



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:
AFECTIVIDAD EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTOR:
CORTEZ BARROS YISLAINE MARICRUZ

TUTOR:
VILLAVICENCIO AGUILAR CARMITA ESPERANZA

MACHALA - EL ORO

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

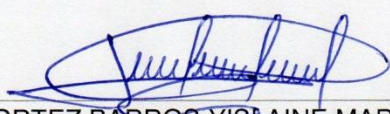
Yo, CORTEZ BARROS YISLAINE MARICRUZ, con C I 0705163103, estudiante de la carrera de PSICOLOGÍA CLÍNICA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación AFECTIVIDAD EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional

 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 09 de noviembre de 2015


CORTEZ BARROS YISLAINE MARICRUZ
C.I 0705163103

CERTIFICAMOS

AFECTIVIDAD EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS



CORTEZ BARROS YISLAINE MARICRUZ
AUTOR(A)
C.I. 0705163103
shiscortez_90@hotmail.com

ZAMBRANO MARIN JAIDA DE LOURDES
C.I. 0701851492

PEÑALOZA WILSON LEOPOLDO
C.I. 0703449934



VILLAVICENCIO AGUILAR CARMITA ESPERANZA
TUTOR
C.I. 0701684755
cvillavicencio@utmachala.edu.ec

AJILA LOAYZA FRANKLIN ESTEBAN
C.I. 0701344376


TINOCO INQUIERO WILSON ELADIO
C.I. 0701141074

Machala, 09 de noviembre de 2015

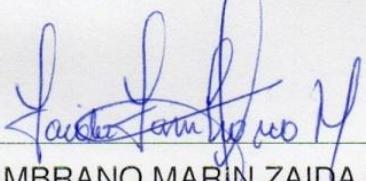
CERTIFICAMOS

Declaramos que, el presente trabajo de titulación **AFFECTIVIDAD EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS** elaborado por el estudiante **CORTEZ BARROS YISLAINE MARICRUZ**, con C.I. 0705163103, ha sido leído minuciosamente cumpliendo con los requisitos estipulados por la Univerdad Técnica de Machala con fines de titulación. En consecuencia damos la calidad de **APROBADO** al presente trabajo, con la finalidad de que el Autor continúe con los respectivos trámites.


Especialistas principales



BRITO PAREDES MARLON PATRICIO
C.I. 0701283442



ZAMBRANO MARIN ZAIDA DE LOURDES
C.I. 0701881492



PEÑALOZA WILSON LEOPOLDO
C.I. 0703639955

Especialistas suplentes



AJILA LOAYZA FRANKLIN ARTURO
C.I. 0701844375



TINOCO IZQUIERDO WILSON ELADIO
C.I. 0701140741

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación, se lo dedico a las personas más importantes de mi vida:

A mi madre, por darme la vida, por enseñarme a luchar y vencer ante las adversidades, por sus consejos y ejemplo de vida.

A mi hija, que es la razón de mi existencia, quien me acompañó a lo largo de mi carrera.

A mi esposo, que con su amor, apoyo y comprensión, me ha motivado a cada instante para concluir con éxito mi carrera profesional.

Yislaine Maricruz Cortez Barros

AGRADECIMIENTO

Al término del presente trabajo de titulación, expreso mi gratitud a quienes me brindaron su aporte para concluir con éxito la investigación:

A Dios, por darme la sabiduría e inteligencia, factores fundamentales para la vida.

A la Universidad Técnica de Machala, por acogerme en sus aulas y permitirme obtener un título profesional.

A mis docentes, por sus sabios conocimientos impartidos durante mi carrera.

A la Dra. Carmita Villavicencio Aguilar, Mg. Sc, coautora del trabajo de titulación, por sus orientaciones y el asesoramiento brindado durante el desarrollo del mismo.

A mi madre, a mi hija y a mi esposo, por su apoyo constante e incondicional que me supieron dar durante toda mi carrera, y que gracias a ellos hoy puedo hacer realidad mi anhelado sueño.

A mis compañeros y amigos, con quienes compartí momentos inolvidables cada día, durante los años de estudio.

Yislaine Maricruz Cortez Barros

AFECTIVIDAD EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

RESUMEN

Autora: Yislaine Maricruz Cortez Barros
C.c: 0705163103
shiscortez_90@hotmail.com

Coautora: Dra. Carmita Villavicencio Aguilar, Mg. Sc.
Cc: 0701684755
cvillavicencio@utmachala.edu.ec

Caracterizar el estado emocional de pacientes oncológicos con tratamiento psicológico cognitivo conductual, es el objetivo que se persigue en el presente trabajo, para ello se recurre a fundamentos psicológicos para conocer y comprender las emociones y el estado de ánimo de una persona; se destaca la importancia que tiene la afectividad en los pacientes oncológicos, ya que todo ser humano necesita sentirse querido, valorado y reconocido por alguien; el cariño aporta autoestima y felicidad. La afectividad entonces le ayuda a superar en parte la crisis emocional en la que se sumerge, aunque su estado de ánimo depende de los rasgos de la personalidad del paciente y considerando estos aspectos se establece el proceso terapéutico. Para el presente trabajo se empleó una investigación mixta de tipo descriptiva porque se detalla las características, eventos y situaciones que reflejan la problemática a estudiar; se emplearon los métodos analítico y biográfico, apoyándose en las técnicas de la entrevista, la anamnesis y el test. En la discusión de resultados se da a conocer la información obtenida mediante la aplicación de los métodos y técnicas respectivas, confirmándose que los pacientes oncológicos caen en un estado de depresión luego de recibir la noticia sobre su salud, así sucedió con el paciente de 21 años que fue investigado, a quien se le brindó apoyo psicológico, pero no dio buenos resultados, porque se considera que le hace falta la afectividad de la familia, pues este factor es muy importante porque permite mejorar la calidad de vida y facilitar el proceso de adaptación. Dentro del apoyo psicológico es importante la terapia cognitivo conductual, porque permite al paciente desarrollar sus habilidades sociales y reflexionar acerca de las vicisitudes de su vida para ayudarlo a madurar y superar los problemas, siendo entonces un elemento importante de superación emocional.

PALABRAS CLAVES: Estado; Emoción; Afectividad, Paciente, Oncológico.

AFFECTIVITY IN PATIENTS ONCOLÓGICOS

ABSTRACT

Author: Yislaine Maricruz Cortez Barros
C.c.: 0705163103
shiscortez_90@hotmail.com

Coauthor: Dra. Villavicencio Carmita Aguilar, Mg. Sc.
Cc: 0701684755
cvillavicencio@utmachala.edu.ec

Characterize the emotional state of cancer patients with cognitive behavioral psychological treatment, it is the objective pursued in this work, for it is resorted to psychological foundations to know and understand the emotions and mood of a person; the importance of affection in cancer patients, and that every human being needs to feel loved, valued and recognized by someone stands; esteem and affection brings happiness. The affection then helps you overcome some of the emotional crisis that plunges, though his mood depends on the personality traits of the patient and considering these aspects of the therapeutic process is established. For this work a mixed descriptive research was used because the features, events and situations that reflect the problematic detailed study; the biographical and analytical methods, based on interview techniques, the history and the test were used. In the discussion of results discloses information obtained by applying the methods and respective technical, confirming that cancer patients fall into a state of depression after receiving the news about his health, so it was with the patient 21 which it was investigated, to whom it was offered counseling but did not give good results, because it is considered that you need affection of the family, as this factor is very important because it improves the quality of life and facilitate the adaptation process . Within the counseling is important cognitive behavioral therapy, because it allows the patient to develop their social skills and reflect on the vicissitudes of his life to help you grow and overcome the problems, then it is an important element of emotional improvement.

KEY WORDS: State, Emotion, Affectivity, Cancer Patient

TABLA DE CONTENIDOS

Portada	
Carátula	
Cesión de Derechos de Autoría	
Frontispicio.....	ii
Página de evaluación.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Tabla de contenidos.....	viii
Introducción.....	9
1. Generalidades del objeto de estudio.....	10
2. Fundamentación teórica epistemológica del estudio.....	13
3. Metodología.....	17
4. Discusión de resultados.....	19
Conclusiones.....	21
Recomendaciones.....	22
Referencias bibliográficas.....	23
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Como lo señala Hernández et al. (2012) las personas que padecen de alguna enfermedad oncológica presentan problemas psicológicos, por lo tanto a lo largo de los últimos años, ha ocupado el interés de múltiples estudios. El diagnóstico de una enfermedad oncológica produce un impacto emocional fuerte, dando paso a la confusión, incertidumbre, malestar emocional, corriendo el riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos, aunque no se puede generalizar, porque la enfermedad no afecta a todos los pacientes por igual, sino que las reacciones dependen de la personalidad del paciente, la capacidad de adaptación.

