



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado / Pre-proyecto de Investigación



Cáncer de mama: perfiles cognitivos como factor de vulnerabilidad

Estudiante: María Soledad Santana 2.005.715-6 / Tutor: Prof. Ag. Ana Luz Protesoni

Montevideo Mayo de 2016

Índice

Índice	2
Cáncer de mama: perfiles cognitivos como factor de vulnerabilidad	4
Resumen	4
Palabras claves	5
Fundamentación	5
Antecedentes Y Justificación	7
Estructura del Marco Teórico	11
Cáncer de mama.	11
Factores de riesgo relacionados al cáncer mamario	12
Factor de riesgo y vulnerabilidad	13
Dimensión cognitiva y vulnerabilidad	14
La Teoría del Estrés y los Sistemas de Alostasis	17
Modelo relacional de variables	19
Problema y Objetivos de la Investigación	20
Objetivos generales	20
Objetivos específicos	21
Hipótesis	21
Diseño Metodológico	21
Unidades de análisis	22
Recorte temporal	23
Tipos de datos	24
Técnicas de recolección de datos	24
Escala de identificación de ideas irracionales de Ellis	24
Test evaluación de creencias de Beck	24
Escala de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan	25
Validez y Confiabilidad	25
Validez interna	26
Confiabilidad interna	26

Inventario de Ansiedad de Beck	27
Inventario de depresión de Beck	27
Estrategias de implementación de campo y análisis de datos	27
Consideraciones éticas	28
Etapas de la Investigación	30
Bibliografía	31
Tablas de operacionalización de las variables	36
Anexo	38
Escala de Pensamientos Automáticos	38
INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991) ¹	39
TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES	40
IDENTIFICCIÓN DE IDEAS IRRACIONALES	44
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	49
Inventario de Depresión de Beck.	50
Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:	55

Cáncer de mama: perfiles cognitivos como factor de vulnerabilidad

“Lo insoportable de una enfermedad no tiene sola y estricta relación con la gravedad de las alteraciones del funcionamiento orgánico...”
(Schnacke, 2002, p 160)

Resumen

Según cifras de la Comisión Honoraria de lucha contra el Cáncer (2016), en Uruguay, 1 de cada 10 mujeres puede desarrollar Cáncer de mama a lo largo de su vida.

En el mundo el cáncer mamario está posicionado como una de las enfermedades que mantiene más alerta a las mujeres, por su alto índice de incidencia y mortalidad.

En Estados Unidos, se presentan cada año, cerca de 100 veces más, de nuevos casos de esta enfermedad, según el Instituto Nacional del Cáncer (2016).

Muchos investigadores consideran que existe un tipo de relación entre determinados patrones de conducta y el desarrollo de la enfermedad.

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo indagar la existencia de un posible perfil cognitivo característico de las mujeres que han padecido cáncer mamario.

Con aportes de la Teoría Cognitivo Conductual y La Psiconeuroinmunoendocrinología. se parte del supuesto, de que determinadas características de la personalidad de un sujeto pueden hacerle alcanzar distintos niveles tanto de estados de ansiedad, como de depresión, causando en el individuo situaciones de estrés que podrían cronificarse en el tiempo; provocando dificultad a nivel orgánico, como lo es la inmunosupresión.

El abordaje del objeto es cuantitativo ya que busca enfocarse en aspectos o particularidades de la conducta de los sujetos en interacción con su contexto. Este abordaje permite generalizar resultados y descubrir patrones en caso de que existieran. La técnica de recolección de datos que se piensa implementar es la aplicación de test, dentro de ésta utilizaremos la “Escala de Identificación de Ideas Irracionales” de Ellis; Test de “Evaluación de Creencias” de Beck; “Escala de Pensamientos Automáticos” de Ruiz y Lujan; “Inventario de Ansiedad” e “Inventario de Depresión” de Beck; siendo el objetivo, indagar factores de carácter conductual y su posible vínculo con el desarrollo del cáncer de mama.

Para el análisis de datos se implementarán funciones probabilísticas de resumen de datos, que permiten establecer el grado de significación de la relación entre las variables propuestas.

Con dicha investigación se pretende alcanzar respuestas que amplíen el conocimiento sobre el tema, entendiendo por éste último, de gran importancia para las mujeres en su totalidad. Las cifras demuestran, tanto a nivel Nacional, como Mundial, que el cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres en países desarrollados, como en desarrollo.

Poder encontrar los factores de vulnerabilidad que conllevan a las mujeres a poder desarrollar esta enfermedad en algún momento de su vida, podría llegar a ser clave para la prevención de la misma.

Palabras claves

Cáncer de mama, perfil cognitivo, factor de vulnerabilidad, estrés crónico

Fundamentación

El cáncer de mama en las últimas décadas, se encuentra entre las enfermedades más relevantes en las mujeres a nivel mundial. Según lo indica la OMS:

“Es el más habitual entre las mujeres en todo el mundo, y está creciendo considerablemente, especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas” (OMS, 2016).

Su incidencia varía a nivel mundial, así como su mortalidad, poniendo en estado de alerta a las mujeres como población con mayor riesgo de padecerlo, convirtiéndose también en un problema de salud pública. Se han puesto en marcha estrategias para el control poblacional del cáncer mamario; como por ejemplo, la sensibilización, la promoción de políticas públicas y programas apropiados (OMS, 2016).

Poder determinar cuáles son aquellos factores que predisponen cierta vulnerabilidad para el desarrollo del cáncer mamario, puede convertirse no sólo en un avance en materia de prevención, sino también en una mejora en la calidad de vida de aquellos sujetos que ya han desarrollado enfermedades neoplásicas.

En el caso específico del cáncer de mama existen muchos factores de riesgo por lo que resulta muy difícil establecer un responsable único, es por ello que se habla de “origen multifactorial” (Torrealba, 2013).

Se le denomina factor de riesgo, aquel que afecta la probabilidad de contraer la enfermedad. Para la OMS (2013), en el caso del cáncer de mama, los factores de riesgo más mencionados son: edad, carga genética, raza y origen étnico, tipo de tejido mamario, así como también estilo de vida. Dentro de éste último, se encuentran: el consumo de tabaco, los hábitos alimenticios, la ausencia de ejercicio físico; como también los patrones de conducta; hay estudios que indagan sobre la relación entre el “patrón de conducta tipo C” y el cáncer de mama (Torres, 2006); otros estudios, como lo son los realizados por la Pnie, desarrollan la “Teoría del Estrés”, descrita por Hans Selye y el “Sistema de Alostasis” (Albalustri, 2007); marco desde donde se observa el objeto de estudio del presente proyecto.

Ésta última es una disciplina basada en investigaciones científicas que propone un enfoque integral del ser humano, en el cual interactúan psiquis, soma y entorno.

La “Teoría del estrés”, sustento epistemológico de la disciplina, está relacionada a una respuesta del organismo; implicando un conjunto de respuestas fisiológicas y psicológicas, que activan mecanismos y nos preparan para la acción (Selye, 1956). Desde este punto de vista, el estrés no es catalogado como negativo. El inconveniente surge, cuando esta respuesta es mantenida en el tiempo y el individuo no tiene suficientes herramientas para enfrentarlo, provocando de esa manera síntomas físicos y desórdenes orgánicos.

Las habilidades con las cuales un individuo enfrenta la adversidad, puede tener un cambio sustantivo en la repercusión que ésta tenga sobre él mismo. La percepción del sujeto sobre lo que sucede, juega un rol fundamental a la hora de encontrar mecanismos que lo ayuden a enfrentar distintas situaciones.

Los sujetos hacen una interpretación de la realidad y los acontecimientos, distorsionando en algunas ocasiones los mismos. La conducta de un individuo está constantemente regulada por la percepción que tiene de sí mismo y del mundo. Las “distorsiones cognitivas” pueden alterar la habilidad del sujeto para valorar los factores tanto externos como personales (Carbonell, 2002).

De acuerdo con el modelo cognitivo (Chertock, 2006) “las reacciones emocionales y conductuales de los individuos dependen de la interpretación que estos asignan a los hechos y situaciones en que están inmersos, más que de los hechos en sí” (p 108). De manera tal que, lo que para un individuo pueda ser una situación estresante; para otro, la misma situación puede no serlo.

La exposición gradual y mantenida de situaciones que desencadenen una respuesta de estrés, puede tener consecuencias en el organismo.

“...el abuso de estos sistemas y de las respuestas de estrés, producen lo que se correspondería con la “Fase de Agotamiento” descrita por Hans Selye, y desde esta nueva concepción se describe la “carga alostática” que conlleva a fallas en los mecanismos de autorregulación” (Dubourdieu, 2008, p 55).

Todo este mecanismo tiene consecuencias directas sobre el sistema inmune, pudiendo desencadenar enfermedades como es el caso que nos interesa.

