

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR.II. Y CS DE LA
COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“FELICIDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN MUJERES CON
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR”**

Tesis elaborada por los bachilleres:

**DUBÉ FÁTIMA DE LA TORRE LAFOSSE
JESÚS GABRIEL MARROQUÍN TELLO**

Para optar el Título Profesional de Psicólogos

Asesorado por:

Ps. Renzo Rivera Calcina

Arequipa – Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser personas de bien, pero más que nada, por su amor.

A nuestro hijo

Para que veas en nosotros un ejemplo a seguir.

AGRADECIMIENTO

Al Instituto Regional Neoplásicas del Sur por habernos brindado las facilidades para realizar la investigación.

A nuestro asesor por habernos guiado en la elaboración de esta tesis, por su paciencia y pasión por la investigación.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTÍN DE
AREQUIPA.

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES
INDUSTRIALES y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
SEÑORITA PRESIDENTA DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de presentar a vuestra consideración el trabajo de investigación titulado “FELICIDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR”, estudio realizado con las pacientes del IREN SUR del distrito del Cercado, con el mismo que esperamos obtener el título profesional de Psicólogos.

Así mismo, pretendemos que el presente trabajo contribuya de alguna manera en realzar la participación del Psicólogo en la prevención y promoción de la salud mental.

Arequipa, octubre del 2017

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

CAPÍTULO I LA INVESTIGACIÓN

1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2.	OBJETIVOS	3
3.	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	4
4.	IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	4

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1.	CÁNCER	9
A.	CAUSAS	10
B.	ESTADÍOS	11
C.	PREVALENCIA DELCANCER EN EL PERÚ Y EN EL MUNDO	13
D.	CANCER DE MAMA	15
a)	DEFINICIÓN	15
b)	TIPOS	15
c)	FACTORES DE RIESGO	16
d)	ESTADIFICACIÓN	17
e)	TRATAMIENTO	17
f)	ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER	20
g)	ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MUJER CON EXTRIPACIÓN DE MIEMBRO	21
2.	AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	23

A.	AFRONTAMIENTO	23
B.	PROCESO DE AFRONTAMIENTO	25
C.	EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO	25
D.	DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	27
E.	MODELOS TEÓRICOS	28
F.	ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	31
G.	MODELOS TEÓRICOS DEL AFRONTAMIENTO DE UN CÁNCER	32
	A) MODELO DE LIPOWSKY	32
	B) MODELO DE WEISSMAN	33
H.	AFRONTAMIENTO Y CÁNCER DE MAMA	34
3.	PSICOLOGÍA POSITIVA	36
A.	DEFINICIÓN	36
B.	CAMPOS DE APLICACIÓN	38
C.	TEMAS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA	40
a)	VIRTUDES Y FORTALEZAS	40
b)	EMOCIONES POSITIVAS Y FELICIDAD	42
<input type="checkbox"/>	EMOCIONES POSITIVAS	42
<input type="checkbox"/>	LA FELICIDAD	45
<input type="checkbox"/>	LA FELICIDAD COMO BIENESTAR SUBJETIVO	48
<input type="checkbox"/>	ADAPTACIÓN HEDONISTA	49
<input type="checkbox"/>	MEDIDA DE LA FELICIDAD	50
<input type="checkbox"/>	RELACION DE LA FELICIDAD CON OTRAS VARIABLES	51

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN:	63
2.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	63
3.	MUESTRA:	64
4.	MATERIALES E INSTRUMENTOS:	64
5.	PROCEDIMIENTO	72

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	73
	DISCUSIÓN	98
	CONCLUSIONES	104
	RECOMENDACIONES	105
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
	ANEXOS	118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Alegría de vivir en pacientes con cáncer de mama	74
Tabla 2. Realización personal en pacientes con cáncer de mama	75
Tabla 3. Sentido Positivo con la vida en pacientes con cáncer de mama.....	76
Tabla 4. Satisfacción con la vida en pacientes con cáncer de mama	77
Tabla 5. Felicidad en pacientes con cáncer de mama	78
Tabla 6. Estrategia Afrontamiento Directo en pacientes con cáncer de mama	79
Tabla 7. Estrategia Planificación de actividades en pacientes con cáncer de mama	80
Tabla 8. Estrategia Supresión de actividades en pacientes con cáncer de mama	81
Tabla 9. Estrategia Retracción de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama	82
Tabla 10. Estrategia Búsqueda de apoyo social en pacientes con cáncer de mama	83
Tabla 11. Estrategia Búsqueda de soporte emocional en pacientes con cáncer de mama	84
Tabla 12. Estrategia Reinterpretación Positiva y desarrollo personal en pacientes con cáncer de mama	85
Tabla 13. Estrategia Aceptación en pacientes con cáncer de mama	86
Tabla 14. Estrategia Acudir a la Religión en pacientes con cáncer de mama	87
Tabla 15. Estrategia Análisis de emociones en pacientes con cáncer de mama	88
Tabla 16. Estrategia Negación en pacientes con cáncer de mama	89
Tabla 17. Estrategia Conducta inadecuada en pacientes con cáncer de mama	90
Tabla 18. Estrategia Distracción en pacientes con cáncer de mama	91
Tabla 19. Prueba T Dimensiones de felicidad	92
Tabla 20. Prueba T Estrategias de afrontamiento	93
Tabla 21. Correlación entre Dimensiones de la Felicidad y Estrategias de Afrontamiento	96

RESUMEN

Un diagnóstico de cáncer para un paciente conlleva a afrontar un cambio de vida, para lo cual las personas utilizan distintos tipos de afrontamiento, algunos de los cuales tienen consecuencias positivas en las personas y consecuencias negativas. El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y la felicidad en una muestra de 42 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, que se encuentran entre los estadios clínicos I al IV y que asisten al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de la ciudad de Arequipa. Para ello se empleó La Escala de la Felicidad de Lima (Reynaldo Alarcón, 2006) y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés COPE (Carver, et al., 1989). El diseño que se utilizó fue descriptivo correlacional transversal. Entre los resultados más importantes se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre la felicidad y la estrategia supresión de otras actividades ($r = -0.324$; $p < 0.05$) y la estrategia búsqueda de apoyo social ($r = -0.336$; $p < 0.05$), en ambos casos mientras más feliz está la paciente menos aplica dichas estrategias. Además la felicidad se relaciona con la estrategia negación ($r = 0.305$; $p < 0.05$) en este caso a mayor felicidad hay un mayor uso de esta estrategia. Los resultados demuestran una relación relevante entre las variables investigadas, lo que contribuye a orientar la intervención psicológica promoviendo estilos de afrontamiento que favorezcan mayor felicidad.

Palabras Clave: Cáncer de mama, afrontamiento al estrés, felicidad.

ABSTRACT

A diagnosis of cancer for a patient leads to a change of life for which people use different types of coping, some of which have positive consequences on people; and other negative consequences. The objective of this research to determine the relationship between coping styles to happiness stress in a sample of 42 patients diagnosed with breast cancer, in clinical stage I to IV attending the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South of the city of Arequipa. For this, the Lima Happiness Scale (Reynaldo Alarcón, 2006) and COPE Stress Coping Modes Questionnaire (Carver, et al., 1989) were used. The design that was used was cross-sectional descriptive. Among the most important results we found that there is a statistically significant relationship between happiness and strategy III suppression of other activities ($r = -0.324$; $p < 0.05$) and strategy V seeking social support ($r = -0.336$; $p < 0.05$), in both cases the happier the patient is, the less she uses these strategies. In addition happiness is related to strategy negation XI ($r = 0.305$; $p < 0.05$) in this case to greater happiness there is a greater use of this strategy. The results show a relevant relationship between the variables investigated, which contributes to guide psychological intervention by promoting coping styles that favor greater happiness.

Palabras Clave: Breast Cancer, coping with stress, happiness.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, en 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos. Se prevé que el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70% en los próximos 20 años. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

El término «cáncer» es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; también se habla de tumores malignos o neoplasias. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis, considerada como la principal causa de muerte por cáncer según refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017)

En América Central, del Sur y el Caribe ocurren aproximadamente 479,900 muertes por cáncer anualmente, de las cuales 245,000 ocurren entre los varones y 234,000 entre las mujeres. El cáncer de pulmón ocasiona en la población más muertes que cualquier otro tipo de cáncer. Los hombres se enferman más de cáncer de pulmón, estómago, garganta y vejiga que las mujeres, el que es causado por agentes infecciosos, como el caso del hígado, estómago y cuello uterino tienen mayor prevalencia en los

países en desarrollo, en tanto que en los países desarrollados los cánceres más frecuentes se sitúan en próstata, mama y colon. (Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, 2009)

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y algunos países de América Latina. (Peralta, 2002)

El cáncer de mama se refleja en el hecho de que en América Latina y el Caribe casi 300 000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. En otras palabras, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de mama (Robles y Galanis, 2002).

En el 2012, más de 408.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas, y 92.000 fallecieron a causa de esta enfermedad. Las proyecciones indican que el número de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas aumentará en un 46% en el 2030. El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe (ALCA), tanto en número de casos nuevos como en número de muertes. La proporción de mujeres fallecidas por cáncer de mama con menos de 65 años es más alta en ALCA (57%) que en Norteamérica (41%). (Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016).

El tratamiento del cáncer de mama requiere, en la casi totalidad de los casos, de una intervención quirúrgica, más o menos mutilante, que desde el punto de vista estético, el caso más extremo es la llamada cirugía radical. Algunos estudios reportan en pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama un cierto estilo represivo de afrontamiento en su personalidad, caracterizado por baja ansiedad y alta debilidad social (Sirgo, 2001).

Todo procedimiento quirúrgico en patologías mamarias producirá efectos psicológicos sobre la persona, a causa de cambios que ocurren en la autoconceptualización y en la imagen corporal. (García y Gonzales, 2004).

La mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por una distorsión de su imagen corporal y por una cierta incapacidad de asumir sus compromisos sociales.

Se señalan afectaciones del autoconcepto y la identidad en pacientes sometidas a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas por cáncer de mama, siendo las más afectadas las pacientes mastectomizadas (García y González, 2007).

Las repercusiones de la enfermedad de una paciente con cáncer de mama se expresa en todas las esferas de la vida: familiar, la relación de pareja, la laboral y social (Soriano, 1997). Este daño en la vida sexual y las relaciones de pareja de la paciente, se encuentra fundamentado en las creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos (Benjamin y cols., 2002).

Las situaciones que movilizan a las pacientes son inicialmente las circunstancias previas y posteriores al diagnóstico definitivo de cáncer, tales como las pruebas exploratorias o la comunicación del diagnóstico. Posteriormente, se encuentran las características propias del tratamiento, que están en relación a las posibles experiencias de dolor, hospitalización, deformidad, deudas e incapacidad para cuidar de uno mismo o de la familia (Die Trill, 1987 en Martin, Matellanes y Pérez, 2007; Pocino et al., 2007; citados por Becerra y Otero 2013). Así, las pacientes deben poner en marcha, una serie de mecanismos que les permitan disminuir el probable impacto producido por el estrés de sobrellevar la enfermedad, dichos mecanismos han sido llamados estilos o estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).

Lazarus y Folkman (1986) dan cuenta de dos estilos: uno, centrado en el problema, en el que la persona evalúa el evento dentro de un contexto de posible cambio y busca disminuir el impacto de la amenaza percibida y el otro, orientado a la emoción, en el que los esfuerzos se dirigen a atenuar el malestar emocional generado a partir del estresor cuando se evalúa que las condiciones no son susceptibles de cambio (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Lazarus y Folkman, 1986).

Al respecto, la investigación científica pretende dilucidar cuáles son aquellas estrategias y los estilos que resultan más funcionales o disfuncionales para enfrentar una situación adversa como el cáncer. En el caso de las mujeres con cáncer de mama esta búsqueda es prioritaria ya que diversas investigaciones refieren que esta población experimenta niveles significativos de estrés psicológico, ansiedad, hostilidad y

depresión (Matthews y Cook, 2009; citado por García y González, 2004) que interrumpen su vida diaria y disminuyen su calidad de vida (Becerra y Otero 2013).

Comprendemos entonces que las personas con cáncer mejoran sus probabilidades de sobrevivir si tienen un correcto estilo de afrontamiento al estrés, aumentando su felicidad para poder sobrellevar el diagnóstico, el tratamiento y su recuperación de forma adecuada, aprendiendo a mostrar adecuadamente sus expresiones negativas en lugar de reprimirlas, así como aquellas que luchan activamente contra su enfermedad en lugar de aceptarla de forma pasiva.

El propósito de esta investigación es identificar los principales estilos de afrontamiento en personas con diagnóstico de cáncer de mama tanto en mujeres a quienes se les ha realizado mastectomía y a quienes no, identificar así mismo el nivel de felicidad que encuentran a sus vidas y en relación a esto poder organizar acciones preventivas y terapéuticas basándonos en los aspectos positivos de los pacientes y no únicamente en la psicopatología de su diagnóstico.

La presente investigación está dividida en cuatro capítulos ; el capítulo I consta del planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos e hipótesis planteados para el presente estudio, así como la importancia y las limitaciones de la investigación; el capítulo II desarrolla el marco conceptual, detallando conceptos importantes de Estilos de afrontamiento al estrés, bienestar psicológico y cáncer de mama; el capítulo III describe el procedimiento desarrollado en la presente investigación de la muestra y el material aplicado; en el capítulo IV puntuiza los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, y finalmente presentamos la discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2002 el cáncer mató a más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras causas de muerte de los adultos. De todas las causas de muerte en el mundo, un 12.5% son atribuidas al cáncer, lo que supera al total de muertes por SIDA, tuberculosis y malaria consideradas en conjunto. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global y afecta a las personas de diferentes edades y condiciones. (IRENSUR, 2009)

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más común en mujeres. Durante el 2004 y 2005, aparte de los 19 casos que ocurrieron en hombres, 2,867 nuevos casos fueron diagnosticados en mujeres, con una tasa de incidencia estandarizada de 33.8 casos por 100,000 mujeres. El cáncer de mama representa el 17.6% de todas las neoplasias malignas en mujeres y es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Lima Metropolitana. (Registro de cáncer de Lima Metropolitana, 2014)

Una mujer al recibir un diagnóstico de cáncer de mama se ve enfrentada al sufrimiento, angustia, temor y ansiedad ante la probabilidad de su propia muerte (Solana, 2005) Aparte de las alteraciones que conlleva el seguir sus tratamientos, que están en relación a las posibles experiencias de dolor, hospitalización, deformidad, deudas e incapacidad para cuidar de uno mismo o de la familia (Die Trill, 1987 citado por Becerra y Otero, 2013). Además de dejar de realizar las actividades diarias, y las planeadas para el futuro; y la posibilidad de una operación quirúrgica puede llevar a alteraciones emocionales y cognitivas.

La mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por un choque de proporciones inauditas: distorsión de un perfil somático-sexual, las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad impredecible y de consecuencias muy disímiles; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación y recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social (Fernández 2002, citado por Borbón y Beato)

La evaluación de un estímulo como amenazante dispara el proceso de afrontamiento. Los cuales están relacionados con la forma en que se evalúa la situación y el esfuerzo por superar la demanda. Lazarus define el afrontamiento como "permanentes esfuerzos cognitivos y comportamentales para manejar demandas específicas, externas o internas, que son evaluadas como excediendo los recursos de la persona" (Lazarus, 1993). El concepto subraya el intento de reducir una demanda externa o interna a través de un esfuerzo intrapsíquico (cognitivo o emocional) o una acción.

Por otro lado partiendo de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud como “un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad” es que nos valemos de ella para comprender como las características positivas de las pacientes con cáncer de mama pueden influir en ellas para sobrellevar las consecuencias de esta enfermedad, así como los procesos del tratamiento que se requieren. Los sentimientos como la felicidad y el optimismo desempeñan un papel positivo en la lucha contra el cáncer de mama, según

una investigación realizada por el investigador de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Ben-Gurion del Negev (Israel), RonitPeled.

La adaptación a la enfermedad podría definirse entonces, en relación a un modelo que contemple aquellos aspectos positivos del ser humano, en el que el tradicional enfoque centrado en el síntoma y la enfermedad, ha sido cambiado por un concepto de salud que contempla aspectos del funcionamiento óptimo de la persona (Cohen et al., 2006; citado por Becerra y Otero, 2013). Las personas con un sentimiento positivo acerca de sí mismas, una sensación de control personal y una visión optimista del futuro contarían con una reserva psicológica para afrontar la adversidad (Taylor et al., 2000).

Por todo lo anteriormente expuesto, nos hacemos las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la relación entre la felicidad y los estilos de afrontamiento al estrés en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?

¿Existen diferencias entre la felicidad y los estilos de afrontamiento al estrés en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama sin mastectomía y con mastectomía del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur?

2. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Identificar la relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y la felicidad en personas con diagnóstico de cáncer de mama sin mastectomía y con mastectomía del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

B. Objetivos Específicos

- a) Identificar las estrategias de afrontamiento al estrés en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

- b) Establecer el nivel de felicidad en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur
- c) Comparar las estrategias de afrontamiento al estrés y niveles de felicidad en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama sin mastectomía y con mastectomía del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.
- d) Establecer la relación que existe entre los estilos de afrontamiento al estrés y niveles de felicidad en pacientes con cáncer de mama sin mastectomía y con mastectomía del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H1: Existe relación entre la felicidad y los estilos de afrontamiento al estrés en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

H2: Existen diferencias en la felicidad y los estilos de afrontamiento al estrés entre mujeres con diagnóstico de cáncer de mama sin mastectomía y con mastectomía del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

A. Identificación de variables:

- a) Variable Principal
Estilo de afrontamiento al estrés
- b) Variable Secundaria
Felicidad
- c) Variables interviniéntes
Estadío de enfermedad
Intervención quirúrgica

B. Definición de términos:**a) Estilos de afrontamiento al estrés**

Formas de respuesta del individuo ante la situación estresante y se define, como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus & Folkman, 1986)

b) Felicidad: Estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado. (Alarcón 2006)**c) Cáncer de mama**

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. (SEOM, 2011)

d) Mastectomía

La mastectomía es la extirpación quirúrgica de la mama, para tratar enfermedades del tejido mamario, como el cáncer de mama. (SEOM 2015)

C. Operacionalización de Variables:

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valores	Puntaje	Nivel de Medición
Variable Principal Estilos de afrontamiento al estrés	Esfuerzos cognitivos y comportamentales para manejar demandas específicas, externas o internas.	a) Centrado en la emoción. b) Centrado en el problema.	I. Afrontamiento directo II. Planificación de actividades III. Supresión de otras actividades IV. Retracción del afrontamiento V. Búsqueda del apoyo social VI. Búsqueda de soporte emocional VII. Reinterpretación positiva y desarrollo personal VIII. Aceptación IX. Acudir a la religión	Pocas veces Depende de las circunstancias Con frecuencia	0 a 25 50/75 100	Ordinal

		c) Otros	X. Análisis de las emociones XI. Negación XII. Conductas inadecuadas XIII. Distracción			
		a) Sentimiento positivo de la vida.	Estar libre de estados depresivos profundos	Alto	30	ordinal
		Bajo	6			
		b) Satisfacción con la vida.	Satisfacción con lo que se ha alcanzado	Alto	55	
		Bajo	11			
		c) Realización personal.	Felicidad plena y no estados temporales de estar feliz	Alto	30	
		Bajo	6			
		d) Alegría de vivir.	Optimismo y alegría y lo maravilloso que es vivir	Alto	20	
		Bajo	4			
Variable Intervinientes Estadio de la enfermedad.	Lugar de alcance de las células cancerosas.	a) Estadío I b) Estadío II c) Estadío III	Tumor mayor a 2 cm Tumor hasta 5 cm con o sin ganglios axilares Tumor mayor de 5 cm con ganglios axilares			nominal

		d) Estadío IV	Existe metástasis			
Intervención quirúrgica.	Extirpación quirúrgica de la mama.	a) Sin mastectomía Con mastectomía	Sin extirpación de mama Con extirpación de mama parcial o total			nominal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. CÁNCER

El cáncer puede ser definido como un proceso patológico que comienza con la transformación de células normales en anormales (neoplásicas), como resultado de algún mecanismo no identificado, el cual tiene la capacidad de destruir tejidos y de extenderse (metástasis) a otras partes del cuerpo (Rossel y López, 1984)

Según la Real Academia Española (consultado en el 2017) define el cáncer como una enfermedad neoplásica con transformación de las células, haciendo referencia también a un tumor maligno.

Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier órgano del cuerpo. Dichas enfermedades se caracterizan por una profunda alteración de la regulación del crecimiento y/o muerte celular y por la adquisición de una capacidad para invadir localmente y diseminarse a distancia. También se denominan tumores malignos o neoplasias malignas. (Ariana Goldman, 2014)

Según la Organización Mundial de la Salud (2017)en cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis». Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

A. CAUSAS

El cáncer es causado por factores internos (como mutaciones hereditarias, hormonas y condiciones inmunitarias) y factores ambientales / adquiridos (como el tabaco, la dieta, la radiación y los organismos infecciosos). El vínculo entre la dieta y el cáncer se revela por la gran variación en las tasas de cáncer (Anand, Kunnumakkara, Sundaram, Harikumar, Tharakan, Lai; et al., 2007)

Según el Ministerio de Salud, 2013, existe evidencia de que diversos factores sumados a la carga genética incrementan el riesgo de la aparición de cánceres. El impacto en la salud pública radica en que, una reducción en la frecuencia de los factores modificables en la población general tendría impacto en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer.Los principales factores de riesgo para cáncer son:

- Consumo de tabaco: Asociado a cáncer de cavidad oral, laringe, pulmón, cérvix, mama y estómago.
- Consumo de alcohol: Asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama.
- Bajo consumo de frutas y verduras: Asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (Estómago, colon y recto).
- Dieta no saludable: El consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago; asimismo, el consumo excesivo de azúcares, grasas animales y carnes rojas se asocia a cáncer de colon.
- Combustión de leña, carbón y bosta: Vinculado a cáncer de pulmón.

- Exposición a asbestos: Asociado a cáncer de pulmón (Mesotelioma).
- Conductas sexuales de riesgo: Como ocurre con el número de parejas sexuales e inicio temprano de relaciones sexuales que incrementan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH), causaprinicipal del cáncer de cérvix.
- Uso de estrógenos exógenos: Asociados principalmente a cáncer de mama y de cérvix.
- Obesidad: Se ha documentado en obesos un incremento del riesgo de padecer cáncer de esófago, cérvix,mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El porcentaje de cánceres atribuidos a la obesidad varía de acuerdo al tipo de cáncer llegando hasta el 40% en el caso de los cánceres de endometrio y esófago.
- Sedentarismo: Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon.
- Infección: Se ha encontrado asociación entre la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cérvix, del virus de la hepatitis B (VHB) con el hepatocarcinoma y del *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago.
- Exposición a radiaciones no ionizantes: Como en el caso de la exposición a la radiación solar sin foto protección y el cáncer de piel.

B. ESTADÍOS

Según el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, 2015; El sistema TNM es el sistema de estadificación de cáncer de mayor uso. La mayoría de los hospitales y centros médicos usan el sistema TNM como método principal en sus informes de cáncer.

La T se refiere al tamaño y extensión del tumor principal. El tumor principal se llama de ordinario el tumor primario.

La N se refiere a la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos.

La M se refiere a si el cáncer se ha metastatizado; es decir, si ha tenido metástasis. Esto significa que el cáncer se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo.

Cuando su cáncer se describe por el sistema TNM, habrá números después de cada letra que dan más detalles acerca del cáncer

Tumor primario (T)

TX: No puede medirse un tumor primario

T0: No puede encontrarse un tumor primario

T1, T2, T3, T4: Se refiere al tamaño y/o extensión del tumor principal. En cuanto más grande es el número después de la T, mayor es el tumor o tanto más ha crecido en los tejidos cercanos. Las T pueden dividirse todavía más para proveer más detalle, como T3a y T3b.

Ganglios linfáticos regionales (N)

NX: No puede medirse el cáncer en los ganglios linfáticos cercanos

N0: No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos

N1, N2, N3: Se refiere al número y ubicación de los ganglios linfáticos que tienen cáncer. En cuanto más grande es el número después de la N, más son los ganglios linfáticos que tienen cáncer.

Metástasis distante (M)

MX: No puede medirse la metástasis

M0: El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo

M1: El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo

El sistema TNM ayuda a describir el cáncer en forma detallada. Pero, para muchos cánceres, las combinaciones TNM se agrupan en cinco estadios menos detallados, explicado en el siguiente cuadro:

Estadio	Lo que significa
Estadio 0	Hay células anormales presentes pero no se han diseminado al tejido cercano. Se llama también carcinoma in situ, o CIS. El CIS no es cáncer, pero puede convertirse en cáncer.
Estadio I	Hay cáncer presente. En cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y tanto más se ha extendido en los tejidos cercanos.
Estadio III	
Estadio IV	El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo

C. PREVALENCIA DELCANCER EN EL PERÚ Y EN EL MUNDO

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos. Se prevé que el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70% en los próximos 20 años. El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. Cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos. La detección de cáncer en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes. En 2015, solo el 35% de los países de ingresos bajos informaron de que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%.

Según el Ministerio de Salud, 2013, aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100 000) que en Europa (264 por 100 000) o los EE UU (300 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe principalmente a la ocurrencia de cáncer en etapas más avanzadas y está en parte relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento. En los EE.UU, el 60% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados en las primeras etapas, mientras que en Brasil sólo el 20% lo son y en

México sólo el 10% se diagnostican en una etapa temprana (Ministerio de Salud, 2013). En el Perú de acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006-2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). En niños (menores de 15 años) los cánceres más frecuentes fueron los del sistema hematopoyético y retículoendotelial (44.2%), encéfalo (8.0%), ojo y anexos (7.8%), ganglios linfáticos (6.9%) y hueso, cartílago y articulaciones (5.2%). Se estima que para el año 2011, se produjeron a nivel nacional un total de 30 792 defunciones por cáncer con una tasa ajustada de mortalidad de 107 defunciones por 100 000 habitantes, los departamentos con mayor tasa ajustada de mortalidad por cáncer fueron Huánuco, Amazonas, Huancavelica, Pasco y Junín. La mortalidad por cáncer en el Perú para el año 2011 muestra evidentes variaciones geográficas. Se observa elevada mortalidad por cáncer de estómago en departamentos de la sierra como Huánuco, Pasco y Cusco. Los departamentos de la selva o con parte de selva presentan las más altas tasas mortalidad por cáncer de hígado (Amazonas, Apurímac y Madre de Dios) y por cáncer de cérvix (Loreto, Huánuco y Ucayali); mientras que, los departamentos de la costa presentan las más altas tasas de mortalidad por cáncer de pulmón (Callao, Tumbes y Lima), cáncer de mama (Tumbes, Lima y Moquegua) y cáncer de próstata (Callao, Tumbes, Tacna y Lambayeque). Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2013), al incidencia anual de Cáncer en el Perú es aproximadamente de 150 casos por cada 100,000 habitantes con un promedio de 45,000 nuevos casos.

Los diferentes tipos de cáncer que causan mayor número de muertes anualmente son los de pulmón, estómago, hígado, colon y mama. En las mujeres, el cáncer con mayor incidencia es el cáncer de mama; diversas instituciones investigan sobre el creciente índice de este tipo de cáncer, al respecto, La incidencia del cáncer de mama aumentó un 20 % entre 2008 y 2012, con 1,67 millones de nuevos casos diagnosticados el año pasado, lo que lo convierte en el segundo tipo de cáncer más común en el mundo y, con diferencia, el más frecuente entre mujeres, tanto en el mundo desarrollado como en desarrollo. La mortalidad de este tipo de cáncer se incrementó en esos cuatro años un 14 %, con un total de 522.000 muertes en 2012, aunque es aún la quinta causa de muerte por la enfermedad, según los últimos datos divulgados en Ginebra por la Organización

Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, entre mujeres el de mama es el tipo de cáncer más mortífero en el mundo en desarrollo (324.000 muertes en 2012) y el segundo que más muertes provocó en los países desarrollados (198.000), sólo detrás del cáncer de pulmón. (OMS, 2013)

D. CANCER DE MAMA

a) DEFINICIÓN

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de las sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo. Allí pueden adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis.(SEOM, 2017).

b) TIPOS

Según el Instituto Nacional de Cáncer (2017)la mama está compuesta por lóbulos y conductos. Cada mama tiene entre 15 y 20 secciones que se llaman lóbulos. Cada lóbulo contiene muchas secciones pequeñas llamadas lobulillos. Los lobulillos terminan en docenas de bulbos minúsculos que producen leche. Los lóbulos, los lobulillos y los bulbos están conectados por tubos delgados que se llaman conductos. Cada mama tiene también vasos sanguíneos y vasos linfáticos. Los vasos linfáticos transportan un líquido casi incoloro que se llama linfa. Se pueden determinar dos tipos de cáncer de mama según el origen de las células cancerosas.

- El carcinoma ductal que comienza en los tubos (conductos) que llevan leche desde la mama hasta el pezón. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo.
- El carcinoma lobulillar comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche.

c) FACTORES DE RIESGO

- Factores genéticos: Según Hernández, Bernadello y Cols, 2007, el cáncer tiende a presentarse en edad temprana, con un crecimiento multifocal, puede darse como única manifestación de un defecto en el gen y como parte de un disturbio en el sistema genético ligado a los genes. El Ministerio de Salud de Perú (2011) estima que entre el 70 y 80% de cáncer de mama que aparece en mujeres no presenta factores de riesgo hereditarios.
- Factores Conductuales:Según Galdos, Davalos, y Tejada, en el 2015, el 30% de muertes por cáncer son por un índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El funcionamiento del organismo y prácticas de vida de las personas: mujeres inactivas físicamente o cuanto mayor número de hijos, menor riesgo de tener cáncer de mama; sin embargo, el inicio precoz de la menstruación y el retraso de la menopausia incrementa el riesgo de padecer cáncer de mama, también el ambiente laboral donde puede haber exposición a químicos y radiaciones ionizantes (Hernández, Bernardello y Cols, 2007)
- Otros factores: El riesgo de padecer cáncer de mama se incrementa con la edad, pero el cáncer de mama tiende a ser más agresivo cuando ocurre en mujeres jóvenes. (LUBOTELL, M., RAMIREZ, M., 2009)

El consumo de hormonas como los estrógenos exógenos utilizados en la terapia de sustitución hormonal junto a la predisposición genética predisponen a la persona a la aparición del cáncer de mama (COPPOLA, F., NADER, J. y AGUIRRE, R, 2005)

Se ha observado un ligero aumento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres que toman anticonceptivos orales.Los anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer de mama. (Organización Panamericana de Salud, 2002)

d) ESTADIFICACIÓN

	Estadios Clínicos	Tamaño del tumor
Estadios Iniciales	Estadío I	Tumor mayor de 2 cm
	Estadío II	Tumos hasta 5 cm con o sin ganglios axilares
Estadios Avanzados	Estadío III	Tumor mayor de 5 cm con ganglios axilares
	Estadío IV	Existe metástasis

Fuente: Instituto Nacional del cáncer de Estados Unidos, 2010.

e) TRATAMIENTO

El tratamiento de pacientes con cáncer de mama suele incluir un grupo multidisciplinario en el que se encuentran cirujanos oncólogos, radiooncólogos, oncólogos médicos, cirujanos reconstructivos, imagenólogos. (Granados, M.; Herrera, A., 2010)

A continuación se describirán los diferentes tipos de tratamiento (Sociedad Americana del Cáncer, 2017)

- **Tratamientos locales:** algunos tratamientos se llaman terapias locales, lo que significa que tratan el tumor sin afectar al resto del cuerpo. Algunos tipos de terapia local utilizados para el cáncer de seno son:

Cirugía: La cirugía es un tratamiento común para el cáncer de seno, y su propósito principal es eliminar tanto del cáncer como sea posible. En la mayoría de las mujeres con cáncer de seno se emplea algún tipo de cirugía como parte del tratamiento. Dependiendo de la situación, la cirugía se puede realizar por diferentes razones.

Hay dos tipos principales de cirugía para extraer el cáncer de seno:

➤ Cirugía con conservación del seno (también llamada tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía parcial o mastectomía segmentaria): se extirpa

solamente la parte del seno que tiene cáncer. El objetivo es extraer el cáncer y algo de tejido normal circundante. La cantidad que se extirpa del seno depende del tamaño y la localización del tumor, además de otros factores.

➤ **Mastectomía:** se extirpa totalmente el seno, incluyendo todo el tejido mamario y en ocasiones otros tejidos cercanos. Hay varios tipos distintos de mastectomías. Algunas mujeres también pueden someterse a una mastectomía doble para extirpar ambos.

Radioterapia: Algunas mujeres con cáncer de seno necesitarán radiación, a menudo con otros tratamientos. La necesidad de radiación depende de qué tipo de cirugía se realizó, si su cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o a algún otro lugar en su cuerpo, y en algunos casos, de su edad. Puede que reciba un solo tipo de radiación, o una combinación de diferentes tipos.

La radioterapia es un tratamiento que usa rayos o partículas de alta energía (como los rayos X) para eliminar las células del cáncer. Hay dos tipos principales de radioterapia que se pueden usar para tratar el cáncer de seno:

- **Radioterapia externa:** este tipo de radiación proviene de una máquina que está fuera del cuerpo.
- **Radiación interna (braquiterapia):** para este tratamiento, una fuente radiactiva se coloca dentro del cuerpo por un corto tiempo.
- **Tratamientos sistémicos:** el cáncer de seno se puede tratar con medicamentos que pueden administrarse por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo. Estas son terapias sistémicas porque pueden alcanzar las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo. Dependiendo del tipo de cáncer de seno, pueden utilizarse diferentes tipos de medicamentos, incluyendo:

Quimioterapia: Algunas mujeres con cáncer de seno recibirán quimioterapia (quimio). Para combatir el cáncer de seno, la quimioterapia trata todo el cuerpo

de una mujer, no sólo su seno. La quimioterapia puede causar muchos efectos secundarios diferentes, pero no todas las mujeres padecerán los mismos.

La quimioterapia es un tratamiento con medicamentos contra el cáncer que se pueden administrar por vía intravenosa (inyectados en la vena) o por vía oral. Los medicamentos pasan a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en la mayoría de las partes del cuerpo.

Terapia hormonal: Algunos tipos de cáncer de seno son afectados por hormonas en la sangre. Las células del cáncer de seno positivas para receptores de estrógeno y positivas para receptores de progesterona (cáncer ER-positivo y PR-positivo) tienen receptores que se adhieren al estrógeno, lo que les ayuda a crecer. Hay varios medicamentos que utilizan diferentes formas para evitar que el estrógeno se adhiera a los receptores.

La terapia hormonal es una forma de terapia sistémica, lo que significa que llega a las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo y no sólo al seno. Se recomienda para mujeres que padecen cánceres de seno con receptores hormonales positivos (ER-positivo y/o PR-positivo), pero no ayuda a las mujeres que padecen cánceres con receptores hormonales negativos (ambos ER- y PR negativo).

Terapia dirigida: A medida que los investigadores conocen más acerca de los cambios que provocan que las células cancerosas crezcan fuera de control, ellos desarrollan nuevos tipos de medicamentos para combatir a algunos de estos cambios celulares. Estos medicamentos de terapia dirigida están diseñados para bloquear el crecimiento y propagación de las células cancerosas. Actúan de forma diferente de los medicamentos de la quimioterapia, los cuales atacan a todas las células que están creciendo rápidamente (incluyendo células cancerosas).

Algunas veces, los medicamentos de terapia dirigida funcionan incluso cuando los medicamentos de quimioterapia no son eficaces. Algunos medicamentos de terapia dirigida pueden ayudar a otros tipos de tratamiento a

ser más eficaces. Además, estos medicamentos suelen causar diferentes efectos secundarios en comparación con la quimioterapia.

f) ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER

El cáncer es un mal temido por las personas por los diferentes impactos psicológicos, sociales, económicos, familiares, físicos y la posibilidad de muerte que puede traer.

Las repercusiones de la enfermedad en una paciente con cáncer de mama se expresan en todas las esferas de la vida: la familiar, la relación de pareja, la laboral y social (Soriano, 1997). Este daño en la vida sexual y las relaciones de pareja de la paciente se encuentra fundamentado en las creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos (Benjamin & cols., 2002; Mathes & cols., 2002; Compas & Luecken, 2002).

Una mujer al recibir un diagnóstico de cáncer de mama se ve enfrentada al sufrimiento, angustia, temor y ansiedad ante la probabilidad de su propia muerte (Solana, 2005) Aparte de las alteraciones que conlleva el seguir sus tratamientos, que están en relación a las posibles experiencias de dolor, hospitalización, deformidad, deudas e incapacidad para cuidar de uno mismo o de la familia (Die Trill, 1987 en Martin, Matellanes & Pérez, 2007; Pocino et al., 2007). Además de dejar de realizar las actividades diarias, y las planeadas para el futuro; y la posibilidad de una operación quirúrgica puede llevar a alteraciones emocionales y cognitivas.

Los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Barbón & Beato, 2002). La depresión, reacción emocional muy frecuente en los enfermos crónicos ha sido estudiada por Ford quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social (Ford, 2002). Zhao y colaboradores encontraron en las mujeres con cáncer de mama mayores niveles de depresión y ansiedad, así como un afrontamiento más negativo a la misma (Zhao & cols., 2001).

Alarcón (2006), cita a Massie y Greenber; quienes mencionan como consecuencias biológicas la pérdida del funcionamiento corporal normal, deterioro físico, alteraciones fisiológicas de la quimioterapia, alteraciones corporales, dolores y cambios en el esquema corporal, estado de salud inestable. Junto con las innumerables consecuencias psicológicas se pueden presentar reacciones afectivas tales como expresiones de rabia, dolor, ansiedad, depresión, deterioro de la autoimagen, percepción de la enfermedad y sus efectos negativos. A nivel del entorno social se presentan cambios en los roles y relaciones familiares y sociales, pérdida de la capacidad laboral, cambia la percepción de la enfermedad por parte de los demás, pérdida de sueños, aspiraciones y estilos de vida, aislamiento social. Los pacientes con escasos recursos económicos y por falta de conocimiento sobre la prevención por lo general no acuden a tiempo a las pruebas de despistaje por lo que cuando se le diagnostica el cáncer se encuentra en estadios avanzados afectando en mayor grado la economía familiar.

