o indirecta, positiva o negativamente en todos los trastornos y enfermedades, incluyendo aquellos que se han considerado hasta hace poco tiempo como eminentemente somáticas como el caso de las neoplasias malignas.

Un gran número de autores coinciden en señalar que un 80 % de las causas del cáncer son ambientales y particularmente comportamentales, de los cual se desprende que:

1. En su inmensa mayoría los cánceres son evitables.
2. En la medida de que se identifiquen los factores ambientales y comportamentales es posible disminuir drásticamente su incidencia.

En nuestros días el cáncer constituye un serio problema de salud para la humanidad debido a las altas tasas de incidencia y mortalidad que se presentan en todo el mundo, y a los problemas que genera de orden psicológico, familiar, laboral y económico, entre otros.

En la actualidad el cáncer constituye la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En nuestro país debido al aumento de la

expectativa de vida y el alto nivel de salud alcanzado por la población cubana en las últimas cuatro décadas, el cuadro de morbimortalidad se comporta igual que el de los países desarrollados.

El cáncer es una enfermedad que se conoce desde tiempos muy remotos, se han descrito procesos tumorales en jeroglíficos y manuscritos, desde la época de la civilización egipcia. Han sido numerosos los notables de la Historia vinculados con la Medicina, como Hipócrates y Galeno, que aportaron sus ideas acerca de la enfermedad. Hipócrates fue el primero en describir la misma, dándole el nombre de “kankros” palabra griega que significa cangrejo, por la similitud con que este animal atrapa y destroza a sus presas. Definió su grave pronóstico, a la vez que establecía las bases epidemiológicas y describía, también por vez primera, el concepto general de la influencia del medio ambiente sobre la enfermedad.¹⁶

El término neoplasia, en su acepción literal, significa nuevo crecimiento y es precisamente la masa de tejido que forma este nuevo crecimiento lo que se conoce con este nombre. Es difícil describir con precisión sus propiedades, no obstante, la caracterizaremos como una masa anómala de tejido cuyo crecimiento excede y no está coordinado con los tejidos normales. Sus cualidades fundamentales son: propensión para crecer a expensas de su huésped, comportarse como un parásito, competir para el alimento, adquirir algún grado de autonomía y amenazar la supervivencia del huésped.

Existe gran cantidad de variaciones entre las neoplasias, lo cual refleja un amplio espectro de anomalías en cuanto a su crecimiento y diferenciación. Sin embargo, se puede hacer una clasificación general atendiendo a las características celulares de estas neoformaciones. En este sentido las neoplasias pueden dividirse en dos grandes grupos:

1. Neoplasia benigna: Es aquella neoformación tisular resultado del aumento del número de células, que mantienen una diferenciación morfológica normal, por lo cual no infiltra los tejidos vecinos y mucho menos, a otros órganos. En ellas, la lesión hística está bien definida por

¹⁶ De Vita, V.T¹⁶Cáncer: principios y practica oncológica, Ed. Científico-Técnica, La Habana ,1986.

un límite preciso en relación a las células normales del tejido donde crece.

2. Neoplasia maligna: Es aquella neoformación cuyas células se apartan de su tipo normal, adoptando una morfología atípica, lo cual se expresa clínicamente en un crecimiento más agresivo y rápido del tejido neoformado, el cual destruye e infiltra los tejidos vecinos haciendo siembras en zonas distantes hasta provocar la muerte del paciente. En ellas hay también multiplicación celular, pero con la existencia, además, de una modificación biomorfológica.

El desarrollo evolutivo de las neoplasias malignas comienza desde el mismo momento de la cancerización celular y está determinado por la transformación de una o varias células normales en células atípicas.

Cuando se produce la fijación del pequeño grupo celular neoplásico, este puede mantenerse latente en una forma preclínica, hasta que en algún momento (por causas aún no conocidas) la multiplicación incontrolada de las células del foco atípico primario infiltra hacia tejidos vecinos, destruyendo e invadiendo.

Para una mejor comprensión de la naturaleza de las neoplasias se mostrará el siguiente cuadro comparativo.¹⁷

NEOPLASIAS BENIGNAS	NEPLASIAS MALIGNAS
1.-Son frecuentemente encapsuladas	1.- Son no encapsuladas
2.- No invasivas	2.- Invasivas
3.- Bien diferenciadas	3.- Poco diferenciadas
4.-Crecimiento lento y por expansión	4.- Crecimiento rápido y por infiltración
5.- Bajo número de mitosis	5.- Alto número de mitosis
6.- No Metastizante.	6.- Metastizante

Como se indica en el cuadro, una de las características peculiares de las neoplasias malignas es su capacidad para realizar metástasis. La metástasis se define como “la trasmisión de la enfermedad de un órgano o parte, a otro no

¹⁷ Knapp Rodríguez Psicología de la Salud libro pp. 126. La Habana 2005

directamente conectado con él. Puede ser debido a la trasmisión de organismos patógenos o bien a la trasmisión de células como tumores malignos. El proceso metastático comprende la liberación de las células del tumor primario, la diseminación a zonas distantes, la detención a nivel de la microcirculación de los órganos, así como la supervivencia y crecimiento de dichas células en colonias en el nuevo tumor.

Además de variados, los signos del cáncer suelen ser violentos, caracterizando el carácter agresivo de la enfermedad. Dada esta agresividad de los tumores malignos, su rápida diseminación y su variado cuadro clínico, las diferentes modalidades terapéuticas también suelen ser agresivas para el paciente, pudiendo no sólo provocar la destrucción de los tejidos malignos, sino también afectación en los tejidos adyacentes.

Esta gran variedad de patologías neoplásicas pueden resultar de la contingencia de diversos factores que influyen e incluso determinan el origen, curso y evolución de la tumoración.

Existen datos interesantes acerca de la epidemiología del cáncer: Se ha observado que la probabilidad de padecer una neoplasia maligna crece con la edad, que la frecuencia del cáncer de mama está en relación inversa con la incidencia del cáncer de útero, que las monjas tienen un mayor riesgo de contraer cáncer de mama y las prostitutas de útero; que las neoplasias son más frecuentes en la ciudad que en el campo y que neoplasias de diferentes localizaciones tienen diferentes causas.

Todos estos datos y otros muchos que se fueron agregando como resultado de numerosos estudios hacen pensar que el cáncer es una enfermedad multicausal, mutideterminada, donde intervienen factores de tipo genético, ambiental, geográfico, psicosocial, etc. Es importante también tener en cuenta que el cáncer no es una patología única sino que constituye un grupo de entidades patológica y epidemiológicamente distintas.

Son muchos los factores que se relacionan con la etiología del cáncer, la mayoría de ellos se relacionan con los estilos de vida y el comportamiento humano, muchos autores afirman que si el hombre modificara su comportamiento negligente o de riesgo, y aprendiéramos a comportarnos de

manera saludable, las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer disminuirían drásticamente.¹⁸

Los tratamientos más frecuentes en las neoplasias malignas son: la cirugía, consistente en la extirpación del tumor; la radioterapia, en la cual se utilizan las radiaciones ionizantes con fines terapéuticos; la quimioterapia, que consiste en la administración, generalmente por vía intravenosa, de fármacos para impedir la proliferación de células malignas; y la bioterapia, que constituye un tratamiento moderno consistente en la utilización de anticuerpos monoclonales en el tratamiento del cáncer.

Caracterización de la enfermedad neoplásica maligna de mama

El **cáncer de mama** es un problema de salud a nivel mundial, se dice que cada año se le diagnostica a un millón de mujeres en Norteamérica, lo que ha permitido estimar que antes de cumplir 80 años, 1 de cada 10 habrá padecido la enfermedad. Constituye la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y alcanza cerca de 30 % de todas las localizaciones femeninas. Ha aumentado considerablemente en los últimos años, ocupa la segunda causa de muerte en Cuba y primera causa de muerte en el sexo femenino, diagnosticándose cada año alrededor de 1500 casos nuevos, ocurre en 2% de las mujeres menores de 30 años, en 15 % en las mujeres menores de 40 años y la mayoría se presenta entre los 45 y 65 años de edad.

Lamentablemente todavía una parte importante de ellos se diagnostica en un en estadio avanzado. Esto se debe por lo general al diagnóstico médico tardío, por pobre trabajo de pesquisa en las áreas de salud, tardía decisión de la mujer en buscar ayuda médica y en la inexistencia de la práctica del autoexamen de mama.

El cáncer de mama se conceptualiza como la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.

Esta enfermedad se clasifica en etapas clínicas de acuerdo al volumen del Tumor (T) y la existencia o no de metástasis en ganglios Loco-Regionales (N) o

¹⁸ Knapp Elisa Psicología de la Salud Editorial Félix Varela La Habana 20005,pp122-128.

a distancia (M). La equivalencia entre las Normas Internacionales de clasificación del cáncer (TNM) y los estadios clínicos 0, I, II, III y IV.

Existen diferentes tipos de cáncer de mama compuestos por distintos tipos de células anormales. Se clasifican en: tumor primario: Carcinoma in situ, Carcinoma Ductal, Carcinoma Lobular y Tumores Invasivos Ductales y Lobulares. Según su localización y curso se clasifican en: Cáncer de Mama locoregional, Cáncer de Mama Localmente Avanzado, Carcinoma Inflamatorio de Mama y Cáncer de mama Diseminado.

El cuadro clínico de la enfermedad maligna de la mama comienza como un simple nódulo, indoloro, de tamaño variable, más frecuente en el cuadrante superoexterno de una mama, que puede mostrar o no señales de fijación superficial (piel de naranja) o a los planos musculares y acompañarse de adenopatías axilares

Para precisar el diagnóstico definitivo de las diferentes afecciones mamarias se han desarrollado diferentes medios diagnósticos, en nuestro país los métodos más utilizados son: el autoexamen, examen clínico anual, el ultrasonido, la mamografía y la biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) son pruebas ambulatorias. A pesar de la tecnología disponible más del 97 % de las neoplasias malignas son descubiertas aún por la propia mujer y en la mayoría de los casos de forma casual.

Epidemiología

En este aspecto existe consenso de que hay grupos de mujeres dentro de la población femenina que tienen mayor riesgo de desarrollar un cáncer de mama. Estos factores de riesgo se agrupan de las maneras siguientes.

1. Edad mayor de 40 años:
2. Nulíparas.
3. Primer parto después de los 30 años de edad
4. Ausencia de lactancia materna.
5. Hábito de fumar
6. Consumo excesivo de grasa de origen animal
7. Menarquia temprana (menor de 10 años)
8. Menopausia tardía (mayor de 55 años).
9. Obesidad posmenopáusica

10. Tratamiento estrogénico prolongado en la posmenopausia
11. Antecedente de hiperplasia atípica por adenosis mamaria
12. Antecedente personal de cáncer en mama, endometrio u ovario
13. Antecedente familiar cercano de cáncer mamario, de primer grado de consanguinidad. Otros

Tanto el sobrepeso corporal como la obesidad elevan la proporción de grasa corporal que conlleva un incremento de hormonas favorecedoras de la formación de éste y otros tipos de tumores tanto benignos como malignos. La exposición a radiaciones y la poca representación en la dieta de elementos que protegen la salud como antioxidantes, minerales y vitaminas suministrados por las frutas, vegetales y productos del mar se cuentan también entre los factores de riesgo. ¹⁹

1.3. Impacto psicosocial del cáncer

La representación social del cáncer durante todo el siglo XX se ha relacionado con la muerte, el sufrimiento, el dolor, lo inevitable, etc. A pesar de todos los avances de las ciencias y tecnologías médicas de cara a su tratamiento y control, de lo cual ha resultado que el cáncer no necesariamente lleve a la muerte y que pueda llegar a controlarse de tal manera que no existan recurrencias, no obstante esta enfermedad se sigue asociando a lo inevitablemente fatal, o mortal, la simple mención de la palabra “cáncer” se asocia a un sufrimiento prolongado, a un dolor insoportable y a la peor de las muertes.²⁰

Las variables personalógicas pueden no ser tan importantes en la causa del cáncer como en su progresión. En este sentido los perfiles de personalidad en los cuales el comportamiento es cortés o pasivo, están asociados a la progresión del cáncer y a la muerte temprana, comparado con la duración de la enfermedad de otras personas más agresivas.²¹

¹⁹ Dr.- Rigol O Ricardo Libro de Obstetricia y Ginecología. La Habana-2004.