Uno de los aportes de este proyecto de investigación es el de encontrar una relación entre los perfiles cognitivos y el desarrollo del cáncer mamario; considerando de que en la medida en que se puede predecir un comportamiento, también se pueden cambiar. De existir conductas que pueden ser factibles de causar situaciones de estrés; ansiedad o depresión mediante; éstas podrían modificarse; previniendo así futuras enfermedades.

Antecedentes Y Justificación

La sistematización de bibliografía e investigaciones sobre la relación del cáncer de mama y sus causas emocionales-conductuales, ha dado cuenta que la mayor parte de éstos estudios está dirigido hacia el abordaje del fenómeno desde el acompañamiento en el proceso de la enfermedad, las consecuencias cognitivas de los tratamientos y las habilidades para el enfrentamiento de ambas cosas.

Algunos de los más reconocidos a modo de ejemplo: “Estrategias de intervención psicológica en pacientes de cáncer de mama” (Rojas, 2006), este trabajo centra su intervención en el paciente y familiares, no en la enfermedad, dando un paso adelante, atendiendo al paciente como una unidad biopsicosocial, pero poniendo el foco en el tránsito y la vivencia de la misma y sus consecuencias, y no en las causas.

Otros tantos ponen el foco hacia las consecuencias de los tratamientos, tanto a nivel físico como cognitivo, como los son el cambio de imagen, deterioro físico y rendimiento intelectual en el tránsito de los procedimientos.

Narváez (2008) realiza una valoración interesante sobre las terapias que acompañan la ansiedad y depresión que surge del cambio corporal, sus consecuencias en la autoestima, y la sexualidad. Pero seguimos enfocados como en otros tantos estudios, en la enfermedad y sus consecuencias en el sujeto.

Desde la psicología y sus distintos enfoques, nos encontramos con estudios, que tratan de encontrar una relación, causa-efecto para el desarrollo de diferentes enfermedades; éstos son los de mayor interés para el presente proyecto.

“Ya desde Hipócrates, el individuo sano lo era porque había logrado un estado de armonía dentro de sí mismo. Creía que cualquier cosa que ocurriera en la mente afectaría a lo que sucediera en el cuerpo” (Fernández y Olijavetzky, s/a).

Adriana Schnake, Médico Psiquiatra chilena, terapéutica gestáltica, ofrece un enfoque holístico de la salud enfermedad, tratando de separarse del psicoanálisis, para encontrar un enfoque más cercano. En su libro “Enfermedad, síntoma y carácter” (2007), la doctora logra encontrar un vínculo entre la medicina y la psicoterapia, enfocándose en las características de cada órgano y los sistemas a los cuales pertenecen, enfrentándolos a la personalidad del individuo, sobre el entendido de que el cuerpo se hace presente a través de síntomas y enfermedades con un mensaje que es posible descifrar.

Jennifer Middleton (2014) psicooncóloga clínica, considera que no se debería hablar de personalidades cancerígenas, sino estilos de vida que aumentan las probabilidades de desarrollar un cáncer de mama. Sin embargo para la autora del libro “Yo (no) quiero tener cáncer” (2014), hay ciertos patrones de conducta común en las personas que lo han padecido. Dentro de ellas nos encontramos con:

“Predominio de la tensión por encima del entusiasmo vital; se ven obligados a hacer determinadas cosas; ausencia de actividades placenteras o de ocio que les interesen; exageradamente responsables en el trabajo, esta sobrecarga de responsabilidades no les deja tiempo para disfrutar de otras actividades; bloqueo de las emociones, sobretodo relacionadas con la rabia o la pena; duelos o pérdidas no elaborados; frustración ante situaciones de la vida, pareja, trabajo, etc. sintiendo que no pueden escapar, que hay que vivir así y que no se pueden cambiar; son personas que se auto postergan viviendo en función de las necesidades del entorno” (Torner, 2011, p 15).

Desde la Escuela Psicósomática Psicoanalítica de Dunbar Flandes se busca un perfil psicológico de cada enfermedad. Dunbar (1943) fue la primera en proponer que existía una

correlación entre tipos de personalidad y ciertas enfermedades orgánicas; describiendo el perfil caracterológico como “un conjunto de actitudes afectivas, modos de conducta y elaboraciones cognitivas, el cual se relaciona específicamente con determinadas entidades clínicas” (Otero y Rodado, 2004).

Morris y Greer (1980) investigaron la existencia de un tipo de personalidad característica del cáncer de mama, llegando a plantear el término “personalidad tipo C”, para describir a: “personas emocionalmente contenidas, especialmente cuando se las confronta a la tensión” (Tamblay y Bañados, 2004, p 50). Éste es un antecedente clave para el presente proyecto; la existencia de investigaciones que den cuenta de un tipo de personalidad asociada al cáncer mamario.

Temoshok (1985) presenta el clásico concepto en sus estudios de pacientes con cáncer. Estos pacientes reportaban lo que él llamó una “Personalidad Tipo C” y las describió como: “Excesivamente cooperativa, apaciguadora, no asertiva, poco afirmativa, paciente, inexpresiva de sus emociones negativas, y que aceptan-complacen a las autoridades externas” (Tamblay y Bañados 2004, p 50).

El componente clave y perjudicial de la “personalidad tipo C” parecería ser la supresión de las emociones, sobre todo aquellas relacionadas con la ira y el enojo.

“La supresión de la agresión es el elemento fundamental, siendo la racionalidad y anti emocionalidad, uno de los factores asociados a ésta” (López et al. 2002, p 231).

El “Tipo C” es entonces un tipo de afrontamiento represivo frente a las emociones negativas.

Distintos autores se enfocan en la investigación de la “personalidad tipo C”, como aquella que predispone al cáncer y diferenciándola además de la personalidad “tipo A” y “tipo B”.

El Patrón de conducta tipo A”, está asociado a las enfermedades coronarias, el “tipo B” sería la más saludable, asociada a estados emocionales más equilibrados y la “tipo C”, que es la que interesa en este trabajo, se encuentra relacionada a las enfermedades neoplásicas (Torner, 2011).

Fernández y Ruiz (1997), teniendo en cuenta los estudios realizados por Eysenk, explicitan como crítica hacia las investigaciones que afirman la existencia de una personalidad relacionada con el cáncer, la necesidad de nuclear el amplio número de características que se hallan ligados a ella.

“Ante la insuficiencia del modelo unicausal para dar explicación a los grandes problemas modernos de salud (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares o mentales, etc.), en los cuales resulta estéril seguir buscando *"la causa"*, aparecen otros modelos que intentan rescatar todos los factores posibles que intervienen en su presentación. La enfermedad se concibe entonces como producto de la influencia de las interacciones entre el agente, el hospedero y el ambiente, en un contexto tridimensional que incluye la relación de los factores entre sí, e incorpora el modelo multicausal que busca identificar los factores de riesgo o determinantes de la enfermedad” (Moreno-Altamirano, 2007).

Otra de las críticas relacionadas con los estudios que confirman la existencia de la misma, es que se han utilizado para su estudio, diversos diseño de investigación como también instrumentos, arrojando diversos resultados; unos relacionando la personalidad “tipo C” al cáncer mamario y otros, más amplios al cáncer en general. Surgiendo a partir de los resultados la necesidad de integrar estudios que arrojen resultados unificados:

“Hallazgos obtenidos se amparan en el uso de instrumentos de evaluación muy diversos (...) diversidad de diseños de investigación utilizados, así como también diferentes muestras de sujetos (...) abarcan patologías cancerosa de diversos tipos a una misma patología pero en distintos estadios de la enfermedad y, en ocasiones en sujetos de la población general” (López et al., 2002, p 232).

La presente investigación tomará como antecedente primordial, la ya existencia de la investigación de un tipo de personalidad ligada al desarrollo de cáncer de mamario, la personalidad tipo C. Ante la necesidad de aunar los resultados de la misma y tomar un diseño más riguroso; en el presente proyecto se utilizarán datos primarios, ajustados a un diseño específico, respondiendo a un marco teórico construido y a objetivos específicos.

Para ellos tomaremos como referente los aportes de la Psiconeuroinmunoendocrinología; disciplina que, con su enfoque integral del ser humano, busca dar cuenta de la red de interacciones que atraviesan al mismo, sustentada bajo distintas teorías como la del Constructivismo Moderado (Dubourdieu; 2008); Paradigma de Complejidad (Morín, 2008); Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1969); Teoría de Caos (Prigogine, 1977) y Teoría del Estrés (Salye, 1956) y Los Sistemas de Alostasis (Albalustri, 2007) que dan sustento teórico a sus planteos.

Junto con las contribuciones de la Teoría Cognitivo Conductual y el enfoque de la Pnie como principales referentes teóricos, se busca dar un paso adelante en las investigaciones, en pro de encontrar uno de los tantos factores de vulnerabilidad que podrían favorecer el cáncer mamario.

