



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DISTÍMICOS
ONCOLÓGICOS

JARAMILLO RAMOS MARIA DEL CISNE
PSICÓLOGA CLÍNICA

SOLANO PINEDA ALBA LICENIA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2016



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
DISTÍMICOS ONCOLÓGICOS

JARAMILLO RAMOS MARIA DEL CISNE
SOLANO PINEDA ALBA LICENIA

MACHALA
2016



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO DE TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DISTÍMICOS
ONCOLÓGICOS

JARAMILLO RAMOS MARIA DEL CISNE
PSICÓLOGA CLÍNICA

SOLANO PINEDA ALBA LICENIA
PSICÓLOGA CLÍNICA

SERRANO POLO OSCAR RODOLFO

Machala, 14 de octubre de 2016

MACHALA
2016

Nota de aceptación:

Quienes suscriben SERRANO POLO OSCAR RODOLFO, VILLAVICENCIO AGUILAR CARMITA ESPERANZA, BLACIO AGUILAR GEOVANNY SPENCER y SANCHEZ PADILLA YADIRA LILIANA, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DISTÍMICOS ONCOLÓGICOS, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



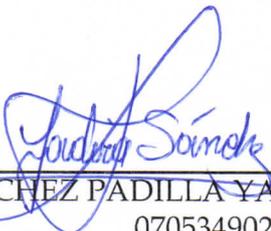
SERRANO POLO OSCAR RODOLFO
0701356552
TUTOR



VILLAVICENCIO AGUILAR CARMITA ESPERANZA
0701684755
ESPECIALISTA 1



BLACIO AGUILAR GEOVANNY SPENCER
0701894065
ESPECIALISTA 2



SANCHEZ PADILLA YADIRA LILIANA
0705349025
ESPECIALISTA 3

Machala, 14 de octubre de 2016

Urkund Analysis Result

Analysed Document: JARAMILLO RAMOS MARIA DEL CISNE.docx (D21519669)
Submitted: 2016-08-27 18:11:00
Submitted By: mariadelcisne21@hotmail.com
Significance: 6 %

Sources included in the report:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.docx (D21489181)

Instances where selected sources appear:

12

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, SOLANO PINEDA ALBA LICENIA, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DISTÍMICOS ONCOLÓGICOS, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que él asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 14 de octubre de 2016


SOLANO PINEDA ALBA LICENIA
0704504737

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, JARAMILLO RAMOS MARIA DEL CISNE, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DISTÍMICOS ONCOLÓGICOS, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que él asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 14 de octubre de 2016



JARAMILLO RAMOS MARIA DEL CISNE
0705195584

DEDICATORIA

Este trabajo de análisis de caso, lo dedico infinitamente a Dios quien me ha sido fortaleza en nuestra formación, él ha sido mi guía, mi luz, mi acompañante fiel, en cada paso de mi vida. A mi querida madre que ha sido mi ejemplo de lucha, perseverancia y fortaleza, eh querido dedicarle el presente trabajo; es mi manera de honrarle con seguridad que desde el cielo me estará protegiendo, mi bendición, mi hija que ha sido mi apoyo incondicional y mi motivación día tras día, y sin desmerecer a mi compañero de vida, el mismo que con su dedicación sabio amor y comprensión me ha sabido guiar y acompañarme en mi vida profesional como personal; como no dedicar también este logro a mi familia cada uno de ellos, que creyeron en mi brindándome siempre su apoyo y confianza.

ALBA SOLANO PINEDA

Dedico el presente trabajo de titulación a dios por darme por haberme guiado para que culminen mis estudios, a mis padres quienes en todo momento me brindaron su apoyo a que siga adelante y no desmaye en mis estudios y supieron guiarme para convertirme en una excelente profesional a la Universidad técnica de Machala que desde el primer momento que ingrese me abrió sus puertas a través de sus docentes me impartieron sabios conocimientos que me servirán para ponerlos en prácticas en mi ejercicio profesional.

MARIA DEL CISNE JARAMILLO RAMOS

AGRADECIMIENTO

Con la humildad que nos caracteriza, queremos extender nuestro agradecimiento a todos los docentes quienes sin egoísmo nos han compartido su conocimiento, mostrando su lado humano y enriqueciendo con la ciencia. También un extenso agradecimiento al tutor el Dr. Oscar Serrano Polo, quien nos brindado su tiempo y dedicación en todo el proceso de titulación, a nuestras amigas y compañeras de aula que con quienes hemos compartido muchas vivencias en todo el proceso académico.

Finalmente a todas las autoridades de la universidad técnica de Machala, que día a día están formando profesionales competitivos

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DISTIMICOS ONCOLÓGICOS.

RESUMEN

María del Cisne Jaramillo Ramos
C. c: 0705195584
mariadelcisne21@hotmail.com

Alba Licenia Solano Pineda
C. c: 0704504737
albasolanopineda@hotmail.com

Coautor: Dr. Oscar Rodolfo Serrano Polo. Mg. Sc.
C. c: 0701356552
oserrano@utmachala.edu.ec

El presente trabajo es describir las estrategias de afrontamiento que desarrollan los pacientes distímicos con diagnóstico de cáncer. El estudio se efectuó en dos pacientes que han sido diagnosticados con cáncer en diferentes partes físicas de su cuerpo, dichos pacientes se encuentran en sus respectivos hogares. Dando inicio a la investigación, Se desarrolló una relación entre los síntomas depresivos y las estrategias de afrontamiento que utilizan algunos pacientes, que son diagnosticados con la enfermedad del cáncer, y apoyándose en el enfoque psicológico cognitivo conductual se describen los procesos cognitivos mediante el cual, los pacientes asimilan los estímulos provenientes del exterior, el modo de como interiorizo las vivencias que han sido significativas para el paciente y la repercusión que esta tiene al afrontar un evento estresante. El tipo de estudio del presente trabajo es mixto, debido a la utilización de técnicas de exploración psicológicas enfocadas en la evaluación de cualidades mentales que intervienen en el proceso de elaboración de respuestas cognitivas y conductuales cuantificables, mediante el uso del inventario de depresión de Beck y el inventario de respuestas de afrontamiento, el uso de entrevistas semiestructuradas e historia clínica permitió profundizar en la esfera familiar, social y personal siendo valoradas estas áreas se evidencio la afectación como consecuencia de la depresión conocida como distimia. Posteriormente se realizó una triangulación de la información, recabada en las técnicas

y contrastadas con otras investigaciones, evidenciándose que las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente son las orientadas a la emoción, que generalmente evita hacer frente a los problemas, debido a la percepción de las situaciones estresantes fuera de su alcance para modificarlas. Finalmente se recomienda la psicoterapia cognitiva conductual, orientada a la modificación y reestructuración cognitiva, de este modo el paciente podrá elaborar estrategias de afrontamiento que le permitirán llevar una vida más satisfactoria.

Palabras claves: Estrategias de afrontamiento, distimia, cáncer, cognitivo conductual, reestructuración cognitiva.

COPING STRATEGIES IN PATIENTS DISTIMICOS ONCOLOGY

SUMMARY

Maria del Cisne Jaramillo Ramos
C. c: 0705195584
mariadelcisne21@hotmail.com

Alba Licenia Solano Pineda
C. c: 0704504737
albasolanopineda@hotmail.com

Coauthor: Dr. Oscar Rodolfo Serrano Polo. Mg. Sc.
C. c: 0701356552
oserrano@utmachala.edu.ec

The objective of the present work is to describe the coping strategies in patients distimicos with cancer diagnosis, development is a direct relationship between the depressive symptoms in the development of coping strategies, based on the cognitive-behavioral psychological approach describes the cognitive processes by which patients assimilated the stimuli from the outside. The type of study of this work is mixed, due to the use of techniques of psychological exploration focused on the exploration of mental qualities that are involved in the process of development of cognitive and behavioral responses quantifiable through the use of the Beck Depression Inventory and the inventory of coping responses, the use of semi-structured interviews and clinical history allowed for a deeper in the family sphere, social and people affected by the distímia, subsequently made a triangulation of information collected in the techniques and contrasted with other investigations, thus exhibiting that the coping strategies used by the patient are those aimed at the emotion that usually prevents to cope with the problems due to the perception The stressful situations as outside its scope to modify. Finally we recommend the cognitive-behavioral psychotherapy, oriented to the modification and cognitive restructuring, in this way the patient may develop coping strategies to help you live a healthier life.

Key words: Coping strategies, distímia, cáncer, cognitive-behavioral, cognitive restructuring.

INDICE

	pag
DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
SUMMARY	V
INTRODUCCIÓN	8
1.GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	10
1.1 Definición y hechos de interés	10
1.2 Causas del problema de estudio	12
1.3 Tipología y síntomas asociados.....	13
1.4 Pronóstico	14
1.5 Contextualización y objetivo.....	14
2.FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA DEL OBJETO DE ESTUDIO	15
2.1 Descripción del apartado teórico.....	15
2.2. Enfoque epistemológico y teoría de soporte	16
2.2 Argumentación teórica de la investigación	18
3.METODOLOGÍA	23
3.1 Diseño de investigación.....	23
3.2 Técnicas e instrumentos utilizados	24
3.3 Categorías De Análisis.	27
4.DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	27

CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
Bibliografía.....	33
ANEXOS.....	37

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge ante la necesidad de conocer las diversas formas de comportamiento que las personas diagnosticadas de cáncer emplean para afrontar esta grave condición de salud, con frecuencia manifiestan síntomas depresivos tales como tristeza, desesperanza. Comportamientos que debido al tiempo de duración e intensidad afecta negativamente a la vida del paciente, al igual que sus esferas familiares sociales y laborales, viéndose afectadas es áreas. Se pretende explicar de forma descriptiva para una mayor comprensión del comportamiento del individuo siendo necesario analizar las estrategias de afrontamiento que desarrollan los pacientes distímicos oncológicos mediante la aplicación de instrumentos de evaluación psicológica.

En el presente trabajo de investigación los pacientes en estudio, presentan el diagnóstico de distimia, la misma que se ha definido como el estado crónico de la depresión. Según el modelo cognitivo su origen se debe al inadecuado procesamiento de la información. La depresión puede reconocerse por una serie de síntomas tales como estado de ánimo triste y vacío, irritabilidad y malhumor, casi todo el tiempo; la pérdida de interés y disminución de energía, fatiga, síntomas que afectan significativamente a los pacientes (Korman & Sarundiansky, 2011). Mencionan que las estrategias de afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos que el sujeto tiene para sobresalir del estímulo estresante de manera positiva y saludable Macías y Orozco (2013). Asumiendo una visión profesional del que hacer psicológico, es necesario analizar las diversas formas de afrontamiento de las personas oncológicas, con el propósito de brindar apoyo al desarrollo saludable de conductas que le permitan sobreponerse a los problemas.

En el mundo entero se han efectuado estudios acerca de la salud mental y su implicación en las múltiples esferas de la vida del ser humano, destacando que el bienestar psicológico influye directamente sobre el físico, de este modo al observar pacientes en condiciones médicas graves se deduce una afectación en su calidad de vida, enmarcados en las actuales políticas de salud. En Ecuador se evidencia el interés por

los cuidados y promoción de estilos de vida saludables, los mismos que ejercen a la población hacia una cultura preventiva de salud. (IESM-OMS, 2008)

Las generalidades y conceptualizaciones del objeto de estudio se desarrollaron en los dos primeros capítulos, se relacionan los síntomas psicológicos con la fundamentación teórica epistemológica para explicar el origen de la sintomatología clínica, dos últimos capítulos donde se detalla la metodología, conclusiones, recomendaciones en base al tema de estudio nos servirá para la validación y comprensión del presente trabajo.

