

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Psicología

**CREENCIAS IRRACIONALES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN
PROCESO DE QUIMIOTERAPIA, DE LA CLÍNICA HEMATO -
ONCOLÓGICA CEMED MAGDALENA**

Preparado por:

Tatiana Arbelaez

Ana Douglas

Asesor Ps. F. Robert Ferrel Ortega, M.A.

Santa Marta, Colombia

2008

NOTA DE ACEPTACION

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santa Marta, Octubre de 2008

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor Fernando Robert Ferrel Ortega, Psicólogo, Magíster en Psicología Clínica, Docente de Tiempo Completo de la Universidad del Magdalena por dirigir nuestro Trabajo de Grado, por su apoyo, motivación y confianza en nosotras devolviéndonos la seguridad para seguir adelante con esta investigación.

A la Doctora Luz Dary Gallardo, Psicóloga, Especialista en Desarrollo Social, Catedrática; y, al Doctor José Antonio Camargo, Docente de Tiempo Completo de la Universidad del Magdalena, adscritos al Programa de Psicología, por las sugerencias metodológicas propuestas durante el período académico, ya que sirvieron en gran medida para dar forma y solidez a nuestra investigación.

A la Doctora Angélica Peña Cabarcas, Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Catedrática del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena, por su apoyo en las asesorías teóricas para el enriquecimiento y fortalecimiento de la investigación.

A Marlon Cormane Medina, Administrador de Empresas de la Universidad del Magdalena, por asesorarnos y colaborarnos en la realización del procesamiento de la información.

A Cindy Cayón Guarnizo, Psicóloga de la Universidad del Magdalena, por su apoyo, colaboración y brindarnos sus conocimientos para la culminación de este Proyecto

A la clínica hemato-oncológica CEMED Magdalena en la ciudad de Santa Marta por su confianza y colaboración al permitirnos el acceso a la información que manejan y de esta manera establecer la población y muestra de la investigación.

A todas las personas que confiaron en nosotras y que de una u otra manera ayudaron para que este proyecto se convirtiera en realidad.

DEDICATORIA

Al fin logro este propósito que me tracé un día en mi vida. Fue un camino largo donde viví momentos malos así como también viví momentos increíbles e inolvidables.

En este camino aprendí a aceptar el mundo tal como es no como yo quería que fuera. Conocí personas que de una u otra manera estuvieron involucradas durante todo este proceso, pero el principal de todos es Dios, a quien en muchas ocasiones negamos pero de todas las formas posibles él nos demuestra que existe, que nos cuida y que no nos desampara, siempre nos pone las soluciones enfrente de nosotros pero no las vemos muchas veces. El es mi guía, mi amigo, mi alcahueta (por que siempre esta de mi lado).

A mi cuchita que es para mí: mi papa, mi mama y bueno toda mi familia, has llenado hasta el último rincón de mi vida sin dejar que yo extrañe a nadie, te agradezco por todo lo que has sido y por todo lo que eres, has estado conmigo en las buenas y en las malas, apoyándome de una u otra manera, solo a ti te debo todo lo que soy. Si no hubiera sido por ti, esto nunca se habría realizado.

Gordo, mi angelito de la guarda, fuiste mi inspiración tu me hiciste mejor persona, te agradezco haber entrado a mi vida y haber dejado huella.

A mis psicólogos, gracias por haber estado ahí enseñándome a que cada uno de nosotros era un mundo diferente y maravilloso. Enseñándome a quererlos con sus defectos y virtudes y llenando cada quien a su manera los días de apuntes para el recuerdo. Gracias por hacer los momentos inolvidables.

A mi fiel amiguita y compañerita, primero que todo gracias por ser quien eres, por brindarme tu amistad incondicionalmente, por enseñarme el valor de la lealtad, por llorar conmigo cuando yo lloré, por reír conmigo cuando yo reí, por aguantarte mis problemas, por aceptar mi mundo sin paralelo, sin censurarlo y dejarme entrar al tuyo.

Tatiana Sofía Arbeláez Orozco

DEDICATORIA

Hoy finaliza un capítulo de mi vida , fueron muchos los momentos en los que le pedí a mi Diosito que este sueño se hiciera una realidad, en este largo proceso existieron muchos obstáculos, adversidades, sin embargo, fueron estos los que me impulsaron cada día a seguir adelante, con mucho sacrificio, dedicación y esfuerzo, hoy me siento feliz y orgullosa de ser lo que soy, pero esto no sería posible sin la contribución de todas las personas que me quieren y las cuales me han apoyado en el transcurso de mi vida y carrera profesional .

Gracias Dios , por darme la fortaleza y la sabiduría, por nunca abandonarme en los momentos más difíciles de mi vida, por guiarme por el camino correcto y por permitir conocer a personas especiales y maravillosas en el transcurso de mi vida.

A ti mami, solo yo sé todo el sacrificio que haz hecho por sacarnos adelante, gracias por ser la persona incondicional que eres, por apoyarme en cada una de mis decisiones, por darme mucho amor , por guiarme y recalcar me una vez más el camino que debía seguir y pese a todas las adversidades nunca desfallecer y seguir adelante.

A ti papi, gracias por estar ahí complaciéndome en cada uno de mis caprichos, por brindarme una mano amiga motivándome a brindarles una mejor calidad de vida, sin tu apoyo este sueño no se hubiese hecho realidad.

A mis hermanos, porque han sido mi ejemplo de superación, por la unión que nos caracteriza, gracias por cuidarme y enseñarme una vez más que pese a todos los problemas lo más importante es seguir luchando por lo que queremos para llegar a ser felices.

A mi abuelita y mi tía, gracias por ser mis segundas mama, un modelo a seguir por enseñarme que en esta vida lo importante es crecer y fortalecer nuestros valores.

A mis amigas y amigos de estudio fueron ustedes los que me acompañaron durante estos últimos 5 años, gracias por todos los momentos compartidos fueron inolvidables, reímos, lloramos, gozamos, rumbeamos, gracias por enseñarme que este mundo está lleno de personas extraordinarias, a pesar de nuestras diferencias construimos una amistad sincera.

A mi fiel amiga y compañera de trabajo, gracias por permitirme entrar en tu mundo lleno de fantasías construyendo una sincera amistad, dejando atrás hipocresías y malos tratos, gracias por ser mi cómplice, mi confidente, por estar ahí en los momentos mas difíciles de mi carrera apoyándome y mostrando siempre una cara diferente llena de alegría, diversión y mucha aventura.

A todas las personas que confían en mi, amigos y familiares, que de una u otra manera han aportado aspectos interesantes en mi vida siendo entes de transformación para el benéfico de la misma.

Ana Carolina Douglas Quinto

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN –ABSTRACT	9
1. INTRODUCCION	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3. JUSTIFICACION	18
4. OBJETIVOS	21
4.1 Objetivo General	21
4.2 Objetivo Específicos	21
5. MARCO TEORICO	22
5.1 El cáncer de mama	22
5.2 Creencias Irracionales	40
6. METODOLOGIA	57
6.1 Tipo de Investigación	57
6.2 Población y Muestra	58
6.2.1 Población	58
6.2.2 Muestra	59
6.3 Variable de Estudio	60
6.4 Técnicas e Instrumentos	61
6.5 Procedimiento	64
6.6 Procesamiento de la Información	65
6.7 Consideraciones éticas	66
7. RESULTADOS	67
7.1 Resultados de las creencias irracionales presentes en las mujeres con cáncer de mama	68
7.2 Resultado de la prevalencia de las creencias irracionales de las mujeres con cáncer de mama	70
7.3 comparación de las creencias irracionales entre mujeres diagnosticadas y mastectomizadas	72
8. ANALISIS Y DISCUSIÓN	74
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	83

10. ANEXOS	86
------------	----

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro de Variables	61
Tabla 3: Clasificación de las Creencias Irracionales.	63
Tabla 4. Creencias irracionales de mujeres con cáncer de mama	68
Tabla 5. Media de las mujeres con cáncer de mama	70
Tabla 6. Prevalencia de las creencias irracionales con cáncer de mama	71
Tabla 7. Comparación de las creencias irracionales entre mujeres diagnosticadas y mastectomizadas	72

LISTADO DE GRAFICOS

GRAFICO 1. Creencias irracionales de mujeres con cáncer de mama	69
GRAFICO 2. Media de mujeres con cáncer de mama	71
GRAFICO 3. Prevalencia de las creencias irracionales de las mujeres con cáncer de mama	72
GRAFICO 4. Comparación de las creencias irracionales entre mujeres diagnosticadas y mastectomizadas.	73

Resumen

**CREENCIAS IRRACIONALES EN MUJERES CON CANCER DE MAMA, EN
PROCESO DE QUIMIOTERAPIA, DE LA CLINICA HEMATO
ONCOLOGICO CEMED MAGDALENA**

La presente investigación tiene como título, “ creencias irracionales en mujeres con cáncer de mama, en proceso de quimioterapia, de la Clínica hemato - oncológico CEMED Magdalena”, se llevó a cabo bajo el marco del modelo de investigación descriptivo, con el objetivo de establecer cuales son las creencias irracionales que se manifiestan en las mujeres con cáncer de mama, en proceso de quimioterapia, de la Clínica Hemato - Oncológico CEMED Magdalena en la ciudad de Santa Marta, utilizando como herramienta de medición el *Cuestionario IBT* (Irrational Beliefs Test) de *Albert Ellis*, el cual consta de un total de 130 ítems que evalúan la manera cómo el sujeto piensa acerca de su entorno, la felicidad, la competitividad, la tristeza, los prejuicios, los problemas, los castigos, el apoyo a otros, etc. La población a la que se le aplicó fueron 16 mujeres con cáncer de mama en proceso de quimioterapia, cuyas edades oscilan entre 35 y 67 años, que eran atendidas en la Clínica Hemato- Oncológico CEMED Magdalena, en la ciudad de Santa Marta, en el periodo comprendido mayo - noviembre del 2007. Los resultados obtenidos muestran que hay 5 creencias irracionales que se presentan en general en las mujeres con cáncer de mama, que son: Irresponsabilidad emocional, ansiedad por preocupación, evitación al problema, influencia del pasado, necesidad de control.

Palabras claves: creencias irracionales, cáncer, cáncer de mama, quimioterapia.

ABSTRACT

The present investigation has as title, “irrational beliefs in women with breast cancer, in process of chemotherapy, of the Clinic hemato - oncológico CEMED Magdalena”, was carried out under the frame of the descriptive model of investigation, to know which are the irrational beliefs that this women created, we use like measurement tool the IBT Questionnaire (Irrational Beliefs Test) of Albert Ellis, modified by Rizo Walter, with the purpose of evaluate the number and type of irrational beliefs, this questionnaire consist of a total of 130 items that evaluate the way how the patient creates and thinks about its surroundings, the happiness, the competitiveness, the sadness, the prejudices, the problems, the punishments, the support to others, etc. The population to which it was applied the questionnaire was 16 women with breast cancer in process of chemotherapy, whose ages oscillate between 35 and 67 years, that were taken care of in the Clinic Hemato-Oncológico CEMED Magdalena, in the city of Santa Marta, in the period included May - November of the 2007. The obtained results show that there are 4 irrational beliefs that they appear in the women with breast cancer, diagnosed and mastectomizadas, this are: Emotional irresponsibility, avoidance to the problem, influences of the past, control necessity.

Key words: irrational beliefs, cancer, breast cancer, women, chemotherapy.

1. INTRODUCCION

La historia evolutiva del hombre ha estado caracterizada por innumerables batallas que ha librado para lograr ubicarse en la cima de la cadena evolutiva de las especies. Sin embargo, a pesar que la raza humana ha tenido grandes avances científicos y tecnológicos, especialmente en el siglo XX, sobre todo en el campo de la medicina, surgen y persisten enfermedades como el cáncer, que aún son una incógnita para médicos y científicos y que afectan a gran parte de la población mundial. Si bien el desarrollo de fármacos, diagnósticos oportunos y tratamientos médicos, ayudan a prevenir y tratar esta enfermedad, en muchos casos el estilo de vida de los enfermos, así como el de su entorno familiar, se ven dramáticamente afectados.

El cáncer es una enfermedad que no distingue género, raza, nivel socio económico ni edad, y se manifiesta de diferentes maneras, dependiendo del lugar del cuerpo al que ataque. Según el lugar afligido varía su evolución y tratamiento. Sin embargo, el cáncer parece evolucionar al mismo tiempo que se desarrollan nuevas y mejores tecnologías para sus posibles curas. Así, se han desarrollado tipos específicos de cáncer que afectan a cada género en particular, como lo son el cáncer de próstata en los hombres o el de cuello uterino en la mujer, siendo esta última la causa principal de muerte entre las mujeres. Increíblemente, una variación de esta terrible enfermedad, el cáncer de mama, es la tercera causal de mortalidad femenina cuando no es detectado a tiempo, a pesar de los avances médicos en diagnóstico y tratamiento, afectando no solo la integridad física de la persona sino también los factores psicológicos que de una u otra forma ayudan a que la persona se vea perjudicada y produzca en ella un deterioro con respecto a la enfermedad, tales como ideas, pensamientos absurdos, creencias irracionales e ilógicas, realizando así una mala interpretación de la realidad.

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación se planteó desde la perspectiva de la psicología cognitiva, en particular desde la teoría de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis y se enmarcó dentro del área de la psicología clínica y de la salud, por lo que se planteó estudiar y conocer las creencias irracionales presentes en mujeres con cáncer de mama, diagnosticadas y mastectomizadas, atendidas en la Clínica Hemato-Oncológica CEMED Magdalena, de la ciudad de Santa Marta. Para ello, se aplicó a las participantes el Cuestionario IBT (*Irrational Beliefs Test*), creado y modificado por Albert Ellis, el cual consta de 130 ítems y mide 13 creencias irracionales.

La Clínica Hemato-Oncológica CEMED Magdalena, es una de las pocas entidades de salud que presta sus servicios en el área de oncología en la Ciudad de Santa Marta, ciudad de aproximadamente 500,000 habitantes. Durante el período de Octubre 2006 a Abril de 2007, esta Clínica atendió un total de 64 casos en quimioterapia. Seguidamente, entre los meses de Mayo a Noviembre de 2007, fecha en que se desarrolló esta investigación, la Clínica atendió a 16 mujeres, las cuales se constituyeron en la muestra de esta investigación. La participación de las investigadoras como practicantes, la identificación de la muestra y el interés de la Clínica en los resultados de la investigación, propiciaron el establecimiento de un Convenio Interinstitucional con la Universidad del Magdalena, el cual se encuentra en vigencia, que facilitó el desarrollo de la investigación. En consecuencia, las autoras esperan que los resultados encontrados ayuden al manejo de estos casos clínicos en la Entidad y generen posteriores investigaciones en el área de la psicooncología que a la fecha son escasas.

El presente informe se presenta en ocho capítulos y los anexos correspondientes. La elaboración, redacción y presentación del informe final se hizo con base en los requisitos

exigidos por el Reglamento de Grado del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena (Resolución N° 001/2007), y por las normas APA vigentes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer, ha sido reconocido por su alta incidencia y aumento precipitado en las últimas décadas, así como por el impacto psicológico que genera a las personas que lo padecen. Es la segunda causa principal de muerte, generando cerca del 13% de todas las muertes. De acuerdo con la Sociedad Americana del cáncer (2007), “se estima que 7.6 millones de personas murieron de cáncer en el mundo durante el año 2007. Se prevé que a lo largo del siglo XXI, el cáncer será la primera causa de muerte en los países desarrollados. A pesar de esto, se ha producido un aumento en la supervivencia de los pacientes con cáncer. Las estadísticas de mortalidad mundial muestran enfermedades como el cáncer, liderando las causales de muerte más reincidentes. Así, según el Instituto Nacional de Cancerología (1995), “el cáncer de mama representa la tercera causa de muertes por tumores malignos (9.8% para 1995), después del cáncer gástrico y de cuello uterino. Los grupos poblacionales más frecuentemente afectados son las mujeres de 30 a 69 años; la incidencia ponderada de las mujeres de 30-50 es de 80x100.000 mujeres y el 80% de los casos se encuentran en estado avanzado.

Todos los tipos de cáncer son causados por anormalidades en el material genético de células de esta forma transformadas. Estas anormalidades pueden ser efectos de carcinógenos, como la radiación (ionizante, ultravioleta, nuclear, etc.), productos químicos (procedentes de la industria, el humo del tabaco y la contaminación en general), o de agentes infecciosos. Otras anormalidades que pueden producir cáncer son adquiridas durante la replicación normal del ADN al no corregirse los errores que de forma basal se producen durante la misma, o bien son heredadas y, por consiguiente, se presentan en todas

las células desde el nacimiento (por ejemplo, con una mayor probabilidad de desencadenar la enfermedad). Existen complejas interacciones entre el material genético y los carcinógenos, lo cual es otro motivo por el que algunos individuos desarrollan cáncer después de la exposición a carcinógenos mientras que otros no lo hacen.

En 1999, “El cáncer de mama representa el cuarto cáncer de mayor mortalidad tanto en los países desarrollados como subdesarrollados. El estado socioeconómico de la población es destacado como influyente, si bien por la común elevación del nivel de vida, tales diferencias suelen equipararse. En las capas sociales más altas o acomodadas la incidencia de cáncer es más elevada que en las bajas. Las diferencias socioeconómicas se asocian a factores diferenciales en la nutrición, conductas de riesgo, exposición a carcinógenos y conducta preventiva” (Jones, 1999).

El cáncer de mama suele comenzar con tumores sólidos que cursan con lesiones osteolíticas secundarias e hipercalcemia. Existen distintos tipos de cáncer de mama compuestos por distintos tipos de células anormales, podemos observar que las mamas desempeñan un conjunto de funciones intercaladas las unas con las otras, y cualquiera de ellas que se vea afectada, afecta a la vez el significado subjetivo que la persona estableció. En las mujeres, uno de los más significativos caracteres lo constituye el desarrollo mamario, constituyendo un esencial símbolo de la femineidad, en virtud de esto es comprensible una especial preocupación por las características estéticas de esta zona tan significativa de su self.

De otra parte, debido al aumento en la prevalencia del cáncer y a los escasos Centros especializados existentes en la Ciudad de Santa Marta, se han venido creando y desarrollando a nivel nacional y regional nuevas Instituciones para abordar el problema y ofrecer intervención o tratamiento oportuno. Una de ellas es la Clínica hemato – oncológico

CEMED, la cual atiende a personas que padecen esta enfermedad buscando brindar a cada una de ellas seguridad y calidad en el tratamiento.

Según sus estadísticas, la Clínica hemato – oncológico CEMED (2006) “atendió mediante quimioterapia a 64 pacientes con cáncer durante el período de Octubre 2006 a abril 2007, de los cuales 22 (34%) sufrían cáncer de mama, quienes recibieron quimioterapia en esa institución de salud” (Ver Anexo B). El tipo de cáncer que más se presentó fue el Cáncer de Mama, con 22 casos y entre los que menos se presentaron fueron Poliarteritis N, Linfoma Hod., Melanoma, Metástasis Ósea, Cáncer de Ovario, Cáncer Orofaringe, Anemia Crónica, Cáncer Metastático, Cáncer Nasofaringe, y Cáncer de Vejiga, con un Caso cada uno.

Por otra parte, estos pacientes pueden presentar cambios en su comportamiento como consecuencia de una mala interpretación de su diagnóstico, debido al enorme impacto que produce la palabra “cáncer” sobre el enfermo y su entorno familiar-social. Este impacto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos, que son, en ocasiones, tan importantes como la misma enfermedad.

Factores psicológicos como la tristeza y la pena, son reacciones normales a las crisis que tienen que enfrentar durante la enfermedad de cáncer. Estas reacciones las experimentarán periódicamente todas las personas. Generalmente, la respuesta emocional inicial de la persona al diagnóstico de cáncer suele ser breve, con una duración de varios días o semanas, y puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación. La respuesta emocional al diagnóstico de cáncer, o a una recaída, podría comenzar con un período disfórico, marcado por un aumento en la agitación. Durante este tiempo el individuo experimentará trastornos del sueño y del apetito, ansiedad, cavilaciones y temor al futuro. Tanto los individuos como las familias que se enfrentan a un diagnóstico de

cáncer experimentarán diversos niveles de estrés y de perturbación emocional y creencias irracionales tales como, la alteración de los planes de vida, los cambios en la imagen corporal, baja autoestima, cambios en el rol social y en el estilo de vida.(Cirera,1997).