²⁰ Roca, M.A; Castillo y L. Ledón, “Procesos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. “. Trabajo de Diploma, Facultad de psicología, Universidad de La Habana1998.

²¹ Gatchel, W.D. y D.A .Krantz: An introduction to Health Psychology, Random House, New York, 1987.

Si a esto se le añade lo prolongado y cruento que suelen ser los tratamientos (por efectivos que estos resulten), se comprende la estigmatización que acompaña a esta enfermedad y que repercute de manera notable y directamente en el impacto psicosocial del cáncer. Toda esta estigmatización, creencias, actitudes, emociones y respuestas psicológicas negativas (depresión y ansiedad) tienen su impronta en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Si bien el cáncer fue considerado durante mucho tiempo como la más somática de todas las enfermedades, ya hoy se reconoce la influencia de los factores psicosociales como moduladores del surgimiento e historia natural de la tumoración maligna.

Como ya se ha expresado los factores psicosociales más vinculados a la enfermedad resultan ser:

- 1 Los estilos de vida y el estrés emocional
- 2 Los comportamientos alimentarios
- 3 Las conductas de exposición de riesgo a carcinógenos naturales e industriales (tabaco, alcohol, derivados de la industria petroquímica, bronceado excesivo etc.)
- 4 Conductas reproductivas y sexuales

A lo largo del desarrollo de la humanidad siempre se han encontrado enfermedades que por sus características, momento de ocurrencia y significado social se han convertido en simbólicas de una etapa del desarrollo de la sociedad, todo lo cual ha creado un sistema de creencias, actitudes, sentimientos, prejuicios, que configuran una representación social peculiar de las mismas. Esta representación se arraiga de tal manera que marca su impronta en quien la padece, a esto lo llamaremos el *impacto psicosocial* de una enfermedad, especialmente en la neoplasia de mama.²²

Las alteraciones psicológicas en el cáncer y principalmente el cáncer de mama disminuyen la calidad de vida del paciente, aumentando el detrimento del estado somático del sujeto.

²² Knapp Elisa Psicología de la Salud Editorial Félix Varela La Habana 2005, pp129.

Desde este punto de partida las reacciones psicológicas características que se extienden desde lo psicológico a lo a lo psiquiátrico, según la base intelectual de teología reaccional En lo físico, la mama representa para la mujer un órgano de atracción y determinación sexual. La mínima sospecha de su mutilación, es de infinitas consecuencias en la esfera emocional.

Según Halland y Ward (1966), estas reacciones psicológicas tienen una secuencia que comienza con el desarrollo de estados negativos de ansiedad y depresión.

La ansiedad va aumentando a la par que el negativismo le proporciona alguna tranquilidad, pero los procesos mentales se exacerban y la conducen a la siguiente etapa.

La depresión debido la presencia del tumor, negativismo y la ansiedad determinan distintos tipos de reacciones psicológicas de acuerdo con las respuestas de conductas y personalidad.²³

La enfermedad puede ser y verse por el enfermo como un agente estresante y dar lugar a una serie de cambios fisiológicos (que se añaden a los que provoca la enfermedad), como el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, mayor secreción de hormonas suprarrenales, etc., dando lugar al Síndrome General de Adaptación descrito por Seyle como un mecanismo de defensa.²⁴

1.4. Respuestas emocionales en pacientes con cáncer de mama al diagnóstico.

En los últimos años se ha intentado y se intenta conocer y comprender la reacción del individuo ante la enfermedad, sus procesos de afrontamiento, significados, creencias y características que asumen ante la enfermedad por definición incurable o de difícil curación. En esta línea de estudio se han basado muchos autores para realizar investigaciones al respecto, ejemplo de ello lo es Elisa Knapp, profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, que ha escrito diversos artículos al respecto, entre

²³ Dr. José Suárez Fernández Prevención, profilaxis diagnóstico precoz tratamiento del carcinoma mamario La Habana 1987.

²⁴ Infomed-Red de Salud de Cuba "Estrés y depresión agravan cáncer de mama" Webmaster-infomed Centro Nacional de información de ciencias Médica La Habana .2011.

ellos El paciente ante la enfermedad, Psicología, Cáncer y Dolor, donde caracteriza a pacientes diagnosticados con cáncer y durante tratamiento médico. En este epígrafe se abordarán las características descritas por dicha autora.

Hipoorexia, astenia, trastornos del dormir, disminución de la libido, cansancio fácil, pueden ser atribuidos al estado de desvitalización y consunción que produce esta enfermedad en estadios avanzados y también a los efectos secundarios de muchos de los fármacos que se utilizan para su tratamiento.

Tristeza, culpa, sentimientos de desesperanza, de abandono, de inutilidad, llanto fácil, concentración disminuida, pérdida del sentido de la vida, son todos síntomas de depresión, que pueden no ser predominantes en el cuadro clínico y también pueden no estar todos presentes, pero es muy importante reconocerlos tempranamente, ya que la respuesta a la medicación antidepressiva suele ser buena.

La irritabilidad también puede ser un síntoma predominante y es conveniente comprobar la existencia de rumiación, ideas de suicidio y/o de planificación suicida.²⁵

La persona que enferma está más atenta de lo normal sobre su cuerpo, percibe y siente más intensamente cada una de sus funciones vitales, valora los síntomas que va padeciendo, etc. Con relación a las cosas y personas que lo rodean puede tornarse más egocéntrico, ocupándose mucho más de sí mismo que de los demás. Esto último, puede deberse no sólo al hecho mismo de padecer la enfermedad, sino a que en caso de muerte o invalidez su familia y seres queridos podrían quedar en situación comprometida, desde el punto de vista económico y social, lo cual incrementa su preocupación y pesadumbre.

Por otra parte la enfermedad obliga a cierta dependencia de los demás, tanto en el sentido material como emocional, ya que para su superación se suele requerir de ayuda externa.²⁶

²⁵ Knapp Elisa e Ileana Delgado. Psicología Cáncer y dolor . Revista Cubana de Psicología Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana,2003

²⁶ Dra. Knapp El paciente ante la enfermedad Revista Cubana de psicología .Facultad de psicología de la universidad de La Habana, 2003.

Igualmente, cuando se adquiere una enfermedad grave, cáncer o SIDA, la persona suele cambiar su percepción de sí mismo, puede concienciar que no era todo lo fuerte (física y psicológicamente) que pensaba, o por el contrario demostrarse que su fortaleza era mayor de la que esperaba. En cualquier caso, se ve a sí misma desde otra perspectiva.²⁷

“Hablamos de cambios en la personalidad cuando, por influencia de la enfermedad, se estrechan en el paciente los intereses, disminuyen las necesidades, cuando se vuelve indiferente hacia aquello que antes lo inquietaba, cuando sus acciones pierden su finalidad, cuando sus actos se hacen ilógicos, cuando el hombre deja de regular su conducta y no está en condiciones de valorar adecuadamente sus posibilidades.

En general cuando una persona se le diagnostica cáncer muestra una reacción emocional característica de un periodo inicial de choque e incredulidad, seguido de un lapso de confusión con ansiedad y síntomas depresivos, muestra inestabilidad, alteraciones del apetito y del sueño. Además surgen temores en cuanto al futuro, se vivencian condiciones de incertidumbre, dependencia y temor a la muerte”.²⁸

1.5. Los estados psicológicos de ansiedad, depresión y estrés.

Según los estudios de diferentes escuelas así como las investigaciones realizadas por parte exponentes de la Psicología, además de los aportes de determinadas corrientes contemporáneas, los estados psicológicos asociados al cáncer y que a su vez se relacionan en su desarrollo son ansiedad depresión y estrés. A continuación se realiza una definición de los diferentes estados psicológicos de interés en la investigación:

- **Ansiedad**

Se define como un estado de aprensión, inquietud por anticipación de un peligro cuya fuente es mayormente desconocida o no reconocida, fundamentalmente de origen intrapsíquico y que puede ser vista como

²⁷Knapp Elisa e Ileana Delgado. Psicología, Cáncer y dolor. Revista Cubana de Psicología .Facultad de Psicología de La Universidad de La Habana .2003.

²⁸ Knapp Elisa e Ileana Delgado Revista de Psicología, Facultad de psicología. Universidad de La Habana ,2003.

patológica cuando interfiere con la efectividad en la vida, en la obtención de metas deseadas o de satisfacción o con el bienestar emocional razonable. Es el resultado de la activación del tono simpático y del sistema endocrino-hormonas suprarrenales consecuentes con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral.

²⁹

Según el D-M-S –IV los trastornos de ansiedad se clasifican de la manera siguiente:

Tipos de desórdenes:

1-Desorden de pánico.

2 -Fobia específica.

3 -Fobia social.

4 -Desorden obsesivo –compulsivo

5 -Desorden de estrés agudo.

6 -Desorden de estrés postraumático.

7-Desorden de ansiedad generalizada.

8 -Desorden de ansiedad debido a condición médica general.

9 -Desorden de ansiedad inducido por sustancia. ³⁰

Los estados patológicos, que son estudiados por los psiquiatras, psicólogos clínicos, y que se pueden considerar como síntomas de diversas enfermedades. En la práctica habitual, la diferencia entre un estado normal (Ej. ansiedad o depresión) y uno patológico se realiza fundamentalmente en base a criterios externos, descriptivos. Se plantea entonces que un estado es patológico o representa un síntoma (ej. ansiedad patológica) cuando es más intenso, más duradero, más frecuente y cuando repercute en la adaptación social de la personalidad.

En este sentido señala A. Rodríguez³¹: "La ansiedad en el sujeto normal se describe como un temor expectante, en que el elemento o situación que lo produce no se ha presentado completamente o no se ha definido

²⁹ Anónimo: Glosario de Términos Psiquiátrico Americano Tomo IV

³⁰ Colectivo de autores-Dr. Dionisio Zaldívar Pérez y otros Psicoterapia La Habana, 2008 Pág. 304-lb

³¹ Rodríguez Marín : Psicología de la salud , Revista de Psicología de la Salud , 3 pp.59-91, 1996

completamente o no es conocida en todos sus detalles, el sujeto aún no puede actuar con respecto a ella, y los resultados finales son inciertos y potencialmente peligrosos para el sujeto, bien física o psíquicamente. Esta situación, debe además producir una reacción similar en una mayoría de la población o grupo social del sujeto

La ansiedad se considera patológica cuando por su intensidad desorganiza la conducta en general del sujeto, o cuando siendo menos intensa, altera las condiciones psicológicas del individuo y sus reacciones personales y sociales, y/o cuando el paciente no sabe el por qué de su estado emocional...".³²

J. Grau destacó desde el punto de vista conceptual y empírico tres formas fundamentales de ansiedad (personal, situacional y patológica) y cómo se diferencia una de otra no solo por sus manifestaciones clínicas, sino por su diferente estructura psicológica, por su dinámica e influencia sobre los procesos psíquicos y la conducta.³³

Consideró que la ansiedad patológica es ante todo una alteración de la personalidad, una alteración de la actividad del hombre, íntimamente relacionada con determinados trastornos de los procesos psíquicos, del autocontrol de la conducta, con la distorsión de la autovaloración y la ineffectividad de los mecanismos de autorregulación de la personalidad.