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES DISTÍMICOS ONCOLÓGICOS.

1.1 Definición y hechos de interés

Las estrategias de afrontamiento son acciones que el individuo utiliza para reducir al mínimo la afectación de los factores estresores, involucra recursos personales, cognitivos y conductuales de carácter dinámico y se desarrollan para dirigir acciones como: tolerar, disminuir, aceptar o ignorar la afectación sobre su vida, la respuesta de afrontamiento depende de la relación que realiza el sujeto entre la disponibilidad de sus recursos en base a experiencias previas, por consiguiente es necesario precisar algunos requisitos para que la elaboración de las estrategias de afrontamiento sean positivas y ayuden a solucionar problemas. (Esguerra, Espinosa, Gomez, & Contreras, 2007).

En estudio realizado por Compas 1987 y citado por (Marquez, 2006) donde coinciden que el afrontamiento orientado a la emoción en las acciones, el individuo emplea para modificar o evitar el acontecimiento estresante en intentos cognitivos de crear nuevas fuentes de satisfacción positivas de uno mismo o de su entorno.

En el desarrollo del cáncer, repercute de forma negativa en la bienestar psicológico experimentando niveles de angustia emocional, con frecuencia desarrollan síntomas propias de la depresión tales como: pérdida de interés, miedo a la muerte, sentimientos de inutilidad, irritabilidad, negación, cambios en su imagen corporal, baja autoestima, anhedonia en diversas áreas de la vida, en algunos casos el paciente presente mayor vulnerabilidad para el desarrollo de estados depresivos graves. (Cabrera, Mendoza, & Castro, 2010).

El cáncer es un proceso de crecimiento y esparcimiento incontrolados de células anormales, pueden aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo, en sus fases de

mayor avance el tumor suele atacar cualquier tejido u órgano próximo, de esta manera según su gravedad puede causar la muerte (Bandi, Barrera, & Graves, 2012). El cáncer ejerce una acción limitante para el desarrollo de actividades físicas e intelectuales dentro de las diversas áreas personales, de esta forma las repercusiones psicológicas en los enfermos son graves y la manifestación de síntomas psicológicos se pone de manifiesto, siendo uno de ellos la negación de su enfermedad, agresividad, distraibilidad y mayormente se evidencia la depresión que evoluciona aceleradamente.

Según Guinot (2013), la depresión es uno de los problemas más frecuentes en el paciente cuando afronta cáncer terminal, el paciente oncológico al momento de ser diagnosticado asocia su enfermedad a la muerte, le invade sentimientos de tristeza, muerte, inseguridad, dolor, sufrimiento que le obligan al paciente a realizar cambios tanto en su vida personal, familiar social, el dolor se adueña de su vida. El cáncer viene acompañado de emociones que para los pacientes oncológicos son difíciles de manejar.

En el estudio realizado en Colombia Oliveros, Barrera, Martínez y Pinto (2010), considero evaluar las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas por pacientes con cáncer entre las edades de 20 a 55 años, arrojando los siguientes resultados: dentro de las estrategias orientadas al problema, buscan modificar las situaciones de estrés que provienen del entorno y los recursos que favorecen su aparición, tales como obstáculos que impidan alcanzar sus deseos, resolución de problemas y búsqueda de apoyo social, se obtuvo el 83 %, y por otro lado, en las estrategias orientadas a la emoción mismas que se centran en sus aspectos psicológicos y personales dentro de aquellas están la variación de sus aspiraciones, cambios motivacionales y cognitivos arrojando un resultado del 9.7 %.

En un estudio realizado por: Gallardo, Jiménez, González y Villaseñor (2013), mencionan que a pesar que la distimia no es diagnosticada frecuentemente. Ha diferencia con la depresión mayor que es más evidente, debido a la duración e intensidad de los síntomas es señalada como un estado emocional crónico. La Organización Mundial de la Salud indican la prevalencia del trastorno depresivo mayor y la distimia en el transcurrir de la vida oscila entre 4.2 y 17%, algunos autores concuerdan que es un problema de salud pública donde la prevalencia oscila entre 10 a 25% mujeres y de 5 a 12% en hombres. Se debaten algunas hipótesis que no han sido

comprobadas en los que están inmersos, factores hormonales, los efectos del parto, y los diferentes factores de estrés psicosocial para las mujeres respecto a los hombres.

En una investigación hecha en Colombia con el propósito de tasar la cantidad de personas afectadas según la discapacidad en los trastornos afectivos y de ansiedad, encontraron que aproximadamente el 38% de las personas entrevistadas presentan un trastorno mental como la distimia, y las consideran una discapacidad mental grave, y son tratadas en formas ambulatoriamente mencionan (Calvillo, Negro, & Venesio, 2010).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se estima que en el 2012 en Ecuador, el número de enfermos con cáncer en hombres fue de 162 por 100.000 habitantes, por encima de países como Perú, Venezuela, por debajo de Brasil o Cuba. En el 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes. Un aspecto importante que señala en el presente trabajo, es la relación que se establece entre la presencia de cáncer como un factor desencadenante para el desarrollo de la distimia, esta enfermedad no ha sido estudiada en Ecuador, se acudido a citar las tasas de cáncer y depresión.

1.2 Causas del problema de estudio

Martín y Cordobés (2013) señalan que la fase final de la vida de una persona con cáncer, involucra alteraciones sociales, físicas y psicológicas en los propios pacientes, también su área familiar se deteriora y provoca cambios profundos en la vida del enfermo. Frente al diagnóstico de cáncer los miembros de la familia enfrentan graves dificultades emocionales, pueden experimentar duelo debido a la visión de muerte próxima de su familiar; esta situación afecta al paciente, destacando la depresión crónica, conocida como distimia.

La distimia es el estado crónico de una depresión caracterizada por una duración mayor a dos años, cuyos síntomas afectan gravemente a sus pacientes. En el presente trabajo de investigación el cáncer constituye un factor predisponente para el desarrollo y evolución crónica de la depresión, donde se ha observado que las repercusiones

manifiestas son representativas. Según Jimenez, Gallardo, y Villaseñor (2012) señalan que la depresión es una enfermedad crónica capaz de incapacitar al paciente en el cumplimiento de los roles dentro de la familia, así mismo, restan la funcionalidad dentro del trabajo e inciden directamente sobre las relaciones sociales que suelen verse marcadas por distanciamiento y aislamiento afectivo: por otra parte se ha observado que los pacientes que se recuperan de la distimia tienen un alto riesgo de decaer. La definición antes mencionada, enfatiza el carácter dinámico de la afectación de la enfermedad, siendo una de ellas la familiar, donde cada uno de sus miembros deberá incluir desde ahora en adelante múltiples actividades de apoyo según el estado del cáncer y del estado depresivo.

1.3 Tipología y síntomas asociados

Los síntomas descritos anteriormente, se observaron que las personas con diagnóstico de alguna enfermedad oncológica o terminal. La afectación a nivel psicológico es grave y tiene una pobre consciencia del estado de ánimo normal, por lo que las consecuencias de un pensamiento negativo continuo y la baja autoestima pueden ser importantes a lo largo de la vida, existen varias hipótesis acerca del origen de esta enfermedad, al respecto Jiménez, Gallardo, Villaseñor y González (2012) mencionan “la etiología del trastorno distímico es compleja y multifactorial; involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, aunque aún no se ha llegado a un consenso o conclusión definitiva”(p. 213).

Existen factores estresantes que permiten el desarrollo de los síntomas depresivos; estos pacientes presentan disfunciones en el contexto familiar, alteraciones en el sueño y abandonan sus trabajos debido a la falta de productividad, esta situación los lleva a experimentar sentimientos de inutilidad que se relacionan con el estrés; éste provoca preocupación, angustia, los mismos que puede conducir a disfunciones sociales, personales, desórdenes familiares e incluso sociales, caracterizándose el retraimiento social (Pereira, 2009)

Klappan (1966) citado por Diaz y Yaringaño (2010) menciona que la mitad de los pacientes oncológicos presentan trastornos adaptativos, ansiosos y depresivos, los sujetos al ser diagnosticado con una enfermedad crónica mediante procesos psicológicos establecidos en su mente asocian la enfermedad con la muerte y el dolor, siendo así que todas las respuestas cognitivas y conductuales para afrontar la enfermedad depende del significado que le otorgue.

1.4 Pronóstico

La identificación de los pensamientos automáticos en los pacientes, consiste en identificar los pensamientos negativos automáticos, conduciéndolos a notar si esos pensamientos poseen una base real para ser sostenidas en el tiempo. Así mismo, llevarle a un punto de reflexión donde pueda analizar la afectación que ejerce dicho pensamiento sobre su estado de ánimo y su conducta; una de las técnicas utilizadas y recomendadas es la “flecha descendente” que consiste en llevarlo cada vez más a las profundidades y consecuencias de mantener dicho pensamiento irracional (Glick, 1999). La aplicación de técnicas cognitivas conductuales permitirá a los sujetos evaluar los acontecimientos de forma racional y verificar la validez de los pensamientos, a través de herramientas psicológicas como el debate cognitivo de la información; este proceso psicoterapéutico debe ser guiado por el profesional de la salud mental bajo objetivos establecidos a disminuir la depresión y las distorsiones cognitivas.

1.5 Contextualización y objetivo

La investigación se efectúa en la ciudad de Machala, perteneciente a la Provincia de El Oro, Ecuador, con una población de 245.972 personas, se ha podido evidenciar algunos factores socio-culturales, como la baja escolaridad, con nivel económico medio, la mayoría de su población se dedica a la actividad agrícola, camaronera, comercial, y minera, encontrándose sus fuentes de trabajo en sectores, rurales, tienen que trasladarse

a estos sitios, involuntariamente abandonando sus hogares, algunos de ellos con alguna dificultades de salud.

Por consiguiente, la afectación de la distimia lleva al planteamiento del siguiente objetivo: Analizar las estrategias de afrontamiento que desarrollan los pacientes distímicos oncológicos mediante la aplicación de instrumentos de evaluación psicológica.

2. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA DEL OBJETO DE ESTUDIO

Estrategias de Afrontamiento en Pacientes Distímicos Oncológicos desde el Enfoque Cognitivo Conductual

2.1 Descripción del apartado teórico

El enfoque cognitivo conductual como fundamento teórico psicológico del presente trabajo, está presente con la conceptualización del abordaje integral del objeto de estudio, así como el análisis de las particularidades que intervienen en el desarrollo de las diferentes estrategias de afrontamiento.

En una investigación realizada por Watson y analizado por Suárez (2013), en relación a la psicología conductista, señala que la psicología ha de analizar exclusivamente los datos objetivos de la conducta, suprimiendo los procesos subjetivos que efectúan los sujetos. De esta forma surgió interés por analizar estos procesos donde se observó que los pacientes interactúan y elaboran información, convirtiéndose en sujetos activos de los acontecimientos psicológicos.