Torrico y colaboradores donde señalan, después de una primera fase de adaptación a la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama consiguen controlar sus reacciones emocionales, no encontrando diferencias significativas con mujeres sanas en lo que respecta a indicadores de depresión (Torrico, Santín, López & Andrés, 2003). La literatura, así como la experiencia clínica, reporta que, en muchos casos, estas pacientes no aceptan completamente su enfermedad, mostrando gran variedad de sentimientos de inconformidad tales como: rechazo, ira, temor o desesperanza, que pueden ir desapareciendo en la medida en que se va extendiendo la sobrevida (Sirgo, 2001); se puede decir que estos resultados se deben a que las pacientes evaluadas tenían más de tres meses con el diagnóstico de cáncer de mama.

g) ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MUJER CON EXTRIPACIÓN DE MIEMBRO

Todo procedimiento quirúrgico en patologías mamarias producirá efectos psicológicos sobre la persona, a causa de cambios que ocurren en la autoconceptualización y en la imagen corporal (García y González, 2004).

Algunos estudios reportan en pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama un cierto estilo represivo de afrontamiento en su personalidad, caracterizado por baja ansiedad y alta debilidad social (Sirgo et al, 2001).

La mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por un choque de proporciones inauditas: distorsión de un perfil somático-sexual, las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad impredecible y de consecuencias muy disímiles; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación y recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social (Fernández 2002)

La mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por una distorsión de su imagen corporal y por una cierta incapacidad de asumir sus compromisos sociales. Se señalan afectaciones del autoconcepto y la identidad en pacientes sometidas a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas por cáncer de mama, siendo las más afectadas las pacientes mastectomizadas (García y González, 2007)

En una investigación en Lima se encontró que las pacientes que no han sido sometidas a cirugía o ésta ha sido realizada sin remoción de mama, tienden a expresar con mayor frecuencia sus emociones en comparación con aquellas que han sido sometidas a una experiencia quirúrgica radical (con o sin reconstrucción). Al respecto es posible que esta vivencia sea percibida como una mutilación, generando temor al rechazo de otros y al rechazo propio, por lo que se tendería a no exteriorizar las emociones. En nuestro medio, (Valderrama 2003) encontró que en un intento por conservar su equilibrio emocional, las pacientes que no perciben aspectos beneficiosos en su cirugía son proclives a negar dicho evento.

En 1994, (Meléndez, citado por Valderrama, 2003) realizó en el Perú un estudio con 50 mujeres sometidas a mastectomía radical (con edades entre los 20 y 70 años) orientado a identificar las actitudes ante la cirugía y su relación con la edad, estado civil y grado de instrucción. Aplicando un instrumento desarrollado para los fines del estudio, encontraron que un 18% del total de la muestra presentó una aceptación parcial

ante la mastectomía, un 52% presentó negación y un 30% una negación total respecto a la intervención.

2. AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

A. AFRONTAMIENTO

Debido a que la atención del estudio de las reacciones sobre el afrontamiento se daban ante situaciones en que las personas tenían ante una situación de importante significación traumatizante, incentivó durante los principios de la década de los 70 a que algunos investigadores empezaran el estudio de afrontamiento como un área de investigación sobre las respuestas y reacciones a situaciones extremas (Centeno, 2004).

Sin embargo a través de los años, los investigadores del afrontamiento han dado importancia a otros factores como los psicológicos y ambientales. Los primeros pueden incluir varias variables por ejemplo la autoestima y autoeficacia, entre otras; y las segundas variables como las redes de apoyo social, recursos financieros, educación, entre otros (Eckenrole 1991, citado por Centeno, 2004).

Por otro lado; Alldwin (1994, citado por Centeno, 2004), propone considerar las estrategias de afrontamiento como un proceso complejo, dinámico e interaccional entre el sujeto, las demandas y el medio, las que pueden ejercer efectos directos e indirectos sobre el estado de salud, para ello menciona tres modelos de afrontamiento y salud que suelen ser utilizados, siendo estos:

- a) El primer modelo, asume que las estrategias de afrontamiento al estrés tienen efectos directos sobre las variables específicas de la salud (presión sanguínea, tiempos de recuperación, etc.)
- b) Otro modelo que considera que las conductas de afrontamiento poseen una influencia directa sobre las variables de salud (por ejemplo ayudan a que la persona mantenga un contacto regular con los profesionales de la salud)
- c) El tercer modelo aún menos frecuentemente utilizado, propone que las estrategias de afrontamiento modelan o amortiguan el estrés creado por los problemas específicos de la salud.

Según Lazarus (2000) en una definición de afrontamiento afirma que son los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones adversas, tanto internas como externas que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria.

Según Lazarus y Folkman (1986) plantean que la capacidad de una persona para afrontar una situación dependen de varios factores: la salud y energía, dado que personas más fuertes y saludables pueden responder de mejor manera a las demandas internas y externas que las personas débiles, enfermas y cansadas. De igual manera la creencia positiva es un recurso personal muy importante debido a que se relaciona con la capacidad de soportar el estrés, lo que aumenta cuando las personas se creen capaces de obtener consecuencias deseadas. Así mismo se consideran recursos personales la capacidad de resolver problemas y las habilidades sociales. El apoyo social y la sensación de aceptación también están relacionados con esto, así como la valoración y el afecto de otras personas.

Desde esta perspectiva, tanto los recursos materiales como los sociales no tienen un peso tan importante como el de la idea personal o percepción que el individuo elabora de ellos. La percepción de que se es capaz de manejar o alterar una situación estresante y la confianza que otorga el saber que se puede regular el propio malestar emocional son los dos factores principales que permiten afrontar el estrés.

Según (Fierro, 1998) en el modelo de Lazarus y Folkman el elemento comportamental que resulta adaptativo en la conducta relacionada con el estrés es el afrontamiento que consiste en “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas, externas o internas, apreciadas (evaluadas) como excedentes o desbordantes de recursos del individuo” (Fierro 1998). Entonces para este autor, el afrontamiento constituye una conducta que responde a una situación y tarea paradójica, cómo defenderse, cómo manejarse cuando no se dispone de recursos para ello.

A continuación se mencionan otras definiciones de afrontamiento:

El afrontamiento ha sido definido por Roy (2004) como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente; estos esfuerzos actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad, el cual es esencial para la salud y el bienestar.

Weisman y Worden (1976-1977) definieron al afrontamiento como aquello que uno hace ante un problema que percibe, buscando conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio.

Lipowski (1970), define el afrontamiento como toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversibles, y para compensar, en lo posible, cualquier deterioro irreversible.

B. PROCESO DE AFRONTAMIENTO

En su vida cotidiana las personas se ven sometidas a diferentes factores estresantes ambientales que deben afrontar para mantener un estado de equilibrio, estas circunstancias son controladas en una forma particular dependiendo de las estrategias que se utilizan. Sin embargo hay ocasiones en que las condiciones del ambiente representan una amenaza para la integridad del ser y es en este momento en el que la persona actúa para evitar que estos estresores superen su capacidad para afrontarlos y puedan disminuir sus recursos disponibles para hacerlo (Mera, 2007)

C. EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO

Para Lazarus y Folkman (1986) existen tres tipos de evaluaciones:

- b) **Evaluación Primaria** ocurre en cada encuentro o transacción del sujeto con las demandas (externas o internas). Se la considera el primer mediador psicológico del estrés.

Una situación puede considerarse como irrelevante, benigna- positiva, o bien estresante. El que una situación tenga una valoración benigno positiva significa que

resulta beneficiosa. Generalmente las situaciones que implican un cambio son las que se consideran como estresantes. Una valoración estresante puede significar que la situación se percibe como: peligrosa, amenazante o desafiante. Cada una de estas posibilidades puede generar una emoción, siendo importante recordar que las emociones no producen estrés, sino que por el contrario, son generadas por la valoración que el sujeto hace de la situación.

Amenaza: implica la anticipación de un daño cuya ocurrencia parece inminente, dando lugar a que la persona trate de solucionarlo o afrontarlo de forma anticipada. Puede generar preocupación, ansiedad o miedo.

Daño- Pérdida (peligro): se refiere a un daño psicológico que ya se ha producido, ha recibido un perjuicio. Puede producir enfado, irritación, disgusto, contrariedad o tristeza.

Desafío: implica la revisión anticipada de situaciones daño-pérdida, como en la amenaza, pero a diferencia de ésta, se acompaña de la valoración de que existen fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y obtener ganancias. Esta situación resulta de demandas difíciles, ante las que el sujeto se siente seguro de superarlas siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos de afrontamiento. Puede producir inquietud, anticipación, ansiedad, etc.

- c) La **evaluación secundaria** hace referencia a los recursos propios, a la propia capacidad para controlar o enfrentar el peligro, amenaza o desafío. Desde esta perspectiva, se supone que la reacción de estrés depende, sustancialmente, de la forma en que la persona valora sus propios recursos de afrontamiento en relación con la evaluación primaria

Se podría considerar que la persona, mediante la evaluación secundaria busca responder a las siguientes preguntas: ¿Con qué opciones cuento? , ¿Qué probabilidades tengo de aplicar las estrategias necesarias para reducir el estrés? Y ¿Funcionará este procedimiento? , en otras palabras, ¿Aliviará mi estrés? Los “recursos de afrontamiento” incluyen las propias habilidades del *coping* (por ejemplo, habilidades de solución de problemas), el apoyo social y los recursos materiales. Todo aquello que

considere necesario para llevar a cabo una estrategia eficaz en el manejo de la situación y así reducir el estrés.

Dos aspectos que se deben considerar son: la percepción de anticipación y la percepción de control de la situación. La primera implica prepararse para un suceso, junto con su carácter positivo o negativo, deseable o no deseable. La segunda implica que la persona conozca qué de una situación depende de él y qué puede manejar con los recursos que posee. Estos dos factores son fundamentales en el estrés, puesto que se ha encontrado que los sucesos percibidos como incontrolables o impredecibles son los que tienen mayor impacto sobre la salud.

- d) Por último la **reevaluación** funciona mediante procesos de feedback activos en todo momento de la interrelación entre el individuo y las demandas (estresores). Permite tomar nueva información y realizar correcciones acerca de las valoraciones, cogniciones y conductas previas.

D. DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Las evaluaciones primarias y secundarias interactúan entre sí, influyen en el estrés percibido, la cualidad y calidad del estado emocional que acompaña a la experiencia y las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha. Se debe aclarar también que si bien los tipos de evaluaciones se pueden “separar” en primarias y secundarias, es sólo para fines didácticos porque ambas se dan simultáneamente y son interdependientes entre sí con la reevaluación.

Una vez que la situación es evaluada como estresante, la persona desarrolla una serie de estrategias para enfrentarse a la misma, llamadas *Estrategias de Afrontamiento* o *Coping* que influye en la valoración que se hace de la situación dada y sobre las reacciones al estrés, inclusive su importancia es tal que se las ha considerado como variables mediadoras de las respuestas al estrés (Rodríguez Fernández, 2006).

Lazarus y Folkman (1986) dentro de su modelo transaccional de estrés (entendido como un proceso dinámico, en constante cambio de acuerdo a las actitudes del individuo y los cambios en las circunstancias) destacan algunas características

importantes como son: el afrontamiento se refiere a cada interacción de la persona con el ambiente, se lo entiende a nivel contextual; es un proceso que cambia constantemente sin realizar ninguna suposición acerca de lo que constituye un buen o mal afrontamiento. El afrontamiento no es automático sino que es un patrón de respuesta aprendido frente a situaciones estresantes, requiere de esfuerzos, uno puede no ser totalmente consciente de su respuesta de afrontamiento, los resultados pueden ser exitosos o no, pero el esfuerzo tiene que haberse realizado. Por último el afrontamiento es un esfuerzo orientado a *manej*ar la situación y las demandas que generan estrés y el estado emocional desagradable que se asocia a él.

Entonces desde esta perspectiva de “manej” la situación se permite explicar la idea de maniobrar o negociar entre las fuerzas internas y del entorno, que no siempre se hace de la manera más eficaz, sino “como uno puede” (Fierro 1998).

Específicamente en el campo de las enfermedades físicas Lipowsky en 1970, hace una definición del afrontamiento planteando que es “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modo reversibles, y para compensar, en lo posible, cualquier deterioro irreversible”.

E. MODELOS TEÓRICOS

A continuación mencionaremos los modelos teóricos del afrontamiento al estrés propuestos por los principales autores

a) Desde el marco teórico del modelo transaccional del estrés

Lazarus en 1994 sugiere que ante una situación de estrés hay que tener en cuenta: la valoración o apreciación que hace la persona de los estresores, las emociones o afectos asociados a dicha apreciación y los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores. Por lo tanto el afrontamiento puede estar orientado:

- Hacia la tarea: centrándose en resolver el problema de manera lógica, las soluciones y la elaboración de planes de acción cuya función es modificar

la situación problemática, para hacerla menos estresante para el sujeto. También se le considera como afrontamiento de aproximación.

- Hacia la emoción: centrándose en respuestas emocionales (ira, tristeza, etc.) en la evitación, preocupación y respuestas fantásticas o supersticiosas. Esta última estrategia de afrontamiento es la más desadaptativa en situaciones de estrés, ya que un método de afrontamiento incorrecto y pasivo puede aumentar la intensidad de la respuesta de estrés percibida y provocar repercusiones negativas en el aspecto emocional y en el rendimiento.

Lazarus y Folkman (1986) describieron dos estrategias básicas de afrontamiento al estrés, los esfuerzos cognitivo conductuales centrados en solucionar el problema y por otro lado la búsqueda de relaciones de apoyo en otros con gran contenido afectivo. Se trata de fuerzas empleadas para gestionar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) necesidades personales y demandas externas del propio desenvolvimiento; además como señalan algunos autores, esta actividad reguladora inicia como un proceso consciente y después se automatiza. (Compas, Connor, Osowieck y Welch, 1997)

b) Modelo propuesto por Frydenberg y Lewis

El afrontamiento es considerado como las conductas y acciones que se generan en respuesta a las demandas planteadas por el individuo, algunas de ellas intentan modificar o remediar la fuente de la demanda y otras indican cierta incapacidad para manejar la demanda. E. Frydenberg (1999) habla sobre la existencia de dos tipos de afrontamiento: el general (modo en que se enfrenta cualquier situación) y el específico (forma de enfrentar una situación particular).

Estos autores consideran que las estrategias pueden ser agrupadas de manera tal que conforman tres estilos de afrontamiento, los que representan aspectos funcionales y disfuncionales:

- Estilo dirigido a solucionar el problema: abarca las siguientes estrategias: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, diversiones relajantes y distracción física.

- Estilo dirigido en relación con los demás: consisten en acercarse a otros para obtener apoyo. Abarca las siguientes estrategias: apoyo social, amigos íntimos, buscar pertenencia, acción social, apoyo espiritual y buscar apoyo profesional
- Estilo improductivo: se trata de una combinación de estrategias improductivas de evitación que muestra una capacidad empírica para afrontar los problemas. Abarca las siguientes estrategias: preocuparse, hacerse ilusiones, no afrontamiento, reducción de tensión, ignorar el problema, autoculparse, y reservarlo para sí.

Las investigaciones acerca de la influencia del afrontamiento sobre la adaptación (Arcas y Manzano, citados por (Gárate & Limachi, 2012) revelan que al seguir el modelo de Frydenberg, que las estrategias activas y orientadas hacia el problema moderan la influencia adversa de los sucesos negativos de la vida sobre el funcionamiento psicológico.

La mayor proporción de estrategias enfocadas hacia el problema en relación al total de esfuerzos, ha sido asociada con menos presencia en depresión. Además las estrategias que implican negociación y comparaciones optimistas han sido relacionadas con reducciones del estrés concurrente y con una cantidad de futuros problemas.

Finalmente E. Fridenberg (1997) afirma que las estrategias de afrontamiento pueden repercutir directamente sobre el estado de bienestar psicológico del sujeto.

c) Afrontamiento Directo

Denota cualquier acción que tomamos para cambiar una situación desagradable. Cuando nuestras necesidades o deseos se frustran tratamos de quitar los obstáculos que obstruyen el camino o desistimos. De igual manera cuando estamos bajo una amenaza o conflicto tenemos tres opciones básicas para enfrentarlos:

- Confrontación: consiste en afrontar una situación productora de estrés en forma directa, reconociendo que existe un problema y que se necesita tener la solución, abordarlo sin rodeos y avanzar con determinación en la

obtención de objetivos. La característica distintiva de la “estrategia confrontacional” es hacer grandes esfuerzos por soportar el estrés y alcanzar las metas.

- Compromiso: es el modo más común y adecuado de afrontar directamente el conflicto o la frustración. A menudo nos damos cuenta de que es imposible tener todo cuanto deseamos y que no podemos esperar que hagan exactamente lo que nos gusta. En tales casos conviene que nos enfrentemos con menos de lo que inicialmente habíamos deseado.
- Retirada: el modo más adecuado en algunas circunstancias para afrontar el estrés es alejándose de la situación. Podemos comparar la retirada con la simple negativa a encarar los problemas. Pero cuando advertimos que nuestro adversario es más potente que nosotros o que es imposible cambiar nuestra personalidad, alterar la situación o llegar a un compromiso, la retirada es un ajuste realista y positivo sobre todo si cualquier tipo de agresión sería auto destructivo, el peligro está en que se puede llegar a evitar todas las situaciones parecidas.

d) Afrontamiento Defensivo;

Designa las distintas maneras en que uno se convence a sí mismo de que realmente no hay amenaza alguna o de que no desea algo que le es imposible conseguir. Es una modalidad de autoengaño que caracteriza a los internos y a veces inconscientes. Desde el punto de vista emocional y encararlo directamente por ser demasiado amenazador. En la autodefensa rehuimos al conflicto (Morris 1987, citado por Gárate y Limachi 2012)

F. ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Por otra parte, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se usan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Casaretto et al., (2003).

Lazarus y Folkman (1986) plantean dos estilos de afrontamiento: centrados en el problema y centrados en la emoción. Por su parte Carver Scheier y Weintraub, en 1989, amplían el panorama presentando quince estrategias de afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competitivas, la postergación de afrontamiento, el soporte social instrumental y emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación, la negación, el acudir a la religión, la expresión de las emociones, el uso de alcohol y drogas y el comportamiento conductual cognitivo.

Los estudios realizados por Frydenberg están basados en los conceptos de estrés y afrontamiento desarrollados por Lazarus. La autora menciona dos tipos de afrontamiento considerados como productivos o funcionales, uno de ellos, el denominado “resolver el problema”, que refleja la tendencia de afrontar los problemas de manera directa, y el de “referencia hacia los otros” que implica compartir las preocupaciones con los demás y buscar soporte en ellos; este último es el denominado “afrontamiento no productivo” y es disfuncional, ya que este tipo de estrategias no permiten encontrar una solución a los problemas, orientándose más hacia la evitación.

Por otro lado Lipowsky en 1970 hace una diferencia entre estrategias y estilos de Afrontamiento, entendiendo a las estrategias de afrontamiento como conductas, actividades cognitivas o percepciones específicas y muy variadas que se pueden definir en función de significado subjetivo de la enfermedad, su función hace al objetivo de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento suponen una perdurabilidad intraindividual y pueden ser cognitivos, (van desde la minimización a la vigilancia) o conductuales (desde la aproximación, adoptando una actitud activa, la capitalización, que implica una tendencia a la pasividad y a rechazar a los demás o depender de ellos, hasta la evitación donde el sujeto podría actuar como si estuviera sano).

G. MODELOS TEÓRICOS DEL AFRONTAMIENTO DE UN CÁNCER

a) Modelo de Lipowsky

Este modelo se refiere a la enfermedad en general, considerando que el cáncer supone demandas especiales. La definición que da Lipowsky en 1970 atiende a dos de

las dimensiones de Lazarus y Folkman (1986); las estrategias dirigidas o centradas en el problema y las dirigidas o centradas en la emoción.

El modo en que una persona afronta su enfermedad depende de diversas variables: factores derivados de la enfermedad (médicos, significados culturales y personales de la enfermedad), factores ambientales de tipo físico y social (sobre todo la calidad de las relaciones sociales), factores intrapersonales (edad, creencias, valores, habilidades personales e inteligencia), es decir, aquellos factores que contribuyen a determinar el significado subjetivo de la enfermedad (similar a la evaluación cognitiva primaria de Lazarus y Folkman); esto influye en las estrategias de afrontamiento utilizadas.

b) Modelo de Weissman

Según Ferrero (1993, citado por Rodríguez Fernández, 2006) este autor intentó perfilar un modelo que mostrara lo que es un buen afrontamiento del cáncer. Lo define como lo que uno hace con un problema para obtener alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio. Consta de tres elementos: 1) reconocimiento del problema para el que se busca un alivio o que simplemente se dejará en suspenso, 2) comprender tanto lo que uno hace como lo que no hace con el problema es afrontamiento, y que 3) existen consecuencias inmediatas del afrontamiento que no siempre tienen relación con la situación a largo plazo.

El afrontamiento para este modelo, es un proceso (no un conjunto de acciones aisladas) que combina percepción, evaluación, ejecución y corrección de ella, seguidas de actividad adicional y conducta dirigida a la meta; lo que lo diferencia de la defensa es que tendería a suprimir la disforia; desviar el problema y convertirlo en un “no problema” cuando sí lo es (todo esto supone una pauta repetida rígidamente con independencia del problema).

El autor señala también que la calidad de vida del paciente oncológico dependerá, en parte, de hasta qué punto ha afrontado “adecuadamente” la enfermedad. Los requisitos que debe cumplir para lograr un “buen” afrontamiento son: que permita

mantener la esperanza, evitar la negación, no usar la evitación enfrentándose a la realidad y realizando acciones adecuadas a esta, atender

H. AFRONTAMIENTO Y CÁNCER DE MAMA

El tratamiento de cáncer de mama requiere en casi la totalidad de los casos, de una intervención más o menos mutilante. Desde el punto de vista estético el caso más extremo es la llamada cirugía radical. Algunos estudios reportan en pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama un cierto estilo represivo de afrontamiento en su personalidad, caracterizado por baja ansiedad y alta debilidad social. La situación objetiva que requiere la movilización de los recursos de afrontamiento de la paciente con cáncer de mama está dada por los cambios en la imagen corporal de acuerdo con el tipo de cirugía y posibilidades de reconstrucción, así como por los efectos físicos o psicológicos de los otros recursos terapéuticos empleados (Sirgo 2001, citado por García y González, 2007).

Algunos autores como Antonovsky (1987) identifican determinadas categorías de personalidad como predisponentes a desarrollar un afrontamiento satisfactorio a las situaciones de estrés, entre ellas, al estrés de la enfermedad, y a los cambios, él habla acerca del “*sentido de coherencia*” que se caracteriza por la capacidad de una persona para afrontar las demandas del medio, percibir los desafíos que lo movilizan y orientarlo positivamente hacia la vida. Podemos considerar que una persona con estas características logra mayores niveles de bienestar. De hecho se observa una estrecha relación entre bienestar y afrontamiento, en esta dirección, es decir, que la persona con mayor nivel de bienestar está mejor preparada para desarrollar afrontamientos satisfactorios.

Dentro de nuestro medio, un estudio demostró que en relación a los estilos de afrontamiento, se encuentra que hay similar frecuencia de uso del estilo orientado al problema y el estilo orientado a la emoción, Esto indicaría que, ante el padecimiento de un cáncer de mama, las mujeres se ven impulsadas a desplegar estrategias dirigidas a buscar soluciones a su enfermedad (tratamientos), pero también resulta aún más común que busquen lidiar con las emociones experimentadas durante dicho periodo de tratamiento y el curso de su enfermedad (Lostaunau y Torrejón, 2013).

Por otro lado la capacidad de controlar los eventos de la vida y la proyección de futuro (elaboración de planes y proyectos) hace a las personas competentes para controlar los eventos que acontecen, capaces de desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento (Veenhoven, 1995). Algunos autores destacan la importancia de la evaluación que la mujer hace acerca de su enfermedad sobre el funcionamiento psicológico. Una evaluación inicial de la enfermedad como un riesgo y una autoevaluación posterior de autoconfianza en la efectividad para afrontar el desafío que la enfermedad impone suele garantizar un buen nivel de bienestar en estos pacientes (Hernández, 2006).

Stanton y colaboradores encontraron que un afrontamiento de aceptación activa, según el cual la mujer debe comprometerse con su autocuidado y en otras metas significativas de su vida, proporciona un mejor ajuste psicológico a largo plazo (Stanton, Danoff y Huggins, 2002 citados por García y González, 2007).

El afrontamiento caracterizado por una negación del problema, por el contrario, se acompaña, según los resultados obtenidos por Schnoll y colaboradores, de bajos niveles de bienestar (Schnoll Knowless y Harlow, 2002). Similares resultados encontraron Del Mar González y colaboradores al comprobar un uso más frecuente de estrategias de búsqueda de apoyo social, solución de problemas, distanciamiento y reevaluación positiva, que se acompañaban de menores niveles de ansiedad y depresión, todo lo cual funcionaba como un mecanismo protector contra el estrés de la enfermedad en las mujeres con cáncer de mama. (Del Mar González y cols., 2001, citados por García y González, 2007).

El afrontamiento a cualquier enfermedad y a la muerte tiene una connotación distinta en diferentes culturas. En particular, en el cáncer de mama (Kelison, 2002) ha estudiado que el afrontamiento a éste, tiene una interpretación religiosa y espiritualista en mujeres centroamericanas y mexicanas de bajo nivel cultural, cuyas familias también mostraban un afrontamiento con matiz religioso. La influencia de las creencias religiosas sobre el afrontamiento de la enfermedad en estas pacientes hace que sus recursos espirituales contribuyan como una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal, sin

embargo no encontró diferencias significativas en los estilos de afrontamiento empleados en mujeres norteamericanas de diferentes procedencias culturales.

3. PSICOLOGÍA POSITIVA

A. DEFINICIÓN

El término psicología positiva fue propuesto por Martin Seligman, quien tras dedicar gran parte de su carrera al estudio de la indefensión aprendida y a la psicopatología, dio un giro radical hacia el estudio de lo que él llamó fortalezas y virtudes humanas. Su propuesta fue presentada inicialmente en la conferencia inaugural de su período como presidente de la American Psychological Association (Seligman, 1999). No obstante, las primeras aproximaciones hacia la psicología positiva se remontan a finales de los años 20, con los escritos de Watson sobre el cuidado psicológico de los infantes, y a finales de los años 30, con el trabajo de Terman y colaboradores sobre el talento de los estudiantes y su ambiente académico y los factores psicológicos relacionados con la felicidad marital (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

El desarrollo teórico e investigativo que ha dominado a la psicología a lo largo del tiempo ha estado centrado en las emociones negativas, y en la debilidad humana en general, dando lugar a un marco disciplinar sesgado hacia lo patogénico, aspecto que ha incidido en que la psicología sea identificada como psicopatología o psicoterapia (Strumpfer, 2004; Vera, 2006).

Este marcado énfasis en lo patológico estuvo influido por la Segunda Guerra Mundial, período en el que la psicología se consolidó como una disciplina dedicada a la curación y a la reparación de daños (Seligman & Christopher, 2000), bajo el modelo biomédico dominante en ese entonces. No obstante antes de la guerra, los objetivos de la psicología no solo estaban orientados hacia la curación de los trastornos mentales, sino que sus acciones debían contribuir a que la vida de las personas fuera más productiva y plena, lo que implicaba identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Tras la guerra y por diferentes circunstancias, estos últimos objetivos

fueron rezagados y la psicología se dedicó exclusivamente al tratamiento del trastorno mental y a aliviar el sufrimiento humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

La orientación de la psicología hacia el diagnóstico de problemas mentales y al tratamiento descuidó a la totalidad del ser humano, catalogándola como una persona enferma dejando de lado las cualidades de las personas por lo que la psicología positiva busca cambiar este enfoque buscando prevenir psicopatologías, promover el mejoramiento de la calidad de vida a estudiar los rasgos positivos y desarrollar cualidades positivas, fortalezas y virtudes sin rechazar la investigaciones de los cualidades negativas. “La psicología positiva es un complemento de la psicología negativa, no es un sustituto” (Seligman, 2003), Pone énfasis en el estudio de las experiencias internas consideradas positivas, tales como la felicidad, gratitud, amistad, ilusión, amor, perseverancia, perdón, coraje, sabiduría, esperanza, optimismo y otras ignoradas por la tradición psicológica.

En los últimos años, se ha venido produciendo un cambio en la investigación en psicología, que evidencia una tendencia a abordar las variables positivas y preventivas en lugar de los aspectos negativos y patológicos que tradicionalmente se estudian (Guerrero y Vera, 2003; Simonton y Baumeister, 2005). Algunos autores sostienen que uno de los retos para la psicología en los próximos años será dedicar más trabajo intelectual al estudio de los aspectos positivos de la experiencia humana, entender y fortalecer aquellos factores que permiten prosperar a los individuos, comunidades y sociedades, para mejorar la calidad de vida y también prevenir las patologías que surgen de condiciones de vida adversas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). El objetivo de lo que se ha llamado Psicología Positiva es catalizar este cambio de la psicología, hacia el desarrollo de las fortalezas de las personas. Acorde con lo anterior, la principal tarea de prevención en esta década, será estudiar y entender cómo se adoptan esas fortalezas y virtudes en niños y jóvenes, elemento fundamental para la prevención de los llamados desórdenes mentales (Seligman y Christopher, 2000).

La psicología positiva se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras

previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman 2005; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Es definida también como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades (Sheldon y King, 2001), incluye también virtudes cívicas e institucionales que guían a los individuos a tomar responsabilidades sobre su comunidad y promueve características para ser un mejor ciudadano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

La psicología positiva es ciencia aplicada, desde esta perspectiva se le conceptúa como la “aplicación de la investigación psicológica positiva a la facilitación del óptimo funcionamiento (Linley y Joseph, 2004).

La Psicología positiva utiliza en sus investigaciones el paradigma hipotético-deductivo; Csikszentmihalyi (2000) sostiene que el método científico es el mejor medio para entender en su complejidad la conducta humana. Hace uso de las variadas modalidades del método científico: experimentos de laboratorio, diseños cuasi-experimentales e investigación ex post facto. Recoge sus datos con pruebas psicológicas, inventarios, escalas, cuestionarios y entrevista personal. Efectúa investigaciones transculturales con la finalidad de deslindar si los hallazgos poseen validez universal o son propios de la cultura. Para el análisis de datos hace uso de métodos estadísticos y también cualitativos, estos últimos con menor frecuencia.

B. CAMPOS DE APLICACIÓN

Dado que el propósito de la psicología positiva ha sido contribuir al estudio de las condiciones y procesos relacionados con el desarrollo óptimo de los individuos, grupos e instituciones (Gable y Haidt, 2005), sus aportes han tenido impacto en distintos campos de intervención de la psicología, principalmente en las áreas clínica, de la salud y educativa, en las que se observa un mayor énfasis.

En el nivel clínico, uno de los objetivos de la psicología positiva es cambiar el marco de intervención hacia el desarrollo de estrategias terapéuticas que favorezcan la experiencia emocional positiva, lo cual está orientado hacia la prevención y tratamiento de los problemas derivados o exacerbados por la presencia de emociones negativas

como la ansiedad, la depresión, la agresión y el estrés, entre otros. Dichas emociones tienen además la propiedad de estrechar el repertorio conductual del individuo, en cuanto afectan los procesos de pensamiento y acción (Fredrickson, 2000; Resnick, Warmoth & Selin, 2001; Seligman, 2002; Joseph & Linley, 2005).

Debido a la orientación tradicional de la psicología, actualmente se cuenta con conocimientos sólidos sobre los efectos de las emociones negativas (miedo, tristeza, ira, aversión, indignación y repulsión, entre otras) sobre los llamados trastornos de salud mental y física (Tobal, , Cano y Spielberger, 1997; Seligman, 2005). Por el contrario, el objetivo concreto de la psicología positiva en el ámbito clínico y de la salud, es estudiar las fortalezas y las virtudes humanas, así como los efectos que éstas tienen sobre los individuos y la sociedad (Cuadra & Florenzano, 2003). Seligman (2003) considera que este tipo de aproximación constituye también una valiosa estrategia para la prevención, en cuanto actúan como barrera contra los trastornos psicológicos y pueden contribuir de manera importante con la capacidad de recuperación.

La psicología educativa desde una perspectiva positiva centra su atención en las fortalezas o atributos específicos positivos de las personas y grupos en ambientes pedagógicos (Hughes, 2000). De acuerdo con estudios realizados en este ámbito, aquellos docentes que enfatizan en las experiencias positivas sobre el desarrollo de habilidades en los niños, hacen que éstos tengan mayor probabilidad de experimentar altos niveles de autoeficacia y otras características de desarrollo psicológico positivo, cuando ocurren conjuntamente con el desarrollo de habilidades complejas (Akin-Little, Little y Delligatti, 2004). Al respecto, Seligman y Csikszentmihalyi (2000) sostienen que promover competencias en los niños es más que arreglar lo que está mal en ellos; es identificar y fortalecer sus cualidades predominantes, y ayudarles a encontrar los espacios en los que puedan expresarlas. Promover las fortalezas de los niños y jóvenes puede incrementar cambios que favorecen el manejo exitoso de las dificultades actuales y las que deberán afrontar en el futuro (Terjesen, Jacofsky, Froh y DiGiuseppe, 2004).

En este sentido, Meyers y Nastasy (1999), sostienen que las intervenciones preventivas deben dirigirse hacia la modificación del ambiente para reducir el estrés, modificación del individuo para desarrollar competencias, a modificar de forma

simultánea al individuo y su ambiente. Los ambientes educativos en los cuales las recompensas son ofrecidas de manera contingente con el logro exitoso de metas realistas tienen más probabilidad de incrementar la motivación y disminuir los comportamientos problemáticos de los niños y jóvenes (Jenson, Olympia, Farley y Clark, 2004).

C. TEMAS DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

a) VIRTUDES Y FORTALEZAS

Seligman en el 2004 relata que se necesitaba un sistema de clasificación que permitiera definir e identificar las virtudes y fortalezas humanas, del mismo modo que lo habían requerido las enfermedades mentales. A continuación se describen las virtudes y se denominan las fortalezas correspondientes a cada virtud:

SABIDURIA Y CONOCIMIENTO: Reúne 5 fortalezas cognitivas relacionadas con la adquisición de la sabiduría y su antecedente necesario, el conocimiento. Las fortalezas son:

- Curiosidad, interés por el mundo.
- Amor por el conocimiento.
- Juicio, pensamiento crítico, mentalidad abierta
- Ingenio, originalidad, inteligencia práctica
- Perspectiva

VALOR: Fortalezas emocionales para lograr metas ante la oposición externa o interna, reflejan el ejercicio consciente de la voluntad orientada hacia objetivos encomiables que no se sabe con seguridad si serán alcanzados. Para ser considerados valientes tales actos deben realizarse ante fuertes adversidades; actuar según las propias convicciones aunque suponga ser criticado.

- Valentía
- Perseverancia y diligencia.
- Integridad, honestidad, autenticidad.

- Vitalidad y pasión por las cosas.

HUMANIDAD: Fortalezas interpersonales que involucran afectuosidad, amor, amistad y ayuda a los demás; ponen de manifiesto la interacción social positiva.

- Amor, apego, capacidad de amar y ser amado.
- Simpatía, amabilidad, generosidad.
- Inteligencia emocional, personal y social.

JUSTICIA: Fortalezas cívicas como fundamento de una vida comunitaria saludable basada en la equidad, la razón o el derecho. Dar a cada uno lo que le corresponde en la relación entre personas, entre grupos, en la familia, la comunidad, la nación y el mundo.

- Civismo, lealtad, trabajo en equipo.
- Justicia e imparcialidad
- Liderazgo.

MODERACION: Fortaleza que nos protege contra los excesos. La persona mesurada no reprime sus aspiraciones, pero espera la oportunidad de satisfacerlas de forma que no perjudique a nadie. Moderar el uso excesivo de los apetitos y sentidos ajustándolos a la razón.

- Capacidad de perdonar, misericordia.
- Modestia y humildad.
- Prudencia, discreción, cautela.
- Autocontrol.

TRASCENDENCIA: Según Seligman (2004) esta virtud refiere a fortalezas emocionales que nos conectan con algo muy elevado, como lo divino, el sentimiento religioso, el futuro, la evolución, lo divino y el universo. Pero también con la apreciación de la belleza y lo sublime, la percepción positiva del futuro, el agradecimiento y el significado de la vida.

- Apreciación de la belleza y la excelencia.

- Gratitud.
- Esperanza, optimismo, previsión.
- Sentido del humor.
- Espiritualidad, fe, sentido religioso.

La fortaleza se define por fuerza y vigor (Diccionario de la Lengua Española, 2002). También es una “capacidad para soportar problemas y contrariedades: Sufrió las adversidades con fortaleza” (Diccionario Encyclopédico Santillana, 2000). La religión católica la considera una virtud cardinal que consiste en vencer el temor y apartarse de la temeridad. En el marco de la Psicología Positiva las virtudes son entidades abstractas que se manifiestan a través de las fortalezas, éstas son observables y mensurables. En cada una de las seis virtudes propuestas por los psicólogos positivistas, se agrupa un cierto número de fortalezas que, desde el punto de vista psicométrico, pueden considerárseles indicadores de una virtud. Por ello lo que se mide son las fortalezas y no las virtudes, de suerte que conociendo las fortalezas se puede conocer las virtudes de una persona (Alarcón, 2009).

Seligman (2004) considera que la fortaleza es un rasgo o características psicológica de una persona, que se mantiene a lo largo del tiempo y en diversas situaciones; tener sentido del humor es una fortaleza, que por ser un rasgo, hace que la persona que lo posee tenga la facilidad para reír y hacer reír. El “rasgo” se diferencia del “estado”, éste indica manifestaciones temporales del comportamiento emocional; debe señalarse, sin embargo, que ciertas emociones disfrutan de ambas cualidades, es el caso de la ansiedad que se le puede evaluar como rasgo o como estado.

b) EMOCIONES POSITIVAS Y FELICIDAD

• EMOCIONES POSITIVAS

Se ha estudiado mucho el efecto de las emociones negativas. Sin embargo en los últimos años se ha empezado a estudiar las emociones positivas las cuales se gestionan sobre todo en el sistema límbico, en esta zona cerebral participan varios neurotransmisores como la dopamina (Burgdorf, Panksepp, 2006).

El deseo y los incentivos cognitivos también dependen de la dopamina; en el placer consciente o el gusto por las cosas intervienen opioides y endocannabinoides; en el aprendizaje, también participan la serotonina y la acetilcolina. Muchos estudios indican que los estados de ánimo negativos (depresión y ansiedad) se asocian a una peor salud; hay un relación entre estos rasgos y un riesgo superior a padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, incapacidad y muerte prematura.