Caracterización de las formas de ansiedad

Ansiedad patológica:

- Caracterización clínica: Polimorfismo sintomático, rotación de síntomas, inadecuación de quejas.
- Estructura vivencial: Compleja, miedo como componente rector acompañado de desconfianza, irritabilidad, inseguridad, disforia, etc.
- Dinámica: Alta estabilidad, el paciente no siente disminución.
- Repercusión en los procesos psíquicos: Distorsión de todos los procesos psíquicos. Incremento de las fantasías, confusión de pensamientos e ideas

³² Calviño Manuel Análisis Dinámico del comportamiento Editorial Félix Varela .La Habana ,2004.

³³ Grau Abalos. J I y E Knapp La Psicología y la lucha contra el cáncer: hechos y posibilidades. Ponencia presentada en Psicosalud La Habana Cuba 1992

con hechos reales, alteraciones en la memoria mediata e inmediata, distorsiones perceptuales.

- Repercusión en la personalidad: Alteraciones en el autocontrol por daño en los mecanismos de autorregulación.

Tipo de mecanismos de autorregulación: Inclusión directa de las vivencias en los procesos psíquicos y la dirección de la conducta.

Ansiedad situacional:

- Caracterización clínica: Menos síntomas, unilateralidad de las quejas (directamente relacionadas con la situación amenazante).
- Estructura vivencial: Menos compleja. Predominan vivencias de miedo o expectación de un peligro próximo más “definido”.
- Dinámica: Comienzo brusco con poca estabilidad. Disminuye cuando desaparece o cambia la connotación de la situación amenazante.
- Repercusión en los procesos psíquicos: Influencia selectiva de la percepción, memoria, pensamiento, con contenidos directamente vinculados a la situación desencadenante. Las alteraciones procesuales son transitorias y no llegan a desestabilizar la actividad.
- Repercusión en la personalidad: No se altera establemente la personalidad.

Tipos de mecanismos de autorregulación: Sensibilización o acentuación.

Ansiedad personal:

- Caracterización clínica: No hay síntomas propiamente dichos. Predomina la inquietud motora.
- Estructura vivencial: Vivencias de inquietud. Estructura vivencial lábil, variada en diferentes personas.
- Dinámica: Muy estable (Se considera un rasgo de la personalidad).
- Repercusión en los procesos psíquicos: Ligeras y estables distorsiones en la selectividad de la percepción. El resto de los procesos están conservados.
- Repercusión en la personalidad: Refleja el grado de vulnerabilidad a reaccionar con ansiedad, guía el autocontrol individual.

Ansiedad y conflicto

Freud postuló el origen de la angustia en una transformación de la energía sexual libido impedida en su descarga, situación que se da cuando fracasan las conductas defensivas. Posteriormente, manteniendo la misma hipótesis, postuló que su aparición opera como señal de alarma que moviliza las conductas defensivas.

La **ansiedad** o angustia es un estado de desorganización del organismo según lo ha estudiado Goldstein y su intensidad puede variar desde un mínimo que sirve de señal hasta un máximo en el pánico. Esta desorganización aparece frente a situaciones frustrantes o de conflicto. La angustia o Ansiedad no es causa de la conducta ni de los síntomas, sino uno de los fenómenos que se produce en distintos momentos de la dinámica objetal.

Sobre la base de los estudios de M. Klein, se ha sistematizado el conocimiento de dos tipos de ansiedad. Uno de estos está ligado al conflicto ambivalente /la situación depresiva / y que se le denomina ansiedad depresiva /tristeza / ,el otro ,la ansiedad que se produce siempre que la disociación divalente corre riesgo de perderse o cuando el objeto malo amenaza al yo y al objeto bueno a él está ligado ,es la ansiedad de la posición esquizoparanoide y se denomina ansiedad paranoide /miedo/ .³⁴

La ansiedad es una emoción que se expresa a través de una vivencia o sentimiento de temor, aprensión y desamparo. La misma aparece por lo general, en aquellas situaciones en las cuales los mecanismos defensivos del sujeto se activan debido a la percepción consciente o inconsciente de una situación conflictiva que resulta amenazante para el individuo, y rebasa sus posibilidades de respuesta o afrontamiento a la misma.³⁵

La autora asume la definición anterior al considerar la ansiedad como un estado o condición emocional displacentera, a partir del cual se aprecian alteraciones en el sistema emocional, llevando en detrimento la dinámica psicológica del sujeto.

³⁴ Calviño Fauly Manuel. "Análisis Dinámico del comportamiento" La Habana 2005 lb Pág. 97)

³⁵ Colectivo de autores Dr. Dionisio Zaldívar Pérez y otros Libro de Psicoterapia La Habana 2008pp 303

- **Estrés**

El estrés constituye uno de los “dolores de cabeza” más grande que enfrentan los clínicos en el nivel primario de salud, por lo cantidad de pacientes que consultan por diversas sintomatología.

El estrés es un fenómeno de finales del siglo XX y principios del siglo XXI. Este se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles y la persona muchas veces no encuentra soluciones cotidianas con qué enfrentarlas. La persona se descubre ansiosa y tensa esforzándose muchísimo y percibiendo cambios corporales como mayor rapidez en los latidos del corazón, fatiga cansancio.³⁶.

Podemos conceptualizarlo como presión del ambiente que impone demandas físicas y/o emocionales que requieren ajustes fisiológicos y psicológicos por parte del individuo sometido a esta situación.

El término estrés fue realmente definido por el destacado investigador *Hans Selye* en 1980, como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada mediante cambios en el sistema nervioso central, endocrino e inmunológico, lo cual denominó síndrome general de adaptación o síndrome de estrés biológico.

Selye³⁷ descubrió que a cualquier enfermedad específica y a cualquier medicación o tratamiento específico —es decir, cualquier elemento extraño que incide en el organismo desde fuera— se sobrepone un Síndrome General de Adaptación, una respuesta defensiva generalizada del mismo sistema biológico contra el daño infligido a una parte del organismo. El estrés es el denominador común de todas las reacciones de adaptación en el cuerpo, un estado que se manifiesta por un síndrome específico que consiste en todos los cambios no-específicos inducidos en un sistema biológico. El Síndrome General de Adaptación se localiza en el eje pituitario-suprarrenal y comporta los siguientes cambios: estimulación de la producción de adrenalina, reducción de los

³⁶ Febles Elejalde María .M libro La adultez media una nueva etapa de desarrollo La Habana 2006

³⁷ Selye, médico y biólogo de origen austriaco afincado en Estados Unidos, publicó el 4 de julio de 1936 el primer trabajo sobre el Síndrome General de Adaptación al que se refirió al término estrés. Internet Alcmeón Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Volumen –N-2, Octubre del 2002.

órganos linfáticos particularmente el timo, úlceras gastrointestinales, variación de peso corporal, y diversas alteraciones en la composición química del cuerpo. Estos cambios se dan en un conjunto. Según Selye, independientemente de lo que definamos como sistema o como unidad biológica —una nación, un ser humano, una región del cuerpo, o una célula— sólo podemos hablar de estrés cuando varias de las unidades constitutivas del sistema están afectadas de manera no-específica, es decir que los síntomas no se reducen a una unidad biológica ni se deben a un agente nocivo específico. Vale recordar también que el Síndrome General de Adaptación comporta la inhibición de las hormonas responsables del funcionamiento sexual.

La acepción e investigaciones del estrés han ido en 3 dimensiones fundamentales conformado por tres grandes enfoques en el estudio de estrés ³⁸

1. El estrés como respuesta psicológica del organismo en el cual están enmarcadas desde las concepciones tradicionales de Selye hasta las concepciones y resultados de la piconeuromunología contemporánea
2. El estrés como estímulo visto como un agente o acontecimiento vital. Este enfoque ha dado lugar a la teoría de los eventos vitales y resulta en su forma más pura, el carácter agresivo de la situación estresante así como el papel de los factores sociales en el estrés y en particular en apoyo social como amortiguador o modulador.
3. El estrés como proceso de transacción entre el individuo y el medio, mediado por diferentes variables de carácter cognitivo –conductual y personal. ³⁹

Desde un punto de vista psicológico, **el estrés**, puede traducirse como una tensión emocional que le permite afrontar el problema (la enfermedad) con el fin de darle una solución. Así, el estrés es una respuesta fisiológica y psicológica ante un estímulo amenazante real: la enfermedad. ⁴⁰

³⁸ Grau Abalos, J. y E. Knapp: La Psicología en la lucha contra el cáncer: hechos y posibilidades. Ponencia presentada en Psicosalud 92, La Habana, Cuba, 1992.

³⁹ Llana González Felicia M Instrumentos de Evaluación Psicológica Editorial Ciencias Medicas La Habana Cuba 2007

⁴⁰ Knapp E "Psicología y Cáncer". Facultad de Psicología. La Habana 2005.

El estrés se conceptualiza como “Estado vivencial dis-placentero sostenido en el tiempo y que aparece en los individuos como consecuencia de relaciones alteradas con el medio, que le impone al sujeto demandas ante las cuales no tiene control, o cree no poder tenerlo.”⁴¹

En esta concepción se destaca el carácter vivencial y de control que el sujeto ejerce. El estrés en este sentido puede ser una puerta abierta a las enfermedades de todo tipo – úlceras, hipertensión, tuberculosis y cáncer, entre otras.

R. Lazarus considera el estrés como la relación particular entre el individuo y el entorno, que pone en peligro su bienestar ⁴²

Puede reconocerse además como una experiencia de inestabilidad psicológica como respuesta a factores ambientales externos. Esta situación es una fuente de patología y produce efectos a corto, medio y largo plazo. Además, puede dañar el cerebro a nivel molecular y desde ahí, extender su daño a través de las hormonas al resto del cuerpo. ⁴³

En la actual investigación se asume la definición anterior al considerar al estrés como el punto máximo de la tensión, el cual surge debido a condiciones de sobrecarga, a partir de relaciones alteradas con el medio, donde el sujeto no cuenta con herramientas psicológicas para enfrentar la situación, y donde además el estrés puede considerarse como un agente amenazante para el estado somático del sujeto.