El cognitivismo se presenta no sólo como una nueva escuela psicológica sino que revisa varios niveles de la consciencia, asigna al sujeto un carácter activo en el procesamiento de la información con funciones activas y selectivas de los estímulos. De acuerdo a los exponentes cognitivistas, establecen una relación de similitud entre el funcionamiento del psiquismo humano con un computador, la forma que extrae la mente las representaciones significativas, del modo que ha sido percibida la información y su

expresen comportamental en todas la esferas de la vida (Silva, 2013). Cabe señalar que la psicología cognitivista se desarrolló cuando existía el apogeo de la informática en las computadoras, es así, que tomaron el modelo del procesamiento de la información aplicándolos a los procesos mentales, para posteriormente explicar y fundamentar el comportamiento humano, esto incluye aspectos netamente psicológicos como es la memoria, el pensamiento, la atención y otras funciones mentales.

Por otra parte, se evidencia dentro de los trabajos de Skinner, una evolución más profunda en el abordaje de la conducta humana al explicar la conducta como controlable mediante estímulos y reforzadores, tanto sociales ambientales y personales, esta conducta se puede evidenciar cuando la persona realizaba acciones constantes para obtener determinadas situaciones, a esto se le llamó condicionamiento operante, posteriormente postuló los reforzadores e inhibidores a las conductas del ser humano, donde se incluye la voluntad del sujeto como mediador para tomar decisiones en la vida, logrando así la integración entre el psiquismo humano y aspectos externos como estimuladores integrados a la respuesta humana (Padra, 1995). A diferencia del condicionamiento clásico que lo limita a una respuesta determinada ante un estímulo, el condicionamiento operante le permite al sujeto realizar un mayor número de acciones para obtener resultados, le otorga la capacidad de involucrar la voluntad y elegir sobre sus consecuencias, otro aspecto importante son los reforzadores negativos y positivos estos actúan como la palabra lo dice reforzando una conducta para hacerla permanente o también la pueden desaparecer.

2.2. Enfoque epistemológico y teoría de soporte

Existen tres aspectos fundamentales que permiten el procesamiento de la información en las personas, la misma que al ser analizada en la mente se expresa a través del comportamiento; estos tres elementos principales son: los esquemas o estructuras cognitivas, el proceso cognitivo y el evento cognitivo o producto cognitivo. Con respecto a los esquemas cognitivos Prada (1995) indica que son la base donde se almacena la información emocional, perceptiva y creencias vividas en el pasado, y tienen la función de dirigir la atención del sujeto hacia determinados objetos y

situaciones, además que le brinda los recursos para que evalúe todos los estímulos proveniente del exterior con un criterio ya presente en las bases de la información. Para los cognitivistas los esquemas cognitivos pueden ocasionar alteraciones en la percepción debido al almacenamiento de conceptos negativos o muy rígidos vividos del pasado.

Según Oblitas (2008) indica que los esquemas cognitivos están ordenados en forma de jerarquías, conformadas por las experiencias vividas en el pasado tanto negativas como positivas, las mismas que actúan en un nivel inconsciente influyendo sobre el procesamiento de la información que provenientes del medio ambiente que el sujeto se encuentra expuesto, siendo así que dirigen el comportamiento de las personas. Los acontecimientos de las personas pasan a una base de información, en una primera instancia las personas utilizan estas experiencias previas para evaluar y actuar frente al medio, la utilización constante de algún patrón de pensamiento hará que este proceso adquiera un carácter inconsciente, es decir, el comportamiento será mecánico, transformándose en un estilo del procesamiento de la información.

El segundo aspecto vital para el juicio de la cognición son los procesos cognitivos, involucran procesos de transformación de la información en base a los esquemas, organización de la nueva información proveniente del medio, la retienen y jerarquizan la información en los diferentes esquemas, recuperan y permiten el uso de la información y en la adquisición de nuevos conocimientos (Navarro, 2008). Una de las funciones principales es el de trasladar conceptos establecidos en los esquemas cognitivos a niveles más altos de la consciencia para que puedan ser perceptibles y modificados mediante la utilización de la percepción y análisis de los objetos; se involucran todos los sentidos perceptivos tales como la atención quien dirigirá la cognición a evaluar las situaciones y les otorga un carácter dinámico a todo lo interiorizado, y como parte final es la elaboración de los productos cognitivos.

Estos procesos que realiza la mente humana para la elaboración de información, pueden realizar un proceso mental equivocado, o disfuncional, siendo un error en el procesamiento de la información, es así que los cognitivistas proponen un modelo explicativo de los problemas psicológicos; se indica que las disfunciones en el procesamiento de la información dan origen a la depresión, como lo menciona Gomez,

Guerrero, & Gonzalez (2014), que previo a darse un pensamientos disfuncional ya tiene estructurada un información las que cumplirán la función como elemento de vulnerabilidad y son responsables de codificar el proceso de la información.

Aarón Beck en el año 1967, considerado como el padre de la psicoterapia cognitiva conductual, postuló algunas teorías basadas en las cogniciones y en el procesamiento de la información, generalmente estas presentaban algún tipo de disfunción, constituyendo la base para la disfunciones y alteraciones psicológicas. Riso (2006) menciona el cognitivismo asigna a los pensamientos distorsionados. a las ideas disfuncionales como factores que predisponen y desarrollan los problemas y alteraciones psicológicas, así también, le asignan gran importancia en la manifestación y sostenimiento de emociones negativas. Como se discurre en la afirmación brindada anteriormente, los pensamientos son la parte final del proceso cognitivo, posteriormente describimos las características y los contenidos de información que permiten el desarrollo de la depresión.

2.2 Argumentación teórica de la investigación

Consecuentemente, se infiere que las estrategias de afrontamiento de las personas distímicas oncológicas, con frecuencia son negativos, debido a la estructura de los contenidos psicológicos. Uno de los aspectos del modelo cognitivo conductual para el tratamiento de pacientes es el uso de técnicas psicoterapéuticas encaminadas a la modificación de conductas, estableciendo una relación entre los procesos y contenidos del pensamiento, permitiendo establecer una inferencia entre el comportamiento y las perturbaciones del estado de ánimo (Glick, 1999).

En la psicoterapia cognitivo conductual, existen cuatro principios básicos, según lo describe Roca (2010) como primero es promover la observación de pensamientos automáticos negativos: este consiste en atender los pensamientos que acompañan a una determinada situación; en segundo momento busca identificar las creencias irracionales que mantienen dichos pensamientos, en esta se suele utilizar la técnica cognitiva del registro de pensamientos automáticos para posteriormente debatirlo; como tercer momento menciona refutar las creencias irracionales, la que pudiera utilizar la técnica

basada en la realidad “ comprobación empírica”; y finalmente como cuarto principio es reemplazar la creencias irracionales por otras más útiles, posterior a los procesos antes mencionados. Los pasos mencionados son los principios generalmente utilizados durante el proceso de la planificación psicoterapéutico, pero las técnicas varían de acuerdo a la alteración psicológica detectada por el profesional de la salud mental.

La depresión es un sistema de razonamiento constituidos por las creencias irracionales, siendo una característica propia del ser humano, muchas de la veces en los pacientes depresivos el pensamiento se ve afectado debido a traumas del pasado lo cuales asocia a las emociones negativas todo influye su calidad de vida (Alvarez, 2013). Las experiencias del pasado, son de vital importancia para el estudio y diferenciación de las ideas disfuncionales y su implicación en la formación de nuevos conceptos por parte del paciente hacia la vida.

Beck explica sobre el modelo de depresión basándose en la triada cognitiva, las personas tienden a ver una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, los pacientes distímicos procesan la información de una forma inadecuada generalizando sus problemas, se debe a la percepción que tienen ellos del mundo de una manera inadaptada, afectando su bienestar (Coppari, 2010). La depresión influye en la vida del individuo de manera negativa, esto se debe a la manera que ellos perciben de su entorno, se debe al mal procesamiento de la información afectando en diferentes áreas de su vida.

Al respecto Beck, Ruch, Shaw y Emery (2010) menciona que la inferencia arbitraria es la característica es la interpretación negativa de los acontecimientos a pesar de contar con información verídica que refutan sus ideas; en la abstracción selectiva se centran en un detalle extraído fuera de su contexto y conceptualiza las vivencias en base a ese fragmento; así mismo en la generalización excesiva elabora una regla general e interpreta los próximos acontecimientos en base a aquella idea que con frecuencia es negativo; en la maximización y minimización, el sujeto realiza un análisis exagerado de las situaciones, la misma que le genera estados de ansiedad; en la personalización se observa como el paciente se atribuye sucesos del exterior aun sin estar dentro del asunto y finalmente el pensamiento absolutista dicotómico refleja el pensamiento

polarizado del paciente, es decir positivo o negativo, siendo esta la base para muchas frustraciones.

Otro de los postulados para explicar la depresión es la triada cognitiva, esta supone la visión del sujeto, de su presente y de su futuro de una forma negativa. Beck, Ruch, Shaw y Emery (2010) indican que los componentes de la triada cognitiva son: a) la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, donde el mismo se percibe como inferior y falta de capacidades para ser feliz, además, asume que debido a algún defecto todo le saldrá mal; b) interpretación negativa de sí mismo, interpreta las situaciones del mundo externo en base a aspectos negativos aun donde no las hubiese; c) visión negativa acerca del futuro, en esta situación se proyecta al futuro pero con la idea que todo le saldrá mal. En este tipo de modelo de la depresión, se evidencia la implicación de las estructuras psicológicas negativas sobre las cogniciones de forma inconsciente.

Lazarus en el año 1922, considerado el mayor investigador y precursor en analizar las respuestas de los seres humanos para afrontar situaciones complejas, define el afrontamiento como las respuestas cognitivas y comportamentales constantemente dinámicas que se desarrollan para manejar situaciones específicas, externas o internas, que son evaluadas como sobreabundantes o desbordantes de los recursos del individuo (Castaño & León, 2010). La reacción de afrontamiento que elaboren las personas, está ligadas a los procesos cognitivos que se muestran en los comportamientos expresados por los pacientes, estableciéndose así, una relación directa entre el procesamiento de la información y las estrategias de afrontamiento.

El afrontamiento maneja situaciones que puedan generar estrés en el individuo, estas buscan tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que causa incomodidad (Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2013). La presencia de estrategias de afrontamiento orientadas a defender el bienestar psicológico del paciente, pero se suma a esto la presencia los rasgos personológicos los mismos que influyen directamente sobre el análisis e inferencia que realiza el sujeto sobre la situación.

Las estrategias de afrontamiento se han clasificado en dos grupos, Contreras, Esguerra, Espinoza y Gomes (2008) describen las estrategias focalizadas en las emociones y estrategias focalizadas en la solución de problemas; las estrategias de afrontamiento orientados a la emoción nacen cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para

modificar los eventos que le ocasionan daño psicológico o físico, y los estilos de afrontamiento dirigidos al problema tienen mayor probabilidad de aparecer cuando las situaciones son percibidas como susceptibles de cambio. Según la valoración que realiza el sujeto, será capaz de aceptar la realidad de la situación e identificar si tiene los recursos para afrontar, estos pueden ser propios del individuo o ambientales, para hacerle frente y salir adelante.

Estudios efectuados por Lazarus y Folkman en el año 1986, mencionan respecto al afrontamiento centrado en el problema, es hacer uso de los recursos internos y externos que posee el individuo, convirtiéndose en un buscador de solución a su problemática, haciendo uso de sus capacidades racionales y encontrar el camino más adecuado para afrontar a la demanda estresante que presenta (Barreda, 2012). Recurrirá al afrontamiento activo, con el cual le ayudará a no percibir el evento como amenazante, ayudándose con una planificación mental, para llevar a la acción los recursos para afrontar y a su vez le conducirá al individuo al apoyo de las redes sociales, familiar, laboral con la visión de mejorar su demanda estresora.