Desde el momento mismo del diagnóstico de la enfermedad oncológica, es importante el apoyo psicológico al paciente, para evitarle que caiga en una depresión y que el estrés consuma sus defensas. De igual manera es fundamental el afecto que le brinde la familia, pues el paciente oncológico requiere sentirse querido, recibir afecto y amor de sus amigos y familiares; según Sancho & Sabater (2011, p.121) “se sabe también que parece existir una predisposición a la depresión en aquellos individuos con una disminución de los afectos positivos”.

En el presente trabajo se realiza en el capítulo uno, un análisis del estado emocional del paciente oncológico, para lo cual se apoya en fuentes bibliográficas que permiten ampliar el conocimiento sobre este importante tema. En el capítulo dos, se realiza un análisis del estado emocional del paciente desde un enfoque psicológico cognitivo conductual. Se toman bases teóricas de la investigación, donde se describe aspectos relacionados con los rasgos de la personalidad, la importancia de la afectividad, el proceso terapéutico al paciente oncológico, todo esto apoyándose con artículos científicos relacionados con el tema.

El objetivo del presente trabajo es caracterizar el estado emocional de pacientes oncológicos con tratamiento psicológico cognitivo conductual. En el capítulo 3, se ha definido la metodología que se emplea, la modalidad de estudio es mixta, porque el tema y las técnicas utilizadas así lo ameritan, lo cual fue fundamental para la obtención de los datos, que luego fueron procesados y permitió la presentación de los resultados obtenidos durante el proceso investigativo, en el capítulo 4, se realiza una triangulación de datos, verificando y comparando la información obtenida a través de la anamnesis, entrevista y el test aplicado al paciente que fue objeto de estudio. Se establecen las conclusiones del caso y recomendaciones respectivas. Además se hace constar las fuentes bibliográficas consultadas y los anexos.

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

El estado emocional es una actitud del hombre en un determinado momento. El estado emocional se ve influenciado por muchos factores o estímulos tanto internos como externos, pues el entorno influye positiva o negativamente en el ser humano.

Revisando a Ventura (2015, p. 11) se refiere a la definición que dio Aristóteles sobre la emoción, quien señala que es “aquello que conduce al sujeto en cierta condición a transformarse tanto que se afecta su juicio acompañándolo de placer y dolor”. Las emociones son estados de ánimo que muchas de las veces se presentan en forma brusca y pueden ser duraderos o pasajeros.

Una enfermedad oncológica, en la mayoría de pacientes produce desafíos al equilibrio biopsicosocial. En todas las fases de la enfermedad, el paciente y los familiares se enfrentan a alto niveles de estrés, siendo más vulnerables para los trastornos emocionales como ansiedad y/o depresión. Estos trastornos, son muy comunes y sin embargo poco diagnosticadas y tratadas, porque el equipo médico las considera algo normal en estas circunstancias. Pero existen casos que los síntomas sobrepasan los sentimientos de pena, tristeza y angustia normal, entonces ahí se necesita la ayuda profesional para superar los estados emocionales y hacer más llevadera la enfermedad (Rodríguez, Palao, & Orgaz, 2007).

Se considera que los estados emocionales son el motor del individuo, son parte de la existencia misma del hombre y condicionan las acciones y las decisiones. Existen emociones básicas positivas y negativas que determinan el estado emocional. Según Díaz & Flores (2001), las emociones desagradables están conformadas por el temor, ira, tristeza y desprecio; mientras que las emociones agradables: diversión, orgullo en proeza, satisfacción, alivio y contento. Las emociones juegan un papel trascendente a lo largo de la vida.

Se ha relacionado la afectividad positiva con el estado emocional del paciente, y se considera que hay una conexión directa entre ambas, pues el desarrollo de sentimientos y emociones positivas ejerce un papel preventivo respecto a la enfermedad y actúa como factor protector de la salud del individuo (Sancho & Martínez, 2011).

El diagnóstico de una enfermedad oncológica suele ocasionar una serie de reacciones emocionales negativas y el sufrimiento al pensar en la vida que llevarán a partir de este momento a causa del dolor que se mantendrá presente; a partir de ahí se destaca síntomas como trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, entre otras (Garduño, Riveros, & Sánchez, 2010).

En el siglo anterior era poca la ayuda psicológica que se le brindaba al paciente que padecía cáncer. Sin embargo, la realidad ha cambiado y ahora se considera como una terapia paliativa el apoyo psicológico de los pacientes, así lo reflexionan Barreto & Bayés (1990), para quienes, luego de detectar el cáncer, lo más importante es simplemente escuchar a los pacientes, respetar sus sentimientos y su sufrimiento. La clave consiste en brindar apoyo psicológico a los pacientes con cáncer para mejorar su estado emocional y ayudarles a aceptar y a vivir con esta devastadora enfermedad.

De acuerdo con los investigadores Barreto & Bayés (1990), el manejo médico del cáncer ha mejorado de manera significativa en los últimos 10 años, más la atención a la salud mental no ha sido integrada totalmente en los planes de tratamiento de los pacientes de cáncer. Dichos estudios muestran que la depresión y la ansiedad impactan, en mayor medida, la calidad de vida del paciente y su actitud hacia la vida y la muerte, que el dolor físico.

Ante el estado emocional del paciente oncológico, es fundamental a más del apoyo psicológico, la afectividad de la familia. Es conocido que el afecto es una necesidad. De acuerdo con Barreto & Bayés (1990), todo ser humano necesita sentir el afecto de los demás, eso le da confianza, seguridad y los estabiliza emocionalmente para seguir viviendo.

Al analizar sobre el estado emocional de pacientes oncológicos, se hace necesario conocer la realidad, o al menos, investigaciones que se han dado sobre el tema, el cáncer es una enfermedad que cada vez cobra más vidas y es importante comprender el estado emocional de los pacientes y trabajar con ellos para ayudarles psicológicamente a aceptar y afrontar la realidad de sus vidas.

En el estudio realizado por Feliu, Cruzado, & López (2009), determinan que según el porcentaje de afectados, el 31,4% de la muestra se siente triste por la enfermedad y/o los tratamientos. Le siguen sentimientos de ansiedad y problemas de sueño, padecidos por el 25,7%. El 22,9% considera que tiene hábitos poco saludables. Menos del 15% presenta el resto de problemas considerados, entre ellos se pueden destacar: proceso de duelo actual (14,3%) y dificultad en expresar emociones (11,4%). En este sentido y tomando en cuenta los resultados citados, se considera que el estado emocional del paciente es lo más afectado y que en muchas ocasiones conduce a la muerte a los pacientes antes que la misma enfermedad.

Por su parte Rodríguez et al., (2012) en su investigación determinan que los pacientes presentaron altos niveles de depresión y ansiedad. Estos mismos autores señalan que es primordial no sólo atender a la parte física-médica del paciente sino que también es igual de necesario complementarlo con apoyo psicológico, social y espiritual. Conocer cuáles son las necesidades de los pacientes de cáncer puede ayudar a atenderles de manera integral.

En las últimas décadas se utiliza cada vez más el concepto de malestar emocional, ligado a otros más clínicos como el de depresión y de ansiedad y su valoración en la clínica según algunos autores es fundamental. Este concepto de distress viene apoyado por la National Comprehensive Cancer Network (Hernández et al., 2012), al considerar que las dificultades emocionales que atraviesan los pacientes oncológicos pueden llevar no solo a distintos niveles de problemas psíquicos, sino también a trastornos psicopatológicos, de ahí que se resalta el hecho de conocer el estado emocional del paciente y ayudar a superar estas dificultades en su estado anímico.

La investigación se realizará en la ciudad de Machala, capital de la provincia de El Oro, conocida mundialmente por su gran producción bananera. Según el INEC (Censo 2010) es la quinta ciudad con mayor número de habitantes en el país. Es una ciudad agrícola, con un suelo fértil muy productivo. Cada vez se incrementa más el movimiento comercial y bancario, siendo un eje de la economía del suroeste ecuatoriano. Los

habitantes de la capital orense se, en su mayoría a la actividad agrícola, portuaria e industrial. Mundialmente se la conoce a Machala como la “Capital Bananera del mundo”. En esta ciudad se encuentra el puerto marítimo llamado Puerto Bolívar, que es el segundo más importante después del puerto de Guayaquil.