Aunque se considere en la actual investigación al estrés como uno de los factores psicológicos que se relacionan con el curso de la enfermedad oncológica (neoplasia de mama), *es necesario aclarar* que este es un proceso de interacción global que se desarrolla a lo largo de toda la vida, de una forma dinámica y cambiante, siendo el estrés un conjunto de todos los factores analizados pero ninguno de ellos en concreto, por lo que es importante

⁴¹(Colectivo de autores) Libro de Psicoterapia Pág. 303 lb. La Habana ,2008)

⁴² Lazarus, R, Folman; S, Folman Estrés y procesos cognitivos, Ed. Martínez Roca ; S. A1986

⁴³ Lic. Calero Yera Esmeralda: Editora principal, Centro Provincial de Información de Camagüey Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay".⁴³

destacar no se puede tener una medida única y exacta del estrés por el que atraviesa una persona.⁴⁴

El afrontamiento al estrés: el afrontamiento o coping es un concepto que se ha empleado en diferentes sentidos. Se ha entendido como una reducción o supresión del estado de estrés, es decir, como un resultado. Cuando desaparece la respuesta fisiológica de estrés, entonces se dice que existe coping. Sin embargo, esta conceptualización del afrontamiento no suele ser empleada en el momento actual, pues como indica Lazarus, confunde el proceso con el resultado. Actualmente se entiende que las **estrategias de afrontamiento** hacen referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar tanto las demandas internas como externas generadoras del estrés, así como el estado emocional desagradable vinculado al mismo.⁴⁵

Siguiendo a Lazarus, la consideración del afrontamiento como proceso implica asumir los siguientes principios:

Primero: El afrontamiento debe separarse de los resultados, es decir, el término afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea eficaz o ineficaz. No existen procesos de afrontamientos universalmente buenos o malos, sino que depende de múltiples factores como la persona, el tipo específico de encuentro (relación entre la persona y el estresor), etc.

Las definiciones de afrontamiento deben incluir los esfuerzos necesarios para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado. Esto significa que ninguna estrategia se considera inherentemente mejor que la otra. La calidad de una estrategia (su eficacia o idoneidad) viene determinada solamente por sus efectos en una situación determinada y por sus efectos a largo plazo.

Segundo: El afrontamiento depende del **contexto**. Esto es, el afrontamiento empleado para hacer frente a las distintas amenazas varía en función de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas.

⁴⁴ Para ampliar sobre la temática consultar: González Llana Felicia M. Instrumentos de evaluación Psicológica. Editorial Ciencias Médicas La Habana, 2007.

⁴⁵ Mochales S, Gutiérrez M. Estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo personas en proceso de reinserción laboral Disponible en: <http://www.cop.es/colgados/ca00088/pag10.html>.

Tercero: Aunque el afrontamiento no es un proceso estable, unas estrategias son más estables o consistentes que otras a través de las situaciones.

Cuarto: Se han descrito múltiples estrategias de afrontamiento al estrés. A continuación se tratarán las desarrolladas por R. Lazarus y S. Folkman que gozan de gran reconocimiento científico y a cuyo modelo se adscribe la autora en esta investigación

Según estos autores existen dos tipos fundamentales de estrategias de afrontamiento, uno **focalizado en el problema** y otro **focalizado en la emoción**. La estrategia focalizada en el problema hace referencia a cambiar la relación ambiente –persona, actuando sobre el ambiente o sobre uno mismo. Se trata de manejar activamente la fuente generadora de estrés. Por su parte, el afrontamiento focalizado en la emoción trata de cambiar el modo en que se trata o se interpreta lo que está ocurriendo para mitigar el estrés (por ejemplo, de vigilancia a evitación o de negación a reevaluación). Es decir, esta estrategia trata de cambiar el significado relacional de lo que está pasando, éste es un modo muy poderoso de reducir el estrés y la emoción. Ambas formas de afrontamiento, en la práctica, pueden facilitarse mutuamente ya que la reducción previa de los estados emocionales facilita el afrontamiento de situaciones y viceversa, un afrontamiento adecuado del problema conlleva la reducción de la respuesta emocional que consiste en minimizar la relevancia de un suceso lo cual puede inhibir las actividades dirigidas al afrontamiento del problema.

Quinto: El afrontamiento depende de la **evaluación** respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación. Si la valoración dice que puede hacerse algo (que la condición estresante puede ser controlable por la acción), predomina el afrontamiento focalizado en el problema. Si la valoración dice que no puede hacerse nada, predomina el afrontamiento centrado en la emoción.

Según Casado (2004), Folkman y Lazarus (1988) se identifican ocho diferentes grupos de estrategias de afrontamiento:

1. Confrontación: Acciones directas dirigidas hacia la situación (expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea, etc.)

2. Distanciamiento: Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido.
3. Autocontrol: Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etc.
4. Búsqueda de apoyo social: Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contar a un familiar el problema.
5. Aceptación de responsabilidad: Disculparse, criticarse a uno mismo, reconocerse causante del problema.
6. Escape-evitación: Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, consumir alcohol o drogas.
7. Planificación de solución de problemas: Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren.
8. Reevaluación positiva: Volver a evaluar la situación desde otra perspectiva. Aquí la persona reconoce el valor cognitivo de la experiencia que trae consigo la consiguiente enseñanza y se descubre en el cambio, en un ciclo de madurez y crecimiento personal.

Como puede observarse, algunas de las estrategias expuestas están centradas en el problema (confrontación, planificación de solución de problemas), mientras que otras se focalizan en la emoción (distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación y reevaluación positiva). La búsqueda de apoyo social puede focalizarse tanto en el problema como en la emoción (en función de cómo lo enfoque el individuo).⁴⁶

La investigación ha indicado que las personas utilizan ambos tipos de estrategias para afrontar los acontecimientos estresantes. En cuanto a las centradas en el problema versus la emoción, algunos autores mantienen que las primeras son las más eficaces. Una postura más matizada sugiere que este tipo de estrategias instrumentales funcionan bien sólo para algunos acontecimientos estresantes (especialmente aquellos que suponen problemas cognitivos, como dificultades económicas), mientras que las estrategias afectivas, centradas en la emoción, son mejores para tratar experiencias que

⁴⁶ Riquelme, A, Rodríguez, M. Estrategias de afrontamiento y apoyo sociales a personas con estrés económico Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/863.pdf>.

presentan problemas emocionales (por ejemplo, conflictos en las relaciones interpersonales)

Las características de personalidad constituyen un conjunto de variables personales de tipo disposicional (es decir, relativamente estables) que parecen modular las reacciones del individuo a las situaciones estresantes. Estas variables explican, en parte, las posibles diferencias individuales en las reacciones de estrés.⁴⁷

- **Depresión**

La depresión es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, la participación de cada uno de ellos varía según el tipo de depresión.

Algunos de los factores que suelen participar en el origen de la depresión son:

- Factores biológicos: genéticos, neuroquímicos, hormonales, enfermedades somáticas, dolor prolongado, medicamentos, consumo de alcohol y drogas.
- Factores psicológicos: personalidad vulnerable, pérdidas significativas, estrés crónico, eventos traumáticos.
- Factores sociales: conflictos familiares, laborales o económicos severos; aislamiento social.

Estado de ánimo triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días (bien manifestado por el sujeto o descrito por personas cercanas), durante al menos dos semanas o más y que afecta la vida personal y de relaciones del individuo.

Los síntomas de depresión se expresan como:

- Indiferencia y retraimiento, deterioro de los hábitos higiénicos, lentitud de los movimientos, tono de voz bajo, farsa triste o poco expresiva, llanto espontáneo, disminución de la concentración, ideaciones pesimistas, múltiples dolores o quejas, alteraciones en el ritmo del sueño.

Tipos de depresión.

Los tres tipos más importantes de depresión son:

- Trastorno depresivo mayor.
- Distimia.

⁴⁷ Valle Rivera, R. (2007). ¿Qué es el estrés y cómo derrotarlo? Factores de estrés. Disponible en: http://www.wikilearning.com/curso_gratis/que_es_el_estres_y_como_derrotarlo-factores_de_estres/1352-5

- Trastorno bipolar ⁴⁷

Sus características esenciales son la tristeza, la afectación de las necesidades y la disminución de la celeridad asociada y de la actividad motora.⁴⁸

En la actual investigación se asume la definición anterior al conceptualizar la depresión -como un estado psicológico caracterizado por marcados rasgos de tristeza, retraimiento, desinterés total, provocado por situaciones desagradables para el sujeto, el cual no cuenta con un mecanismo compensatorio para afrontar la situación.

1.6. Los estados psicológicos en la evolución de la enfermedad

Una temática cercana que pudiera resultar explicativa del vínculo entre los factores psicológicos y la salud y la enfermedad es la del condicionamiento de las respuestas inmunes. Partimos de la base de que la salud y la enfermedad son fenómenos multideterminados producto de la interacción, permanente y compleja, de microorganismos, estimulaciones interoceptivas y exteroceptivas y condiciones ambientales facilitadoras o inhibitoras, de una parte y de factores genéticos, endocrinos, inmunológicos, neurológicos y psicológicos (conductuales) por la otra.

La vulnerabilidad del organismo ante las agresiones y condiciones del medio en parte puede ser contrarrestada, llegar a conocer los mecanismos y factores que aumentan o disminuyen esta vulnerabilidad es de importancia vital.

La inmunidad presenta un problema no sólo biológico y fisiológico sino también psicológico .Es incuestionable que el debilitamiento de las fuerzas psíquicas no solo es consecuencia, sino también causa de diversas afecciones.⁴⁹

Las personas que experimentan un acontecimiento estresante de alta intensidad, o incluso moderada, muestran menor proliferación linfocitaria, menor porcentaje y actividad de las células NK, alteraciones que reflejan una reducción de la capacidad funcional de estos parámetros inmunes. En resumen, las personas que se encuentran sometidas a situaciones de estrés

⁴⁸ González Méndez Ricardo "Clínica Psiquiátrica Básica Actual" La Habana. 2003.p-46,

⁴⁹ Metalnikov, S .. Role du Systeme Nerveux et des Factores Biologiques et Psychiques dans L." Inmuniti, Masson, Paris ,1934.

crónico, repetidas y prolongadas en el tiempo, presentan una inmunodepresión que las hace más vulnerables al surgimiento y desarrollo de una enfermedad.⁵⁰ El estrés y la depresión agravan el pronóstico del cáncer de mama ya que favorecen la metástasis de los tumores, así como una menor eficacia de las terapias contra esta enfermedad. Los episodios de vida estresante, y entre ellos ciertamente la dificultad de adaptación mental al cáncer, que sigue a la detección y al inicio del tratamiento, pueden modificar la evolución de la enfermedad.⁵¹ Estos dos factores pueden agravar la enfermedad en términos de menor respuesta al tratamiento quimioterapéutico, cuya eficacia puede ser incluso neutralizada. Los factores psicológicos (externos) pueden influir en el desarrollo del cáncer de mama, más allá de factores genéticos como el polimorfismo del transportador de la serotonina, neuro-transmisor del buen humor, del apetito y del sueño.⁵²

1.7. El diagnóstico psicológico.

En estudios teóricos realizados se precisan diferentes definiciones y criterios sobre el diagnóstico, de los cuales la autora analiza los siguientes:

Diagnóstico. Del griego diagnosis, significa: conocimiento, discernimiento.

Diagnosis: Dia (a través) y Gnosis (conocimiento).

El diagnóstico psicológico tiene sus orígenes a partir de una ciencia psicológica oficial, constituida a finales del siglo antepasado (1879: siglo XIX). Dado este surgimiento, él ha estado, explícita e implícitamente muy relacionado con las diferentes concepciones acerca del desarrollo y formación de lo psicológico, el peso que se le ha atribuido o el tipo explicación elaborada acerca de lo biológico, lo social, lo educativo y lo cultural en el desarrollo de lo psicológico.

Diagnóstico Psicológico: Procedimiento normal de análisis de un caso y síntesis lógica de los datos recogidos en el curso del examen. El diagnóstico psicológico es un acto de gran importancia, ya que condiciona el tratamiento y

⁵⁰ Knapp Rodríguez E Psicología de la Salud lb pp. 140 La Habana ,2005

⁵¹ Tullio Giraldi presidente del Congreso de la Sociedad de Psiconeuroendocrinoinmunología italiana en Roma *Fuente: Roma, octubre 20/2008 (EFE)* 1999-2011 - Webmaster - Infomed.