En este sentido, existen diversas explicaciones de los factores psicológicos que afectan y están asociados a las personas que presentan esta enfermedad. Desde la perspectiva de la psicología cognitiva y en particular desde la teoría de la terapia racional emotiva de Ellis, el paciente se encuentra invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y su verdadera situación que alteran negativamente su manera de interpretar y entender la enfermedad, por lo que propone favorecer un cambio en estas ideas orientándolo hacia una comprensión racional de la manera de interpretar y entender la enfermedad, sin que pierda la esperanza en su recuperación.

Según la TRE (Terapia Racional Emotiva), las personas se sienten perturbadas muchas veces no por los acontecimientos de la vida sino por la manera en que los interpretan. Las alteraciones emocionales tienen su origen en el pensamiento irracional o erróneo que impide, obstaculiza o dificulta la consecución de metas. En el caso del enfermo de cáncer dichos pensamientos irracionales lo obstaculizan en: su aceptación del diagnóstico, seguir las prescripciones médicas y participar activamente en la batalla contra la enfermedad (Prieto A. ,2004). Conocer acerca de las creencias irracionales responsables de nuestra infelicidad, aumentar nuestra capacidad para poder discernir entre éstas y otras más racionales, capaces de hacernos sentir más felices, y aprender métodos cognitivos, emocionales y conductuales que nos ayuden a estar mejor, son los objetivos de la TREC.

Lo “irracional” “significa aquellos argumentos que utilizamos que no están basados en la realidad, son mágicos y supersticiosos, incoherentes e ilógicos, y además no nos ayudan

a nosotros ni a los demás a alcanzar metas y propósitos. Ser irracional supone ser rígido, cerrado, inflexible, dogmático, absolutista, fanático, supersticioso y juzgar o condenar a las personas con puntos de vista diferentes” (Ellis, 1990).

Las creencias irracionales se entienden como el resultado de un “condicionamiento filosófico o hábitos no muy distintos a los cotidianos. Estos hábitos están programados biológicamente para ser susceptibles a este tipo de condicionamiento” (Boeree C, 1985). Estas creencias toman la forma de afirmaciones absolutas. En vez de aceptarlas como deseos o preferencias, hacemos demandas excesivas sobre los demás, o nos convencemos de que tenemos necesidades abrumadoras. Existe una gran variedad de “errores de pensamiento” típicos en los que la gente se pierde ignorando lo positivo, exagerando lo negativo, y generaliza.

Es característico pues la presencia e influencia de ideas irracionales en estos pacientes, las cuales pueden perturbar o dificultar su tratamiento y calidad de vida, por lo que se hace necesario una intervención integral médico – psicológica.

Es así que, al revisar y explorar acerca de las investigaciones en creencias irracionales y cáncer de mama en la ciudad de Santa Marta, se encontró que son muy pocos los estudios en esta población. En la Clínica CEMED a la fecha no existe un estudio dirigido a encontrar esta pre-concepción irracional que podría estar presente de manera significativa en estos pacientes, por lo que para el cuerpo médico y administrativo de la Clínica Hemato – Oncológica CEMED del Magdalena, es importante conocer esta situación a fin de intervenirla de manera interdisciplinaria.

Por todo lo anterior, las investigadoras se plantearon la siguiente pregunta problema que orientó la investigación y pudo ser respondida de manera objetiva:

¿Cuáles son las creencias irracionales que presentan las mujeres con cáncer de mama en proceso de quimioterapia, de la Clínica Hemato – oncológica CEMED Magdalena, en la Ciudad de Santa Marta?

3. JUSTIFICACION

A pesar que desde hace muchos años se comenzó a hablar acerca del cáncer de mama y sus consecuencias fatales para la vida humana, especialmente de mujeres, es en la actualidad que se manifiesta una gran preocupación por detectar a tiempo y prevenir este flagelo, por lo que la investigación planteada de tipo diagnóstico adquiere una gran pertinencia local, ya que al conocer no solo las alteraciones biológicas sino también las psicológicas de estos pacientes, se estará en mejores condiciones de intervenirlas de manera interdisciplinaria.

En efecto, el cáncer de mama es una de las principales causas de muerte hoy por hoy en el mundo. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2004) “alrededor de un 9% de las mujeres desarrollarán un cáncer de mama a lo largo de su vida. De hecho, el cáncer genera 400.000 fallecimientos anuales a nivel mundial, manifiesta de varias maneras, como lo es el cáncer de mama, que por lo general se presenta en mujeres, ubicándola como la segunda causa de muerte en éstas, siendo el cáncer de cuello uterino la primera”. Es así que “el cáncer de mama representa el cuarto cáncer de mayor mortalidad tanto en los países desarrollados como subdesarrollados”. (Jones, 1999), especialmente del mundo occidental.

En, los países asiáticos y del extremo oriente, el cáncer de mama se registra con menor frecuencia en comparación con los países occidentales y en Australia. Igualmente, en EE.UU. y en las naciones noreuropeas, las tasas de incidencia son notablemente más altas que en los continentes africano y asiático.

Con base en lo anterior, la investigación acerca de este problema de la humanidad siempre es relevante e importante para la búsqueda de su comprensión, el desarrollo de la ciencia, y principalmente la búsqueda de su prevención.

Por otra parte, diversos autores han postulado diferentes hipótesis acerca de los posibles factores causales de este problema. Se ha mencionado, por ejemplo, desde un punto de vista médico, “que el aumento del cáncer de mama podría relacionarse con el uso masivo, iniciado alrededor de 1965, de los primeros anticonceptivos hormonales que contenían altas dosis de estrógenos y con la creciente tendencia a tratar la menopausia con estrógenos” (Taucher, 1989). Otros factores sociales han sido destacados también como factores relacionados con la presencia del cáncer. Así, se ha postulado el estilo de vida propio de la modernidad como uno de estos factores causales que ha dado lugar a un creamiento sostenido de la prevalencia del cáncer. En efecto, el cáncer se constituyó como una enfermedad relacionada con la nueva vida que nos hemos construido en coherencia con los valores que le dan crecimiento a la modernidad; pertenecer a la vida urbana, ha implicado un evidente aceleramiento del ritmo de vida y un nuevo tipo de alimentación, así como la precariedad de las estructuras sociales y, por lo tanto, también del equilibrio y orden de nuestra estructura biológica.

Por otra parte, el estado socioeconómico de la población es destacado también como otro factor social influyente, si bien, por la común elevación del nivel de vida, tales diferencias suelen equipararse. Así, en las capas sociales más altas o acomodadas de la población, la incidencia de cáncer de mama es más elevada en comparación con las más bajas. Estas diferencias socioeconómicas se asocian a factores diferenciales en la nutrición, conductas de riesgo, exposición a carcinógenos y conducta preventiva.

Desde el punto de vista psicológico, esta enfermedad trae consigo una serie de repercusiones de gran impacto, pues en muchos casos el procedimiento que se lleva a cabo como tratamiento del cáncer de mama es la extirpación del seno o el vaciamiento como tal, lo cual desarrolla en las mujeres una serie de creencias irracionales con respecto a muchas de las actividades que realizan en su cotidianidad. La influencia de las estructuras, procesos y eventos cognitivos en los problemas emocionales ha sido destacada por los modelos psicológicos cognitivos. Ellis (1962), propuso “un paradigma ABC en el que se establece el principio básico de que las cogniciones median y son centrales en la génesis y mejora de los trastornos emocionales, conductuales e interpersonales”. De esta manera, “las creencias racionales conducen a conductas de autoayuda, mientras que las creencias irracionales propician conductas destructivas para la sociedad y el individuo” (Vernon, 1989 como se cita en Ellis y Bernard, 1990). “Este efecto ha sido reforzado por numerosos estudios en los que se ha encontrado una asociación entre las puntuaciones en las creencias irracionales y diversos síntomas de malestar psicológico como la depresión” (Marcotte, 1996; Muran y Motta, 1993).

Todo lo anterior, en especial la propuesta psicológica desde el modelo cognitivo, fundamenta social y teóricamente la presente investigación, por lo que su realización es plenamente justificable para el diagnóstico y la comprensión de las creencias irracionales como factor psicológico que afectan aún más los efectos físicos del cáncer de mama en la conducta cotidiana de estas mujeres.

La investigación, así planteada, fue factible debido a que, por una parte, existen diversas herramientas psicométricas (inventarios, escalas y cuestionarios) para evaluar las creencias irracionales de las personas, la mayoría basadas en el modelo de irracionalidad de Ellis, entre las que se destaca el *Cuestionario I.B.T Modificado*, utilizado para la identificación de

creencias irracionales en diferentes poblaciones y aplicado en esta investigación; y, de otra parte, el Convenio suscrito entre la Clínica Hemato – Oncológica CEMED Magdalena, de la ciudad de Santa Marta, el cual facilitó la realización de la presente investigación con las pacientes con cáncer de mamá atendidas en esa entidad.

Igualmente, la investigación se justificó también por la gran utilidad que ésta tendrá para la Entidad participante, debido a que sus resultados le permitirán comprender mejor a sus pacientes y contar con fundamentos psicológicos derivados de la investigación científica, para diseñar estrategias de prevención y detección tempranas que logren disminuir significativamente el impacto de esta enfermedad. Igualmente, esta investigación contribuye al desarrollo de la Psicología en la ciudad, especialmente del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena, puesto que permite manejar información conceptual y teórica que fortalece la línea de investigación de cognición y salud, en la búsqueda de diversas formas de intervenir de una manera adecuada en otras poblaciones que presenten características similares por parte de futuros Investigadores.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Describir las creencias irracionales en mujeres que presentan cáncer de mama, en proceso de quimioterapia, de la Clínica Hemato - Oncológico CEMED Magdalena, en la ciudad de Santa Marta.

4.2 Objetivo Específicos

- Identificar las creencias irracionales presentes en mujeres con cáncer de mama en proceso de quimioterapia de la Clínica hemato – oncológica CEMED Magdalena, en la ciudad de Santa Marta, a través de la Prueba IBT (Irrational Beliefs Test).

- Establecer la prevalencia de las creencias irracionales presentes en mujeres con cáncer de mama en proceso de quimioterapia de la Clínica hemato - oncológica CEMED Magdalena, en la ciudad de Santa Marta.
- Comparar la presencia de creencias irracionales de las mujeres con cáncer de mama según el estado de la enfermedad (diagnosticadas y mastectomizadas).

5. MARCO TEORICO

5.1 El Cáncer de Mama

El cáncer es una enfermedad degenerativa multifactorial en donde algunas células del cuerpo proliferan de manera incontrolada, originando problemas en su lugar de origen o en otros órganos. Un grupo de células se torna apto a desobedecer o a escapar de los mecanismos de control de crecimiento normal y ordenado del organismo; aún sin darnos cuenta, las células del cuerpo crecen a lo largo de toda nuestra vida y es el propio organismo quien controla este crecimiento. Así, cuando se produce una herida física, las células crecen con el objetivo de cicatrizar la herida. Pasado el período traumático, el organismo da la orden para detener el crecimiento. Sin embargo, por algún mecanismo aún no conocido, éste no ocurre con las células cancerosas, ya que éstas crecen y se multiplican cuando no deberían hacerlo, haciéndolas capaces de cruzar las barreras de los tejidos del órgano donde se inició su crecimiento indebido invadiendo tejidos sanos, es decir, invaden áreas que rodean el tumor inicial o tumor primario. A través de la corriente sanguínea o del sistema linfático pueden viajar a lugares distantes de donde comenzó su crecimiento. En aquellos lugares distantes del tumor primario, pueden desarrollar otros tumores secundarios o metástasis.

“El cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes: un crecimiento y proliferación rápida y relativamente ilimitada de células con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir que invaden los órganos y tejidos del cuerpo y que se extienden desde el sitio de origen hacia las áreas distantes del cuerpo generando metástasis. Es un crecimiento invasivo, poderoso, que puede consumir y destruir el proceso de vida, si no se realiza un diagnóstico precoz en torno a él”. (Polo, 2000)

Se diferencian entonces, “varios tipos de cánceres, y dentro de estos se pueden encontrar los **epiteliomas o carcinomas**, que son los más frecuentes y afectan la piel, mucosas, labios, cuello del útero, glándulas mamarias e hígado. De igual manera se encuentran los **sarcomas** que son cánceres a los tejidos conjuntivos; También se encuentran los **hematosarcomas** que afectan al bazo, médula ósea, ganglios linfáticos y originan leucemias; Y por último encontramos los **melanomas malignos (MM)**, que son tumores del tejido pigmentario. Los cánceres al sistema nervioso central sólo tienen extensión local y no originan metástasis” (Escuela Latinoamericana de Medicina, Cuba. Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología, www.psicolatina.org).

El reconocimiento temprano del cáncer es crucial para lograr la remoción de la lesión en los estados en los cuales todavía es posible alcanzar la curación completa. La suma de los esfuerzos de muchos investigadores y clínicos ha dado como resultado guías ampliamente aceptadas que facilitan su diagnóstico clínico e histopatológico. Sin embargo, existe todavía un gran número de diagnósticos erróneos y retrasos terapéuticos que complican la supervivencia del paciente con cáncer. En la biología de las células neoplásicas resulta fundamental conocer por un lado su patrón de crecimiento, así como su capacidad para desprenderse del tumor primario y originar metástasis. Así, cada forma clínica se asocia

con un comportamiento biológico diferente que debe tenerse en cuenta en el momento del diagnóstico y que registrará la conducta a seguir.

“La capacidad metastatizante del tumor está determinada por el comportamiento biológico de sus células, más allá de su forma o patrón de crecimiento histológico. Los tumores más agresivos suelen dar metástasis precoces, mientras que otros se mantienen por largos períodos como tumores primitivos. Entre otros factores a tener en cuenta respecto de la biología tumoral que pueden incidir en el pronóstico de la enfermedad se encuentra el nivel de profundidad de la proliferación neoplásica, ya que el número de mitosis por campo de un milímetro reflejaría la capacidad de replicación de las células neoplásicas; Así como que un índice mitótico mayor de seis mitosis por campo de un milímetro sería indicador de mal pronóstico. El por qué y cómo una célula adquiere estas características es una incógnita que empieza a conocerse. Se sabe que los protooncogenes (genes que se encuentran en las células normales y codifican el crecimiento y la diferenciación celular) en algunas personas se transforman en oncogenes y comienzan a actuar de forma anormal o fuera de tiempo. Esta transformación probablemente ocurre tras la exposición a carcinógenos, tales como sustancias físicas, químicas, virus, etc., que inducen mutaciones puntiformes, ampliaciones, traslocaciones, transducciones e inserciones de información en el ADN. El cáncer también puede originarse cuando se alteran los antioncogenes o genes supresores de tumores. A estas dos alteraciones genéticas por herencia (sobre todo los antioncogenes) hay que añadir la susceptibilidad de exposición a una mayor o menor cantidad de carcinógenos. Además, las células tumorales son capaces de superar las defensas inmunológicas del huésped mediante varios mecanismos: Generación de células T supresoras, presentación inadecuada de antígenos, liberación de sustancias inmunosupresoras” (Polo, 2000).

"Las mamas son un órgano propio de los mamíferos que se sitúan en la cara ventral del tronco de las hembras, se desarrollan en la pubertad y, después de la gestación segregan la leche que alimentará a las crías. Las mamas en la mujer, como órgano efector del funcionalismo ovárico, sufre una serie de cambios morfológicos y funcionales a todo lo largo de su vida sexual, y dentro de estos cambios se distinguen:

- La piel o tegumento mamario, areola o zona areolar (Zona circular de piel muy fina, con glándulas areolares subyacentes, sudoríparas glándulas de Montgomery y sebáceas voluminosas tubérculos de Morgagni.
- Subyacentemente se encuentra el músculo areolar, liso y circular responsable de la erección de la mama), pezón, mamila o mamelón (Piel igualmente fina que reviste un tejido fibroelástico con fibras musculares atravesado por los conductos galactóforos.
- Estos conductos galactóforos principales que terminan en forma de finos poros sobre el vértice del pezón muestra la yuxtaposición de epitelios, esta zona puede, en situaciones patológicas degenerativas, dar asiento a disqueratosis o Enfermedad de Paget.

El cáncer de mama suele comenzar con tumores sólidos que cursan con lesiones osteolíticas secundarias e hipercalcemia. Existen distintos tipos de cáncer de mama compuestos por distintos tipos de células anormales. Estas consisten en:

- Tumor primario que consta de Carcinoma in situ o Carcinoma Intraductal, Carcinoma Dúctal in situ (DCIS), Carcinoma Lobular in situ (LCIS), o Neoplasia Lobular, Tumores Invasivos Dúctales y Lobulares.

También se encuentran lo que son según localización y forma de curso:

- Cáncer de mama lo correogional, Cáncer de mama localmente avanzado, Carcinoma inflamatorio de mama, Cáncer de mama diseminado.

- El Carcinoma in situ o Carcinoma Intraductal, se contiene enteramente dentro de los conductos de la mama, sin invasión de tejidos adyacentes normales. Aunque antiguamente era bastante raro, actualmente representa más del 15% de todos los cánceres del pecho diagnosticados en EE.UU., y la proporción es más alta en grupos de edad joven. Se le adjudica esta alza a mejores evaluaciones preventivas. El Carcinoma Dúctal in situ (DCIS) representa el 43% de cánceres de pecho diagnosticado en mujeres entre 40 y 49 años y el 92% de los casos diagnosticados en mujeres entre 30 y 39 años. El DCIS ocurre en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas formando una masa palpable, y está más normalmente localizada en un cuadrante de un pecho, el DCIS es frecuentemente la causa de los micros calcificaciones observadas en las mamografías, y sus pacientes están en riesgo de desarrollar un cáncer invasivo si no se tratan. El DCIS se considera precursor de cáncer invasivo, pero al ser localizado puede ser totalmente removido quirúrgicamente.

- El Carcinoma Lobular in situ (LCIS), o neoplasia lobular, ocurre predominantemente en mujeres premenopáusicas y usualmente se descubre en forma incidental porque no forma una masa palpable. Microscópicamente, el LCIS aparece distintivamente diferente de DCIS. Entre el 25 y el 35% de las pacientes con LCIS desarrolla cáncer de mama invasivo después de una latencia de hasta 40 años. Estos cánceres invasivos ocurren con igual frecuencia bilateralmente. Muchos especialistas relacionan el LCIS con la hiperplasia atípica, considerándolo un indicativo de una propensión al Cáncer de mama en lugar de un verdadero precursor.

Tumores invasivos dúctales y lobulares son los tipos histológicos más comunes de cáncer invasivo, aproximadamente el 90%. Las pacientes que portan los tipos histológicos menos comunes, como por ejemplo, medulares o lesiones tubulares tienen una prognosis algo mejor.

- Carcinoma Papilar: Crecen en los conductos con este tipo de configuración. Representan el 1% de los carcinomas de mama. El carcinoma papilar infiltrante es una variedad rara de crecimiento lento y buen pronóstico.

- Comedocarcinoma: Tienen un crecimiento denso dentro de los conductos. De forma global tiene buen pronóstico.

- Carcinoma Medular. Representa el 5-7%. Suelen ser grandes y de bajo grado. Se caracterizan por invasión de linfocitos pequeños. Son de buen pronóstico, excepto el carcinoma medular atípico.

- Carcinoma Tubular. (1%). Tienen mejor pronóstico que el carcinoma ductal infiltrante pero es peor que el medular.

- Carcinoma Mucinoso o coloide. (3%). Forman nidos de células epiteliales. Tienen crecimiento lento y suelen ser de gran tamaño. Son de buen pronóstico.

- Carcinoma Inflamatorio. (1%). Se caracteriza clínicamente por edema de la piel ("Piel de naranja"), eritema, calor y endurecimiento de la mama subyacente. Para el diagnóstico es imprescindible la biopsia de la piel mamaria que debe demostrar invasión de los linfáticos dérmicos por células tumorales. Es una variedad de mal pronóstico.