Uno de los principales aportes de la psicología positiva ha sido establecer que el sentimiento de felicidad o bienestar duradero es bastante estable en las personas, y que está compuesto por un puntaje fijo, probablemente hereditario, que es relativamente independiente del ambiente en el que se vive, se puede modificar por circunstancias específicas, pero luego de unos meses vuelve a su nivel de línea de base. Así, el temperamento es uno de los predictores más importantes de los niveles de experiencias positivas que una persona sentirá (Seligman, 2005).

Por otra parte, están las fortalezas de carácter, que son propias de cada persona y pueden ponerse en práctica. Las fortalezas son rasgos o características psicológicas que se presentan en situaciones distintas a través del tiempo, y sus consecuencias suelen ser positivas. Poner en práctica una fortaleza provoca emociones positivas auténticas (Seligman, 2005) y actúan como barreras contra la enfermedad, entre estas se encuentran el optimismo, las habilidades interpersonales, la fe, el trabajo ético, la esperanza, la honestidad, la perseverancia y la capacidad para fluir (flow), entre otras (Seligman y Christopher, 2000).

Lykken (2000) sugiere que los individuos pueden fortalecer intencionalmente su capacidad para experimentar y maximizar emociones positivas, lo que, se ha demostrado, mejora la salud física, emocional y social. Así mismo, existen ciertas variables como la percepción de un matrimonio exitoso y la religiosidad que se han relacionado, aunque, de manera modesta, con la experiencia positiva y la buena salud (Argyle, 2001; Seligman, 1998; Vaillant, 2002).

Para Seligman (2003), las emociones positivas pueden centrarse en el futuro, presente o pasado. Respecto al futuro, están el optimismo, la esperanza, la fe, y la confianza; las relacionadas con el presente son la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo

la euforia, el placer y la más importante el llamado *flow*, o experiencia óptima, que incluye felicidad, competencia percibida e interés intrínseco por la actividad realizada (Csikszentmihalyi, 1990). Sobre el pasado, las emociones positivas incluyen la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad. Estos tres aspectos emocionales son distintos y no se hallan necesariamente relacionados (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Cabe resaltar la importancia de la interpretación subjetiva de factores objetivos en el mantenimiento y creación de la felicidad. Se promueve la idea de que las personas felices tienen mayor probabilidad de ver los eventos y circunstancias de la vida de manera que refuerzan y promueven su bienestar, esperan resultados positivos en el futuro, tienen un sentido de control sobre el resultado de sus acciones y confían más en sus habilidades o destrezas (Lyubomirsky, 2001).

Las emociones positivas incluyen la felicidad y otros sentimientos de bienestar, son descritas como reacciones breves que típicamente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para la persona. Actualmente hay suficientes datos para afirmar que las emociones positivas potencian la salud y el bienestar, favorecen el crecimiento personal, permitiendo sentimientos de satisfacción con la propia vida, tener esperanza, ser optimista y percibirse más feliz (Fredrickson, 2000, 2001; Fernandez-Abascal y Palmero, 1999). Incluso hay estudios que evidencian que la risa, la felicidad y el buen humor ayudan no solo a mantener sino también a recuperar la salud (Nezu, Nezu & Blissett, 1988). Existe suficiente evidencia para afirmar que las emociones positivas se relacionan con la longevidad (Danner, Snowden & Friesen, 2001), la percepción de buena salud en adultos mayores (Valliant, 2002), el desarrollo de la felicidad (Lyubomirsky, 2001), la competencia inmune (Charnetski y Brennan, 2001; Ornish, 1998), la recuperación cardiovascular y el adecuado afrontamiento al estrés y a la adversidad (Strumpfer, 2004).

Las emociones positivas tienen un objetivo fundamental en la evolución, en cuanto amplían los recursos intelectuales, físicos y sociales de los individuos, los hacen más perdurables, y acrecientan las reservas a las que se puede recurrir cuando se presentan amenazas u oportunidades (Fredrickson, 2001). Cuando las personas

experimentan sentimientos positivos se modifican sus formas de pensamiento y acción (Seligman, 2005), se incrementan sus patrones para actuar en ciertas situaciones mediante la optimización de los propios recursos personales en el nivel físico, psicológico y social (Fredrickson, 2001).

Las personas felices son más sociables, y existe motivo para pensar que su felicidad se debe a un alto nivel de socialización satisfactoria (Seligman, 2005). La investigación ha mostrado que enseñar optimismo a los niños puede ser efectivo para prevenir en ellos síntomas depresivos utilizando el entrenamiento cognitivo y la terapia de resolución de problemas sociales (Jaycox, Reivich, Guillham & Seligman 1994; Seligman, Reivich, Jaycox, y Guillham, 1995). Contrariamente, las personas pesimistas tienen ocho veces más posibilidades de deprimirse cuando se presentan contratiempos, rinden menos en los estudios, en los deportes y en la mayoría de los trabajos, tienen peor estado de salud, de una vida más corta y mantienen relaciones interpersonales más inestables (Seligman, 2005).

• LA FELICIDAD

La originalidad de la Psicología Positiva reposa en su orientación hacia el estudio de áreas inexploradas del psiquismo y conducta humana, conectadas con el bienestar psicológico, la realización del individuo como persona y el desarrollo de virtudes cívicas para vivir en armonía en una sociedad plural. (José Ortega y Gasset, 1936, citado por Alarcón, 2009)

Sostuvo M. Kant que la felicidad es un concepto tan indeterminado que aun cuando todo hombre desea alcanzarla, nunca puede decir de modo fijo lo que propiamente quiere y desea “determinar con seguridad y universalidad que acción fomenta la felicidad de un ser racional es totalmente insoluble” (Kant, 1946, pp. 66, 67, 68).

Lyubomirsky, Shelldon, Schakade y Seligman (citados por Gaidt, 2006) revisaron los factores externos que pueden ejercer influencia sobre la felicidad, encontraron dos tipos diferentes: Las condiciones de vida y las Actividades voluntarias, las actividades voluntarias ofrecen mayores posibilidades de aumentar la felicidad.

Para una cultura el concepto de felicidad es distinto ya que para la cultura occidental las condiciones que proporcionan felicidad son distintas para la cultura oriental. Robert Biswas-Diener (2001) concluyó que la interpretación del significado de bienestar o felicidad es distinto; en Occidente el bienestar subjetivo suele asociarse con el logro de objetivos individuales mientras que en Oriente tiene más importancia el hecho de mantener relaciones sociales satisfactorias. Por tanto, una aproximación pancultural a la felicidad requeriría tener en cuenta estas dimensiones y el peso de la tradición cultural. Además al interpretar resultados puede haber un sesgo derivado de la situación del observador. Si un investigador de un país desarrollado trata de juzgar el bienestar subjetivo de una zona económicamente deprimida, probablemente tendrá en cuenta estereotipos y los factores económicos obvios, pero pasará por alto otras características o atributos importantes para el entrevistado “no occidental”. Esto demostró un estudio de Ed Diener y Robert Biswas-Diener publicado en 2001, en el que documentaron como el bienestar de personas de Calcuta que vivían en los barrios de Chabolas, profesionales del sexo y personas que vivían en burdeles, unos escenarios escogidos porque representan la imagen del paradigma de la miseria a los ojos occidentales. Los resultados de las entrevistas a varios centenares de personas sugieren que su nivel del satisfacción vital es ligeramente inferior al de otros grupos comparación con unas condiciones de vida mejores; el detalle está el adjetivo ligeramente y es que en algunos ámbitos de las encuestas de satisfacción obtuvieron una puntuación positiva. En otras palabras hay un factor que hace de contrapeso a la penuria económica y de vivienda, como la satisfacción moral, el hecho de ser activos en el ámbito religioso o tener una vida familiar muy gratificante. Estos autores lo resumen de manera gráfica en la expresión “riqueza psicológica” contrapuesta a riqueza financiera.

Keith Cox (2012) llevo a cabo un estudio similar al de Calcuta en uno de los países con un PBI más bajo de América Latina: Nicaragua. En 2008 entrevistó a 151 nicaraguenses que viven en vertederos de basura, trabajadoras del sexo de Managua, pobres urbanos, pobres rurales y estudiantes universitarios El resultado más llamativo es la insatisfacción de las trabajadoras del sexo en prácticamente todos los ámbitos (curiosamente las trabajadoras del sexo de Calcuta no mostraban este grado de insatisfacción vital tan profundo). Por otro lado, el grado de bienestar de las personas pobres está, sólo ligeramente por debajo del de los estudiantes universitarios.

➤ FÓRMULA DE LA FELICIDAD

Seligman (2004) creó la fórmula de la felicidad que incluye varios elementos.

$$F=P+C+V$$

Donde F es felicidad, P es el punto de partida, C son las circunstancias individuales (básicamente fuera de nuestro control) y V representa los factores que sí dependen del control voluntario.

El punto de partida o valor de referencia es un nivel más o menos estable atribuido a los rasgos de personalidad o a la predisposición que uno hereda de sus padres. La idea surgió a partir de un estudio realizado por David Lykken y Auke Tellegen en 1996; donde pasaron un cuestionario sobre personalidad a 2310 gemelos de mediana edad; una de las preguntas era “Teniendo en cuenta las cosas buenas y las malas, puntúa tu felicidad y satisfacción promedio comparando con otras personas y las respuestas iban de 1 (me siento entre el 5% peor de la población) a 5 (me siento entre el 5 % mejor de la población). A lo largo de la vida, los gemelos pueden diferir en su estatus socioeconómico, en los ingresos, su situación de pareja, su trabajo, la exposición a factores de riesgo y estilo de vida distintos. Solo no difieren en la genética; de ahí el interés en hacer estudios con gemelos. En este caso observaron que la genética explicaba un 50% del bienestar. Esto sirvió para llegar a definir este punto de partida de la fórmula de Seligman. Sonja Lyubomirsky (2007) afirmó que el 50% de la felicidad está determinado por el punto de partida, el 10% se debe a las diferencias circunstanciales de cada uno, y el 40% restante depende de la capacidad de la persona para ser feliz (ahí reside la capacidad de cambio de la persona)

➤ FLUIR (FLOW)

Según Csikszentmihalyi, los estados de experiencia óptima son sentimientos placenteros de conservación y de gozo creativo cuando hacemos lo que nos agrada, en el centro de esta experiencia se encuentra un sentimiento de involucración en el que se apoya el concepto de Flow (fluir): “ estado en el cual las personas se hayan tan involucradas en la actividad que nada más parece importarles; la experiencia por sí misma es tan placentera que las personas la realizan incluso aunque tenga gran coste,

por el puro motivo de hacerla” (Csikszentmihalyi, 1998) este sentimiento es muy cercano a la felicidad.

La experiencia óptima es un sentimiento de regocijo y alegría que se produce cuando se alcanza algo deseado por un largo tiempo, es algo que esperamos que suceda tras trabajar con insistencia y con creencia plena. (Alarcón 2009)

➤ **LA FELICIDAD COMO BIENESTAR SUBJETIVO**

Según Alarcón (2009) la felicidad se le define como “bienestar subjetivo” la cual se trata de una evaluación subjetiva que cada cual hace de su propia vida como totalidad o de alguna de sus facetas: trabajo, matrimonio, vida de relación, rasgo de su personalidad, autovaloración física. Estas valoraciones son afectivas y cognitivas.

El bienestar subjetivo está integrado por cierto número de componentes separables, distinguiendo: satisfacción con la vida (juicio global de su vida); satisfacción con importantes dominios (como satisfacción con el matrimonio, trabajo); afectos positivos (experiencias emocionales muy agradables); y afectos negativos de bajo nivel (experiencias emocionales poco placenteras) (Diener, 1984).

La felicidad se ha asociado con la presencia de algún elemento de la personalidad. (Francis et al, 1995 citado por Alarcón, 2009), aportan pruebas que la felicidad es algo que puede denominarse extroversión estable. Donde se encuentra una correlación alta entre felicidad y extroversión. Sin embargo Hills & Argyle (2001) encontraron que la estabilidad emocional está más fuertemente asociada con felicidad que con extroversión.

Veenhoven (2005) enfatiza el componente cognitivo de la felicidad, sostiene que es la apreciación global que hace una persona de su vida como totalidad, lo que conlleva a una autoevaluación consciente de la persona acerca de cuanto le gusta la vida que vive, sin embargo observa que una persona puede estar feliz con la vida como totalidad, pero insatisfecha con aspectos específicos.

Alarcón, en el 2006 conceptúa la felicidad como un estado de satisfacción, más o menos duradero que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien

deseado: La felicidad es un sentimiento de satisfacción que vivencia una persona en su vida interior, el componente subjetivo individualiza la felicidad entre las personas; en la elaboración del juicio evaluativo predominan los elementos afectivos y cognitivos en el cual predominan los afectivos. Como conducta la felicidad se puede vivenciar en diferentes niveles desde la infelicidad hasta los grados más altos de felicidad. La felicidad es un estado de la conducta, no es un rasgo o característica permanente, la felicidad goza de estabilidad temporal, puede ser duradera pero es perecible. La felicidad supone la posesión de un bien, se es feliz en tanto se posea en bien deseado, la felicidad es una respuesta consumatoria como consecuencia de la obtención del bien deseado que se expresa mediante satisfacción, alegría, contentamiento, placidez, relajamiento; estos bienes son de naturaleza variada (materiales, éticos, estéticos, psicológicos, religiosos, sociales, políticos, etc.

Algunos autores utilizan la expresión bienestar como nombre genérico para algo que a menudo se llama felicidad (que es un término impreciso y se refiere a una multitud de estados). Para muchos autores bienestar incluiría: felicidad, satisfacción vital, satisfacción laboral, sentimientos positivos, ausencia de sentimientos negativos (DIENER, 2010)

Según Alarcón (2009) los conceptos de felicidad, bienestar subjetivo, bienestar psicológico y satisfacción con la vida se utilizan actualmente como sinónimos en la comunidad psicológica. Él prefiere utilizar el término “felicidad” debido a que explica por sí mismo el estado afectivo que designa y las propiedades fundamentales de la conducta feliz. El vocablo felicidad es semánticamente más complejo, posee mayor rango explicativo y es más rico en contenido que el vocablo “bienestar subjetivo”. El problema queda superado cuando felicidad y bienestar subjetivo se utilizan de forma intercambiable.

➤ ADAPTACIÓN HEDONISTA

En 1966, Richard Thomson y W. Alder Spencer publicaron un artículo donde se describía por primera vez el fenómeno de la habituación neuronal donde la aplicación repetida de un estímulo tiene como consecuencia una reducción progresiva de la respuesta neuronal. Al detener el estímulo, las neuronas se recuperan en poco tiempo y

cuando el estímulo vuelve a aparecer, responderán con normalidad hasta que haya una nueva habituación. Este mecanismo es el que permite que el cerebro se libere de muchos imputs que resulten innecesarios, que hacen ruidos de fondo y no requieren nuestra atención. Es como si pusiésemos algunas funciones en modo de energía cuando no son necesarias. Eso explica, por ejemplo, por qué dejamos de escuchar la música ambiental cuando estamos un rato en un restaurant, o por qué dejamos de escuchar el sonido de la lavadora. Nos damos cuenta de que estamos escuchando la música en el restaurant cuando hay un cambio de intensidad o frecuencia, el contraste entre estímulos es lo que vuelve a ponernos en alerta y hace que seamos conscientes de lo que sucedía antes y del nuevo estado.

➤ MEDIDA DE LA FELICIDAD

En 1988 se propuso el cuestionario Positive and Negative Affect Schedule validado en 2004. (CRAWFORD y HENRY, 2004). Se basa en la valoración de la presencia y la intensidad de 20 estados de ánimos (10 positivos y 10 negativos) que son:

ESTADOS DE ÁNIMO POSITIVOS	ESTADOS DE ÁNIMO NEGATIVOS
Interesado	Afligido
Alerta	Disgustado
Atento	Culpable
Emocionado	Hostil
Entusiasta	Avergonzado
Inspirado	Irritable
Orgulloso	Nervioso
Decidido	Agitado
Fuerte	Temeroso
Activo	Con miedo

La felicidad puede expresarse en su dimensión cuantitativa, a través de niveles o rangos, entre las pruebas más conocidas se encuentra The Satisfaction with Life Scale,

desarrollada por Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985); posteriormente Pavot & Diener (1993) presentaron una revisión de esta escala. Argyle, Martin & Crossland (1989) construyeron el Oxford Happiness Inventory (OHI). En español Sánchez-Canovas (1998) ha publicado una Escala de Bienestar Psicológico; Martina Casullo ha desarrollado una Escala de Bienestar Psicológico BIPS-A (Casullo, Brenlla, Castro Solano, et. Al, (2002), Albuquerque & Tróccoli (2004) son autores de la Escala de Bienestar Subjetivo en idioma portugués.

➤ RELACION DE LA FELICIDAD CON OTRAS VARIABLES

Mroczek y Kolarz (1998) examinaron el efecto de la edad sobre la felicidad y encontraron que los jóvenes adultos tenían sentimientos de tristeza, nerviosismo, desesperanza e inutilidad, en cambio los adultos mayores reportaron con frecuencia sentirse felices debido a que regulan mejor sus emociones, aprenden a maximizar los afectos positivos y a minimizar los negativos.

Myers & Diener, citados por Lu (2000) estiman que la felicidad no depende de factores externos, eventualmente se relacionan con el género, la edad, el status socioeconómico y la raza.

Wood, Rhodes & Whelan (1989) realizaron un meta- análisis de 93 estudios donde se encontró que las mujeres eran más felices que los hombres.

En cuanto a las relaciones entre felicidad y edad, Mroczek & Kolarz (1998) examinaron a 2727 hombres y mujeres de 25 a 74 años; buscaron determinar el efecto de la edad sobre la felicidad, encontraron que las personas de mayor edad informaron ser más felices, sobre todo las que estaban casadas; tenían menos emociones negativas en comparación con los adultos jóvenes: Señalan los autores que otras investigaciones han observado que los sujetos de mayor edad regulan mejor sus emociones, tienden a maximizar los efectos positivos y minimizar los efectos negativos. Los participantes jóvenes reportaron mayor frecuencia de emociones negativas, sentimientos de tristeza, nerviosismo y desesperanza.

Lu, Shih, Lin & Ju (1997) han encontrado que la edad y el género tienen efectos indirectos sobre la felicidad a través del soporte social, el cual es un importante mediador de la felicidad, y la extraversion.

Russell & Wells (1994) examinaron la importancia de 17 predictores de felicidad en 1207 matrimonios. El predictor más fuerte fue la calidad de matrimonio y el menor grado el neuroticismo. Roger & White (1998) encontraron que la satisfacción matrimonial es significativamente alta en padres y madres casados que tienen hijos biológicos, la satisfacción se incrementa con la calidad de matrimonio y que hay una relación estadísticamente significativa entre la felicidad de los esposos y la felicidad matrimonial.

En un estudio realizado por Alarcón (2000) donde participaron 163 personas: 81 varones y 82 mujeres, se formaron grupos de 20, 30, 40, 50 y 60 años, de los cuales 56 eran solteros y 92 casados, de clase media y media alta de la ciudad de Lima. Utilizando la Escala de la Satisfacción con la Vida de E. Diener. Se encontró que el género es una variable no determinante en la felicidad por lo menos en sujetos de status socioeconómico medio y medio alto. Así como la variable edad ejerce una escasa influencia sobre el sentirse feliz, donde el contraste significativo se encontró entre 30 y 50 años, las medias más elevadas de satisfacción con la vida corresponden a personas de 50 y 60 años. Con respecto al estado civil se encontró que las personas casadas son más felices que las solteras.

Diener y Oishi (2000) encontraron que la gente adinerada son en término medio, más felices que las personas de naciones pobres, que la desigualdad del ingreso produce inevitablemente efectos negativos, que la satisfacción de las necesidades aumenta la felicidad y que obtener el ingreso como meta produce satisfacción.

Herdham y Johannesson (2001) investigaron la relación entre felicidad y variables socioeconómicas en una muestra de 5000 personas de Suecia. La felicidad se incrementa significativamente con el ingreso económico, también se halló que la felicidad se incrementa con la educación y decrece con el desempleo; así mismo una buena salud incrementa la felicidad. Sin embargo Clark, Oswald y Theodossiou (2004) no han encontrado una sistemática relación entre ingreso económico y felicidad.

Según Alarcón (2009) las emociones intensas negativas que se presentan con mucha frecuencia generan que las personas se adapten a ellas, desarrollando sentimientos de impotencias, de conformismo y de pasividad; esto es similar a la “indefensión aprendida” estudiada por Seligman. En el caso de la extrema pobreza la indefensión es aprendida en condiciones naturales de vida precaria.

En un estudio realizado por Alarcón, 2009 donde participaron 343 personas, de ellas 300 eran estudiantes universitarios: 150 varones y 150 mujeres de 20 a 30 años de edad, que cursan estudios en universidades públicas y privadas o en otros centros de estudios superiores; donde se establecieron cuatro grupos socioeconómicos : alto, medio alto, medio bajo y muy bajo. El grupo muy bajo estuvo integrado por 50 participantes, de 30 a 40 años, varones y mujeres que habitan en asentamientos humanos, no tienen un trabajo regular y viven en estado de pobreza extrema. La felicidad fue evaluada mediante La Escala de la Felicidad de Lima más un Cuestionario de 7 ítems que evaluó el grado de satisfacción declarada de siete variables importantes: salud, familia, vida sentimental, amigos, situación económica, sí mismo y vida social. Respecto a la salud se encontró una asociación altamente significativa entre niveles socioeconómicos y grados de satisfacción con la salud individual, donde la variable nivel socioeconómico afecta con mayor severidad al sector muy bajo o de extrema pobreza. Con respecto a la familia se encontró que el sector de extrema pobreza presenta el porcentaje más bajo de satisfacción familiar. Con respecto a la vida sentimental se encontró que no existe correspondencia significativa entre los niveles de satisfacción de la vida sentimental y los niveles de clase social. Respecto a la amistad un mayor número de los estratos altos y medio alto expresan satisfacción con sus amigos en tanto que un menor número se encuentra en el estrato muy pobre. Respecto a la situación económica está variable afecta negativamente al sector de pobreza extrema, hay en este grupo 51 % que afirma estar insatisfecho y un 24.4 % manifiesta estar satisfecho con su situación económica. Respecto a la variable consigo mismo se encontró que un mayor número de sujetos de estrato socioeconómico alto está satisfecho consigo mismo y un menor número de gente, cercano al 50 % de extrema pobreza se sienten satisfechos de ser como son. Respecto a la vida social se encontró que es mayor la insatisfacción con su vida social en el grupo de extrema pobreza, que en los demás grupos socioeconómicos.

Cárdenas (1998) afirma que hay una gradiente de salud- enfermedad ligada estrechamente a el nivel socioeconómico al cual pertenece uno. Los estratos económicos más elevados tienen mejor niveles de salud física y mental y mejores expectativas de vida que los estratos socioeconómicos bajos.

Colin Farrelly (2012) “Esta bien centrarse en la causa del cáncer. Sin embargo, parece que si consiguiésemos eliminar todos los tipos de cáncer del Estados Unidos, por ejemplo, la esperanza de vida apenas aumentaría 3 años, porque seguiría habiendo hipertensión, diabetes u otras enfermedades crónicas. En cambio, conocer por qué algunas personas no son obesas, comprender las causas y conseguir aplicarlas a la población, lograría evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas que si tienen gran impacto sobre la calidad de vida y sobre los años de vida libres de enfermedad”

Daniel Kahneman, Ed Diener y Norbert Schwartz son los editores de un libro publicado en 1999 que incluiría treinta contribuciones de científicos dedicados al estudio de la felicidad: El análisis de los numerosos datos generados por las investigaciones permite afirmar que ser feliz, sentirse bien, es saludable, y que los efectos de este estado se observan no solo en un aspecto concreto de la salud, sino en distintos parámetros que involucran desde el sistema cardiovascular al inmunitario y el endocrino

En 1953, se publicó un artículo titulado “La felicidad produce salud” (SPEIRS, 1953). En él describe las actividades de unos ancianos jubilados en una fábrica londinense que dispone de atención médica y de enfermería: quienes dedican unas horas al día a trabajar en esa fábrica, tienen un buen estado de ánimo y casi no se ausentan, según la autora

Hacia la mitad del siglo XX, en varios países del mundo se empezaron a seguir grandes series de personas durante años; las entrevistan periódicamente (cada dos o cinco años) para analizar los efectos del envejecimiento, la influencia de factores ambientales sobre la salud, diferencias entre grandes cohortes de hermanos gemelos, etc. Siguiendo la línea de pensamiento de la psicología positiva y la importancia de los factores psicológicos, hace años que estas personas están bajo la lupa de médicos y epidemiólogos, se introdujeron variables que permiten medir el efecto de distintos

hábitos saludables, la personalidad, condiciones sociales y laborables, datos sobre el entorno familiar o círculos de amistades. Toda información se cruza con variables clínicas como: visitas al médico, número de hospitalizaciones, recaídas, intervenciones quirúrgicas y diagnóstico de enfermedades (por ejemplo, hipertensión, infartos de miocardio, diabetes, obesidad, elevación del colesterol, infecciones, etc). Ed Diener publicó una completa puesta al día de todas las pruebas conocidas hasta el 2010 que indican que el bienestar subjetivo tiene una relación causal positiva sobre la salud en general y la longevidad en particular.

Kubzansky, 2007 ha concluido que tener una actitud positiva es mucho más beneficioso para nuestro organismo que simplemente no estar deprimido, llegando a la conclusión que el optimismo reduce el riesgo de sufrir enfermedades coronarias.

En el mes de septiembre de 2012 el médico Jesús Sánchez Martos ha dirigido un encuentro en la Universidad Menéndez Pelayo sobre “Influencia de la felicidad en el estado de la salud”, en el que ha contado con el apoyo de Javier Urra. Y en él todos los ponentes desde Elsa Punset a Elaine Fox, de Javier Sábada a Carmelo Vázquez y Albert Figueras, defendieron la importancia que tiene el optimismo, el control emocional ante las agresiones externas, y la positividad frente al inesperado discurrir de la vida como una de las claves para conseguir la felicidad; muchos subrayaron como estos buenos hábitos se pueden trabajar o fortalecer tanto en una dimensión individual como en nuestras relaciones sociales, laborales o en las relaciones entre médicos y pacientes

En Estados Unidos se escogieron un sistema poco habitual: analizaron las 196 fotografías de los jugadores de la liga de béisbol norteamericana que aparecían en el Baseball Register de 1952. Midieron la intensidad de la sonrisa plasmada en las fotografías que salen en ese anuario, partiendo de la idea de que la expresión facial es un barómetro de las emociones (en definitiva, aquello de que “el rostro es el espejo del alma”). Al mirar cuantos habían fallecido en 2009, observaron una relación directa entre mayor sonrisa y supervivencia. (Ernest y Michael, 2010)

Hilary Tindle en 2009 dirigió un equipo multidisciplinar que siguió a 97253 mujeres durante ocho años y publicó los resultados en la revista Circulation. Se trata de la cohorte Women’s Health Initiative, que reclutó a mujeres postmenopáusicas sin

cáncer ni ninguna enfermedad cardiovascular en 40 centros de salud de 24 estados norteamericanos. Los hallazgos de esta gran muestra confirman que las mujeres optimistas mueren menos de enfermedades cardíacas y tienen menos episodios de accidentes cardiovasculares. Y también confirmaron lo contrario: las mujeres con una personalidad con puntuaciones elevadas en la escala de hostilidad presentan mayor mortalidad por cáncer.

En el mismo año 2009, Hiroyasu Iso publicó los resultados de otro estudio contundente por la gran cohorte incluida. Durante doce años, siguió a 88175 hombres y mujeres de 27 departamentos del país, en el marco del Japan Public Health Center-Based Prospective Study. En este caso valoraron el hecho de “disfrutar de la vida” que se asoció con un riesgo menor de padecer enfermedades cardiovasculares, accidentes vasculares cerebrales y mortalidad cardiovascular, estos efectos beneficiosos se observaron solo en hombres (Shirai, 2009).

Sonja Lyubomirsky (2007) ha demostrado que el bienestar subjetivo es el que incidiría de manera más clara sobre la salud, especialmente porque quien se siente bien tiene conductas más saludables (por ejemplo, hace más ejercicio, cuida su dieta, no fuma o sale más y también se relaciona más).

El psicólogo Andrew Steptoe 2009 demostró la relación entre un estado de ánimo positivo y la reducción de los niveles de cortisol (la hormona producida como respuesta al estrés y asociada a factores de riesgo cardiovascular). Como si de una sutil cadena de transmisión se tratase, cuando uno se siente mas animado, esto contribuye a responder de otro modo ante una situación de alarma (estrés), lo que provoca un pico de cortisol menos elevado, y la persona acaba teniendo un menor riesgo cardiovascular. Al sentirse con mejor humor, es más propensa a hacer deporte, lo cual también favorece su salud cardiovascular.

Maja Wiest (2011) sugiere que puede haber diferencias en el impacto de cada uno de los componentes del bienestar sobre la salud y la mortalidad, llevó a cabo un estudio en el que se propuso analizar otro aspecto: si el bienestar subjetivo afecta a la mortalidad de manera distinta según la edad, puesto que a medida que envejecemos, empiezan a diagnosticarse enfermedades crónicas, pueden aparecer los efectos de los

factores de riesgo acumulados a lo largo de los años y la respuesta del sistema inmunitario se reduce. Para demostrar si los componentes cognitivo y emocional del bienestar predicen la mortalidad de manera independiente, analizó datos de 4838 personas de 40 a 85 años incluidas en el German Aging Survey, un estudio iniciado en 1996, que incluía una visita a todas las personas en 2002 y 2008. Los investigadores concluyeron que estar satisfecho y sentirse bien son factores importantes, y que las personas que puntúan mejor en satisfacción vital y estado de ánimo positivo viven más, independientemente de la edad, el sexo, la educación o su estatus conyugal. Cuando se tiene en cuenta la salud de estas personas y su actividad física, el efecto sobre la mortalidad queda atenuado en los adultos de mediana edad; en cambio, en las personas mayores, las emociones positivas tienen un efecto muy importante, es algo que se debe tener en cuenta para mejorar la calidad de vida de los ancianos.

En una ciudad holandesa de 133 000 habitantes. Se identificó a una muestra representativa de ancianos no institucionalizados de 18 distritos y de todas las clases sociales. Inicialmente se entrevistó a 1012 personas de 65 a 85 años. En 2001 se hizo un análisis en el 2007, otro. Aparte de aspectos sobre la salud, la actividad física y características sociodemográficas, se les pasó un cuestionario sobre felicidad basado en la Dutch Scale of Subjective Well-being for Older Persons desarrollada en la Universidad de Groningen. Las personas se clasificaron en tres grupos, de acuerdo con la puntuación que indica su estado y dentro de cada grupo de “felicidad”, los autores no hallaron diferencia en cuanto al sexo, el estado marital, la educación, el estatus económico o el hábito de humar; sin embargo, si constataron que las personas menos felices padecían más enfermedades crónicas que sus contrapartes más felices, y su actividad física era algo menor. La supervivencia entre las personas más felices era ligeramente superior y se asociaba a mayor actividad física y menos enfermedades crónicas. (Koopmans, Geleijnse, Zitman, Giltay, 2010)

Felicidad y Protección cardiovascular.

Un equipo de investigadores del Duke University Medical Center dirigido por John Barefoot hizo entrevistas en profundidad a 1250 pacientes con enfermedades coronarias graves mientras estaban hospitalizados tras una angiografía coronaria. El objetivo era identificar la presencia de síntomas depresivos. A partir de eso, cada año les

hacían un seguimiento en el que también comprobaban su estado de salud; si se daba el caso, anotaban las causas del fallecimiento. El estudio duró diecinueve años y los resultados obtenidos en estas casi dos décadas les permiten concluir que el bienestar y los síntomas somáticos predicen la supervivencia de manera significativa en pacientes con enfermedad cardiaca, de modo que un incremento de síntomas negativos en la escala de autoevaluación de la depresión de Zung se asoció a un riesgo de mortalidad casi de 30% superior entre las personas de mas de 50 años, comparado con los que no tienen esos síntomas. La desesperación aumentó el riesgo en un 50%. (Barefoot, Brummett, Helms, Mark, Siegler, Williams, 2000)

Se hizo un estudio hicieron un estudio donde se reclutó a 1739 personas con una edad media de 50 años en 1995. Tras seguirlos durante una década, descubrieron que el estado de ánimo positivo era un factor protector frente a enfermedades cardiovasculares (infarto agudo del miocardio no mortal) (Davidson, Mostofsky, Whang, 2010)

En Estados Unidos se correlacionó los datos sobre la felicidad de los países con incidencia de la hipertensión arterial. Tras controlar unos cuantos factores asociados a la aparición de la hipertensión, los resultados sugieren que los países con un mayor índice de felicidad son también los países con menos pacientes hipertensos.(Blanchflower, Oswald, 2008)

Felicidad y Diabetes

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica y bastante frecuente que suele aparecer a partir de la quinta década de la vida, especialmente en pacientes sedentarias y con sobrepeso. Es un factor de riesgo que predispone a padecer complicaciones que se manifiestan en forma de enfermedades cardiovasculares, alteraciones renales graves o ceguera. El pronóstico de la diabetes depende de las complicaciones, y estas se derivan de un mal control de la concentración de la glucosa de la sangre. Se recomienda seguir una dieta estricta, tomar el tratamiento de manera regular y realizar controles periódicos. Lograr estos objetivos durante año requiere cierto grado de motivación a largo plazo; por este motivo, no es descabellado que alguien se le ocurra medir qué relación tiene el hecho de sentirse feliz con el buen control de la enfermedad (Barefoot, Brummett, Helms, Mark, Siegler, Williams, 2000)

A comienzos del 2012, un equipo de médicos y psiquiatras de varios centros clínicos de Houston encabezados por Suzanne Robertson publicaron una puesta al día de las implicaciones clínicas de la salud emocional (el bienestar subjetivo) y la atención a la diabetes. Tras revisar 22 estudios previos, los autores concluyeron que los pacientes con un estado emocional más positivo (bienestar, estado de ánimo positivo y resiliencia) mantienen un mejor control de la enfermedad y tienen menos complicaciones a largo plazo (Robertson, Stanley, Cully, Naik, 2012)

Felicidad y la recuperación de una lesión y enfermedad

Lisa Fredman coordinó a varios investigadores norteamericanos de la Escuela de Salud Pública y el departamento de Epidemiología y Medicina Preventiva que estudiaron durante dos años de evolución de 432 pacientes que habían sufrido una fractura de fémur. A lo largo de este tiempo hicieron varias visitas de control a los pacientes, que a parte de valorar la movilidad y la velocidad de la marcha, les permitían hacer entrevistas en profundidad y pasárselas algunos test para medir el bienestar. El resultado fue que los pacientes que cuando tuvieron la fractura mostraron puntuaciones superiores en las variables correspondientes al estado de ánimo positivo, empezaron a caminar antes y también se levantaban de la silla antes que quienes tenían puntuaciones bajas en esta variable o quienes mostraban tendencia depresiva. (Fredman, Hawkes, Blck, Bertrand, Magaziner, 2006)

Esto indica que en el proceso de la salud, la enfermedad y la curación intervienen numerosos factores. Los factores psicológicos son un ingrediente más.

Felicidad y el riesgo de accidente

La insatisfacción es un factor de riesgo entre los cuales destaca entre un grupo de investigadores finlandeses liderados por Heli Koivumaa-Honkanen. En 1975 pasaron un cuestionario de satisfacción vital a 29.173 hermanos gemelos de ese país, veinte años más tarde identificaron cuantos habían padecido una lesión no intencionada (excluyendo autolesiones o suicidios) y como estaba su salud en general. Uno de los principales hallazgos es que el grado de satisfacción vital se relaciona inversamente con el riesgo de padecer lesiones no intencionadas y también el riesgo de fallecer por esa causa tanto en

hombres como en mujeres (Koivumaa-Honkanen, Honkanen, Koskenvuo, Viinamaki, Kaprio, 2002)

Felicidad y el sistema inmunetario

El sistema inmune es el que permite hacer frente a las infecciones gracias a un complejo grupo de células cuya función consiste en contrarrestar a los agentes extraños. Tras los trabajos pioneros de Paul Erlich y otros investigadores, se supo que este mecanismo de defensa también es una primera barrera contra el crecimiento de células cancerosas e, incluso, el sistema que, en caso de producirse “un error”, detecta como extrañas algunas células propias del organismo y provoca alteraciones autoinmunes como enfermedades intestinales, algunas tiroiditis o diabetes juvenil.

Hace algunas décadas se empezó a investigar si existía relación entre la respuesta de las personas a situaciones estresantes, es estado de ánimo o la personalidad y la respuesta inmunetaria. Algunos estudios publicados en 1990 sugirieron una relación entre el diagnóstico de depresión mayor y alteraciones inmunetarias. En 2002 investigadores del hospital universitario de Londrina, en el estado brasileño de Paraná, analizaron varios parámetros de 40 pacientes deprimidos y observaron una reducción de los linfocitos en comparación con las personas sanas. Además detectaron alteraciones en proteínas involucradas en la respuesta inmune normal (globulinas alfa y omega, y receptores de la interleucina-2) (Nunes, 2002)

Existen algunos datos que hablan de los efectos beneficiosos de las emociones positivas y la inmunidad. Se ha observado que ver un video de humor aumenta la inmunoglobulina A en la saliva (una proteína que forma parte de la primera “barrera” de defensa en la boca), pero no aumenta tras ver un video didáctico. Otros estudios mostraron que los optimistas tienen mayor número de linfocitos CD4+ (células esenciales para una respuesta inmunetaria normal) Autor el libro

Felicidad y cáncer

Desde el punto de vista teórico, se relaciona el entorno (en forma de estrés) con las emociones que este nos provoca, y por esta vía un efecto negativo sobre el sistema inmunológico, que luego estimularía el crecimiento anómalo y descontrolado.