La población seleccionada para dicho estudio son las mujeres entre 30 y 40 años, ya que el número de mujeres jóvenes que han sido diagnosticadas con cáncer mamario, ha aumentado lenta y progresivamente.”En los últimos 30 años el número de casos de mujeres con menos de 40 años se ha triplicado” (Jhonson, 2013).

¿Qué es lo que sucede entonces, que las mujeres cada vez más jóvenes padecen esta enfermedad?; ¿qué ha cambiado en ellas? , que no sucedía anteriormente.

Una de las hipótesis de este proyecto de investigación es que estas mujeres pueden estar padeciendo niveles de ansiedad y depresión leves o moderados, casi imperceptibles para la mirada del otro; y de ellas mismas. Niveles con los cuales se puede convivir y que no las vuelve disfuncionales; que siguen dando respuesta a las exigencias de la hipermodernidad: madres, esposas, amigas, hijas, trabajadoras; ganando cada vez más derecho y más terreno a nivel social. Pero que las lleva a padecer las consecuencias de tales exigencias.

“Cuando el transcurrir de la vida es percibido como estrés, con todas sus consecuencias psicofisiológicas, la actividad humana no puede proseguirse indefinida e impunemente” (Canelones, 2015).

Estructura del Marco Teórico

“No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas” (Camacho, J, 2003).

Cáncer de mama.

La palabra “Cáncer” deriva del latín “cangros”, animal nocturno que vive en las profundidades del pantano y utiliza movimientos imprevisibles e incoordinados para desplazarse, capturando y torturando a la presa hasta la muerte (Almanza y Holland, 2000).

“Cada una de las células de nuestro cuerpo tiene ciertas funciones. Las células normales se dividen de manera ordenada. Éstas mueren cuando se han desgastado o se dañan, y nuevas células toman su lugar. El cáncer se origina cuando las células comienzan a crecer sin control. Las células del cáncer siguen creciendo y formando nuevas células que desplazan a las células normales. Esto causa problemas en el área del cuerpo en la que comenzó el cáncer (tumor canceroso)” (American Cancer Society, 2016).

En el caso específico del cáncer de mama, éste supone un crecimiento descontrolado de las células mamarias.

“El cáncer es el resultado de mutaciones, o cambios anómalos, en los genes que regulan el crecimiento de las células y las mantienen sanas. Los genes se encuentran en el núcleo de las células, el cual actúa como la "sala de control" de cada célula. Normalmente, las células del cuerpo se renuevan mediante un proceso específico llamado crecimiento celular: las células nuevas y sanas ocupan el lugar de las células viejas que mueren. Pero con el paso del tiempo, las mutaciones pueden "activar" ciertos genes y "desactivar" otros en una célula. La célula modificada adquiere la capacidad de dividirse sin ningún tipo de control u orden, por lo que produce más células iguales y genera un tumor. Un tumor puede ser benigno (no es peligroso para la salud) o maligno (es potencialmente peligroso). El término "cáncer de mama" hace referencia a un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias” (Breastcancer.org, 2013).

Factores de riesgo relacionados al cáncer mamario

Dentro de los factores de riesgo del cáncer de mama, están aquellos que no se pueden controlar y otros que sí. Dentro de los primeros nos encontramos con la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares; en este último caso hay estudios que indican que “sólo un 5-10% de los casos son producto de una anomalía heredada de la madre o el padre”(Breastcancer.org, 2013).

Hablar de los factores de riesgo que sí son controlables por los sujetos es complejo, ya que algunos de ellos aún están siendo investigados, surgiendo nuevas hipótesis. “Se siguen realizando estudios para descubrir los factores y hábitos en el estilo de vida que pueden alterar el riesgo de cáncer de seno. Los estudios en curso están evaluando los efectos del ejercicio, aumento o pérdida de peso y alimentación en el riesgo de cáncer de seno” (American Cancer Society, 2016). Así como también el consumo de alcohol, cigarrillos; exposición a determinados químicos, como puede ser el caso de compuestos semejantes al estrógeno, que se encuentran en los cosméticos, pesticidas y plásticos (American Cancer Society, 2016).

Alejándonos de la visión lineal y unicausal, en la cual los factores de riesgo preponderantes son, la carga genética, el sexo y la edad; es posible darle cabida a una perspectiva multicausal, en la cual, factores como lo emocional, entren en juego.

Factor de riesgo y vulnerabilidad

Desde la concepción de la OMS en cuanto al concepto de salud, la misma piensa que la “salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1987). A partir esta visión del sujeto biopsicosocial, una persona sana no es solamente aquella, que no padece ninguna enfermedad. Desde esta perspectiva podríamos apoyarnos también para tener una visión global del individuo, en el cual interactúan mente- cuerpo-entorno simultáneamente; un ser humano que se ve influenciado constantemente por el ambiente socio-cultural y ecológico (Dubourdieu, 2008).

Siguiendo este criterio, dentro de los factores de riesgo para contraer una enfermedad, deben de encontrarse: “Factores biológicos y conductas basales, hábitos de sueño, alimentación, eliminación, ejercicio, relajación; cognitivos como: pensamientos y creencias; psicoemocionales, afectivos y vinculares, factores de personalidad, espirituales, motivación y sentido de vida; que nos condicionan más allá de nuestra conciencia” (Dubourdieu, 2008, p55).

Para la OMS los factores de riesgo para contraer una enfermedad son:

“Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene” (OMS, 2016)

En el presente trabajo, tenemos en cuenta estos últimos factores, pero no los consideramos los únicos.

La dimensión cognitiva y psicoemocional también es fundamental a la hora de tener en cuenta, todas aquellas dimensiones del ser humano que puedan convertirse en un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de distintas enfermedades. Dentro de ellas podemos encontrar:

“La dimensión cognitiva: procesamiento de los estímulos, creencias nucleares, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, conductas, repertorio de habilidades y asertividad (...) Dimensión psicoemocional: facilitaciones de respuestas psicofísicas por experiencias y vivencias tempranas, o actuales, funcionamiento psíquico, mecanismos de afrontamiento y defensas, personalidad, vínculos afectivos, red de sostén” (Dubourdieu, 2008, p 84).

Dimensión cognitiva y vulnerabilidad

Para Balarezo (2010) la vulnerabilidad es una condición potencial de predisposición o de fragilidad, producto de diversos factores. Ésta condición es multidimensional, en la cual se pueden cruzar la facilitación biológica, genética o adquirida; cognitiva, expectativas negativas sobre el futuro, falta de apoyo vincular, entre otros.

¿Por qué considerar el perfil cognitivo de un individuo como un factor de vulnerabilidad?

“El concepto de Perfil Cognitivo es considerado por el modelo de la terapia cognitiva, como el estilo cognitivo o manera que tiene una persona de centrar y distribuir su atención, codificar y procesar la información, organizar los pensamientos, hacer atribuciones y comunicar reacciones e ideas a los demás. Los perfiles o estilos cognitivos son considerados dentro del modelo de la Terapia Cognitiva como factores de vulnerabilidad psicológica dentro de la cadena causal”. (Londoño, et al., 2008, p 17)

Así como las creencias motivacionales suelen ser un motor que impulsa generalmente el quehacer de los sujetos; las altas expectativas o la sobre exigencia por ejemplo, podrían ser factores de aparición de respuesta de estrés.

Los diferentes “esquemas cognitivos” pueden llevar a un sujeto a tener una visión negativa de sí mismo, como del mundo, entendiendo este último como su entorno, el futuro, los otros. Los recursos cognitivos con los que enfrenta la vida un sujeto, más allá de los sucesos adversos, pueden convertir la realidad y sus acontecimientos en verdaderas situaciones de estrés a las que se ve expuesto; dándole un sobre valor a determinados hechos, convirtiendo en estilo personal la forma en la que enfrenta la vida cotidiana.

En algunas ocasiones extremas, el miedo normal se vuelve patológico porque contiene elementos erróneos; “reflejando la existencia de una amenaza percibida, que no necesariamente coincide con la amenaza real” (Londoño, et al., 2008, p 16)

Los “esquemas cognitivos” pueden llevar a una visión negativa sobre sí mismo, del ambiente y del futuro, y a desarrollar pensamientos irracionales relacionados con los acontecimientos (Beck, 1979).

“Para Beck, los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad” (...) Todas las

personas contamos con una serie de esquemas que nos permiten seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de tal forma que sean accesibles y tengan un sentido para nosotros, a su vez también posibilitan identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción”. (Camacho, 2003, p 4)

El fundamento teórico del modelo cognitivo se encuentra en su particular enfoque acerca del origen y mantenimiento de la “perturbación emocional” (Chertock, 2006). De acuerdo a este criterio, las reacciones emocionales y conductuales de los individuos dependen de la interpretación que estos establecen frente a los hechos y situaciones de la vida cotidiana. Éstos acontecimientos pueden incluir, éxitos o fracasos, los cuales no determinan por sí solos reacciones o comportamientos; sino que son consecuencia del valor que el individuo atribuye a las circunstancias, de acuerdo a su particular sistema de creencias, entendiendo por éstas , ideas, valores y expectativas que el individuo posee de sí mismo y del el mundo que los rodea (Chertock, 2006).