⁵² Knapp Elisa Psicología de la salud Editorial Félix Varela La Habana 2005 pp137

evolución ulterior de sujeto. El exige del psicólogo no solo maestría para aplicar las técnicas como además, una gran experiencia, una vasta cultura y mucha intuición ”.⁵³

Un concepto inicial, preliminar, del diagnóstico psicológico considera que este constituye el conocimiento del conjunto de las características de conducta y personalidad que identifica o individualiza a un sujeto y la diferencia del otro. Esto implica el conocimiento de los rasgos, capacidades, aptitudes, intereses, motivaciones, problemas, conflictos, ajustes, etc., que caracterizan y diferencian a un sujeto. ⁵⁴

Diagnóstico: ” proceso de construcción del conocimiento acerca de algo sobre lo que se va a intervenir o actuar, también se considera el producto de un proceso dirigido a la intervención sobre la base de la experiencia multi e interdisciplinaria dinámico”.⁵⁵

Toda la historia del diagnóstico psicológico está de una forma u otra mediatizada por estas manifestaciones, puntos de vistas, concepciones y prácticas.

El objeto del diagnóstico es el conocimiento del conjunto de cualidades y características esenciales de la personalidad que regulan la vida y actividad del sujeto así como sus potencialidades y tendencias de desarrollo , de forma tal que es posible hacer valoraciones pronosticas que permitan orientar el desarrollo optimo de sus recursos en correspondencia con las exigencias sociales . El diagnóstico se dirige como tendencia al estudio amplio y multifacético de las diversas áreas de la personalidad y conducta del sujeto.

Este estudio exige que toda cualidad, aspecto o propiedad sea estudiada en el contexto de la estructura integral de la personalidad y dentro de la función que cumple cada cualidad en el proceso de interrelación del hombre con el sistema de demandas y exigencias planteadas por la sociedad

⁵³ Arias Beatón, Guillermo, “El diagnóstico en la Psicología”. Facultad de Psicología, Universidad de la Habana. Soporte electrónico 2005. P. 1

⁵⁴ Torroella (1967) Guía de estudio Básica Psicodiagnóstico Colectivo de autores Dr. Armando Alonso Álvarez Editorial Félix Varela .La Habana 2007.

⁵⁵ García Eligio de la Puente MT... [et. al]. Psicología Especial. Tomo I, 2007. P 61.

El conocimiento a través del diagnóstico no es acabado, sino relativo, es inagotable, porque constantemente estamos cambiando, estamos creciendo.⁵⁶

“Es el diagnóstico un proceso de construcción del conocimiento acerca de algo sobre lo que se va a intervenir o actuar. Cualquier especialista o profesional que tiene como propósito o tarea influir, realizar una labor de orientación, ayuda o tratamiento; componer o enmendar algo, necesita al menos un conocimiento de las manifestaciones externas o síntomas que presenta al objeto, la situación o proceso que los puede producir”⁵⁷.

Por otra parte, López Machín plantea que “El diagnóstico se ha convertido en un procedimiento científico universal de tal manera que puede comprenderse como un procedimiento propio de todas las ciencias y profesiones, es actuar aplicando el saber, es asegurarnos de que no actuamos “a ciegas”, de que no estamos probando para ver qué y cómo nos sale, con lo que podemos estar perdiendo tiempo y recursos al no poder predecir en lo absoluto las posibilidades de éxito o de fracaso”⁵⁸

- El diagnóstico psicológico como un conocimiento amplio y multifacético de las diversas áreas de la personalidad y conducta.
- El diagnóstico psicológico como una situación de relaciones interpersonales
- El diagnóstico tiende a ser longitudinal y acumulativo.
- Necesidad de la utilización de diversos instrumentos, técnicas para el diagnóstico.
- El diagnóstico como el resumen del estado psicológico encontrado en el sujeto y no como la simple exposición de aspectos parciales.⁵⁹

El Psicodiagnóstico ocupa una posición intermedia entre las disciplinas psicológicas. Es el eslabón entre la Psicología General y la Psicología Aplicada

⁵⁶ Colectivo de autores Dr. Armando Alonso Álvarez Guía Básico de Psicodiagnóstico Editorial Félix Varela La Habana 2007

⁵⁷ Arias Beatón. G. Artículo “El diagnóstico en la Psicología”. Facultad de Psicología, Universidad de la Habana 2005 P1

⁵⁸ López Machín. R. Artículo “ El diagnóstico en la escuela” La Habana Ed. Félix Varela 2007

⁵⁹ Colectivo de autores Dr. Armando Alonso Álvarez Guía Básico de Psicodiagnóstico Editorial Félix Varela La Habana 2007.

y es, con respecto a los métodos psicodiagnósticos, campo de integración de todos los campos de la práctica psicológica.

El Psicodiagnóstico parte, en la identificación de las manifestaciones individuales de lo psíquico, de los conocimientos universales de la psicología sobre la naturaleza y el desarrollo de lo psíquico y enriquece, reaccionando sobre su propia base los conocimientos básicos mediante el análisis y la generalización de los hechos psicológicos y de los hechos individuales.

El objetivo general del psicodiagnóstico consiste en el registro del grado de fijación individual de las cualidades psíquicas y sus relaciones intraindividuales, mediante las cuales se representa la unidad individual de la personalidad ante la superación de las exigencias sociales. El objeto de la investigación del psicodiagnóstico consiste en generalizar muchos hechos particulares de un sujeto en un pronóstico de su futura conducta en dependencia de las condiciones de desarrollo: El psicodiagnóstico trata de registrar la estructura psíquica individual de la acción y de la conducta así como las cualidades de la personalidad que se manifiesta en ella y sus particularidades en desarrollo.

Palechano (1987) refiere que “el psicodiagnóstico viene a ser el modelo de evaluación de la conducta que permite la formulación de predicciones acerca de la conducta en otras situaciones a la del propio diagnóstico psicológico”.

Cerny (1990) señaló que la tarea principal del psicodiagnóstico es determinar las particularidades y perspectivas del desarrollo de personalidad del hombre “

Etapas del proceso de Psicodiagnóstico

1. Elaboración de hipótesis.
2. Empleo de diferentes técnicas y procedimientos que puedan desarrollar, confirmar o negar las hipótesis.
3. Resumen diagnóstico.
4. Pronóstico e intervención.⁶⁰

Al analizar los diferentes conceptos dados con anterioridad, se asume en la actual investigación la definición dada por Arias Beatón por considerarla más

⁶⁰ Colectivo de autores- Alonso Álvarez Armando .Psicodiagnóstico Editorial Félix Varela La Habana2007pp-4.

acabada ,al enfocarlo como un proceso donde se construye el conocimiento en el cual se interviene , influye , orienta y se brinda ayuda : Se puede afirmar que cuando se diagnóstica se puede actuar con conciencia de la coherencia que debe existir entre las misiones y objetivos a alcanzar en la investigación; las dificultades, posibilidades y riesgos que deben enfrentar y los recursos que se necesitan en general y específicamente, con que se cuenta y que es necesario buscar e investigar a partir de las manifestaciones externas del objeto, tomando como base la identificación de las manifestaciones individuales de lo psíquico.

Capítulo II

Diseño Metodológico

El presente capítulo tiene como objetivo la realización de un análisis de la situación del problema objeto de estudio y la definición de los métodos y técnicas a utilizar así como los objetivos de su aplicación.

2.1. Justificación del problema objeto de estudio.

Recibir la noticia de un diagnóstico de neoplasia de mama puede ser uno de los momentos más angustiantes que puedan experimentar las mujeres, y por eso, tal vez no sepan a quién recurrir para obtener ayuda. La angustia generalmente continúa incluso después de haber superado el impacto inicial del diagnóstico. A medida que las mujeres comienzan lo que con frecuencia es un largo proceso de tratamiento, pueden enfrentarse a nuevos problemas. Por ejemplo, pueden hallar confusión en sus relaciones personales, vivenciar alteraciones del sueño, pérdida del apetito, disminución de la libido. Pueden sentirse realmente cansadas e irritadas la mayor parte del tiempo y estar muy preocupadas con respecto al desarrollo de su enfermedad, al tratamiento y a la muerte, síntomas como estos contribuyen al stress crónico, la ansiedad y a la depresión.

Los estados psicológicos antes mencionados pueden afectar al inicio y curso del cáncer, generando cambios biológicos propios de la respuesta de estos y con cambios en las conductas de salud o estilos de vida que pueden predisponer o modificar la evolución de la enfermedad, así como una menor eficacia de los tratamientos. Ante los efectos de estos estados psicológicos las personas pueden llevar a cabo conductas altamente perjudiciales para su salud.

La necesidad de un tratamiento psicológico puede no terminar cuando finaliza el tratamiento médico. Los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a lograr ese objetivo y a enseñarlas a sobrellevar problemas como el temor a la reaparición de la enfermedad y la impaciencia respecto a problemas más comunes, para lo cual necesitan de un diagnóstico psicológico de la situación que presentan las pacientes con esta enfermedad.

2.2. Tipo de Investigación.

La actual investigación es de tipo no experimental, transaccional, descriptiva, con el objetivo de indagar como se manifiestan la ansiedad, la depresión y el afrontamiento al estrés en pacientes que sufren cáncer de mama.

2.3. Población y muestra

• Población

La población está conformada por 62 pacientes, de sexo femenino, que padecen cáncer de mama perteneciente al municipio Limonar, controladas en la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, Policlínico "Nelson Fernández".

• Muestra

La muestra tomada para la realización de la investigación es de *tipo intencional* conformada por 16 pacientes.

Los criterios de selección de la muestra de la investigación fueron los siguientes:

- Pacientes con cáncer de mama diagnosticadas en el período marcado entre 2010-2011.
- Pacientes de corto período de diagnóstico de la enfermedad.
- Pacientes que tuvieran de 25 a 50 años de edad.
- Pacientes que demostraron principio de voluntariedad para cooperar en la investigación.
- Pacientes que no tuvieran diagnóstico de retraso mental o enfermedad psiquiátrica.

Se asumió que existe en estas pacientes mayor afectación psicológica, debido al corto período transcurrido de ser diagnosticadas con cáncer de mama, lo que trae consigo una menor adaptación a la enfermedad, considerando además, que las de menor edad muestran mayor afectación psicológica, pues se encuentran ante una enfermedad de grandes dimensiones psicológicas, afectivas y emocionales, en tanto puede afectar la belleza, la imagen, la sexualidad y la estabilidad de la pareja.

- **Caracterización de la muestra**

La muestra está integrada por 16 pacientes que padecen cáncer de mama de sexo femenino, que residen en el Consejo Popular de Limonar, se encuentran enmarcadas en un rango de edad de 25 a 50 años. El nivel escolar y el vínculo laboral de las mismas se caracterizó de la manera siguiente: 2 profesionales, 6 técnicas medias, 7 preuniversitarias y 1 obrera calificada; de ellas 9 trabajan, 2 son jubiladas y 5 eran amas de casa.

2.4. Métodos Utilizados.

Se asume como método general de la investigación: el método dialéctico-materialista, el cual permitió relevar las relaciones funcionales del objeto de estudio, además posibilita la identificación de las relaciones esenciales y contradictorias que son inherentes al objeto de estudio y fenómenos de la realidad que se investiga. Se utilizan además métodos que corresponden al nivel empírico y estadístico –matemático.