A pesar de no haber sido la primera capital de la provincia, sin embargo el trabajo tesonero de sus hijos, hizo de esta tierra una ciudad productiva, que fue generando una gran actividad comercial, con grandes producciones agrícolas, siendo sus principales productos el banano, cacao y café; y por su gran desarrollo e importancia a nivel nacional se la nombre capital de provincia.

Su desarrollo abarca todos los ámbitos, en el campo de la salud no es la excepción, grandes hospitales públicos y privados atienden a la población de toda la provincia. Un importante centro de salud a nivel de la región Sur del Ecuador lo constituye el Hospital de SOLCA, entidad que cada vez acoge a más pacientes que ven quebrantada su salud.

SOLCA “Sociedad de Lucha Contra el Cáncer” - Núcleo Machala, surgió en la provincia de El Oro en 1977, como respuesta a la preocupación de un grupo de profesionales en la rama de salud, que vio la necesidad de buscar soluciones, orientaciones y atención a pacientes y familiares afectados de esta grave dolencia y que por sus escasos recursos no podían movilizarse a otras ciudades cercanas como Cuenca, Guayaquil, Quito o Loja.

Son miles de pacientes que han sido atendidos en esta casa asistencial. Solo en el área de Psicología Clínica, de acuerdo a los datos estadísticos, en el año 2014 fueron 764 pacientes atendidos y en lo que va del año 2015, hasta el mes de agosto, se ha atendido a 409 pacientes. Un caso evidente es el de un joven de 21 años de edad, con un diagnóstico de osteosarcoma; quien se encuentra privado de su libertad en la ciudad de Machala.

Frente al diagnóstico oncológico y al tratamiento que se debe realizar, se desencadenó un estado de ánimo deprimido, que obedece a su proceso de adaptación frente a su nuevo estilo de vida.

En el campo de la medicina, la afectividad también es importante, la forma en la que el médico transmite la información a su paciente puede influir de forma positiva o negativa en el proceso de concienciación y aceptación de una enfermedad, de ahí nace la llamada medicina basada en la afectividad, que consiste en utilizar los mejores principios del humanismo médico (Sancho & Martínez, 2011).

Tomando en cuenta el caso citado, con la presente investigación se pretende caracterizar el estado emocional de pacientes oncológicos con tratamiento psicológico cognitivo conductual. El apoyo a través de terapias cognitivo-conductual, es una forma de tratamiento psicológico orientada a la acción en la que el terapeuta y el paciente trabajan en equipo lo que se busca es superar las crisis emocionales y darle sentido a la vida (Reynoso & Seligson, 2005). El estado emocional en los pacientes es fundamental, pues éste se convierte en el aporte del paciente para hacer frente a la crisis de salud en la que se encuentra. Las emociones ejercen gran influencia sobre el resto de procesos psicológicos.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO EL ESTADO EMOCIONAL DESDE EL ENFOQUE PSICOLÓGICO COGNITIVO CONDUCTUAL

Reynoso & Seligson (2005 p. 14) estiman que “la psicología es la ciencia que estudia el comportamiento humano en su medio o situación. La psicología de la salud permite el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades”.

El enfoque cognitivo conductual considera que los comportamientos se aprenden de diversas maneras. Mediante la propia experiencia, la observación de los demás, procesos de condicionamiento clásico u operante, el lenguaje verbal y no verbal. En la terapia cognitivo conductual se cree que el temperamento del individuo es una herencia con la cual ya se nace, y es precisamente este temperamento con el que se empieza a interactuar con su entorno, donde se va adquiriendo pautas de comportamiento, que no siempre son beneficiosas tanto sí mismo o para los demás (Navarro, 2006).

Las técnicas cognitivo-conductuales están encaminadas a tratar de dar cambios en los comportamiento problemáticos del paciente, ya sea aumentando o disminuyendo comportamientos, creando nuevos, etc., en general lo que se busca es que la persona adapte eficazmente sus comportamientos a su entorno.

La terapia cognitivo-conductual, es una corriente psicoterapéutica que surge a principios de los años 60 e incorpora paulatinamente estrategias y procedimientos de la psicología cognitiva, y ahora se la conoce como Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (Rodríguez & Vetere, 2011).

La terapia cognitivo-conductual es una manera de tratar psicológicamente a quien lo requiera, en la cual el terapeuta y el paciente realizan un trabajo conjunto orientado a identificar y resolver los problemas que le afectan. En este tipo de terapia, el psicólogo asume que los patrones de pensamiento erróneos causan un comportamiento desadaptativo y emociones negativas. Los terapeutas ayudan a los pacientes a superar sus dificultades a través de un tratamiento enfocado en la modificación de patrones de pensamiento, de modo que se obtenga la modificación del comportamiento y el estado emocional (Reynoso & Seligson, 2005).

En la actualidad, la ayuda psicológica se hace más necesaria en cualquier instante de la vida del hombre, la función de este profesional es mediar y generar bienestar al ser humano, y para generar este bienestar, los procedimientos terapéuticos más buscados por los profesionales de la salud son aquellos que son estructurados, eficaces a corto plazo, característica del modelo de la terapia cognitiva conductual.

Hernández & Sánchez (2007), sobre la terapia cognitivo conductual, señalan las siguientes características:

- Las personas responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de responder a los acontecimientos mismos.
- La cognición es la mediadora del aprendizaje.
- La emoción y la conducta tienen como mediadora la cognición.
- Algunas formas de cognición pueden evaluarse y registrarse.

- La forma de pensar y de interpretar los hechos puede modificar la conducta y la emoción.
- Se utiliza tanto procedimientos cognitivos como conductuales para generar cambios.
- Se considera que la variación y la adaptación se genera una vez producido el cambio cognitivo mediante una serie de intervenciones tanto cognitivas como conductuales, aunque generalmente se trata de una combinación de ambas, logrando al final un mantenimiento de la conducta por un reforzamiento cognitivo, emocional y conductual.

El papel que desempeña el psicólogo clínico es ayudar al paciente a salir de los problemas que lo afectan. De acuerdo a Hernández & Sánchez (2007) el objetivo que se busca con la terapia cognitiva es ayudar a las personas a alcanzar un alivio de su desorden y prevenir la reincidencia.

Al respecto Garduño, Riveros, & Sánchez (2010) señalan que con la terapia cognitivo-conductual se busca modificar las cogniciones y conductas que afectan los problemas de salud, haciendo uso de técnicas para corregir pensamientos negativos, reducir los efectos del estrés con afrontamiento eficaz y regular las reacciones emocionales que se encuentren distorsionadas y que generan sufrimiento. Lo que se busca con la terapia cognitivo conductual es identificar cuáles son los pensamientos negativos que tiene la persona y lograr que los reemplace con pensamientos positivos, de esta manera se evidenciará un mejor comportamiento. En el caso de personas con cáncer terminal, con la terapia cognitivo conductual se cambia la tendencia de solo pensar en que va a morir, por el pensamiento de aprovechar cada minuto para vivir feliz y disfrutar de todo lo bello que está a su alrededor.

La psicoterapia cognitivo conductual cada vez se emplea más para afrontar problemas de salud, entre ellos a los pacientes con cáncer terminal, el paciente cuando es diagnosticado por esta mortal enfermedad cae en un estado depresivo que agudiza su problema de salud. Por ello, es importante brindar al paciente terapias que permitan mejorar el estado de ánimo del individuo.

La psicoterapia cognitiva conductual se compone de varias terapias relacionadas con procedimientos cognitivos y conductuales, de esta forma se busca mejorar la salud mental del paciente; primero con los procedimientos conductuales se pretende modificar la conducta mediante intervenciones directas, y en segundo instancia con los procedimientos cognitivos se busca modificar esa conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento (Hernández & Sánchez, 2007).