La activación persistente del eje hipotalámico-hipófisis-glándula suprarrenal como consecuencia de la respuesta al estrés crónica o de la depresión, probablemente altera la respuesta inmunitaria y contribuye al desarrollo y la progresión de varios tipos de cáncer. En su revisión de las pruebas científicas publicadas, encontraron que hay diferentes factores inmunológicos moleculares y celulares involucrados, de modo que el estrés crónico podría estimular o inhibir reacciones inmunitarias específicas. Así podría alterarse la actividad de los linfocitos T citotóxicos y natural killer que participan en procesos como la vigilancia de la aparición de células tumorales, las mutaciones o la inestabilidad genómica.(Riche y Nunes, 2004)

A comienzos del 2012, Matthew During, profesor de la escuela de medicina de The Ohio State University (Columbus, EE.UU.), publicó un artículo titulado ¿Cuál es la conexión del cerebro-cáncer? En el cual se repasan algunas pruebas científicas de la relación entre el estrés y el cáncer, pero tratan de ir más allá y sugieren que aparte del estrés, entornos que son más complejos y desafiantes tienen efectos bien demostrados sobre la aparición de cáncer periférico debido a la activación de otro eje neuroendocrino específico: el eje cerebro-adipocito. Según estos autores, la nueva hipótesis es que los entornos complejos activarían el sistema nervioso simpático en el tejido graso corporal en interferirían con la apoptosis y la producción de leptina (una sustancia vinculada con la obesidad y el apetito, pero que también parece ser un marcador en algunos tipos de cáncer).

Felicidad y Relaciones Sociales

Existen varios estudios que demuestran este contagio del estado de ánimo o la predisposición entre dos personas. Uno de los primeros se llevó a cabo con pacientes recién intervenidos del corazón: se analizó como era su recuperación y si habían recaídas que requerían ingreso hospitalario en los dieciocho meses posteriores. Los pacientes más positivos se recuperaban antes y tenían menos recaídas, sin embargo, si la pareja del paciente era positiva, optimista, el paciente también se recuperaba antes y tenía menos recaídas (incluso si el mismo era una persona pesimista). Este tipo de hallazgo abre la puerta a considerar que la personas podemos dar y recibir felicidad o bienestar de los demás (Ruiz, Matthews, Scheier, Schulz, 2006).

En 2008, el sociólogo Nicholas Christakis y el investigador en ciencia política James Fowler publicaron un estudio en el que acababan concluyendo precisamente que la felicidad se contagia de una persona a otra, y se ve influida incluso por los enlaces en las redes sociales con personas a quien ni siquiera conoce. Para demostrarlos los investigadores seleccionaron a participantes de una red llamada Framingham Heart Study que incluye una serie de cohortes sucesivas de personas de la ciudad norteamericana del mismo nombre de Massachusetts. En 1948 se inició el seguimiento sistemático para estudiar factores que influyen en la aparición de enfermedades cardiovasculares. Christakis y Fowler escogieron a 4783 participantes que formaron parte de la red entre 1983 y 2003, se analizaron distintos test con los que medían la felicidad de los participantes y sus lazos sociales. Los resultados permitieron diferenciar a las personas felices de las infelices, y esta división se mantenía hasta tres grados de separación (los amigos de los amigos de uno). Además estudiando las distintas agrupaciones de personas felices pudieron concluir que no se trataba simplemente que las personas felices tenían tendencia a juntarse entre ellas (y las infelices otro tanto), sino que se producía un efecto de contagio. Un amigo que vive a un par de kilómetros de otro y que es feliz, aumenta en un 25% la probabilidad de que el primero también lo sea; este efecto también se observa entre esposos (aumentan un 8%), hermanos gemelos que viven cerca (un 14%) y vecinos de la misma calle (un 34%). Los autores concluyen que la felicidad de las personas depende de la felicidad de aquellos con quienes están relacionadas. Esta es una justificación adicional de considerar la felicidad y la salud un fenómeno colectivo (Fowler, Christakis, 2009).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación se enmarca dentro del paradigma cuantitativo y es del tipo descriptivo correlacional transversal, es descriptivo porque buscamos especificar las propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos que son sometidos al análisis. Es correlacional porque buscamos conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular; y es transversal porque se recolectarán datos en un solo momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El diseño de nuestra investigación es no experimental dado que no se realizó la manipulación deliberada de variables y que solo nos limitamos a observar los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

3. MUESTRA:

La muestra estuvo compuesta por 42 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que fueron atendidas de forma ambulatoria, a quienes se les realizó una intervención quirúrgica y a quienes no (con mastectomía y sin mastectomía). El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que nos apersonamos a los consultorios externos del Iren Sur y al área de quimioterapia para pedir la colaboración de las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión.

En cuanto al estadio de la enfermedad 11.9% de las pacientes se encontraban en el estadio I, 50% en el estadio II, en el estadio III se encontró al 23.8% de pacientes y finalmente en el estadio IV se hallaron el 14.3%.

Con respecto a la intervención quirúrgica 26,2% de las pacientes no presentaron mastectomía y al otro 73.8% sí se le realizó la operación

Criterios de Inclusión

Diagnóstico: cáncer de mama con diagnóstico mínimo de seis meses.

Estadíos clínicos: I, II, III, IV

Atención: Instituto Nacional de Neoplásicas del Sur de Arequipa.

Criterios de Exclusión:

Pacientes varones

Pacientes que tengan enfermedades psiquiátricas

4. MATERIALES E INSTRUMENTOS:

En la presente investigación estaremos utilizando como método de recolección de información cuestionarios psicológicos validados para medir las variables de estudio.

A. CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (COPE)

Nombre: Cuestionario de modos de afrontamiento al Estrés COPE (Forma Disposicional)

Autor: Carver et Al.

Año: 1989

Ámbito de aplicación: Individual y colectivo en hombres y mujeres a partir de 16 de años en adelante

Adaptación: Casuso (1996) en población universitaria de Lima

Traducción al español: Salazar C. Víctor (1993) UPCH

Tiempo: 15 a 20 minutos

Objetivo: El objetivo de la prueba es medir los estilos y las estrategias de afrontamiento al estrés.

Descripción: El objetivo del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) es conocer cómo las personas reaccionan o responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes.

Con este propósito, Carver y Colaboradores han construido un cuestionario de 52 ítems, que comprenden 13 modos de responder al estrés; los ítems alternativos de cada modo vienen a indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia el sujeto, cuando se encuentra en tal situación. Los puntajes más altos en la escala indican que la estrategia de afrontamiento de dicha escala es la más frecuentemente empleada.

Este instrumento trata de determinar cuáles son las alternativas que más usa. Las respuestas están organizadas en una Escala de 13 posibilidades, o formas de afrontamiento. Cada una de ellas consta de 4 alternativas o formas de afrontar las cargas de estrés.

Estilos de afrontamiento enfocados en el problema

- I. **Afrontamiento directo** (1,14,27,40) Se define como el conjunto de realizar conductas orientadas a incrementar los esfuerzos con el fin de distanciar o evitar el estresor, o minimizar sus efectos negativos.
- II. **Planificación de actividades** (2,15,28,41) Proceso consistente en pensar cómo manejarse frente al estresor organizando y planificando estrategias de acción, premeditando qué escoger y estableciendo cuál será la mejor estrategia para manejar el problema.
- III. **La supresión de otras actividades** (3,16,29,42) Representa el pasar por alto o subestimar otras posibles actividades evitando ser distraído, con el objeto de manejar mejor el estresor.
- IV. **La Retracción del afrontamiento** (4,17,30,43) Se define como la capacidad de esperar o postergar el afronte del estresor hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema, impidiendo realizar alguna acción prematuramente.

Estilos de afrontamiento enfocado en la emoción

- V. **La búsqueda del apoyo social** (5,18,31,44) Significa buscar en las otras personas consejo, asistencia e información u orientaciones con el fin de solucionar el problema.
- VI. **La búsqueda de soporte emocional** (6,19,32,45) Consiste en la búsqueda de apoyo moral, empatía y comprensión en las demás personas, con la finalidad de disminuir la reacción emocional negativa.
- VII. **Reinterpretación positiva y desarrollo personal** (7,20,33,46) Estilo en el que el individuo evalúa el problema de manera positiva, reconociendo o atribuyendo cualidades favorables a la experiencia estresante en sí misma, es decir, rescatando lo favorable de la situación adversa, y asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.
- VIII. **La aceptación** (8,21,34,47) Comprende dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El primero consiste aceptar que la situación estresante realmente existe y acontece durante la fase de evaluación primaria. El segundo tiene lugar durante la evaluación secundaria y consiste en

aceptar la realidad como un hecho con el que se tendrá que convivir ya que es inmodificable en el tiempo.

- IX. Acudir a la religión** (9,22,35,48) Tendencia a apoyarse en la religión en situaciones de estrés con la intencionalidad de reducir la tensión existente

Otros estilos adicionales de afrontamiento:

- X. Análisis de las emociones** (10, 23, 36,49) Ocurre cuando el individuo se focaliza en las consecuencias emocionales desagradables o no placenteras que se experimentan expresando abiertamente dichas emociones.
- XI. Negación** (11,24,37,50) Se define como rehusarse a creer que el estresor existe, o comportarse y pensar como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existiese.
- XII. Conductas inadecuadas** (12,25,38,51) Consiste en la disminución del esfuerzo conductual y cognitivo dirigido al estresor, dándose el individuo por vencido sin intentar alcanzar las metas con las que el estresor está interfiriendo.
- XIII. Distracción** (13,26,39,52) Ocurre cuando el individuo permite que una amplia diversidad de actividades lo distraigan de su evaluación de los aspectos conductuales del problema, o de la meta con la que el estresor está interfiriendo.

Calificación: Se realizó una calificación sistematizada de la prueba por medio de un software el cual calificó sumando los puntajes obtenidos en cada una de las 13 áreas.

Al puntaje obtenido se le multiplicó por la constante 0.25. Posteriormente se ubicó el puntaje hallado en el Perfil considerando que dicho perfil está presentado en porcentaje, y se multiplicó el puntaje obtenido por 10.

Validez y Confiabilidad: En nuestro medio Salazar V. y Sánchez R. (1993) realizaron la validación ítem-test, para lo cual primero emplearon el método llamado criterio de jueces.

Para establecer la consistencia interna de las escala del instrumento se empleó el coeficiente de Cronbach, los valores obtenidos fueron altos; con solo una excepción de relación moderada, correspondiente al ítem de renunciar al afronte a través del uso del alcohol o drogas (-0.01) los puntajes de “r” entre las escalas de la prueba no se correlacionan significativamente, lo que indican su independencia.

Debido a las características específicas de la muestra se realizó una validación con 30 alumnos con problemas de aprendizaje. Para determinar la validez del instrumento se realizó el análisis ítem. Área empleando la prueba estadística “r” de Pearson que arrojó un índice de 0.42 aceptable lo que demuestra que los ítems son estadísticamente significativos, lo que demuestra su validez de constructo.

Para probar la confiabilidad del instrumento se aplicó la prueba estadística Alfa de Crombach, encontrando que la prueba es homogénea, con un índice de 0.55 aceptable.

B. ESCALA DE LA FELICIDAD DE LIMA (EFL)

Nombre: Escala de la Felicidad De Lima

Autor: Reynaldo Alarcón

Año: 2006

Ámbito de aplicación: hombres y mujeres a partir de los 16 años.

Forma de aplicación: Individual o Colectiva

Tiempo: 15 a 20 minutos

Objetivo: El objetivo de la prueba es medir el nivel de felicidad en general y sus dimensiones individualmente.

Descripción: Está compuesta por 27 ítems de tipo Likert, con cinco alternativas: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo, desacuerdo, y totalmente en desacuerdo. Al extremo positivo se le otorga 5 puntos y al extremo negativo 1 punto.

Los ítems fueron desarrollados en forma favorable o desfavorable a la felicidad; en el cuestionario los ítems están distribuidos aleatoriamente. La EFL fue administrada a 709 estudiantes de varias universidades de la ciudad de Lima, varones y mujeres, con una edad media de 23.10 años.

Calificación: A los resultados obtenidos se le asignarán los siguientes puntajes:

Totalmente de acuerdo;	=	5
Acuerdo;	=	4
Ni acuerdo ni desacuerdo;	=	3
Desacuerdo; y	=	2
Totalmente en desacuerdo	=	1

Los ítems: 02, 07, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 23, y 26. Se califican de modo inverso

Se atribuyen puntajes altos a reacciones positivas hacia la felicidad; opuestamente, los puntajes bajos indican baja felicidad.

Los puntajes para la interpretación, van del 27 hasta 135

Puntaje medio: 110 + DE (14.80)

Rango 112

135-112 = 23

$112/5 = 22,4$

Niveles

Menos de 35 = Muy Bajo

36 a 48= Bajo

49 a 66= Promedio

67 a 84= Alto

85 a más=Muy Alto

Para las Dimensiones, el procedimiento es similar, Pero su test no es factorial; es decir no tiene puntuación (Baremos por factores)

1. Sentido positivo de la vida; = 6 ítems Ptje Alto = 30, Ptje Bajo = 6

Punto de corte - 18

2. Satisfacción con la vida; = 11 ítems Ptje Alto = 55, Ptje Bajo = 11

Punto de corte - 33

3. Realización personal, y = 6 ítems Ptje Alto = 30, Ptje Bajo = 6

Punto de corte - 18

4. Alegría de vivir. = 4 ítems Ptje Alto = 20, Ptje Bajo = 4

Punto de corte - 12

Validez y Confiabilidad:

Los datos estadísticos descriptivos de la EFL son los siguientes: Media = 110.08; Mediana = 112.00; Modo = 111; Desviación Estándar = 14.80; Varianza = 219.25; Asimetría = -.77; Kurtosis = 1.50; Rango = 112.

Coefficientes de Confiabilidad

Correlación Ítem- Escala: Las correlaciones Momento Producto de Pearson son altamente significativas ($p < .001$, para 2 colas), con excepción de ítem 27 ($p < .01$). La media de las correlaciones es igualmente elevada ($r = .511$; $p < .001$). Estos valores se interpretan en el sentido que todos los reactivos miden indicadores de un mismo constructo y contribuyen con eficacia a medirlo.

Correlaciones Inter-ítem: La media de las correlaciones entre los ítems de la escala indica una significativa relación entre ellos ($r = .28$; $p < .01$) Sin embargo los ítems

muestran diferencias entre ellos, el ANOVA, entre las medias de los ítems arroja diferencias significativas ($F = 212.69$; $p < .01$). Cada ítems mantiene su autonomía dentro de todo.

Coeficientes Alfa de Cronbach: Todos los valores Alfa, de cada uno de los 27 ítems son altamente significativos, su rango se extiende de .909 a .915. La escala total presenta una elevada consistencia interna ($\alpha=.916$, para ítems estandarizados)

Coeficiente Split- Half. El Coeficiente de Mitades de Spearman- Brown (longitudes desiguales) es $r= .884$, y de Guttman Split-Half $r = .882$; las magnitudes de ambas correlaciones son importantes, respaldan la alta fiabilidad de la Escala.

Validez Factorial de la Escala de la Felicidad

La validez de constructo fue evaluada mediante análisis factorial. El análisis de componentes principales identificó cuatro componentes con valores Eigen que varían 1.50 a 8. 59; el primer componente explica el 31.82% de varianza, en tanto que los cuatro componentes sumados explican el 49.79 % de la varianza total. La rotación ortogonal (Varimax) de la matriz de componentes, ha agrupado los 27 ítems en cuatro factores independientes. El factor I agrupa once ítems; los factores II y III tienen cada uno seis ítems, el factor IV reúne cuatro ítems. Las saturaciones factoriales correspondientes a cada factor, todas son altas; la mayor tiene un peso de .684 y la más baja .405. El peso factorial de cada variable se concentra con mayor fuerza en un solo factor, en los demás su peso es comparativamente muy reducido; por lo que hay coherencia factorial entre los ítems integrantes de cada uno de los factores.

Cuatro dimensiones factoriales de la felicidad

Factor I Ausencia de sufrimiento profundo:

Indica la ausencia de estados depresivos, fracaso, pesimismo, intranquilidad, vacío existencial. Las respuestas de rechazo a lo que afirman las oraciones indican grados de felicidad que reflejan actitudes y experiencias positivas hacia la vida. Por lo que la felicidad significa estar libre de estados depresivos profundos, tener sentimientos

positivos hacia sí mismo y hacia la vida. Este factor explica el 32.82 % de la varianza total de la EFL y posee una alta consistencia interna ($\alpha = .88$)

Factor II Satisfacción con la vida:

Los seis ítems de este factor expresan satisfacción con lo que se ha alcanzado y la persona cree que está donde tiene que estar o porque se encuentra muy cerca de alcanzar el ideal de su vida. Este factor posee una alta consistencia interna ($\alpha = .79$)

Factor III Realización Personal:

Los ítems de este factor expresan lo que podríamos llamar felicidad plena y no estados temporales de estar feliz. Los ítems señalan autosuficiencia, tranquilidad emocional, placidez, todas las condiciones para conseguir el estado de felicidad completa. El concepto de realización personal guarda correspondencia con la definición de felicidad que supone la orientación hacia metas que considera valiosas para su vida. Los ítems del factor III poseen una adecuada consistencia interna de Cronbach ($\alpha = .76$)

Factor IV Alegría de Vivir:

La denominación que lleva este factor obedece a la naturaleza de sus ítems, ellos refieren optimismo, alegría y lo maravilloso que es vivir. Su consistencia interna es ($\alpha = .72$)

5. PROCEDIMIENTO

Primeramente nos apersonamos ante la coordinadora administrativa del IREN Sur para solicitar los permisos y coordinar los horarios de evaluación. Luego de obtener los permisos fuimos a psicología para poder evaluar en las áreas de consultorios externos y de quimioterapia. Nos dirigimos a cada paciente individualmente para solicitarles su participación en el estudio, una vez obtenido dicho permiso se procedió a aplicar los cuestionarios en una sola sesión que duró aproximadamente 30 minutos. Luego de absolver las dudas de las evaluadas y que estas personas terminaran de contestar la prueba procedimos a su calificación e interpretación de datos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para el proceso estadístico del presente estudio primeramente analizamos nuestras variables utilizando estadística descriptiva, concretamente análisis de frecuencias los cuales fueron presentados en las tablas estadísticas correspondientes. Para la parte inferencial hicimos uso de la prueba de comparación paramétrica t de Student, así mismo, aplicamos el coeficiente producto momento de Pearson para correlacionar nuestras variables. Cabe resaltar que se trabajó con un nivel de significancia del 0.05 %. Todos nuestros datos fueron procesados con el software SPSS versión 24.

Tabla 1. Alegría de vivir en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	9,5
Promedio	4	9,5
Alto	17	40,5
Muy alto	17	40,5
Total	42	100,0

Observamos que la dimensión alegría de vivir es mayormente de un nivel muy alto (40.5%) o alto (40.5%); refiriendo optimismo, alegría y lo maravilloso que es vivir mientras que niveles bajos o muy bajos solo se presentan en el 9.5% de evaluados.

Tabla 2. Realización personal en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	10	23,8
Bajo	1	2,4
Promedio	16	38,1
Alto	13	31,0
Muy alto	2	4,8
Total	42	100,0

Hallamos que la dimensión realización personal es mayormente de un nivel promedio (38.1%) o alto (31%); lo que señala autosuficiencia, tranquilidad emocional, placidez, y todas las condiciones para conseguir el estado de felicidad completa mientras que niveles muy bajos se presentan en el 23.8% de evaluados.

Tabla 3. Sentido Positivo con la vida en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	8	19,0
Bajo	3	7,1
Promedio	20	47,6
Alto	8	19,0
Muy alto	3	7,1
Total	42	100,0

Encontramos que la dimensión sentido positivo con la vida es mayormente de un nivel promedio (47.6%) o alto (19%); lo que señala ausencia de estados depresivos, fracaso, pesimismo, intranquilidad, vacío existencial, tener sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia la vida, mientras que niveles muy bajos se presentan en el 19% de evaluados.

Tabla 4. Satisfacción con la vida en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	10	23,8
Bajo	3	7,1
Promedio	11	26,2
Alto	15	35,7
Muy alto	3	7,1
Total	42	100,0

Observamos que la dimensión satisfacción con la vida es mayormente de un nivel alto (35.7%) o promedio (26.2%); lo que señala satisfacción con lo que se ha alcanzado y la persona cree que está donde tiene que estar o porque se encuentra muy cerca de alcanzar el ideal de su vida mientras que niveles muy bajos se presentan en el 23.8% de evaluados.

Tabla 5. Felicidad en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	11,9
Promedio	28	66,7
Alto	9	21,4
Total	42	100,0

Hallamos que la felicidad es mayormente de un nivel promedio (66.7%) o alto (21.4%); lo que señala reacciones positivas hacia la felicidad mientras que niveles bajos solo se presentan en el 11.9% de evaluados.

Tabla 6. Estrategia Afrontamiento Directo en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	2	4,8
Depende de las circunstancias	20	47,6
Con frecuencia	20	47,6
Total	42	100,0

Respecto a las estrategias de afrontamiento, hallamos que los evaluados mayormente usan la estrategia Afrontamiento Directo con frecuencia (47.6%), lo que señala la acción que toman para cambiar una situación desagradable, cuando sus necesidades o deseos se frustran tratan de quitar los obstáculos que obstruyen el camino mientras que el 47.6% lo hace dependiendo de las circunstancias y el 4.8% lo hace pocas veces.

Tabla 7. Estrategia Planificación de actividades en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	6	14,3
Depende de las circunstancias	20	47,6
Con frecuencia	16	38,1
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Planificación de Actividades dependiendo de las circunstancias (47.6%), lo que indica que estos pacientes consistentemente piensan en cómo manejarse frente a los agentes estresores organizando y planificando premeditadamente la que considera las mejores acciones y estrategias para manejar su problema; mientras que 38.1% lo hace con frecuencia y el 14.3% lo hace pocas veces.

Tabla 8. Estrategia Supresión de actividades en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	13	31,0
Depende de las circunstancias	29	69,0
Con frecuencia	0	0,0
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Supresión de Actividades dependiendo de las circunstancias (69%), esto nos indica que estas pacientes dejan pasar por alto otras posibles actividades distractivas con la finalidad de poder manejar mejor su estrés; mientras que 31% lo hace pocas veces.

Tabla 9. Estrategia Retracción de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	18	42,9
Depende de las circunstancias	24	57,1
Con frecuencia	0	0,0
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Retracción de Afrontamiento dependiendo de las circunstancias (57.1%), lo que señala la capacidad de esperar el momento más oportuno para actuar sobre su problema, impidiendo a su vez la realización de alguna acción premeditada; mientras que 42.9% lo hace pocas veces.

Tabla 10. Estrategia Búsqueda de apoyo social en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	8	19,0
Depende de las circunstancias	9	21,4
Con frecuencia	25	59,5
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Búsqueda de Apoyo Social con frecuencia (59.5%), lo que señala la inclinación a compartir su situación con otros y buscar apoyo para su resolución mientras que 21.4% lo hace dependiendo de las circunstancias y el 19% lo hace pocas veces.

Tabla 11. Estrategia Búsqueda de soporte emocional en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	3	7,1
Depende de las circunstancias	21	50,0
Con frecuencia	18	42,9
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Búsqueda de Soporte Emocional dependiendo de las circunstancias (50%), lo que nos indica que estas pacientes buscan apoyo moral, empático y comprensión por las demás personas con el objetivo de conseguir disminuir efectos emocionales negativos causados por su el agente estresor; mientras que 42.9% lo hace con frecuencia y el 7.1% lo hace pocas veces.

Tabla 12. Estrategia Reinterpretación Positiva y desarrollo personal en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	0	0,0
Depende de las circunstancias	7	16,7
Con frecuencia	35	83,3
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Reinterpretación positiva y desarrollo personal con frecuencia (83.3%), esto nos indica que las pacientes evalúan su problema de forma positiva atribuyendo cualidades favorables a las experiencias estresantes, rescatando el lado positivo de las mismas; mientras que 16.7% lo hace dependiendo de las circunstancias.

Tabla 13. Estrategia Aceptación en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	0	0,0
Depende de las circunstancias	17	40,5
Con frecuencia	25	59,5
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Aceptación con frecuencia (59.5%), esto significa que las pacientes aceptan en primer lugar que el problema existe y que es inmodificable a lo largo del tiempo, por ello acepta que tendrá que convivir con el agente estresor; mientras que 40.5% lo hace dependiendo de las circunstancias.

Tabla 14. Estrategia Acudir a la Religión en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	2	4,8
Depende de las circunstancias	16	38,1
Con frecuencia	24	57,1
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Acudir a la religión con frecuencia (57.1%), esto nos muestra que las pacientes tienden a apoyarse en actividades y creencias de tipo religioso para reducir la tensión de su enfermedad; mientras que 38.1% lo hace dependiendo de las circunstancias y el 4.8% lo hace pocas veces.

Tabla 15. Estrategia Análisis de emociones en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	9	21,4
Depende de las circunstancias	14	33,3
Con frecuencia	19	45,2
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Análisis de Emociones con frecuencia (45.2%), esto señala que cuando experimentan un hecho estresante se focalizan en las consecuencias negativas expresando estas emociones abiertamente; mientras que un 33.3% lo hace dependiendo de las circunstancias y el 21.4% lo hace pocas veces.

Tabla 16. Estrategia Negación en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	21	50,0
Depende de las circunstancias	13	31,0
Con frecuencia	8	19,0
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas usan la estrategia Negación pocas veces (50%), señalándonos que la mitad de las pacientes se rehúsan a creer que el estresor existe mientras que 31% lo hace dependiendo de las circunstancias y el 19% lo hace con frecuencia.

Tabla 17. Estrategia Conducta inadecuada en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	20	47,6
Depende de las circunstancias	18	42,9
Con frecuencia	4	9,5
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Conducta Inadecuada pocas veces (47.6%), esto significa que las pacientes disminuyen sus esfuerzos conductuales dirigidos hacia el agente estresor optando por no realizar acciones que le permitan conseguir las metas que su enfermedad le está interfiriendo; mientras que 42.9% lo hace dependiendo de las circunstancias y el 9.5% lo hace con frecuencia.

Tabla 18. Estrategia Distracción en pacientes con cáncer de mama

	Frecuencia	Porcentaje
Pocas veces	8	19,0
Depende de las circunstancias	28	66,7
Con frecuencia	6	14,3
Total	42	100,0

Observamos que las evaluadas mayormente usan la estrategia Distracción dependiendo de las circunstancias (66.7%), esto nos indica que las pacientes permiten que distintas actividades distractoras interfieran con la evaluación de sus conductas y pensamientos respecto a su enfermedad; mientras que 19% lo hace pocas veces y el 14.3% lo hace con frecuencia.

Tabla 19. Prueba T Dimensiones de felicidad

	Mastectom ía	Desviación				t	gl	Sig. (bilateral)
		N	Media	típ.				
Alegría de vivir	No	11	15,91	2,468	,480	40		,635
	Sí	31	15,42	3,880				
Realización personal	No	11	20,45	3,830	2,524	40		,017
	Sí	31	16,26	6,658				
Sentido positivo	No	11	29,00	6,588	-,924	40		,363
	Sí	31	31,58	10,923				
Satisfacción con la vida	No	11	21,55	5,317	2,467	40		,023
	Sí	31	16,77	6,026				
Fel�ad	No	11	86,91	7,217	1,920	40		,062
	Sí	31	80,03	15,833				

Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres sometidas a mastectomía con las que no en las dimensiones de la felicidad de realización personal ($t=2.524$; $p<0.05$) y satisfacción con la vida ($t=2.467$; $p<0.05$); en ambos casos las mujeres que no han sido sometidas a la operación son quienes tienen una mayor realización personal y satisfacción con la vida; sin embargo en la felicidad en general no hay diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres sometidas a mastectomía con las que no.

Tabla 20. Prueba T Estrategias de afrontamiento

	Mastectomía	N	Media	Desviación típ.	t	gl	Sig. (bilateral)
Estrategia I	No	11	79,55	18,769	-,476	40	,637
	Sí	31	83,06	21,782			
Estrategia II	No	11	77,27	26,112	1,129	40	,266
	Sí	31	65,32	31,410			
Estrategia III	No	11	54,55	15,076	,278	40	,782
	Sí	31	52,42	23,589			
Estrategia IV	No	11	61,36	17,189	3,690	40	,001
	Sí	31	37,10	19,226			
Estrategia V	No	11	77,27	39,457	,396	40	,695
	Sí	31	71,77	39,656			
Estrategia VI	No	11	63,64	39,312	-1,128	40	,266
	Sí	31	75,00	24,152			
Estrategia VII	No	11	100,00	,000	2,834	40	,008
	Sí	31	90,32	19,015			
Estrategia VIII	No	11	86,36	20,505	,011	40	,991
	Sí	31	86,29	18,072			
Estrategia IX	No	11	88,64	20,505	,656	40	,516
	Sí	31	83,06	25,321			
Estrategia X	No	11	54,55	45,851	-1,309	40	,198
	Sí	31	70,97	31,686			
Estrategia XI	No	11	38,64	42,373	-,573	40	,570
	Sí	31	45,97	34,215			
Estrategia XII	No	11	54,55	43,038	2,074	40	,045
	Sí	31	32,26	25,161			
Estrategia XIII	No	11	59,09	40,732	,169	40	,866

	Mastectomía	N	Media	Desviación típ.	t	gl	Sig. (bilateral)
Estrategia I	No	11	79,55	18,769	-,476	40	,637
	Sí	31	83,06	21,782			
Estrategia II	No	11	77,27	26,112	1,129	40	,266
	Sí	31	65,32	31,410			
Estrategia III	No	11	54,55	15,076	,278	40	,782
	Sí	31	52,42	23,589			
Estrategia IV	No	11	61,36	17,189	3,690	40	,001
	Sí	31	37,10	19,226			
Estrategia V	No	11	77,27	39,457	,396	40	,695
	Sí	31	71,77	39,656			
Estrategia VI	No	11	63,64	39,312	-1,128	40	,266
	Sí	31	75,00	24,152			
Estrategia VII	No	11	100,00	,000	2,834	40	,008
	Sí	31	90,32	19,015			
Estrategia VIII	No	11	86,36	20,505	,011	40	,991
	Sí	31	86,29	18,072			
Estrategia IX	No	11	88,64	20,505	,656	40	,516
	Sí	31	83,06	25,321			
Estrategia X	No	11	54,55	45,851	-1,309	40	,198
	Sí	31	70,97	31,686			
Estrategia XI	No	11	38,64	42,373	-,573	40	,570
	Sí	31	45,97	34,215			
Estrategia XII	No	11	54,55	43,038	2,074	40	,045
	Sí	31	32,26	25,161			
Estrategia XIII	No	11	59,09	40,732	,169	40	,866
	Sí	31	57,26	26,766			

I Afrontamiento Directo
 II Planificación de Actividades

III	Supresión de Actividades
IV	Retracción de Afrontamiento
V	Búsqueda de Soporte Social
VI	Búsqueda de Soporte Emocional
VII	Reinterpretación
VIII	Aceptación
IX	Retorno a la Religión
X	Ánálisis de Emociones
XI	Negación
XII	Conducta Inadecuada
XIII	Distracción

Hallamos diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres sometidas a mastectomía con las que no en las siguientes estrategias de afrontamiento: estrategia Retracción de Afrontamiento ($t=3.690$; $p<0.05$); estrategia Reinterpretación ($t=2.834$; $p<0.05$) y la estrategia Conducta inadecuada ($t=2.074$; $p<0.05$); en estos casos las mujeres que no han sido sometidas a la operación son quienes usan mayormente dichas estrategias.

Tabla 21. Correlación entre Dimensiones de la Felicidad y Estrategias de Afrontamiento

		Estrate gia I	Estrate gia II	Estrate gia III	Estrate gia IV	Estrate gia V	Estrate gia VI	Estrate gia VII	Estrate gia VIII	Estrate gia IX	Estrate gia X	Estrate gia XI	Estrate gia XII	Estrate gia XIII
Alegria de vivir	Correlación de Pearson	,251	,142	,274	,201	,003	,076	-,015	,369*	,174	,356*	-,212	,124	,214
	Sig. (bilateral)	,109	,369	,079	,202	,986	,632	,927	,016	,272	,021	,177	,434	,174
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
Realización personal	Correlación de Pearson	-,066	,288	-,148	-,104	-,418**	-,253	-,183	,027	-,031	-,067	,195	,110	-,308*
	Sig. (bilateral)	,676	,064	,350	,510	,006	,105	,246	,863	,845	,672	,216	,487	,048
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
Sentido positivo	Correlación de Pearson	-,173	-,024	-,385*	-,337*	-,050	,093	-,055	-,189	,111	-,094	,439**	,108	-,186
	Sig. (bilateral)	,274	,878	,012	,029	,751	,560	,729	,230	,485	,554	,004	,497	,238
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
Satisfacción con la vida	Correlación de Pearson	-,144	,246	-,138	-,082	-,275	-,374*	-,304	,014	-,047	-,169	-,076	-,061	-,108
	Sig. (bilateral)	,364	,116	,382	,606	,078	,015	,050	,932	,768	,284	,632	,703	,496
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
Felicidad	Correlación de Pearson	-,149	,250	-,324*	-,266	-,336*	-,189	-,253	-,023	,086	-,079	,305*	,128	-,258
	Sig. (bilateral)	,347	,110	,036	,089	,030	,231	,106	,887	,588	,617	,049	,420	,099
	N	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

- I Afrontamiento Directo
- II Planificación de Actividades
- III Supresión de Actividades
- IV Retracción de Afrontamiento
- V Búsqueda de Soporte Social
- VI Búsqueda de Soporte Emocional
- VII Reinterpretación
- VIII Aceptación
- IX Retorno a la Religión
- X Análisis de Emociones
- XI Negación
- XII Conducta Inadecuada
- XIII Distracción

Encontramos que existe una relación estadísticamente significativa entre la felicidad y la estrategia Supresión de actividades ($r= -0.324$; $p<0.05$) y la estrategia Búsqueda de soporte Social ($r= -0.336$; $p<0.05$), en ambos casos mientras más feliz está la paciente menos usa dichas estrategias. Además la felicidad se relaciona con la estrategia Negación ($r= 0.305$; $p<0.05$) en este caso a mayor felicidad hay un mayor uso de esta estrategia.

Así mismo, la dimensión de la felicidad denominada alegría de vivir se relaciona con la estrategia Aceptación ($r= 0.369$; $p<0.05$) y la estrategia Análisis de emociones ($r= 0.356$; $p<0.05$), en este caso una mayor alegría de vivir se asocia con un mayor uso de estas estrategias. Además, la dimensión realización personal se relaciona con la estrategia Búsqueda de soporte social ($r= -0.418$; $p<0.05$) y estrategia Distracción ($r= -0.308$; $p<0.05$), en este caso una mayor realización personal se asocia con un menor uso de dichas estrategias.

Por último, la dimensión de la felicidad llamada sentido positivo se relaciona con la estrategia Supresión de actividades ($r= -0.385$; $p<0.05$), siendo así que un mayor sentido positivo se relaciona con un menor uso de esta estrategia; mientras que el sentido positivo tiene una relación directa con la estrategia Negación ($r= 0.439$; $p<0.05$). Adicionalmente, la dimensión satisfacción con la vida se relaciona de forma inversa con la estrategia Búsqueda de soporte emocional ($r= -0.374$; $p<0.05$), en este caso una mayor satisfacción con la vida se asocia con un menor uso de esta estrategia.

DISCUSIÓN

A lo largo de esta investigación hemos analizado la felicidad y los estilos de afrontamiento al estrés en personas con diagnóstico de cáncer de mama tanto con mastectomía como sin mastectomía, lo que vamos a hacer es analizar los resultados con investigaciones previas y la teoría.

Se encontró que el mayor porcentaje de la población presenta un nivel promedio de felicidad, este resultado se correspondería con una investigación de Torrico y colaboradores donde señalan, que después de una fase de adaptación a la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama consiguen controlar sus reacciones emocionales, no encontrando diferencias significativas con mujeres sanas en lo que respecta a indicadores de depresión (Torrico, Santín, López & Andrés, 2003). La literatura, así como la experiencia clínica ,reporta que, en muchos casos, estas pacientes no aceptan completamente su enfermedad, mostrando gran variedad de sentimientos de inconformidad tales como: rechazo, ira, temor o desesperanza, que pueden ir desapareciendo en la medida en que se va extendiendo la sobrevida (Sirgo et al., 2001); entendiendo al proceso de adaptación como un proceso dinámico donde la paciente debe emitir un juicio de control subjetivo que puede ser positivo, con lo que se percibe

control sobre la situación, o negativo, con lo que se percibe ausencia se control posible. (Bárez, 2003)

En lo referido a los estilos de afrontamiento principalmente empleados por las mujeres evaluadas, corroboramos la afirmación de Lostaunau y Torrejón (2013), quienes en su estudio realizado en una población de Lima, hallaron que hay una similar frecuencia del uso de estilos orientados en el problema y estilos orientados a la emoción, se explica que frente al padecimiento de cáncer de mama las mujeres dirigen sus esfuerzos en afrontar directamente el problema con estrategias tales como: afrontamiento directo y búsqueda de apoyo social

En nuestra investigación no encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la felicidad en general entre las mujeres sometidas a mastectomía y las que no, sin embargo encontramos que las mujeres que no han sido sometidas a la operación son quienes tienen una mayor realización personal y satisfacción con la vida. Todo procedimiento quirúrgico en patologías mamarias producirá efectos psicológicos sobre la persona, a causa de cambios que ocurren en la autoconceptualización y en la imagen corporal (García y González, 2004).

La mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por un choque de proporciones inauditas: distorsión de un perfil somático-sexual, las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad impredecible y de consecuencias muy disímiles; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación y recuperación que pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social (Fernández 2002)

La mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por una distorsión de su imagen corporal y por una cierta incapacidad de asumir sus compromisos sociales. Se señalan afectaciones del autoconcepto y la identidad en pacientes sometidas a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas por cáncer de mama, siendo las más afectadas las pacientes mastectomizadas (García y González, 2007)

En una investigación en Lima se encontró que las pacientes que no han sido sometidas a cirugía o ésta ha sido realizada sin remoción de mama, tienden a expresar

con mayor frecuencia sus emociones en comparación con aquellas que han sido sometidas a una experiencia quirúrgica radical (con o sin reconstrucción). Al respecto es posible que esta vivencia sea percibida como una mutilación, generando temor al rechazo de otros y al rechazo propio, por lo que se tendería a no exteriorizar las emociones. En nuestro medio, (Valderrama 2003) encontró que en un intento por conservar su equilibrio emocional, las pacientes que no perciben aspectos beneficiosos en su cirugía son proclives a negar dicho evento.