“Más del 80% de los cánceres de mama se descubren por la palpación de la paciente de un bulto. Una cantidad muy pequeña presenta una historia de dolor y ninguna masa, con agrandamiento del pecho o con un espesor indefinible en el pecho. Un hallazgo típico del examen físico es una masa dominante - un trozo distintamente diferente del tejido del pecho del circundante. Se estima que el tiempo medio de crecimiento para detectar el cáncer de mama por palpación es de siete a once años, dependiendo de los investigadores” (Steel, G 1982, Fox, BH 1981). Cambios fibróticos difusos en un cuadrante del pecho, normalmente el cuadrante superior exterior, es más característico de desórdenes benignos, pero un

espesor ligeramente firme no notado en la mama contra lateral sería una señal de cáncer. Los cánceres de mamas más avanzadas se caracterizan por fijación de la masa a la pared del pecho o a excesiva piel, por la presencia de nódulos satélite o ulceraciones en la piel. Si se presentan nódulos linfáticos axilares enmarañados o fijos o una linfadenopatía supraclavicular o infraclavicular, la cirugía tiene bajísima probabilidad de ser curativa. El Cáncer de mama inflamatorio es particularmente virulento, caracterizado por la inflamación difusa y agrandamiento del pecho, a menudo sin una masa.

El Cáncer de mama es inexistente antes de la pubertad, y se comprueba en mujeres con menarquía temprana (antes de 12 años) y menopausia tardía (50 o más años), presentando un largo período de amenorrea de más de 30 años. La castración antes de los 40 años reduce en un 75% la probabilidad de padecer un cáncer de mama. Los estrógenos influyen de modo preferente sobre el epitelio de los conductos galactóforos haciendo proliferar el estroma o tejido periductal, en tanto que la progesterona lo hace sobre el epitelio de los alvéolos. Se considera el influjo de los estrógenos desfavorable, se ha discutido su papel carcinogénico en el uso prolongado de píldoras anticonceptivas, mientras que el papel de la progesterona juega un rol protector. La prolactina tiene un comprobado efecto carcinogénico en el ratón, su efecto en el humano aún no es concluyente.

Por otro lado, para que el tejido mamario responda a los estrógenos se necesita la presencia de receptores de estrógenos, lo que se comprueba en el 50% de los carcinomas mamarios humanos. Finalmente, dada la comprobación de que altos niveles de leptina tienden a incrementar los niveles corporales de grasa y obesidad reforzando también la proliferación tanto de las células normales (en un 50%) como de las células cancerosas de la mama (incrementándolas en un 150%), se ha fortalecido la idea de que la leptina puede

promover el crecimiento del tumor mamario y su desarrollo, dando explicación teórica a la conocida relación obesidad-cáncer mamario”. (Cleary, 2002).

El Cáncer de mama “en etapas tempranas no causa dolor, sin embargo usualmente se ve asociado a sensaciones inusuales en el seno como mayor sensibilidad y ardor. La quimioterapia es un tipo de tratamiento coadyudante sistémico enfocado a reducir de manera substancial el número de células cancerosas de focos metastásicos en órganos distantes, éstos focos metastásicos son llamados ‘micrometástasis’ dado que son lesiones no viables de detectar mediante el examen físico o con el estudio radiológico. Se hace necesario el uso de quimioterapia en estadios metastásicos del cáncer de mama, dado que aquellas pacientes mueren a causa de su cáncer de mama lo hacen debido a las metástasis en órganos distantes que se producen años o meses después del diagnóstico oncológico.

Según su foco de intervención, se definen las siguientes formas de quimioterapia:

Neoadyudantes o de Inducción Antes del tratamiento locoregional (cirugía o radioterapia).Adyuvante Después de que el tumor primario ha sido controlado con cirugía o radioterapia. El término quimioterapia suele reservarse a los fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas. Dichos fármacos se denominan medicamento citotóxicos. La terapia antineoplásica tiene una gran limitación, que es su escasa especificidad. El mecanismo de acción es provocar una alteración celular ya sea en la síntesis de ácidos nucleicos, división celular o síntesis de proteínas. La acción de los diferentes citostáticos varía según la dosis a la que se administre. Debido a su inespecificidad afecta a otras células y tejidos normales del organismo, sobre todo si se encuentran en división activa. Por tanto, la quimioterapia es la utilización de diversos fármacos que tiene la propiedad de interferir con el ciclo celular, ocasionando la

destrucción de células. El tratamiento quimioterápico puede deteriorar físicamente a los pacientes con cáncer. Los agentes quimioterápicos destruyen también las células normales sobre todo las que se dividen más rápidamente, por lo que los efectos secundarios están relacionados con estas células que se destruyen. Los efectos secundarios dependen del agente quimioterápico y los más importantes son:

- Alopecia o caída del cabello: Es el efecto secundario más visible debido al cambio de imagen corporal y que más afecta psicológicamente a los enfermos, sobre todo a las mujeres. Sin embargo este depende de la cantidad e intensidad de la dosis y no ocurre en todos los casos. Pero de 4 a 6 semanas el cabello vuelve a crecer.
- Náuseas y vómitos: Pueden aliviarse con antieméticos como la metoclopramida o mejor con antagonistas de los receptores tipo 3 de la serotonina como *dolasetron*, *granisetron* y *ondansetron*. Algunos estudios y grupos de pacientes manifiestan que el uso de cannabinoides derivados de la marihuana durante la quimioterapia reduce de forma importante las náuseas y los vómitos y que aumenta el apetito.
- Diarrea o estreñimiento.
- Anemia: Debido a la destrucción de la médula ósea, que disminuye el número de glóbulos rojos al igual que la inmunodepresión y hemorragia. A veces hay que recurrir a la transfusión de sangre o a la administración de eritropoyetina para mitigar la anemia.
- Inmunodepresión: Prácticamente todos los regímenes de quimioterapia pueden provocar una disminución de la efectividad del sistema inmune, como la neutropenia que puede conducir a la infección, a la sepsis y a la muerte si no se detecta y trata a tiempo. La neutropenia se puede solucionar con la administración de [[factor de crecimiento de colonias de granulocitos]] (G-CSF del inglés *granulocyte-colony stimulating factor*) como el *filgastrim*.

- Hemorragia: Debido a la disminución de plaquetas por destrucción de la médula ósea. (<http://es.wikipedia.org/wiki/Quimioterapia>).

La repercusión psicológica del tratamiento quirúrgico es variable según la deformidad corporal que provoca, la función afectada y su significado emocional. El tratamiento quirúrgico básicamente condiciona dos aspectos distintos: El significado de extirpación del proceso maligno, que para los pacientes es asimilable al de curación, y la mutilación física con sus cambios en el esquema corporal.

La mastectomía es el término médico para la remoción de uno o ambos senos de manera parcial o completa. Si se extirpa sólo la glándula pero se conserva la piel de la mama, la areola y el pezón, se llama mastectomía subcutánea. La extirpación de la mama completa, incluida la piel que la cubre, la areola y el pezón, se llama mastectomía simple. La extirpación de la mama completa acompañada de los ganglios linfáticos de la axila y de porciones variables de los músculos pectorales se llama mastectomía radical. En la mastectomía radical modificada se preservan los músculos pectorales o como máximo se extirpa solo el pectoral menor con objeto de facilitar el acceso a la región más interna de los ganglios linfáticos axilares. La mastectomía usualmente se realiza para luchar contra el cáncer de seno; en algunos casos, las mujeres que presentan alto riesgo de contraer cáncer de seno (también conocido como cáncer de mama) se hacen la operación profilácticamente, es decir, para prevenir el cáncer en lugar de para tratarlo. En contraste en una lumpectomía, solo una porción de tejido es extirpada en lugar de todo el seno. A menudo la mastectomía era realizada durante la misma operación en la cual se tomaba la biopsia para confirmar el diagnóstico. Hoy en día, la decisión de hacer una mastectomía es usualmente basada en una biopsia realizada previamente. También, hay una tendencia a un tratamiento más conservativo con el cáncer de seno. La práctica ha cambiado, por una parte, debido a las

mejoras en radioterapia y tratamiento coadyudante (por ejemplo quimioterapia y terapia hormonal) y por otra parte en un reconocimiento más temprano de la metástasis del cáncer de seno.

La escisión radical no prevendrá contra tumores secundarios posteriores que ocurran como resultado de micro-metástasis que hayan ocurrido antes de haber sido descubierto el cáncer. En los países más desarrollados solo una minoría de los nuevos casos de cáncer de mama son tratados con mastectomía.

En los casos de cáncer que tienen un referente específico -una tumoración localizada- que sirve como control perceptivo externo, este tratamiento probablemente colabora a que los pacientes puedan diferenciar entre fantasía y realidad. Dentro de las intervenciones quirúrgicas en el tratamiento del cáncer encontramos la extracción quirúrgica de secciones de la mama y de su soporte anatómico en relación al progreso del tumor. Se les llama también cirugía conservadora de la mama y en las últimas décadas suelen ser las intervenciones preferidas del oncólogo. Dentro de estas encontramos: La *tumorectomía* – extracción del tumor conservando el tejido circundante-; La *lumpectomía*; El *vaciamiento axilar* - extracción quirúrgica de los ganglios axilares- y la *interrupción de las vías de dolor*.

Lo mejor es que se presenten precozmente los pacientes a consideración de especialistas que puedan realizar procedimientos analgésicos o neuroquirúrgicos. Muchas veces en la práctica médica los oncólogos optan por interrumpir las vías de dolor sólo cuando la analgesia es insatisfactoria o si la terapia oral no puede realizarse.

La tumorectomía ligada al tratamiento de radioterapia ha comprobado ser igualmente eficaz sobre la tasa de supervivencia que la mastectomía. Esta opción trae consigo la

ventaja estética, lo cual tiene una menor repercusión negativa sobre la calidad de vida y la alteración del esquema corporal” (Craig, 1996).

Existe muchos estudios acerca del valor de los factores psicológicos en la génesis del cáncer así como del cáncer de mama en particular, -cáncer de mama de aquí en adelante- éstas aproximaciones van desde visiones psicodinámicas hasta psicobiológicas, psicofisiológicas, aproximaciones psicosociales o simplemente registros estadísticos de una amplia gama de variables biopsicosociales asociadas al desarrollo del Cáncer de Mama.

La mastectomía inicialmente tranquiliza a la mujer por la idea liberadora de que todo tejido maligno ha de ser extirpado, pero luego de ella trae aparejada reacciones de “depresión y ansiedad, preocupación por la imagen corporal” (Van Heeringer, Van Molfaert y Cupiere, 1989), “alteraciones en la imagen corporal” (Suarez, 2002), “disminución de la capacidad atencional” (Cimprich, 1992), “aumento de la introversión, mama fantasma” (Bresler, Cohen y Magnusen, 1956) con modificación de las relaciones familiares, sexuales, sociales y profesionales, especialmente en menores de 45-50 años. “El mayor impacto psicológico y dificultades de adaptación aparecen tras una mastectomía radical versus técnicas más conservadoras como la extirpación tumoral” (Van Heeringer, Van Molfaert y Cupiere, 1989, McArdle, Hughson y Mc Ardle, 1990, Craig, 1996, Murphy, Laurence, Lenhard, 1996, Suárez, 2002). Bloom y sus colaboradores (1987) “reportaron datos de 412 mujeres en un estudio retrospectivo de un período de un año las cuales habían sido intervenidas quirúrgicamente: un grupo fue modificado por una mastectomía radical en las etapas I y II del cáncer de mama, otro por colecistectomía por enfermedades de la vejiga, otro por una biopsia en cuadros benignos de mama y mujeres sanas. Todas en edades entre los 30 y 70 años, sin que pre-existiesen enfermedades psiquiátricas y ausencia de enfermedades físicas actuales. Todas las mujeres fueron

evaluadas inicialmente a los tres meses de la cirugía. Los datos fueron analizados desde entrevistas pre-estructuradas, ejemplos hablados y respuestas a cuestionarios con moderada presencia y grado de síntomas psicopatológicos, humor, complicaciones físicas, autoestima, y calidad de las relaciones interpersonales. Las mujeres con cáncer de mama mostraron gran angustia y estrés psicológico afectando sus relaciones sociales e interpersonales. El alto impacto causado por la mastectomía se explica a partir de que la deformidad o ausencia de las mamas hiere la identidad y el narcisismo ya que en ellas se sustenta la percepción de la propia feminidad, maternidad y sexualidad, participan en el esquema corporal y son órganos psico y hormono dependientes”.

El impacto psicológico va a variar de acuerdo al tipo de afección, por el significado que le implica a la persona y también por supuesto de acuerdo a la gravedad de la enfermedad. El cuerpo es una parte importante de nuestra identidad, toma una connotación personal. Además de la connotación general positiva que toda persona le atribuye a la integridad e indemnidad de su cuerpo, hay valoraciones específicas vinculadas a la autoapreciación personal y función concreta que los distintos órganos, tanto en el plano biológico como dentro de un horizonte más amplio que implica la vida en sociedad.

Desde esta perspectiva, podemos observar que las mamas desempeñan un conjunto de funciones imbricadas las unas con las otras, y cualquiera de ellas que se vea afectada, afecta a la vez el significado subjetivo que la persona estableció.

Una propiedad existencial básica del ser humano es su connotación sexuada. De esta diferenciación nace el arquetipo de la incompletud del ser humano, para acceder a dicha plenitud existencial se significa como requisito básico una apropiada identidad afectivo-sexual en relación a un otro. Identidad de base tanto biológica (órganos sexuales primarios y caracteres sexuales secundarios) como de formación psicosocial. En las mujeres, uno de

los más significativos caracteres sexuales secundarios lo constituye el desarrollo mamario. Constituyendo un esencial símbolo de la femineidad.

Las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico. Las mamas de la mujer constituyen por una parte un reconocido incentivo erótico para el hombre; en la mujer, a la vez su estimulación en el campo de la erotización, representan una de las fuentes más importantes de gratificación afectivo-sexual. En virtud de esto es comprensible una especial preocupación por las características estéticas de esta zona tan significativa de su *self* erótico.

Por otra parte, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen un cáncer de mama se han creado diversos Institutos especializados que promueven la atención oportuna de las mismas. Actualmente, en la ciudad de Santa Marta se encuentra ubicada la Clínica hemato - oncológico CEMED Magdalena, la cual tiene como misión dar salud a los pacientes hemato –oncológicos. Para esto, ofrece servicios médicos de calidades las áreas de consulta externa hemato-oncológica, infectología y aplicación de quimioterapia. La clínica CEMED Magdalena propende porque los servicios que en ella se ofrezcan, se realicen con personal altamente calificado, comprometido, idóneo, con vocación de servicios y atención a la comunidad y con sólidos principios éticos, cumpliendo con las normas y procedimientos legales que regulan la salud y la seguridad social respondiendo así a las necesidades de la comunidad local y regional del Magdalena. En esta medida brinda una atención adecuada, con diagnósticos oportunos y tratamientos integrales y efectivos en las áreas de hepatología, oncología e infectología; comprometido con el desarrollo del talento humano apoyado en recursos tecnológicos innovadores, capaces de satisfacer las necesidades y expectativas de sus pacientes. Ofreciendo así 1. Los servicios de consulta externa: se ofrecen en las siguientes especialidades: Oncología Clínica,

Hepatología, Infectología, Urología Oncológica, Ginecología Oncológica, Cirugía Oncológica; 2. Quimioterapia, la Clínica CEMED presta un servicio integral Ambulatoria e intrahospitalario de: Quimioterapia intravenosa, quimioterapia Oral ,quimioterapia Intratecal, Quimioterapia intravesical.

Las mamas juegan un papel muy importante en la mujer, y debido a esto una mujer con un tumor en el pecho tienen el sentimiento traumatizante de que las bases de su femineidad están en peligro y primero cuida sus mamas, sin tomar en cuenta el peligro de su vida. La relación con la enfermedad y las posibilidades de peligro, solo surgen después de la operación.

El cirujano debe tener presente que el foco emocional es diferente en el pre o en el postoperatorio. Existen varios tipos de reacción postoperatoria de los cuales los más comunes son: Una relación de dependencia generalmente hacia el cirujano, muy intensa en los primeros días. Es especialmente evidente en las mujeres ejecutivas en su vida anterior o que “acostumbraban a llevar los pantalones”. Se sienten incapaces de la más simple decisión mientras no se lo indique. La mejor medida de su reestructuración es que vuelvan a ser mandonas y ejecutivas.

La ansiedad es también una reacción frecuente y suele acompañarse de depresión, reacción esta última que acompaña al individuo por largo tiempo Desde la TRE el énfasis ha recaído en el rol de determinadas categorías de creencias irracionales en la sintomatología depresiva y diversos estudios han encontrado evidencia acerca de tal influencia.

Mc Lennan (1987) y Cash (1984) encontraron “que varias de las subescalas del test de creencias irracionales se asociaban a los síntomas depresivos”.

Con una muestra de adolescentes, Marcotte (1996) “también encontró una asociación entre irracionalidad y depresión. En su estudio, los adolescentes depresivos se caracterizaban por una mayor puntuación global en irracionalidad”.

Después de un exhaustivo estudio se demostró la asociación entre creencias irracionales y síntomas depresivos. Los análisis mostraron que tres tipos de creencias irracionales tenían efectos significativos: necesidad de aprobación, indefensión ante el cambio y perfeccionismo.

La influencia de la necesidad de aprobación es coherente con la falta de autoestima y de confianza en uno mismo que caracteriza a la persona depresiva.

“El efecto de la indefensión ante el cambio en los síntomas depresivos ha sido teorizado en el modelo de Seligman” (Seligman, 1979). Esta creencia esta muy relacionada con el concepto de locus de control, es decir, con la creencia por parte de una persona de que puede hacer muy poco por si misma para cambiar las circunstancias e influir en los acontecimientos de su vida, El tercer tipo de creencia irracional para el que se ha encontrado una asociación significativa esta muy ligada al anterior: el perfeccionismo. En este caso, el coeficiente estructural obtenido es de signo negativo por lo que puede interpretarse que las personas con mayor sintomatología depresiva se caracterizan por creer que no existen soluciones buenas ni ideales para los problemas de la vida. “Una vez mas por tanto, nos encontramos con cierta tendencia a la indefensión y a la pasividad que evidencian una forma negativa de percibirse a uno mismo, al mundo y al futuro” (Cardeñoso & Calvete, 1999).

La conducta familiar puede estar profundamente alterada si el paciente constituye su pivote material o espiritual. Cuando la evolución Terminal del paciente ocurre en su domicilio, las medidas a tomar son especialmente importantes y el médico deberá controlar

sus propias opiniones sobre la enfermedad general, sobre la vida y la muerte, así como también respecto a la filosofía de la función del médico.

Existe una sensación de culpa por parte del médico porque considera estar haciendo un tratamiento inadecuado, agregado a ello su malestar por cierta identificación con el problema del paciente y disgusto por estar obligado a usar pretextos permanentes. Por todo ello es común su rechazo hacia el paciente.

Al hablar de miedo no solo nos quedaremos con el miedo del médico hacia el paciente y su enfermedad, porque también está el miedo del paciente hacia su enfermedad que es aún más significativo en este caso.

Todos los estudios psicológicos destacan un hecho común en los pacientes con cáncer y en especial los que concurren tarde a la consulta: reacciones o sentimientos de culpabilidad o complejos de culpa o como se quiera llamarlos. Los pacientes muestran la necesidad de encontrar una causa a su enfermedad actual, en la mayoría de los casos culpándose a si mismos y, en ciertos otros y a través de una compleja fantasía, concluyen en la culpabilidad del medico. Teniendo como frase habitual “yo siempre fui muy sano” esconden con frecuencia profundos sentimientos de culpa, ya sean verdaderos o no, traumatizando psíquica y orgánicamente al enfermo. Estos sentimientos de culpa se manifiestan en un principio como la necesidad de encontrar la causa en si mismos y a veces, en muy pocas ocasiones, en los demás. Con gran frecuencia, se expresan siempre en primera persona: “yo no tengo tiempo”, “estoy muy ocupado”, “no puedo dejar mi trabajo”. Suelen también expresarse como el sentimiento de un castigo divino y es evidente aun en aquellos que dicen no ser religiosos. En este caso cambian la palabra Dios por providencias, destino, suerte. Cuando la persona vivencia encontrarse bajo una crisis existencial, como sería el creer amenazada su salud, y por tanto, sentirse insegura ante el futuro, es el momento en

que se observan, sobre todo, cambios abruptos en sus actitudes, al concurrir en ellas preferentemente las creencias experienciales con respecto a las racionales, buscando con ello, encontrar el apoyo psicológico y social que le son necesarios, ocurriendo otro tanto, cuando convive bajo presiones sociales, que desequilibran su capacidad de adaptación al medio y que le hacen entonces retomar antiguos hábitos o creencias ya olvidados, exagerar los existentes o comenzar a incursionar en ellos, por imitación o sugerencia casi siempre de otros, con los que se identifica.