En la investigación realizada por Carmona, Vega, y Carrillo (2015) mencionan que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, señala cuatro momentos, en el primer momento por el “distanciamiento” definido como recurso que hace uso el individuo para evitar la afectación de evento estresante o la crisis que ocasiona el mismo, la siguiente estrategia dirigida a la emoción, menciona el “autocontrol” como factor que será utilizado para lograr establecer un equilibrio entre sus sentimientos y emociones, dentro de la misma secuencia se refiere a la “reevaluación positiva”, la cual permitirá al individuo percibir de forma positiva el evento que está afrontando, y transformando los hechos desfavorables en crecimiento personal, finalmente se señala a la estrategia “Escape o Evitación” se la utilizaría en el nivel conductual, no favorable.

Según Perez y Rodriguez (2011) mediante estudios basados en la Escala de Estrategias de Copping dentro de las estrategias orientadas al problema tenemos: La reevaluación positiva, comprende cuando el individuo trata de comprender las causas del problema buscando la solución que admitirá al caso. A su vez que acude a la Búsqueda de apoyo social, que se refiere cuando el individuo comparte su problema con sus más allegados: familia, amigos, para así obtener un apoyo emocional, esto le

sirve de gran ayuda para poder afrontar la situación del problema. Mencionando las estrategias dirigidas al control de la emoción como es la evitación cognitiva, se refiere cuando el sujeto tratar de no mencionar el problema, omitiendo del proceso de pensamiento, sea una situación perturbadora o triste para el individuo. Como consiguiente admite la Búsqueda de alternativas; es el momento donde se refiere a la selección de las diferentes opciones éstas que sean las indicadas, que ayuden a solución del problema que lo está afectando y este no sea un factor estresante o preocupante para su vida.

En una investigación realizada para determinar los estilos de afrontamiento en las pacientes con cáncer de cuello uterino. Baiocchi, Ostos, Palomino y Tam (2013) concluyeron que el mayor número de pacientes se inclinan a la negación como mecanismo de defensa y la parte restante actúo como si nunca hubiera sucedido; dichos estilos de afrontamiento se observan debido a que las pacientes prefieren negar tener la enfermedad, de este modo dan a entender que tienen tendencia a negar su enfermedad; debido al impacto que produce el diagnóstico de cáncer y en muchos de los casos no prestan el debido cuidado a su estado de salud. A pesar del diagnóstico de cáncer, algunos pacientes pueden desarrollar estrategias de afrontamientos, con el objetivo principal de aliviar sus temores internos.

Una de las técnicas cognitivas es la identificación de los pensamientos automáticos, que consiste en enseñarle al paciente a identificar los pensamientos negativos automáticos enseñándole a identificar si esos pensamientos poseen una base real para ser sostenidas en el tiempo. Así mismo, enseñarle y llevarle a un punto de reflexión donde pueda analizar la afectación que ejerce dicho pensamiento sobre su estado de ánimo y su conducta; una de las técnicas utilizadas y recomendadas es la “flecha descendente” que consiste en llevarlo cada vez más a las profundidades y repercusiones que tiene el mantener dicho pensamiento irracional (Glick, 1999). El empleo de esta técnica se efectúa con el uso de un registro de pensamientos que realizará en casa y aplicará el mismo procedimiento efectuado en la psicoterapia bajo la orientación del psicoterapeuta, las sesiones varían de acuerdo a la valoración y disminución de los problemas psicológicos.

La psicoterapia cognitivo - conductual fomenta la independencia del paciente, se enfatiza el aprendizaje y la modificación de comportamientos a través de las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades cognitivas que le permitan hacer frente a las situaciones adversas, mediante la utilización de información cognitiva saludable, al respecto Orozco y Vargas (2012) indican que la psicoterapia cognitiva está dirigida a la modificación de comportamientos y pensamientos, la relación psicoterapeuta – paciente es activa, orientando al paciente a la independencia y formación de nuevos esquemas de pensamiento con respecto a las situaciones complejas que pueda vivenciar.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de investigación

En la presente investigación, el estudio que se realizó fue mixto, así lo demuestran las herramientas utilizadas para la presente investigación como son: test psicológicos, entrevistas semiestructuradas y la historia clínica, insumos que permitieron conocer y evaluar la interacción del individuo en su entorno y el respectivo análisis del objeto de estudio. El método mixto de la investigación, es un proceso de análisis de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, permite indagar o responder el planteamiento del problema analizando las cualidades y características propias del objeto de estudio que se va a analizar así lo mencionan (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010).

En el presente estudio se utilizó los métodos analítico y biográfico: el analítico es un proceso que nos permite incorporar conocimientos, conocer más sobre el objeto de estudio, mediante el análisis de sus partes y así poderlas estudiarlas en forma individual (Moran & Alvarado, 2010), este método permitió analizar de manera profunda el desarrollo y la evolución de la distimia, al igual que estudiar los factores que inciden para que los pacientes utilicen diversas estrategias de afrontamiento. El

método biográfico basado en la interpretación de la vida del paciente, mediante la utilización de técnicas psicológicas, como entrevistas permitiendo ofrecer un análisis profundo dar una mejor explicación del objeto de estudio (Sanz, 2005).

3.2 Técnicas e instrumentos utilizados

Las técnicas e instrumentos que se empleó dentro de la presente investigación fueron: la entrevista semiestructurada requiere de una serie de decisiones que el entrevistado experimenta durante todo ese proceso, el objetivo de esta entrevista es conocer de forma verbal las percepciones del individuo (Díaz, Torruco, & Martínez, 2013). Durante la investigación, sirvió para valorar las diferentes áreas del sujeto como: sus habilidades sociales su sintomatología, estilo de vida, su estructura familiar deseos, aspiraciones de esta forma se ha obteniendo un análisis de nuestro objeto de estudio. (VEASE ANEXO C)

La Historia Clínica, es un instrumento que reúne los datos de la vida del paciente, que permite conocer el curso de la vida del paciente, en ella se incluye los datos familiares, sociales y se manejan de manera muy delicada (Guzman & Arias, 2012). En la presente investigación se utilizó la historia clínica, fue de gran ayuda para obtener información del paciente mediante la validación de herramientas psicológicas, se logró obtener un diagnóstico del estado de su enfermedad y como se ve afectada en diferentes áreas. (VEASE ANEXO A)

La Observación, es un elemento fundamental de todo proceso de investigación; se recoge las partes más importantes del trabajo de campo, en cual el investigador obtiene una variedad de documentos Díaz (2011). El estudio se basa observación directa de los sucesos que se presentan durante el desarrollo de la investigación, es así como se puede determinar los factores importantes para el respectivo análisis del caso. (VEASE ANEXO B).

Mediante la entrevista y la observación se obtuvieron datos precisos que permitieron llevar a cabo la línea de investigación y así armar la historia personalógica del paciente,

en ella incluyen los datos del sujeto a evaluar, permitiendo analizar las áreas: familiar, personal social laboral. (VEASE ANEXO D).

Los instrumentos psicológicos. Son instrumentos de evaluación psicológica, permite obtener información del sujeto que se va a estudiar, existen diferentes tipo de instrumentos que intenta explicar el comportamiento humano (Gonzalez, 2007). En la presente investigación, para determinar la salud mental de nuestro paciente, se realizó la administración de test psicométricos que detallaremos a continuación.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es un instrumento compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Cuyo objetivo es detectar y evaluar la gravedad de la depresión. (VEASE ANEXO E).

En el presente estudio de investigación se le aplicó ambos pacientes cuyos resultados obtenidos fueron los siguientes: el paciente A obtuvo una puntuación de 39 correspondiente a una depresión grave; seguida del paciente B obtuvo una puntuación de 40 indicando una depresión grave, evidenciándose los síntomas de la desesperanza frente a la enfermedad.

Los dos pacientes obtuvieron resultados similares, dieron como resultado una depresión grave evidenciándose síntomas característicos de la depresión, tales como la visión negativa de sí mismo y de su futuro, de la misma manera esto influye directamente sobre las estrategias de afrontamiento.

Se aplicó al paciente el inventario de respuestas de afrontamiento CRI cuyo objetivo es valorar las estrategias utilizadas en situaciones estresantes. El inventario de respuestas de afrontamiento consta de 48 ítems. Ante un estresor determinado, el sujeto debe puntuarlo en una escala de 4 alternativas; incluye 10 ítems en los que el sujeto debe describir un acontecimiento estresante por lo que te esté pasando en ese momento (VEASE ANEXO F).

El Test CRI-A clasifica las respuestas de afrontamiento en ocho escalas: Respuestas de Aproximación de tipo Cognitivo: Análisis Lógico (LA) y Revalorización Positiva (PR); Respuestas de Aproximación de tipo Conductual: Búsqueda de Apoyo y Orientación (SG) y Resolución de Problemas (PS); Respuestas de Evitación de tipo Cognitivo Evitación Cognitiva (CA) y Aceptación o Resignación (AR); Respuestas de Evitación

de tipo Conductual: Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (SR) y Descarga Emocional (DE).

Los resultados obtenidos en nuestros pacientes fueron: El paciente A obtuvo una puntuación de 11, lo cual nos da como resultado un estilo de afrontamiento conductual con una estrategia de afrontamiento de evitación intentando reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

El paciente B, obtuvo una puntuación de 9, lo cual da como resultado un estilo de afrontamiento conductual con una estrategia de afrontamiento de evitación intento de reducir la tensión expresando sentimientos negativos, este estilo de afrontamiento se encasilla dentro de las estrategias de tipo emocional, donde el paciente percibe que no puede realizar nada para modificar aspectos que le generan afectación; al igual que la utilización de la confrontación del problema siendo una característica la presencia de ideas negativas como se observa en los resultados.

Los dos pacientes analizados poseen en común sus porcentajes, siendo un indicador de las diferencias y similitudes que poseen las personas distímicas oncológicas, es vital señalar que la distimia es un factor que favorece al desarrollo de estrategias de afrontamiento de carácter negativos o aversivos, pudiendo estar basados en la orientación basadas en la solución de problemas u orientadas a las emociones.

La muestra seleccionada está compuesta por dos personas de sexo femenino y masculino, comprendidas en la edad de la adultez mayor, que presentan diagnóstico de cáncer, con nivel de escolaridad incompleto, y su estatus económico bajo; seguido se explica la realización de la investigación en primera instancia, se procedió a la búsqueda del objeto de estudio, que se acoplará al campo de la investigación, luego se solicitó el permiso mediante un consentimiento informado (VEASE ANEXO G) que los datos obtenidos sean desarrollados para nuestro trabajo, una vez autorizado el permiso se procedió a realizar el contenido de la investigación.

Culminado el trabajando mediante el uso de las diversas herramientas mencionadas, se procedió al análisis de resultados mediante la triangulación (VEASE ANEXO H), para la mejor comprensión del caso.

3.3 Categorías De Análisis.

Distimia: ser diagnosticado con distimia a los pacientes objetos de estudio, posee una enfermedad médica crónica “cáncer”, considerada como predisponente para el desarrollo de esta grave enfermedad del estado de ánimo como es la distimia y los síntomas depresivos son: tristeza, angustia, sentimientos de soledad e inutilidad, así también estos síntomas generan grave afectación a diversas áreas entre ellas está la familiar, provocando cambio de roles y sentimientos asociados a la depresión debido a la condición médica de su familiar.