Así, mientras que en la práctica de la medicina la intervención acontece mediante, por ejemplo, la cirugía y el empleo de medicamentos, en la psicología clínica la intervención ocurre a través de la utilización de una considerable cantidad de técnicas orientadas a eliminar la sintomatología como el sufrimiento, que es una experiencia que aparece por la conjunción de un sinnúmero de síntomas y problemas que amenazan la integridad del paciente y su familia. El apoyo psicológico es un paliativo que busca reducir el sufrimiento y mejorar el bienestar de pacientes con enfermedades que amenazan la vitalidad (Krikorian, 2008).

Todo ser humano tiene sus propias características que lo hacen un ser único e irrepetible y se lo identifica por sus rasgos físicos, aunque estos van cambiando con el

paso de tiempo, también se identifica al hombre por su conducta, porque cada ser humano tiene su forma de ser y de actuar ante las diversas circunstancias y situaciones que se presentan en la vida diaria. “Esta unidad es cambiante y representa a la persona concreta que es” (Cloninger, 2003, pág. 116).

Por su parte Palaino, Cabanyes, & Del Pozo (2003 p. 228) señalan que “en la personalidad se fundamenta el estudio de los rasgos causales, temperamentales y dinámicos, por considerar que son estos rasgos los que determinan, en mayor grado, la constitución y consolidación de la propia personalidad”.

La personalidad, como lo señala Monge, Montalvo, & Gómez (2014) puede estar constituida por varios elementos entre ellos: la autorregulación conductual, la motivación que es característica propia del individuo, la propia identidad de la persona, entre otros. Todos estos rasgos que no son otra cosa que constructos teóricos, se utilizan para describir a las personas y comparar unas con otras, permitiendo al hombre actuar en distintas situaciones.

Según la teoría de Cattell (1949) citado por Monge, Montalvo, & Gómez (2014), existen diversos tipos de rasgos y se clasifican tomando en cuenta diversos criterios:

- Rasgos comunes: Están presentes en todas las personas.
- Rasgos únicos: Se evidencia en una persona y cuya manifestación no es similar a ningún otro individuo.
- Rasgos superficiales: Son las características propias de la personalidad, unidas a un conjunto de rasgos, que aparecen juntos en diversas ocasiones.
- Rasgos fuentes: Se considera como la entidad causal, que son responsables de la conducta que se manifiesta a través de los rasgos superficiales. Estos rasgos pueden ser generales, porque en diferentes ocasiones afectan la conducta del individuo. Se consideran específicos, porque se ponen de manifiesto en situaciones concretas.
- Rasgos motivacionales: Motivan las acciones para alcanzar una determinada meta.
- Rasgos aptitudinales: Aptitud y eficiencia que tiene el individuo para alcanzar una meta.
- Rasgos temperamentales: Estilo de respuesta del individuo ante determinadas situaciones.

Ante los rasgos que propone Cattell se concluye que cada uno de ellos, forman parte de las características del individuo y que la personalidad no es más que el patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida, a través de diferentes situaciones.

Actualmente la tecnología, la globalización, el consumismo, han cambiado el estilo y ritmo de vida de las familias. La mayor parte del tiempo se dedica al trabajo y a otras actividades, dejando a un lado la plática familiar, la armonía de la convivencia y mucho menos para entregar amor. El afecto en el hogar, es la base principal para la seguridad y la formación de la personalidad de los hijos. De acuerdo a lo que manifiesta Izquierdo (2013) es fundamental dar a los hijos afecto, ya que de esta manera ellos podrán desarrollar su capacidad de amar, pues la afectividad tiene un papel crucial en relación las reglas que rigen el comportamiento dentro de la familia, la cultura y la sociedad. No se puede olvidar que el amor se transmite principalmente en el hogar.

Es importante el criterio que tienen Sancho & Martínez (2011) sobre la afectividad, pues consideran que el ser humano, a más de pensar y razonar, también está marcado por su parte afectiva que remite a los sentimientos. Todo ser humano necesita sentirse querido, valorado y reconocido por alguien, porque el cariño aporta autoestima y felicidad. Las relaciones sociales, las amistades, el amor de pareja, la familia y el compañerismo cubren las necesidades afectivas de un ser humano a través de los momentos compartidos en común.

Gozar de una afectividad positiva implica mejorar la comunicación con las personas que nos rodean. Nadie puede adivinar el pensamiento, por eso es importante expresar los sentimientos de forma directa. Una palabra de afecto motiva a quien la recibe y da una gran satisfacción a quien la manifiesta. Tognetta, Liccardi, Leite, & Morishita (2011) consideran que la afectividad consigo mismo es lo más importante, porque permite al ser humano atribuirse valor personal y a los demás. La incomunicación es uno de los grandes problemas que produce dolor y soledad a nivel afectivo. El cariño y el cuidado, por sí solos, aunque son elementos importantes en cualquier relación, no son suficientes para la integración de los elementos cognitivos, afectivos y morales.

La afectividad es tan importante en todos los ámbitos de la vida del hombre, que todos sienten la necesidad de afecto, así mismo como se debe transmitir y dar amor a las personas con quienes se comparte a diario. Una persona que se encuentra delicada de salud, siente aún más la necesidad de recibir afecto de su familia y de quienes le brindan tratamiento médico.

Pallarés (2010) afirma que las emociones negativas pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo enfermo, como favorecer una crisis o engravecer la enfermedad instaurada, incidir sobre los hábitos de salud y distorsionar la conducta de los enfermos. Contrariamente, las emociones positivas favorecen las recuperaciones quirúrgicas, la supervivencia de los individuos y la curación, actúan como ayudantes de los tratamientos farmacológicos.

Al respecto Hug & Brussino (2003) señalan que la afectividad abarca tanto emociones, estados de ánimo, evaluaciones afectivas, convirtiéndose en una fuerza con la que las personas suelen experimentar sus emociones. Los profesionales de la salud deben saber dar una mala noticia, así como comprender el punto de vista del paciente, demostrando afecto, respeto y consideración. La comunicación debe estar basada en principios de veracidad, claridad y entendimiento, que permitan a las personas participar en su proceso asistencial.

Las noticias fuertes relacionadas sobre la salud se tienen que dar personalmente y en privado, haciendo notar al paciente que no es el final de su vida, sino que es una oportunidad para demostrar fortaleza, fuerza de carácter, ganas de vivir, es decir transmitir seguridad y confianza. Por su parte, la labor del psicólogo es ayudarlo a que lleve una mejor calidad de vida a través de orientaciones de salud, terapias, así como pautas que ayuden a restablecer su equilibrio emocional y afectivo.

Desde siempre se ha considerado que cada persona es un ser único e irrepetible, partiendo de aquello, se asevera entonces que cada ser humano tiene sus propias emociones, necesidades, sentimientos, pensamientos, situaciones que marcan su estado emocional; razón por la cual, cuando requiere apoyo psicológico, el proceso terapéutico también es exclusivo para cada individuo.

Sobre el proceso terapéutico Valverde (2002, p. 96) que es muy importante por permite “desarrollar sus habilidad sociales y a reflexionar con él acerca de las vicisitudes de su vida realacional para ayudarle a madurar y superar lo problemas”, entonces es un elemento importante de superación emocional. La terapia es un espacio donde el individuo puede expresar sus miedos, dudas, sentir las emociones sin miedo, le ayuda al individuo a aprender de sí mismo, reflexionar acerca de su propia vida.

Bellak (2004) evidencia que la terapia se la puede aplicar a cualquier clase de problema emocional. Una persona con una crisis emocional requiere apoyo psicológico, aunque la mayoría de personas empiezan un proceso terapéutico solo en los momentos de crisis, una vez superado desaparece la motivación para seguir explorando más profundamente los problemas.

Romero (2008) al referirse al trabajo psicoterapéutico considera que éste sirve para modificar positivamente la conducta de las personas, pues se le atribuye a esta técnica la responsabilidad en el proceso de cura. El papel que realiza el psicoterapéutico también es fundamental porque es determinante en la mejora del paciente, ya que es quien escucha sin juicios ni valoraciones; apoya al paciente para que comprenda y acepte el dolor, a su vez que lo acompaña en la búsqueda de otra mirada que le permita encontrar nuevas soluciones creativas a los problemas, y aliviar de esta manera el sufrimiento.

Al analizar los objetivos que persigue el proceso terapéutico, Hernández & Sánchez (2007, p. 50), en su obra Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud, consideran que uno de los objetivos es “facilitar la desintoxicación, deshabitación y tratamiento de las personas con problemas”. Para lograr este objetivo estos autores proponen la psicoterapia cognitivo-conductual que se refiere a una serie de terapias de salud mental, a través de procedimientos tanto conductuales como cognitivos.