Entre los métodos del **nivel teórico** se utilizaron:

- El método de análisis histórico- lógico se empleó para el estudio de los antecedentes históricos de los estados psicológicos asociados al cáncer mama.
- El inductivo deductivo se empleó en la reflexión y la generalización de la influencia de estos estados psicológicos en el curso de la enfermedad.
- El análisis y la síntesis resultó de utilidad en la exploración, estudio y profundización de la bibliografía y documentos acerca del problema objeto de estudio y resumir la información necesaria de las fuentes utilizadas, así como el procesamiento de la información obtenida.

.Métodos del **nivel empírico** que se aplicaron fueron:

- **La Observación**

Se les aplicó a las pacientes con cáncer de mama una Guía de Observación con el objetivo de precisar aspectos psicológicos fundamentalmente emocionales a través de elementos tales como su expresión facial, posturas, conductas, expresión oral y su apariencia física durante la aplicación de las técnicas psicológicas.

A partir de su utilización se pudo profundizar y confirmar los resultados mostrados por otras técnicas aplicadas. Su calificación es de forma cualitativa teniendo en cuenta los elementos antes mencionados. (Anexo 1)

- **La Entrevista**

Se les aplicó a pacientes con cáncer de mama con el objetivo de obtener información acerca de áreas vitales tales como el área personal, familiar y sexual matrimonial. Permitió describir e interpretar aspectos de la realidad que no son directamente observables, tales como sentimientos, pensamientos, impresiones o intenciones, estados de ánimo, motivaciones, intereses, preocupaciones y necesidades. Además de constatar y ampliar la información obtenida en otras técnicas. Su evaluación es de forma cualitativa teniendo en cuenta las siguientes categorías de análisis: Área personal, área familiar y área matrimonial, todas en relación con la enfermedad actual y su repercusión en las distintas áreas. (Anexo 2).

- **Inventario de Ansiedad Rasgo –Estado (IDARE)**

En la investigación se les aplicó a pacientes con cáncer de mama con el objetivo específico de conocer si se encuentran en estados de ansiedad, cual es el nivel de ésta, así como evaluar el nivel de ansiedad como rasgo y como estado. Su calificación es de forma cuantitativa. Sumar el puntaje marcado por el sujeto. (Anexo 3)

Ansiedad como estado

Ítems 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17,18= Total A

Ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19,20=Total B

Ansiedad como rasgo

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Ítems 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total A

Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B

$(A - B) + 35 =$

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

● **Inventario de Depresión Rasgo –Estado (IDERE)**

En la investigación se les aplicó dicha técnica a pacientes con cáncer de mama, con el objetivo de obtener información que determinase la presencia de depresión, su nivel y el carácter de ésta como estado y como rasgo. Su evaluación es forma cuantitativa.

Depresión como estado

$1+ 2+6+8+9+10+13+15+18+20 =$ Total A

$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19 =$ Total B

$(A - B) + 50 =$

_____ Alto ≥ 43

_____ Medio 35 – 42

_____ Bajo ≤ 34

Depresión como rasgo

$1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 =$ Total A

$2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21 =$ Total B

$(A - B) + 50 =$

_____ Alto ≥ 47

_____ Medio 36-46

_____ Bajo ≤ 35

La Técnica de los Diez Deseos

Se les aplicó a las pacientes con el propósito de identificar sus principales aspiraciones, motivaciones, necesidades. Su evaluación es de forma cualitativa teniendo presente las siguientes categorías de análisis: principales aspiraciones en cuanto a las jerarquías motivacionales, aperturas de intereses, metas, proyectos de vidas y posibles preocupaciones. (Anexo5)

- **Test de Afrontamiento al Estrés, del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR)**

Se aplicó esta técnica para valorar el comportamiento de los estilos de afrontamiento de las pacientes después de ser diagnosticadas con cáncer de mama. Esta Escala es una versión realizada en el Instituto de Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) de Cuba y es posiblemente el instrumento más popular para el estudio del afrontamiento; constituye una adecuación validada basada en la Escala de R. Lazarus y S. Folkman. Su evaluación es de forma cuantitativa. (Anexo 6)

El instrumento consta de 26 índices, cada uno de los cuales se responde de acuerdo con los criterios siguientes, en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó como describe cada uno de ellos. Se otorga las siguientes puntuaciones:

- 0- En absoluto
- 1- En alguna manera
- 2- Bastante
- 3- En gran medida

Para su evaluación ordinaria los 26 índices están clasificados en dos subescalas. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina, este será el **modo de afrontamiento** que ha utilizado con mayor frecuencia.

Centrado en el problema se ve en los índices: 1, 3;4; 6; 10; 13; 14; 15; 17; 19; 20; 21; 23 y 24.

Centrado en la emoción se observa en los índices: 2; 5; 7; 8; 9; 11; 12; 16; 18; 22; 25 y 26

- **Tes de vulnerabilidad al estrés- L .H Miller y A D Smilh.**

Se aplicó esta técnica con el objetivo de valorar el grado de vulnerabilidad al estrés que presentan las pacientes después de haber sido diagnosticadas con cáncer de mama. Su calificación puede ser cualitativa y cuantitativa pero se evaluó de forma cuantitativa. (Anexo 7)

Para obtener la puntuación total, sume las puntuaciones de cada uno de los ítems y al resultado réstele 20 .Cualquier puntuación por encima de 30 indica que el sujeto es vulnerable al estrés.

Puntuación entre 50 y 75 Seriamente vulnerable al estrés.

Puntuación por encima de 75 Extremadamente vulnerable al estrés.

2.5. Tareas del diagnóstico.

En la presente investigación la autora resume en el siguiente cuadro las tareas específicas a realizar y define los objetivos de cada una de ellas.

Tareas del diagnóstico	Objetivos que se persigue
<p>Buscar y obtener información válida y confiable sobre el estado emocional actual de las pacientes con neoplasia de mama.</p>	<p>Evaluar el estado emocional de las pacientes a través de un diagnóstico psicológico, partiendo de la aplicación de diversas técnicas y métodos, para determinar el papel pre dominante de los factores psicológicos en el curso de su enfermedad.</p>
<p>Plantearse posibles hipótesis determinadas por los síntomas de los estados de ansiedad y depresión, descritos como tristeza, retraimiento,</p>	<p>Elaborar ideas anticipadas acerca del problema a investigar</p>

inestabilidad, alteraciones del apetito y el sueño.	
Determinar los factores psicológicos que se relacionan con el desarrollo de la neoplasia de mama.	Precisar y evaluar los factores psicológicos que están presentes en el diagnóstico.
Elaboración del diagnóstico	Elaborar la conclusión diagnóstica mediante la relación entre los datos y valoraciones de acuerdo con las particularidades psicológicas de cada paciente, así como el desarrollo psíquico que posea y las alteraciones que presente.
Elaboración de las recomendaciones	. Tratamiento, orientación, atención psicológica, se puede denominar como elaboración del programa interventivo su perfeccionamiento de precisión modificación de acuerdo con la marcha del proceso y los avances de las pacientes

Novedad de la investigación: La novedad de la investigación reside en que por primera se realiza en el municipio una investigación de orden psicológico a pacientes con esta afección.

Significación práctica: Los resultados del diagnóstico psicológico a las pacientes con cáncer de mama facilitarán el trabajo de prevención e intervención y tratamiento por parte del personal de salud especializado del municipio en estas pacientes.

Los resultados de la misma se exponen en tres capítulos el primero abarca los referentes teóricos que se tuvieron presente para la realización del diagnóstico de los estados psicológicos en el cáncer de mama. Un segundo capítulo que expone el diseño metodológico. En el tercer capítulo se realiza la presentación y análisis de los resultados obtenidos de los métodos y técnicas aplicadas en el diagnóstico realizado.

Capítulo III

Resultados y Discusión.

📌 **Observación:** Con la aplicación de esta técnica pudimos apreciar que la totalidad de las pacientes presentan un buen aspecto personal e higiene cuidada. Se muestran serias, inseguras, retraídas y sobre todo preocupadas. En algunos casos observamos marcados rasgos de tristeza, apatía, desanimo, así como poco interés a todo lo que le rodea, acompañado además de sentimientos de minusvalía, e incapacidad para enfrentar la situación (enfermedad).

TABLA 1

OBSERVACIÓN DE LAS PACIENTES

EXPRESIÓN FACIAL	No.	%
Serias y preocupadas.	11	
Deprimidas.	4	
Risueñas.	-	
Huraña.	1	
POSTURA		
Apoyada.	6	
Relajada.	7	
Recostada.	3	
CONDUCTA		
intranquila	4	
Retraída	2	
Sudorosa	1	
Gestos moderados	13	
Gestos expansivos	4	

Movimiento de pies	3	
Movimiento de manos	--	
EXPRESIÓN ORAL		
Fluida	12	
Rápida	2	
Lenta	1	
Cambios bruscos de voz	1	

Fuente: Guía de Observación

 **Entrevista:** A través de la entrevista realizada a las pacientes conocimos que 13 de ellas viven con familiares y 3 viven solas. Se conoció además que 7 de ellas tienen problemas con relaciones de pareja y que 4 han vivenciado afectaciones en sus relaciones sexuales. Como datos de interés para la investigación conocimos que 14 de las pacientes entrevistadas han vivenciado alteraciones después del diagnóstico de su enfermedad, descrita como alteraciones del sueño y falta de apetito. Tuvimos información además de que 11 de las pacientes entrevistadas se sienten a gusto en su hogar y aún no han percibido cambio alguno después del diagnóstico de su enfermedad, pero 5 de las pacientes manifiestan sentirse mejor en el trabajo, en casa de amigos, o de algún familiar, afirmando en algunos casos que no se encuentran solas, en otros que están realizando alguna labor o simplemente conversando como es en el caso del trabajo y no toman el tiempo pensando en sus problemas y sobre todo en su enfermedad y evolución de la misma.

Se obtuvo como resultado que la mayoría de las pacientes presentan creencias de que el cáncer es igual a la muerte, además opinan que su enfermedad no tiene cura y que igual su estado de salud va en detrimento, exponen sentirse inútiles y susceptibles, añaden además presentar problemas con su pareja y en su vida

sexual. Manifiestan sentirse deprimidas y sobre todo muy preocupadas, en algunos casos excesivamente preocupados por su futuro y curso de la enfermedad. La mayoría de las pacientes entrevistadas expresan vivenciar alteraciones del sueño, y falta de apetito, no demandan necesidad de mejorar o cambiar nada, excepto su estado de salud y no se manifiestan con metas ni proyectos de vida. La totalidad de ellas afirman recibir apoyo y ayuda por parte de familiares y compañeros de trabajo (.Anexo- 2)

Tabla-2

Variable: Nivel escolar

Nivel escolar	Cantidad
Universitarias	2
Preuniversitarias	7
Técnicos Medios	6
Obreros Calificados	1

Tabla -3

Variable: Estado Civil

Estado Civil	Cantidad
Casadas	11
Divorciadas	1
Solteras	4
Viudas	-

Tabla -4 Variable Ocupacional.

Desempeño	Cantidad
Trabajadoras	9
Jubiladas	5
Amas de casa	2

 **Idare:** La aplicación de dicha técnica arrojó como resultado que la totalidad de las pacientes diagnosticadas presentan niveles de ansiedad altos como estado y rasgo, calificados entre 56 y 52 pts la menor puntuación y de 66y 66 la mayor puntuación registrada (Anexo -3).