“Las creencias religiosas son las más recurrentes ante las situaciones de crisis” (Ramírez, 1997) y por ello se observa desde las últimas décadas del pasado siglo XX, en las que se ha desatado el peligro de la globalización y de sus consecuencias, así como de todo un sinfín de descalabros en la paz y en las economías de los países, un incremento en el número de personas que se inician en las diversas religiones o que asisten a sus rituales, gran número de ellas, sin conocer mucho acerca de sus premisas ni de las diferencias entre éstas; manteniendo una conducta heterodoxa y circunstancial.

La importancia de considerar estos sentimientos de culpabilidad reside en que influye en tres formas posibles en la conducta del paciente: 1) Provoca una negación de los síntomas y lleva al retraso en el diagnóstico y tratamiento, 2) Estimula actitudes de inferioridad, dependencia y sentimientos de rechazo o repudio, 3) Inhibe a los pacientes para reestructurar sus esquemas corporales y sociales e impide la comunicación y la readaptación social.

Así mismo estas condiciones son factores precipitantes que conducen a que en el individuo aparezcan ideas poco racionales y fantasiosas que emocionalmente perturban al sujeto afectado, y esto conlleva a un estancamiento o retroceso de éste en el desarrollo de la enfermedad. En este sentido hacemos referencia a la formación de creencias irracionales,

propuestas Albert Ellis en su aproximación a una teoría de la terapia conductual racional emotiva.

5.2 Creencias Irracionales.

Las creencias irracionales se sustentan desde la teoría de la terapia racional emotiva planteada por Albert Ellis. Los primeros comienzos de la terapia racional-emotiva (RET) pueden encontrarse en la vida personal de Ellis siendo niño y adolescente en los años 20 y 30, cuando comenzó a enfrentarse con graves problemas físicos (nefritis aguda) y problemas de personalidad (timidez general y temor a hablar en público y especialmente a encontrarse con mujeres). A pesar de que, por esta época, no tenía ninguna intención de convertirse en psicólogo o psicoterapeuta, Ellis llegó a estar vitalmente interesado en la filosofía de la felicidad y absorbió en ciertos libros y artículos de filosofía y psicología (además de otros campos relacionados, especialmente los escritos de Epiceto, Marco Aurelio, Ralph Waldo F. Merson. Emile Coué, John Dewey, Sigmund Freud, Bertrand Russell y John H. Watson). Comenzó a trabajar denodadamente sobre sí mismo para superar lo que concebía como problemas emocionales no deseados, “A partir de los 19 años (en 1932), adoptó un acercamiento cognitivo-conductual para la superación de sus dificultades para hablar en público y de ansiedad social” (Ellis, 1972). En 1939, Ellis comenzó a investigar sobre los problemas del sexo, el amor, el matrimonio y la familia, principalmente porque estaba interesado en escribir sobre estas materias, y accidentalmente descubrió que podía aconsejar de manera efectiva a sus amigos y pacientes que en relación a estos campos se hallaban ansiosos y deprimidos. Consecuentemente recibió en 1943 el Master en psicología clínica de la Universidad de Columbia y su Doctorado (Ph.D) en 1947; y comenzó a practicar en 1948 de manera formal la psicoterapia y la terapia sexual y marital.

En un principio, “la terapia racional-emotiva fue llamada terapia racional (RT) por que Ellis enfatizo sus aspectos cognitivos y filosóficos, pretendiendo diferenciarlos claramente de otras terapias de los 50” (Ellis 1958). “Pero mucha gente, identificó equivocadamente RT con el racionalismo del siglo XVIII (al cual era opuesto). Siempre tuvo comportamientos evocativos-emotivos y conductuales muy fuertes y desde el comienzo impulso las tareas terapéuticas para casa, orientadas a la actividad, la desensibilización “in vivo”, y el entrenamiento en competencias” (Ellis 1956 b, 1962). Era muy confrontativo, a diferencia del análisis clásico y de la terapia centrada en el cliente de Roger. Así Ellis, en colaboración con su primer asociado en esta nueva modalidad de tratamiento, el Dr. Robert E. Harper, decidió a comienzos de los 60 cambiar el nombre por el de terapia racional-emotiva (RET).

Desde sus comienzos la RET fue altamente filosófica y dada a emplear la discusión, dado que Ellis tomó desde los 16 años como su interés y hobby principal la búsqueda de la filosofía toda vez que defendía que si las personas adquirieran una sana filosofía de la vida sería raro que se encontrasen emocionalmente perturbados.

“La RET es más conocida por su famosa teoría del ABCDE del pensamiento irracional y perturbaciones emocionales” (Ellis. 1984), “Esta teoría de la personalidad y del cambio de personalidad acepta la importancia de las emociones y conductas pero pone un énfasis especial en el rol que juegan las cogniciones en los problemas humanos, en donde A significa el acontecimiento activador de las experiencias tales como problemas familiares, insatisfacción laboral, traumas infantiles tempranos y todo aquello que podamos enmarcar como producto de infelicidad; Este Acontecimiento activador es el hecho que nos ocurre o propiciamos que nos ocurra, porque puede provenir tanto del mundo exterior como de nuestro mundo interior; puede ser algo apreciable a simple vista o algo que no tiene

concreción determinada (puede ser un accidente de carretera o una preocupación por un familiar enfermo o por algo que pueda suceder; una discusión con otra persona o un problema de relación con alguien a quien se quiere evitar) .

La B se refiere a creencias o ideas básicamente irracionales y autoacusatorias que provocan sentimientos de infelicidad actuales. Las creencias y cogniciones vienen referidas a lo que pensamos o las ideas que nos hacemos acerca del Acontecimiento Activador, de lo que nos ocurre en la realidad. Todos mantenemos ciertos pensamientos o creencias respecto a lo que nos sucede; aunque a veces, los pensamientos son "automáticos", ya que se cruzan por la mente como un "rayo", sin que seamos suficientemente conscientes de ellos. Por ello, muchas veces tendemos a considerar que los hechos (acontecimientos activadores) nos "provocan" sentimientos o comportamientos determinados.

Las creencias pueden ser racionales o irracionales. Las primeras nos ayudan a sentirnos bien o conformes con nosotros mismos, aunque sean emociones negativas (como una tristeza por una pérdida). Las creencias irracionales suelen ser poco lógicas, no basadas en la evidencia y de tendencias extremistas, exageradas o excesivamente exigentes para con nosotros mismos o con los demás, lo que nos puede provocar tantos sentimientos inapropiados (depresión, excesiva culpabilidad, ansiedad, ira etc.) como conductas autodestructivas (adicciones, violencia, suicidio etc.)

La C corresponde a las consecuencias o aquellos síntomas neuróticos y emociones negativas tales como el pánico y la rabia que surgen a partir de nuestras creencias, Ya consideradas, de alguna manera anteriormente, son las respuestas que damos a los Acontecimientos activadores. Normalmente tendemos a pensar que éstos provocan directamente las emociones y conductas. Si así fuera, todos tendríamos el mismo

comportamiento ante hechos parecidos, lo que no es cierto. Ello es debido a que está mediatizado por B, las creencias y cogniciones.

El cambio emocional y conductual, viene en gran medida, determinado por el cambio en nuestra forma de pensar o cómo interpretamos los Acontecimientos activadores o hechos. Ante un mismo hecho (suspender un examen) se puede responder de manera diferente: Depresión, tristeza, culpabilidad, decepción, frustración, indiferencia, ira etc., de acuerdo a pensamientos racionales o irracionales que mantenemos al interpretarlo.

Ellis añade una letra D, y en este punto damos un salto cualitativo, del aspecto descriptivo (A,B,C) a la práctica terapéutica. El Debate lo realizamos para superar problemas creados a raíz de la interpretación irracional de los Acontecimientos activadores que nos ha llevado a conductas y emociones inapropiadas y autodestructivas.

Para poder debatir las creencias irracionales primero hay que tratar de llegar a ser conscientes de nuestras creencias irracionales. Identificarlas a veces, es más difícil que rebatirlas. Cuando nos ocurre un sentimiento inapropiado o nos comportamos inadecuadamente a nuestros intereses, es conveniente "rebobinar" hacia atrás y considerar qué pensamientos o creencias irracionales mantenemos respecto a los hechos.

Y por último esta una E. Este punto también entra dentro de lo que consideramos la estrategia para el cambio o la práctica terapéutica.

Si hemos efectuado correctamente la reestructuración cognitiva o cambio de creencias hacia un pensamiento más racional, los nuevos efectos emocionales y conductuales han de ser menos autodestructivos, nos ayudarán más en nuestros intereses y nos harán sentirnos mejor con nosotros mismos. No necesariamente hemos de sentirnos más felices, ya que hemos considerado que pueden existir emociones negativas, pero sí, hemos contribuido a no entrar en un círculo vicioso de problemas que crean nuevos problemas, como es el caso

de una depresión severa o dificultades de adaptación al sentir fuerte ansiedad ante situaciones sociales”. (Ellis, Grieger, Russell & colaboradores, 1981).

De este modo las creencias pueden contemplarse como una construcción hipotética muy amplia que abarca al menos tres subclases distintas del fenómeno cognitivo: (1) los pensamientos creados por el sujeto y de los que es consciente en un momento determinado; (2) Los pensamientos de los que el sujeto no tiene una conciencia inmediata; y (3) creencias más abstractas que el individuo puede mantener en general, las creencias abstractas pueden diferenciarse en base a si reflejan cualidades absolutas o imperativas (irracionales) o cualidades relativistas y condicionales (racionales), las creencias irracionales que las persona, tienden a mantener pueden agruparse en 3 fundamentos, cada uno con muchas derivaciones: (a) «debo hacerlo bien y ganar reconocimiento, o de lo contrario seré inútil», (b) «Los demás deben tratarme con consideración y amabilidad exactamente de la manera que deseo que me traten; si no lo hacen la sociedad y el universo entero debe condenar, castigar y maldecirles severamente por su falta de consideración», (c) «las condiciones bajo las que me desenvuelvo deben estar de tal manera arregladas que yo pueda tener todo lo que desee, confortable, rápida y fácilmente, sin hacer prácticamente nada que no desee».

Hay cuatro modos comunes de pensamiento auto-derrotista que se derivan de estas creencias irracionales y conducen a perturbaciones psicológicas dentro de las cuales se encuentran el *dramatizar* (“Es tremendo o *terrible*, o es *horrible* que no esté haciendo lo que debo); el «es *que no puedo soportarlo* («y *no lo puedo soportar*; *no puedo*, resistir las cosas que me están ocurriendo ¡que no deberían ocurrir!»); inutilidad (-Soy una persona que no vale nada si no puedo hacerlo bien y ganar todo el reconocimiento que *debo*»); y la totalidad o sobre generalización ilusoria («¡Porque he fracasado en esta importante tarea, que no *debía*, siempre fracasare y nunca tendré éxito!; En este sentido se

puede decir que las creencias irracionales pueden distinguirse de las expectativas, inferencias y conclusiones, en tanto estas últimas pueden considerarse *asunciones* sobre la realidad de las que puede probarse su verdad o mentira, mientras que las creencias se juzgan como irracionales cuando expresan demandas incondicionales y absolutistas que no ayudan al individuo a ser feliz y a lograr sus metas.

En definitiva la terapia racional emotiva de Ellis no presenta un pensamiento elaborado sobre la adquisición de los trastornos. “Lo que si hay son derivaciones de la hipótesis de Ellis de que los humanos tenemos una tendencia biológica distintiva a pensar y a actuar irracionalmente, sin quitarle cierto papel a la educación en la adquisición de los trastornos: los humanos no nos trastornamos solo por nuestras experiencias, llevamos dentro nuestra habilidad para trastornarnos y esta se muestra en nuestras experiencias”. (Verástegui & Sergio, 2004).

En la actualidad existen 13 creencias irracionales universales planteadas por Albert Ellis (1976), “que inciden en la perturbación emocional de un individuo, estas son las siguientes:

1. Necesidad de aprobación: "Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad". El individuo presenta conductas sumisas, es decir que necesita ser aceptado por todas las personas con las que se relaciona. Es irracional por que el exigir ser aprobado por todos es una meta inalcanzable. Si se necesita de forma extrema la aprobación siempre se generará una preocupación por el cuánto le aceptarán a uno. Es imposible que uno sea siempre simpático o agradable cara a los demás. Aunque uno pudiera alcanzar la aprobación de los demás, eso exigirá una enorme cantidad de esfuerzo y energía. El intentar ser aprobado por los demás generaría un servilismo donde se tendría que abandonar las propias necesidades. La incertidumbre de no conseguir la aprobación de los demás generaría un comportamiento

inseguro y molesto perdiéndose con ello el interés de los demás. El individuo no debería intentar erradicar todos sus deseos de aprobación, sino las necesidades excesivas de aprobación o amor. El individuo debería buscar más la aprobación por sus hechos, actividades y comportamientos que "por sí mismo". El no ser considerado por los demás es algo frustrante pero no horroroso o catastrófico. El individuo debería preguntarse: "¿Qué quiero hacer en el curso de mi relativamente corta vida?, más que ¿Qué creo que les gustaría a los demás que hiciera? Para conseguir el amor de los demás, una de las mejores formas es darlo.

2. Autoexigencia: "Para considerarse uno mismo valioso debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles". El individuo tiene la idea que siempre debe estar por encima de otros, evita realizar ciertos actos susceptibles de fracaso y se centra en actividades en las que se siente seguro exitoso de conseguir la aprobación ajena, así como también la búsqueda de una solución perfecta a sus problemas. Es irracional ya que ningún ser humano puede ser totalmente competente en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos. Intentar tener éxito está bien, pero el exigirse que se debe tener éxito es la mejor manera de hacerse sentir incompetente e incapaz. Forzarse más de la cuenta acarrea estrés y enfermedades psicosomáticas. El individuo que lucha por el éxito total está en continua comparación con otros ante los que se siente invariablemente inferior. El ambicionar el éxito conlleva el querer ser superior a los demás, con lo que invariablemente se entra en conflicto con los otros. El buscar el éxito distrae al individuo de su auténtico objetivo de ser más feliz en la vida. La preocupación por el éxito acarrea el miedo al fracaso y a cometer errores, con lo que es fácil generar un disgusto por el trabajo y una tendencia al fracaso real en éste. El individuo debe actuar más que actuar bien. Se debe concentrar más en el disfrutar del proceso más que del resultado.

Cuando intenta actuar bien es más para su propia satisfacción que para agradar o ser mejor que los demás. Debe cuestionarse con frecuencia si está luchando por alcanzar un objetivo en sí, o por un objetivo para su propia satisfacción. En la lucha por alcanzar sus objetivos el individuo debe aceptar sus propios errores y confusiones en vez de horrorizarse por ellos. Se debe aceptar la necesidad de practicar y practicar las cosas antes de conseguir el éxito. Se debe forzar a hacer de vez en cuando aquello en lo que se teme fracasar, aceptando el hecho que los seres humanos no somos perfectos.

3. Culpar a otros: Señalamiento específico a las personas y justifica sus actos a partir de los actos de otros. "Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad". Las personas somos seres limitados que la mayoría de las veces actuamos de manera automática e inconsciente sin una "maldad consciente". El individuo que actúa mal en la mayoría de los casos, es una persona ignorante o perturbada que no es conciente de las consecuencias de sus comportamientos para los demás y para si misma. El castigar o culpabilizar severamente al que comete errores normalmente le conduce a seguir cometiéndolos. Por el contrario, una actitud más tolerante y racional a la hora de considerar sus errores le favorece más el cambio positivo. El culpabilizarse uno y generar depresión, angustia o ansiedad, así como el culpabilizar a los demás generando rabia y hostilidad, no conduce a otra cosa que al conflicto personal o social. No se debe criticar o culpar a los otros por sus fallos, sino comprender que éstos son cometidos por simpleza, ignorancia o perturbación emocional. Cuando alguien le culpabilice a uno, deberá preguntarse si realmente uno lo hizo mal e intentar mejorar su conducta, pero si no lo ha hecho, comprender que la crítica de los demás es un problema de ellos, por algún tipo de defensa o perturbación. Es positivo comprender por qué la gente actúa como lo hace desde su punto de vista, y si hay una manera calmada de hacerle

entender sus errores, practicarla. Si no es posible habrá que decirse "esto es malo, pero no necesariamente catastrófico". Deberá intentar comprender que tus propios errores como los de los demás son el resultado de la ignorancia o de la perturbación emocional.

4. Reacción a la frustración: "Es terrible que las cosas no salgan como a uno le gustaría". En esta idea se percibe como una catástrofe la frustración, por lo cual no se buscan estrategias de solución y por el contrario se reacciona desfalleciendo ante los problemas. De nuevo tenemos que procurar situar las cosas en su justa medida, el mundo, la vida, es como es, y no pueden ser cambiados. A lo largo de la existencia hay que encontrarse con problemas y contratiempos: Enfermedades, frustraciones, fracasos, etc. Pero un problema no es una catástrofe, sino más bien una situación habitual, normal, por la que todo el mundo ha de pasar alguna que otra vez sin necesidad de desmoronarse forzosamente. Las condiciones de esta vida, las cláusulas del contrato que implícitamente rigen la existencia, implican el sufrimiento en carne propia de enfermedades, dolor, angustia y muerte; realidades francamente desagradables, difíciles, calificables de "horrorosas" o "terribles".

5. Irresponsabilidad emocional: Hace referencia a la idea de que el individuo no es responsable de sus actos y sus vidas, y de igual manera no es capaz de aceptar pérdidas. "La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca o ninguna capacidad, de controlar sus penas y perturbaciones". Los ataques verbales de los demás nos afectarán sólo en la medida en que con nuestras valoraciones e interpretaciones le hagamos caso. La expresión "me duele que mi pareja no me haga caso" esta mal dicha, ya que lo que me duele es que yo me lo diga dándole una valor de terrible o insoportable. Aunque la mayoría de la gente pueda creer que las emociones negativas no se pueden cambiar y simplemente hay que sufrirlas, la experiencia demuestra que es factible el poderlas cambiar. Un

individuo, cuando experimente una emoción dolorosa, debe reconocer que es él el creador de dicha emoción, y que como la origina, también puede erradicarla. Cuando un individuo observa de forma objetiva sus emociones dolorosas descubre los pensamientos y frases ilógicas que están asociados con esa emoción. Y cuando es capaz de cambiar sus propias verbalizaciones de forma radical, podrá transformar las emociones autodestructivas.

6. Ansiedad por preocupación: Todo tiene que llenarnos de preocupación. "Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen". No hay razón para pensar que las cosas deberían ser diferentes a lo que realmente son, independiente de que nos agrade o no. El estar abatidos por las circunstancias no nos ayudará a mejorarlas y sí es posible que de esta forma las empeoremos. Cuando las cosas no nos salen está bien luchar por cambiarlas, pero cuando esto es imposible, lo más sano es aceptar las cosas como son. Aunque nos veamos frustrados o privados de algo que deseamos, el sentirnos muy desdichados es sólo consecuencia de considerar erróneamente nuestro deseo como una necesidad fundamental. Se debe discernir si las circunstancias son realmente negativas, o si estamos exagerando sus características frustrantes. El sentido catastrófico se lo damos a veces con nuestras propias expresiones: "Es terrible", "Dios mío", "No puedo soportarlo". Hemos de aprender a cambiar estas expresiones por otras más racionales y realistas: "Son negativas pero no catastróficas", "Estoy convencido de que puedo soportarlo". Hemos de intentar tomar las situaciones difíciles como un desafío del que hemos de aprender.