En términos generales, el proceso terapéutico busca mejorar una situación problemática hasta llegar a la situación deseada, permitiendo que el paciente incremente su capacidad para resolver los problemas y aprenda a satisfacer adecuadamente sus necesidades en su relación consigo misma y con el entorno. Con el proceso terapéutico el individuo logra hacer conciencia y poner mayor atención en lo que estás haciendo, sintiendo y pensando; y el papel del terapeuta es facilitar esta conciencia para que se amplíe.

3. METODOLOGÍA

La presente investigación tiene un enfoque de tipo mixto, porque recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, se comienza examinando los hechos en sí relacionados con el estado emocional del paciente oncológico.

En este tipo de estudio se emplearon los métodos descriptivo, analítico y biográfico. Es descriptivo porque detalla las características, eventos y situaciones que reflejan la problemática a estudiar, en un orden lógico y secuencial.

Se realizó un análisis del caso del paciente investigado con el método analítico, describiendo el comportamiento del mismo frente a la situación que está viviendo, pues para comprender su estado emocional hubo que conocer la naturaleza de sus partes.

Además, se empleó el método biográfico que sirvió para obtener y mostrar el testimonio del caso en estudio, para ello se recabaron datos de los tanto los hechos como las valoraciones que el individuo hace de su existencia.

El tipo de estudio es biográfico, porque se estudia la historia de vida de los pacientes oncológicos, es un estudio que precisamente tiene sus orígenes en la disciplina de la psicología, entre otras. Este método está enmarcado dentro de la investigación cualitativa. Permite explicar la historia de vida del paciente que es sujeto de estudio, a través de la narrativa oral, donde se transcribe la historia que cuenta el paciente tal y como es.

Sobre la biografía e historias de vida, Hernández, Fernández, & Baptista (2014, p. 416) señalan:

Es una forma de recolectar datos, utilizada en la investigación cualitativa. Puede ser individual o colectiva, para realizarla se suelen utilizar entrevistas en profundidad y revisión de documentos y artefactos personales e historias. Han probado ser un excelente método para comprender, por ejemplo, el comportamiento de cualquier individuo.

Las técnicas empleadas dentro del tipo de estudio biográfico son:

Entrevista.- Es un diálogo que se da, en este caso, entre la investigadora y el paciente, que permite recabar información sobre el caso que es objeto de estudio. Es importante la entrevista porque se puede conocer directamente de la fuente el estado emocional en el que se encuentran.

- Entrevista 1.- Se entrevistó a la Psicóloga del Hospital de SOLCA de Machala, para conocer el caso del paciente oncológico que es investigado, su estado emocional y la evolución del mismo.
- Entrevista 2.- Se realizó una entrevista inicial al paciente, a los quince días de lo que fue diagnosticada su enfermedad, para conocer su estado emocional y la percepción que tiene sobre la situación que está viviendo. Se obtuvo información también, sobre el apoyo y efecto que recibe de su familia.
- Entrevista 3.- Se realizó una segunda entrevista al paciente para conocer cómo evoluciona en su estado emocional, luego de que va dos meses recibiendo las psicoterapias.

Anamnesis.- Permitted describir la muestra, presentando todos los datos que constan en la historia clínica del paciente investigado.

Test 1.- Se aplicó un test para valorar el estado emocional del paciente oncológico, a los quince días de lo que fue diagnosticada su enfermedad. Permite que el paciente realice un autoanálisis de sus emociones y estos datos se comparan con la información recabada a través de la entrevista 1.

Test 2.- Se aplicó nuevamente un test luego de haber transcurrido dos meses de lo que va recibiendo apoyo psicológico, con el fin de conocer cómo se encuentra emocionalmente y determinar la efectividad del tratamiento psicoterapéutico.

El participante que se ha seleccionado para el presente estudio, es un joven de 21 años de edad, con un diagnóstico de osteosarcoma; el cual se encuentra privado de su libertad en la ciudad de Machala.

En cuanto al procesamiento de la información, en primera instancia se acudió al Hospital de SOLCA de Machala, donde se solicitó autorización al Director para realizar el análisis de un caso de esta casa de salud, concedida la autorización se realizó una entrevista a la Psicóloga Clínica para conocer algún caso para tomarlo como estudio; seleccionada la muestra se solicitó la historia clínica del paciente para proceder a llenar la Anamnesis (Anexo A).

Luego se realizó una primera entrevista con el paciente oncológico para conocer su estado emocional y la percepción que tiene sobre la situación que está viviendo. En una segunda visita al paciente investigado se procedió a aplicarle un test con el fin de valorar su estado emocional. Se efectuó una segunda entrevista al paciente, y se aplicó nuevamente un test, luego de transcurrir dos meses, desde que recibe las psicoterapias, para conocer cómo evoluciona en su estado emocional ante la situación que está viviendo.

Los resultados obtenidos en las entrevistas, a través del test y en la anamnesis, fueron procesados, analizados y presentados en forma cualitativa. Finalmente la información recolectada en la investigación de campo, permitió redactar las conclusiones y recomendaciones.

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, se confirma que los pacientes oncológicos caen en un estado de depresión luego de recibir la noticia sobre su salud. Se considera que los trastornos psicológicos son frecuentes en personas que padecen una enfermedad oncológica, y una de ellas es la depresión. De acuerdo con Sagardoy, Romeo, & Meneses (2013) la depresión es una sintomatología común en los pacientes diagnosticados con cáncer y su calidad de vida puede variar en el transcurso de su enfermedad, para ello es fundamental el apoyo familiar, social y psicológico.

El paciente oncológico investigado, manifiesta que se resistía a creer que tenía esta mortal enfermedad pero con el paso del tiempo su salud fue empeorando, lo cual le llevó a una depresión. Entonces, se confirma la versión de Valencia (2006) cuando manifiesta que la respuesta emocional frente al diagnóstico se presenta en tres fases así: una inicial, en la que las personas reaccionan con incredulidad o rechazo y desesperación; sigue una de disforia, en la que están ansiosas y presentan un estado de ánimo depresivo, anorexia, insomnio, irritabilidad, concentración deficiente y alteración de las actividades cotidianas; y por último, si se brinda al paciente un buen apoyo psicológico y afecto por parte de la familia, se va dando la adaptación.

Ante los estados depresivos de los pacientes oncológicos es fundamental el apoyo psicológico, porque permite mejorar la calidad de vida y facilitar el proceso de adaptación y, en algunos casos, ayuda incluso a la supervivencia del paciente, porque un buen estado de ánimo le permite hacer frente a la realidad y colaborar en su proceso de curación. Los trastornos en el estado emocional del paciente es casi generalizado, así lo demuestra Valencia (2006) en su estudio quien señala que la tasas de prevalencia de la depresión varían entre el 9% al 58% de las personas diagnosticadas con cáncer.

Los resultados obtenidos también confirman la necesidad de brindar afecto al paciente oncológico, quien requiere sentir el amor de su familia, el apoyo moral de sus amigos. En la vida diaria los seres humanos sienten la necesidad de recibir afecto de parte de quienes le rodean, y una persona enferma aún es mayor esa necesidad. Un paciente oncológico, se siente más seguro, motivado, si recibe un beso, un abrazo, una caricia, o alguna otra muestra de amor. Ibáñez, Pérez, & Vargas (2012) consideran que se debe cubrir las necesidades emocionales que presenta el paciente oncológico a lo largo de su enfermedad, porque así se está potenciando su bienestar; entre las necesidades está la parte afectiva, pues el paciente necesita tener más seguridad y confianza, tanto en los médicos que lo atiende, así como también en la familia que lo cuida. El paciente siente la necesidad de que entiendan sus emociones, que lo escuchen y comprendan, y esto es fundamental que realicen sus familiares.

Entonces, se debe tomar en cuenta a Valencia (2006), quien manifiesta que el apoyo y afecto de la familia, los amigos y el equipo médico, ayuda al paciente oncológico a que el malestar desaparezca al cabo de unas semanas; aunque los altos niveles de depresión y ansiedad persisten y por lo tanto con frecuencia se requiere tratamiento psicológicos.