 **Idere:** Las puntuaciones obtenidas en esta técnica indican niveles de depresión altos como estado y como rasgo, notificados con menor puntuación las pacientes con registro de 50 y 52 pts de depresión y con mayor puntuación las que presentan 62 y 60 pts evidenciando en ellas alta depresión. (Anexo-4).

 **Técnica de los diez deseos:** Mediante la aplicación de esta técnica pudimos conocer que las 16 pacientes manifestaron como primeros deseos mejorar su estado de salud, de ellas solo 2 se manifestaron con proyectos de vida. De la totalidad de las pacientes solo una se refiere en sus deseos a la necesidad de trabajar y otra manifiesta como uno de sus deseos fundamentales resolver los problemas con su pareja, el resto de las pacientes no exponen necesidad de nada que no esté relacionado con su estado de salud y el de sus seres queridos.

Los resultados demuestran que el interés fundamental de todas las pacientes diagnosticadas se centra fundamentalmente en su estado

de salud y su pronta recuperación, sus deseos van en dirección a la rehabilitación de su enfermedad. La totalidad de las pacientes no se manifiestan sobre proyectos de vida, ni metas a seguir. No demandan necesidad de nada a no ser en dirección al mejoramiento de su salud. (Anexo -5).


Tes de vulnerabilidad al estrés: Los resultados de esta técnica revelaron que de las 16 pacientes diagnosticadas solo 1 de ellas no se muestran vulnerable al estrés, 7 pacientes se muestran vulnerables al estrés, 6 se muestran seriamente vulnerable al estrés y 2 pacientes se manifiestan extremadamente vulnerables al estrés. El grado de vulnerabilidad al estrés más elevado de las pacientes se describen con el valor 77 pts, indicando una vulnerabilidad extrema ante el estrés y la menor con valor de 28 pts lo que no demuestra vulnerabilidad alguna ante el estrés. Al analizar las calificaciones de esta técnica podemos concluir que la mayoría de las pacientes se encuentra vulnerable al estrés lo cual representa un % del total .(Anexo#6)

Pacientes Diagnosticadas	Vulnerabilidad ante el estrés									
	No vulnerable		Vulnerable		Seriamente vulnerable		Extremadamente vulnerable			
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
16	100	1	6.25	7	43.75	6	37.5	2	12.5	

Fuente: Tes de vulnerabilidad al estrés (Anexo #6)

Estilos de afrontamiento. Instituto de Oncología y Radiobiología:

Con la aplicación de esta técnica pudimos observar que un número significativo de las pacientes diagnosticadas muestran estilos de afrontamiento al estrés centrados en la emoción, lo cual indica alteraciones en el sistema emocional y motivacional de las pacientes, relevando un en ellas un desequilibrio emocional producto a la situación de estrés a la cual se encuentran sometidas después de haber sido diagnosticadas con cáncer de mama.(Anexo #7)

Pacientes Diagnosticadas		Estilos de Afrontamiento			
		Centrados en el Problema		Centrados en la Emoción	
No	%	No	%	No	%
16	100	3	18.75	13	81.25

Fuente: Test de Afrontamientos del INOR (Anexo #7)

Discusión integral de los resultados.

De acuerdo con los datos obtenidos mediante las técnicas, se evidencian en las pacientes diagnosticadas alteraciones de orden psicológico asociadas a la presencia de cuadros depresivos y ansiosos, así como estados de estrés instalados como mecanismos de alerta ante la enfermedad. (Ver Anexo 7)

En este sentido se observan alteraciones generales en el sistema emocional y motivacional- comportamental de las pacientes, relevadas en las técnicas de afrontamiento al estrés del INOR y el Tes de Vulnerabilidad al estrés, descritas estas como alteraciones de sueño, disminución del apetito, disminución notable de la libido, irritabilidad, retraimiento, sensibilidad, ideaciones pesimistas entre otras que llevan en detrimento la dinámica psicológica de dichas pacientes.

A este resultado se debe prestar especial atención teniendo en cuenta que las personas que experimentan un acontecimiento estresante de alta intensidad, o incluso moderada, muestran menor proliferación linfocitaria, menor porcentaje y actividad de las células NK, alteraciones que reflejan una reducción de la capacidad funcional de estos parámetros inmunes.

En resumen, las personas que se encuentran sometidas a situaciones de estrés crónico, repetidas y prolongadas en el tiempo, presentan una inmunodepresión que las hace más vulnerables al surgimiento y desarrollo de una enfermedad como señala E. Knapp.

A partir del análisis de los resultados de las técnicas expuestos en la tabla ver (Anexo 8) se observa que las pacientes analizadas primeras (pacientes 1, 2,3 y 4), pertenecen al grupo de las de menor edad y ciertamente muestran niveles de ansiedad y depresión más altos que el resto de las pacientes diagnosticadas.

Estas pacientes jóvenes se manifiestan más vulnerables al estrés y sus estilos de afrontamiento se centran en la emoción, describiendo así mayor afectación psicológica.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Elisa Knapp e Ileana Delgado en *"Psicología, Cáncer y Dolor"*, recordando que es una enfermedad de grandes dimensiones psicológicas ,pues afecta la belleza, la imagen y la sexualidad de la mujer.

Los episodios de vida estresantes, y entre ellos ciertamente la dificultad de adaptación mental al cáncer, que sigue a la detección y al inicio del tratamiento, pueden modificar la evolución de la enfermedad. Estos estados psicológicos pueden agravar la enfermedad en términos de menor respuesta al tratamiento quimioterapéutico, cuya eficacia puede ser incluso neutralizada.

Los estados psicológicos presentes en las pacientes diagnosticadas y descritos como estrés depresión y ansiedad agravan el pronóstico del cáncer de mama ya que favorecen la metástasis de los tumores, así como una menor eficacia de las terapias contra esta enfermedad.

Estos estados psicológicos diagnosticados pueden influir en la evolución del cáncer de mama, más allá de factores genéticos como el polimorfismo del transportador de la serotonina, neuro-transmisor del buen humor, del apetito y del sueño.

Conclusiones:

- En la actual investigación se evidencia que estamos ante una enfermedad de grandes dimensiones psicológicas, que afecta el estado somático en general de las pacientes.
- En las pacientes diagnosticadas se presentan alteraciones de orden psicológico asociadas a la presencia de cuadros depresivos y ansiosos, así como estados de estrés instalados como mecanismos de alerta ante la enfermedad.
- El diagnóstico psicológico de la muestra seleccionada permitió conocer el estado psicológico actual: niveles de ansiedad, depresión y estrés vivenciadas por las pacientes, que agravan el pronóstico del cáncer de mama ya que favorecen la metástasis de los tumores, así como una menor eficacia de las terapias contra esta enfermedad.
- Las pacientes de menor edad muestran niveles más altos de depresión y ansiedad como rasgo y estado, se manifiestan más vulnerables al estrés y sus estilos de afrontamiento se centran en la emoción, describiendo así mayor afectación psicológica.

Recomendaciones

Valorar los resultados de la presente investigación con la Dirección del Policlínico “Nelson Fernández” para que sean considerados en el tratamiento a las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en dicha institución.

Continuar desarrollando estudios en torno a los estados psicológicos vinculados con el cáncer de mama y valorando su incidencia como factor de riesgo en el progreso y evolución de esta enfermedad.

Bibliografía

1. Arias Beatón. G. Artículo “El diagnóstico en la Psicología”. Facultad de Psicología, Universidad de la Habana 2005
2. Álvarez G, M; A “Un enfoque psiconeuroendocrino”, Ed. Linera B, Sao Paulo 2005
3. Alexander, F “Psychosomatic Medicine”, Norton, New York, 1950.
4. Ballester, R: “Emociones y psicología de la salud, en Palmero. F y Codiana, Trastornos vasculares: influencia de los procesos emocionales” Promolibro, Valencia .2000
5. Borda M “Terapia de conducta: medicina comportamental”, Universidad de Sevilla, Sevilla, 1991.
6. Calviño Fauly Manuel. “Análisis Dinámico del comportamiento”. La Habana 2005 lb
7. Lic. Calero Yera Esmeralda: Editora principal, Centro Provincial de Información de Camagüey Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay"
8. Colectivo de autores “Libro de Psicoterapia” Pág. 303 lb. La Habana ,2008
9. De Vita, V.T “Cáncer: principios y practica oncológica”. Ed. Científico-Técnica, La Habana ,1986.
10. Febles María M Elejalde. “La adultez Media una nueva etapa de desarrollo”. La Habana Cuba 2006. libro pp-27
11. Gatchel, W.D. y D.A .Krantz: “An introduction to Health Psychology”, Random House, New York, 1987.
12. Grau Abalos. J I y E Knapp “La Psicología y la lucha contra el cáncer: hechos y posibilidades”. Ponencia presentada en Psicosalud La Habana Cuba 1992.
13. González Méndez Ricardo “Libro de Clínica Psiquiátrica Básica Actual.” La Habana, pp-46,2003.
14. González Rey Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba 1994(Sin título).
15. Knapp Rodríguez Elisa. “Psicología de La Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana, 2005

16. Knapp E “Psicología y Cáncer”. Facultad de Psicología, La Habana 2005.
17. Knapp Elisa e Delgado Ileana. Facultad de Psicología de La Universidad de La Habana /2005.
18. Lazarus, R, Folman; S, Folman “Estrés y procesos cognitivos”, Ed. Martinez Roca; S. A1986
19. Lipowki, 1977: 235 z “Pysical illness, the individual and the coping process Psychiatry in medicine”, vol 1 pp 233-244, 1977
20. López Machín. R. Artículo “El diagnóstico en la escuela” La Habana Ed. Felix Varela 2007
21. Matarazzo, J. D Behavioral “Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new Health Psychology” – American Psychologist, 35 pp.807-817, 1980.
22. Marinelo , Z. “Nociones y reflexiones sobre el cáncer”, Ed. Científico – Técnica, La Habana, 1986
23. Mechanic, D: Handbook of Health Care and Health Professions, The Free Press, New York, 1993.
24. Metalnikov, S. “Role du Systeme Nerveux et des Factores Biologiques et Psychiques dans L.” Inmuniti, Masson, Paris, 1934.
25. Mochales S, Gutiérrez M. Estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo personas en proceso de reinserción laboral. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag10.htm> 2009
26. Riquelme, A, Rodríguez, M. Estrategias de afrontamiento y apoyo sociales a personas con estrés económico. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/863.pdf> 2009
27. Rodríguez Marín: “Psicología de la salud”, Revista de Psicología de la Salud, 3 pp.59-91, 1996
28. Dr.Rigol O Ricardo “Libro de Obstetricia y Ginecología”. La Habana-2004
29. Roca, Castillo y Ledón, 1998 lb- “Psicología de la salud Knapp.” Rodríguez E La Habana2005
30. Selye, médico y biólogo de origen austriaco afincado en Estados Unidos, publicó el 4 de julio de 1936 el primer trabajo sobre el Síndrome General de Adaptación al que se refirió al término estrés. Internet Alcmeón Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Volumen –N-2, Octubre del 2002.