Ellis (1962) desarrolló su modelo de Terapia Racional Emotiva en la que postuló la existencia de una serie de “creencias irracionales” en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales. Las “creencias” pueden entenderse como un conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ver e interactuar con el mundo, cómo evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos (Coppari, 2010).

Éstas “creencias” se caracterizan por determinados aspectos, uno de ellos es el que nos compete en éste trabajo; y es que, pueden llevar a emociones inadecuadas que nos conducen tanto a la ansiedad, como a la depresión (Coppari, 2010, p 33).

Ellis considera que gran parte de los problemas emocionales que aquejan a los sujetos, son consecuencias de los patrones de pensamiento irracionales (ideas, creencias, expectativas).

Dentro de la terapia Cognitiva de Beck, nos encontramos con “pensamientos negativos automáticos”, que tienen como característica, ser mensajes referidos a situaciones concretas y que sin importar cuan irracional sean, siempre son creídos; generalmente tienden a dramatizar una situación y son aprendidos (Beck, 1995).

Los “Pensamientos automáticos”, juegan un rol importante a la hora de hablar de depresión. “En el caso de la depresión, las cogniciones específicas serían de carácter absolutista y versarían sobre temas de pérdida, privación, fracaso e inadecuación personal” (Estévez y Calvete, 2009, p

30). De esta manera es posible hallar una relación entre “esquemas cognitivos” y depresión, mediada por los “pensamientos automáticos”.

Cuando la realidad se vuelve a amenazante, cuando no hay habilidades para afrontar las situaciones de cada día, y el individuo realiza una lectura distorsionada de las distintas circunstancias de su vida, su perfil cognitivo, se puede transformar en un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de determinadas enfermedades; siendo en este caso el propio pensamiento (idea, creencia) el estresor en juego.

La psicóloga Margarita Dubourdieu (2005) explica la importancia frente a algunos pacientes que transitan una enfermedad oncológica, de realizar una evaluación psicológica integral, identificando estados de tristeza, ansiedad u hostilidad, para abordar estos factores desorganizadores que pudieron haber cooperado en el origen de la misma. Estos factores a veces crónicos han llevado a que la persona se sienta en determinadas situaciones “atrapados sin salida”, con sentimientos de impotencia y mecanismos de afrontamiento pasivos.

La Pnie es una disciplina científica que desarrolla el concepto de estrés crónico que interesa en este proyecto, a fin de comprender cómo el mismo podría llegar a ser un factor mediador entre las características de la personalidad de un individuo, en este caso mujeres que han padecido cáncer mamario y el desarrollo de la enfermedad.

Dentro del marco referencial epistemológico de esta disciplina, nos encontramos con un “Constructivismo Moderado”. El Constructivismo en psicología se refiere a:

“Todas aquellas teorías y prácticas que se enfocan sobre el modo en que los individuos crean sistemas para comprender su mundo y sus experiencias, la estructura significativa donde se construye la personalidad del ser humano” (López y Pérez, s/a).

Nuestros pensamientos entonces, condicionan la forma en que nos conectamos con la realidad, pero a su vez la realidad será una variable incidente (Dubourdieu, 2008).

Dentro del Constructivismo nos encontramos con las teorías de la Psicología Cognitiva.

La psicología cognitiva se interesa en investigar cómo los sujetos entienden e interpretan el mundo que los rodea y a ellos mismos. Dándole un sentido a toda aquella información que receptionan, los individuos la almacenan y transforman, dotando a ésta de un sentido particular (Camacho, 2003).

La Teoría del Estrés y los Sistemas de Alostasis

Estas teorías constituyen un pilar fundamental para comprender los procesos salud-enfermedad.

Claude Bernard, fisiólogo francés que en 1857 realizó investigaciones demostrando que “el ser humano tiende a recuperar el equilibrio del medio interno cuando éste se ve alterado” (Moreno-Altamirano, 2007).

Walter Cannon, fisiólogo norteamericano, en 1911 introdujo el término estrés, destacando que éste podía ocasionar tanto reacciones físicas como emocionales, “señalando la importancia de que la persona guarde un equilibrio interior al que denominó homeostasis” (Dubourdieu, 2008, p 54).

Hans Selye, médico austrocanadiense, en 1956 dio un paso adelante y describió las “consecuencias patológicas del estrés crónico” (Macías, 2007). Describiendo además 3 fases del mismo:

“Fase de Alarma: Se produce al inicio de la respuesta ante una amenaza o peligro, con activación predominantemente simpática; los cambios fisiológicos que se producen son adaptativos, para enfrentar una situación de lucha o huida. (...) Una vez cesada la alarma, el organismo recupera la homeostasis. De prolongarse la situación, se pasa a una segunda fase.

Fase de resistencia: El organismo busca redistribuir de forma más paulatina sus recursos y la respuesta es a través del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA). De prolongarse este estado se pasaría a la fase siguiente.

Fase de agotamiento: El individuo pierde su capacidad de resistencia dando lugar a la “Enfermedad general de Adaptación” (Selye, H; 1956), generando de esta manera, estrés crónico” (Dubourdieu, 2008, p 48).

“El estrés crónico tiene efectos perjudiciales en la conducta, pensamiento y funcionamiento; con repercusiones endócrinas, nerviosas e inmunológicas” (Dubourdieu, 2008, p 59).

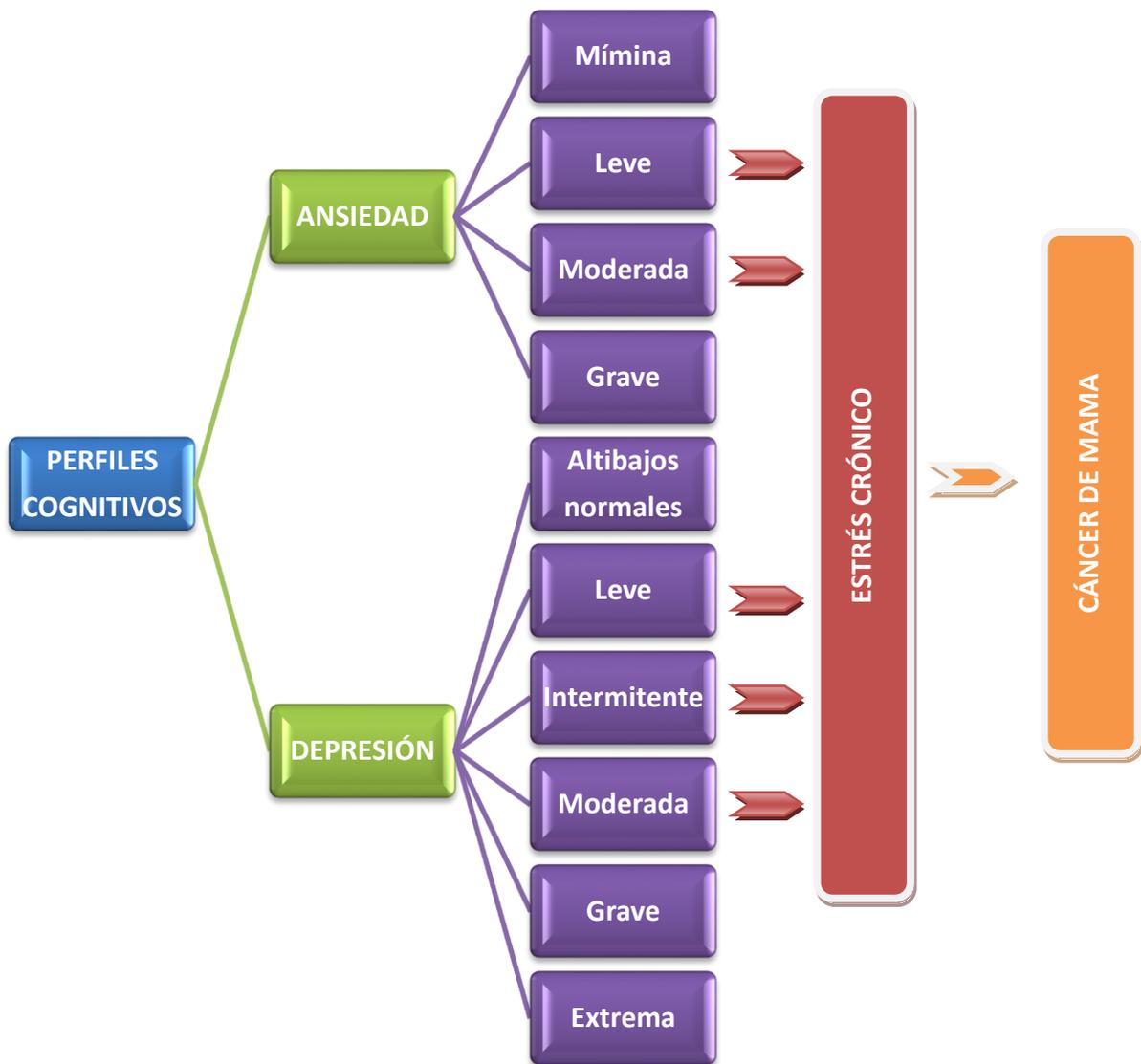
En algunas ocasiones estrés y ansiedad son utilizados como sinónimos; en ambos casos la respuesta es fisiológica; pero el estrés es una respuesta más amplia de adaptación al medio; siendo

la ansiedad una reacción de alerta ante una situación amenazante. Pero están íntimamente relacionados y uno puede ser la consecuencia del otro (Sierra, et al., 2003).