Estrategias de afrontamiento: Los comportamientos y reacciones psicológicas emocionales, conforman las diferentes estrategias de afrontamiento, las mismas que son manifiestas cuando los sujetos se encuentran expuestos a situaciones consideradas estresantes con el objetivo de enfrentarlas, pero la misma singularidad del ser humano y otros aspectos psicológicos únicos de cada persona, hacen posible que cada persona emita una respuesta psicológica – comportamental diferente conforme interpreta las situaciones. Existen dos tipos: orientadas a la emoción y a la resolución de problemas.

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Mediante las entrevistas semiestructuradas, los paciente expresan mayor deterioro en su bienestar psicológico posterior al diagnóstico de cáncer, la presencia de tristeza, desesperanza y visión negativa del futuro aumentaron conforme a los tratamientos médicos aplicados tales como las quimioterapias; las alteraciones del sueño como el insomnio, falta de apetito y mayor intensidad de la tristeza y angustia por un lapso mayor a dos años, se enmarcaron en el diagnóstico de Distimia, concordando con lo expuesto por Guino (2013) el cáncer ocasiona el desarrollo de emociones negativas, el miedo, la angustia, el sufrimiento, la inseguridad, el dolor, la incertidumbre, se adueñan de su persona, provocando un estado crónico de depresión.

La distimia se forma debido a los errores en el procesamiento de la información, el individuo teniendo la información que contrasta a sus pensamientos erróneos, insiste en mantenerse en lo negativo, ya sea dimensionando o minimizando los hechos. Mediante

los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck, se encontró la presencia de depresión grave, Vasquez, Muñoz y Becoña (2000) como mencionan que los esquemas son creencias centrales que se constituyen en normas para procesar la información procedente del medio, es decir los esquemas mentales dotan de información inadecuada o disfuncional obtenida previamente a los procesos psicológicos para el desarrollo y sostenimiento de diversas alteraciones mentales.

Los resultados obtenidos de las entrevistas semiestructuradas se evidencian, concepciones inadecuadas de sí mismo, y del ambiente, guardan similitud con la investigación realizada por Álvarez (2013) las personas en base a sus vivencias, positivas o negativas y de acuerdo a sus propios interés, deseos, ideales, intenciones el paciente lo concibe las situaciones como catastróficas. Reafirmando que la percepción del individuo va ser disfuncional sustentando en algo negativo que ocurrió en su vida, tiende a generalizar, asocia y a su vez dimensiona las vivencias hechos que han sido mal interpretados, por ende de esta manera así están guardados en su cognición lo menciona (Cappari, 2010). Se afirma que estos estados llegan a desencadenar una diversidad de síntomas como tristeza, llanto continuo, pensamiento recurrente de muerte.

Los instrumentos aplicados identificaron la disfuncionalidad de pensamientos, entre ellos el autoconcepto de sí mismo, la poca satisfacción de sus logros en las diferentes áreas de su vida, que han conllevado al desarrollo de la distimia como estado crónico de la depresión, como lo mencionan Beck, Ruch, Shaw y Emery (2010) en la percepción negativa del yo del mundo personal y del futuro, sintiéndose incapaz de lograr ser feliz, o de poder realizar algo bien, y todo momento autocastigándose, consiguiente percibe al mundo exterior como negativo hacia él, teniendo una visión negativa hacia el futuro asegurando que todo saldrá mal.

El inventario de respuestas de afrontamiento aplicado a los pacientes de ambos sexos, se evidencia mayor inclinación hacia las estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción, la descarga emocional conductual de sentimientos negativos para reducir la tensión con una puntuación entre 11 y 9 sobre 18 puntos, los pacientes oncológicos analizados realizan una expresión de sus sentimientos para aliviar sus angustias y ansiedades que les favorece. Carmona, Vega, & Carrillo (2015) menciona que el afrontamiento orientado a la emoción es para modificar o evitar el acontecimiento

estresante. Esta información se validada con otra investigación realizada por Ojeda y Martínez (2012) hecha a 85 mujeres con algún tipo de cáncer, en el cual se observa que tiene la mayor cantidad una respuesta conductual. Esta respuesta corresponde a la expresión cuantitativa observable de comportamientos ya sean positivos o negativos que utiliza el paciente para aliviar su ansiedad y tensión frente a la situación compleja por la que atraviesa. Otra característica observada en la entrevista semiestructurada es la evitación para establecer nuevos vínculos de amistad con otras personas, evitan el expresar sus emociones debido a recibir críticas.

En la estrategia de afrontamiento se evidenció un resultado significativo que fue la resignación obteniendo un puntaje entre 8 y 7 puntos sobre 18, misma situación que hace referencia a la aceptación con pasividad, es decir; el paciente asume que los problemas son demasiado complejos como, para encontrarle una solución. La conclusión del estudio de Calvanese (2004) citado por Contreras, Espinosa, & Esguerra (2008) señala que las personas con alguna enfermedad crónica suelen utilizar estrategias de afrontamiento como la resignación, siendo menos funcionales para el proceso de recuperación y frecuentemente desarrollan problemas emocionales y altos niveles de ansiedad. Los resultados de la propuesta de Font y Cardoso (2009) a 189 pacientes del hospital de San Pablo de Barcelona España, con diagnóstico de cáncer de mama sobre estrategias de afrontamiento a los problemas de la salud, resultó que el 52,4% prefiere resignarse ante la enfermedad.

Otra de las estrategias de afrontamiento evidenciadas de forma mínima en los sujetos fue la orientada a la resolución de problema, con una puntuación muy baja de 4 y 3 sobre 18 puntos en la búsqueda de orientación y apoyo, esta condición se observó en la entrevista semiestructurada, los pacientes en un nivel mínimo mencionaron que les agradaría salir, compartir y socializar con otras personas. Los adultos que padecen alguna enfermedad oncológica se ven fortalecidos por las redes de apoyo social, familiares y amigos y refieren buena su calidad de vida; Lo que indica que a mayor apoyo social mayor calidad de vida (Coyotl, Morales, & Torres, 2015). Con respecto a la calidad de vida Ardila (2003) señala que es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, incluye aspectos subjetivos relacionados a la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva observable por otras personas Los pacientes que tienen un manejo menos efectivo de su

enfermedad suelen utilizar estrategias de afrontamiento no funcionales orientadas a la aceptación o resignación pasiva, para lo cual otorgan mayor atribución de control a factores externo y menos expectativas de rehabilitación debido a los bajos niveles de ajuste psicosocial que desarrollan.

CONCLUSIONES

- El paciente al tener que afrontar una enfermedad oncológica, llega a afrontar de diferente manera, algunos les invade sentimientos de pesimismo, desesperanza y una profunda tristeza con una visión oscura con respecto al futuro, pérdida de interés entre otros, estos síntomas son asociados a la depresión, cada vez se van agravando hasta llegar a presentar una distimia según sea los estados de ansiedad del individuo.
- A medida que van evolucionando los síntomas depresivos con la enfermedad oncológica, el individuo tiende a limitarse de tal manera, que llega a la afectación del desarrollo que habitualmente las ha venido desempeñando en el proceso de su vida con normalidad las áreas más afectadas son: Personal, social, laboral y familiar, el paciente tiende al aislamiento de manera significativa, cabe mencionar que los pacientes distímicos que se llegan a recuperar, en algunos casos son vulnerables a recaer.
- En el presente trabajo de investigación “estrategias de afrontamiento en pacientes distímicos oncológicos”, se ha identificado en los casos estudiados, la presencia del uso de algunos recursos personales, cognitivos y conductuales, en el que arrojan el estilo conductual de estrategias apegadas a la evitación dirigido al control de emoción como método de afrontamiento; caracterizado por la descarga emocional; es decir intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

De acuerdo el trabajo de investigación realizado se concluye, que el tratamiento terapéutico sostenido en la psicoterapia cognitiva conductual, es el idóneo para lograr que el paciente identifique los pensamientos disfuncionales, erróneos, estos mismos siendo abstraídos de acuerdo a la percepción, la visión negativa, los sentimientos de inutilidad que tiene de sí mismo, y de ser posible fomentar estrategias de afrontamiento en su cognición orientadas al problema esperando con esta dinámica lograr una mejor calidad de vida en el paciente.

RECOMENDACIONES

Para lograr una sana respuesta en el paciente que padece una enfermedad oncológica lo saludable y recomendable sería; una valoración psicológica previa a informarle del diagnóstico. Uno de los factores importantes sería el apoyo emocional que le brinden los galenos quienes estén a cargo de velar por el tratamiento de la salud del paciente.

Como se conoce la enfermedad oncológica es progresiva, compleja, dolorosa y perdurable; como tal hay una afectación directa con el bienestar psicológico, alcanzando a desarrollar una depresión, el individuo llega a sumergirse en una crisis llena de miedo y desesperanza frente al evento, sería imprescindible la respuesta positiva del vínculo familiar, social, laboral, estos serían percibidos por el paciente como estrategias de afrontamiento, recursos de apoyo que ayudarían a mejorar su calidad de vida.

En el estudio realizado se ha evidenciado, que los pacientes oncológicos han tenido, escasa información referente a la enfermedad del cáncer y su desarrollo, mencionando algunos factores desfavorables que no han permitido un bienestar psicológico en los pacientes entre ellos se encuentran: escolaridad inconclusa, abandono de sus familiares, escasos recursos económicos, entre otros como recomendación se hace a las autoridades competentes que den mayor atención a estos grupos. Con una ayuda de un acompañamiento psicológico.

Mediante el tratamiento psicoterapéutico sostenido en el enfoque cognitivo conductual, se busca un bienestar psicológico y mejorar la calidad de vida, del paciente. Se recomienda, llevar un plan de trabajo en equipo multidisciplinario no solo tratar con el paciente si no también involucrar a la familia, amigos cercanos, profesionales de la salud, y con charlas orientadas, a fortalecer la autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez. (2013). Estructura y secuencia del razonamiento irracional en la depresión. *Revista virtual de Ciencias Sociales y Humanas*, 46.
- Álvarez, L. (2013). Estructura y secuencia del razonamiento irracional en la depresión. *Psicoespacios*, 46.
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 128.
- Ardila, R. (2003). Calidad de Vida una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 163.
- Baiocchi, A., Ostos, L., Palomino, N., & Tam, E. (2013). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. *Revista de Enfermería Herediana*, 18 - 24.
- Bandi, P., Barrera, E., & Graves, K. (2012). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos. *Sociedad Americana del Cancer*, 2.
- Barreda, D. (2012). Depresión y estilos de Afrontamiento al estrés en pacientes con enfermedad cerebro vascular . *Revista de investigación en Psicología* , 205.
- Beck, A., Ruch, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19ª ed.). Bilbao: Desclée de Brower.
- Cabrera, L., Mendoza, E., & Castro, O. (2010). Factores Asociados a los Niveles de Depresión situacional en pacientes oncológicos. *Artículo Original*, 97.
- Calvillo, L., Negro, L., & Venesio, S. (2010). Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina. *Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones*, 26.
- Cappari, N. (2010). Relación entre creencias irracionales e indicadores depresivos . *Eureka* , 34,35.