7. Evitación al problema: Al tener una posibilidad de tener un conflicto con alguien, el individuo no es capaz de hacerle frente a las situaciones que debe responder. "Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida". Aunque a veces resulta cómodo abandonar determinadas actividades por considerarlas desagradables, esto

trae grandes consecuencias negativas, como por ejemplo el dejar de estudiar, de trabajar o de realizar cualquier actividad que requiere esfuerzo físico o psíquico. El proceso de tomar la decisión de no hacer algo que se considera difícil pero provechoso, habitualmente es largo y tortuoso y suele conllevar más sufrimiento que el hacer la actividad desagradable. La confianza en uno mismo sólo proviene de hacer actividades y no evitarlas. Si se evitan, la existencia se hará más fácil pero a la vez aumentará el grado de inseguridad y desconfianza personal. Aunque mucha gente supone que una vida fácil, evasiva y sin responsabilidades es algo apetecible, la experiencia demuestra que la felicidad del ser humano es mayor cuando está comprometido en un objetivo difícil y a largo plazo. Un individuo racional deberá esforzarse en realizar las cosas desagradables que sea necesario hacer y terminarlas lo más pronto posible. No debemos suponer que detrás de cada evasión de nuestros problemas existe una actitud indolente "por naturaleza", sino suponer que ésta es el resultado de creencias irracionales que debemos descubrir y cambiar. No deberá imponerse una autodisciplina rígida ni exagerada pero sí planificar las actividades y objetivos de un modo razonable, estableciendo metas a corto, medio y largo plazo. Un individuo racional acepta la vida con lo que ésta conlleva de dificultades, el descansar o evitar los problemas sólo sirve para agradarlos.

8. Dependencia: La idea de ser pobres, incapaces que no sabemos realizar las cosas por si solas sino que necesitamos la ayuda de otros para salir adelante. "Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar". Aunque en normal el tener un cierto grado de dependencia de los demás, no hemos de llegar al punto de que los demás elijan o piensen por nosotros. Cuanto más se depende de los demás, menos se elige por uno mismo y más se actúa por los demás con lo que se pierde la posibilidad de ser uno mismo. Cuanto más se dejan las decisiones en los demás, menos oportunidad tiene uno de aprender.

Por lo que actuando así se genera más dependencia, inseguridad y pérdida de autoestima. Cuando se depende de los demás se queda uno a merced de ellos, y esto implica que la vida toma un cariz incontrolable ya que los demás pueden desaparecer o morir. Aceptar el hecho de que uno está solo en el mundo, y que no es tan terrible apoyarse en uno mismo y tomar decisiones. Comprender que no es terrible el fracaso en la consecución de los objetivos, y que los fracasos no tienen que ver con la valía como ser humano. Es preferible arriesgarse y cometer errores por elección propia que vender el alma por una ayuda innecesaria de los demás. No debe, de forma rebelde o defensiva, rechazar cualquier ayuda de los demás, para probar lo "fuerte" que es. Es positivo aceptar la ayuda de los demás cuando es necesaria.

9. Influencia del pasado: Todo lo que a mi me sucedió me va a marcar para toda la vida. "La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente". Aunque una persona haya tenido que sufrir los excesos y condicionamientos de otros, por ejemplo ser excesivamente complaciente con los padres, eso no quiere decir, que por ejemplo 20 años después haya que seguir siéndolo. Cuanto mas influenciado se está por el pasado, más se utilizan soluciones a los problemas que fueron utilizadas entonces pero que hoy pueden ser ineficaces y por tanto se pierde la oportunidad de encontrar otras actuales y más útiles. El pasado se puede utilizar de excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente y de esa manera no realizar el esfuerzo personal requerido. Se exagera la importancia del pasado cuando en vez de decir "por mi pasado me resulta difícil cambiar", se dice "por mi pasado me resulta imposible cambiar". Un individuo racional acepta el hecho de que el pasado es importante y sabe de la influencia de éste en el presente, pero sabe a la vez que su presente es el pasado del mañana y que esforzándose en transformarlo, puede conseguir que su mañana sea diferente, y presumiblemente más satisfactorio. En

lugar de realizar los mismos comportamientos del pasado de forma automática, deberá parar y desafiar esos comportamientos tanto verbal como activamente. En vez de rebelarse con rencor contra todas y la mayoría de las influencias pasadas, debe valorar, cuestionar, desafiar y rebelarse sólo con aquellas ideas adquiridas que son claramente perjudiciales.

10. Perfeccionismo: “Existe una forma correcta de hacer las cosas, lo cual quiere decir que hay soluciones perfectas para todas las situaciones”.

La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y que si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe. No existe ni seguridad, ni perfección ni verdad absoluta en el mundo. La búsqueda de seguridad sólo genera ansiedad y expectativas falsas. Los desastres que la gente imagina que le sobrevendrán si es que no consiguen una solución correcta a sus problemas, no tienen una existencia objetiva sino que son desastres creados en su mente, que en la medida en que se los crean le ocurrirá algo catastrófico (como un intenso estado de pánico o desesperanza). El perfeccionismo induce a resolver los problemas de forma mucho menos "perfecta" que si no se fuera perfeccionista. Un individuo racional no comete la estupidez de decirse que se debe conocer la realidad totalmente, o tiene que controlarla, o deben existir soluciones perfectas a todos los problemas. Cuando se enfrenta a un problema, un individuo racional pensará en varias soluciones posibles a elegir, y elegirá la más factible y no la "perfecta", sabiendo que todo tiene sus ventajas e inconvenientes. Deberá buscar entre las opciones extremas (blanco o negro) los puntos intermedios y moderados (grises). Debe saber que errar es de humanos, pero que sus actos no tienen nada que ver con su valor como ser humano. Sabiendo que sólo aprendemos de realizar intentos y equivocaciones, deberá experimentar una y otra vez hasta dar solución a sus problemas.

11. Territorialidad: La idea de tener un mundo cerrado en el que nadie pueda hacer parte de él. “Existe un espacio privado, inviolable, por lo tanto cualquier intento de ser bordado debe ser percibido como amenazante”. La creencia de que existe un territorio propio, privativo e inviolable, que debe ser respetado por todas las personas y que si alguien intentara traspasar ese límite de reserva personal deberá sentirse terriblemente vulnerable, ansioso y amenazado por la violación de su intimidad.

12. Necesidad de control: “Para realizar cualquier acción o emprender cualquier meta debo conocer absolutamente todos los pormenores de la Situación”. Para realizar cualquier acción o emprender cualquier meta se debe conocer absolutamente todos los pormenores de la situación. Este idea vislumbra la forma como los individuos afrontan las situaciones por medio de la manipulación”.

13. Normatividad: “Las normas, reglas, criterios de convivencia son planteadas por el consenso sociocultural y deben ser respetadas como tal”. La creencia del contexto social, cultural explica sobre lo que está malo está bien, lo cual quiere decir que las personas poseen criterios que se convierten en irrefutables al regir la vida de los mismo, esto las lleva en algunos casos a sacrificar sus valores o principios individuales con tal de reafirmar su punto de vista, estas ideas irracionales y las consecuencias que de ellas derivan, es el origen básico de la mayoría de las perturbaciones emocionales. (Rizo 1998. 123).

Se puede decir que muchas de las personas con cáncer presentan ideas irracionales que perturban emocionalmente y que de una u otra manera interfieren para que perduran los problemas relacionados a la enfermedad. Dentro de éstas se encuentran: La idea de que es más fácil eludir que enfrentar las dificultades de la vida y las responsabilidades personales; La idea de que si algo nos afecta considerablemente, permanecerá haciéndolo durante toda nuestras vida; La idea de que la felicidad humana puede lograrse a través de la inercia y la

inactividad; La idea de que no tenemos control sobre nuestras emociones y que no podemos evitar sentirnos alterados con respecto a las cosas de la vida.

De igual forma una de las ideas más básicas en la RET es que las creencias racionales (las cuales son expresadas generalmente como preferencias) conducen a respuestas emocionales apropiadas y a conductas adaptativas, mientras que las creencias irracionales (las cuales, normalmente, se expresan como demandas absolutistas y afirmaciones excesivamente evaluativas) conducen a formas disfuncionales e inadecuadas de sentir y actuar (Ellis, 1962).

Toda creencia irracional que opere en el trastorno individual, puede jugar un papel dentro de los problemas del trastorno en las relaciones; No obstante, ciertas categorías de creencias irracionales parecen ser particularmente relevantes en las dificultades de las relaciones. Estas incluyen: (1) Necesidades apremiantes de amor y aprobación; (2) Exigencias de perfeccionismo de uno mismo, y de los demás en general; (3) Una filosofía de culpabilidad y castigo; (4) Creencias de que la frustración y/o el malestar son catastróficas; Y (5) creencias de que las emociones son causadas externamente y por lo tanto incontrolables (Ellis y Harper, 1961).

De igual manera, las necesidades extremas de amor y aprobación pueden reflejar creencias de que el individuo y/o su cónyuge, y/o las relaciones en general carecen de valor, a menos que se proporcione amor y aprobación. “La ansiedad por el malestar o una baja tolerancia a la frustración como es llamada en la RET” (Ellis. 1980a), acompaña con frecuencia a otras creencias irracionales que los demás puedan tener, intensificando el problema de trastorno; O, si uno o mas miembros piensan en términos catastróficos acerca del malestar o que la satisfacción no es perfecta, la baja tolerancia a la frustración (BTF) puede transformar un problema de insatisfacción en un problema de trastorno en una creencia de que las emociones son causadas externamente y por tanto, incontrolables. Es particularmente

penetrante en los problemas de relación y con frecuencia precede o acompaña las creencias irracionales en las otras categorías mencionadas anteriormente.

Otorgar la información adecuada a la pareja es imprescindible para una buena comunicación y favorece un mejor afrontamiento de los problemas emocionales y psicosociales que ocasiona el cáncer. “Dependiendo de la vida de pareja o de la retroalimentación postoperatoria, que ejerza el compañero, como por ejemplo la pérdida del útero o de la mama producirá más o menos alteraciones en la regulación narcisista de la autovaloración y autoestima” (Poettgen, 1993). Varios autores concuerdan en que la calidad de los soportes otorgados por el marido es un importante factor crítico en el bienestar psicológico y por lo tanto, en la evolución de la recuperación.

Menos estudiado que la paciente y sin embargo con hallazgos sorprendentes, es el efecto del curso del cáncer de mama en la pareja de la paciente. Northouse (1987), “encontró niveles significativamente similares de síntomas de estrés, ánimo y en medidas de ajuste en ambos esposos en lapso inmediato después de la cirugía (tres días y un mes después). Ambos, pacientes y esposos, reportan niveles de estrés significativamente superiores a la población normal. Las pacientes y sus esposos sólo difirieron en la medida de ajuste a sus roles psicosociales, presentando mayores problemas las pacientes. Ambos esposos mantuvieron similares niveles de estrés en los dos momentos de evaluación, y ambos mostraron dramáticos cambios en el deterioro del humor”.

Pistang (1995) “estudió el impacto de la relación con la pareja sobre la respuesta psicológica al cáncer de mama, realizó un estudio transeccional con 113 mujeres con CM, encontrando que la satisfacción con la pareja que es percibida como una relación de soporte se asocia positivamente con un buen ajuste psicológico y sugiere que una relación pobre es un factor de riesgo”. Northouse (1990), “encontró que el matrimonio bien establecido juega

un rol amortiguador. Sin embargo, al cabo de 18 meses de la cirugía se reportaron niveles moderados de estrés por el 10% de las pacientes y el 25% de los maridos”.

“El ajuste de 117 pacientes de cáncer de mama, colon y testicular y sus cónyuges fue estudiado por Baider a través de autorreporte” (Baider, 1988). Los pacientes estaban todos en remisión y al momento de la evaluación no recibían tratamiento. El ajuste de los pacientes fue generalmente bueno, sin grandes diferencias entre los distintos tipos de cáncer.

Los cónyuges reportaron muchos mas problemas de ajuste que los pacientes, con un alto acuerdo al interior de la pareja sobre éste. Los hallazgos de este estudio sugieren que el ajuste es influenciado por el género del paciente, especialmente para el cónyuge.

Turner, Wooding & Neil (1997) “tras una revisión extensa del impacto psicosocial en las relaciones maritales y familiares a través del curso del cáncer de mama, concluyen que los maridos experimentan considerable distrés psicológico cuando llegan al límite del soporte que pueden ofrecer”.

Finalmente, podemos decir que el apoyo social cuando es eficiente, tanto por parte de la pareja como de la familia, de los amigos, de las instituciones sociales, ha de encaminarse en el sentido de respetar la autonomía del paciente, su autodeterminación, su sentido de autogobierno, de productividad social y de auto eficacia en el afrontamiento del cáncer. Esto puede producirse aun en etapas avanzadas y terminal de la enfermedad. Y que dentro de la red de apoyo, la pareja juega un rol crucial en su alta capacidad de influenciar el nivel de estrés, ajuste a la enfermedad y calidad de vida de la paciente, sin embargo, a un alto costo psicológico que parece deberse al género y a la percepción de llegar al límite de la capacidad de ofrecer soporte.

“Los estudios más recientes proceden de ensayos clínicos en los que se compara los efectos de la mastectomía radical modificada con la tumorectomía y con la radioterapia, examinando la respuesta psicológica, conductual y los desenlaces de la enfermedad, Con pocas excepciones” (Kash, Holland, Harper & Millar, 1992), “se ha observado que los tratamientos menos desfigurantes son también más beneficiosos en las mujeres estudiadas en Estados Unidos, Inglaterra, Holanda y Dinamarca” (Mount, 1986, Lederberg 1989). En las enfermas sometidas a tumorectomía, estas diferencias consisten en una menor alteración de la imagen corporal y mayor sensación de comodidad al desnudarse. En suma, los datos sobre la calidad de vida, indican un mejor desenlace en los casos de tratamientos quirúrgicos menos agresivos.

El papel del hombre en los primeros momentos de la mastectomía y después, tras su recuperación, resulta fundamental. Un porcentaje muy importante de ellos no han sido capaces de ver la cicatriz del pecho de su mujer, puede existir incluso un rechazo más o menos consciente y en definitiva, una evitación. De igual forma, “la mujer adopta una protección de su cuerpo, evitando el desnudo integral y utilizando prendas que disimulen su lesión” (Flórez, 1994). En este punto, resulta especialmente importante para Flórez (1994) “la evaluación por parte de la paciente y su equipo médico y terapéutico, acerca de la necesidad de la cirugía reconstructiva. Los puntos a ser evaluados en este momento son: El nivel de reconstrucción del esquema corporal, su estado de ánimo, y la aceptación por parte de su cónyuge”.

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva, con un diseño de corte transversal. Este tipo de investigación “reseña las características de un fenómeno existente” (Hernández

Sampieri, 2004). En este sentido, se utilizó en la presente investigación con el fin de identificar, describir y establecer la variable objeto de estudio, es decir, las creencias irracionales presentes en mujeres con cáncer de mama en proceso de quimioterapia.

El diseño facilitó la recolección de la información en un momento único del tiempo, en un momento determinado, de las microvariables de estudio presentes en las mujeres participantes, lo que permitió identificar las creencias irracionales que estas han construido durante el tratamiento de la enfermedad, es decir, en el proceso de quimioterapia.

Por lo anterior, “la investigación es de corte cuantitativo, porque se recogieron y analizaron datos estadísticos” (Alvira, 2002), en torno a las creencias irracionales y cáncer de mama, tratando de describir las creencias irracionales existentes en las mujeres con cáncer de mama, de la Clínica Hemato - oncológico CEMED Magdalena, en la ciudad de Santa Marta.

Esta investigación tiene una fundamentación epistemológica empírico analítica, ya que realizó un análisis cualitativo de los datos cuantitativos o porcentuales obtenidos acerca de la presencia de pensamientos y/ o deducciones poco lógicas y sin fundamento en la realidad, es decir, las creencias irracionales, que presentan y han construido y experimentado las mujeres con cáncer de mama de la Clínica Hemato- oncológico CEMED Magdalena. En esta medida, “el estudio se plantea desde la perspectiva de la psicología cognitiva, en particular desde la teoría de la Terapia Racional Emotiva de Ellis” (Alvira, 2002), la cual sirve como soporte para el análisis de los resultados.

6.2 Población y Muestra

6.2.1 Población

La población estuvo constituida por 22 casos de mujeres con Cáncer, atendidas durante los meses de Mayo hasta Noviembre del 2007, en la Clínica Hemato-Oncológico CEMED Magdalena, de la ciudad de Santa Marta.

Se trata de una población perteneciente a todos los estratos socioeconómicos, del Municipio de Santa Marta, capital del Departamento del Magdalena; pero, también de personas provenientes de otros Municipios del Departamento, tales como Ciénaga, Fundación, entre otros. Su nivel educativo es medio, muchas de ellas solo con estudios primarios, quienes llegan a la Clínica remitidas por las EPS Seguro Social, Salud Vida, Solsalud, Servir y de las ARS Coosalud, Mutualser, Solsalud y Salud vida.

N =22 Casos.

6.2.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 16 casos de mujeres con Cáncer de mama, diagnosticadas durante los meses de Mayo hasta Noviembre del 2007, en la Clínica Hemato-oncológico CEMED Magdalena, de la Ciudad de Santa Marta. 6 de los 22 casos encontrados no pudieron continuar el estudio por condiciones ajenas al grupo de investigación, relacionados con condiciones legales de la Clínica. Esta muestra fue seleccionada mediante la técnica de *muestreo por conveniencia no probabilística*, ya que se constituyó sólo con aquellas pacientes de la Clínica que presentaron este diagnóstico, y que además confirmaron su participación en la investigación. Estas pacientes presentaron las siguientes características, necesarias para el logro de los objetivos de la investigación:

- Pertenencia a una IPS: Pacientes afiliados a la Clínica Hemato-oncológico CEMED Magdalena, de la ciudad de Santa Marta, para lo cual se estableció un Convenio

Interinstitucional entre la Universidad del Magdalena y la Entidad, teniendo en cuenta el interés mutuo en la realización de proyectos investigativos en la Clínica que fortalecieran su razón social.

- Período de enfermedad: Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, en la Clínica Hemato-oncológico CEMED Magdalena, durante los meses de Mayo hasta Noviembre del año 2007, puesto que éste fue el tiempo estipulado para la realización de la investigación, según Convenio Interdisciplinario entre la Clínica Hemato- oncológica CEMED y la Universidad del Magdalena.

n = 16 Casos.

6.3 Variables de Estudio.

TABLA 1. Cuadro de Variables				
VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	MICROVARIABLES	INDICADORES	EVALUACION
CREENCIAS IRRACIONALES	Las creencias irracionales suelen ser pensamientos y/o deducciones poco lógicas, no basadas en la evidencia y de tendencias extremistas, exageradas o excesivamente exigentes para con nosotros mismos o con los demás, (Ellis y Dryden 1987).	1.NECESIDAD DE APROBACION. 2. AUTOEXIGENCIA. 3. IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL. 4. CULPAR A OTROS. 5. ANSIEDAD POR PREOCUPACION. 6. DEPENDENCIA. 7. EVITACION. 8. INFLUENCIA DEL PASADO. 9. TERRITORIALIDAD. 10. PERFECCIONISMO. 11. NECESIDAD DE CONTROL. 12. REACCION A LA FRUSTRACIÓN. 13. NORMATIVIDAD.	1. Demanda excesiva y extrema de amor. 2. Considerarse totalmente competente en todos los aspectos. 3. Cada persona tiene lo que se merece. 4. Las personas malas merecen ser castigados. 5. Si algo terrible va a suceder debemos inquietarnos y no dejar de pensar en ello. 6. Tenemos que depender de los demás. 7. Es más fácil evitar responsabilidades y dificultades que hacerles frente. 8. El pasado afecta el presente. 9. Espacio privado e inviolable. 10. Existe una solución perfecta. para cada uno de los problemas humanos. 11. Conocer todos los por menores de la situación. 12. Es terrible que las cosas no salgan como a uno le gustaría. 13. Respetar las normas.	IBT MODIFICADO

6.4 Técnicas e Instrumentos

Para cumplir los objetivos de la presente investigación, las autoras utilizaron el *Cuestionario IBT (Irrational Beliefs Test) de Albert Ellis*, con el fin de evaluar el número y tipo de creencias manifestadas. Este Inventario cuenta con 130 ítems que evalúan la manera cómo el sujeto crea y piensa acerca de su entorno, la felicidad, la competitividad, la tristeza,

los prejuicios, los problemas, los castigos, el apoyo a otros, etc. Los coeficientes de consistencia interna de la Prueba oscilan entre 0.45 y 0.72. La persona debe indicar el grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem en una escala de cinco puntos (1: Totalmente en desacuerdo, 2: Moderadamente en desacuerdo, 3: Ni acuerdo ni en desacuerdo, 4: Moderadamente de acuerdo, 5: Totalmente de acuerdo).