Algo parecido sucede con la depresión; la relación con los estados depresivos se encuentra comúnmente asociada al estrés.

En el presente proyecto, se considera pertinente medir el estrés indirectamente; a través de los distintos niveles de ansiedad y depresión; estados que generan respuestas de estrés. Sobre el entendido de que las escalas que miden el estrés están asociadas a estresores precisos.

Modelo relacional de variables



Problema y Objetivos de la Investigación

Según datos de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, en Uruguay entre el 2009 y 2013; murieron 24 mujeres de entre 30 y 34 años; y 58 de entre 35 y 39 años. Si aumentamos la edad, observamos que sin duda aumenta la cifra; pero consideramos que no es razón suficiente para no realizar una investigación sobre la población que se encuentra entre la primer y segunda franja etaria. Ya que suponemos que, una de las causas de detectar la enfermedad luego de los 40 años podría ser el diagnóstico tardío, como una de las consecuencias de que las políticas de prevención y diagnóstico están destinadas a la realización de estudios -como la mamografía- luego de pasados los 40 años, en plena período de pre-menopausia (estudio que es considerado además menos eficaz a temprana edad).

En Estados Unidos la prevalencia del cáncer de mama en mujeres jóvenes ha aumentado en los últimos años; en una investigación que realizó *Journal of the American Medical Association* en el año 2013, el cáncer mamario en mujeres de 25 a 39 años aumentó el 2,1 % por año, desde 1976 al 2009. Si bien los investigadores consideran que la cantidad de mujeres jóvenes que padecen cáncer de mama es relativamente bajo; el aumento es alarmante (Breastcancer.org, 2013).

El Presente pre- proyecto de investigación tiene como objetivo indagar la existencia de un posible perfil cognitivo característico de las mujeres que han padecido cáncer mamario, sobre el entendido de que éste puede ser uno de los causantes de niveles medios o moderados de ansiedad y depresión que lleven a las mujeres a vivir estados de estrés; pudiendo cronificarse con el tiempo; causando a su vez, disfunciones a nivel orgánico, como lo es la inmunosupresión.

Objetivos generales

- Indagar la existencia de un perfil cognitivo en mujeres que han padecido cáncer de mama y relacionar éste con los distintos niveles de ansiedad y depresión, en busca de tipologías.

Objetivos específicos

- Identificar pensamientos automáticos, creencias, e ideas irracionales en mujeres que han padecido cáncer de mama.
- Indagar la existencia de tipologías entre las variables perfil cognitivo y niveles de ansiedad y depresión.

Hipótesis

Existe un perfil cognitivo característico de las mujeres jóvenes (entre 30 y 40 años) que las lleva a estadíos prolongados de ansiedad o depresión leve o moderada; ocasionando esto último un estado de estrés crónico que afecta la capacidad de respuesta del sistema inmune, convirtiéndose en una de las posibles causas de la génesis del cáncer de mama.

Diseño Metodológico

El *abordaje* de las unidades de análisis se hará bajo un *diseño cuantitativo*. Este enfoque busca a través de la objetividad, describir, explicar y predecir los fenómenos. De manera de poder generar y probar teorías. Bajo una lógica deductiva y delimitando el planteamiento del problema; este abordaje requerirá del investigador la observación de muchos casos, que permitan generalizar los resultados al universo de estudio (Hernandez, et al., 2006).

El *alcance* de la investigación será de *corte trasversal*, de manera de poder extraer conclusiones a cerca de los fenómenos que nos interesan en una población que puede llegar a ser amplia. A diferencia de la investigación longitudinal que permite ver la evolución del sujeto frente al fenómeno, ésta aproximación mide y observa al sujeto en un momento particular. Éste tipo de estudios tiene como ventaja no solamente los costos, sino también el poco tiempo de ejecución, ya que no hay un seguimiento de los sujetos.

El *tipo de investigación* será *correlacional*, de manera de poder medir el grado de relación existente entre las variables, en nuestro caso: perfiles cognitivos y niveles de ansiedad y depresión. De manera de poder medir, para luego cuantificar y analizar el vínculo (Hernandez, et al., 2006).

Unidades de análisis

Este estudio se realizará en mujeres de 30 a 40 años en Uruguay (Universo de estudio) que han padecido cáncer de mama. Al momento de la evaluación psicológica no pueden estar transitando un proceso terapéutico, ni estar en tratamiento oncológico; factores que pueden alterar los resultados; ya que “algunos pacientes presentan deterioro cognitivo, generalmente de carácter leve, pero que produce característicamente problemas de concentración y memoria, relacionado con el tratamiento de quimioterapia” (Coredellat, A & otros; 2013).

Con los tratamientos terapéuticos sucede, que éstos pueden dirigir su estrategia de intervención a la modificación de la conducta; entendiendo ésta por conductas observables, como también pensamientos y emociones. De encontrarse éstas mujeres al momento de la evaluación psicológica en dicho proceso, no sería posible evaluar, cuánto de las características de la personalidad están siendo modificadas al momento de la evaluación, proceso terapéutico mediante.

Tomaremos para ello un margen de 2 años luego de haber terminado el tratamiento de quimioterapia y no estar transitando al momento de la evaluación un proceso psicoterapéutico.

Por motivos de costos y recursos, en esta primera fase de la investigación como proyecto, se propone trabajar con una *muestra probabilística* del universo; en ésta todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos (Hernández, et al., 2006).

La *selección* de las unidades de análisis se realizará de forma *aleatoria*. El procedimiento para dicha selección será a través de los números *Random*; el mismo lleva a cabo un mecanismo de probabilidad muy bien diseñado.

Para la construcción rigurosa de la muestra y obtener un primer mapeo poblacional se acudirá a solicitar datos al MSP (Registro Nacional de Cáncer), Banco de Tumores (perteneciente al Instituto Nacional del Cáncer) y URUCAN (Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer; información y estadística).

Una vez construido el marco muestral se procederá a realizar una muestra por *cuotas*, las variables utilizadas como cortes de la muestra coinciden con todos los factores mayormente

asociados al cáncer mamario: edad, nivel socio económico, nivel educativo, nuliparidad, fumadoras o no, hábitos de alimentación, consumo de alcohol y menarquía precoz.

La muestra por *cuotas* depende en cierta medida del juicio del investigador (Hernández, et al., 2006). En esta investigación, el muestreo por cuotas utilizando los factores de riesgo, permite al investigador tener un mayor control de las variables propuestas, descartando o aislando la influencia ya conocida de los primeros.

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra cuando se desconoce el tamaño de la población es la siguiente (Psyma, 2013):

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

En donde

Z = nivel de confianza,

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

Recorte temporal

El período de observación de las unidades de análisis abarcará desde enero de 2014 a enero de 2015. Este periodo ha sido una decisión arbitraria; algunos de los elementos que sostienen la misma son: el número de casos que suponemos constituyen el universo de estudio y los recursos escasos. Se ha tenido en cuenta también que, la última campaña del Ministerio de Salud Pública a nivel Nacional ha sido en el 2015; de manera de asegurar que el instrumento sea aplicado en un campo sin alteraciones de factores externos como puede ser la sensibilización de la población con respecto a la temática como consecuencia de una campaña masiva.

Luego de haber solicitado los datos al MSP, INCA y URUCAN, nos pondremos en contacto con las oficinas de los distintos organismos y dependencias públicas con el fin de solicitar que comuniquen a los integrantes de la población seleccionada, la invitación a participar de dicha investigación. Procediendo posteriormente a realizar las entrevistas de forma personal, en manos de especialistas calificados, en un lugar pertinente, bajo un encuadre adecuado.