En nuestra investigación se hallaron diferencias entre las mujeres sometidas a mastectomía con las que no en la estrategia Retracción de Afrontamiento, estrategia Reinterpretación y la estrategia Conducta Inadecuada; en estos casos las mujeres que no han sido sometidas a la operación son quienes usan mayormente dichas estrategias. Por otro lado en una investigación respecto al afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en un Instituto Nacional de Neoplásicas en Lima (Ojeda y Martínez, 2012) se determinó que entre el proceso cognitivo y conductual las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, presentaron un mejor afrontamiento en el proceso cognitivo. Es fundamental el significado subjetivo atribuido por las pacientes a la enfermedad, pues las respuestas del afrontamiento dependerán de un proceso de evaluación cognitiva, quiere decir buscar información sobre la enfermedad y tratamiento, buscar apoyo, disminuir la incertidumbre, aumentar la sensación de control, evitar confrontaciones haciendo uso de la negación y afrontando activamente o positivamente la enfermedad. Los resultados expuestos anteriormente presentan similitud con el estudio de Neipp (2008), titulado «Afrontamiento y adaptación de pacientes con cáncer de mama en la etapa de seguimiento», cuyos resultados señalan que las mujeres que pertenecían al grupo que utilizó más estrategias cognitivas tuvieron una mejor adaptación que las otras mujeres. Asimismo, según Díaz y Yaringaño. En el 2010 en su estudio orientado a establecer la relación entre el clima familiar y el afrontamiento del estrés en pacientes oncológicos, indica que las pacientes con cáncer de mama, usan estrategias positivas de afrontamiento del estrés en relación con otros tipos de cáncer. Como consecuencia, las respuestas de afrontamiento cognitivas se convertirán en mediadoras y condicionarán la respuesta. Estos resultados nos llevan a comprobar una de nuestras hipótesis que indicaban que existen diferencias entre las mujeres que tienen mastectomía y las que no tienen mastectomía.

En una investigación en Arequipa en mujeres mastectomisadas en el 2015 se encontró que en las estrategias enfocadas al problema, destaca con mayor frecuencia la planificación y con menor frecuencia la supresión de actividades, por otro lado entre las estrategias enfocadas a la emoción la más utilizada es acudir a la religión y la menos utilizada la negación, por último entre las estrategias enfocadas a la percepción destaca el desentendimiento mental y la menos utilizada es el desentendimiento conductual (Barrientos y Gonzales 2015).

Carver y Sheier (1994) señalan que si bien el afrontamiento puede cambiar de momento en momento, las personas desarrollan formas habituales de lidiar con el estrés y que los hábitos o estilos de afrontamiento pueden influenciar las reacciones en situaciones nuevas.

En un estudio realizado en el Hospital General Docente de Guantánamo en el 2010 se encontró que los modos de afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama a las que se les ha realizado la mastectomía radical, está caracterizado por estar centrado en las emociones. Las características que más se destacan en el modo de afrontamiento centrado en las emociones que manifiestan las pacientes fueron reevaluación positiva, distanciamiento y planificación. Considerando que el afrontamiento en las pacientes estudiadas no es exitoso, por tanto no efectivo, donde la ansiedad y la depresión de forma general son las alteraciones que prevalecen en los modos de afrontar el problema de salud (Marín, 2011).

De igual forma en una investigación en Lima se encontró que las pacientes que no han sido sometidas a cirugía o ésta ha sido realizada sin remoción de mama, tienden a expresar con mayor frecuencia sus emociones en comparación con aquellas que han sido sometidas a una experiencia quirúrgica radical (con o sin reconstrucción). Al respecto es posible que esta vivencia sea percibida como una mutilación, generando temor al rechazo de otros y al rechazo propio, por lo que se tendería a no exteriorizar las emociones. En nuestro medio, (Valderrama 2003) encontró que en un intento por conservar su equilibrio emocional, las pacientes que no perciben aspectos beneficiosos en su cirugía son proclives a negar dicho evento.

En 1994, (Meléndez, citado por Valderrama, 2003) realizó en el Perú un estudio con 50 mujeres sometidas a mastectomía radical (con edades entre los 20 y 70 años) orientado a identificar las actitudes ante la cirugía y su relación con la edad, estado civil y grado de instrucción. Aplicando un instrumento desarrollado para los fines del estudio, encontraron que un 18% del total de la muestra presentó una aceptación parcial ante la mastectomía, un 52% presentó negación y un 30% una negación total respecto a la intervención.

Se encontró en nuestra investigación una relación entre la felicidad y la estrategia Supresión de Actividades y la estrategia Búsqueda de soporte emocional, en ambos casos mientras más feliz está la paciente menos usa dichas estrategias. Además la felicidad se relaciona con la estrategia Negación, en este caso a mayor felicidad hay un mayor uso de esta estrategia. Esto se podía explicar debido a que la negación es considerada por (Vaillant y Rowland, 1990, citados por Valderrama, 2003) como una respuesta de afrontamiento más primitiva o inmadura, que si es utilizada en forma continua puede interferir en la búsqueda de consulta médica o tratamiento. Sin embargo, en algunas ocasiones puede tener una función adaptativa ya que protege al paciente de una posible reacción depresiva o de sentimientos de incapacidad, por lo que resulta común encontrarla en pacientes médicamente enfermos. En este mismo sentido, (Ferrero, 1993) señalaron una asociación entre la negación y mejores resultados psicológicos como menor distress y una mejor percepción global de la calidad de vida. Otros estudios indican que tanto la negación como la evitación pueden ser respuestas efectivas ante estresores a corto plazo o enfermedades menores, pero inapropiadas a largo plazo (Feifel, Strack y Nagy, 1987; Mullen y Suls, 1982; Suls y Fletcher, 1985, citados por Valderrama, 2003).

En la investigación en España hecha por Ferrero en 1993 se encontró que respecto a la evaluación cognitiva y el afrontamiento de la enfermedad, los resultados indicaron que el "espíritu de lucha" de las pacientes y la "negación" de la enfermedad se asociaban a mejores resultados psicosociales, mientras que el "desamparo-desesperanza", el "fatalismo" y la "preocupación ansiosa" iniciales, se asociaban a mayor malestar concurrente y en el futuro.

Estos resultados se contraponen a los realizados en una investigación en Lima en la cual se encontró una relación significativa e inversa entre el bienestar psicológico global y el estilo evitativo; a mayor uso del estilo evitativo, menor bienestar psicológico. En relación a los estilos de afrontamiento y las dimensiones del bienestar psicológico encontramos que existe una correlación significativa e inversa entre el estilo evitativo y las dimensiones de autonomía y dominio del entorno (Becerra y Otero, 2013)

Existen evidencias que indican que las estrategias que buscan negar o evitar la situación no se encuentran influenciadas por factores situacionales, posiblemente porque la confianza en tales estrategias puede ser sustancialmente más efectiva si los factores situacionales son ignorados (McCrae, 1984; en Carver y Scheier, 1994).

Otras investigaciones como las realizadas por Carver y McCrae en 1989 (en Carver y Scheier, 1994) demostraron que existen estrategias de afrontamiento relativamente estables o disposicionales independientemente del evento. Por ejemplo, McCrae y Costa (1986) indican que el empleo más frecuente de un determinado tipo de afrontamiento depende de la personalidad y por tanto puede ser predecible como un rasgo estable. Carver et al. (1989), sostienen que el uso más frecuente de algún tipo de afrontamiento depende tanto de factores situacionales como de la personalidad, y en tal sentido su predicción podría realizarse sólo como una tendencia o estilo de afrontamiento relativamente estable. Los resultados obtenidos en este estudio confirman nuestra hipótesis de que las estrategias de afrontamiento usadas por las pacientes con cáncer de mama se relacionan con sus niveles de felicidad.

Por consiguiente, consideramos que esta investigación constituye un aporte a la psicología clínica de la salud, ya que logra un acercamiento entre los constructos ya mencionados y el cáncer; nos atrevemos a decir que los hallazgos encontrados podrían colaborar a orientar la intervención psicológica en nuestro medio. Sin embargo, se requiere estudios más profundos que ayuden a confirmar los hallazgos de esta investigación en otras realidades, es decir, en mujeres de diferente nivel socioeconómico, de diferentes ciudades y de diferentes niveles educativos. Lo anteriormente mencionado ayudará a futuros investigadores a alcanzar una mirada más general y representativa de las pacientes con cáncer de mama en el Perú.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama del Instituto Regional Neoplásicas del SUR de la ciudad de Arequipa usan con mayor frecuencia las estrategias de Afrontamiento Directo, Búsqueda de soporte social, Reinterpretación, Aceptación y Retorno a la Religión,
- SEGUNDA:** Se encontró que la mayor parte de la muestra (66.7%) presenta un nivel promedio de felicidad, lo que señala reacciones positivas hacia la felicidad mientras que niveles bajos solo se presentan en el 11.9% de las evaluadas.
- TERCERA:** Se halló diferencias entre las mujeres sometidas a mastectomía con las que no en la estrategia Retracción de Afrontamiento, estrategia Reinterpretación y la estrategia Conducta Inadecuada; en estos casos las mujeres que no han sido sometidas a la operación son quienes usan mayormente dichas estrategias.
- CUARTA:** No se encontraron diferencias entre las mujeres sometidas a mastectomía con las que no con respecto a la felicidad, sin embargo, se encontró que las pacientes con cáncer de mama que no han sido sometidas a una mastectomía puntúan más alto en las dimensiones de la felicidad: realización personal y satisfacción con la vida.
- QUINTA:** Encontramos que existe una relación estadísticamente significativa entre la felicidad y las estrategias de afrontamiento al estrés principalmente en la estrategia Supresión de Actividades y la estrategia Búsqueda de soporte emocional, en ambos casos mientras más feliz está la paciente menos usa dichas estrategias. Además la felicidad se relaciona con la estrategia Negación, en este caso a mayor felicidad hay un mayor uso de esta estrategia.

RECOMENDACIONES

1. Profundizar en el estudio en los diferentes estilos de afrontamiento al estrés en los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama diferenciando los estadios de la enfermedad, para poder obtener mayor base teórica que sirva de referencia en futuros programas de intervención y psicoterapia.
2. Investigar más a fondo el tercer estadio del cáncer, ya que según nuestros resultados en dicho estadio se encontraron estilos de afrontamiento más desadaptativos y menores niveles de felicidad.
3. Realizar investigaciones con muestras más numerosas para poder enriquecer la información hallada y ésta sirva de referencia teórico práctica en el trabajo psicológico con pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, así como la utilización de las variables: estadio de la enfermedad, tiempo de diagnóstico, calidad de vida
4. Se recomienda a los centros de salud que trabajen con pacientes oncológicos, implementar programas de intervención psicológicos enfocados en los estilos de afrontamiento más adaptativos hacia la enfermedad, de forma tal que los pacientes puedan elevar sus niveles de felicidad y les permita optimizar su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, E., Kruger, M., (2010) “Smile intensity in photographs predicts longevity” *Psychological Science*; 21:542-544.
- Akin-Little, K., Little, S., & Delligatti, N. (2004). A preventive model of school consultation: incorporating perspectives from positive psychology. *Psychology in the Schools*, 41 (1), 155-162.
- Alarcón, R. (2000) *Variables Psicológicas asociadas con la felicidad*, En *Persona* (Revista de Psicología, Universidad de Lima, 3, 147-157
- Alarcón, R. (2006) *Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad*. En *Revista Interamericana de Psicología*, 40, 95-102
- Alarcón, R. (2009) Psicología de la Felicidad. Editorial Universitaria. Lima- Perú
- Anand, P., Kunnumakara, A., Sundaram, C., Harikumar, K., Tharakan, S., Lai, O., y otros. (2007) El cáncer es una enfermedad prevenible que requiere cambios importantes en el estilo de vida. EEUU: Institutos Nacionales de Salud.
- Barefoot, J.C., Brummett, B.H., Helms, M.J., Mark, D.B., Siegler, I.C., Williams, R.B., (2000) “Síntomas depresivos y sobrevivencia de pacientes con enfermedad coronaria”, *Psychosomatic Medicine*, 62: 790-795.
- Barrientos A., González Ch. (2015). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. Club de la mama Essalud, Arequipa 2015. Tesis Para obtener el Título Profesional de ENFERMERA. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa
- Barros, S., (2017). “Capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-sida según modelo “Ccallista Roy”. Cartagena.
- Bayés. (1985). Psicología oncológica. Barcelon: Martinez Roca.
- Bárez M. (2003) Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Universidad Autónoma de Barcelona.

Becerra I., Otero S., (2013) Relación entre afrontamiento y bienestar Psicológico en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de Magister en Psicología Clínica de la Salud. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima

Benjamin, B., Zigmund, D., Harman, J., & Meakin, T. (2002) Pulsed electrostatic fields (ETG) to reduce hair loss in women undergoing chemotherapy for breast carcinoma: a pilot study. *Psycho-Oncology*, 11 (3), 244-248.

Biswas-Diener, R., Diener, E., (2001) "Making the Best of a Bad Situation: Satisfaction in the Slums of Calcutta", *Social Indicators Research*, 55:329-352

Blanchflower, D.G., Oswald, A.J. (2008) "Hipertensión y felicidad entre naciones" *Journal of Health Economics*, 27:218-233.

Borbón, J., & Beato, A. (2002). Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(1) 47-53.

Burgdorf, J., Panksepp, J., (2006) "La neurobiología de las emociones positivas", *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*; 30:173-187

Cao, L., During, M.J., (2012) "¿Qué hay en la conexión entre el cerebro y el cáncer?", *Ann. Rev. Neurosci.*, 35:331-345

Carver CS, Scheier MF. (1994) Situational coping dispositions in stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology.*; 66 : 184 – 195.

Carver, C., Meyer, B. & Antoni, M. (2000). Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: Moderator effects in early stage breast cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 965- 975

Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283

- Casaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y Afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXI (2), 364. 392.
- Centeno, M. N. (2004). Afrontamiento y oncología pediátrica. Fortalezas familiares ante el desafío. Tesis de Licenciatura para optar el Título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Aconcagua. Mendoza, Argentina.
- Christenson, S., & Sheridan, S. (2001). Schools and families: Creating essential connections for learning. New York: GuilfordPress.
- Cox, K. (2012) “Happiness and unhappiness in the developing Word: life satisfaction among sex workers, dump-dwellers, urban poor, and rural peasants in Nicaragua”, *J. Happiness Stud.*, 13:103-128
- Crawford. J.R. Henry , J.D., (2004) “The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical simple”, *Br. J. Clin. Psychology*,; 43:234-265
- Crespo, M. &. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y*, 23, 797-830.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). Fluir (Flow). Una psicología de la felicidad. Barcelon: Kairos.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 83-96.
- Davidson, K.W., Mostofsky, E., Whang, W., (2010) “No te preocunes, sé feliz: Afecto positivo y reducción de 10 años de incidencia de enfermedad coronaria”: The Canadian Nova Scotia Health Survey” *Revista europea de salud*, 31:1.065-1.070.
- Díaz G., Yaringaño, J., (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de Investigación en Psicología Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima. Doi: <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v13i1.3737>

- Diener ,E., Chan, M. Y., (2011) “Las personas felices viven más tiempo: el bienestar subjetivo contribuye a la salud ya la longevidad”, *Psicología Aplicada a la Salud y Bienestar*, 3:1-s43
- Diener E., HELLIWELL, J.F., Kahneman, D., (2010) Diferencias internacionales en el bienestar, *Universidad de Oxford*, New York,
- Farrelly, C., (2012) “Positivity biology” as a new paradigm for the medical sciences”, *EMBO Reports*,; 13:186-188
- Ferrero. (1993). El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Valencia: Promolibro.
- Fierro, A. (1998). Manual de Psicología de la Personalidad. Barcelona: Paidós.
- Figueras, A. (2012). Pura Felicidad. Ser feliz es saludable. Plataforma actual. Lima-Perú
- Fowler, J.H., Christakis, N.A., (2009) “Difusión dinámica de la felicidad en una gran red social: análisis longitudinal de más de 20 años en el Framingham Heart Study”, *Br. Med. J.*,;338:23-31
- Fredman, L., Hawkes, W.G., Blck, S., Bertrand, R. M., Magaziner, J., (2006) “Los pacientes ancianos con fractura de cadera con afecto positivo tienen mejor recuperación funcional a lo largo de 2 años” *Revista de la Sociedad Americana de Geriatría*, 54:1.074-1.081.
- Fredrickson, B. (2000). Fredrickson. Handbook of positive Psychology, 120-134.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133.
- Gable, S., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9 (2), 102-110.
- Gárate, P., y Limachi, J. (2012). Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento al Estrés en alumnos del CEPRUNSA I Fase 2012. Arequipa, Perú: Tesis para optar el título profesional de Psicología

- García, V., & González, M. (2004). Bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente. En L. A. Oblitas Guadalupe (Ed.), *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: Psicom Editores,
- García, V., & González, M. (2007). Bienestar Psicológico y Cáncer de Mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 72-77.
- Goldman, A. (2014). Instituto Nacional del Cáncer. En Manual de Enfermería Oncológica. Buenos Aires.
- Granados, M., & Herrera, A. (2010). Manual de Oncología. Procedimientos médicos quirúrgicos. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Hernández, G., Bernardello, E., Pirotti, J., & Barros, A. (2007). Cáncer de mama 2da edición. Colombia: *McGraw Hill Interamericana*.
- Hernández Menéndez, E. (2006). *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara. Universidad de Guadalajara
- Hernández, G., Bernardello, E., Pirotti, J., & Barros, A. (2007). Cáncer de mama 2da edición. Colombia: *McGraw Hill Interamericana*.
- Hernández, S., Fernández, C., Baptista, P. (2010) Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. México D.F.
- Howell, R.T., Kern, M.L., Lyubomirsky, S., (2007) “Beneficios para la salud: determinación meta-analítica del impacto del bienestar en los resultados objetivos de salud”, *Revisión de Psicología de la Salud*, 1:83-136
- Hughes, J. (2000). The essential role of theory in the science of treating children beyond empirically supported treatments. *Journal for School Psychology*, 38, 301-330.
- Instituto Nacional de Cáncer. (2015). Estadificación del cáncer. [Recuperado en julio de 2017], de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>

Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, (2009). Plan Estratégico Institucional del Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas Del Sur 2009-2016. [Recuperado en Agosto del 2017] de http://www.irensur.gob.pe/images/IrensurArchivos/TransparenciaPDF/PLAN_13910_Plan_Estratgico_Institucional_IRENSUR_2010.pdf

IntraMED. (2008). La felicidad actuaría como protección frente al cáncer de mama. 25 julio 2016, de IntraMED. Recuperado en Agosto del 2017] de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=55204>

Jerques. (2015). Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama. Valencia: Universidad de Valencia.

Kahneman, D., Diener, E. Schwarz, N., (1999) Bienestar: los fundamentos de la psicología hedónica, *Russell SageFoundation*, Nueva York,

Kellison, L. J. (2002) An exploration of culture and coping: the experience of Latina women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63 (5-B)

Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Koskenvuo, M., Viinamaki, H., Kaprio, J., (2002) “Insatisfacción en la vida como predictor de lesión mortal en un seguimiento de 20 años” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105:444-450.

Koopmans, T.A., Geleijnse, J.M., Zitman, F.G., Giltay, E.J., (2010) “Efectos de la felicidad en la mortalidad por todas las causas durante 15 años de seguimiento: El estudio de ancianos de Arnhem”, *Revista estudio de la felicidad.*; 11:113-124.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company Inc.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martinez Roca.

Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom. Med.*, 55, 234-247).

- Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
- Linley, P., & Joseph, S. (2004). Positive psychological approaches to therapy. *Counseling and PsychotherapyResearch*, 5, 5-10.
- Lipowsky, Z. (1970). Enfermedad Física. La Persona y los Procesos de Afrontamiento. *Psiquiatría en la Medicina*, 91-102.
- Lostaunau A., Torrejón C. (2013) Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama. Lima-Perú. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica de la salud
- Lubotell, M., & Ramírez, M. (2009). Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama (en español). *Rev Cubana Med Gen Integr (online)*, vol. 25, n.3.
- Lykken, D.T., Tellegen, A., (1996) "La felicidad es un fenómeno estocástico de la Ciencia Psicológica, 7:186-189
- Marín B. (2011). Modos de afrontamiento en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología. Universidad de Guantánamo.
- Matthew D. (2012). What is the brain-cancer connection? *Annual Review of Neuroscience*. 35:331-345.
- McCrae R, Costa PT. (1986) Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*; 54: 385 - 405
- Ministerio de Salud. (2001). Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa Perú. Papeles Gráficos SAC.
- Ministerio de Salud. (2013). Análisis de la situación del cáncer. Lima.
- Neipp M, López R, Pastor M, Terol C. (2002) Afrontamiento y adaptación de pacientes con cáncer de mama en la etapa de seguimiento. Fundación Dialnet 2008 [citado el 12 Octubre 2011]. [Recuperado en Julio del 2017] de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=97

- Nunes, S.O.V. et al., (2002) “Inmune and hormonal activity in adults suffering from depression”, *Brazilian J. Med. Biol. Research*,;35:581-587.
- Ojeda S., Martínez C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2017). Cáncer. [Recuperado en Mayo del 2017] de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Panamericana de Salud. (2002). *Rev. Panam Salud Pública*. (doi: 10.1590/S1020-49892002000800010.), 125-126.
- Organización Panamericana de Salud. (2016). Cáncer de mama. [Recuperado en Mayo del 2017] de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041%3A2011-breast-cancer&catid=1872%3Acancer&Itemid=3639&lang=es
- Peralta, O. (2002). Cáncer de mama en Chile. Datos Epidemiológicos. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*. 67(6): 439-445
- Rankin, C.H..et al,. (2009) “Habituación revisada: una descripción actualizada y revisada de las características de comportamiento de la habituación”, *Neurobiol. Learn. Mem.*, 92:135-138
- Reiche y Nunes LancetOncology (2004), “El estrés, la depresión, el sistema inmunológico y el cáncer”, Lanceta Oncológica; 5:617-625
- Resnick, S., Warmoth, A., &Selin, I. (2001). The humanistic psychology and positive psychology connection: implications for psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 41, 73-101.
- Robertson, S., Stanley, M., Cully, J., Naik, A. (2012) “Salud emocional positiva y cuidado de la diabetes: conceptos, medición e implicaciones clínicas”, *Psicosomáticos*,;53:1-12.

- Robles, S. y Galanis, E. (2002). El Cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de la Salud Pública*. [Recuperado en Julio del 2017] de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000800016
- Rodríguez Fernández, M. (2006). Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida; un estudio empírico y clínico. Tesis doctoral para obtener el título de psiquiatra, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Rossel, R., & López, J. (2010). Manual de Oncología. Barcelona: AbeBooks.
- Roy, C. & Chayput, P. (2004). Coping and Adaptation Processing Scale – English and Thai Versions. Roy Adaptation Association Bulletin, 6 (2), 4-6
- Ruiz, M. (2006). Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología aplicada a la Salud. Atención de la salud mental en una unidad oncológica: Diseño de un programa de psiconcología para el centro estatal de cancerología de Colima. Colima: Universidad de Colima.
- Ruiz. J.M., Matthews, K.A., Scheier, M.F., Schulz, R., (2006) “¿Con quién te casas te importa para tu salud? Influencia de la personalidad de los pacientes y de los cónyuges en el bienestar psicológico de sus parejas después de la cirugía de derivación coronaria”. Revista de Psicología de la personalidad., 91: 255-267
- Ryan., L., Deci M. (2000). Estrés y Emoción. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Scholl, R.A. Knowless, J.C.y Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. Journal of Psychosocial Oncology, 20(1), 37-60
- Seligman, M. (1999). The presidents address. Annual Report. American Psychologist, 54, 559-562.
- Seligman, M. (2002). Positive Psychology, positive prevention and positive therapy. Handbook of positive psychology, 3-9.

- Seligman, M. (2003). La auténtica felicidad. Barcelona, España: Vergara.
- Seligman, M. (2005). La auténtica felicidad. Colombia: Imprelibros, S.A. .
- Seligman, M., & Christopher, P. (2000). Positive Psychology Cente. [Recuperado el 12 de 12 de 2016] de <http://www.ppc.sas.upenn.edu/posclinspsychchap.htm>
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. American Psychologist, 55 (1), 5-14.
- Sheldon, K., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. American Psychologist, 56, 216-217.
- Sheldon, K.M., Lyubomirsky, S., (2007) “¿Es posible llegar a ser más feliz? (Y si es así, ¿cómo?)”, *Psicología Social y de la personalidad*, 1:129-145
- Shirai, K. et al., (2009) “Nivel percibido de disfrute de la vida y riesgos de incidencia y mortalidad de enfermedades cardiovasculares: El estudio del centro de salud pública de Japón”, *Circulación*, 120:956-963
- Simonton, D., & Baumeister, R. (2005). Positive Psychology at the summit. Review of General Psychology, 9 (2), 99-102.
- Sirgo, A., Díaz, M. B., Cano, A. & Pérez, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. Ansiedad y Estrés, 7(2-3), 259-271
- Sociedad Americana de Cáncer. (2017). Tratamiento de Cáncer de Seno. [Recuperado el 15 de 07 de 2017] de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-del-seno/tratamiento.html>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (Marzo de 2017). [Recuperado el 16 de Junio de 2017] de <http://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=1#content>
- Solana, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Colima, Colombia.

Soriano, J. (1997). Algunas consideraciones en torno al cáncer. La Habana: Centro Félix Varela.

Speirs Canadian Nurse. Speirs, H., (1953) "Happiness brings health" *Can. Nurse*, 49:273-275.

Stanton, A., Danoff-burg, S., & Huggins, M. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102. doi:10.1002/PON.574.

Steptoe, A., Diez-Roux, A., (2009) "Happiness, health, and social networks", *Br. Med. J.* , 338:1-2

Steptoe, A., Wardle, J., (2005) "Afecto positivo y función biológica en la vida cotidiana", *Neurobiología y envejecimiento*, 26S:S108-S112

Taylor. (2003). Health and psychology. Boston: McGraw Hill.

Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J. & Gruenewald, T. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109

Terjesen, M., Jacofsky, M., Froh, J., & DiGiuseppe, R. (2004). Integrating positive psychology into schools: Implications for practice. *Psychology in the Schools*, 41 (1), 163-172.

Tindle, H.A. et al., (2009) "Optimismo, hostilidad clínica e incidencia de enfermedad coronaria y mortalidad en la "Iniciativa de la Salud de la Mujer", *Circulación*, 120:656-662.

Tobal, J., Casado, M., Cano, A., y Spielberger, C. (2005). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado y Rasgo-STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 3 (1), 5-20.

Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., López López, M. J., Andrés Villas, M. (2003). La depresión como reacción adaptativa ante el diagnóstico de cáncer. *Psiquiatría.com*, 7 (1),

Valderrama, E. (2003). Relación entre imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar el título profesional de psicólogo. Lima

Veenhoven, R. (1995) “Evolución de la investigación sobre la satisfacción”. *Búsqueda de indicadores sociales*” 20:333-354

Vera, B. (2006). Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología. Papeles del psicólogo, 27 (1), 3-8.

Vilca C., Quispe N., Vega A., (20017) Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en estudiantes de medicina humana; URP; 2017. Rev. Fac. Med. Hum. Doi: 10.25176/RFMH.v17.n2.831 45-54.

Watson, D. Clark, L. A., Tellegen, A., (1988) “Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales”, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 54:1.063-1.070

Wiest, M., Schuz, B., Webster, N., Wurm, S., (2011) “Revisión sobre bienestar subjetivo y mortalidad: efectos diferenciales de las facetas cognitivas y emocionales del bienestar sobre la mortalidad” *Psicología de la Salud*, 30:728-735

ANEXOS

Sujetos	Estadios	Mastectomia	Alegria vivir		Realización personal		Sentido positivo		Satisfaccion con la vida		FELICIDAD GENERAL nivel
			PD	nivel	PD	nivel	PD	nivel	PD	nivel	
1	2	1	18	4	23	3	29	2	24	3	94
2	1	0	17	4	21	3	30	2	21	3	89
3	4	0	16	3	18	2	28	2	20	2	82
4	1	1	16	3	19	2	28	2	21	3	84
5	2	0	9	1	13	1	38	3	12	1	72
6	2	1	15	3	17	2	34	2	23	3	89
7	3	0	16	3	18	2	31	2	24	3	89
8	2	1	15	3	20	2	34	2	18	2	87
9	1	0	17	4	25	3	17	0	25	3	84
10	3	1	20	4	6	9	13	9	11	9	50
11	2	1	15	3	17	2	34	2	23	3	89
12	2	1	15	3	20	2	34	2	18	2	87
13	2	0	16	3	22	3	32	1	27	4	97
14	3	1	20	4	6	9	13	9	11	9	50
15	2	1	14	3	16	2	34	2	17	2	81
16	4	1	10	2	17	2	38	3	16	2	81
17	3	1	17	4	21	3	34	2	14	1	86
18	2	1	20	4	21	3	19	0	26	4	86
19	3	1	11	2	10	0	38	3	10	0	69
20	2	1	8	1	9	0	52	4	6	0	75
21	2	1	15	3	24	3	24	1	22	3	85
22	4	1	18	4	26	4	38	3	20	2	102
23	2	0	19	4	25	3	35	2	12	1	91
24	2	1	20	4	25	3	38	3	22	3	105
25	2	1	18	4	23	3	29	2	24	3	94
26	1	1	16	3	19	2	28	2	21	3	84
27	2	1	15	3	20	2	34	2	18	2	87
28	4	0	16	3	18	2	28	2	20	2	82
29	3	1	20	4	6	9	13	9	11	9	50
30	2	1	14	3	16	2	34	2	17	2	81
31	1	0	17	4	25	3	17	0	25	3	84
32	3	1	20	4	6	9	13	9	11	9	50

33	2	1	8	1	9	0	52	4	6	0	75	2
34	4	1	18	4	26	4	38	3	20	2	102	3
35	4	1	10	2	17	2	38	3	16	2	81	2
36	2	1	8	1	9	0	52	4	6	0	75	2
37	2	1	18	4	23	3	29	2	24	3	94	3
38	3	0	16	3	18	2	31	2	24	3	89	2
39	2	1	15	3	17	2	34	2	23	3	89	2
40	2	0	16	3	22	3	32	1	27	4	97	3
41	3	1	20	4	6	9	13	9	11	9	50	1
42	3	1	11	2	10	0	38	3	10	0	69	2

no= 0	muy bajo= 0	muy bajo= 0	muy bajo= 0
si= 1	bajo= 1	bajo= 1	bajo= 1
	promedio= 2	promedio= 2	promedio= 2
	alto= 3	alto= 3	alto= 3
	muy alto= 4	muy alto= 4	muy alto= 4

muy bajo= 0	bajo= 1	promedio= 2	alto= 3	muy alto= 4
bajo= 1	promedio= 2	alto= 3	muy alto= 4	
promedio= 2	alto= 3	muy alto= 4		
alto= 3	muy alto= 4			
muy alto= 4				

EST.AFRO	I		II		III		IV		V	
	SUJETOS	PD	nivel	PD	nivel	PD	nivel	PD	nivel	PD
1	100	2	100	2	75	1	25	0	100	2
2	75	1	100	2	75	1	50	1	100	2
3	75	1	100	2	50	1	75	1	100	2
4	75	1	100	2	75	1	50	1	50	1
5	50	1	50	1	50	1	50	1	75	1
6	25	0	0	0	25	0	50	1	75	1
7	100	2	100	2	25	0	25	0	100	2
8	100	2	75	1	25	0	25	0	0	0
9	75	1	50	1	50	1	75	1	0	0
10	100	2	100	2	75	1	75	1	100	2
11	25	0	0	0	25	0	50	1	75	1
12	100	2	75	1	25	0	25	0	0	0
13	100	2	100	2	50	1	50	1	100	2
14	100	2	25	0	75	1	50	1	100	2
15	75	1	100	2	50	1	0	0	100	2
16	75	1	50	1	75	1	25	0	50	1
17	50	1	100	2	75	1	75	1	100	2
18	50	1	25	0	25	0	25	0	100	2
19	100	2	50	1	75	1	25	0	100	2
20	75	1	50	1	25	0	50	1	100	2
21	75	1	75	1	25	0	50	1	100	2
22	100	2	75	1	50	1	25	0	0	0
23	100	2	50	1	75	1	75	1	100	2
24	75	1	50	1	25	0	25	0	75	1
25	100	2	100	2	75	1	25	0	100	2
26	75	1	100	2	75	1	50	1	50	1
27	100	2	75	1	25	0	25	0	0	0
28	75	1	100	2	50	1	75	1	100	2
29	100	2	100	2	75	1	75	1	100	2
30	75	1	100	2	50	1	0	0	100	2
31	75	1	50	1	50	1	75	1	0	0
32	100	2	25	0	75	1	50	1	100	2

33	75	1	50	1	25	0	50	1	100	2
34	100	2	75	1	50	1	25	0	0	0
35	75	1	50	1	75	1	25	0	50	1
36	75	1	50	1	25	0	50	1	100	2
37	100	2	100	2	75	1	25	0	100	2
38	50	1	50	1	50	1	50	1	75	1
39	100	2	75	1	25	0	25	0	0	0
40	100	2	100	2	75	1	75	1	100	2
41	100	2	25	0	75	1	50	1	100	2
42	100	2	50	1	75	1	25	0	100	2

pocas vs= 0
depen cir= 1
frecuente= 2

EST.AFRO SUJETOS	VI		VII		VIII		IX		X		XI	
	PD	nivel	PD	nivel	PD	nivel	PD	nivel	PD	nivel	PD	nivel
1	50	1	50	1	75	1	75	1	100	2	50	1
2	100	2	100	2	75	1	100	2	50	1	25	0
3	0	0	100	2	100	2	100	2	25	0	0	0
4	50	1	100	2	75	1	100	2	50	1	25	0
5	50	1	100	2	50	1	100	2	100	2	100	2
6	75	1	50	1	100	2	100	2	0	0	100	2
7	100	2	100	2	100	2	75	1	0	0	0	0
8	50	1	100	2	100	2	75	1	75	1	0	0
9	50	1	100	2	100	2	50	1	0	0	25	0
10	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	0	0
11	75	1	50	1	100	2	100	2	0	0	100	2
12	50	1	100	2	100	2	75	1	75	1	0	0
13	100	2	100	2	75	1	100	2	100	2	50	1
14	100	2	100	2	100	2	75	1	100	2	25	0
15	75	1	100	2	75	1	100	2	100	2	25	0
16	50	1	75	1	50	1	0	0	25	0	75	1
17	100	2	100	2	75	1	100	2	100	2	75	1
18	25	0	100	2	75	1	75	1	50	1	25	0
19	75	1	100	2	50	1	75	1	50	1	75	1
20	100	2	100	2	100	2	100	2	50	1	50	1
21	100	2	100	2	100	2	100	2	50	1	50	1
22	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2
23	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2
24	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2
25	50	1	50	1	75	1	75	1	100	2	50	1
26	50	1	100	2	75	1	100	2	50	1	25	0
27	50	1	100	2	100	2	75	1	75	1	0	0
28	0	0	100	2	100	2	100	2	25	0	0	0
29	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	0	0
30	75	1	100	2	75	1	100	2	100	2	25	0
31	50	1	100	2	100	2	50	1	0	0	25	0

32	100	2	100	2	100	2	75		1	100		2	25	0
33	100	2	100	2	100	2	100	2	50		1	50	1	
34	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2	100	2
35	50	1	75	1	50	1	0	0	25		0	75	1	
36	100	2	100	2	100	2	100	2	50		1	50	1	
37	50	1	50	1	75	1	75	1	100		2	50	1	
38	50	1	100	2	50	1	100	2	100		2	100	2	
39	50	1	100	2	100	2	75	1	75		1	0	0	
40	100	2	100	2	100	2	100	2	100		2	0	0	
41	100	2	100	2	100	2	75	1	100		2	25	0	
42	75	1	100	2	50	1	75	1	50		1	75	1	

pocas vs= 0 depen cir= 1 frecuente= 2			
---	---	---	---

pocas vs= 0 depen cir= 1 frecuente= 2			
---	---	---	---

ESTAFRO SUJETOS	XII		XIII	
	PD	nivel	PD	nivel
1	50	1	50	1
2	75	1	75	1
3	50	1	100	2
4	50	1	50	1
5	100	2	25	0
6	0	0	75	1
7	100	2	100	2
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	100	2
11	0	0	75	1
12	0	0	0	0
13	25	0	75	1
14	50	1	75	1
15	25	0	75	1
16	25	0	50	1
17	75	1	75	1
18	50	1	75	1
19	50	1	75	1
20	25	0	50	1
21	0	0	75	1
22	75	1	50	1
23	100	2	50	1
24	50	1	75	1
25	50	1	50	1
26	50	1	50	1
27	0	0	0	0
28	50	1	100	2
29	0	0	100	2
30	25	0	75	1
31	0	0	0	0

ANOVA de un factor

		N	Média	Dispersión entre	gl	F	p
Alegria de vivir							
	Escala I	9	16,89	3,548	3	1,236	.310
	Escala II	21	16,81	3,772			
	Escala III	10	17,10	2,265			
	Escala IV	6	14,27	3,024			
	Total	46	16,43	3,842			
Realización personal							
	Escala I	9	21,89	3,053	3	2,031	.000
	Escala II	21	18,67	3,162			
	Escala III	10	16,70	0,004			
	Escala IV	6	20,33	4,413			
	Total	46	19,20	3,273			
Dependencia social							
	Escala I	21	15,40	3,427	3	5,165	.000
	Escala II	10	15,25	0,350			
	Escala III	6	15,20	0,519			
	Escala IV	42	19,90	3,666			
	Total	46	17,20	3,212			
pocas vs=0 depen cir=1 frecuente=2							

ANOVA de un factor

		N	Media	Desviación típica	gl	F	Sig.
Alegria de vivir	Estadio I	5	16,60	,548	3	1,236	,310
	Estadio II	21	14,81	3,737			
	Estadio III	10	17,10	3,635			
	Estadio IV	6	14,67	3,724			
	Total	42	15,55	3,542			
Realización personal	Estadio I	5	21,80	3,033	3	8,031	,000
	Estadio II	21	18,62	5,162			
	Estadio III	10	10,70	6,001			
	Estadio IV	6	20,33	4,412			
	Total	42	17,36	6,285			
Sentido positivo	Estadio I	5	24,00	6,442	3	5,166	,004
	Estadio II	21	34,90	8,354			
	Estadio III	10	23,70	11,519			
	Estadio IV	6	34,67	5,164			
	Total	42	30,90	9,960			
Satisfacción con la vida	Estadio I	5	22,60	2,191	3	3,112	,037
	Estadio II	21	18,81	6,831			
	Estadio III	10	13,70	5,539			
	Estadio IV	6	18,67	2,066			

	Total	42	18,02	6,162				
Felicidad	Estadio I	5	85,00	2,236	3	9,739	,000	
	Estadio II	21	87,14	8,463				
	Estadio III	10	65,20	17,479				
	Estadio IV	6	88,33	10,596				
	Total	42	81,83	14,336				

ANOVA de un factor

		N	Media	Desviación típica	gl	F	Sig.
Estrategia I	Estadio I	5	75,00	,000	3	,751	,528
	Estadio II	21	79,76	24,519			
	Estadio III	10	90,00	21,082			
	Estadio IV	6	83,33	12,910			
	Total	42	82,14	20,870			
Estrategia II	Estadio I	5	80,00	27,386	3	,470	,705
	Estadio II	21	66,67	31,950			
	Estadio III	10	62,50	33,850			
	Estadio IV	6	75,00	22,361			
	Total	42	68,45	30,273			
Estrategia III	Estadio I	5	65,00	13,693	3	5,414	,003
	Estadio II	21	41,67	21,409			

	Estadio III	10	67,50	16,874				
	Estadio IV	6	58,33	12,910				
	Total	42	52,98	21,529				
Estrategia IV	Estadio I	5	60,00	13,693	3	2,137	,112	
	Estadio II	21	36,90	20,339				
	Estadio III	10	50,00	20,412				
	Estadio IV	6	41,67	25,820				
	Total	42	43,45	21,427				
Estrategia V	Estadio I	5	40,00	41,833	3	3,902	,016	
	Estadio II	21	76,19	39,112				
	Estadio III	10	97,50	7,906				
	Estadio IV	6	50,00	44,721				
	Total	42	73,21	39,197				
Estrategia VI	Estadio I	5	60,00	22,361	3	3,208	,034	
	Estadio II	21	72,62	24,881				
	Estadio III	10	90,00	17,480				
	Estadio IV	6	50,00	44,721				
	Total	42	72,02	28,798				
Estrategia VII	Estadio I	5	100,00	,000	3	1,529	,223	

	Estadio II	21	88,10	21,822				
	Estadio III	10	100,00	,000				
	Estadio IV	6	91,67	12,910				
	Total	42	92,86	16,826				
Estrategia VIII	Estadio I	5	85,00	13,693	3	,366	,778	
	Estadio II	21	89,29	14,940				
	Estadio III	10	82,50	23,717				
	Estadio IV	6	83,33	25,820				
	Total	42	86,31	18,481				
Estrategia IX	Estadio I	5	80,00	27,386	3	1,672	,189	
	Estadio II	21	90,48	12,440				
	Estadio III	10	85,00	12,910				
	Estadio IV	6	66,67	51,640				
	Total	42	84,52	24,038				
Estrategia X	Estadio I	5	30,00	27,386	3	3,382	,028	
	Estadio II	21	73,81	32,090				
	Estadio III	10	80,00	34,960				
	Estadio IV	6	50,00	38,730				
	Total	42	66,67	36,067				
Estrategia XI	Estadio I	5	25,00	,000	3	,838	,481	

	Estadio II	21	46,43	36,474				
	Estadio III	10	40,00	37,639				
	Estadio IV	6	58,33	46,547				
	Total	42	44,05	36,127				
Estrategia XII	Estadio I	5	35,00	33,541	3	1,685	,186	
	Estadio II	21	28,57	30,909				
	Estadio III	10	52,50	34,258				
	Estadio IV	6	50,00	22,361				
	Total	42	38,10	31,833				
Estrategia XIII	Estadio I	5	35,00	33,541	3	3,296	,031	
	Estadio II	21	51,19	30,079				
	Estadio III	10	77,50	21,890				
	Estadio IV	6	66,67	25,820				
	Total	42	57,74	30,488				

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CARVER)

APELLIDOS Y NOMBRES:..... EDAD:..... SEXO:
.....
PROFESION:..... ESPECIALIDAD:..... TIEMPO DE SERV.:.....

Indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en tal situación. Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos QUE MAS USA. No olvide responder todas las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas:
SIEMPRE, SI, VERDADERO (V),

SIEMPRE: SI VERDADERO (V)
NUNCA NO FALSO (F)

1. Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema
 2. Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema
 3. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema
 4. Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema.
 5. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron
 6. Hablo con alguien sobre mis sentimientos
 7. Busco algo bueno de lo que está pasando.
 8. Aprendo a convivir con el problema.
 9. Busco la ayuda de Dios.
 10. Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones
 11. Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido.
 12. Dejo de lado mis metas
 13. Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente
 14. Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema
 15. Elaboro un plan de acción
 16. Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades
 17. Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita
 18. Trato de obtener el consejo de otros para saber que hacer con el problema
 19. Busco el apoyo emocional de amigos o familiares
 20. Trato de ver el problema en forma positiva
 21. Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado
 22. Deposito mi confianza en Dios
 23. Libero mis emociones
 24. Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente.
 25. Dejo de perseguir mis metas
 26. Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema
 27. Hago paso a paso lo que tiene que hacerse
 28. Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema
 29. Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema
 30. Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.
 31. Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema
 32. Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo.
 33. Aprendo algo de la experiencia
 34. Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido
 35. Trato de encontrar consuelo en mi religión
 36. Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros
 37. Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema
 38. Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado
 39. Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema
 40. Actúo directamente para controlar el problema
 41. Piensó en la mejor manera de controlar el problema
 42. Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema
 43. Me abstengo de hacer algo demasiado pronto
 44. Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema
 45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien.
 46. Trato de desarrullarme como una persona a consecuencia de la experiencia
 47. Acepto que el problema ha sucedido
 48. Rezo más de lo usual
 49. Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema
 50. Me digo a mí mismo : "Esto no es real"
 51. Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema
 52. Duerma más de lo usual.

SI NC

ESCALA DE LA FELICIDAD

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EDAD : _____ SEXO : _____ NIVEL EDUCATIVO : _____

INSTRUCCIONES

Coloque una aspa sobre las siglas de las columnas ,considerando lo siguiente:

TA Si está Totalmente de Acuerdo, **A** Si está de Acuerdo, **?** Si no está de acuerdo ni en Desacuerdo, **D** si está en Desacuerdo y **TD** si está Totalmente en desacuerdo.

Afirmaciones	TA	A	?	D	TD
01. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal .	TA	A	?	D	TD
02. Siento que mi vida está vacía .	TA	A	?	D	TD
03. Las condiciones de mi vida son excelentes .	TA	A	?	D	TD
04. Estoy satisfecho con mi vida .	TA	A	?	D	TD
05. La vida ha sido buena conmigo .	TA	A	?	D	TD
06. Me siento satisfecho con lo que soy .	TA	A	?	D	TD
07. Pienso que nunca seré feliz .	TA	A	?	D	TD
08. Hasta ahora he conseguido las cosas que para mí son importantes .	TA	A	?	D	TD
09. Si volviera a nacer no cambiaría casi nada de mi vida .	TA	A	?	D	TD
10. Me satisfecho porque estoy donde tengo que estar .	TA	A	?	D	TD
11. La mayoría del tiempo no me siento feliz .	TA	A	?	D	TD
12. Es maravilloso vivir .	TA	A	?	D	TD
13. Por lo general, me siento bien .	TA	A	?	D	TD
14. Me siento inútil .	TA	A	?	D	TD
15. Soy una persona optimista .	TA	A	?	D	TD
16. He experimentado la alegría de vivir .	TA	A	?	D	TD
17. La vida ha sido injusta conmigo .	TA	A	?	D	TD
18. Tengo problemas tan hondos que me quitan la tranquilidad .	TA	A	?	D	TD
19. Me siento un fracasado .	TA	A	?	D	TD
20. La felicidad es para algunas personas, no para mí .	TA	A	?	D	TD
21. Estoy satisfecho con lo que hasta ahora he alcanzado .	TA	A	?	D	TD
22. Me siento triste por lo que soy .	TA	A	?	D	TD
23. Para mí, la vida es una cadena de sufrimientos .	TA	A	?	D	TD
24. Me considero una persona realizada .	TA	A	?	D	TD
25. Mi vida transcurre plácidamente .	TA	A	?	D	TD
26.Todavía no he encontrado sentido a mi existencia .	TA	A	?	D	TD
27. Creo que no me falta nada .	TA	A	?	D	TD

SIN MASTECTOMIA

		Estrat egia I	Estrat egia II	Estrat III	Estrat IV	Estrat V	Estrat VI	Estrat VII	Estrat VIII	Estrat IX	Estrat X	Estrat XI	Estrat XII	Estrat XIII
		.550	.120	.281	.321	-.049	.220	.d	,615*	-.220	-.261	-.274	-.255	.109
Alegria de vivir	Correlación de Pearson													
	Sig. (bilateral)	.080	.725	.403	.335	.886	.515		,044	.516	.438	.415	.450	.751
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Realización personal	Correlación de Pearson													
	Sig. (bilateral)	.097	.583	.231	.132	.178	.287		.071	.117	.589	.694	.064	.395
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Sentido positivo	Correlación de Pearson													
	Sig. (bilateral)	.061	.203	.201	-.419	,818**	.328	.d	-.481	,851**	,761**	.457	,688*	.438
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Satisfacción con la vida	Correlación de Pearson													
	Sig. (bilateral)	.273	.350	-.221	-.075	-.245	.152	.d	.213	-.373	-.278	-.547	-,646*	.090
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Felicidad	Correlación de Pearson													
	Sig. (bilateral)	,723*	.386	.326	-.071	.317	,674*	.d	.227	.161	.304	-.151	-.240	.352
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

d. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las variables es constante.

Encontramos que en las mujeres que no fueron sometidas a una mastectomía existe una relación estadísticamente significativa entre la felicidad y la estrategia I ($r= 0.723$; $p<0.05$) y la estrategia VI ($r= 0.674$; $p<0.05$), en ambos casos mientras más feliz está la paciente más usa dichas estrategias.

Así mismo, la dimensión de la felicidad denominada alegría de vivir se relaciona con la estrategia VIII ($r= 0.615$; $p<0.05$) en este caso una mayor alegría de vivir se asocia con un mayor uso de esta estrategia.

Por último, la dimensión de la felicidad llamada sentido positivo se relaciona directamente con la estrategia V ($r= 0.818$; $p<0.05$), la estrategia IX ($r= 0.851$; $p<0.05$), la estrategia X ($r= 0.761$; $p<0.05$) y la estrategia XII ($r= 0.688$; $p<0.05$), siendo así que un mayor sentido positivo se asocia con un mayor uso de estas estrategias. Adicionalmente, la dimensión satisfacción con la vida se relaciona de forma inversa con la estrategia XII ($r= -0.646$; $p<0.05$), en este caso una mayor satisfacción con la vida se asocia con un menor uso de esta estrategia.

CON MASTECTOMIA

		Estrat egia I	Estrat egia II	Estrat III	Estrat IV	Estrat V	Estrat VI	Estrat VII	Estrat VIII	Estrat IX	Estrat X	Estrat XI	Estrat XII	Estrat XIII
Alegría de vivir	Correlación de Pearson	.205	.137	.271	.176	.009	.053	-.034	.322	.236	.604**	-.200	.258	.267
	Sig. (bilateral)	.268	.462	.141	.345	.961	.776	.858	.077	.201	.000	.280	.161	.147
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Realización personal	Correlación de Pearson	-.141	.323	-.238	-.448*	-.473**	-.420*	-.296	-.087	.002	.041	.334	.217	-.380*
	Sig. (bilateral)	.449	.076	.198	.011	.007	.019	.106	.640	.991	.828	.066	.240	.035
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Sentido positivo	Correlación de Pearson	-.227	-.039	-.458**	-.312	-.217	.000	-.028	-.131	.007	.388*	.450*	-.010	-.394*
	Sig. (bilateral)	.219	.835	.009	.087	.241	1.000	.880	.481	.972	.031	.011	.958	.028
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Satisfacción con la vida	Correlación de Pearson	-.227	.164	-.154	-.378*	-.338	-.595**	-.485**	-.052	-.020	-.040	.133	.028	-.227
	Sig. (bilateral)	.220	.377	.407	.036	.063	.000	.006	.780	.913	.831	.476	.883	.219
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Felicidad	Correlación de Pearson	-.252	.205	-.409*	-.505**	-.475**	-.390*	-.337	-.068	.055	-.118	.452*	.158	-.453*
	Sig. (bilateral)	.171	.268	.023	.004	.007	.030	.064	.715	.767	.528	.011	.395	.011
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

		Estrat egia I	Estrat egia II	Estrat III	Estrat IV	Estrat V	Estrat VI	Estrat VII	Estrat VIII	Estrat IX	Estrat X	Estrat XI	Estrat XII	Estrat XIII
		.205	.137	.271	.176	.009	.053	-.034	.322	.236	.604**	-.200	.258	.267
Alegria de vivir	Correlación de Pearson													
	Sig. (bilateral)	.268	.462	.141	.345	.961	.776	.858	.077	.201	.000	.280	.161	.147
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Realización personal	Correlación de Pearson													
	Sig. (bilateral)	-.141	.323	-.238	-.448*	-.473**	-.420*	-.296	-.087	.002	.041	.334	.217	-.380*
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Sentido positivo	Correlación de Pearson													
	Sig. (bilateral)	-.227	-.039	-.458**	-.312	-.217	.000	-.028	-.131	.007	-.388*	-.450*	-.010	-.394*
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Satisfacción con la vida	Correlación de Pearson													
	Sig. (bilateral)	-.227	.164	-.154	-.378*	-.338	-.595**	-.485**	-.052	-.020	-.040	.133	.028	-.227
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Felicidad	Correlación de Pearson													
	Sig. (bilateral)	-.252	.205	-.409*	-.505**	-.475**	-.390*	-.337	-.068	.055	-.118	-.452*	.158	-.453*
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

En las mujeres con mastectomía, encontramos que existe una relación estadísticamente significativa entre la felicidad y la estrategia III ($r= -0.409$; $p<0.05$), la estrategia IV ($r= -0.505$; $p<0.05$), la estrategia V ($r= -0.475$; $p<0.05$), la estrategia VI ($r= -0.390$; $p<0.05$) y la estrategia XIII ($r= -0.453$; $p<0.05$), en todos esos casos mientras más feliz está la paciente menos usa dichas estrategias. Además la felicidad se relaciona con la estrategia XI ($r= 0.452$; $p<0.05$) en este caso a mayor felicidad hay un mayor uso de esta estrategia.

Así mismo, la dimensión de la felicidad denominada alegría de vivir se relaciona con la estrategia X ($r= 0.604$; $p<0.05$), en este caso una mayor alegría de vivir se asocia con un mayor uso de esta estrategia. Además, la dimensión realización personal se relaciona con la estrategia IV ($r= -0.418$; $p<0.05$), estrategia V ($r= -0.473$; $p<0.05$), estrategia VI ($r= -0.420$; $p<0.05$) y estrategia XIII ($r= -0.380$; $p<0.05$), en este caso una mayor realización personal se asocia con un menor uso de dichas estrategias.

Por último, la dimensión de la felicidad llamada sentido positivo se relaciona con la estrategia III ($r= -0.458$; $p<0.05$), estrategia X ($r= -0.388$; $p<0.05$) y estrategia XIII ($r= -0.394$; $p<0.05$), siendo así que un mayor sentido positivo se relaciona con un menor uso de estas estrategias; mientras que el sentido positivo tiene una relación directa con la estrategia XI ($r= 0.450$; $p<0.05$). Adicionalmente, la dimensión satisfacción con la vida se relaciona de forma inversa con la estrategia IV ($r= -0.378$; $p<0.05$), estrategia VI ($r= -0.595$; $p<0.05$) y estrategia VII ($r= -0.485$; $p<0.05$), en este caso una mayor satisfacción con la vida se asocia con un menor uso de estas estrategias.

CASO CLÍNICO 1

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN.-

Nombres y Apellidos : A.C.C.
Edad : 39 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 30 de Mayo de 1978
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Secundaria Completa
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Administrador de una tienda de motos
Religión : Católica
Informante : Paciente
Fecha de evaluación : 13 de junio del 2017
Examinadora : De La torre Lafosse, Dube Fátima

II. MOTIVO DE CONSULTA.-

Paciente viene a consulta preocupado porque en los últimos 5 días aumentó considerablemente su lavado de manos, al regresar de su trabajo pasó 3 horas lavándose las manos sin parar y echándose la espuma del jabón en toda la ropa ocasionando conflictos con su pareja.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL.-

Los padres del paciente cumplían todas las demandas de su hijo desde que era pequeño logrando obtener de niño todo lo que quiso, hizo berrinches hasta los 10 años logrando a través del llanto conseguir lo que quería, estudió en un colegio privado en el cual presentaba varios conflictos debido a que no le gustaba estudiar, no se sentía motivado para el estudio, se aburría en clases y sacaba bajas calificaciones lo cual ocasionaba varios conflictos con sus papás debido a que le exigían que estudiara ya que la pensión del

colegio era alta, cada vez que era entrega de notas, el paciente se ponía nervioso, con náuseas y dolor de estómago porque sabía que le iban a llamar la atención por sus bajas calificaciones, sin embargo él no se esforzaba por mejorar sus notas, prefería estar en el parque jugando con sus amigos o mirando televisión, al finalizar el colegio ingresó a una universidad privada obligado por sus padres a estudiar administración ya que su familia cuenta con varias empresas en Arequipa, sintiendo miedo de poder terminar la carrera, estudió un año y abandonó la Universidad sintiéndose frustrado, fracasado, por no poder cumplir las expectativas de sus padres por lo que decide irse a vivir a Estados Unidos con su hermana mayor, empezó a trabajar limpiando casas y piscinas en Florida, al finalizar el día terminaba sucio por lo que comenzó a tener ideas de contaminación, se sentía sucio, pensaba que se iba a contagiar de alguna enfermedad sino se lavaba las manos, por lo que empieza a lavarse las manos varias veces al día. No le gustaba el trabajo que tenía pero no buscaba otro ya que en ese sólo trabajaba en las mañanas y tenía toda la tarde libre, sintiéndose frustrado, estancado, molesto debido a que en Perú tuvo todo lo que quiso y en ese momento le costaba entender que tenía que esforzarse por conseguir las cosas y no podía tener el buen estilo de vida que tuvo de niño por lo que empezó a consumir marihuana y cocaína frecuentemente por 5 años.

Regresaba al Perú una vez al año a visitar a su novia y a sus padres. Decidió dejar el consumo de drogas cuando su novia quedó embarazada y decidió comprometerse con ella, su novia no quería irse a vivir a Estados Unidos con él ya que ella es muy apagada a su mamá y a su familia, por lo que A.C.C. decide quedarse a vivir en Lima trabajando en un taller de autos, donde se sentía molesto, triste, inconforme con su vida ya que trabajaba todo el día y ganaba mucho de menos de lo que ganaba en Estados Unidos, aumentó la frecuencia de su lavado de manos aumentando las ideas de contaminación pensando que habían muchos gérmenes en el taller donde trabajaba, que no eran fácil de eliminarlos y tenía miedo de enfermarse de algo debido a ellos. En Lima vivía con su novia en la casa de la mamá de su novia con la cual tenía conflictos ya que ella es nerviosa y temerosa, preocupándose de que a

todos en la casa les podía dar una neumonía, si salían a la calle sin chompa, se iban a morir de alguna enfermedad por no lavarse las manos, se iban a romper algún hueso, sino tenían cuidado y se caían. En la casa había un perro que estaba en el jardín, el cual comenzó a escaparse de la casa, un día regresó con mal olor y se metió a la casa, lo cual ocasionó que aumentaran las ideas de contaminación de A.C.C. evitando al perro, evitando tocar las manijas de las puertas y lavándose las manos más seguidamente pensando que el perro tiene muchos gérmenes y que alguien en la familia pudo acariciarlo y luego no haberse lavado las manos adecuadamente, por lo que su novia decide llevarlo al psicólogo donde le diagnostican trastorno obsesivo compulsivo, empezó a ir a terapia donde mejoró, sin embargo A.C.C. dejó de asistir ya que el costo de las sesiones era muy altas. Al año aumentó nuevamente la frecuencia de lavado de manos, demorándose media hora cada vez que lo hacía, bañándose diariamente por una hora aproximadamente creyendo nuevamente que traía muchos gérmenes de su taller, que el perro estaba sucio y que los demás de la familia al tocarlo no se lavaban las manos adecuadamente ocasionando más discusiones con la familia de su novia, por lo que deciden venir a vivir a Arequipa ellos solos con su hijo, al regresar a Arequipa mejoró notablemente ya que no tenían perro. Tuvo su segundo hijo y comenzó a trabajar administrando un taller de motos de su familia, sintiéndose nuevamente inconforme con su vida ya que trabajaba todo el día, empezando a tener conflictos con su novia debido a que lo que ganaban los dos les alcanzaba a las justas para los gastos del mes y no para darse gustos, ni viajes a los cuáles ambos estaban acostumbrados, por lo que se sentía triste, molesto, frustrado y preocupado por el dinero aumentando nuevamente su lavado de manos ya que el taller donde trabajaba se encontraba sucio, empezó a ir donde un psiquiatra el cual le recomendó clomipramina que hasta la actualidad la consume, mejoró un poco, sin embargo no es constante con su medicación, debido a que le produce sueño, siente que le duele todo el cuerpo, se siente débil, mareado; comenzó a aumentar los conflictos con su novia ya que ella no entendía su comportamiento, y conflictos en el trabajo; en los últimos 5 días estuvo

lavándose las manos por tres horas seguidas echándose espuma en toda la ropa creyendo que no podía eliminar los gérmenes, y con miedo a enfermarse de algo por lo que decide ir al psicólogo por su propia voluntad.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

A. Etapa pre natal:

Hijo deseado, el padre tenía 32 años y la madre 25 años cuando lo concibieron, la madre tuvo un embarazo aparentemente normal de nueve meses de duración, recibía control médico, sin problemas médicos.

B. Etapa natal:

Nacido de parto eutóxico al término, nació en posición cefálica en parámetros normales.

C. Etapa post natal:

Recibió lactancia materna por un año, no se encontraron datos sobre su vacunación, sus padres no pasaban mucho tiempo con él ya que manejaban varios negocios por lo que tenía una niñera que se hacía cargo de él la cual lo dejaba ver televisión varias horas al día, y lo complacía en todo lo que él pedía por lo que se frustraba cada vez que no conseguía lo que quería en el momento que él quería.

D. Desarrollo psicomotor:

Empezó a caminar al año aproximadamente, comenzó a hablar correctamente a los 3 años de edad, controló sus esfínteres a los 2 años.

E. Rasgos neuropáticos:

En la primaria se mordía las uñas cuando se encontraba nervioso, presentó rabietas hasta los 10 años sino conseguía lo que él quería; sin presencia de somniloquios, pesadillas, pavor nocturnos, ni sonambulismo.

F. Etapa escolar:

El paciente ingresa al nivel inicial a la edad de 4 años. A los 6 años ingresa al nivel primario, tenía bastantes amigos, sin embargo no le gustaba ir al colegio ya que sacaba bajas calificaciones y se aburría en las clases, recibió bastantes castigos porque hacía varias travesuras llegando a ser expulsado del salón en varias ocasiones. A los 12 años ingresó al nivel secundario, en varias ocasiones no entraba al colegio y se iba con sus amigos a jugar al parque, sacaba bajas calificaciones lo que ocasionaba conflictos con sus padres, exigiéndole que debía estudiar ya que ellos le estaban pagando un colegio donde la pensión era bien alta.

G. Desarrollo y función sexual:

Sus primeros impulsos sexuales se dieron a la edad de 10 años al ver por primera vez una revista pornográfica. Se identifica como varón y su preferencia sexual es hacia las mujeres, manifestando que su primera relación sexual fue a los 17 años con una enamorada suya.

H. Aspecto Laboral:

Comenzó a trabajar a los 21 años como limpiador de casas y de piscinas en Estados Unidos, posteriormente trabajó en un taller de carros en Lima y actualmente se encuentra administrando un taller de motos que le pertenece a su familia.

I. Aspecto psicosexual y matrimonio:

El paciente empezó a convivir con su novia desde que tiene 27 años en la casa de ella en Lima, tiene, dos hijos, uno de 7 años y otro de 4 años, no refiere dificultades de tipo sexual, sin embargo presenta constantes conflictos con su novia por las ideas de contaminación de A.C.C. y por problemas económicos ya que su novia enseña en un Instituto y su sueldo es el mínimo vital asumiendo él todos los gastos de la casa y las pensiones de sus dos hijos alcanzándoles a las justas para los gastos del mes.

J. Historia de la recreación y la vida:

De niño jugaba a los juegos comunes de niños como a las escondidas, las pesca, etc. En el colegio era un niño juguetón y travieso que le gustaba hacer travesuras con sus amigos, a partir de los 12 años paraba en la calle con sus amigos jugando fútbol, yendo a fiestas, consumiendo alcohol, etc. Cuando empezó a convivir con su novia, le gustaba reunirse con sus amigos a conversar, a jugar fútbol, sin embargo en la actualidad ha perdido el interés por esas actividades. En la actualidad le gusta ver televisión al llegar a su casa.

K. Servicio militar: No

L. Religión: católica

M. Hábitos e influencias nocivas y toxicas:

Presentó dificultades para dormir desde que empezó a consumir drogas hasta la actualidad, cuando consume la medicación que el psiquiatra le recomendó, duerme muchas horas, levantándose y manteniéndose cansado durante todo el día.

Ha consumido marihuana y cocaína por 5 años, consumo de grandes cantidades de alcohol, en la actualidad fuma una cajetilla de cigarrillos al día aproximadamente.

N. Antecedentes mórbidos personales

Fue diagnosticado con trastorno obsesivo compulsivo hace 6 años por un psicólogo particular, asistió a terapia psicológica por 4 meses mejorando un poco, sin embargo la interrumpió por falta de medios económicos, se mantuvo por 3 años sin terapia con ideas de contaminación y actitudes de lavarse las manos frecuentemente y no tocar las perillas, hasta que su lavado de manos aumentó por lo que hace 3 años un psiquiatra particular lo diagnosticó nuevamente con trastorno obsesivo compulsivo recomendándole, la tomó 3

meses constantemente, sin embargo dejó de tomarla constantemente debido a los efectos negativos que le produce.

O. Enfermedades y accidentes:

No padece de ningún tipo de enfermedad. De niño sufrió de enfermedades de tipo viral como sarampión. Refiere que en su familia no hubo enfermedades o padecimientos crónicos, no sufrió ningún accidente hasta la actualidad, tuvo diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo en sus anteriores evaluaciones.

P. Personalidad

El paciente desde pequeño ha sido activo, alegre, nervioso, temeroso con lo malo que puede pasar, rebelde, travieso, no se sometía a las reglas, se mantiene a la defensiva y desconfiado; extrovertido, tenía muchos amigos y le gustaba estar en la calle con ellos, salía a fiestas constantemente y tomaba grandes cantidades de alcohol; irresponsable, desinteresado y relajado para el estudio, no tenía motivación por la parte académica, frustrado por no poder cumplir las expectativas de sus papás, por no poder quedarse a vivir en Estados Unidos, y porque no puede darle a sus hijos el estilo de vida que él tuvo de niño. Desde que empezó aumentar sus ideas de contaminación y la frecuencia de lavado de manos, se volvió depresivo, ansioso, alejándose de su entorno, manteniendo contacto solo con las personas de su trabajo, su pareja, sus hijos y sus padres.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

A. Composición familiar:

Él es natural de Arequipa, sus padres son de condición socioeconómica alta manejando varias empresas, su padre de 71 años de edad es empresario, su madre de 64 años de edad se dedica a su casa; tiene una hermana mayor que le lleva 8 años, vive en Estados Unidos la cual es casada y tiene 1 hijo. Convive con su novia que se dedica a enseñar en un Instituto medio tiempo y tiene 2 hijos, uno de 7 años y otro de 4 años.

B. Dinámica familiar:

En la etapa escolar el paciente tuvo muchos conflictos con sus padres ya que ellos le exigían que estudiara pero él sacaba bajas calificaciones, lo presionaron para ingresar a la Universidad en la cual se mantuvo un año, sin embargo la dejó y se fue a vivir a Estados Unidos con su hermana. En la actualidad el paciente vive con su novia y sus dos hijos, se lleva bien con ellos, sin embargo tiene constantes discusiones con su novia por el lavado excesivo de manos de él ya que ella no entiende su comportamiento, tienen problemas económicos ya que no les alcanza para darse gustos o para viajar ya que lo que ganan les alcanza solo para su manutención, su padre lo apoya dándole la empresa de motos que tiene para que él la administre, y su mamá lo apoya cuidando a sus hijos en ciertas ocasiones. Sin embargo lo presionan para que lleve un tratamiento adecuado para sus ideas de contaminación. La relación con su hermana es buena con la cual conversa por teléfono todas las semanas.

C. Condición socioeconómica :

El paciente vive en una casa de material noble alquilada, cuenta con los servicios de desagüe, agua y luz. A.C.C. aporta casi todo el dinero de la manutención del hogar y la pensión de sus hijos ya que su novia trabaja medio tiempo enseñando en un instituto ganando el mínimo por lo cual tienen constantes conflictos ya que les alcanza a las justas para los gastos del mes.

D. Antecedentes patológicos:

No existen antecedentes patológicos en la familia de la paciente.

VI. RESUMEN.-

Hijo deseado, la etapa prenatal, natal sin particularidades, empezó a hablar a los 3 años ya que sus papás trabajaban y él se quedaba con la niñera. Presentó berrinches hasta los 10 años ya que siempre consiguió lo que él quiso, su desempeño académico fue bajo debido a que no le gustaba estudiar,

no se sometía a las reglas, ingresó una Universidad Privada obligado por sus padres a estudiar administración, sin embargo la abandonó, sintiéndose frustrado, fracasado, por no poder cumplir las expectativas de sus padres por lo que decide irse a vivir a Estados Unidos con su hermana mayor, empezó a trabajar limpiando casas y piscinas en Florida, al finalizar el día terminaba sucio por lo que comenzó a tener ideas de contaminación, se sentía sucio, pensaba que se iba a contagiar de alguna enfermedad sino se lavaba las manos por lo que empieza a lavarse las manos varias veces al día, sintiéndose frustrado, estancado, molesto debido a que en Perú tuvo todo lo que quiso y en ese momento le costaba entender que tenía que esforzarse por conseguir las cosas y no podía tener el buen estilo de vida que tuvo de niño por lo que empezó a consumir marihuana y cocaína frecuentemente por 5 años.

Regresa a vivir en el Perú debido a que su novia queda embarazada, y empezó a trabajar en un taller de carros, donde se empezó a sentirse molesto, triste, inconforme con su vida ya que trabajaba todo el día y ganaba mucho de menos de lo que ganaba en Estados Unidos, aumentó la frecuencia de su lavado de manos aumentando las ideas de contaminación pensando que habían muchos gérmenes en el taller donde trabajaba, que no eran fácil de eliminarlos y tenía miedo de enfermarse de algo debido a ellos. En su casa había un perro por lo que sus ideas de contaminación y su frecuencia de lavado de manos aumentó, por lo que su novia decide llevarlo al psicólogo donde le diagnostican trastorno obsesivo compulsivo, empezó a ir a terapia donde mejoró, sin embargo A.C.C. dejó de asistir ya que el costo de las sesiones era muy altas. Empezaron las discusiones con su novia por lo que deciden venir a vivir a Arequipa ellos solos con su hijo, al regresar a Arequipa mejoró notablemente ya que no tenían perro. Tuvo su segundo hijo y comenzó a trabajar administrando un taller de motos de su familia, sintiéndose nuevamente inconforme con su vida ya que trabajaba todo el día, empezando a tener conflictos con su novia debido a que lo que ganaban los dos les alcanzaba a las justas para los gastos del mes, por lo que se sentía triste, molesto, frustrado y preocupado por el dinero aumentando

nuevamente su lavado de manos ya que el taller donde trabajaba se encontraba sucio, empezó a ir donde un psiquiatra el cual le recomendó clomipramina que hasta la actualidad la consume, mejoró un poco, sin embargo no es constante con su medicación, comenzó a aumentar los conflictos con su novia ya que ella no entendía su comportamiento, y conflictos en el trabajo; en los últimos 5 días estuvo lavándose las manos por tres horas seguidas echándose espuma en toda la ropa creyendo que no podía eliminar los gérmenes, y con miedo a enfermarse de algo por lo que decide ir al psicólogo por su propia voluntad.

Arequipa, 13 de junio del 2017

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN.-

Nombres y Apellidos : A.C.C.
Edad : 39 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 30 de Mayo de 1978
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Secundaria Completa
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Administrador de una tienda de motos
Religión : Católica
Informante : Paciente
Fecha de evaluación : 20 de junio del 2017
Examinadora : De La torre Lafosse Dube Fátima

II. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

A) Apariencia general y actitud psicomotora

Paciente que aparenta la edad referida, de contextura delgada, tez blanca, cabello castaño claro, ojos cafés, con aseo adecuado, vestido y arreglo personal adecuado, su expresión facial denota preocupación, su tono de voz es bajo; su postura es erguida, marcha normal con objetivos definidos, gesticula adecuadamente, su actividad genera durante el examen fue organizada con objetivos.

B) Molestia general y manera de expresarla

Se mostró incómodo, preocupado y pesimista por su problema, expresando su malestar de forma irascible.

C) Actitud hacia el examinador y hacia el examen

Se mostró desconfiado en un inicio, luego se mostró colaborador frente a las entrevistas y las evaluaciones.

III. CONCIENCIA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

Conciencia o Estado de Alerta

Se encuentra lúcido y bastante alerta de lo que sucede a su alrededor

Atención

La capacidad atencional es fluctuante, por momentos se mantiene bastante concentrado cuando habla sobre su persona y al responder a las evaluaciones, sin embargo por momentos se distrae con facilidad frente a estímulos externos.

Orientación

Se encuentra orientado en tiempo ubicándose perfectamente en el día de la semana, el mes y el año en el que se encuentra. Su orientación en el espacio y en el lugar es adecuado ya que sabe con exactitud donde se encuentra, donde queda ubicada su casa. Su orientación en cuanto su persona es normal, reconoce su identidad personal. Su orientación en cuanto a otras personas es adecuado ya que reconoce a sus familiares.

Lenguaje

Nivel de comprensión del lenguaje conservado, comprende y discrimina lo que se le dice, responde en forma correcta. Su lenguaje expresivo es fluido, coherente, claro y comprensible, su ritmo es adecuado y su tono de voz es bajo, se encuentra orientado a la realidad, su vocabulario es amplio.

Pensamiento

En cuanto al curso mantiene su organización, enlaza apropiadamente las ideas con el objeto de explicar y comprender el mundo, el contenido se caracteriza por ideas de contaminación e ideas hipocondriacas, que son intrusivas en su mente y no puede controlarlas, ideas depresivas, pesimistas de autoreproche y acerca de su futuro. No presenta ideas suicidas.

Percepción

Su sensibilidad somática se encuentra en buen estado, discrimina corporalmente los estímulos térmicos (frío y calor) dolorosos y vibratorios, discrimina adecuadamente olores y sabores.

Memoria

Memoria remota y reciente conservadas, con adecuado funcionamiento de su memoria de trabajo y memoria sensorial.

Memoria a largo plazo conservada, funcionamiento adecuado de su memoria autobiográfica, semántica y episódica.

Funcionamiento Intelectual

El paciente cuenta con sus capacidades intelectuales básicas conservadas, tiene conocimientos generales recordándolos con facilidad, realiza cálculos aritméticos básicos, interpreta adecuadamente refranes y su juicio aparentemente es adecuado.

Estado de Ánimo y afectos

En su estado de ánimo manifiesta sentimientos de tristeza, melancolía, frustración, culpa, pesimismo, aislamiento, tenso, inseguridad, preocupación por su salud, ansioso, sugestionable, denota labilidad emocional, mostrándose alegre en unas oportunidades y en otras su estado de ánimo decae y su voz se entrecorta.

Comprensión y grado de incapacidad de la enfermedad

El paciente presenta consciencia de enfermedad, reconoce que las ideas de contaminación que presenta no son normales, que no puede controlarlas, que están afectando su trabajo y sus relaciones sociales; así mismo reconoce que se siente triste, culpable, pesimista, frustrado, que se ha alejado de su entorno y que eso no es está bien.

IV. RESUMEN

Paciente que aparenta la edad referida, de contextura delgada y tez blanca, con vestido y arreglo personal adecuado, su postura es erguida y su marcha es normal con objetivos definidos, su capacidad atencional es fluctuante, manteniéndose concentrado por momentos pero distraídose con facilidad frente a estímulos externos, se encuentra lúcido y alerta de lo que ocurre a su alrededor, se encuentra orientado en tiempo, persona y espacio, su lenguaje es fluido, coherente, con ritmo adecuado y tono de voz bajo, En cuanto al curso del pensamiento mantiene su organización, enlaza apropiadamente las ideas con el objeto de explicar y comprender el mundo, en cuanto al contenido se caracteriza por ideas de contaminación e ideas hipocondriacas, que son intrusivas en su mente y no puede controlarlas, ideas depresivas, pesimistas de autoreproche y acerca de su futuro. Percepción adecuada, memoria remota y reciente conservada, cuenta con sus capacidades intelectuales básicas conservadas. En su estado de ánimo manifiesta sentimientos de tristeza, melancolía, frustración, culpa, pesimismo, aislamiento, tenso, inseguridad, preocupación por su salud, ansioso, sugestionable, denota labilidad emocional, mostrándose alegre en unas oportunidades y en otras su estado de ánimo decae y su voz se entrecorta.

El paciente presenta consciencia de enfermedad, reconoce que las ideas de contaminación que presenta no son normales, que no puede controlarlas, que están afectando su trabajo y sus relaciones sociales; así mismo reconoce que se siente triste, culpable, pesimista, frustrado, que se ha alejado de su entorno y que eso no es está bien.

Arequipa 20 de junio del 2017

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : A.C.C.
Edad : 39 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 30 de Mayo de 1978
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Secundaria Completa
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Administrador de una tienda de motos
Religión : Católica
Informante : Paciente
Fecha de evaluación : 27 de junio del 2017
Examinadora : De La torre Lafosse, Dubé Fátima

II. OBSERVACIONES GENERALES DE CONDUCTA

El paciente desde el comienzo colaboró con la toma de pruebas psicológicas, realizándolas con mucha concentración sin distraerse y demorando un poco al resolverlas, al terminar cada prueba se mostraba interesado en saber los resultados.

III. PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS

- ✓ Inventario Multifásico de Personalidad MINI MULT
- ✓ Test del dibujo de la Figura Humana de Karen Machover
- ✓ Test de Inteligencia no verbal (TONI-2)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Inventario Multifásico de personalidad MINI MULT

Análisis Cuantitativo

Escala	Puntuación MM + K	Puntaje T
L	6	56
F	11	68
K	16	57
Hipocondría Hs	24	82
Depresión D	40	106
Histeria Hi	29	73
Desviación psicopática Dp	36	90
Paranoia Pa	10	56
Psicastenia Pt	43	91
Esquizofrenia Es	40	84
Manía Ma	20	58

Análisis Cualitativo

Combinación 4-7

El paciente es consciente de inquietud por actitudes asociales e impulsos emocionales, pero es incapaz de controlarlo.

Combinación 2-9

Un tanto tenso e inquieto

L Leve	Tiende a dar respuestas socialmente a problemas con relación al autocontrol y valores morales.
Hs Marcada	Un gran número de quejas fijas y preocupación crónica por las funciones corporales, muchos dolores funcionales, fatiga y debilidad general.
D Marcada	Severamente deprimido, preocupado, indeciso y pesimista.

Hi leve	Probablemente un tanto inmaduro, exigente, egocéntrico, sugestionable y exigente.
Pa Normal	Respeta la opinión de los demás sin verse afectado en su sensibilidad.
Es Marcada	Sentimientos de irrealidad, así como pensamientos y conductas bizarra o confusa, puede tener actitudes extrañas y falsas creencias. Considerar evaluación psiquiátrica.

El paciente presenta un gran número de quejas fijas y preocupación crónica por las funciones corporales, muchos dolores funcionales, fatiga y debilidad general, se encuentra severamente deprimido, preocupado, indeciso y pesimista, un tanto tenso e inquieto.

Probablemente un tanto inmaduro, exigente, egocéntrico, sugestionable y exigente, sin embargo respeta la opinión de los demás sin verse afectado en su sensibilidad. Presenta sentimientos de irrealidad, así como pensamientos y conductas bizarra o confusas, puede tener actitudes extrañas y falsas creencias; él es consciente de inquietud por actitudes asociales e impulsos emocionales, pero es incapaz de controlarlo. Considerar evaluación psiquiátrica.

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER

Análisis cualitativo

Cabeza	Presentación parecida a la de un mono, considera a la cabeza como el órgano causante de su conflicto.
Ojos	Se encuentra en estado de alerta, pendiente
Orejas	Resistente a la autoridad.
Brazos separados	Indicios de necesidades dirigidas hacia afuera.
Mano aguantada	Agresión reprimida, signo de

	evasión, relacionado con arranques ocasionales de agresión.
Sucesión	El dibujo se realizó parte por parte indicando temor a adentrarse en el todo, por lo que puede ser muy precavido y/o compulsivo.
Colocación	Indica depresión
Indicador de conflicto	Conflicto en las manos
Borraduras	Característica del obsesivo-compulsivo

El paciente presenta agresión reprimida, evasión, relacionado con arranques ocasionales de agresión, se muestra precavido, alerta compulsivo temiendo adentrarse en el todo, sus necesidades se encuentran dirigidas hacia afuera, presenta depresión e indica a las manos y a la cabeza como causante de sus conflictos.

TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL (TONI-2)

Análisis Cuantitativo

Puntaje : 37

C.I. : 106

Nivel : Promedio

Análisis Cualitativo

El paciente se encuentra en el nivel promedio por lo que posee adecuadas capacidades de entendimiento, comunicación, raciocinio, aprendizaje, planificación y solución de problemas.

IV. RESUMEN

Sus capacidades cognitivas se encuentran normales encontrando soluciones adecuadas a sus problemas.

Presenta un gran número de quejas fijas y preocupación crónica por las funciones corporales, muchos dolores funcionales, fatiga y debilidad general, se encuentra deprimido, preocupado, indeciso y pesimista, un tanto tenso e inquieto.

Probablemente un tanto inmaduro, exigente, egocéntrico, sugestionable. Presenta sentimientos de irrealidad, así como pensamientos y conductas bizarra o confusas, puede tener actitudes extrañas y falsas creencias; él es consciente de inquietud por actitudes asociales e impulsos emocionales, pero es incapaz de controlarlo.

Presenta agresión reprimida, evasión, relacionado con arranques ocasionales de agresión, se muestra precavido, alerta, resistente a la autoridad, compulsivo temiendo adentrarse en el todo, sus necesidades se encuentran dirigidas hacia afuera, e indica a las manos y a la cabeza como causante de sus conflictos. Considerar evaluación psiquiátrica.

Arequipa 27 de junio del 2017

Dubé Fátima De La Torre Lafosse

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : A.C.C.
Edad : 39 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 30 de Mayo de 1978
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Secundaria Completa
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Administrador de una tienda de motos
Religión : Católica
Informante : Paciente
Fecha de evaluación : 27 de junio del 2017
Examinadora : De La torre Lafosse Dubé Fátima

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente viene a consulta preocupado porque en los últimos 5 días aumentó considerablemente su lavado de manos, al regresar de su trabajo pasó 3 horas lavándose las manos sin parar y echándose la espuma del jabón en toda la ropa ocasionando conflictos con su pareja.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- ✓ Observación
- ✓ Entrevista
- ✓ Pruebas psicológicas

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Hijo deseado, la etapa prenatal, natal sin particularidades, empezó a hablar a los 3 años ya que sus papás trabajaban y él se quedaba con la niñera.

Presentó berrinches hasta los 10 años ya que siempre consiguió lo que él quiso, su desempeño académico fue bajo debido a que no le gustaba estudiar, no se sometía a las reglas, ingresó una Universidad Privada obligado por sus padres a estudiar administración, sin embargo la abandonó, sintiéndose frustrado, fracasado, por no poder cumplir las expectativas de sus padres por lo que decide irse a vivir a Estados Unidos con su hermana mayor, empezó a trabajar limpiando casas y piscinas en Florida, al finalizar el día terminaba sucio por lo que comenzó a tener ideas de contaminación, se sentía sucio, pensaba que se iba a contagiar de alguna enfermedad sino se lavaba las manos por lo que empieza a lavarse las manos varias veces al día, sintiéndose frustrado, estancado, molesto debido a que en Perú tuvo todo lo que quiso y en ese momento le costaba entender que tenía que esforzarse por conseguir las cosas y no podía tener el buen estilo de vida que tuvo de niño por lo que empezó a consumir marihuana y cocaína frecuentemente por 5 años.

Regresa a vivir en el Perú debido a que su novia queda embarazada, y empezó a trabajar en un taller de carros, donde se empezó a sentirse molesto, triste, inconforme con su vida ya que trabajaba todo el día y ganaba mucho de menos de lo que ganaba en Estados Unidos, aumentó la frecuencia de su lavado de manos aumentando las ideas de contaminación pensando que habían muchos gérmenes en el taller donde trabajaba, que no eran fácil de eliminarlos y tenía miedo de enfermarse de algo debido a ellos. En su casa había un perro por lo que sus ideas de contaminación y su frecuencia de lavado de manos aumentó, por lo que su novia decide llevarlo al psicólogo donde le diagnostican trastorno obsesivo compulsivo, empezó a ir a terapia donde mejoró, sin embargo A.C.C. dejó de asistir ya que el costo de las sesiones era muy altas. Empezaron las discusiones con su novia por lo que deciden venir a vivir a Arequipa ellos solos con su hijo, al regresar a Arequipa mejoró notablemente ya que no tenían perro. Tuvo su segundo hijo y comenzó a trabajar administrando un taller de motos de su familia, sintiéndose nuevamente inconforme con su vida ya que trabajaba todo el día, empezando a tener conflictos con su novia debido a que lo que ganaban los

dos les alcanzaba a las justas para los gastos del mes, por lo que se sentía triste, molesto, frustrado y preocupado por el dinero aumentando nuevamente su lavado de manos ya que el taller donde trabajaba se encontraba sucio, empezó a ir donde un psiquiatra el cual le recomendó clomipramina que hasta la actualidad la consume, mejoró un poco, sin embargo no es constante con su medicación, comenzó a aumentar los conflictos con su novia ya que ella no entendía su comportamiento, y conflictos en el trabajo; en los últimos 5 días estuvo lavándose las manos por tres horas seguidas echándose espuma en toda la ropa creyendo que no podía eliminar los gérmenes, y con miedo a enfermarse de algo por lo que decide ir al psicólogo por su propia voluntad.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente que aparenta la edad referida, de contextura delgada y tez blanca, con vestido y arreglo personal adecuado, su postura es erguida y su marcha es normal con objetivos definidos, su capacidad atencional es fluctuante, manteniéndose concentrado por momentos pero distraídose con facilidad frente a estímulos externos, se encuentra lúcido y alerta de lo que ocurre a su alrededor, se encuentra orientado en tiempo, persona y espacio, su lenguaje es fluido, coherente, con ritmo adecuado y tono de voz bajo, En cuanto al curso del pensamiento mantiene su organización, enlaza apropiadamente las ideas con el objeto de explicar y comprender el mundo, en cuanto al contenido se caracteriza por ideas de contaminación e ideas hipocondriacas, que son intrusivas en su mente y no puede controlarlas, ideas depresivas, pesimistas de autoreproche y acerca de su futuro. Percepción adecuada, memoria remota y reciente conservada, cuenta con sus capacidades intelectuales básicas conservadas. En su estado de ánimo manifiesta sentimientos de tristeza, melancolía, frustración, culpa, pesimismo, aislamiento, tenso, inseguridad, preocupación por su salud, ansioso, sugestionable, denota labilidad emocional, mostrándose alegre en unas oportunidades y en otras su estado de ánimo decae y su voz se entrecorta.

El paciente presenta conciencia de enfermedad, reconoce que las ideas de contaminación que presenta no son normales, que no puede controlarlas, que están afectando su trabajo y sus relaciones sociales; así mismo reconoce que se siente triste, culpable, pesimista, frustrado, que se ha alejado de su entorno y que eso no es está bien.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Analizando los datos obtenidos tanto en las pruebas aplicadas, como en la entrevista y observación; se puede concluir que A.C.C. tiene una capacidad intelectual promedio que le permite encontrar soluciones adecuadas a sus problemas. Presenta un gran número de quejas fijas y preocupación crónica por las funciones corporales, muchos dolores funcionales, fatiga y debilidad general, así como ideas compulsivas de contaminación llegando a actitudes extrañas como lavarse las manos varias horas para eliminar los gérmenes, así como no tocar las perillas de las puertas porque se va a contaminar, falsas creencias que los gérmenes están en todo lado, puede contaminarse en cualquier momento y se puede enfermar de algo.

Se encuentra deprimido, indeciso, inseguro, un tanto tenso e inquieto con ideas pesimistas de autoreproche y acerca de su futuro. Frustrado debido a que no cumple las expectativas de sus papás, a que no puede quedarse a vivir en Estados Unidos y a que no les puede dar el estilo de vida a sus hijos que él tuvo de niño. Presenta dificultades para conciliar el sueño y para dormir varias horas seguidas. Se ha alejado de las demás personas, ha perdido el interés por las actividades que le gustaban antes y presenta conflictos con su pareja debido a que el paciente no puede controlar sus acciones compulsivas, así como problemas económicos, e incompatibilidad de caracteres, él es consciente de inquietud por actitudes asociales e impulsos emocionales, pero es incapaz de controlarlo.

Inmaduro, exigente, egocéntrico, ansioso, sugestionable, resistente a la autoridad.

Irresponsable e inconstante debido a que tiene un tratamiento farmacológico pero no lo cumple como debería de ser, fuma una cajetilla de cigarrillos al día aproximadamente.

Presenta conciencia de enfermedad, reconoce que las ideas de contaminación que presenta no son normales, que no puede controlarlas, que están afectando su trabajo y sus relaciones sociales; así mismo reconoce que se siente triste, culpable, pesimista, frustrado, que se ha alejado de su entorno y que eso no es está bien.

VII. DIAGNÓSTICO

Luego de la evaluación a la que fue sometida la persona con los diferentes métodos de evaluación se llegó a la siguiente conclusión:

El paciente es ansioso, sugestionable, muestra preocupación constante por las cosas malas que pueden pasar, indeciso, inseguro, inmaduro, egocéntrico, exigente con las personas de su entorno, irresponsable, inconstante, resistente a la autoridad.

Además debido al estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, dificultad para conciliar el sueño y dormir por períodos prolongados, fatiga la mayor parte del tiempo, disminución del interés por las actividades que realizaba antes, sentimientos de culpa, se puede concluir un trastorno depresivo mayor moderado (DSM-IV-TR)

Debido a la presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente provocando pérdida de tiempo significativo, con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, afectando negativamente su relación de pareja y sus relaciones sociales, se puede concluir un trastorno obsesivo compulsivo (DSM-IV-TR)

Evaluación Multiaxial

En el eje I: Trastorno Depresivo Mayor Moderado

En el eje II: Trastorno Obsesivo Compulsivo

En el eje III: Ninguno

En el eje IV: Problemas de pareja

En el eje V: EEAG-60

VIII. PRONÓSTICO

Desfavorable debido a que el paciente es inconstante, irresponsable, tiene antecedentes de abandono de tratamiento psicológico y farmacológico.

IX. RECOMENDACIONES

- Volver a realizar una evaluación psiquiátrica.
- Psicoterapia Individual.
- Orientación a la familia.

Arequipa 27 de junio del 2017

Dubé Fátima De La Torre

Lafosse

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : Antonio C.C.
Edad : 39 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 30 de Mayo de 1978
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Secundaria Completa
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Administrador de una tienda de motos
Religión : Católica
Informante : Paciente
Fecha de evaluación : 04 de julio del 2017
Examinadora : De La torre Lafosse Dubé Fátima

II. DIAGNÓSTICO

Luego de la evaluación a la que fue sometida la persona con los diferentes métodos de evaluación se llegó a la siguiente conclusión:

El paciente es ansioso, sugestionable, muestra preocupación constante por las cosas malas que pueden pasar, indeciso, inseguro, inmaduro, egocéntrico, exigente con las personas de su entorno, irresponsable, inconstante, sin embargo respeta las opiniones de los demás sin verse afectado en su sensibilidad.

Debido al estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, dificultad para conciliar el sueño y dormir por periodos prolongados, fatiga la mayor parte del tiempo, disminución del interés por las actividades que realizaba antes, sentimientos de culpa, se puede concluir un trastorno depresivo mayor moderado (DSM-IV-TR)

Debido a la presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente provocando pérdida de tiempo significativo, con comprobaciones repetidas

para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, afectando negativamente su relación de pareja y sus relaciones sociales, se puede concluir un trastorno obsesivo compulsivo (DSM-IV-TR)

III. OBJETIVOS GENERALES

Reducir las ideas compulsivas de contaminación, así como las acciones recurrentes para contrarrestar estas ideas.

Disminuir los síntomas depresivos y ansiosos que presenta la persona.

Mejorar la capacidad de interrelacionarse con las personas de su entorno.

Mejorar la relación con su pareja.

IV. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

TÉCNICA	RELAJACIÓN		
SESIÓN	1	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Moderar el estado de ánimo		
DESCRIPCIÓN	<p>Se le enseña a relajar los músculos del cuello, hombros, brazos, manos y piernas contrayendo y distendiendo los músculos involucrados en estas zonas corporales.</p> <p>Se le enseña el tipo de respiración diafrágmático y se le enseña la importancia de la misma.</p> <p>Se practica tres veces conjuntamente con el terapeuta para ilustrarle mejor la corre la realización del ejercicio.</p> <p>Se realizan los mismos ejercicios durante un tiempo de 10 minutos hasta conseguir una total relajación.</p>		

TÉCNICA	ENSEÑANZA DEL MODELO A B C		
SESIÓN	2	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Enseñar al paciente la forma como nuestros pensamientos ocasionan nuestras emociones y estas nuestras conductas.		
DESCRIPCIÓN	<p>Se explicará al paciente mediante distintos tipos de ejemplos como un acontecimiento similar puede tener reacciones conductuales distintas y emociones distintas basados en pensamientos y creencias racionales e irrationales afectando positiva y negativamente a las personas.</p> <p>Se le enseñará a registrar una hoja de registro donde anotará los momentos incómodos que tiene, sus pensamientos, sus emociones y sus conductas.</p>		
MATERIALES	Hojas Bond y lapicero		

TÉCNICA	IDENTIFICACION DE CREENCIAS IRRACIONALES		
SESIÓN	3,4 y 5	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Identificar las creencias irracionales basadas en sus registros.		
DESCRIPCIÓN	Una vez identificados los pensamientos se procederá a identificar las creencias irracionales y luego se procederá a		

	<p>cambiar los pensamientos por pensamientos funcionales anotándolos en una hoja bond, verbalizando los nuevos pensamientos funcionales.</p> <p>Se identificaron las siguientes creencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No podría soportar contaminarme y enfermarme con algún germen • Es horrible ensuciarne • Debería tener tiempo para poder hacer otras cosas sin tener que trabajar tanto • La vida no debería ser tan difícil • Es horrible que no pueda ser lo que otros esperan de mí • Es horrible ser un fracasado
MATERIALES	Hojas Bond y lapicero

TÉCNICA	DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS		
SESIÓN	6 y 7	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Identificar los pensamientos automáticos de enfermedad.		
DESCRIPCIÓN	<p>Se explicará al paciente el significado de los pensamientos automáticos, cómo ocurren, por qué suceden y de qué manera nos pueden afectar positiva y negativamente en nuestra vida.</p> <p>Se indagarán los principales pensamientos de enfermedad que posee el paciente</p> <p>Los anotará en una columna en una hoja bond con un lapicero indicando el momento y la frecuencia en que</p>		

	<p>estos ocurren</p> <p>Se realizará un proceso de retroalimentación con el paciente resolviendo además las dudas que aún pueda tener.</p>
MATERIALES	Hojas Bond y lapicero

TÉCNICA	BÚSQUEDA DE EVIDENCIA		
SESIÓN	8	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Confrontar los pensamientos automáticos que posea el paciente con las evidencias reales		
DESCRIPCIÓN	<p>Una vez identificados los pensamientos automáticos de la sesión anterior se trabajará en base a ellos para evidenciar si realmente son válidos o no.</p> <p>Se anotará en la hoja de papel al costado derecho del pensamiento automático identificado y se pedirá al paciente que verbalice qué encontró de distinto.</p> <p>Se continuará de la misma manera con cada pensamiento automático que tenga el paciente.</p>		
MATERIALES	Hojas Bond y lapicero		

TÉCNICA	DEFUSION COGNITIVA		
SESIÓN	9 y 10	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Reducir la credibilidad y el impacto de los pensamientos negativos		
DESCRIPCIÓN	<p>Se le enseña al paciente a ver los pensamientos como lo que son pensamientos y no como ellos dicen ser, cambiando la relación que se tiene con ese pensamiento.</p> <p>Se le enseñará a diferenciar entre pensamientos y acciones a través de la contemplación del pensamiento, de la repetición del mismo en alto hasta que solo quede el sonido, de la observación del evento como un evento externo que puede modificarse logrando una actitud más objetiva y distanciada respecto a los pensamientos</p> <p>.</p>		
MATERIALES	Hojas Bond y lapicero		

TÉCNICA	ATENCION PLENA (MINDFULNESS)		
SESIÓN	11 y 12	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Lograr la conciencia descentralizada de pensamientos como eventos mentales en un contexto más amplio en contraste con perderse en reaccionar ante ellos.		
DESCRIPCIÓN	<p>Se le enseñará a que la atención se quede con los pensamientos difíciles en lugar de evitarlos.</p> <p>Se Aceptarán pensamientos e imágenes difíciles y a</p>		

	<p>uno mismo frente a juzgarlos a través de ejemplos.</p> <p>Se dejará pasar los pensamientos difíciles sin reaccionar en lugar de preocuparse o rumiar.</p>
MATERIALES	Hojas Bond y lapicero

TÉCNICA	PARADA DE PENSAMIENTO		
SESIÓN	13 y 14	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Lograr entrenar al paciente para cortar los pensamientos intrusivos cuando éstos aparecen, darse una autoinstrucción y finalmente introducir una imagen o escena agradable que sirva de distracción.		
DESCRIPCIÓN	<p>Se registrará los pensamientos inquietantes</p> <p>Mediante la imaginación se traerá a la mente una situación que se asocie con el pensamiento obsesivo, se dejará que fluya los pensamientos negativos junto con los normales, para que estos últimos sigan brotando.</p> <p>Cuando aparezca el pensamiento no deseado, se interrumpe gritando la palabra STOP dando un golpe en la mesa.</p> <p>Una vez paradas las obsesiones se pasará a hacer lo mismo en un tono de voz normal, después en voz baja, luego moviendo los labios y así hasta que sólo sea mentalmente.</p>		
MATERIALES	Hojas Bond y lapicero		

TÉCNICA	SUSTITUCIÓN DEL PENSAMIENTO		
SESIÓN	15	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Lograr reemplazar los pensamientos obsesivos por afirmaciones positivas.		
DESCRIPCIÓN	Una vez logrado la detención del pensamiento a través de la palabra stop de forma mental, se procederá a reemplazar la obsesión por una afirmación positiva que resulte creíble		
MATERIALES	Hojas Bond y lapicero		

TÉCNICA	EXPOSICIÓN EN VIVO CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA		
SESIÓN	16,17 y 18	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Reducir el malestar asociado a los pensamientos obsesivos y la frecuencia de aparición de las obsesiones y las compulsiones.		
DESCRIPCIÓN	<p>Realizar una exposición gradual a las situaciones, pensamientos o imágenes temidas del paciente, mientras que, al mismo tiempo.</p> <p>Se le impide que lleve a cabo el ritual asociado, previniendo la respuesta de escape o evitación de las conductas que neutralizan o alivian su malestar.</p> <p>Mediante la prevención de respuesta se consigue que el paciente compruebe que aunque no realice las compulsiones o los rituales, su ansiedad se reduce.</p>		
MATERIALES	Hojas Bond y lapicero		

TÉCNICA	HABILIDADES CONVERSACIONALES		
SESIÓN	19	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Mejorar la ejecución interpersonal del paciente		
DESCRIPCIÓN	<p>Se realizaran ejercicios de role-playing, en los que se ensayan diversas situaciones como pedir información, rehusar una petición de forma asertiva, disculparse, inicio, mantenimiento y cese de conversaciones, expresar agradecimiento, expresar reconocimiento y hacer cumplidos.</p> <p>Reforzar positivamente cada vez que el paciente se comunique asertivamente.</p>		
MATERIALES	2 Sillas ubicadas frente a frente		

TÉCNICA	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES		
SESIÓN	20	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Lograr en el paciente aprenda a enfrentarse de manera adecuada a la situaciones estresantes y que aprenda a manejar sus emociones para mejorar sus relaciones sociales		
DESCRIPCION	Se explicarán diferentes estrategias que permita enfrentarse a distintos problemas mejorando la relación con sus compañeros y familiares		
MATERIALES	2 sillas		

TÉCNICA	TERAPIA Y APOYO FAMILIAR		
SESIÓN	21	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Involucrar y comprometer a la familia del paciente en su recuperación y control periódico.		
DESCRIPCION	<p>Se explicará las características de la enfermedad que tiene, la forma en que se dio, como es que ha venido evolucionando y la importancia de su apoyo a nivel emocional.</p> <p>Se pasará un video motivacional sobre la importancia del apoyo familiar en el éxito de la psicoterapia del paciente.</p> <p>Se establecerá un compromiso por escrito entre el paciente y su familia de tal forma que estén dispuestos a cumplirlo y se citará al paciente y familia para continuar con los controles respectivos.</p>		

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tratamiento por el paciente se desarrollará en 22 sesiones, de 45 minutos aproximadamente cada una, una o dos veces por semana.

VI. AVANCES PSICOTERAPÉUTICOS

Hasta ahora se ha podido realizar las cuatro primeras sesiones, logrando identificar las creencias irracionales que presenta y su discusión logrando pensamientos funcionales que lo están ayudando a manejar sus emociones de tristeza. Sin embargo no se pudo continuar con la terapia debido a que el paciente no regresó a terapia aún siendo citado en repetidas ocasiones.

Arequipa 04 de julio del 2017

Dubé Fátima De La Torre
Lafosse

**ANEXOS
CASO
CLÍNICO 1**

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

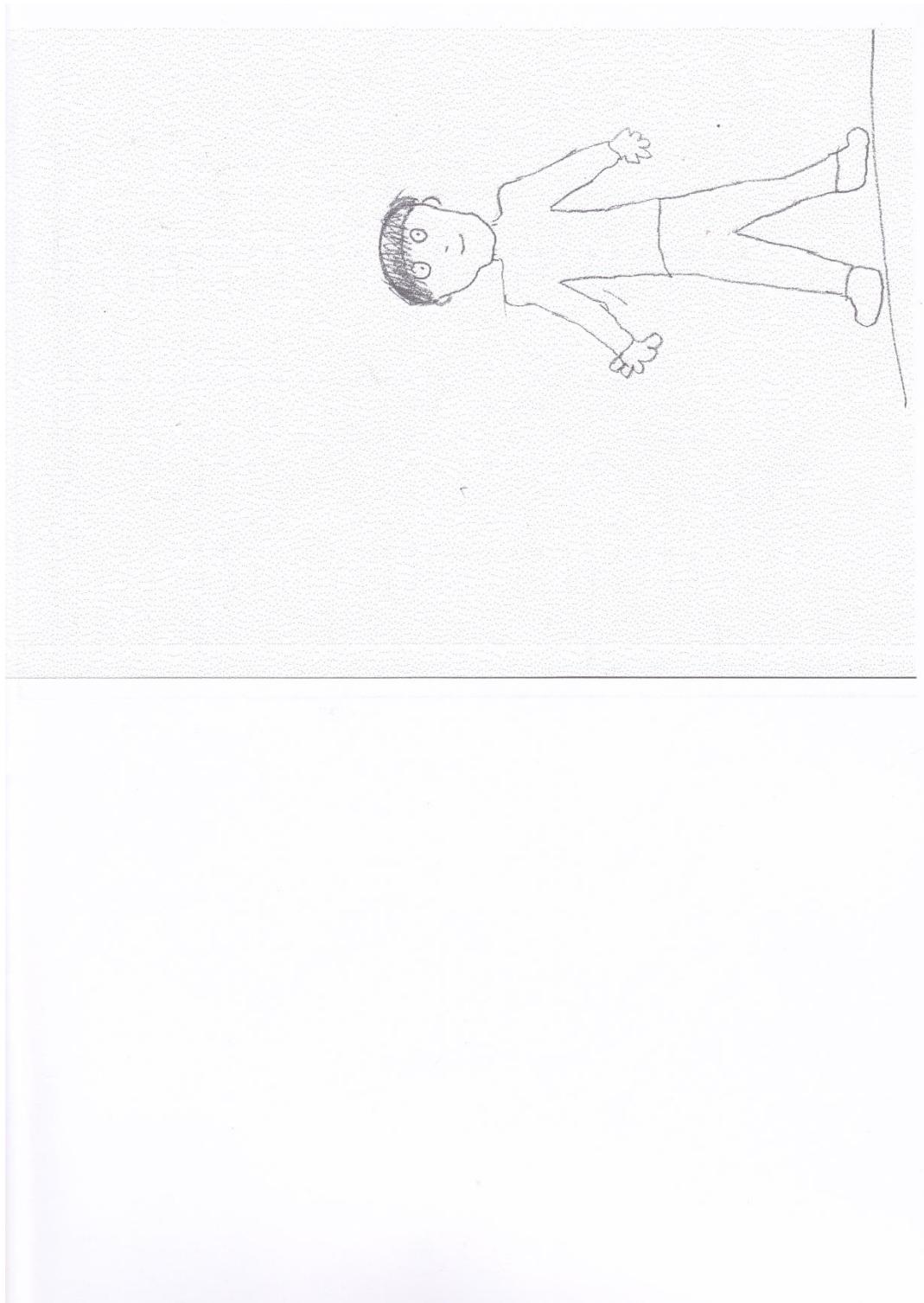
SEXO
M F
FECHA DE NACIMIENTO
AÑO MES DIA

FICHA DE APLICACIÓN

Marque con un aspa(X) la Letra V (verdadero) o F (falso), según sea su respuesta.

01	X	F	11	V	F	21	V	F	31	X	F	41	X	F	51	V	F	61	V
02	V	X	12	V	X	22	X	F	32	X	F	42	V	X	52	V	F	62	V
03	V	X	13	V	X	23	X	F	33	V	X	43	X	F	53	V	X	63	V
04	V	X	14	V	X	24	X	F	34	V	X	44	X	F	54	X	F	64	V
05	X	F	15	V	X	25	V	X	35	X	F	45	X	F	55	X	F	65	V
06	V	X	16	V	X	26	V	X	36	X	F	46	V	X	56	X	F	66	V
07	V	X	17	X	F	27	X	F	37	V	X	47	V	X	57	V	X	67	X
08	V	X	18	X	F	28	V	X	38	V	X	48	V	X	58	V	X	68	V
09	V	X	19	V	X	29	X	F	39	V	X	49	V	X	59	V	F	69	V
10	V	X	20	X	F	30	V	X	40	V	X	50	V	X	60	V	X	70	V
															71	X	F		

	L	F	K	HS	D	Hs	Dp	Pa	Pt	Es	Ma
Puntuación directa	2	4	7	7	15	12	12	3	44K	6	7+IK
Puntuación MM	6	1	1	16	4	24	30	10	7	11	9+2K
Añadir K				24..	24..	24..	24..	24..	24..	24..	24..
Puntaje T	56	68	57	82	106	73	90	56	91	64	58



CASO CLÍNICO 2

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	:	J.P
Edad	:	55 años
Sexo	:	Masculino
Fecha de nacimiento	:	03/11/1961
Lugar de nacimiento	:	Lima
Grado de instrucción	:	Secundaria
Estado civil	:	Conviviente
Ocupación	:	Operario de construcción
Religión	:	Católica
Informante	:	Paciente y hermano
Fecha de evaluación	:	26 de junio del 2017
Nombre del examinador	:	Jesús Gabriel Marroquín Tello

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente acude por primera vez a consulta, acompañado de su hermano, habiendo sido referido por médico psiquiatra para una evaluación complementaria, dado que intentó quitarse la vida ingiriendo una sobredosis de pastillas.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente trabajó anteriormente en la ciudad de Cuzco como policía y hace aproximadamente 17 años sufrió un accidente de tránsito mientras realizaba su jornada de trabajo, llegando a golpearse la cabeza, tuvo pérdida del conocimiento por un tiempo estimado de 5 minutos, lo que conllevó a que lo hospitalizaran por una semana recibiendo el diagnóstico de fracturas múltiples de nariz y cráneo.

Aproximadamente 5 meses después del accidente comenzó a tener períodos en los que se sentía muy triste, lloraba incontrolablemente, le costaba dormir, sufría de mareos y tenía excesiva preocupación porque le dijeron que

perdería su empleo por su condición delicada de salud. Esto motivó a que reciba una evaluación por un médico psiquiatra, quien recomendó que sea internado en un centro de salud mental de Cuzco para hacerle estudios y seguimiento, de tal manera que se pueda descartar un posible tumor cerebral. Sin embargo esos estudios arrojaron resultados negativos, siendo así derivado al departamento de psicología con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

El paciente considera que todos los procedimientos realizados en aquella época fueron en realidad un atentado contra su vida producto de una conspiración para que pierda su trabajo y sea trasladado a otra ciudad. Medio año después fue dado de alta ya que no estaba de acuerdo con la medicación que recibía, él se sentía muy “tenso y alterado”. Fue trasladado a la ciudad de Arequipa para recibir tratamiento psiquiátrico en un hospital inicialmente y luego a un centro de salud particular después. En ambos lugares recibió el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con trastorno bipolar debido a que era muy inestable en sus emociones, tenía dificultades para moverse, creía que la gente buscaba hacerle daño o que hacían que las cosas “confabulen en su contra” pero él no estaba de acuerdo con ese diagnóstico ya que según menciona durante aquella época no tenía etapas de alegría, sólo recuerda que se sentía “deprimido”.

Hace 12 años estuvo trabajando en una comisaría de Arequipa, donde se encontró con algunos colegas de Cuzco, y asegura que uno de ellos era quien “encabezaba la conspiración” contra el paciente, llegándolo a denunciar por “hostigamiento laboral, personal y amedrentamiento por hostilidad”. Sin embargo esta denuncia fue desaparecida “misteriosamente” por el coronel de la comisaría, e incluso fue asaltado a la salida de su trabajo, donde le robaron dinero, tarjetas de crédito y documentos personales, sin que haya habido alguna intervención de sus colegas por lo que el paciente asegura que se estaba atentando nuevamente contra él.

El paciente habría sido asaltado nuevamente y golpeado por 3 personas camufladas hace 9 años, y aunque sospechaba de sus colegas, fue llevado nuevamente a consulta psiquiátrica, donde recibió tratamiento médico. Cuatro días después de la consulta fue internado por emergencia por indicación del área de hospitalización de la policía y posteriormente fue trasladado a Lima para su tratamiento.

En Lima recibió medicación por 30 días (Litocar, Urcin, Cabamazepina y Levomepromazina). Hace 3 años fue dado de baja por una denuncia contra él por tocamientos indebidos a un menor, sin embargo el paciente niega haber realizado esos actos.

Desde que fue dado de baja, el paciente sale a altas horas de la noche a leer publicaciones sobre su caso judicial, señala que todo es producto de la conspiración que tienen en su contra porque él es una persona preparada y puede ascender en grados de forma muy rápida. Inmediatamente después que revisa todo lo concerniente a su caso judicial, el paciente entra en estados de depresión e ira descontrolada, se siente muy "frustrado y encolerizado", llora y tiene conductas violentas, incluso llegando en una ocasión a intentar incendiar su casa. Hace 2 años iba al cementerio llevando velas para suplicar que lo salven del mal que posee, le gustaba ir con su uniforme de policía porque le gustaba que lo llamen "jefe".

Llegó a viajar a Lima en busca de un nuevo trabajo donde realizó actividades diversas como operario de construcción para una obra. Con el dinero ahorrado, se iba a bares, centros de juego de apuestas, entre otros hasta llegar al punto de perder todo su dinero.

Actualmente se desaparece de casa por varios días, ya que viaja a distintas ciudades donde realiza actividades comerciales diversas. Ha solicitado préstamos a dos bancos, sin embargo ya despilfarró ese dinero pagándose sus gastos de viaje y gustos porque asegura que "merece darse una vida de lujo"

Hace una semana estuvo en tratamiento psiquiátrico con un médico particular quien le recetó la misma medicación (Litocar, Urcin, Cabamazepina y Levomepromazina) sin embargo fue referido a psicología para una evaluación complementaria ya que tomó una sobredosis según el paciente “para demostrar que su organismo es muy fuerte”.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

A. Etapa Pre natal

El embarazo y gestación se llevaron a cabo sin complicaciones, el paciente nació por parto eutóxico

B. Etapa Post natal

Se desconoce si el paciente recibió todas sus vacunas, recibió lactancia materna hasta los 6 meses, edad en que fue abandonado por su madre quedando sólo a cargo de su padre y abuela paterna.

C. Desarrollo Psicomotor

Hubo un retraso en su desarrollo psicomotor ya que el paciente empezó a caminar a la edad de 4 años aproximadamente y empezó a hablar a los 3 años de edad.

D. Síntomas Neuropáticos

Alcanzó el control de esfínteres entre los 5 y 6 años, sin presencia de somniloquios, pesadillas ni sonambulismo.

E. Etapa Pre escolar y Escolar

El paciente era inquieto, travieso, tenía bastantes amigos, le agradaba ir al colegio. Durante la primaria recibía constantes castigos por hacer travesuras en el colegio llegando a ser expulsado del salón en varias ocasiones, se peleaba con sus compañeros, su rendimiento escolar era promedio, repitió un año. Hacía sus tareas en casa y colaboraba con los

quehaceres del hogar. Le gustaba practicar fútbol, natación, atletismo y ciclismo.

Durante la secundaria faltaba a clases en ocasiones, no le gustaba hacer tareas pero leía bastante sobre temas religiosos y del derecho, también repitió un año académico, no le gustaba ir a fiestas porque no tenía muchos amigos y se sentía triste.

F. Desarrollo y función Sexual

Durante esta etapa el paciente sufrió varias desilusiones amorosas, inició su actividad sexual a la edad de 15 años, siempre tuvo amigos pero sus relaciones fueron superficiales, no se sentía seguro de manifestar sus sentimientos con las chicas que le agradaban porque tenía miedo a que lo rechacen.

G. Aspecto Psicosexual y vida Familiar

Se siente satisfecho con su vida familiar y marital, no refiere dificultades de tipo sexual.

H. Historia de la recreación de la vida

Gustaba de practicar bastantes deportes entre sus preferidos el fútbol, natación, atletismo y ciclismo

I. Actividad Laboral

Se ha desempeñado como Policía y operario de construcción

J. Hábitos e influencias nocivas o tóxicas

No consume alcohol, ni tabaco ni drogas, tampoco bebidas que contengan cafeína. Actualmente sólo ingiere los medicamentos ya indicados.

K. Servicio Militar

Realizó servicio militar en Lima por un periodo de 2 años.

L. Religión

Es católico

M. Antecedentes Mórbidos personales

Fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide y trastorno bipolar por médicos psiquiatras.

N. Enfermedades y accidentes

Hace 17 años sufrió un accidente de tránsito con traumatismos en la nariz, fue operado de colecistopatía hace 9 años y agresión por parte de 3 sujetos ya descrito.

O. Personalidad

El paciente desde niño fue una persona sociable, bastante activa, irascible, se ilusionaba con facilidad pero a la vez recibió desilusiones sobre todo de tipo sentimental por lo que se volvió introvertido con dificultad de expresar sus sentimientos y desconfiado. Es altamente competitivo, suspicaz y se mantiene a la defensiva, se siente observado y en constante conspiración contra él.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Composición Familiar

Tiene un padre de 67 años de edad, una madre de 67 años de quien no sabe si estará sana. Tiene 2 hermanos de madre y padre de 52 y 48 años, 6 medios hermanos, una media hermana por parte del padre, y otros 2 medios hermanos ocupando él el 8vo lugar entre todos sus hermanos. Tiene además una pareja de 49 años con quien convive actualmente. Tiene dos hijas de diferentes mujeres de 22 y 24 años aparentemente sanas.