Igualmente de los resultados se infiere que el proceso terapéutico en los pacientes oncológico, les permite ir asimilando poco a poco su estado de salud e ir saliendo de la depresión en la que caen cuando reciben el diagnóstico médico. Mediante el proceso terapéutico se busca modificar la conducta del paciente, pues a través de este medio se aprende actitudes, valores y puntos de vista que el sujeto tiene a lo largo de su vida y durante su enfermedad. Con la psicoterapia se busca la felicidad del paciente, la asimilación de su estado, el aprendizaje de una forma directa de pensar y por ende manejar sus emociones y actos (Ibáñez, Pérez, & Vargas, 2012). Esta teoría de Ibáñez, Pérez & Vargas se confirma con los datos proporcionados por el paciente que fue objeto de estudio, a quien se ha ayudado en forma notoria la terapia recibida por parte de la psicóloga de la casa de salud donde se encuentra asilado.

Se efectúa el análisis del efecto del tratamiento cognitivo conductual en el paciente. A los quince días desde que el paciente oncológico que es objeto de estudio, recibió el diagnóstico médico, se realizó la primera entrevista y se aplicó un test, donde se evidenció que el paciente se encontraba deprimido debido a su estado de salud. Luego empezó con el tratamiento psicológico cognitivo conductual, y al haber recibido durante dos meses la psicoterapia, se vuelve a entrevistar al paciente y aplicar nuevamente un test con el fin de conocer su evolución, cuyos resultados demuestran que no existen cambios mayores en su estado emocional. La causa para que no haya superado totalmente la crisis emocional puede ser debido a la falta de afectividad de su familia y amigos; pues el paciente oncológico no recibe la visita de familiares, y la soledad puede estar ahondando su crisis emocional. El apoyo, afecto, comprensión del entorno familiar es fundamental en los pacientes oncológicos.

CONCLUSIONES

Luego del trabajo investigativo se concluye que:

- El estado emocional del paciente oncológico investigado, se vio afectado desde el momento en que recibió el diagnóstico médico, quien presentó reacciones emocionales como tristeza, conmoción, depresión, ansiedad, culpa, incredulidad, incertidumbre, confusión, ante esta situación, se le brindó apoyo psicológico respectivo para que le ayude a enfrentar y facilitar el proceso de adaptación a la nueva situación, sin embargo no se dieron buenos resultados, considerando que puede ser debido a la falta de afecto de su familia.
- Los estados emocionales son el motor del individuo y se halla influenciado por la afectividad que recibe de su entorno familiar y social. Las emociones pueden ser positivas o negativas y éstas a su vez condicionan las acciones y las decisiones.
- La afectividad es un aspecto esencial en los pacientes oncológicos, quienes sienten la necesidad de recibir amor de parte de su familia, el apoyo ante la situación que están viviendo. El afecto es una necesidad básica del hombre, y en un paciente oncológico le ayuda a sentirse más seguro, respaldado y que pueden contar con su grupo familiar para hacer frente a la nueva realidad.
- La psicoterapia cognitivo – conductual, ayuda a los pacientes con cáncer a ir asimilando la realidad que enfrenta y los cambios que se dan en su vida; pues el psicólogo le provisiona apoyo emocional mediante diversos elementos de la situación terapéutica.

RECOMENDACIONES

- Brindar apoyo psicológico a los pacientes con cáncer, a partir del diagnóstico médico, con el fin de que acepte la realidad y evitar trastornos psicológicos y/o alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales. Es importante también el apoyo y ayuda emocional a los familiares en el afrontamiento de la nueva situación; de esta manera se facilita la adaptación a la enfermedad por parte del paciente y de su familia y se favorece para que el paciente tenga una buena calidad de vida que las circunstancias le permitan.
- Propiciar estados emocionales positivos en los pacientes oncológicos, por parte de su entorno familiar y social, a través de las demostraciones de afecto, con el fin de que tenga una actitud positiva ante su enfermedad.
- Cubrir durante toda la enfermedad las necesidades de afecto, amor y pertenencia del paciente oncológico, ya que es fundamental para la adaptación del mismo, por lo tanto la estructura familiar se la considera como un predictor de la calidad de vida y afrontamiento de la enfermedad.
- Trabajar, con los pacientes oncológicos, con la terapia cognitivo conductual, ya que se la considera muy efectiva en el tratamiento de estados de ansiedad, depresión, entre otras; el profesional a través de técnicas y estrategias psicológicas ayuda al paciente a afrontar su problema emocional y lo maneja hasta eliminarlo. La terapia cognitivo-conductual parte de que los patrones de pensamiento mal adaptativos provocan emociones negativas y un comportamiento contraproducente que interfiere con la vida diaria, mediante la terapia se modifican los patrones de pensamiento, de modo que se obtenga la modificación del comportamiento y el estado emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto, P., & Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. Barcelona, España.
- Bellak, L. (2004). Psicoterapia breve y emergente. México, México: PRAX.
- Cloninger, S. (2003). Teorías de la personalidad. México: Pearson.
- Díaz, J. L., & Flores, E. (agosto de 2001). La estructura de la emoción humana: un modelo cromático del sistema afectivo. México.
- Die, M. (2013). Intervención psico-oncológica en el ámbito hospitalario. Madrid, España.
- Feliu, J., Cruzado, J., & López, S. (01 de 06 de 2009). Rendimiento cognitivo, estado emocional y calidad de vida en pacientes de cáncer de colon previamente a recibir tratamiento de quimioterapia. Madrid, España.
- Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez, J. (Agosto de 2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. México, México.
- Hernández, M., Cruzado, J., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M., y otros. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. España.
- Hernández, N., & Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo - conductual para trastornos de la salud. IEPCCM.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
- Hug, M., & Brussino, S. (Septiembre de 2003). Intensidad afectiva: Su relación con la valoración cognitiva del evento emocional y de los rasgos de la personalidad. Argentina.
- Ibáñez, E., Pérez, G., & Vargas, J. (2012). Terapia racional emotiva. México, México.
- Izquierdo, S. (junio de 2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva conductual. Colombia.
- Krikorian, A. (2008). Valoración del sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. Medellín, Colombia.
- Monge, C., Montalvo, D., & Gómez, P. (12 de 04 de 2014). Los conocimientos sobre rasgos de personalidad del profesorado como facilitadores de la innovación educativa: estado del arte. Alcalá, España.
- Montaña, M., Froján, M., Ruiz, E., & Virués, F. (2011). El proceso terapéutico: momento a momento. Madrid, España.
- Navarro, M. E. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. México.
- Páez, D., & Carbonero, A. (1993). Afectividad, cognición y conducta social. País Vasco.
- Palaino, A., Cabanyes, J., & Del Pozo, A. (2003). Fundamentos de Psicología de la personalidad. Madrid: Rialp S.A.
- Pallarés, M. (2010). Emociones y sentimientos. Barcelona: VITAE.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México: El manual moderno S.A.
- Rodríguez, B., Palao, A., & Orgaz, P. (2007). Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Complicaciones Psiquiátricas: ansiedad y depresión. Buenos Aires: Panamericana.
- Rodríguez, R., & Vetere, G. (2011). Manual de terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad. Argentina: 2011.

- Rodríguez, R., Hernando, F., Cruzado, J., Olivares, M. E., Jamal, I., & Laserna, P. (11 de 06 de 2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. Madrid, España.
- Romnero, A. F. (junio de 2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. Murcia, España.
- Sagardoy, L., Romeo, M., & Meneses, S. (noviembre de 2013). Prevalencia de depresión en pacientes con cáncer de mama. España.
- Sancho, D., & Martínez, A. (octubre de 2011). Afectividad positiva y salud. Valencia, España.
- Tognetta, L., Liccardi, L., Leite, L., & Morishita, M. (marzo de 2011). Formación ética y afectividad. Brasil.
- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. Colombia.
- Valverde, J. (2002). El diálogo terapéutico en exclusión social. Madrid, España: NARCEA.
- Ventura, M. (2015). Procesos emocionales y efectivos. Veracruz, México.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. (20 de junio de 2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. Medellín, Colombia.

ANEXOS

ANEXO A

ANAMNESIS

Entrevistador: Yislaine Cortez Barros

Fecha: 16/07/2015

I. DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombre: N.N

Edad: 21 años

Fecha y lugar de nacimiento: 24 de diciembre de 1993

Instrucción: Secundaria incompleta

Ocupación: Ninguna

Estado civil: Soltero

Religión: Católico

Nombre del Padre: Juan Varas

Nombre de la Madre: Sara Campoverde

Hermanos: 2

Edades: 12 y 14

Centro de estudio: Vicente Rocafuerte

Grado: Segundo curso

Procedencia: Guayaquil

¿Con quién convive? Solo

II. PROBLEMA ACTUAL

Motivo de consulta – Problema actual

Remitido a Psicología Clínica para preparación psicológica por diagnóstico de tumor óseo maligno (Osteosarcoma).