Tipos de datos

Esta investigación utiliza datos *Primarios* /Ajustado a un diseño específico, que responde a un marco teórico construido y a objetivos específicos, característica que lo hace particular y se aleja de las investigaciones que se han realizado sobre la “personalidad tipo C” que ha utilizado datos secundarios y combinación de instrumentos que no son comparables en términos metodológicos.

Para poder cumplir con los objetivos trazados, se utilizarán escalas y test:

Técnicas de recolección de datos

Escala de identificación de ideas irracionales de Ellis

Albert Ellis, uno de los fundadores en el campo del aprendizaje cognitivo, desarrolló un sistema que ilustra el papel de los pensamientos en las reacciones emocionales, que llamó "el A-B-C de la perturbación emocional" (Chertock; 2006). Éste modelo identifica distintas tipos de ideas que generan estados de ánimos.

El cuestionario de identificación de ideas irracionales tiene por objeto identificar las ideas irracionales que contribuyen, inconscientemente, a incrementar el nivel de estrés y, en consecuencia a vivenciar emociones negativas. El mismo consta de 100 preguntas con su respectivo puntaje, cuanto mayor es la puntuación alcanzada, mayor es la conformidad con la idea irracional que se explicita en el test. Ideas como “Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familiares y amigos” o “Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende”; dan cuenta de la irracionalidad de los pensamientos, generando éstos estados emocionales; la sobre exigencia, sobre dependencia, etc., forman parte de estos esquemas mentales.

Test evaluación de creencias de Beck

Este test tiene como objetivo detectar las ideas que en algunas ocasiones son limitantes y contribuyen de forma encubierta a que se puedan presentar situaciones de estrés o infelicidad.

Con una clave de acuerdo, el sujeto que se disponga a llevar a cabo dicho test, se encontrará con una serie de ideas a cerca de diversos aspectos de la vida que, finalizado el mismo darán cuenta de su forma de pensar habitual. Las ideas que engloban cada apartado se dirigen hacia “La necesidad de aceptación por parte de los demás”; “Altas auto expectativas”; “Culpabilización”; “Preocupación y ansiedad”; etc. Luego de contestar cada apartado, se procederá a calcular la puntuación final y ésta dará cuenta de algunos de los esquemas o creencias que forman parte del sujeto.

Escala de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan

El Inventario de Pensamientos Automáticos creado por Ruiz y Luján en 1991; consiste en una escala auto aplicada que contiene 45 ítems que tienen como objetivo medir la periodicidad de pensamientos automáticos negativos y 15 tipos de distorsiones cognitivas.

Éste, muestra una serie de pensamientos que presentan los sujetos ante determinadas situaciones; por medio del cuestionario se trata de valorar la frecuencia con la que éstos se hacen presentes.

Los pensamientos automáticos son aquellos diálogos internos que el sujeto tiene consigo mismo y que forman una versión subjetiva que el individuo tiene de los acontecimientos que le ocurren en la vida. Generalmente están asociados a una interpretación errónea de la realidad; distorsionando la misma. Dentro de ellos podemos encontrar el “Pensamiento polarizado”; la “Sobregeneralización”, la “Visión catastrófica”, et.

Validez y Confiabilidad

En variadas investigaciones se han utilizado, las “Escala de Identificación de Ideas Irracionales”, la “Escala de Pensamientos Automáticos”, como la “Evaluación de Creencias de Beck”; afirmando su validez y confiabilidad. Algunos estudios que lo confirman: “Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio” (Guzmán; 2010); “Validación del cuestionario de creencias irracionales en población Colombiana” (Chaves y Quinceno, 2010); “Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico” (Cano y Rodríguez, 2002).

Validez interna

Se considera que estos test mayormente representan las variables que se pretenden medir desde el marco teórico previamente conceptualizado. Siendo el objetivo principal del proyecto indagar la existencia de un perfil característico de las mujeres que han padecido cáncer mamario; éste es factible de ser medido a través de los test que se utilizarán; siendo que los mismos indagan la existencia de ideas, creencias o distorsiones cognitivas que conforman un perfil determinado; apoyados en el marco de la Teoría Cognitivo Conductual.

Confiabilidad interna

La confiabilidad interna de los datos, está asegurada en la selección de los instrumentos, debido a que los test presentan propiedades como, simplicidad del lenguaje, no ambigüedad en las preguntas y precisión en el uso de las escalas.

Las categorías de variables son exhaustivas y excluyentes haciendo de éste instrumento, estable, asegurando la confiabilidad de los datos.

Para constatar la fiabilidad de los instrumentos se utilizará el índice “Alfa de Cronbach”; éste permite cuantificar el nivel de fiabilidad de una escala de medida para una magnitud inobservable. “El coeficiente Alfa de Cronbach es un modelo de consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems” (García, et al., 2010).

Si bien hay escalas de medición de estrés por ejemplo la Escala de Holmes y Rahe (1967) se considera que ello tiene un valor relativo ya que mide determinados estresores, como lo son una separación, pérdida laboral, muerte de un familiar cercano, etc. Pero como se ha mencionado unas palabras atrás, no siempre el estresor es el evento en sí, sino la traducción que el sujeto realiza de las circunstancias; y éstas no necesariamente tienen que ser circunstancias adversas; e incluso frente al mismo estresor, el significado cambia de sujeto en sujeto. Por esta razón es se considera pertinente, medir el estrés indirectamente a través de los distintos niveles de ansiedad y depresión.

Inventario de Ansiedad de Beck

Es una escala que mide de manera autoinformada los niveles de ansiedad. Los puntos de corte para identificar el nivel de ansiedad van desde el mínimo, pasando por el leve, moderado, hasta el grave.

“El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) se ha convertido en el cuestionario autoaplicado para evaluar la gravedad de la ansiedad más utilizado en los países con mayor producción científica en psicología” (Sanz, 2014).

Puede aplicarse a una variedad de pacientes, que van desde la adolescencia hasta la edad adulta; los materiales son claros y sencillos de utilizar.

“En el Manual se aportan datos convincentes sobre su fiabilidad de consistencia interna y su validez de constructo. Se aportan resultados sobre la dimensionalidad de las puntuaciones y su validez discriminante. También se ofrecen resultados adecuados en cuanto a la validez diagnóstica del test” (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, s/a).

Inventario de depresión de Beck

Es un cuestionario donde aparecen varios grupos de afirmaciones y el sujeto debe de señalar con cuál afirmación se siente más identificado. Cada una de las respuestas tendrá un puntaje determinado y el mismo se sumará al finalizar el cuestionario.

Para cada puntuación existe determinado nivel de depresión; que va desde la considerada normal, hasta la extrema; pasando por la leve, intermitente, moderada a grave.

Es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora. “Los estudios llevados a cabo en los últimos diez años sobre el uso de los test entre los profesionales clínicos de los Estados Unidos de América indican de forma consistente que el BDI se encuentra entre los doce test más usados” (Sanz, Vázquez; 1998).

Estrategias de implementación de campo y análisis de datos

Debido a que los instrumentos si bien son de carácter cuantitativos, requieren una cierta cantidad de tiempo con el sujeto, proceso que puede llegar a ser desgastante para el mismo, para ello es preciso, tener en cuenta ciertas estrategias.

En primera instancia, será necesaria la implementación de una entrevista explicativa; en la cual se expondrá, la confidencialidad de los datos, el manejo académico y el proceso en la implementación de los test; agendándose luego un siguiente encuentro para la implementación de los mismos.

En la primera entrevista se adjuntará también la carta de consentimiento del sujeto para la investigación.

Para acceder a dicha población, se acudirá a solicitar datos a la base de datos del MSP, INCA y URUCAN.

Para la construcción de tipologías (perfil cognitivo, niveles de ansiedad y depresión) se piensa en la posibilidad de aplicar funciones probabilísticas de resumen de datos que nos permitan establecer el grado de significación de la relación entre las variables propuestas, de modo de proceder luego a analizarlas, teniendo en cuenta de que no necesariamente vamos a encontrarnos con la existencia de un solo perfil cognitivo.

Se constituirán en datos válidos para la investigación, aquellos sujetos que hayan contestado a todos los test propuestos.

Como estrategia para recuperar los casos no válidos o perdidos se utilizará el sorteo aleatorio que tenga las mismas características.

Consideraciones éticas

Esta investigación se registrará por el decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud Pública.

El mismo tiene como propósito la protección de los seres humanos que participan de una investigación.

Bajo la ordenanza del *Código de Ética Profesional del Psicólogo/a*¹, se expresa la importancia de atender las exigencias éticas y científicas en el marco de los Derechos Humanos. Preservando la dignidad humana y protegiendo la integralidad de los sujetos. En la cual la libertad para llevar a cabo la investigación tenga como límite el respeto a los derechos de los sujetos en cuestión.