Dinámica Familiar

El paciente mantiene una buena relación con su padre quien lo apoya, pero éste no está muy interesado con las hijas del paciente hasta que las reconozca legalmente. Su madre vive en Lima con otra pareja desde que el paciente tenía 6 meses porque tenía problemas el padre del paciente. La relación con su pareja es buena manteniendo sólo discusiones ocasionales, No mantiene una buena relación con sus hermanos porque ellos son profesionales y les tiene envidia. Las hijas del paciente viven con otras familias pero las visita ocasionalmente y les da dinero para su manutención.

Condición Socioeconómica

Cuenta con una vivienda de material noble, con luz externa, no cuenta con agua ni desagüe con 3 habitaciones donde vive con su pareja, su padre se encarga de solventar los gastos además alquilan habitaciones.

Antecedentes Familiares patológicos

Tiene una media hermana con diagnóstico de Trastorno Bipolar incipiente, un medio hermano con cáncer y otro con asma.

VI. RESUMEN

El paciente hace 17 años tuvo un accidente de tránsito mientras trabajaba en la ciudad de Cuzco, golpeándose la cabeza, perdiendo el conocimiento por 5 minutos, y sufriendo fracturas múltiples de nariz y cráneo. Aproximadamente 5 meses después del accidente comenzó a tener periodos en los que se sentía muy triste, lloraba incontrolablemente, le costaba dormir, sufría de mareos y tenía excesiva preocupación porque le dijeron que perdería su empleo por su condición delicada de salud. Fue llevado a Cuzco para hacerle estudios y seguimiento para descartar un posible tumor cerebral. Posteriormente a todos los estudios realizados, los resultados arrojaron negativos, siendo así derivado al departamento de psicología con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. El paciente considera que todos los procedimientos realizados en aquella época fueron en realidad un atentado

contra su vida, producto de una conspiración para que pierda su trabajo y sea trasladado a otra ciudad. Fue trasladado a Arequipa para recibir tratamiento psiquiátrico en un hospital y un centro de salud particular. En ambos centros recibió el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con trastorno bipolar debido a que era muy “inestable en sus emociones” tenía dificultades para moverse, creía que la gente buscaba hacerle daño o que hacían que las cosas “confabulen en su contra” pero él no estaba de acuerdo con ese diagnóstico ya que según menciona durante aquella época no tenía etapas de alegría, sólo recuerda que se sentía “deprimido”.

El paciente habría sido asaltado en dos ocasiones, hace 12 años ya estuvo trabajando en una comisaría en Arequipa, donde se encontró con algunos colegas de Cuzco, y asegura que uno de ellos era quien encabezaba la conspiración contra el paciente, llegándolo a denunciar por “hostigamiento laboral personal y amedrentamiento por hostilidad”. Sin embargo esta denuncia fue desaparecida “misteriosamente” por el coronel de la comisaría. Y en la segunda ocasión hace 9 años habría sido asaltado por 3 personas camufladas y el paciente está convencido que fueron nuevamente sus colegas.

Cuatro días después acudió a consulta psiquiátrica donde fue internado por emergencia por indicación del área de hospitalización de la Policía, posteriormente fue trasladado a Lima para su tratamiento. En Lima recibió medicación por 30 días (Litocar, Urcin, Cabamazepina y Levomepromazina). Hace 3 años fue dado de baja por una denuncia contra él por tocamientos indebidos a un menor, sin embargo el paciente niega haber realizado esos actos. Desde que fue dado de baja, el paciente sale a altas horas de la noche a leer publicaciones sobre su caso judicial, señala que todo es producto de la conspiración que tienen contra él. Inmediatamente después que revisa todo lo concerniente a su caso judicial, el paciente entra en estados de depresión e ira descontrolada, se siente muy ”frustrado y encolerizado”, llora y tiene conductas violentas, incluso llegando en una

ocasión a intentar incendiar su casa. Consiguió un nuevo empleo en Lima como operario de construcción, sin embargo con el dinero ahorrado viaja, costea gastos “de lujo y lo despilfarra en juegos. Hace una semana fue revisado por un médico psiquiatra particular quien continuó dándole la misma medicación y fue referido a psicología para una evaluación complementaria ya que tomó una sobredosis según el paciente “para demostrar que su organismo es muy fuerte”.

No tuvo complicaciones durante el embarazo, Presentó retraso en el desarrollo psicomotor, alcanzó control de esfínteres entre los 5 y 6 años. En el colegio fue un alumno regular pero travieso y con bastantes amigos en la primaria, durante la secundaria faltaba a clases, no le gustaba hacer tareas, leía sobre temas religiosos y de derecho, repitió un año, no le gustaba ir a fiestas porque no tenía muchos amigos y se sentía triste. Tuvo su primera relación sexual a la edad de 15 años siempre tuvo amigos pero sus relaciones fueron superficiales, sentía temor de ser rechazado por las mujeres motivándolo a no manifestar abiertamente sus emociones, gustaba de practicar bastantes deportes. Se siente satisfecho con su vida familiar y marital, ha trabajado como policía, y operario de construcción. No consume sustancias nocivas o tóxicas. Contó con el diagnóstico de trastorno bipolar por un médico particular.

Tiene padre y madre, ambos, de 67 años de edad con quien mantiene una relación buena aunque no recibe su apoyo para las hijas hasta que las reconozca legalmente. Además 2 hermanos de madre y padre 6 hermanos, una hermana que tiene diagnóstico de trastorno bipolar incipiente y otros 2 hermanos, uno con cáncer y el otro con problemas de asma; siendo el paciente quien ocupa el 8vo entre todos sus hermanos con quienes no tiene una buena relación. Tiene una pareja de 49 años con quien convive pero 2 hijas de distintas mujeres.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	:	J.P.
Edad	:	55 años
Sexo	:	Masculino
Fecha de nacimiento	:	03/11/1961
Lugar de nacimiento	:	Lima
Grado de instrucción	:	Secundaria
Estado civil	:	Conviviente
Ocupación	:	Operario de construcción
Religión	:	Católica
Informante	:	Paciente y hermano
Fecha de evaluación	:	27 de junio del 2017
Nombre del examinador	:	Jesús Gabriel Marroquín Tello

II. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

A) Apariencia general y actitud psicomotora

El paciente aparenta la edad referida, su arreglo y aseo personal son adecuados, su expresión facial denota molestia, desagrado e incomodidad.

Su marcha es lenta, y persiste con movimientos de su pierna derecha, es poco comunicativo con respuestas cortantes y haciendo constantes preguntas antes de contestar las hechas en la entrevista.

B) Molestia general y manera de expresarla

Se mostró incómodo, preocupado e irascible por su problema judicial, expresando su malestar de forma irascible.

C) Actitud hacia el examinador y hacia el examen

Inicialmente poco colaborador y constantemente suspicaz hacia la evaluación.

III. CONCIENCIA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

Atención

La capacidad atencional del paciente se encuentra conservada, por momentos se mantiene bastante concentrado cuando se habla sobre su persona ignorando estímulos distractores como el ruido.

Conciencia o Estado de Alerta

Se encuentra lúcido y bastante alerta de lo que sucede a su alrededor

Orientación

Se encuentra orientado en tiempo, ya que reconoce los días, meses y años en que se encuentra, espacio porque responde adecuadamente las preguntas sobre ubicaciones geográficas, y orientado en persona ya que conoce quien es, su edad y su ocupación actual, se orienta con otras personas ya que reconoce a sus familiares y amigos

Curso del Lenguaje

El paciente usa una velocidad adecuada del lenguaje, es coherente y fluido pero en los momentos en que se molesta, se torna más acelerado y utiliza un tono de voz elevado acompañado de movimientos corporales de brazos y manos para acentuar sus ideas. Además su lenguaje comprensivo está conservado.

Pensamiento

En cuanto al curso mantiene su organización, puede enlazar ideas correctamente, no presenta bloqueos ni dudas sin embargo mantiene ideas perseverantes de conspiración. El contenido se caracteriza por ideas de grandeza, acentuación en su formación y conocimientos en neuropsicología,

derecho, y diversos temas, se caracteriza además por tener ideas de superioridad ya que no le teme a nada, ideas delirantes de matiz paranoide ya que asegura que la gente busca perjudicarlo.

Percepción

Su sensibilidad somática se encuentra en buen estado, discrimina corporalmente los estímulos térmicos (frío y calor) dolorosos y vibratorios, discrimina adecuadamente olores y sabores.

Memoria

Memoria remota y reciente conservadas, con adecuado funcionamiento de su memoria de trabajo y memoria sensorial. Responde correctamente preguntas sobre hechos sucedidos recientemente

Memoria a largo plazo conservada, funcionamiento adecuado de su memoria autobiográfica, semántica y episódica, ya que recuerda exacta y correctamente fechas y hechos sucedidos hace varios años atrás.

Funcionamiento Intelectual

El paciente cuenta con sus capacidades intelectuales básicas conservadas, realiza cálculos aritméticos básicos, interpreta adecuadamente refranes y su juicio aparentemente es el adecuado sin embargo siempre está matizado por sentimientos de cólera y resentimiento.

Estado de Ánimo y afectos

Anímicamente se muestra resentido y con deseos de hacer justicia, adicionalmente se muestra decaído, frustrado, con momentos de tristeza y cólera variados durante la entrevista por el momento actual que vive, su carácter es bastante fuerte y usa un tono de voz autoritario mostrándose siempre impositivo.

Comprensión y grado de incapacidad de la enfermedad

El paciente es parcialmente consciente de su enfermedad, reconoce que su estado anímico no le favorece, sus conductas agresivas afectan a sus relaciones interpersonales, sin embargo continúa creyendo que la gente confabula contra él.

IV. RESUMEN

El paciente se mostró poco colaborador al inicio de la entrevista, dejando notar su desconfianza ante la evaluación. Su atención está conservada, se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, su lenguaje comprensivo y expresivo son coherentes y fluidos, utilizando un tono y velocidad más alto en los momentos de exaltación acompañado de movimientos corporales enérgicos, su pensamiento en cuanto al curso mantiene su organización, puede enlazar ideas correctamente, no presenta bloqueos ni dudas, sin embargo, mantiene ideas perseverantes de conspiración. El contenido se caracteriza por ideas de grandeza, acentuación en su formación y conocimientos en neuropsicología, derecho, y diversos temas, se caracteriza además por tener ideas de superioridad ya que no le teme a nada, ideas delirantes de matiz paranoide ya que asegura que la gente busca perjudicarlo. No tiene problemas de percepción en cuanto a sensaciones ni alucinaciones y su memoria remota y reciente están conservadas, tiene un adecuado funcionamiento de su memoria de trabajo y memoria sensorial; la memoria a largo plazo conservada, funcionamiento adecuado de su memoria autobiográfica, semántica y episódica, Anímicamente se muestra resentido y con deseos de hacer justicia, adicionalmente se muestra decaído y frustrado, con momentos de tristeza y cólera alternados durante la entrevista. Cuenta con parcial conciencia de enfermedad.

Arequipa 27 de junio del 2017

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : J.P.E.
Edad : 55 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 03/11/1961
Lugar de nacimiento : Lima
Grado de instrucción : Secundaria
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Operario de construcción
Religión : Católica
Informante : Paciente y hermano
Fecha de evaluación : 28 de junio del 2017
Lugar de evaluación : Solución Familia
Nombre del examinador : Jesús Gabriel Marroquín Tello

II. OBSERVACIONES GENERALES DE CONDUCTA

El paciente se mostró inicialmente resistente a la toma de pruebas psicológicas, denotando incomodidad realiza movimientos corporales con la pierna derecha, además formula varias preguntas antes de contestar algunos ítems en las pruebas de personalidad, demorando poco tiempo en resolverlas.

III. PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS

- ✓ TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL (TONI-2)
- ✓ Inventario Multifásico de Personalidad MINI MULT
- ✓ Test del dibujo de la Figura Humana de Karen Machover
- ✓ Test de los Colores de Max Lüscher

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL (TONI-2)

Análisis Cuantitativo

Puntaje : 34

C.I. : 103

Nivel : Promedio

Análisis Cualitativo

El paciente se encuentra en el nivel promedio por lo que posee adecuadas capacidades de entendimiento, comunicación, razonamiento, aprendizaje, planificación y solución de problemas.

Inventario Multifásico de personalidad MINI MULT

Análisis Cuantitativo

Escala	Puntuaciones MM+K	Puntuaciones T
L	8	63
F	6	58
K	10	46
1 Hipochondría	21	70
2 Depresión	20	58
3 Histeria	24	64
4 Desviación psicopática	18	43
6 Paranoia	10	56
7 Psicasteria	21	38
8 Esquizofrenia	25	48
9 Manía	26	75

L Leve	Tiende a dar respuestas socialmente a problemas con relación al autocontrol y valores morales.
F Normal	
K Baja	Puede tener pobre autoestima. Puede gustar de discutir problemas emocionales
Hs Moderada	Un considerable número de quejas físicas. Preocupación predominante por las funciones corporales
D Normal	Tiene una concepción de la vida de tipo promedio con una mezcla de optimismo y pesimismo.
Hi Normal	
Dp Normal	Se conforma razonablemente a los códigos y normas morales y sociales.
Pa Normal	Respeta la opinión de los demás sin verse afectado en su sensibilidad.
Pt Normal	
Es Normal	Tiene una combinación de intereses prácticos y teóricos
Ma Moderada	Inquieto e impulsivo. Diversificación de intereses y energías. Probablemente superficial en sus interrelaciones y tendencias gregarias

Combinación 2-7-4

Agitado severamente ansioso y deprimido, probablemente sentimientos de minusvalía y de pecado

Combinación 1-2-3

Enfatiza pero falla al querer mostrar una preocupación real acerca de sus síntomas somáticos, la depresión y ansiedad conspicuamente ausentes, centrado en sí mismo y exigente, dependiente

Análisis Cualitativo

Durante la prueba el evaluado trató de dar una imagen favorable de sí mismo, con una reducida capacidad de autocrítica que le impide un adecuado reconocimiento de sus problemas distorsionándolos y sintiendo que tiene una buena capacidad para enfrentarlos sin necesidad de ayuda. Utiliza sus molestias físicas como mecanismo de autolimitación, explicación y racionalización para buscar comprensión y tolerancia. Hace esfuerzos por parecer seguro, firme y decidido. Sus relaciones interpersonales se caracterizan principalmente por una dependencia hacia las personas por quien se siente aceptado, es poco tolerante a la frustración y al rechazo. Es egocéntrico, con dificultades para establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas, evita asumir responsabilidades y compromisos, sin embargo camufla estas características por medio de reacciones impulsivas porque el reconocimiento de éstas afecta su autoestima.

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER

Análisis Cualitativo

Cabeza grande	Delirio de grandeza y preocupación
Dientes	índice de infantilidad y agresión oral, se observa en esquizofrénicos o tipo histéricos
Ojos	Inmadurez emocional y egocentrismo, el mundo no está activamente cerrado al sujeto sino percibido vagamente como una especie de masa no diferenciada sino con pequeña discriminación de los detalles, regresión psicótica
Reforzamiento en Orejas	Reacción a la crítica u opinión social, cautela, sospecha,

	desconfianza
Hombros	Expresión de poder y perfección física
Tamaño y colocación	Alta y fantástica estimación de sí mismo
Línea Gruesa	paranoide, agresión motora, excitación

El evaluado se encuentra orientado por sí mismo, con rasgos paranoides y tendencia a fantasear exageradamente sobre sí mismo. Se encontraron rasgos de Inmadurez emocional, marcada agresividad, suspicacia, escasa tolerancia a las críticas de los demás, y reducida capacidad de control de impulsos, con sensación de insuficiencia o preocupación de tipo sexual.

Utiliza principalmente el mecanismo de defensa de proyección a través del cual el individuo percibe a los demás como la causas de sus situaciones conflictivas, de sus problemas y de sus propias fallas, sin embargo el evaluado trata de no reconocerlo.

Falta de valoración de sus experiencias con la consecuente incapacidad para cambiar pautas de comportamiento que pueden ser problemáticas para el evaluado. Disminuida capacidad de Insight y angustia que surge ante la propia conflictiva.

Intenta describirse y mostrarse realista, capaz de llevar a cabo sus planes para alcanzar metas intentando mostrar una imagen favorable de sí mismo.

Es dinámico, con gran energía para realizar muchas actividades, sus relaciones interpersonales pueden ser superficiales y sin compromisos afectivos profundos.

TEST DE LOS COLORES DE MAX LÜSCHER

	x	x						
	+	+	x	x	=	=	-	-
1ra selección	4	3	1	5	0	2	6	7
2da selección	3	1	2	4	5	6	0	7
	+	+	x	x	=	=	-	-

Análisis cualitativo

Función (+)

+4+3

La necesidad de sentirse más afectivo en su actividad y de tener un ámbito más amplio de influencia lo convierte en una persona desasosegada, se deja llevar por sus deseos y esperanzas. Trata de extender en demasiado su campo de acción.

+3+1

Se orienta hacia una vida llena de acción y experiencias y hacia un vínculo íntimo que le ofrezca la posibilidad de una realización sexual y afectiva

Función (x)

x3x1

Trabaja bien en colaboración con los demás. Necesita una vida personal de comprensión mutuo y sin discordias.

x1x5

Sensible, necesita entornos estéticos o una pareja tan sensible y comprensiva como él con quien pueda compartir una intimidad cálida.

x2x4

Trata de mejorar su posición y prestigio, está insatisfecho con las circunstancias presentes y considera que es necesaria una mejora en su autoestima

Función (=)

- =0=2 Cree que recibe menos de lo que merece pero tendrá que conformarse y sacar el máximo provecho de esta situación.
- =5=6 Es egocéntrico y por lo tanto fácilmente se siente ofendido. Es capaz de lograr satisfacción física en la actividad sexual pero tiende a ser frío sentimentalmente

Función (-)

- 6-7 Deseo de regir su propio destino
- 0-7 Se resiste de cualquier restricción o límite que se le imponga e insiste en ser libre y estar desligado de ataduras

V. RESUMEN

El paciente intenta dar una imagen más favorable de sí mismo, trata de mejorar su posición y prestigio, se siente insatisfecho con las circunstancias presentes y considera que es necesaria una mejora de su autoestima. Cree que recibe menos de lo que merece, es egocéntrico y se ofende fácilmente, muestra una sobreactividad con posterior fatiga física, la que utiliza para compensar o justificar sus frustraciones o metas no cumplidas. Tiene escasa capacidad de Insight o autocrítica, con escasas relaciones interpersonales duraderas y profundas, evita asumir responsabilidades. Es suspicaz y desconfiado con poca capacidad de control de impulsos y preocupación o sensación de insuficiencia de tipo sexual, la que intenta encontrar con una pareja que sea igual de sensible y se sienta igualmente entendido para establecer una intimidad cálida.

Arequipa 28 de junio del 2017

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : J.P.E.
Edad : 55 años
Sexo : Masculino
Fecha de nacimiento : 03/11/1961
Lugar de nacimiento : Lima
Grado de instrucción : Secundaria
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Operario de construcción
Religión : Católica
Informante : Paciente y hermano
Fecha de evaluación : 30 de junio 2017
Nombre del examinador : Jesús Gabriel Marroquín Tello

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es ingresado al servicio de Psiquiatría por intentar quitarse la vida tomándose veneno para ratas.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- ✓ Observación
- ✓ Entrevista
- ✓ Pruebas psicológicas
 - TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL (TONI-2)
 - Inventario Multifásico de Personalidad MINI MULT
 - Test del dibujo de la Figura Humana de Karen Machover
 - Test de los Colores de Max Lüscher

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente hace 17 años tuvo un accidente de tránsito mientras trabajaba en la ciudad de Cuzco, golpeándose la cabeza, perdiendo el conocimiento por 5

minutos, y sufriendo fracturas múltiples de nariz y cráneo. Aproximadamente 5 meses después del accidente comenzó a tener periodos en los que se sentía muy triste, lloraba incontrolablemente, le costaba dormir, sufría de mareos y tenía excesiva preocupación porque le dijeron que perdería su empleo por su condición delicada de salud. Fue llevado a Cuzco para hacerle estudios y seguimiento para descartar un posible tumor cerebral. Posteriormente a todos los estudios realizados, los resultados arrojaron negativos, siendo así derivado al departamento de psicología con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. El paciente considera que todos los procedimientos realizados en aquella época fueron en realidad un atentado contra su vida, producto de una conspiración para que pierda su trabajo y sea trasladado a otra ciudad. Fue trasladado a Arequipa para recibir tratamiento psiquiátrico en un hospital y un centro de salud particular. En ambos centros recibió el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con trastorno bipolar debido a que era muy “inestable en sus emociones” tenía dificultades para moverse, creía que la gente buscaba hacerle daño o que hacían que las cosas “confabulen en su contra” pero él no estaba de acuerdo con ese diagnóstico ya que según menciona durante aquella época no tenía etapas de alegría, sólo recuerda que se sentía “deprimido”.

El paciente habría sido asaltado en dos ocasiones, hace 12 años ya estuvo trabajando en una comisaría en Arequipa, donde se encontró con algunos colegas de Cuzco, y asegura que uno de ellos era quien encabezaba la conspiración contra el paciente, llegándolo a denunciar por “hostigamiento laboral personal y amedrentamiento por hostilidad”. Sin embargo esta denuncia fue desaparecida “misteriosamente” por el coronel de la comisaría. Y en la segunda ocasión hace 9 años habría sido asaltado por 3 personas camufladas y el paciente está convencido que fueron nuevamente sus colegas.

Cuatro días después acudió a consulta psiquiátrica donde fue internado por emergencia por indicación del área de hospitalización de la Policía, posteriormente fue trasladado a Lima para su tratamiento. En Lima recibió

medicación por 30 días (Litocar, Urcin, Cabamazepina y Levomepromazina). Hace 3 años fue dado de baja por una denuncia contra él por tocamientos indebidos a un menor, sin embargo el paciente niega haber realizado esos actos. Desde que fue dado de baja, el paciente sale a altas horas de la noche a leer publicaciones sobre su caso judicial, señala que todo es producto de la conspiración que tienen contra él. Inmediatamente después que revisa todo lo concerniente a su caso judicial, el paciente entra en estados de depresión e ira descontrolada, se siente muy “frustrado y encolerizado”, llora y tiene conductas violentas, incluso llegando en una ocasión a intentar incendiar su casa. Consiguió un nuevo empleo en Lima como operario de construcción, sin embargo con el dinero ahorrado viaja, costea gastos “de lujo y lo despilfarra en juegos. Hace una semana fue revisado por un médico psiquiatra particular quien continuó dándole la misma medicación y fue referido a psicología para una evaluación complementaria ya que tomó una sobredosis según el paciente “para demostrar que su organismo es muy fuerte”.

No tuvo complicaciones durante el embarazo, Presentó retraso en el desarrollo psicomotor, alcanzó control de esfínteres entre los 5 y 6 años. En el colegio fue un alumno regular pero travieso y con bastantes amigos en la primaria, durante la secundaria faltaba a clases, no le gustaba hacer tareas, leía sobre temas religiosos y de derecho, repitió un año, no le gustaba ir a fiestas porque no tenía muchos amigos y se sentía triste. Tuvo su primera relación sexual a la edad de 15 años siempre tuvo amigos pero sus relaciones fueron superficiales, sentía temor de ser rechazado por las mujeres motivándolo a no manifestar abiertamente sus emociones, gustaba de practicar bastantes deportes. Se siente satisfecho con su vida familiar y marital, ha trabajado como policía, y operario de construcción. No consume sustancias nocivas o tóxicas. Contó con el diagnóstico de trastorno bipolar por un médico particular.

Tiene padre y madre, ambos, de 67 años de edad con quien mantiene una relación buena aunque no recibe su apoyo para las hijas hasta que las reconozca legalmente. Además 2 hermanos de madre y padre 6 hermanos, una hermana que tiene diagnóstico de trastorno bipolar incipiente y otros 2 hermanos, uno con cáncer y el otro con problemas de asma; siendo el paciente quien ocupa el 8vo entre todos sus hermanos con quienes no tiene una buena relación. Tiene una pareja de 49 años con quien convive pero 2 hijas de distintas mujeres.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

El paciente se mostró poco colaborador al inicio de la entrevista, dejando notar su desconfianza ante la evaluación. Su atención está conservada, se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, su lenguaje comprensivo y expresivo son coherentes y fluidos, utilizando un tono y velocidad más alto en los momentos de exaltación acompañado de movimientos corporales enérgicos, su pensamiento en cuanto al curso mantiene su organización, puede enlazar ideas correctamente, no presenta bloqueos ni dudas, sin embargo, mantiene ideas perseverantes de conspiración. El contenido se caracteriza por ideas de grandeza, acentuación en su formación y conocimientos en neuropsicología, derecho, y diversos temas, se caracteriza además por tener ideas de superioridad ya que no le teme a nada, ideas delirantes de matiz paranoide ya que asegura que la gente busca perjudicarlo. No tiene problemas de percepción en cuanto a sensaciones ni alucinaciones y su memoria remota y reciente están conservadas, tiene un adecuado funcionamiento de su memoria de trabajo y memoria sensorial; la memoria a largo plazo conservada, funcionamiento adecuado de su memoria autobiográfica, semántica y episódica, Anímicamente se muestra resentido y con deseos de hacer justicia, adicionalmente se muestra decaído y frustrado, con momentos de tristeza y cólera alternados durante la entrevista. Cuenta con parcial conciencia de enfermedad.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Su capacidad intelectual es promedio por lo que posee adecuadas capacidades de entendimiento, comunicación, raciocinio, aprendizaje, planificación y solución de problemas, pero se aprecia reducida capacidad de autocrítica que le impide un reconocimiento de diferentes dificultades, distorsionándolas y sintiendo que tiene capacidad para resolverlos por sus propios medios sin necesidad de ayuda.

A lo largo de los últimos 15 años ha presentado episodios de tristeza, frustración, búsqueda de aprobación y reconocimiento, se ha mostrado insatisfecho con las circunstancias que le ha tocado vivir, intentando incluso a querer quitarse la vida, utilizando un mecanismo de raciocinio para justificar dicho acto como el querer “demostrar su organismo fuerte”; todo esto sucedido en repetidas ocasiones las que serían precedidas por episodios de ira, conductas impulsivas, agresividad, y euforia

Durante la evaluación se presenta más como una persona bastante dinámica, entusiasta y con gran energía para realizar distintas actividades, tratando de dar una imagen favorable de sí mismo, es bastante intenso en sus emociones y conductas donde puede llegar a la exageración o sobreactividad, con sensación de posterior fatiga, llegando a refugiarse en la fantasía buscando reconocimiento y méritos por las actividades que siente que despliega. Es desconfiado mostrándose suspicaz, receloso y evasivo, con baja tolerancia a la frustración y sin capacidad de autocrítica.

Sus relaciones interpersonales son superficiales y mientras no estén en contra de lo que él piensa, no son conflictivas y se puede adecuar al pensamiento de los demás, pero cuando no están de acuerdo a lo que él dice o piensa puede reaccionar en forma violenta y sin medir las consecuencias de sus actos.

De todo lo evaluado hasta el momento, el paciente posee un nivel intelectual dentro del promedio pero con escasa autocrítica, trata de dar una imagen favorable, ha tenido reiteradamente etapas de tristeza y sintomatología afín con ella, procedido luego por escaso control de sus impulsos que son

intempestivos, no cuenta con una adecuada capacidad de Insight. Todos estos rasgos se intensifican por sus creencias y pensamientos delirantes matizados por suspicacia y desconfianza.

VII. DIAGNÓSTICO

Paciente altamente enérgico y dinámico, tendiente a la sobreactividad posee rasgos de suspicacia, poca tolerancia a la frustración y al control de impulsos, con escasa capacidad autocrítica, desconfianza y temor por las críticas ajenas, tiene ideas delirantes de grandeza, superioridad y de constante ataque contra su persona, con relaciones interpersonales dificultosas cuando no se concuerda con su pensamiento; por lo que se puede concluir que el paciente sufre de un trastorno de personalidad de tipo paranoide, (F60.0); esto asociado además al trastorno ciclotímico (F34.0) dado que los sentimientos de tristeza y manía se han presentado de forma intermitente y conjunta durante algunos episodios de su vida por la inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves.

Evaluación Multiaxial

En el eje I: Trastorno ciclotímico

En el eje II: Trastorno de Personalidad tipo Paranoide

En el eje III: Ninguno

En el eje IV: denuncia por tocamientos indebidos a menor

En el eje V: EEAG-50

VIII. PRONÓSTICO

Desfavorable debido a que el paciente continúa mostrando las conductas de desconfianza y agresividad a pesar de su parcial conciencia de enfermedad; presenta también antecedentes de abandono y falto de continuidad con la terapia médica, además de tener el proceso judicial pendiente lo que podría acentuar la inestabilidad emocional del paciente dificultando así su recuperación.

IX. RECOMENDACIONES

- Reevaluación psiquiátrica
- Psicoterapia Individual
- Orientación a la familia

Arequipa 30 de junio del 2017

Jesús Gabriel Marroquín Tello

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	:	J.P.
Edad	:	55 años
Sexo	:	Masculino
Fecha de nacimiento	:	03/11/1961
Lugar de nacimiento	:	Lima
Grado de instrucción	:	Secundaria
Estado civil	:	Conviviente
Ocupación	:	Operario de construcción
Religión	:	Católica
Informante	:	Paciente y hermano
Fecha de evaluación	:	30 de junio del 2017
Nombre del examinador	:	Jesús Gabriel Marroquín Tello

II. DIAGNÓSTICO

Paciente altamente enérgico y dinámico, tendiente a la sobreactividad posee rasgos de suspicacia, poca tolerancia a la frustración y al control de impulsos, con escasa capacidad autocrítica, desconfianza y temor por las críticas ajenas, tiene ideas delirantes de grandeza, superioridad y de constante ataque contra su persona, con relaciones interpersonales dificultosas cuando no se concuerda con su pensamiento; por lo que se puede concluir que el paciente sufre de un trastorno de personalidad de tipo paranoide, (F60.0); esto asociado además al trastorno ciclotímico (F34.0) dado que los sentimientos de tristeza y manía se han presentado de forma intermitente y conjunta durante algunos episodios de su vida por la inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves.

III. OBJETIVOS GENERALES

- Atenuar la constricción e inflexibilidad marcada en las ideas de constante daño que cree tener el paciente.
- Disminuir los síntomas de tristeza que experimenta el paciente
- Controlar la euforia que genera conductas desadaptativas.
- Mejorar la capacidad de interrelacionarse con las personas de su entorno.

IV. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

TÉCNICA	RELAJACIÓN		
SESIÓN	1	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Moderar el estado de ánimo		
DESCRIPCIÓN	Se le enseña a relajar los músculos del cuello, hombros, brazos, manos y piernas contrayendo y distendiendo los músculos involucrados en estas zonas corporales. Se le enseñan el tipo de respiración diafrágmático y se le enseña la importancia de la misma. Se practica tres veces conjuntamente con el terapeuta para ilustrarle mejor la corre la realización del ejercicio.		

TÉCNICA	ENSEÑANZA DEL MODELO A B C		
SESIÓN	2	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Enseñar al paciente la forma como nuestros pensamientos ocasionan nuestras emociones y estas nuestras conductas.		

DESCRIPCIÓN	<p>Se explicará al paciente mediante distintos tipos de ejemplos como un acontecimiento similar puede tener reacciones conductuales distintas y emociones distintas basados en pensamientos y creencias racionales e irrationales afectando positiva y negativamente a las personas.</p> <p>Se le enseñará a registrar una hoja de registro donde anotará los momentos incómodos que tiene, sus pensamientos, sus emociones y sus conductas.</p>		
--------------------	--	--	--

TÉCNICA	DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS		
SESIÓN	3, 4 y 5	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Identificar los pensamientos automáticos de daño que cree tener el paciente por parte de las personas cercanas a él.		
DESCRIPCIÓN	<p>Se explicará al paciente el significado de los pensamientos automáticos, cómo ocurren, por qué suceden y de qué manera nos pueden afectar positiva y negativamente en nuestra vida. Se indagarán los principales pensamientos de daño contra su persona de parte de otros que posee el paciente. Los anotará en una columna en una hoja bond con un lapicero indicando el momento y la frecuencia en que estos ocurren</p>		

TÉCNICA	BÚSQUEDA DE EVIDENCIA		
SESIÓN	6 y 7	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Confrontar los pensamientos automáticos que posea el paciente con las evidencias reales		
DESCRIPCIÓN	Una vez identificados los pensamientos automáticos de la		

	<p>sesión anterior se trabajará en base a ellos para evidenciar si realmente son válidos o no. Se revisará la tarea asignada y se empezará a confrontar la realidad del paciente junto a sus creencias. Se anotará en la hoja de papel al costado derecho del pensamiento automático identificado y se pedirá al paciente que verbalice qué encontró de distinto. Se continuará de la misma manera con cada pensamiento automático que tenga el paciente.</p>
--	---

TÉCNICA	DEFUSIÓN COGNITIVA		
SESIÓN	8 y 9	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Reducir la credibilidad y el impacto de los pensamientos negativos		
DESCRIPCIÓN	<p>Se le enseña al paciente a ver los pensamientos como lo que son pensamientos y no como ellos dicen ser, cambiando la relación que se tiene con ese pensamiento.</p> <p>Se le enseñará a diferenciar entre pensamientos y acciones a través de la contemplación del pensamiento, de la repetición del mismo en alto hasta que solo quede el sonido, de la observación del evento como un evento externo que puede modificarse logrando una actitud más objetiva y distanciada respecto a los pensamientos</p>		

TÉCNICA	SUSTITUCIÓN DEL PENSAMIENTO		
SESIÓN	10, 11 y 12	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Lograr reemplazar las ideas de daño del paciente por afirmaciones positivas.		
DESCRIPCIÓN	Una vez logrado la detención del pensamiento a través de la palabra stop de forma mental, se procederá a		

	reemplazar las ideas de daño por una afirmación positiva que resulte creíble
--	--

TÉCNICA	DESCENTRACIÓN, CONTROL DE IRA Y REFORZAMIENTO POSITIVO		
SESIÓN	13	TIEMPO	60 min
OBJETIVO	Lograr la independencia del sujeto a criterios de valoración externos y autoafirmarse en los personales.		
DESCRIPCIÓN	<p>Se iniciará haciendo una revisión de la tarea dejada en la sesión anterior. Posteriormente se enseñará al paciente que las creencias erróneas que tiene no necesariamente se encuentran en relación a él, apoyándonos nuevamente en la búsqueda de evidencia y haciéndolo más independiente de las críticas que reciba de las demás personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar positivamente cada vez que el paciente pueda identificar correctamente sus pensamientos y consiga tomar conciencia que sus errores y logros personales dependen sólo de él. • Posteriormente se retomarán algunos ejercicios de relajación y se plantearán situaciones que le hayan generado conflictos por sus reacciones agresivas • Cuando se observen estas reacciones se detendrá la situación planteada y se solicitará la paciente que narre lo que sucedía por su cabeza y cómo se sentía • Se propondrán ejercicios similares en base a los sucesos que hayan ocurrido durante la última semana en que el paciente fue a terapia. 		

TÉCNICA	ENTRENAMIENTO EN CONDUCTAS ASERTIVAS		
SESIÓN	14	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Mejorar la ejecución interpersonal del paciente		
DESCRIPCIÓN	Se dará un entrenamiento en comunicación asertiva, mostrándole los tipos de comunicación que el paciente maneja, sus consecuencias y proponiendo situaciones donde él pueda manejar posibles reacciones violentas reforzando positivamente cada vez que lo haga de forma correcta		

TÉCNICA	TERAPIA Y APOYO FAMILIAR		
SESIÓN	15 y 16	TIEMPO	45 min
OBJETIVO	Involucrar y comprometer a la familia del paciente en las etapas de su recuperación y control periódico.		
DESCRIPCION	<p>Se citará a la familia del paciente a quienes se explicarán los avances que se han tenido con el paciente. Se explicará las características de la enfermedad que tiene, la forma en que se dio, cómo es que ha venido evolucionando y la importancia de su apoyo a nivel emocional mientras continúe el proceso judicial pendiente y de esta manera se continúe con el tratamiento de una forma más efectiva.</p> <p>Se establecerá un compromiso por escrito entre el paciente y su familia, de tal forma que estén dispuestos a cumplirlo y se citará al paciente y/o familia para continuar con los controles respectivos.</p>		

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Se realizarán 16 sesiones entre 1 ó 2 sesiones por semana con una duración aproximada de 45 minutos por sesión.

VI. AVANCES PSICOTERAPÉUTICOS

Se pudieron realizar las 6 primeras sesiones, logrando identificar las creencias irracionales automáticas que presenta y confrontando con la realidad. No se pudo continuar porque el paciente no regresó a terapia a pesar de haber sido citado nuevamente en reiteradas ocasiones.

Arequipa 30 de junio del 2017

Jesús Gabriel Marroquín Tello

ANEXOS
CASO
CLÍNICO 2

GLV

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

55

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINI-MULT
HOJA DE RESPUESTA

APELICIOS		PATERNO	MATRERO	NOMBRES
J E				

SEXO

M F

FECHA DE NACIMIENTO
 AÑO 1961 MES 07 DIA 03

FECHA DE APLICACIÓN
28/06/72

Marque con un aspa(X) la Letra V (verdadero) o F (falso), según sea su respuesta.

01	V	F	11	V	F	21	V	R	31	V	F	41	V	F	51	W	F	61	X	F
02	X	F	12	V	R	22	W	F	32	V	X	42	W	F	52	V	Y	62	V	Y
03	V	F	13	V	R	23	V	F	33	V	R	43	V	R	53	V	R	63	V	F
04	V	F	14	V	R	24	X	F	34	X	F	44	V	R	54	V	F	64	X	F
05	V	R	15	V	R	25	V	Y	35	Y	F	45	V	R	55	V	R	65	V	F
06	V	R	16	V	R	26	V	Y	36	Y	F	46	V	F	56	X	F	66	V	R
07	V	R	17	V	F	27	V	Y	37	V	R	47	V	R	57	V	F	67	X	F
08	V	R	18	W	F	28	W	F	38	Y	F	48	V	Y	58	V	Y	68	V	R
09	V	R	19	V	F	29	Y	F	39	V	X	49	V	F	59	V	F	69	V	R
10	V	R	20	Y	F	30	V	Y	40	V	R	50	V	Y	60	V	F	70	X	F

L	F	K	HS	D	Hs	Dp	Pa	Pt	Ps	Bs	Ma
			1+5K	2	3	4+4K	6	7+1K	8+1K	9+2K	
Puntuación directa	3	2	4	1	0	3	3	4	5	9	
Puntuación MM	8	6	10	16	20	24	14	10	11	15	
Ahadir K										24	
Puntaje T	63	58	146	15	58	64	18	21	25	26	