Las 13 creencias irracionales que se miden con este Inventario son:

1. Necesidad de aprobación.
2. Autoexigencia.
3. Culpar a otro.
4. Reacción a la frustración.
5. Irresponsabilidad emocional.
6. Ansiedad por preocupación.
7. Evitación de problemas.
8. Dependencia.
9. Influencia del pasado.
10. Perfeccionismo.
11. Territorialidad.
12. Necesidad de control.
13. Normatividad.

Tabla 3: Clasificación de las Creencias Irracionales.

Nº	CREENCIAS IRRACIONALES	LIMITE INFERIOR	MEDIA	LIMITE SUPERIOR
1	Necesidad de aprobación	23	30	38
2	Autoexigencia	21	30	36
3	Culpar a otros	24	30	36
4	Reacción a la frustración	25	31	38
5	Irresponsabilidad emocional	18	24	30
6	Ansiedad por preocupación	24	30	37
7	Evitación al problema	20	27	33
8	Dependencia	21	27	34
9	Influencia del pasado	14	25	31
10	Perfeccionismo	24	30	36
11	Territorialidad	25	32	38
12	Necesidad de control	27	32	37
13	Normatividad	26	30	39

Interpretación del IBT Modificado.

Después de aplicada la Prueba se realiza la sumatoria de las preguntas, teniendo en cuenta que cada respuesta vale el número que cada paciente seleccionó, excepto las preguntas que presentan asteriscos (*), ya que estas se cuentan al revés, es decir, el número de mayor valor valdrá 1 y así sucesivamente. Ejemplo: 1 2 3 4 5: Puntaje directo; 5 4 3 2 1, Puntaje inverso.

La mediana puede definir los valores que están por debajo del 50% y los valores que están por encima del 50%, porque para este caso se escogió tres clases de límites; los que están por encima del límite superior, los que están por debajo del límite superior y los que se ubican dentro de los límites de la media. Si se logra detectar que las puntuaciones obtenidas caen por encima del rango del 50% en límite superior o en el límite inferior, la prueba será muy significativa para el caso positivo o negativo, respectivamente. Así, si las puntuaciones obtenidas se ubican por encima del rango del 50%, ya sea en límite inferior o

superior, será muy significativa porque la población se estaría ubicando fuera de los límites de la media, más específicamente fuera de los límites normales, rompiendo el equilibrio del mismo.

6.5 Procedimiento

La investigación se realizó de acuerdo a las siguientes fases:

Fase 1: RECOLECCION DE DATOS. Teniendo en cuenta el tema y el problema a estudiar, se procedió a hacer una exhaustiva búsqueda bibliográfica que permitiera tener un conocimiento y una visión integral acerca de ellos. Para esto se hizo una revisión general acerca del tema y se indagó en diferentes medios que pudieran proporcionar información precisa, tales como: bases de datos, libros, profesionales expertos, Instituciones, Internet. Una vez clara la información sobre las bases conceptuales acerca del tema y del problema, se procedió a elaborar el Proyecto investigación. Esta fase del trabajo incluyó la selección de un instrumento de medición válido y confiable, el cual fue el *Cuestionario I.B.T Modificado, elaborado por Ellis, Albert; modificado por Risso, Walter*. Así mismo, con fin de hacer factible la investigación se consideró necesario establecer un Convenio Interinstitucional entre la Clínica Hemato - Oncológica CEMED y la Universidad del Magdalena (Programa de Psicología), como una condición para acceder a la información de fuente primaria (ver anexo); de esta manera se procedió a delimitar y seleccionar la población a estudiar, la cual estuvo conformada por 64 casos diagnosticados con cáncer. Luego se determinó la muestra a través del *diseño por conveniencia*, constituida por 16 casos que cumplieran con las características de la población a los cuales se les aplicó el instrumento de investigación (Ver Tabla 2).

FASE 2: PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION. Una vez recogida la información de fuente primaria se procedió a su procesamiento, lo cual se hizo mediante el Software estadístico SPSS-PC versión 13.0, que contiene estadísticas básicas, gráficos de alta resolución y un paquete completo de listado. Con el SPSS bajo Windows se elaboraron las Tablas y Gráficas correspondientes, así como el análisis de correlación con una alta confiabilidad.

FASE 3: ANALISIS DE LA INFORMACION. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva y el análisis de correlación (coeficiente de correlación de Pearson), mediante el cual se estableció la relación existente entre la presencia de ideas irracionales y el tipo de cáncer de la muestra estudiada. Una vez realizado este análisis cuantitativo se procedió a realizar una interpretación teórica y conceptual con base en los resultados obtenidos, contrastándola con los resultados obtenidos por otros autores y derivar así las conclusiones finales, dejando en claro que se cumplieron los objetivos planteados inicialmente en el Proyecto de investigación. Esta interpretación se realizó con base en la Teoría de la Terapia Racional Emotiva, que sustentan las creencias irracionales, desarrollada por el Psicólogo Albert Ellis.

FASE 4: PRESENTACION DEL INFORME. Finalmente, se redactó el Informe final de investigación siguiendo las normas APA vigentes y el Reglamento de Grado del Programa de Psicología, y se hizo entrega del documento al Comité de Grado, el cual estuvo conformado por capítulos.

6.6 Procesamiento de la Información

El procesamiento de la información se llevó a cabo utilizando el programa estadístico para ciencias sociales, SPSS-PC (versión 13.0), el cual contiene estadísticas básicas, gráficos de alta resolución y un paquete completo de listado. Este es un paquete de

programas de análisis de datos más popular y de mayor uso, sobre todo desde que surgieron las versiones para ordenadores personales. Desde su creación para grandes equipos informáticos y tarjetas perforadas, allá por los años 70, pasando por la versión SPSSX, igualmente para grandes equipos pero ya sin necesidad usar tarjetas, hasta llegar a las diferentes versiones de SPSS/PC para ordenadores personales, son muchos los cambios que el programa ha sufrido (unidos a la evolución del trabajo con los equipos informáticos), siempre mejorando tanto el acceso del usuario a las distintas técnicas de análisis de datos como a su tratamiento, en toda su variedad de exigencias: elaboración, movilidad y transporte de ficheros, presentación de resultados, intercomunicación entre ficheros de datos y cálculos, presentación de resultados en distintos formatos (numéricos, gráficos.), compatibilidad de los ficheros de salida con distintos procesadores de texto. Con el SPSS se produjo un análisis y resultados de alta calidad. La información se organizó en una base de datos. Luego, se compararon las medias y desviaciones estándar de los resultados obtenidos en relación a las creencias irracionales presentadas.

6.7 Consideraciones Éticas

La investigación fue cimentada en los principios éticos fundamentales a tener en cuenta cuando se trabaja con seres humanos, como lo son los principios de autonomía y benevolencia o no maleficencia. Se tendrán en cuenta algunas consideraciones éticas planteadas en la Ley 1090 de 2006, *por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología en Colombia* (Congreso de la Republica, 2006); sustentada en principios fundamentales como la responsabilidad, confidencialidad, bienestar, respeto y dignidad del usuario. En el proceso se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

Participación voluntaria: inicialmente, se contó con el respaldo institucional, sustentado en el convenio interinstitucional establecido entre la UNIVERSIDAD DEL

MAGDALENA y la clínica hemato – oncológica CEMED Magdalena, y oficio firmado por el actual gerente de la clínica, Doctora Jackeline Linares Vizcaíno. De otra parte, cada paciente que participó en el desarrollo de la investigación fue **informado previamente** de las condiciones bajo las que participaría así como de los alcances e implicaciones del proyecto, quedando en la completa libertad de aceptar o rechazar su participación dentro de la misma, respetando sus valores y convicciones personales. **Beneficencia – No Maleficencia:** la información suministrada por los pacientes, no fue utilizada para fines distintos a los planteados dentro de la investigación. No se permitió el acceso de terceros a información que pudiera ser utilizada en contra de los participantes o de la institución en general. Bajo ninguna circunstancia se permitió que el proceso o los resultados obtenidos perjudicaran a los pacientes, evitando la violación de cualquiera de los derechos fundamentales de los seres humanos, respetando a cada participante en su persona, bienes y honra. **Confidencialidad:** teniendo en cuenta que la investigación se desarrolló en el marco de un fenómeno de alto impacto; la información a la que se tuvo acceso durante el transcurso del proceso fue tratada bajo un alto grado de confidencialidad, así mismo, bajo ninguna circunstancia fueron revelados los nombres de los participantes.

7. RESULTADOS

Con el fin de cumplir con los objetivos específicos planteados en la presente investigación, a continuación se presentan los resultados encontrados mediante la aplicación del *Cuestionario IBT (Irrational Beliefs Test) modificado de Albert Ellis*, a 16 mujeres con cáncer de mama, las cuales según el estado de su enfermedad e intervención se presentan como diagnosticadas ó mastectomizadas. Según este Cuestionario se dice que un individuo presenta una idea irracional cuando las puntuaciones obtenidas se ubican por

encima del rango del 50%, ya sea en límite inferior o superior, la cual será muy significativa porque la población se estaría ubicando fuera de los límites de la media, más específicamente fuera de los límites normales, rompiendo el equilibrio del mismo (Ver Tabla 3).

En este capítulo se presentan en primer lugar los resultados encontrados sobre la presencia de ideas irracionales del grupo general de mujeres con cáncer de mama, según sus tres criterios: las que se encuentran en el límite inferior, medio y límite superior. En segundo lugar, se presenta la prevalencia de las ideas irracionales en el grupo general de mujeres con cáncer de mama, en sus tres criterios: límite inferior, media y límite superior. Finalmente, se presenta una comparación de los resultados relacionados con la presencia de ideas irracionales en las mujeres según el estado de su enfermedad, es decir, las diagnosticadas y las mastectomizadas.

7.1 Ideas irracionales presentes en las mujeres con cáncer de mama (general).

Tabla 4. Creencias Irracionales de Mujeres con Cáncer de Mama (General)

CREENCIAS IRRACIONALES	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR
Necesidad de aprobación	6%	25%
Autoexigencia	13%	13%
Culpar a otros	31%	6%
Reacción a la frustración	19%	13%
Irresponsabilidad emocional	13%	50%
Ansiedad por preocupación	81%	6%
Evitación al problema	0%	44%
Dependencia	0%	25%
Influencia del pasado	6%	63%
Perfeccionismo	25%	13%
Territorialidad	25%	19%
Necesidad de control	13%	44%
Normatividad	6%	19%

Fuente: Las autoras.

De acuerdo con la Tabla anterior se observa la presencia de cinco ideas irracionales presentes en el grupo general de mujeres con cáncer de mama participantes en esta investigación: ansiedad por preocupación, irresponsabilidad emocional, evitación al problema, influencia del pasado y necesidad de control.

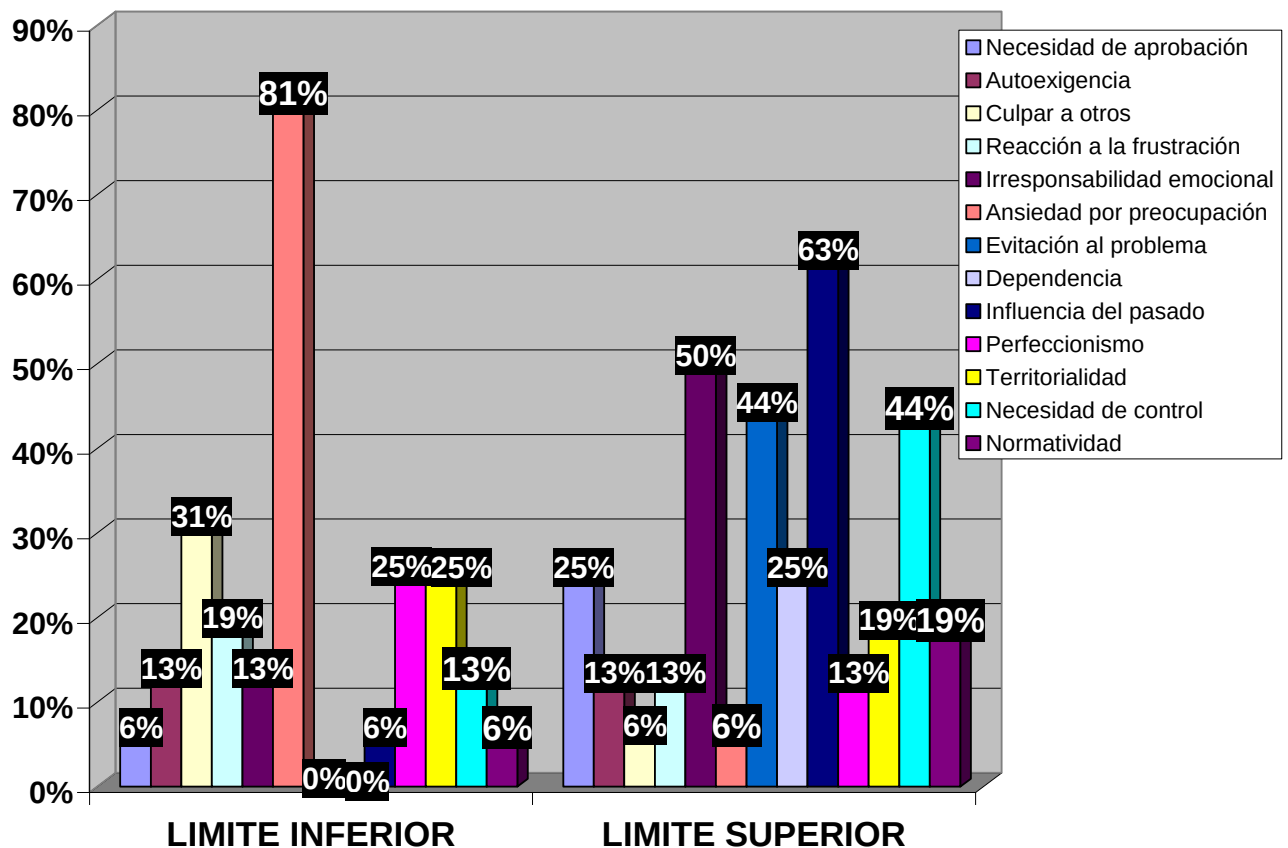


Grafico 1. Creencias irracionales de mujeres con cáncer de mama (general).

En general, son cuatro las creencias irracionales significativas encontradas que sobrepasan el límite superior establecido por la Prueba IBT: irresponsabilidad emocional (50% sobre el 30% establecido), evitación al problema (44% de 33% establecido), influencia del pasado (63% de 31% establecido), y necesidad de control (44% de 37% establecido). Por su parte, son cinco las ideas irracionales que se encuentran por debajo del límite inferior: ansiedad por preocupación (81% de 24% establecido), irresponsabilidad

emocional (13% del 18% establecido), evitación al problema (0% del 20% establecido), influencia del pasado (6% de 14% establecido), y necesidad de control (13% de 27% establecido).

7.2 Prevalencia de las creencias irracionales de las mujeres con cáncer de mama (general).

Tabla 5. Media De las mujeres con cáncer de mama (general)

CREENCIAS IRRACIONALES	MEDIA
Necesidad de aprobación	69%
Autoexigencia	75%
Culpar a otros	63%
Reacción a la frustración	69%
Irresponsabilidad emocional	38%
Ansiedad por preocupación	13%
Evitación al problema	56%
Dependencia	75%
Influencia del pasado	31%
Perfeccionismo	63%
Territorialidad	56%
Necesidad de control	44%
Normatividad	75%

Tal como puede observarse los puntajes que se ubican en la media nos indican que el 62 % de las creencias en general se mantienen sobre la media, mostrando así que existe un equilibrio entre 8 de las creencias irracionales manifestadas por las pacientes con cáncer de mama; autoexigencia en un 75%, dependencia 75%, normatividad 75% , necesidad de aprobación 69%, reacción a la frustración 69%, perfeccionismo 63%.

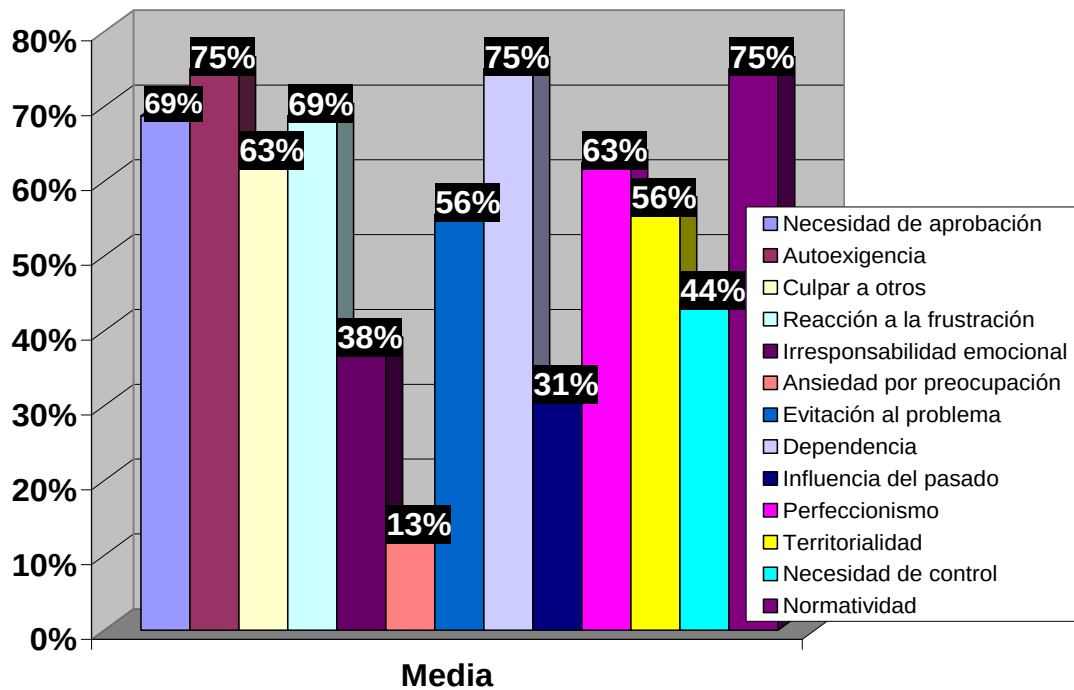


Grafico 5. Media De las mujeres con cáncer de mama (general)

Tabla 6. Prevalencia de las creencias irracionales de las mujeres con cáncer de mama (General)

CREENCIAS IRRACIONALES	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR
Irresponsabilidad emocional	13%	50%
Ansiedad por preocupación	81%	6%
Evitación al problema	0%	44%
Influencia del pasado	6%	63%
Necesidad de control	13%	44%

Fuente: Las autoras.

En cuanto a la prevalencia de las ideas irracionales en las mujeres con cáncer de mama participantes en esta investigación tenemos que en primer lugar encontramos la idea irracional de ansiedad por preocupación, manifiesta en el 81% de mujeres con cáncer de mama que la ubican por debajo del límite inferior. Otras ideas prevalentes en este grupo de mujeres con cáncer de mama son: influencia del pasado (63%), irresponsabilidad emocional (50%), evitación al problema (44%) y necesidad de control (44%).