Se entregará a su vez a las personas investigadas los derechos de brindar el consentimiento informado, expresado en un lenguaje accesible, de manera que sea comprendido pertinentemente. Asegurando la confidencialidad de los datos, se le informará a los sujetos el futuro de los mismos, dejando claro que éstos no podrán ser revelados sin su autorización.

Es importante subrayar también, la importancia sobre nuestros deberes descritos en el art. 67 donde somos responsables de los daños que puedan resultar de dicha investigación. En ese caso, se le realizará un seguimiento a los sujetos; brindándole si así lo amerita la situación, apoyo psicológico. Teniendo en cuenta que el bienestar de las personas es para nosotros lo más importante.

¹ Código de Ética Profesional del Psicólogo/a, recuperado de <http://www.psicologos.org.uy/codigo.html>

Etapas de la Investigación

Etapas	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Diseño del Marco Muestral	■											
Realización de la Muestra	■											
Implementación del Campo		■	■	■	■	■						
Procesamiento de Datos			■	■	■	■	■					
Primer avance del Análisis							■	■	■			
Segundo Informe del Análisis									■	■	■	
Edición del Informe Final											■	
Presentación pública de los resultados												■

Bibliografía

- Albalustri, L. (2007) Estrés y nuevas perspectivas en psicopatología y salud. Buenos Aires: Científica Interamericana
- Alcántara, G. (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens: revista Universitaria de Investigación*. 9 (1), 93-107.
- Almanza-Muñoz, J. y Holland, J. (2000). Pisco-oncología: Estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*. 46. (3), 196-206
- Arredondo, A. (1992) Analysis and Reflection on Theoretical Models of the Health-Disease Process. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*, 8 (3), 254-261
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad* Quito, Ecuador: Unigraf
- Barrios, E; Vassallo, J; Alonso; Garau, M; Musetti, C. (2010). *Atlas de incidencia de cáncer en el Uruguay*. Comisión honoraria de lucha contra el cáncer. Recuperado de http://www.bvsoncologia.org.uy/pdfs/epidemiologia_en_cancer/atlas_inciden_02_06.pdf
- Beck, J. (1995) *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y profundización*. (pp.109) Barcelona: Gedisa
- Benedetti, Inés; Estrada, L; Barrio, L; Adié, R; Ceballos, C; Corrales, H; Cova, A; Díaz, J; Gómez, L. (2008-2009). *Caracterización del perfil epidemiológico del cáncer de mama en Cartajena en el período 2008-2009*. Extraído de http://www.revista.spotmediav.com/pdf/supl-4s/16_Caracterizacion_del_perfil_epidemiologico.pdf
- Camacho, J. (2003) *El A, B, C de la Terapia Cognitiva*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Canelones, P. (2015) *Pensamiento de Otto Lima Gómez*. Recuperado de <http://psicoimmunologia.blogspot.com.uy/2015/11/pensamiento-de-otto-lima-gomez.html>
- Cano, F; Rodríguez, L. (2002) Pensamientos Automáticos negativos en el Dolor Crónico. *Revista Psiquis*. 24 (3), 137-145
- Carbonell, C. (2002) Trastorno por estrés post traumático: clínica y psicoterapia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*. 40 (2)

- Cerezo, V; Ortíz, M; Cardenal, V. (2009) Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41 (1), 131-140
- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (2016). *La vida está ganando*. Recuperado de http://www.comisioncancer.org.uy/subcategorias_3_1.html
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2011) *Evaluación del Inventario BAI*. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- Coppari, N. (2010) Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios. *Revista Eureka*. 7 (2), 32-5. Recuperado de <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-7-2-10-10.pdf>
- Cordellat, A; Caballero, C; Camps, C. (2013) Deterioro Cognitivo Asociado al Tratamiento Oncológico. *Revista de Psicobioquímica*. 2, 26-36. Recuperado de http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer_depresion/001/03.pdf
- Chavez, L; Quinceno, N. (2010) Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales en Población Colombiana. *Revista Psicológica Universitaria Antioquia*. 2 (1) Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100004
- Chertok, A. (2006) *Las causas de nuestra conducta*. Recuperado de www.psicologiatotal.com
- Dubourdieu, M. (2008) *Psicoterapia Integrativa PNIE. Integración cuerpo-mente-entorno*. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Estévez, A; Calvete, E. (2009) Medición a Través de Pensamientos Automáticos de la Relación entre Esquemas y Síntomas de Depresión. *Revista Anuales de Psicología*. 25 (1), 27-35 Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/71461/68951>
- Fernández, A; Olijavetzky (s/f) *Psicooncología: la psicósomática-el cáncer-la psicooncología*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_psicosomaticas/material/archivos/psico_oncologia.pdf
- Fernández, Ruiz, M. (1997) Personalidad y cáncer: Hans J. Eysenck , un rebelde con causa. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 50 (4), 447-454
- García, R; González, J; Jornet, J. (2010) *SPSS: Análisis de Fiabilidad*. Recuperado de http://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf

- Guzman, P. (2012) *Ideas Irracionales y Dimensión de la Personalidad en Adolescentes con Intento de Suicidio*. Tesis de Maestría Universidad de Psicología. Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3302/1/Guzman_gp.pdf
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2006) Metodología General de la Investigación. Recuperado de https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
- Jhonson, R. (2013) Health Day Recuperado de <https://consumer.healthday.com/senior-citizen-information-31/age-health-news-7/diagnostican-a-m-aacute-s-mujeres-j-oacute-venes-con-c-aacute-ncer-de-mama-avanzado-seg-uacute-n-un-estudio-673917.html>
- Lima Gómez, O. Conferencia on line. Recuperado de <https://vimeo.com/13246263>
- Londoño, N; patiño, C; Restrepo, D; Correa, J; Raigoza, J; Toro, L; Jaramillo, G; Rojas, C. (2008) Perfil Cognitivo Asociado al Trastorno Por Estrés Postraumático en Víctimas de Violencia Armada. *Informes psicológicos*. (10)11-27.
- López, A; Ramírez, C; Esteve, R; Amnarte, M. (2002) El Constructo de Personalidad Tipo C: Una Contribución a su Definición a Partir de Datos Empíricos. *Revista de Psicología Conductual*. 10 (2), 229-249
- López, A; Pérez, E. (s/f) *Psicología Constructivista*. Recuperado de http://roble.pntic.mec.es/ipet0012/web_isidro/psi_uddidacticas/Escuelas_psicologicas_archivos/Alicia_constructivismo.pdf
- Ludwig, B. (1969) *Teoría General de los Sistemas*. Recuperado de <http://alumnos.inf.utfsm.cl/~vpena/ramos/ili260/textos/tgsbertalanffy.pdf>
- Macías, A. (2007) El campo de estudio del estrés: del programa de investigación estímulo-respuesta al programa de investigación persona-entorno. *Revista internacional de psicología*. 8 (2)
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada antropológica. *Revista de Salud Pública*. 49 (1)
- Narváez, A; Rubiños, C; Cortés, F; Gómez, R; Gracia, A. (2008) Valoración de la eficacia de una terapia cognitivoconductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*. 5 (1), 93-102.

- National Cancer Institute. (2016) *Versión del cáncer de mama-paciente*. Web <http://www.cancer.gov/types/breast>
- Organización Mundial de la Salud. (2016) *Cáncer de mama: Prevención y Control*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Otero, J; Rodado, J. (2004) El enfoque psicoanalítico de la psicología psicosomática. *Revista internacional de psicoanálisis: Aperturas psicoanalíticas*. (16)
- PSYM. (2013) *¿Cómo determinar el tamaño de la muestra?*. Recuperado de <http://www.psyma.com/es/la-empresa/news/message/como-determinar-el-tamano-de-una-muestra>
- Rojas, G. (2006) Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica de Condes*. 17 (4), 194-197
- Sánchez, M; González, R; Marsán, V; Macías, C. (2006) Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hematología*. 22 (3)
- Sanz, J. (2014) Recomendaciones para la Utilización de la Adaptación Española del Inventario de Ansiedad de Beck en la Práctica Clínica. *Revista Clínica y Salud*. 25 (1)
- Sanz, J; Vázquez, C. (1998) Fiabilidad, Validez y Datos Normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Revista Psicothema*. 10 (2). 303-318. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72710207>
- Schnacke, A. (2007). *Enfermedad, síntoma y carácter*: Nuevo Extremo. Chile
- Schnacke, A. (2002). *La voz del síntoma: del Discurso Médico al Discurso Organísmico*. Cuatro Vientos. Chile
- Sierra, J; Ortega, V; Zubeidat, I. (2002) Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres Conceptos a Diferenciar. *Revista Mal-Estar*. 3 (1) Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Tamblay, A; Bañados, B. (2004) *Psicooncología del cáncer de mama*. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf
- Torner, L. (2011) *Relación entre los aspectos psicológicos y la aparición y evolución del cáncer de mama*. P. 50 y 145 Recuperado de