- Carmona, L., Vega, N., & Carrillo, E. (2015). Estilos de Afrontamientos en profesores expuestos a violencia de Género . *Revistas electronica de Psicologia Iztalaca* , 1752.
- Castaño, E., & León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 245 - 257.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., & Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Universidad Santo Tomas*, 168.
- Coppari, N. (2010). Relacion de Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios. *Eureka*, 34.
- Coyotl, E., Morales, F., & Torres, A. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research*, 45.
- Diaz, G., & Yaringaño, J. (2010). Clima Familiar Afrontamiento. *REvista de Psicologia*, 70.
- Diaz, L. (2011). La Observacion. *Facultad de Psicologia*, 5.
- Diaz, L., Torruco, U., & Martinez, M. (2013). Entrevista como recurso flexible dinamico. *Investigacion en educacion medica* , 1064.
- Esguerra, G., Espinosa, J., Gomez, V., & Contreras, F. (2007). Estilo de Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal cronica en tratamiento de hemodialisis. *Acta Colombiana de Psicologia*, 169 - 177.
- Font, A., & Cardoso, A. (2009). AFRONTAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA: PENSAMIENTOS, CONDUCTAS Y REACCIONES EMOCIONALES. 27 - 42.
- Gallardo, G., Jiménez, M., González, A., & Villaseñor, T. (2013). La distimia como entidad nosologica Algunas consideraciones clínicas epidemiologicas etiologicas y de utilidad diagnóstica. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 218.
- Glick, I. (1999). *Tratamiento de la depresion*. Barcelona: Granica, S.A.

- Gomez, Guerrero, & Gonzalez. (2014). fuentes de estres y actitud cognitiva disfuncional. *boletin de psicologia*, 85.
- Gonzalez, F. (2007). *Instrumentos de evaluacion psicologica*. Cuba: Ciencias Medicas.
- Guinot, J. (2013). La Depresión en el paciente oncologico en la fase final de la vida. *CM Psicobioquímica*, 6.
- Guzman, F., & Arias, C. (2012). La Historia Clinica Elemento Fundamental del Acto Medico. *Colombia Cir*, 15.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodologia de la investigacion*. Mexico: Editorial Mexicana.
- Jimenez, M., Gallardo, G., & Villaseñor, T. (2012). Distimia en el Contexto Clinico. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 217.
- Jiménez, M., Gallardo, G., Villaseñor, T., & González, A. (2012). La distimia en el contexto clinico. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 213.
- Korman, G., & Sarundiansky, M. (2011). MODELOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS PARA LA CONCEPTUALIZACION Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION. *SUBJETIVIDAD Y PROCESOS COGNITIVOS*, 4.
- Macias, M., & Orozco, M. (2013). Estrategias de Afrontamiento Individual y Familiar frente a situaciones de estres psicologico. 125.
- Martín, P. B., & Cordobés, J. L. (2013). Cuidando al cuidador: familiares de pacientes al final de la vida. *Revista de Psicología de la Salud*, 4.
- Moran, G., & Alvarado, D. (2010). *Metodos de Investigacion*. Naulcapan de Suarez: Editorial Mexicana.
- Navarro, M. R. (2008). *Procesos Cognitivo y Aprendizaje significativo*. Madrid: Preimpresión.
- Oblitas, C. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. Mexico: Cengage Learning.
- Ojeda, S., & Martinez, C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista de enfermeria Herediana*, 92.

- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 19 - 28.
- Orozco, W., & Vargas, M. (2012). Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista Cúpula*, 31.
- Padra, J. R. (1995). *Escuela Psicológicas y Psicoterapéuticas*. Bogotá: San Pablo.
- Pereira, M. L. (2009). una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes en el ámbito educativo. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 171.
- Pérez, M., & Rodríguez, N. (2011). Estrategias de Afrontamiento : un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*, 24.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Roca, M. (2010). *Trastornos de Personalidad*. Barcelona España: LEXUS.
- Sanz, A. (2005). El Método Bibliográfico en Investigación Social. *Revista de la Medicina de la Historia y la Ciencia*, 102.
- Silva, R. B. (2013). El cognitivismo y la negación de la mente. *Panorama*, 151.
- Suárez, R. (2013). Watson, Skinner y Algunas Disputas dentro del Conductismo. *REVISTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA*, 22, 390.
- Vásquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 427.

ANEXOS

ANEXO A
HISTORIA CLÍNICA

H.C. N°

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:
Edad:
Fecha de nacimiento:
Procedencia:
Residencia:
Ocupación:
Nacionalidad:
Instrucción:
Estado civil:
Religión:
Sexo:
N° de hijos:

I. MOTIVO DE CONSULTA

II. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Inicio y curso de síntomas

III. ANAMNESIS PATOLÓGICA PERSONAL

Etapa prenatal y natal:

Infancia:.....

Pubertad:.....

Juventud:

Madurez:

Anamnesis patológica familiar:

IV. EXAMEN DE FUNCIONES PSÍQUICAS

APARIENCIA

Cuidadoso
Delicado
Aseado
Desgreñado

Deseado
Indecente
Cochambroso
Golpeado/a

ACTITUD

Cooperativo
Seductora
Defensiva
Reservada

Hostil
Furiosa
Agresiva
Jovial

CONSCIENCIA

Hiperlucida
Normal
Obnubilación
Oniroide

Crepuscular
Onirica
onfusional
Coma

ATENCIÓN

Espontanea
Involuntaria

Hipoprosexia
Aprosexia
Hiperprosexia
Paraprosexia

LENGUAJE

Habla:

Rápida
Lenta
Reprimida
Dubitativa
Monótona
Elevada

Susurrante
Entrecortada
Farfullante
Vocabulario
Prosodia

Trastorno en la comunicación:

Dislalias
Rinolalias
Disartias

Trastorno en el ritmo y la afluencia verbal:

- Tartamudez
- Tartaleo
- Taquilalia
- Bradilalia

Trastorno de la aparición y desarrollo del lenguaje:

- Insuficiencia general en el desarrollo del lenguaje
- Retardo oral

Trastorno en la simbolización:

- Afasia
- Dislexia
- Disgrafía
- Discalculia

Trastorno en la fonación:

- Disfonias
- Trastornos mutacionales
- Fonastenia
- Afonias

Trastorno del lenguaje secundario o alteraciones psiquiátricas:

- Mutismo
- Neologismos
- Mutisaciones
- Ecolalia
- Verbigeración
- Esterotipia verbal

ORIENTACIÓN

- Alopsíquica
- Autopsíquica

MEMORIA

- Memoria remota
- Memoria pasada reciente
- Memoria reciente
- Retención y recuerdo inmediato

INTELIGENCIA

Retraso mental	<input type="checkbox"/>
Pobreza de vocabulario	<input type="checkbox"/>
Capacidad de atención	<input type="checkbox"/>
Capacidad de responder a preguntas	<input type="checkbox"/>

PENSAMIENTO

Trastorno del origen del pensamiento:

Pensamiento normal	<input type="checkbox"/>
Pensamiento místico	<input type="checkbox"/>
Pensamiento autista	<input type="checkbox"/>

Trastorno del curso del pensamiento:

Aceleración	<input type="checkbox"/>
Retardo	<input type="checkbox"/>
Bloqueo	<input type="checkbox"/>
Disgregación	<input type="checkbox"/>
Incoherencia	<input type="checkbox"/>
Prolijidad o munuciosidad	<input type="checkbox"/>
Perseveración	<input type="checkbox"/>
Esterotipia	<input type="checkbox"/>

Trastorno del contenido del pensamiento: Ideas delirantes

Duración:	Sistematización:	Origen:	Estructuración:	
Agudas	SI <input type="checkbox"/>	Primarias	<input type="checkbox"/> Interpretativas	<input type="checkbox"/>
Crónicas	NO <input type="checkbox"/>	Secundarias	<input type="checkbox"/> Imaginativas	<input type="checkbox"/>
			Alucinatorias	<input type="checkbox"/>

SENSOPERCEPCIONES

Trastorno cuantitativos

Hiperestesia
 Hipoestesia
 Anestesia
 Enlentecimiento o retardo

Trastornos cualitativos

<input type="checkbox"/>	Alucinaciones	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ilusiones	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alucinosis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pseudoalucinaciones	<input type="checkbox"/>
	Despersonalización	<input type="checkbox"/>

Trastorno Cuantitativo:

Hipertimia:
Moria
Euforia
Hipomanía
Manía

Hinertimia displacentera:
T...eza endógena
R...ctivo

Hipotimia
Atimia

Trastorno Cualitativo:

Labilidad afectiva
Incontinencia afectiva
Neotimias
Perplejidad
Catatimia
Ambivalencia afectiva
Disociación ideoafectiva

MOTRICIDAD

Marcha
Gestos característicos
Tics
Retraso
Hiperactividad
Agitación
Actitud combativa

Estereotipia
Interceptación cinética
Negativismo
Obediencia automática
Flexibilidad cérea

Trastornos cuantitativos
Hipocinesia
Acinesia o estupor
Hipercinesia

Trastornos Cualitativos
Apraxia
Apraxia motriz del Liepmann
Apraxia ideatoria de Pick
Maneramiento
Extravagancia
Ecopraxia
Estereotipia
Interceptación cinética
Negativismo
Obediencia automática
Flexibilidad cérea

Trastornos del sueño:

Disomnias:

Insomnio
Hipersomnias
Narcolepsia

Parasomnias

Pesadillas
Terrores nocturnos
Sonambulismo

1. SUPERVIVENCIA, Vida, suicidio:

2. NUTRICION, ingesta:

3. SUEÑO:

4. SEXUAL:

V. APLICACIÓN DE REACTIVOS:

VI. RESULTADO DE LOS REACTIVOS APLICADOS

VII. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Trastorno Depresivo Recurrente. (F33)

VIII. Diagnostico Multiaxial

Eje I Diagnóstico de Entidad Clínica	
Eje II Diagnóstico de Personalidad	
Eje III Diagnóstico de Enfermedad Medica	

Eje IV Diagnóstico de problemas psicosociales y ambientales.	
Eje V Diagnóstico de la escala de evaluación de actividad global.	

IX. DIAGNÓSTICO:

.....
.....
.....
.....