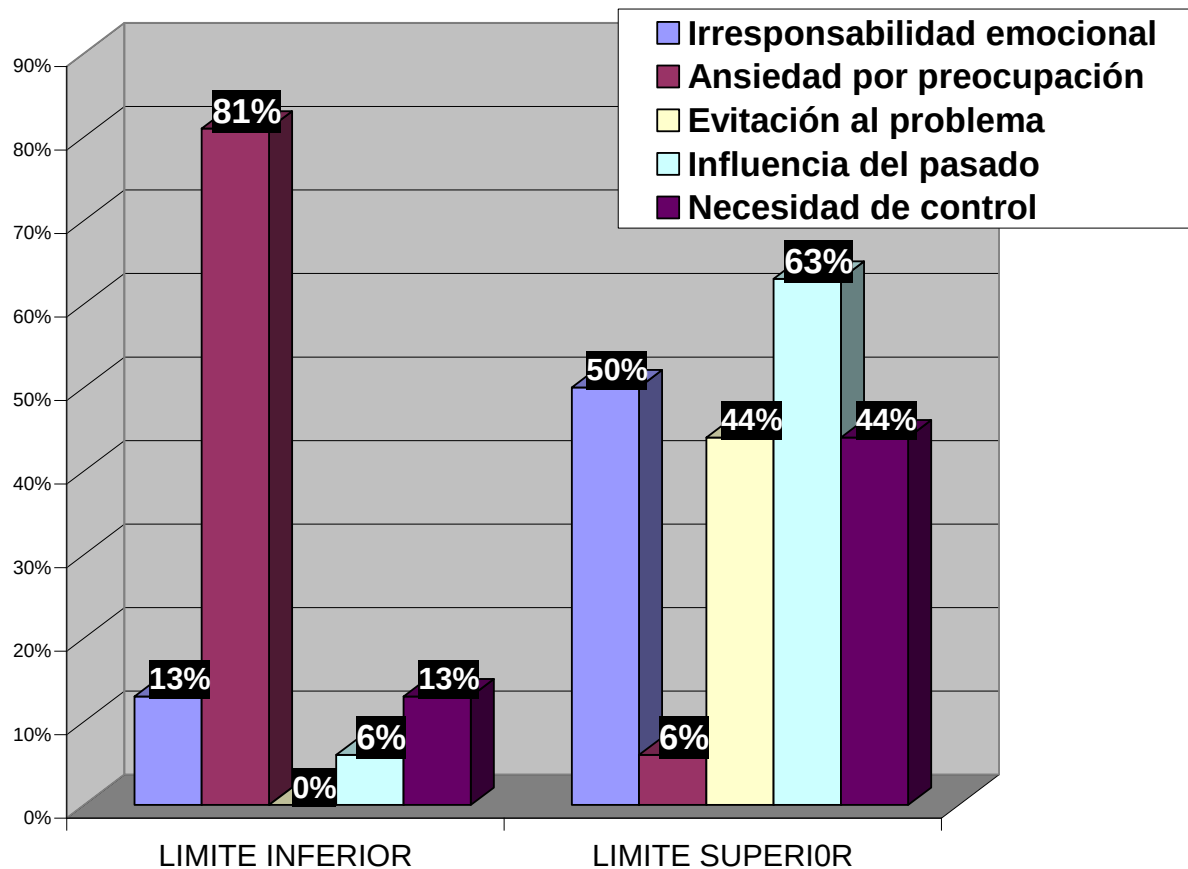


Gráfico 3. Prevalencia de las creencias irracionales de las mujeres con cáncer de mama (General)

7.3 Comparación de Creencias Irracionales entre mujeres diagnosticadas y mastectomizadas.

Tabla 6. Comparación de Creencias Irracionales entre mujeres diagnosticadas y mastectomizadas.

CREENCIAS IRRACIONALES	LIMITE INFERIOR DIAGNOSTICADAS	LIMITE SUPERIOR DIAGNOSTICADAS	LIMITE INFERIOR MASTECTOMIZADAS	LIMITE SUPERIOR MASTECTOMIZADAS
Irresponsabilidad emocional	25,%	50%	25,%	50%
Ansiedad por preocupación	87,5%	12,5%	87,5%	0%
Evitación al problema	25,%	37,5%	25,%	62,5%
Influencia del pasado	0,%	62,5%	0,%	62,5%

Fuente: Las autoras.

En cuanto a las ideas irracionales presentes según el estado de enfermedad de las pacientes, diagnosticadas o mastectomizadas, se encontraron resultados similares (Tabla 6). La ansiedad por preocupación es una de las ideas irracionales presentes en ambos grupos sobre el límite inferior (87.5%). La influencia del pasado se presenta con un 62.5% por encima del límite superior en ambos grupos. Igualmente, la irresponsabilidad emocional se presenta en el 50% sobre el límite superior en ambos grupos. Sólo se observa una diferencia respecto a la idea de evitación al problema, en donde las diagnosticadas la presentan en un 37.5% sobre el límite superior, mientras que las mastectomizadas la presentan en el 62.5% sobre el límite superior.

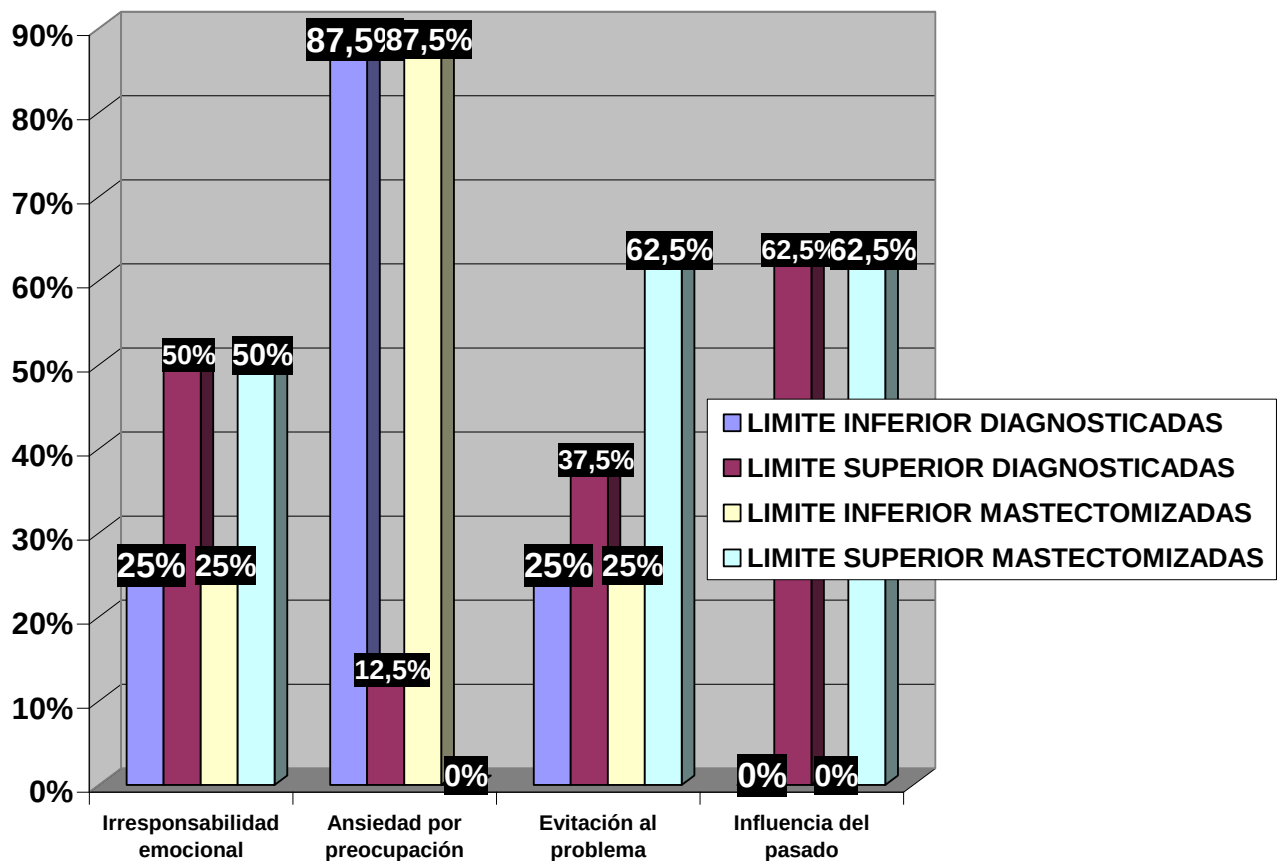


Grafico 4. Comparación de Creencias Irracionales entre mujeres diagnosticadas y mastectomizadas.

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los resultados aquí obtenidos, han permitido responder a los objetivos de la investigación, a saber, identificar la presencia de ideas irracionales en mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Santa Marta, teniendo en cuenta el estado de su enfermedad: diagnosticadas y mastectomizadas, se evidencia inicialmente que la población de mujeres con cáncer de mama en términos generales se ubican en las puntuaciones medias, señalando que en las mayorías de las creencias evaluadas no se están presentando ideas absolutistas y demandantes, por lo cual es normal que en ellas existan ideas irracionales, pero estas no inciden en la perturbación emocional, ni obstaculizan a ser feliz y a lograr sus metas a pesar de padecer dicha enfermedad.

Se encontró que hay cinco ideas irracionales presentes en ambos grupos de mujeres: irresponsabilidad emocional, ansiedad por preocupación, evitación al problema, influencia del pasado y necesidad de control.

En el caso del enfermo de cáncer dichos pensamientos irracionales le obstaculizan en: “su aceptación del diagnóstico, seguir las prescripciones médicas y participar activamente en la batalla contra la enfermedad”. (Prieto, 2004).

La ansiedad por preocupación se refiere a que si algo puede ser peligroso o temible se debería sentir terriblemente inquieto por ello y se temerá constantemente que esto ocurra. Esta creencia es significativamente alta en el límite inferior, lo cual podría demostrar que estas mujeres probablemente no se encuentren inquietas en aquellas situaciones que pueden ser peligrosas o terribles para los demás. Esto teniendo en cuenta la perspectiva que ellas tienen con su realidad, en donde pueden llegar a pensar que no existe algo más terrible para ellas después de haber sido diagnosticadas con cáncer de mama y que sólo si no cumple a cabalidad con el régimen del tratamiento se verían terriblemente perjudicadas con el avance

de su enfermedad. Además, como hemos afirmado en líneas anteriores, las mamas juegan un papel muy importante en la mujer, y debido a esto una mujer con un tumor en el pecho tienen el sentimiento traumatizante de que las bases de su femineidad están en peligro y primero cuida sus mamas, sin tomar en cuenta el peligro de su vida, desarrollando un estado de ansiedad por preocupación.

Ellis (1977), afirma que “**la irresponsabilidad emocional** hace referencia a la idea de que el individuo no es responsable de sus actos y sus vidas, y de igual manera no es capaz de aceptar pérdidas. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca o ninguna capacidad, de controlar sus penas y perturbaciones". Los ataques verbales de los demás nos afectarán sólo en la medida en que con nuestras valoraciones e interpretaciones le hagamos caso. La expresión *me duele que mi pareja no me haga caso* esta mal dicha, ya que lo que me duele es que yo me lo diga dándole un valor de terrible o insoportable. Aunque la mayoría de la gente pueda creer que las emociones negativas no se pueden cambiar y simplemente hay que sufrirlas, la experiencia demuestra que es factible el poderlas cambiar. Un individuo, cuando experimente una emoción dolorosa, debe reconocer que es él el creador de dicha emoción, y que como la origina, también puede erradicarla. Cuando un individuo observa de forma objetiva sus emociones dolorosas descubre los pensamientos y frases ilógicas que están asociados con esa emoción. Y cuando es capaz de cambiar sus propias verbalizaciones de forma radical, podrá transformar las emociones autodestructivas. Esta creencia se presenta en las mujeres con cáncer de mama, dada su naturaleza, progresión y tratamiento de la enfermedad, provoca diversas modificaciones en la vida de las pacientes, que consiste en un cambio drástico de sus vidas adaptarse a la enfermedad, aprender estilos de afrontamiento, entre otros, esta inestabilidad causa dolor, el tener que afrontar de lleno las implicaciones del hecho de que las realidades

establecidas de la propia vida diaria se vuelvan repentinamente inestables, Shuman (1999), comenta que “su vida está en completa desesperación, lo que produce el cambio en el estatus, en los planes a futuro, las consecuencias sociales, su impacto en el matrimonio, familia e hijos”.

Estos resultados concuerdan con varios autores como Northouse (1987), quien “encontró niveles significativamente similares de síntomas de estrés, ánimo y en medidas de ajuste en ambos esposos en lapso inmediato después de la cirugía (tres días y un mes después). Ambos, pacientes y esposos, reportan niveles de estrés significativamente superiores a la población normal”. Las pacientes y sus esposos sólo difirieron en la medida de ajuste a sus roles psicosociales, presentando mayores problemas las pacientes. Ambos esposos mantuvieron similares niveles de estrés en los dos momentos de evaluación, y ambos mostraron dramáticos cambios en el deterioro del humor. Igualmente, Pistang (1995) al estudiar el impacto de la relación con la pareja sobre la respuesta psicológica al cáncer de mama, de 113 mujeres con CM, encontró que “la satisfacción con la pareja que es percibida como una relación de soporte se asocia positivamente con un buen ajuste psicológico y sugiere que una relación pobre es un factor de riesgo”. Posteriormente, Northouse (1990), “encontró que el matrimonio bien establecido juega un rol amortiguador. Sin embargo, al cabo de 18 meses de la cirugía se reportaron niveles moderados de estrés por el 10% de las pacientes y el 25% de los maridos”.

Por otra parte, en la presente investigación se evidencia la idea irracional **evitación al problema** en los dos grupos, diagnosticadas y mastectomizadas, mostrando una diferencia mínima con relación a los porcentajes de la mismas; explicándose de esta manera por la capacidad que presenta un individuo al tener una posibilidad de asumir un conflicto con alguien, el individuo no es capaz de hacerle frente a las situaciones que debe responder. "Es

más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida". Aunque a veces resulta cómodo abandonar determinadas actividades por considerarlas desagradables, esto trae grandes consecuencias negativas, como por ejemplo el dejar de, de trabajar o de realizar cualquier actividad que requiere esfuerzo físico o psíquico. El proceso de tomar la decisión de no hacer algo que se considera difícil pero provechoso, habitualmente es largo y tortuoso y suele conllevar más sufrimiento que el hacer la actividad desagradable. La confianza en uno mismo sólo proviene de hacer actividades y no evitarlas. Si se evitan, la existencia se hará más fácil, pero a la vez aumentará el grado de inseguridad y desconfianza personal. Aunque mucha gente supone que una vida fácil, evasiva y sin responsabilidades es algo apetecible, la experiencia demuestra que la felicidad del ser humano es mayor cuando está comprometido en un objetivo difícil y a largo plazo. Un individuo racional deberá esforzarse en realizar las cosas desagradables que sea necesario hacer y terminarlas lo más pronto posible. No debemos suponer que detrás de cada evasión de nuestros problemas existe una actitud indolente "por naturaleza", sino suponer que ésta es el resultado de creencias irracionales que debemos descubrir y cambiar. No deberá imponerse una autodisciplina rígida ni exagerada pero sí planificar las actividades y objetivos de un modo razonable, estableciendo metas a corto, medio y largo plazo. Un individuo racional acepta la vida con lo que ésta conlleva de dificultades, el descansar o evitar los problemas sólo sirve para agradarlos.

En las mujeres con cáncer de mama la presencia de esta idea irracional esta relacionada con la sexualidad, es el núcleo principal debido a que en las mujeres, uno de los más significativos caracteres sexuales secundarios lo constituye el desarrollo mamario. Constituyendo un esencial símbolo de la femineidad. Las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico. Las mamas de la mujer constituyen por una parte un

reconocido incentivo erótico para el hombre; en la mujer, a la vez su estimulación en el campo de la erotización, representan una de las fuentes más importantes de gratificación afectivo-sexual. En virtud de esto, es comprensible una especial preocupación por las características estéticas de esta zona tan significativa de su *self* erótico; Las mamas juegan un papel muy importante en la mujer, y debido a esto, una mujer con un tumor en el pecho tiene el sentimiento traumatizante de que las bases de su femineidad están en peligro y primero cuida sus mamas, sin tomar en cuenta el peligro de su vida. La relación con la enfermedad y las posibilidades de peligro, solo surgen después de la operación.

Estos resultados son coherentes con los señalados por Baider (1988), quien estudió el ajuste de 117 pacientes con cáncer de mama, colon y testicular y sus cónyuges, a través de autorreporte, estando todos los pacientes en remisión y al momento de la evaluación no recibían tratamiento. Encontró que el ajuste de los pacientes fue generalmente bueno, sin grandes diferencias entre los distintos tipos de cáncer; pero, los cónyuges reportaron muchos mas problemas de ajuste que los pacientes, con un alto acuerdo al interior de la pareja sobre éste. Los hallazgos de este estudio sugieren que el ajuste es influenciado por el género del paciente, especialmente para el cónyuge. En el mismo sentido, este resultados es coherente con lo encontrado por Turner, Wooding & Neil (1997), quienes estudiaron el impacto psicosocial en las relaciones maritales y familiares a través del curso del cáncer de mama, concluyendo que “los maridos experimentan considerable distrés psicológico cuando llegan al límite del soporte que pueden ofrecer”.

Finalmente, podemos decir que el apoyo social cuando es eficiente, tanto por parte de la pareja como de la familia, de los amigos, de las instituciones sociales, ha de encaminarse en el sentido de respetar la autonomía del paciente, su autodeterminación, su sentido de autogobierno, de productividad social y de auto eficacia en el afrontamiento del cáncer.

Las personas exigentes consigo mismas suelen tener más problemas sexuales que la mayoría. Mantienen la idea rígida y dogmática que *tienen que* ser muy competentes sexualmente y conseguir la aprobación y admiración de su amado/a, para considerarse dignos y valiosos; y que si fracasan en su intento eso va a ser *terrible* y demostrará que son personas *despreciables y carentes de valor*. Esta creencia irracional es la que suele generar ansiedad, vergüenza, culpa, y sentimientos de inferioridad e incompetencia. Una aproximación racional-emotiva a los problemas sexuales afirman que estas emociones hacen que la persona evite realizar ciertos actos susceptibles de fracaso y se centre en actividades en las que se sienta seguro y exitoso de conseguir la aprobación ajena, No es de extrañar encontrar en consulta a pacientes que han evitado durante años afrontar su problema por lo que se dicen a sí mismos respecto al mismo “si fracaso y me rechazan, *no lo voy a soportar* y me veré como un *inútil*; por tanto, no *debo* fracasar y *tengo que* asegurar mi imagen”. Entonces, engañan a sus parejas para no mantener relaciones, se esconden bajo la manta, intentan satisfacer a su amado/a compulsivamente al margen de sí mismos, se centran en otras actividades sexuales, abandonan la relación o bien se aíslan. Todo ello, para evitar el rechazo o fracaso tan temido.

Desde la óptica de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) los problemas sexuales se originan principalmente por el mantenimiento de filosofías exigentes y dogmáticas acerca de uno mismo, los demás y la sexualidad, y es nuestra labor como profesionales el identificarlas y ayudarles a cambiarlas por otras filosofías más racionales que permitan a la persona vivir una sexualidad mejor. “Una vida sexual sana y placentera no está exenta de problemas y dificultades, pero sí la reacción poco realista y dramatizada ante los mismos” (Calvo M., 1995).

De acuerdo con Albert Ellis (1977), “**la influencia del pasado** consiste en que la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente. El pasado y las cosas terribles que sucedieron durante la infancia, o en la última relación, o en el último empleo, son las que lo hacen actuar y sentir ahora de esta manera”. Cuanto mas influenciado se está por el pasado, más se utilizan soluciones a los problemas que fueron utilizadas entonces, pero que hoy pueden ser ineficaces y por tanto se pierde la oportunidad de encontrar otras actuales y más útiles. El pasado se puede utilizar de excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente y de esa manera no realizar el esfuerzo personal requerido. Se exagera la importancia del pasado cuando en vez de decir, *por mi pasado me resulta difícil cambiar*, se dice *por mi pasado me resulta imposible cambiar*.

Un individuo racional acepta el hecho de que el pasado es importante y sabe de la influencia de éste en el presente, pero sabe a la vez que su presente es el pasado del mañana y que esforzándose en transformarlo, puede conseguir que su mañana sea diferente, y presumiblemente más satisfactorio. En lugar de realizar los mismos comportamientos del pasado de forma automática, deberá parar y desafiar esos comportamientos tanto verbal como activamente. En vez de rebelarse con rencor contra todas y la mayoría de las influencias pasadas, debe valorar, cuestionar, desafiar y rebelarse sólo con aquellas ideas adquiridas que son claramente perjudiciales. “Un efecto no puede subsistir si la causa ha desaparecido. Para aceptar el pasado lógicamente hay que ser concientes de él, y puede que la juventud, al tener menos, mire más hacia el futuro” (Pérez, Álvarez, 1996). “En cambio los mayores que inversamente tienen menos futuro, tienden a mirar el pasado tratando de integrarlo adecuadamente en su presente” (Erickson 2000; Yela 1992). Es en este momento donde los pacientes integran el pasado a sus vidas pensando que tal vez si hubieran tenido

chequeos regulares habrían detectado la enfermedad en un estadio menos avanzado o que tal vez si hubieran llevado mejores hábitos de vida hubiera prevenido la enfermedad consideran que si hubieran prestado mayor atención a su salud no estarían pasando por este momento en sus vidas. Esta creencia se presenta en el mismo porcentaje en ambos grupos, diagnosticadas 62,5% y mastectomizadas 62,5% y de hecho es la de mas alto porcentaje lo cual demuestra que la influencia del pasado para las pacientes con cáncer de mama es muy fuerte e importante. *El pasado se puede utilizar de excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente y de esa manera no realizar el esfuerzo personal requerido.*

Esto quiere decir que las pacientes poseen poca adaptabilidad al cambio pues consideran que si algo las afecto considerablemente, permanecerá haciéndolo durante toda la vida; sin tener en cuenta la idea de que se puede aprender de las experiencias pasadas sin estar extremadamente atados o preocupados por ellas.