Inicio y curso (síntomas)

Paciente privado de libertad que hace 9 meses sufrió un accidente de tránsito en calidad de pasajero, el cual presentó trauma en extremidad inferior derecha, luego de esto pasó con dolores durante 5 meses y se observó inflamación, por lo que es llevado a SOLCA Machala por sospecha de tumor, donde es valorado y se diagnostica osteosarcoma, momento en el cual se le informa al paciente que el primer paso del tratamiento es la amputación.

Frente al diagnóstico oncológico y al tratamiento que se debe realizar, se desencadenó un estado de ánimo deprimido, que obedeció a su proceso de adaptación frente a su nuevo estilo de vida.

Hace un mes y medio se realizó la amputación, paralelo a esto se hizo la debida intervención ya que se tenía que trabajar con su autoestima, terapia de apoyo y que se vaya familiarizando con su cuerpo.

Actualmente se encuentra recibiendo su segunda quimioterapia.

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

1. Gestación (pre-natalidad):	
Edad de la madre al nacer: 19 años	
2. Parto:	
Tipo de atención:	
Eutócico: X Distócico	
¿Por qué?	
¿Fue a término? SI (X) No (): Presentación (utilización de Fórceps, cesárea)	
Post-natalidad	NO REFIERE
Estatura al nacer:	
Estatura al nacer	
Peso: Perímetro cefálico:	
Torácico:	Lloró:
Reflejos:	
3. Desarrollo psicomotor	NO REFIERE
Lenguaje: Juego:	
A qué edad caminó:	
Control de esfínteres: Encopresis si () no (). Control a los () años.	
Enuresis si () no (). Control a los () años	
Motricidad gruesa:	
Movimiento de pinza:	
4. Alimentación en la infancia:	
Paciente refiere que a pesar de la pobreza en la que vivía con su abuela, su alimentación fue balanceada.	

5. Crianza por parte de los padres: Solo padre:	Solo madre: Ambos:
Otro(s) pariente(s) (Indicar): Abuela	
6. Juego infantil	
Juega solo o con otros niños:	
Paciente indica que jugaba mucho con sus vecinos cuando era niño, todas tardes.	
Amigos imaginarios:	
7. Carácter y comportamiento en los primero años:	
En su niñez era algo desobediente y malcriado con su abuela, pero refiere que ella lo era todo para él.	
8. Relación Social (niñez)	
Con los padres: Regular	
Con los hermanos: Buena	
Otros familiares:	
Conocidos:	
Grado de integración con ellos: Escaso a excepción con su abuela cuando vivía.	
9. Escolaridad:	
Ingreso a la escuela (¿se adaptó?): Si se adaptó porque tenía muchos amigos en ésta.	
Integración con los compañeros: Buena	
Comportamiento en el salón de clases: En el aula era inquieto, no prestaba atención a las clases	
En las horas de esparcimiento (recreo): Jugaba futbol con sus amigos	
Relación con los demás: Buena	
Aislamiento: si () no (X). Explique:	

10. Experiencias durante los estudios primarios (recurso y apoyo, problemas de indisciplina):

Paciente informa que no le gustaba hacer los deberes, era muy inquieto en clases, tuvo problemas en su escuela y por varias ocasiones le llamaron a su abuela para comunicarle sobre su mal comportamiento.

11. Experiencias durante el bachillerato (recurso y apoyo, problemas de indisciplina):

El paciente tenía bajo rendimiento escolar, no prestaba atención a sus profesores y que en muchas ocasiones se fugó del colegio, refiere poco control de parte de su abuela.

12. Particularidades de la adolescencia (ambiente afectivo/ trabajo):

En esta etapa el paciente refiere que sufrió demasiado, ya que a los 13 años falleció su abuela y desde ese momento quedó desamparado, su padre se lo llevó a su casa para que viva con él y con su nueva familia. Joven considera que desde la muerte de su abuelita ya nada fue igual, tuvo problemas con su padre debido a que no tenía buena relación con su madrastra; empezó a relacionarse con malas amistades, comenta que llegaba del colegio y salía a la calle todo el día y llegaba solo a dormir. Desde los 13 años empezó a consumir marihuana y a los 14 años se fue de la casa. Luego de irse de su casa con tan solo 14 años de edad empezó a trabajar en construcción y a vender caramelos en los buses hasta que sus malas amistades le llevan a delinquir para así mantenerse y desde ese día se dedicó a eso

13. Enfermedades y accidentes (desde la niñez a la actualidad):

Joven comenta que anteriormente no ha tenido ninguna patología, ni accidentes durante su niñez y adolescencia, hasta lo recientemente ocurrido.

14. Elección de pareja:

¿Le cuesta trabajo elegir pareja? Si
¿Es fiel y exigente? Fiel pero no exigente
Noviazgo (número y duración de ellos) Joven comenta que tuvo tres novias y que lo máximo que ha durado es un año y medio de relación.
Matrimonio (edad del paciente y la pareja)
¿Qué opinión tiene acerca del matrimonio? No refiere
Particularidades del día de la boda:
Vida matrimonial (armonía o desarmonía conyugal)
Separación:

Divorcio (causas):

15. Historia sexual

¿Cuándo y cómo aprendió por primera vez sobre el sexo?

Paciente refiere que en el colegio les daban educación sexual y que su primera experiencia fue con una trabajadora sexual a los 15 años, debido a las influencias de sus amigos.

¿Le comentaron alguna vez en casa el tema del sexo?

No

¿Cuál era la actitud de tus padres acerca del sexo?

Ninguna

ANEXO B

Test 1: INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LA ANSIEDAD

HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo

<p>1. A veces 0. Nunca</p>
<p>A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago: 0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo</p>
<p>D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho</p>
<p>A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca</p>
<p>D.6. Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto</p>
<p>A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca</p>
<p>D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca</p>

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

ANSIEDAD TOTAL: 18

DEPRESIÓN TOTAL: 20

Según el test que se ha realizado para medir el estado emocional del paciente, ha arrojado los resultados de 18 puntos en la escala de ansiedad y 20 puntos en la escala de depresión, lo cual demuestra que el paciente se encuentra muy afectado debido a su enfermedad médica.

ANEXO C

Test 2: INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LA ANSIEDAD

HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

<p>A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:</p> <p>0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo</p>
<p>D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <p>3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuido como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho</p>
<p>A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:</p> <p>3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca</p>
<p>D.6. Espero las cosas con ilusión:</p> <p>0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto</p>
<p>A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:</p> <p>3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca</p>
<p>D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:</p> <p>0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca</p>

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

ANSIEDAD TOTAL: 12

DEPRESIÓN TOTAL: 15

Según el test que se ha realizado para medir el estado emocional del paciente, ha arrojado que los niveles de ansiedad y depresión han bajado, lo cual demuestra que en los dos meses que han pasado y ha recibido intervención psicológica con la terapia cognitivo conductual su estado emocional ya no se encuentra tan afectado como al principio, a pesar que los resultados no son los esperados pero se espera que sea un buen inicio.

ANEXO D

Guión de entrevista 1

- 1.- ¿Cómo se sintió cuando recibió la noticia de que padecía de una enfermedad oncológica?
- 2.- ¿Que hizo luego de recibir la noticia?
- 3.- ¿Con quién estaba cuando le dieron la noticia?
- 4.- ¿Cómo fueron sus días después de recibir la noticia?
- 5.- ¿Quién ha estado brindándole cuidados durante el tiempo que está hospitalizado?
- 6.- ¿Ha recibido muestras de afecto de parte de amigos y familiares?
- 7.- ¿Cómo es su forma de vida ahora?
- 8.- ¿Qué piensa hacer a futuro?
- 9.- ¿Qué es lo que más necesita actualmente?
- 10.- ¿Ha recibido apoyo psicológico?

ANEXO E

Guión de entrevista 2

- 1.- ¿Cómo se siente ahora emocionalmente, luego de que está recibiendo apoyo psicológico?
- 2.- ¿Con qué frecuencia recibe terapias psicológicas?
- 3.- ¿Cómo ve la vida ahora?
- 4.- ¿Qué piensa de su estado de salud?
- 5.- ¿Considera que la ayuda psicológica ha sido positiva?