31. Suárez Fernández José “Prevención, profilaxis diagnóstico precoz tratamiento del carcinoma mamario.” La Habana 1987
32. Tullio Giraldi presidente del Congreso de la Sociedad de Psiconeuroendocrinoinmunología italiana en Roma *Fuente: Roma, octubre 20/2008 (EFE)* 1999-2011 - Webmaster - Infomed.
33. Valladares V, A. Estrategias para superar el estrés. Disponible en: http://www.alcione.cl/nuevo/index.php?object_id=396
34. Valle Rivera, R. (2007). ¿Qué es el estrés y cómo derrotarlo? Factores de estrés. Disponible en: http://www.wikilearning.com/curso_gratis/que_es_el_estres_y_como_derrotarlo-factores_de_estres/1352-5-

Anexo 1

GUÍA DE OBSERVACIÓN

1. Expresión facial

Seria, deprimida, huraña, risueña, preocupada.

2. Postura

Apoyada, relajada, recostada.

3. Conducta

Intranquila, sudación, retraimiento, gestos moderados, gestos expansivos, movimiento de pies y movimiento de manos.

4. Expresión oral

Normal, rápida, lenta, cambios bruscos en el tono de voz.

5. Apariencia física

Desaliñada, arreglada.

Anexo 2

ENTREVISTA ESTRUCTURA

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad _____ Nivel Escolar _____

Ocupación: _____ Puesto de Trabajo: _____

AREA PERSONAL

1. ¿Qué conocimiento tiene sobre el cáncer? _____
2. ¿Ha vivenciado en usted algunas alteraciones psicológicas presentadas después del diagnóstico de su enfermedad. ¿Cuáles? _____
3. ¿Que preocupaciones tiene usted acerca de su enfermedad? _____
4. ¿A quién usted le confía sus preocupaciones? _____
5. ¿Qué metas o proyectos de vida tiene para el futuro? _____

ÁREA FAMILIAR

6. ¿Con quién convive en el hogar? _____
7. ¿Cómo valora actualmente la convivencia en su hogar? ¿Por qué?

8. ¿Ha habido algún cambio en su hogar después del diagnóstico de su enfermedad ¿Cuál? _____
9. ¿Qué opinan sus familiares sobre su enfermedad? _____

ÁREA SEXUAL MATRIMONIAL

10. Hábleme sobre su relación de pareja _____
11. ¿Ha cambiado la relación con su pareja? ¿En qué sentido?
12. ¿Qué opinión tiene su pareja sobre su enfermedad?
13. ¿Se ha afectado su vida sexual? ¿En qué sentido?

Anexo 3

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO (IDARE)

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4

16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI	ALGUNAS	FRECIENTE-	CASI
		<i>NUNCA</i>	<i>VECES</i>	
<i>MENTE SIEMPRE</i>				
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy un persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amon-tonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4

34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Anexo 4

INVENTARIO DE DEPRESION RASGO - ESTADO (IDERE)

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **ahora mismo**, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **ahora**.

No, en absoluto --1

Un poco --2

Bastante --3

Mucho --4

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación.....()
2. Estoy preocupado.....()
3. Me siento con confianza en mí mismo.....()
4. Siento que me canso con facilidad.....()
5. Creo que no tengo nada de qué arrepentirme.....()
6. Siento deseos de quitarme la vida.....()
7. Me siento seguro.....()

8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo.....()
9. Me canso más pronto que antes.....()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.....()
11. Me siento bien sexualmente.....()
12. Ahora no tengo ganas de llorar.....()
13. He perdido la confianza en mí mismo.....()
14. Siento necesidad de vivir.....()
15. Siento que nada me alegra como antes.....()
16. No tengo sentimientos de culpa.....()
17. Duermo perfectamente.....()
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.....()
19. Tengo gran confianza en el porvenir.....()
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.....()

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted **generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, **generalmente**.

Casi nunca --1
Algunas veces --2
Frecuentemente --3
Casi siempre --4

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo.....()
2. Creo no haber fracasado más que otras personas.....()
3. Pienso que las cosas me van a salir mal.....()
4. Creo que he tenido suerte en la vida.....()
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás.....()
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro.....()
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones.....()
8. Me deprimó por pequeñas cosas.....()
9. Tengo confianza en mi mismo.....()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas.....()

11. Me siento aburrido.....()
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen.....()
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales.....()
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales.....()
15. Todo me resulta de interés.....()
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....()
17. Me falta confianza en mi mismo.....()
18. Me siento lleno de fuerzas y energías.....()
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente.....()
20. Me ahogo en un vaso de agua.....()
21. Soy una persona alegre.....()
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago.....()

Anexo 5

Exponga por orden de prioridad sus diez deseos fundamentales (aspiraciones, necesidades, motivaciones y proyectos de vida)

- 1.-----
- 2.-----
- 3.-----
- 4.-----
- 5.-----
- 6.-----
- 7.-----
- 8.-----
- 9.-----
- 10.-----

Anexo 6

CUESTIONARIO ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA Y RADIOBIOLOGIA

Instrucciones:

Este cuestionario sirve **para evaluar cómo es que se siente, que hace y qué piensa cuando se afronta a situaciones problemáticas que le producen estrés y ansiedad.** Piense detenidamente en la acción en que se enfrenta a una situación verdaderamente difícil y encierre en un o la categoría que expresa en que medio actúa usted como se afirma en el ítem. Use la siguiente clave:

0 En absoluto

1 En alguna medida

2 Bastante

3 En gran medida

1- Me concentré exclusivamente en pensar que sería lo más apropiado que debería hacer a continuación..... 0 1 2 3

2- Me volqué en el trabajo en otra actividad para olvidarme de lo demás..... 0 1 2 3

3- Me propuse encontrar algo positivo que remediara la situación..... 0 1 2 3

4- Hablé con alguien para averiguar más de la situación..... 0 1 2 3

5- Me critiqué o sermonee a mi mismo..... 0 1 2 3

- 6- No intenté quemar todos mis cartuchos, sino que dejé algunas posibilidades abiertas.....0 1 2 3
- 7- Confié en que ocurriera un milagro.....0 1 2 3
- 8- Seguí adelante como si nada hubiera pasado.....0 1 2 3
- 9- intenté guardar para mí mis sentimientos.....0 1 2 3
- 10- Busqué algún resquicio de esperanza (intenté mirar las cosas por el lado bueno) 0 1 2 3
- 11- Dormí más de lo habitual en mí 0 1 2 3
- 12- manifesté mi enojo a las personas responsables del problema0 1 2 3
- 13- Acepté la simpatía y la comprensión de algunas personas.....0 1 2 3
- 14- Busqué la ayuda de un profesional.....0 1 2 3
- 15- Cambié, maduré como persona.....0 1 2 3
- 16- Me eché la culpa por lo ocurrido.....0 1 2 3 17-
- 17- Elaboré un plan de acción y lo seguí.....0 1 2 3
- 18- Acepté la segunda posibilidad mejor de solución, inferior a la Ideal para mí.....0 1 2 3
- 19- Me di cuenta que yo fui la causa del problema.....0 1 2 3
- 20- Salí de esa experiencia mejor de lo que entré.....0 1 2 3
- 21- Hablé con alguien que podría hacer algo en concreto con mi problema.....0 1 2 3
- 22- Intenté sentirme mejor comiendo, fumando, bebiendo, Tomando medicamento..... 0 1 2 3
- 23- Intenté no actuar demasiado pronto, ni dejarme llevar por

- mi primer impulso..... 0 1 2 3
- 24- Cambié algo para que las cosas salieran bien.....0 1 2 3
- 25- Evité estar con la gente en general.....0 1 2 3
- 26- Rehusé pensar en el problema por mucho tiempo.....0 1 2 3

Anexo 7

Tes de vulnerabilidad al estrés- L .H Miller y A D Smilh.

- 1 ----- Hago por lo menos una comida caliente y balanceada al día.
- 2-----Por lo menos 4 veces a la semana duermo 7 a 8 horas.
- 3-----Doy y recibo afecto regularmente.
- 4----- En 50 km a la redonda poseo una familia en la que puedo confiar.
- 5-----Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicios hasta sudar.
- 6----- Fumo menos de media cajetilla de cigarros al día.
- 7----- Tomo menos de 5 tragos de bebidas alcohólicas a la semana.
- 8----- Tengo el peso apropiado para mi estatura.
- 9----- Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales.
- 10----- Mis creencias me hacen fuerte.
- 11----- Asisto regularmente a actividades sociales.
- 12 -----Tengo una red de amigos y conocidos.
- 13----- Tengo uno o más amigos y conocidos a quienes puedo confiarles mis problemas.
- 14-----Tengo una buena salud (es decir mi vista, mi oído, mi dentadura etc. están buenas condiciones).
- 15-----Soy capaz de hablar abiertamente sobre mis sentimientos cuando me siento irritado o preocupado.
- 16----- Tengo una red de amigos a quienes puedo contarles mis problemas personales.
- 17----- Por lo menos una vez a la semana hago algo divertido.

18----- Soy capaz de organizar racionalmente mí tiempo.

19----- Tomo al menos 3 tazas de café, té o refresco al día.

20----- Durante el día me dedico a mi mismo un rato de tranquilidad .

Anexo 8

Tabla 5: Resumen de Resultados del diagnóstico.

Pacientes Diagnosticadas	Idare Ansiedad	Idere Depresión	Tes de vulnerabilidad al estrés	Tes de afrontamiento INOR/ Centrada en el problema / Centrada en la emoción.
Paciente-1	66 y 66pts.(estado y rasgo)	62y 60 pts. (estado y rasgo).	77 pts.	Centrada el al emoción
Paciente- 2	65 y 56 pts (estado y rasgo)	60 y 61 pts (estado y rasgo).	75 pts.	Centrada en la emoción
Paciente -3	61 y 58 pts(estado y rasgo)	61 y 57 pts(estado y rasgo)	62 pts	Centrada en la emoción
Paciente-4	65 y 58 pts (estado y rasgo)	60 y 57 pts (estado y rasgo)	63 pts	Centrada en la emoción
Paciente -5	59 y 60 pts(estado y rasgo)	58 y 53 pts (estado y rasgo)	36 pts	Centrada en la emoción
Paciente -6	61 y 58 pts (estado y rasgo)	60 y 61 pts (estado y rasgo)	51 pts.	Centrada en la emoción
Paciente -7	61 y 56pts (estado y rasgo)	58 y 56 pts(estado y rasgo)	58 pts	Centrada en la emoción
Paciente -8	56 y 52 pts (estado y rasgo)	50 y 52 pts (estado y rasgo)	28 pts.	Centrada en el problema
Paciente -8	59 y 55 pts (estado y rasgo)	58 y 56 pts (estado y rasgo)	32 pts	Centrada en la emoción
Paciente -9	61 y 55 pts (estado y rasgo)	58 y 56 pts (estado y rasgo)	44 pts	Centrada en la emoción

Paciente-10	61y 61 pts (estado y rasgo)	59 y 58 pts (estado y rasgo)	56 pts	Centrada en la emoción
Paciente-11	61 y 60 pts (estado y rasgo)	59 y 56 pts (estado y rasgo)	53 pts	Centrada en la emoción
Paciente-12	59 y 59 pts (estado y rasgo)	58 y 53 (estado y rasgo)	34pts.	Centrada en la emoción
Paciente-13	60y 56pts (estado rasgo)	60 y 61 pts(estado y rasgo)	42 pts	Centrada en la emoción
Paciente-14	55 y 50 pts (estado rasgo)	56 y 53 pts(estado y rasgo)	48pts.	Centrada en el problema
Paciente -15	60 y 61 pts estado y rasgo)	58 y 56 pts (estado y rasgo)	43 pts	Centrada en la emoción
Paciente -16	56 y 53 pts (estado y rasgo)	53 y 50 pts (estado y rasgo)	64pts.	Centrada en el problema