ANEXO B

FICHA DE OBSERVACIÓN

Observador:

Contexto de Observación:

Objetivo:

ASPECTOS A OBSERVARSE:

Fecha	Beneficiario	Desarrollo de la Observación
	Paciente	

ANEXO C

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

TEMA DE INVESTIGACION:

OBJETO DE ESTUDIO:

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO DE LA ENTREVISTA

DATOS INFORMATIVOS

FECHA DE EVALUACION:

NOMBRES Y APELLIDOS:

PROFESIÓN:

FECHA DE EVALUACION: 20/02/2016

1. **Habilidades Sociales.** Adecuadas ____ Deficientes **x** Inadecuadas ____

ψ **¿Cómo son sus relaciones interpersonales? (habilidades)**

ψ **¿Le es fácil establecer y mantener nuevas amistades?**

ψ **¿Evita relacionarse con otras personas?**

ψ **¿Expresa sus sentimientos, deseos y opinión con facilidad?**

ψ **¿Cuándo comparte con otras personas se siente rechazado(a) o inapropiado(a) la mayoría de las veces?**

- ψ **¿Participar en actividades sociales le genera sentimientos de temor, miedo y ansiedad?**
- ψ **¿A menudo está temeroso(a) de hacer el ridículo o cometer errores delante de otras personas?**
- ψ **¿Se siente relajado(a) aún en situaciones sociales poco familiares?**
- ψ **¿Evita conversar con personas que no conoce y/o asistir a reuniones sociales?**
- ψ **¿Es una persona demasiado tímida y sumisa y este rasgo le genera dificultades en la relación con los otros?**
- ψ **¿Está satisfecho(a) con sus relaciones interpersonales? ¿Por qué?**

FECHA DE EVALUACION: 15/03/2016

Ajuste emocional: Sin problemas____ Problemas leves____ Problemas moderados y graves

- ψ **¿Qué piensa de sí mismo?**
- ψ **¿Cree que hay muchos aspectos que debe mejorar en usted? ¿Cuáles?**
- ψ **¿Se siente satisfecho(a) con los logros conseguidos hasta el momento?**
- ψ **¿A veces quisiera ser otra persona?**
- ψ **¿Considera que es una persona segura?**
- ψ **¿Es demasiado sensible a las actitudes y comportamientos de los demás?**
- ψ **¿Le cuesta tomar decisiones?**
- ψ **¿Es consciente de sus sentimientos la mayor parte del tiempo?**
- ψ **¿Goza de su vida emocional?**
- ψ **¿Siente que están satisfechas sus necesidades y deseos?**

ψ ¿Se siente satisfecho(a) con su condición de hombre o de mujer?

ψ ¿Tiene novio o novia?

ψ ¿Cómo se siente con la relación?

FECHA DE EVALUACION: 19/03/2016

Síntomas de Depresión: Ausente____ Presencia leve____ Presencia moderada o grave

X

¿Ha experimentado sentimientos profundos de tristeza?

ψ ¿Qué tanto interés, placer y satisfacción siente al realizar sus actividades cotidianas?

ψ ¿Ha perdido el interés y la motivación por actividades que antes le producían satisfacción y agrado?

ψ ¿Se siente con la misma energía que siempre ha tenido?

ψ ¿Experimenta frecuentemente sentimientos de malestar e irritabilidad?

ψ ¿Tiene dificultades para dormirse o se levanta muy temprano y el sueño no es reparador?

ψ ¿Se siente esperanzado(a) respecto al futuro?

ψ ¿Está satisfecho(a) consigo mismo(a)?

ψ ¿Se siente miserable?

ψ ¿A menudo tiene ganas de llorar?

ψ ¿Se siente inútil y se avergüenza de sí mismo(a)?

ψ ¿Experimenta variaciones anímicas a lo largo del día?

.....
.....
.....
.....

ψ ¿Permanece cansado(a) la mayor parte del tiempo?

ψ ¿Siente que vale la pena vivir la vida?

FECHA DE EVALUACION: 04 /04/2016

2.4 Síntomas de Ansiedad: Ausente____ Presencia leve____ Presencia moderada o grave **X**

- ψ ¿A lo largo de su vida ha sufrido de uno o más ataques de nervios?
- ψ ¿Cómo y por qué se presentaron?
- ψ ¿Ha experimentado intranquilidad, inquietud, impaciencia, nerviosismo, miedos injustificados o temores en los últimos meses?
- ψ ¿Ha padecido un miedo o temor que no puede controlar voluntariamente, hacia algún objeto, animal o situación como: hablar en público, a la oscuridad, a procedimientos médicos u odontológicos, a los desconocidos, a ser dejado solo, al tráfico, a las multitudes o a las alturas?
- ψ ¿Ha tenido sensaciones corporales, como palpitaciones, sudoración excesiva, opresión en el pecho, sensación de ahogo, temblor de manos, y micciones frecuentes o urgentes?
- ψ ¿Ha sufrido de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia?
- ψ ¿Frecuentemente está preocupado, con temor de que suceda lo peor?

- ψ ¿Se siente cansado, fatigado y con sensación de tensión?
- ψ ¿Presenta dificultad para conciliar el sueño, éste es insatisfactorio y se despierta con sensación de fatiga?
- ψ ¿Tiene pesadillas y terrores nocturnos?
- ψ ¿Presenta frecuentemente dolores musculares, espasmos o calambres, rigidez muscular, tics, o rechinar de dientes?

FECHA DE EVALUACION: 12/05/2016

Síntomas de Trastornos alimenticios: Ausente____ Presencia leve____ Presencia moderada o grave X

- ψ ¿Come aún sin tener hambre?

FECHA DE EVALUACION:

Afecciones emocionales: Ausente____ Presencia leve____ Presencia grave. X

ψ ¿Cómo está durmiendo?

ψ ¿Cómo está su apetito?

ψ ¿Sus actividades cotidianas han variado últimamente? ¿Por qué? Y ¿Desde cuándo?

ψ ¿Cómo ha sido su estado de ánimo en los 6 últimos meses?

ψ ¿Ha tenido pensamientos o deseos de muerte?

ψ ¿Ha intentado suicidarse?

ψ ¿Ha acudido a tratamiento psicológico o psiquiátrico alguna vez a lo largo de su vida? ¿Por qué?

ψ ¿Qué diagnóstico recibió?

2 FACTOR FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad

2.3 Familiograma

Factores de riesgo observados

3.2 Estructura Familiar: Monoparental_____ Nuclear x Reconstituida_____
Extensa_____ Otras_____

Para la familia monoparental: Fallecimiento_____ Abandono___ Desaparición_____
Separación o divorcio_____

ψ **¿Cómo está conformada su familia?**

ψ **Indagar por: parentesco, edad, sexo, escolaridad y ocupación de cada uno de los miembros.**

3.3 Funcionalidad familiar: Buena_____ Sugiere disfuncionalidad X
Disfuncionalidad severa: _____

ψ **¿Cómo percibe a su familia?**

ψ **¿Cómo ve a su familia?**

ψ **¿Quién o quienes contribuyen en mayor forma al establecimiento de normas en su familia?**

ψ **¿Cómo calificaría los canales de comunicación en su familia?**

ψ **¿Han ocurrido acontecimientos recientes que alteren las relaciones entre los miembros de su familia?**

ψ **¿Ante esas situaciones como ha respondido su familia y usted?**

3 FACTOR ESTILOS DE VIDA

Espacio para consignación de los datos obtenidos de las preguntas. Presentar una síntesis de la información recolectada que a juicio del profesional sea la más importante

y anotar los factores protectores que se evidencien en la evaluación de este aspecto.

Factores de riesgo observados

4.1 Auto-cuidado: Adecuado_____ Deficiente X Inadecuado _____

ψ **¿Qué tan frecuente va al médico a realizarse chequeos generales?**

Cada mes o de pronto si tengo dolores frecuentes acudo a la casa de salud

4.2 Hábitos nocivos: Alcohol: No consumo Consumo frecuente _____ Consumo esporádico _____

Sustancia psico-activa: No consumo _____ frecuente _____ Consumo esporádico _____

6. FACTOR SOCIOECONÓMICO

Espacio para consignación de los datos obtenidos de las preguntas. Presentar una síntesis de la información recolectada que a juicio del profesional sea la más importante y anotar los factores protectores que se evidencien en la evaluación de este aspecto.

--

Factores de riesgo observados

6.1 Estrato de vivienda: Bajo Medio _____ Alto _____

ψ **En su hogar ¿Quién está a cargo del sostenimiento económico y de donde procede su principal fuente de ingreso?**

ψ **La vivienda de su familia ¿Es propia o arrendada? y ¿Cuál es el canon de arrendamiento?**

6.2 Afiliación a la seguridad social: Si _____ No ¿Cuál? _____

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA:

Códigos:

Diagnósticos:

Priorización:

Programa(s) o servicio (s) al (a los) que es remitido:

Nombre del Profesional:

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
		-
		-

CONTROL

DE

CAMBIOS

ANEXO D

HISTORIA CLÍNICA PERSONOLÓGICA

Datos de Identificación:

- Nombre y Apellido:**
- Sexo:**
- Edad:**
- Fecha y lugar de nacimiento:**
- Instrucción:**
- Ocupación:**

1.1.ÁREA FAMILIAR:.....

1.2.ÁREA ESCOLAR:.....

1.3.ÁREA SOCIAL:.....

1.4.ÁREA SEXUAL:.....

1.5.ÁREA PERSONAL:.....

1.6.Área Laboral:.....

ANALISIS PSICODINÁMICO DEL CASO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

- 4) .
- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) .
- No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6) .
- No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7) .
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8) .
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis fallas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) -

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Llora continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SÍ/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO F

INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO (CRI)

Autor: Rudolf H. Moos, Ph. D.

Traducción y Adaptación: Dra. Isabel María Mikulic - 2009

INSTRUCCIONES

Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a aquellos problemas significativos que han tenido trascendencia en su vida. Por favor, piense en los problemas más importantes o las situaciones más estresantes que le hayan sucedido en los últimos doce meses (por ejemplo, problemas con un familiar o un amigo, la enfermedad o muerte de un pariente o amigo, un accidente o enfermedad, problemas económicos o de trabajo, etc.). Elija uno de ellos y descríballo brevemente en los espacios correspondientes. Si no ha tenido ningún problema relevante, escriba una lista con los problemas menos importantes que ha enfrentado en este último tiempo y luego elija uno de ellos para relatarlo.

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido.....
Edad.....Sexo.....
Estado Civil..... Nivel de Instrucción.....
Nacionalidad.....Ocupación.....
Lugar y Fecha.....

Describa el problema o situación:

.....
.....
.....

Conteste, por favor, cada una de las preguntas que se refieren al problema o situación que describió anteriormente, haciendo una cruz en el casillero seleccionado.

Hacer una cruz en “N” si su respuesta es **NO**

Hacer una cruz en “GN” si su respuesta es **GENERALMENTE NO**

Hacer una cruz en “GS” si su respuesta es **GENERALMENTE SI**

Hacer una cruz en “S” si su respuesta es **SI**

	N	GN	GS	S
1. ¿Tuvo que enfrentar un problema como este antes?				
2. ¿Sabía que ese problema le iba a pasar?				
3. ¿Tuvo tiempo para prepararse para enfrentar este problema?				
4. ¿Cuando sucedió este problema, ¿Pensó en él como una amenaza?				
5. ¿Cuando sucedió este problema, ¿Pensó en él como un desafío?				
6. Este problema, ¿Fue causado por algo que Ud. hizo?				
7. Este problema, ¿Fue causado por algo que alguien hizo además de Ud.?				
8. ¿Hubo algo positivo al enfrentar este problema?				
9. ¿Se resolvió este problema o situación?				
10. Si el problema está resuelto, ¿Se resolvió en forma favorable para Ud.?				