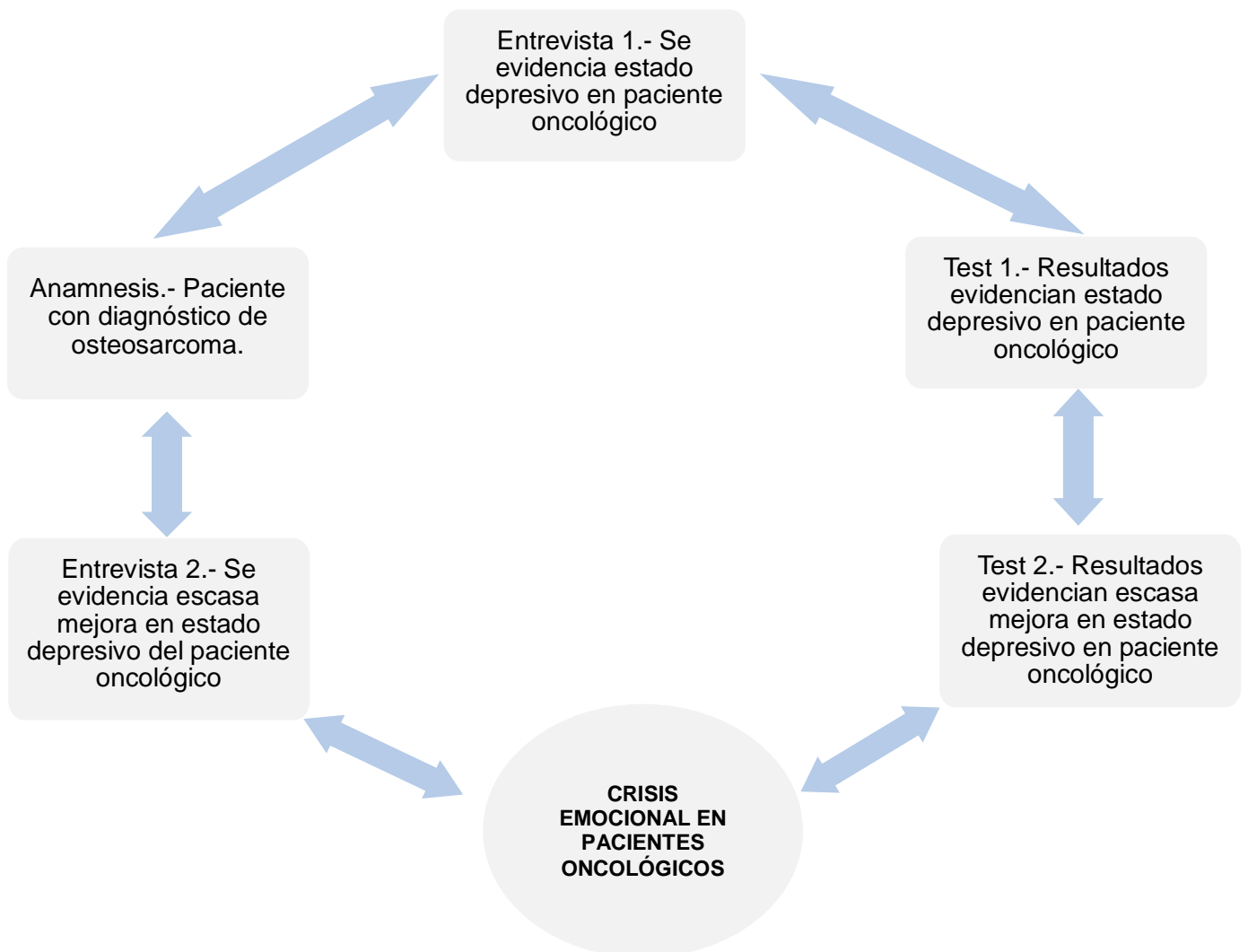
ANEXO F

Triangulación de los resultados

TEMA: Afectividad en los pacientes oncológicos

OBJETO DE ESTUDIO: Estado emocional de pacientes oncológicos.

OBJETIVO: Caracterizar el estado emocional de pacientes oncológicos con tratamiento psicológico cognitivo conductual



Para Ibáñez, Pérez , & Vargas (2012), mediante el apoyo psicoterapéutico, se busca que el paciente encuentre una forma de pensar más funcional, menos dolorosa, de tal manera que el sufrimiento, las penas, el pensamiento negativo se vuelva un poco menos doloroso y que se pueda disfrutar de la vida, obtener emociones más funcionales y que le permitan al individuo vivir de una forma más confortable.

Por su parte Vinaccia & Orozco (2005), señalan que el diagnóstico de una enfermedad terminal siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales, por ello actualmente se realiza un trabajo en equipo entre el oncólogo y el psicólogo, para el control de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.

CRISIS EMOCIONALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Para Die (2013) padecer una enfermedad oncológica aumenta el riesgo de que una persona desarrolle crisis emocionales debido al enorme estrés que conlleva padecer una enfermedad que es crónica, grave, y potencialmente mortal. Los pacientes pueden desarrollar un trastorno psiquiátrico (por ejemplo, un trastorno afectivo, un trastorno de ansiedad, ataques de pánico) simplemente en respuesta al temor o al conocimiento de que padecen un cáncer, y requerir para ello tratamiento psiquiátrico mayor.

En el caso del objeto de estudio, la crisis emocional se inició desde el momento mismo en que fue confirmado su diagnóstico médico. La soledad, la falta de afecto, profundizan su crisis.

El estado emocional del paciente oncológico empieza a sufrir alteraciones desde el momento mismo, en el cual le entregan el diagnóstico médico, el paciente recibió la noticia estando solo, pues se encuentra alejado de la familia, quienes residen en otra provincia.

Mediante la anamnesis se puede conocer su cuadro clínico, el cual es muy crítico, y la psicóloga del hospital detectó alteraciones en el estado emocional del paciente. A los quince días desde que el paciente oncológico que es objeto de estudio, recibió el diagnóstico médico, se realizó la primera entrevista y se aplicó un test, donde se evidenció que el paciente se encontraba deprimido debido a su estado de salud.

Ante la crisis emocional del paciente se hizo necesario un tratamiento psicológico, haciendo uso de la psicoterapia cognitivo conductual, procedimiento realizado por la psicóloga de SOLCA. El objetivo es ayudarlo a afrontar la enfermedad de manera menos dolorosa emocionalmente.

Al recibir durante dos meses la psicoterapia, se vuelve a entrevistar al paciente y aplicar nuevamente un test con el fin de conocer su evolución, cuyos resultados demuestran que no existen cambios mayores en su estado emocional. La causa para que no haya superado totalmente la crisis emocional puede ser debido a la falta de afectividad de su familia y amigos; pues el paciente oncológico no recibe la visita de familiares, y la soledad puede estar ahondando su crisis emocional. El apoyo, afecto, comprensión del entorno familiar es fundamental en los pacientes oncológicos.

Es conveniente seguir brindando la psicoterapia por un lapso mayor de tiempo, hasta conseguir modificar determinados comportamientos del paciente que le impiden aceptar y adaptarse adecuada o eficazmente a la enfermedad y reducir su nivel de angustia, ansiedad y tristeza.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: YISLAINE ÚLTIMO PARA URKUND.docx (D15669317)
Submitted: 2015-10-14 06:39:00
Submitted By: shiscortez_90@hotmail.com
Significance: 4 %

Sources included in the report:

TESIS XIMENA Y MIRIAM.docx (D13537903)
tesis cap 1 revisiones.docx (D14078153)
GISSELA PATRICIA QUEZADA VALAREZO.docx (D13013554)
Nuvia Alvarado capitulo I.docx (D13142554)
DEPRESION POST PARTO (informe final).docx (D14834627) PROYECTO LORENA NIEVES
Y WALTER PACHECO.pdf (D13379183) [http://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/73/img/Doc4-
Anexo2_Instrumentosdemedidadelaansiedad](http://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/73/img/Doc4-Anexo2_Instrumentosdemedidadelaansiedad) (HADyGoldberg).pdf
<https://nsihuaym.files.wordpress.com/2011/04/lectura-nc2ba-1-personalidad1.docx>

Instances where selected sources appear:

12