Los estudios realizados por Campo, Castro & Candelario, (2007) a mujeres con cáncer de mama, durante la recolección de los datos, encontró que “para las pacientes la historia pasada no tiene ningún sentido y no cumple ningún papel en su vida actual”, lo cual no concuerda con los resultados hallados en esta investigación.

Por otro lado, **la necesidad de control**, según Albert Ellis (1977), “es una idea irracional que consiste en creer que debemos tener un control preciso y perfecto sobre las cosas”; en vez de pensar que el mundo está lleno de probabilidades y cambios, y que aún así, debemos disfrutar de la vida. Según Villa & Vázquez (2008), “Ellis en uno de sus postulados de la Teoría Racional Emotiva dice, *Lo que sucede es que el hombre aprende, con las provechosas enseñanzas de los demás y la experiencia propia que es mejor caminar erguido y más rápido. Así la herencia biológica y la tendencia a aprender por nosotros mismo y por los demás se combina para hacernos seres humanos y para proporcionarnos*

finés y satisfacciones principales, tales como las necesidades básicas de permanecer vivos y haciendo que estemos satisfechos de muchas maneras mientras se está vivo".

Es así como a causa de estas tendencias innatas y adquiridas, el individuo está en la capacidad de controlar su propio destino y especialmente sus emociones. La necesidad de control, se presentó en un 37,5% en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y en un 50% en mujeres mastectomizadas. En esta creencia irracional es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.

Según los datos arrojados durante la investigación las mujeres con cáncer de mama sean diagnosticadas o mastectomizadas consideran que necesitan conocer todos los pormenores de la situación antes de realizar o emprender cualquier acción. El cáncer es quien domina a los pacientes, ya que es este quien decide el ánimo de cada día, el semblante del paciente, su estado de salud, sus hábitos alimenticios, su estilo de vida en fin muchos aspectos del paciente. Además de lo anterior, cabe señalar que no se encuentra una diferencia significativa entre ambos grupos respecto a la presencia de ideas irracionales.

Con base en lo anterior se proponen las siguientes recomendaciones:

- Se hace necesario la Implementación de acciones que permitan o contribuyan hacia el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes de la Clínica hemato – oncológica CEMED Magdalena, por medio de una intervención integral médico – psicológica, con el fin de brindar tratamientos integrales, oportunos y eficaces en beneficio de cada uno de los pacientes atendidos en esta entidad.
- Realizar otros estudios con muestras más amplias, o con diseños correlacionales, para que los resultados sean más representativos de esta población, se puedan generalizar y logren un mayor impacto ante la población estudiada y sus familias.

➤ A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena, particularmente al Programa de Psicología, se recomienda la realización de un programa de investigaciones interdisciplinarias (médico – psicológicas) en esta temática desde la perspectiva de la psicooncología, del área de la psicología clínica y de la salud, debido al gran auge que esta ha tenido en las últimas décadas por los innumerables aportes a los estudios con cáncer y a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

- Alvira, F. (2002). Perspectiva cualitativa / perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica. Mc Graw Hill. México DF.
- Bayés, R. (1985). Psicología Oncológica, prevención y terapéutica psicológica del cáncer. Ed. Martínez Roca, D.L. Barcelona.
- Bernard, M & Ellis, A. (1990). Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva. Ed. Desclée de brower, S A. Bilbao.
- Calvo, M. (1995). La satisfacción sexual y el juego erótico. Ed. Temas de hoy. Madrid.
- Canales, T. (2002). Formato APA quinta edición.
- Cardenoso, O & Calvete, E. Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada, Anales de psicología. Vol. 15 numero, 002 Universidad de Murcia España pp. 179-190
- Calvete, E & Cardenoso O. Creencias, Resolución de Problemas Sociales y Correlatos Psicológicos, articulo Universidad de Deusto. Psicothema.
- Castro G; Candelario, A & Campo, R. (2007). Sistema de creencias en mujeres con cáncer de mama en la ciudad de santa marta de la Fundación Oftalmológica del Caribe (F.O.C.A) y su asociación con la adherencia al tratamiento.

Calvete & Cardeñoso, Creencias, Resolución de Problemas Sociales y Correlatos Psicológicos, artículo Universidad de Deusto. Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG 2001. Vol. 13, nº 1, pp. 95-100

Código de Ética del Psicólogo en Colombia. (Ley 1090 de 2006, Diario Oficial No.46.383).Recuperado el 2 de diciembre del 2007, de <http://usuarios.lycos.es/doliresa/index-27.html>.bogota,Autores.

Ellis, A. (1945 - 1962). The American sexual tragedy. Ed Black cat. New York.

Ellis, A & Shawn, B. (2000). Vivir en una sociedad irracional: Una guía para el bienestar mediante la terapia racional emotiva. Ed Paidos. España.

Ellis, A & Grieger, R. (1990). Manual de terapia racional emotiva. VOL II . Ed Desclée de brower. S A .Bilbao.

Ellis, A. (1998). Razón y emoción en psicoterapia: Las ideas que causan y mantienen las perturbaciones emocionales. Ed. Paidos. España.

Ellis, A. (2005). Sexo sin culpa en el siglo XXI. Ed. Los libros del comienzo. Madrid.

Ericsson, E. (2000). El ciclo vital completado. Paidos. Barcelona.

Fontanilla, P & Calvete, E. Racionalidad y personas mayores Psicothema, Vol. 15 numero 003 Universidad de Oviedo.

Fustinoni, O. Psicología y cáncer. Ed. Paidós. Buenos Aires.

González, N. Terapia racional emotiva aplicada al tratamiento del juego patológico, psicólogo de la Asociación de Alcohol dependencias de La Coruña. Sección Ludopatía.

González, T. Las Creencias y el Proceso Salud-Enfermedad. Escuela Latinoamericana de Medicina, Cuba. Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología www.psicolatina.org

Hernández, R; Fernández, Carlos &. Baptista, P. (2004). Metodología de la investigación. Tercera edición. México. p. 58-78 330-334. Ed. McGraw Hill.

Martínez, A. Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos, artículo, Universidad Complutense de Madrid.

Pérez, M. (1996). Tratamientos psicológicos, Madrid: editorial universitas, S.A.

Prieto, A. (2004). Psicología oncológica Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual 2. pág. 107-120

Sociedad Americana del Cáncer. Estadísticas. En:
http://www.cancer.org/docroot/STT/stt_0_2007.asp?sitearea=STT&level=1

Sorribes, F. Una aproximación racional-emotiva a los problemas sexuales, artículo Instituto RET (Barcelona).

Vásquez, N & Villa, E. (2008) Creencias irracionales en jóvenes con altas capacidades intelectuales de grados diez y once de colegios oficiales de la ciudad de santa marta.

[http:// www.psicologia - on line.com/ ESMU beda/ libros/manual17.htm](http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/libros/manual17.htm). ELLIS, Albert. BECK Aaron. Manual de psicoterapia cognitiva.

[http:// www.psicologia- on line.com/ Boeree George](http://www.psicologia-online.com/BoereeGeorge). Teorías de la personalidad: Terapia conductual racional emotiva.

http://www.fefoc.org/educacion/ricon/psico_oncologia09.jsp

<http://www.monografias.com/trabajos12/cance/cance.shtml>

<http://www.tusalud.com.mx/130101.htm>

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno>

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento>.

<http://es.wikipedia.org/wiki/Mastectom%C3%ADa>

<http://mx.geocities.com/aduran78/eatem.htm>

10. ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN: CUESTIONARIO IBT (IRRACIONAL BELIEFS TEST)

Este es un inventario de cómo usted cree y piensa acerca de varias cosas. Para cada pregunta usted debe cerrar en un círculo un de la columna de la derecha, el cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar la que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo neutro o la respuesta No 3 tanto como le sea posible. Solo utilice este número si realmente no puede decidir si esta o no de acuerdo. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente conteste más útil será el test para usted.

1. Muy de acuerdo
2. Moderadamente de acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Moderadamente en desacuerdo
5. Muy en desacuerdo

1	Es importante para mí que otros me aprueben	1	2	3	4	5*
1 ^a	Me empeño por mantener mi intimidad a toda costa	1	2	3	4	5*
2	Odio equivocarme en cualquier cosa	1	2	3	4	5*
2 ^a	Me siento mal cuando por algunas circunstancias me dejo llevar por mis emociones	1	2	3	4	5*
3	Muchas personas perversas escapan al castigo que se merecen	1	2	3	4	5*
3 ^a	Pienso que si las normas se hicieron fue para respetarlas	1	2	3	4	5*
4	Generalmente acepto lo que pasa	1	2	3	4	5
5	Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi toda circunstancia	1	2	3	4	5
6	Tengo temor de algunas cosas que puedan molestarme	1	2	3	4	5*
7	Generalmente aplazo decisiones importantes	1	2	3	4	5*
8	Todos necesitamos alguien de quien depender	1	2	3	4	5*
9	Árbol que nace torcido, nunca su rama endereza	1	2	3	4	5*
10	No hay solución perfecta para nada	1	2	3	4	5
11	Quiero agradecerle a todas las personas	1	2	3	4	5*
11 ^a	Opino que los trapos sucios solo deben lavarse en casa	1	2	3	4	5*

12	Evito las cosa que no puedo hacer bien	1	2	3	4	5*
12 ^a	Cuando tengo una discusión acalorada con alguien, pienso mucho en lo que dije o hice	1	2	3	4	5*
13	Aquello que obran mal deben ser sancionado	1	2	3	4	5*
13 ^a	Me siento culpable si violo una norma, aunque sea necesario hacerlo	1	2	3	4	5*
14	Las frustraciones no me afligen	1	2	3	4	5
15	Yo creo mi propio estado de animo	1	2	3	4	5
16	Siento poca ansiedad por cosa peligrosas que puedan ocurrir en el futuro	1	2	3	4	5
17	Trato de dejar de lado las tareas o labores difíciles	1	2	3	4	5*
18	La gente necesita algo externo que le de fuerza	1	2	3	4	5*
19	Es casi imposible superar la influencia del pasado	1	2	3	4	5*
20	Muy rara vez se halla un camino fácil en la vida	1	2	3	4	5
21	Puedo gustarme a mi mismo, aunque a muchos yo no les guste	1	2	3	4	5
21 ^a	Me siento intimidado cuando alguien que acabo de conocer, quiere saber muchas de mis cosas personales	1	2	3	4	5*
22	No me importa competir en actividades donde otros son mejores que yo	1	2	3	4	5
22 ^a	Odio excederme	1	2	3	4	5*
23	Son pocas las veces que culpo a las personas por su maldad	1	2	3	4	5
23 ^a	Gracias a las normas no somos unos salvajes	1	2	3	4	5*
24	Con frecuencia me siento molesto por situaciones que no me gustan	1	2	3	4	5*
25	La gente que es infeliz, es así por que generalmente ellos se lo buscaron	1	2	3	4	5
26	En ocasiones no puedo dejar de pensar en cosa que me preocupan	1	2	3	4	5*
27	Evito enfrentar problemas	1	2	3	4	5*
28	Hay ciertas personas de quien dependo enormemente	1	2	3	4	5*
29	Si yo hubiera tenido experiencias diferentes, seria mas como yo quiero ser	1	2	3	4	5*
30	Algunos problemas siempre estarán con nosotros	1	2	3	4	5*
31	Aunque me gusta la aprobación, no es una necesidad real para mi	1	2	3	4	5
31 ^a	No soporto que otras personas se metan mucho en mi vida	1	2	3	4	5*
32	Me molesta cuando otros son mejores que yo en algo	1	2	3	4	5*
32 ^a	Me siento como un tonto (a) si lloro	1	2	3	4	5*
33	Todas las personas son fundamentalmente buenas	1	2	3	4	5
33 ^a	Siempre averiguo cuales son las normas de un lugar antes de actuar	1	2	3	4	5*
34	Generalmente acepto las cosas como son, incluso si no me gustan	1	2	3	4	5

35	Depende de uno mismo, el tiempo que dure un estado de animo desagradable	1	2	3	4	5
36	Algunas veces no puedo liberar temores de mi mente	1	2	3	4	5*
37	Generalmente soy rápido en tomar decisiones	1	2	3	4	5
38	Yo soy el (la) único (a) que puede entender y enfrentar mis problemas	1	2	3	4	5
39	Rara vez pienso que experiencias pasadas me afectan ahora	1	2	3	4	5
40	Vivimos en un mundo de azar y probabilidades	1	2	3	4	5
41	Me preocupo con frecuencia sobre cuanta gente me aprueba	1	2	3	4	5*
41 ^a	Detesto que rehagan preguntas muy personales o indiscretas	1	2	3	4	5*
42	Me molesta cometer errores	1	2	3	4	5*
42 ^a	Vigilo con cuidado todas mis emociones	1	2	3	4	5*
43	No es justo que llueva sobre justos e injustos	1	2	3	4	5*
43 ^a	Cuando hago algo que esta mal hecho, me siento culpable aunque nadie se de cuenta de ello	1	2	3	4	5*
44	Si las cosas me molestan, simplemente las ignoro	1	2	3	4	5*
45	Cuanto mas problemas tenga una persona menos feliz será	1	2	3	4	5*
46	Casi nunca pienso en cosas como la muerte o la guerra	1	2	3	4	5
47	La vida es corta para gastarla haciendo cosas desagradables	1	2	3	4	5*
48	Me disgusta que otros tomen decisiones por mi	1	2	3	4	5
49	Somos esclavos de nuestra historia personal	1	2	3	4	5*
50	Rara vez hay una solución ideal para cada cosa	1	2	3	4	5
51	Me interesa bastante lo que la gente siente por mi	1	2	3	4	5*
51 ^a	Soy muy desconfiado	1	2	3	4	5*
52	Suelo incomodarme bastante por cosas pequeñas	1	2	3	4	5*
52 ^a	Temo a perder el control	1	2	3	4	5*
53	Nadie es malo, aun cuando sus actos lo sean	1	2	3	4	5
53 ^a	No se debe ser siempre correcto	1	2	3	4	5*
54	Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero, por eso no suelo preocuparme	1	2	3	4	5
55	Nada es deprimente por si mismo, depende de cómo lo interpretes	1	2	3	4	5
56	Con frecuencia pienso, que haría en situaciones de peligro	1	2	3	4	5*
57	Rara vez aplazo cosas	1	2	3	4	5
58	Me disgusta tener que depender de otros	1	2	3	4	5
59	Una vez algo te a afectado en la vida siempre lo hará	1	2	3	4	5*
60	Es mejor buscar una solución practica que una solución perfecta	1	2	3	4	5
61	Si al hacer algo que yo Quiero pierdo aprobación, prefiero no hacerlo	1	2	3	4	5

61 ^a	Todos tenemos nuestro pequeño mundo y nadie debe entrar en el	1	2	3	4	5*
62	No temo hacer cosas que no puedo hacer bien	1	2	3	4	5
62 ^a	Cuando algo me salgo de mis casillas me siento muy mal	1	2	3	4	5*
63	Hay personas que no merecen haber nacido	1	2	3	4	5*
63 ^a	Siempre trato de cumplir las normas, aunque ello me perjudique	1	2	3	4	5*
64	Soy bastante calmado para enfrentar la vida	1	2	3	4	5
65	Nunca hay una razón para estar preocupado mucho tiempo	1	2	3	4	5
66	No me preocupo tanto como para dañarme el día por cosas que pudieron ocurrir	1	2	3	4	5
67	Es difícil para mí hacer tareas poco placenteras	1	2	3	4	5*
68	He aprendido a no esperar que alguien, distinto a mí, se preocupe por mi bienestar	1	2	3	4	5
69	Aunque quisiera, nunca podría cambiar mi vida	1	2	3	4	5*
70	No hay nada que se aproxime a lo ideal	1	2	3	4	5
71	Me empeño por mantener la aprobación a toda costa	1	2	3	4	5*
71 ^a	Me doy a conocer muy fácilmente	1	2	3	4	5
72	Pienso que no es importante ser competitivo en todas las cosas	1	2	3	4	5
72 ^a	La razón siempre debe primar sobre la emoción	1	2	3	4	5
73	Cualquier persona mala puede llegar a ser buena sin ser castigado	1	2	3	4	5
73 ^a	Las normas asfixian a las personas	1	2	3	4	5
74	Rara vez me inquietan los errores de otros	1	2	3	4	5
75	Los hombres hacen su propio infierno con ellos dentro	1	2	3	4	5
76	Mi filosofía es vivir el aquí y el ahora	1	2	3	4	5
77	Una vida de tranquilidad es rara vez gratificante	1	2	3	4	5
78	No degusta solo enfrentar las experiencias nuevas de la vida	1	2	3	4	5*
79	No tengo porque repetir los errores del pasado	1	2	3	4	5
80	Hay un lugar para cada cosa	1	2	3	4	5*
81	Hay planes para agradar a las personas	1	2	3	4	5*
81 ^a	Me aterra contar secretos y confidencias	1	2	3	4	5*
82	Me exijo demasiado a mí mismo	1	2	3	4	5*
82 ^a	Soy poco efusivo	1	2	3	4	5*
83	Las personas no eligen ser buenas o malas	1	2	3	4	5
83 ^a	Es estúpido acatar ciegamente las normas por que muchas pierden vigencia	1	2	3	4	5
84	Soy consentido	1	2	3	4	5*
85	Cada quien es arquitecto de su propio destino	1	2	3	4	5
86	Tiendo a anticiparme demasiado a lo que pueda ocurrir	1	2	3	4	5*
87	No tolero pasar trabajos	1	2	3	4	5*
88	Para mí es vital sentirme protegido	1	2	3	4	5*
89	Tiene sentido esforzarme en el presente,	1	2	3	4	5

	independientemente de cómo halla sido mi pasado					
90	Soy extremadamente ordenado, meticulado y responsable de mis actos	1	2	3	4	5
91	Pienso que uno debe hacer todo lo posible para evitar ser rechazado	1	2	3	4	5*
91 ^a	Me siento amenazado si alguien traspasa los límites que impongo	1	2	3	4	5*
92	No soporto decir no se	1	2	3	4	5*
92 ^a	Expresar las emociones es signo de debilidad	1	2	3	4	5*
93	La ley natural es que los malos sufran	1	2	3	4	5*
93 ^a	Las normas se hicieron para violarlas	1	2	3	4	5
94	Si las cosas no salen por donde yo quiero, me da rabia	1	2	3	4	5*
95	La gente está triste por que quiere	1	2	3	4	5
96	Tiendo a participar mayor número de peligros y riesgos que el común de la gente	1	2	3	4	5*
97	Suelo regirme por la ley del mínimo esfuerzo	1	2	3	4	5*
98	Dependo demasiado de las personas	1	2	3	4	5*
99	Los primeros años de la vida nos marcan definitivamente para el resto de la vida	1	2	3	4	5*
100	Soy perfeccionista	1	2	3	4	5*

ANEXO B. PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN LA CLÍNICA HEMATO – ONCOLÓGICA CEMED DEL MAGDALENA, PERÍODO OCTUBRE 2006 A 2007.

TIPO DE CÁNCER	NÚMERO DE CASOS
Cáncer de Mama	22
Cáncer de Cerviz	6

Cáncer de Próstata	5
Cáncer de Pulmón	3
Cáncer de Recto	3
Sarcomas Tejido	3
Cáncer Gástrico	3
Mieloma Múltiple	3
Cáncer de Colon	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Poliartritis N	1
Linfoma Hod.	1
Melanoma	1
Metástasis Ósea	1
Cáncer de Ovario	1
Cáncer Orofaringe	1
Anemia Crónica	1
Cáncer Metastático	1
Cáncer Nasofaringe	1
Cáncer de Vejiga	1
Total de casos	64