	0	1	2	3
1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar estos problemas?				
2. ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?				
3. ¿Hablo con su esposo/a u otro familiar sobre estos problemas?				
4. ¿Hizo un plan de acción para enfrentar esos problemas y lo cumplió?				
5. ¿Trató de olvidar todo?				
6. ¿Sintió que el paso del tiempo cambiará las cosas, que esperar era lo único que podía hacer?				
7. ¿trató de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?				
8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido, bajoneado o triste?				
9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?				
10. ¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?				
11. ¿Habló con algún amigo de estos problemas?				
12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?				
13. ¿Trató de evitar pensar en el problema?				
14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre los problemas?				
15. ¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?				
16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?				
17. ¿Se imaginó, una y otra vez, qué decir o hacer?				
18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?				
19. ¿Habló con algún profesional (médico, sacerdote, etc)?				
20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de				

conseguirlo?				
21. ¿ Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?				
22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?				
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?				
24. ¿Se mantuvo alejado de la gente en general?				
25. ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?				
26. ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?				
27. ¿Buscó la ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas?				
28. ¿Trató de resolver los problemas, al menos en dos formas diferentes?				
29. ¿Evitó pensar en el problema, aún sabiendo que en algún momento debería pensar en él?				
30. ¿Aceptó los problemas, porque pensó que nada se podía hacer?				
31. ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?				
32. ¿Gritó como forma de desahogarse?				
33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?				
34. ¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?				
35. ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?				
36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?				
37. ¿Deseó que los problemas hubieran desaparecido o pasado?				
38. ¿Esperó que sucediera lo peor?				
39. ¿Le dedicó más tiempo actividades recreativas?				
40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?				
41. ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?				
42. ¿Pensó cómo podrían estos sucesos cambiar su vida en un sentido positivo?				

43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?				
44. ¿Tomo las cosas de una por vez?				
45. ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad, los problemas?				
46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?				
47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar las cosas?				
48. ¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacer algo?				

1 0-1-2-3	2 0-1-2-3	3 0-1-2-3	4 0-1-2-3	5 0-1-2-3	6 0-1-2-3	7 0-1-2-3	8 0-1-2-3
9 0-1-2-3	10 0-1-2-3	11 0-1-2-3	12 0-1-2-3	13 0-1-2-3	14 0-1-2-3	15 0-1-2-3	16 0-1-2-3
17 0-1-2-3	18 0-1-2-3	19 0-1-2-3	20 0-1-2-3	21 0-1-2-3	22 0-1-2-3	23 0-1-2-3	24 0-1-2-3
25 0-1-2-3	26 0-1-2-3	27 0-1-2-3	28 0-1-2-3	29 0-1-2-3	30 0-1-2-3	31 0-1-2-3	32 0-1-2-3
33 0-1-2-3	34 0-1-2-3	35 0-1-2-3	36 0-1-2-3	37 0-1-2-3	38 0-1-2-3	39 0-1-2-3	40 0-1-2-3
41 0-1-2-3	42 0-1-2-3	43 0-1-2-3	44 0-1-2-3	45 0-1-2-3	46 0-1-2-3	47 0-1-2-3	48 0-1-2-3
AL	R	BA	RP	EC	AR	BG	DE

ANEXO G

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento, para que se me realice un, cuya naturaleza y finalidad me han sido explicadas por

He recibido la suficiente información y aclaraciones que he solicitado con respecto al proceso psicodiagnóstico

Confirmando que he explicado al paciente en que consiste y la finalidad del procedimiento.

Lugar y fecha:

Firma del Entrevistado Firma del Entrevistador

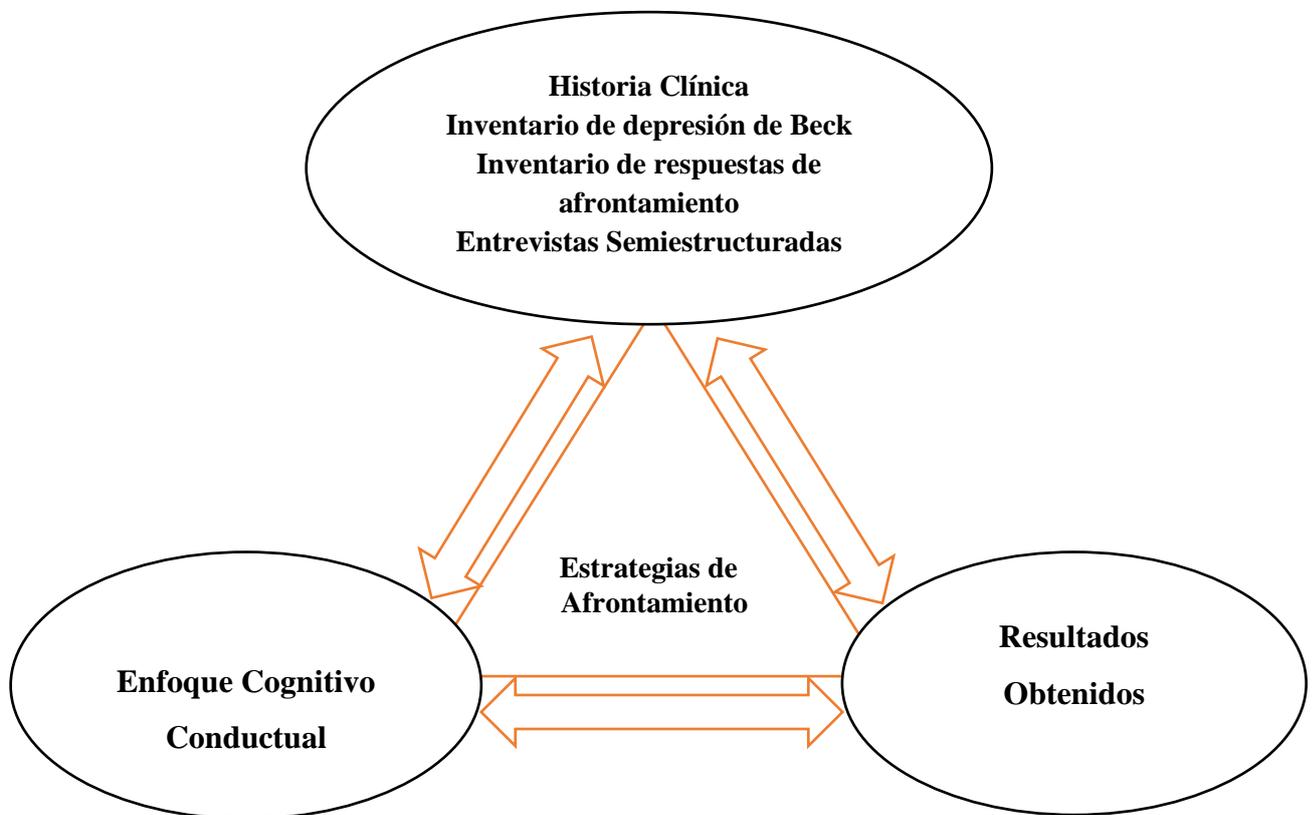
CI:

CI:

ANEXO H

Triangulación de Resultados

TEMA: Estrategias de afrontamiento en pacientes distímicos oncológicos
OBJETIVO: Describir las estrategias de afrontamiento en pacientes distímicos oncológicos
OBJETO DE ESTUDIO: Estrategias de afrontamiento



Bases teóricas

Guino (2013) el cáncer ocasiona el desarrollo de emociones negativas, el miedo, la angustia, el sufrimiento, la inseguridad, el dolor, la incertidumbre, se adueñan de su persona, ocasionando un estado crónico de depresión.

Vásquez, Muñoz y Becoña (2000) los esquemas son creencias centrales que se constituyen en normas para procesar la información procedente del medio, es decir los esquemas mentales dotan de información inadecuada o disfuncional obtenida previamente a los procesos psicológicos para el desarrollo y sostenimiento de diversas alteraciones mentales.

Álvarez (2013) las personas en base a sus vivencias, positivas o negativas y de acuerdo a sus propios intereses, deseos, ideales, intenciones el paciente lo concibe las situaciones como catastróficas.

Beck, Ruch, Shaw y Emery (2010) en la percepción negativa del yo del mundo personal y del futuro, sintiéndose incapaz de lograr ser feliz, o de poder realizar algo bien, y todo momento autocastigándose, consiguiendo percibe al mundo exterior como negativo así el, teniendo una visión fatal hacia el futuro asegurando que todo saldrá mal.

Márquez (2006) menciona, el afrontamiento orientado a la emoción es para modificar o evitar el acontecimiento estresante.

Un estudio realizado por Calvanese 2004, señala, las personas con alguna enfermedad crónica suelen utilizar estrategias de afrontamiento como la resignación, siendo menos funcionales para el proceso de recuperación y frecuentemente desarrollan problemas emocionales y altos niveles de ansiedad (Contreras, Espinosa, & Esguerra, 2008).

Los adultos que padecen alguna enfermedad oncológica se ven fortalecidos por las redes de apoyo social, familiares y amigos y refieren buena su calidad de vida. Lo que indica que a mayor apoyo social mayor calidad de vida (Coyotl, 2010).

Estrategias de Afrontamiento

Teorías Complementarias

Reafirmando que la percepción del individuo va ser disfuncional sustentando en algo negativo que ocurrió en su vida, tiende a generalizar, asocia y a su vez dimensiona las vivencias hechos que han sido mal interpretados, por ende de esta manera así están guardados en su cognición lo menciona. (Coppari, 2010)

Esta información se fortalece con la investigación realizada por Ojeda y Martínez (2012) a 85 mujeres con algún tipo de cáncer, se observa que el 65% tiene un regular respuesta conductual.

La investigación realizada por Font y Cardoso (2009) a 189 pacientes del hospital de San Pablo de Barcelona España, con diagnóstico de cáncer de mama sobre estrategias de afrontamiento a los problemas de la salud, resultó que el 52,4% prefiere resignarse ante la enfermedad.

Con respecto a la calidad de vida Ardila (2003) señala, es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, incluye aspectos subjetivos relacionados a la

Resultados obtenidos

Mediante las entrevistas semiestructuradas, los paciente expresan mayor deterioro en su salud psicológica posterior al diagnóstico de cáncer, la presencia de tristeza desesperanza y visión negativa del futuro aumentaron conforme a los tratamientos médicos aplicados tales como las quimioterapias; las alteraciones del sueño como e insomnio, falta de apetito y mayor intensidad de la tristeza y angustia por un laps mayor a dos años, se enmarcaron en el diagnóstico de Distimia.

Los resultados obtenidos mediante las entrevistas semiestructuradas se evidenci concepciones inadecuadas de sí mismo, y del ambiente, mismas que llegan a desencadenar una diversidad de síntomas distímicos, así también se evidencia en repetidos momentos en diferentes instrumentos aplicados la disfuncionalidad de pensamientos, entre ellos auto concepto de sí mismo, la poca satisfacción de sus logros en las diferentes áreas de vida, que han conllevado al desarrollo de la distimia como estado crónico de la depresión

Mediante el inventario de respuestas de afrontamiento aplicado a los pacientes de ambos sexos, se evidencia mayor inclinación hacia las estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción, la descarga emocional conductual de sentimientos negativos para reducir la tensión con una puntuación entre 11 y 9 sobre 18 puntos, los pacientes oncológicos analizados realizan una expresión de sus sentimientos para aliviar sus angustias y ansiedades que les favorece; la respuesta corresponde a la expresión cuantitativa observable de comportamientos ya sean positivos o negativos que utiliza el paciente para aliviar su ansiedad y tensión frente a la situación compleja por la que atraviesa.

En la estrategia de afrontamiento otro resultado significativo fue la resignación obtuvo un puntaje entre 8 y 7 puntos sobre 18, situación que hace referencia a la aceptación con pasividad, asimila los problemas como demasiado complejos para modificarlos.

Otra de las estrategias de afrontamiento evidenciadas de forma mínima en los sujetos fue la orientada a la resolución de problema, con una puntuación muy baja de 4 y 3 sobre 18 puntos en la búsqueda de orientación y apoyo, esta condición se observó en la entrevista semiestructurada, los pacientes en un nivel mínimo mencionaron que les agradaría poder salir y compartir y socializar con otras personas