<http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/10/Relacion-Entre-Los-Aspectos-Psicologicos-Y-La-Aparicion-Y-Evolucion-Del-Cancer-De-Mama.pdf>

- Torrealba, E. (2013) *Cáncer de mama: factores de riesgo*. (Tesis de grado) Facultad de Medicina, Universidad de Venezuela.
- Torres, A. (2006) Relación entre patrones de conducta tipo C y el cáncer de mama *Univ. Psychol.* 5 (3), 563-573. Bogotá. 2006 Universidad de Colombia

Tablas de operacionalización de las variables

Variable Independiente	Concepto	Dimensión	Indicadores
PERFIL COGNITIVO	Manera que tiene una persona de centrar y distribuir su atención, codificar y procesar la información, organizar los pensamientos, hacer atribuciones y comunicar reacciones e ideas a los demás.	Pensamientos Automáticos	FILTRAJE 1-16-31 ()
			PENSAMIENTO POLARIZADO 2-17-32 ()
			SOBREGENERALIZACION 3-18-33 ()
			INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO 4-19-34 ()
			VISION CATASTROFICA 5-20-35 ()
			PERSONALIZACION 6-21-36 ()
			FALACIA DE CONTROL 7-22-37 ()
			FALACIA DE JUSTICIA 8-23-38 ()
			RAZONAMIENTO EMOCIONAL 9-24-39 ()
			FALACIA DE CAMBIO 10-25-40 ()
			ETIQUETAS GLOBALES 11-26-41 ()
			CULPABILIDAD 12-27-42 ()
			LOS DEBERIA 13-28-43 ()
			FALACIA DE RAZON 14-29-44 ()
			FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA 15-30-45 ()
		Ideas Irracionales	Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
			Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.
			Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
			Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.
			Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones.
			Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
			Es mas fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
			Se necesita contar con algo mas grande y mas fuerte que uno mismo.
			El pasado tiene mas influencia en la determinación del presente.
		La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.	
		Creencias Irracionales	Necesidad de Aceptación por parte de los demás.
			Altas Autoexpectativas
			Culpabilización
			Intolerancia a la frustración
			Preocupación y ansiedad
			Irresponsabilidad Emocional
			Evitación de Problemas
			Dependencia
Indefensión			
Perfeccionismo			

Variable Independiente	Concepto	Niveles	Puntaje
ANSIEDAD	Respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas.	Mínimo	0 - 7
		Leve	8 - 15
		Moderado	16 - 25
		Grave	26 - 63

Variable Independiente	Concepto	Niveles	Puntaje
DEPRESIÓN	Trastorno psicológico que supone importantes cambios en la manera de pensar, sentir y comportarse. Estado de ánimo habitualmente bajo, pérdida de la capacidad de disfrute y de interés.	Normal	1 - 10
		Leve	11 - 16
		Intermitente	17 - 20
		Moderado	21 - 30
		Grave	31 - 40
		Extremo	+ 40

Anexo

Escala de Pensamientos Automáticos

Valoración de Respuestas

Claves de corrección: Suma los puntajes obtenidos en cada una de las siguientes preguntas, de acuerdo al siguiente orden:

TIPO DE DISTORSION-----PREGUNTAS-----PUNTUACION TOTAL

FILTRAJE 1-16-31 ()

PENSAMIENTO POLARIZADO 2-17-32 ()

SOBREGENERALIZACION 3-18-33 ()

INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO 4-19-34 ()

VISION CATASTROFICA 5-20-35 ()

PERSONALIZACION 6-21-36 ()

FALACIA DE CONTROL 7-22-37 ()

FALACIA DE JUSTICIA 8-23-38 ()

RAZONAMIENTO EMOCIONAL 9-24-39 ()

FALACIA DE CAMBIO 10-25-40 ()

ETIQUETAS GLOBALES 11-26-41 ()

CULPABILIDAD 12-27-42 ()

LOS DEBERIA 13-28-43 ()

FALACIA DE RAZON 14-29-44 ()

FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA 15-30-45 ()

Usted puede administrarse la escala a si mismo y así detectar sus principales tipos de pensamientos automáticos. Una puntuación de 2 o más para cada pensamiento automático suele indicar que le esta afectando actualmente de manera importante ese tema. Una puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que usted tiene cierta tendencia a "padecer" por determinada forma de interpretar los hechos de su vida.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991) ¹

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastante veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3

1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2	Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3	Todo lo que hago me sale mal.	0	1	2	3
4	Sé que piensan mal de mí	0	1	2	3
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6	Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8	¡No hay derecho a que me traten así	0	1	2	3
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.	0	1	2	3
10	Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11	Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14	Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16	Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17	Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18	Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19	Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21	Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23	Si me quisieran de verdad no me tratarían así.	0	1	2	3
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26	Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3
27	Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28	No debería de cometer estos errores	0	1	2	3
29	No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30	Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31	Es insoportable, no puedo aguantar más	0	1	2	3
32	Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33	Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34	Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36	La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37	Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41	Soy un neurótico	0	1	2	3
42	Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43	Debería recibir mas atención y cariño de otros	0	1	2	3
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

¹Fuente: http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse2.htm

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES

A continuación se presentan una serie de ideas acerca de diversos aspectos de la vida. Deberá indicar en que medida describen su forma de pensar habitual con la siguiente clave de acuerdo:

TD= Totalmente en desacuerdo

BD= Bastante en desacuerdo

AD= Algo en desacuerdo

AA= Algo de acuerdo

BD= Bastante de acuerdo

TD= Totalmente de acuerdo

	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es importante para mí que los demás me aprueben	1	2	3	4	5	6
Me gusta el respeto de los otros pero no necesito tenerlo.	6	5	4	3	2	1
Quiero gustar a todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
Puedo gustarme a mi mismo incluso cuando no les agrado a otras personas.	6	5	4	3	2	1
Si no gusto a otras personas es su problema no el mío.	6	5	4	3	2	1
Aunque me gusta la aprobación, no es una autentica necesidad para mí.	6	5	4	3	2	1
Es molesto pero no insoportable que te critiquen.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Necesidad de Aceptación por parte de los demás	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Odio fallar en cualquier cosa.	1	2	3	4	5	6
Me gusta tener éxito en cualquier cosa pero no siento que lo tenga que lograr	6	5	4	3	2	1
Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5	6
No me importa realizar cosas que no puedo hacer bien.	6	5	4	3	2	1
Se puede disfrutar de las actividades por si mismas sin importar lo bueno que sea en ellas.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Altas Autoexpectativas	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Las personas que actúan mal merecen lo que les ocurre.	1	2	3	4	5	6
Demasiadas malas personas escapan al castigo que merecen	1	2	3	4	5	6
Aquellos que actúan mal deben ser castigados.	1	2	3	4	5	6
La inmoralidad debería castigarse intensamente.	1	2	3	4	5	6
Todo el mundo es básicamente bueno.	6	5	4	3	2	1

Nadie es malvado, incluso cuando sus actos lo sean.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Culpabilización	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es mejor aceptar las cosas como son, incluso si no me gustan.	6	5	4	3	2	1
Las cosas deberían ser diferentes de cómo son.	1	2	3	4	5	6
Es terrible pasar por situaciones que no me gustan	1	2	3	4	5	6
Es difícil para mí realizar tareas desagradables.	1	2	3	4	5	6
Creo que puedo soportar los errores de los demás.	6	5	4	3	2	1
Una vida de facilidades rara vez es recompensante	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Intolerancia a la frustración	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
No hay motivo para temer peligros inesperados o sucesos futuros.	6	5	4	3	2	1
Si no puedo evitar que ocurra algo, es mejor no preocuparse por ello	6	5	4	3	2	1
No puedo soportar correr riesgos.	1	2	3	4	5	6
Es mejor no pensar en cosas tales como la muerte o grandes desastres.	6	5	4	3	2	1
Es conveniente planificar lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Preocupación y ansiedad	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Si una persona quiere, puede ser feliz casi bajo cualquier circunstancia.	6	5	4	3	2	1
Las personas no se ven perturbadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.	6	5	4	3	2	1
Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo.	6	5	4	3	2	1
Normalmente las personas que son desdichadas se han hecho a sí mismas de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Una persona no permanecerá mucho tiempo enfadada o triste a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Nada es insoportable en sí mismo, solo en la forma en que tú lo interpretas	6	5	4	3	2	1
La persona hace su propio infierno dentro de sí mismo.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Irresponsabilidad Emocional	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es mejor posponer las decisiones importantes.	1	2	3	4	5	6
Es preferible tomar las decisiones tan pronto como se pueda.	6	5	4	3	2	1

Es mejor evitar las cosas que no puedo hacer bien.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Evitación de Problemas	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Todo el mundo necesita alguien de quien depender para ayuda y consejo.	1	2	3	4	5	6
Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie.	6	5	4	3	2	1
Encuentro fácil aceptar consejos.	1	2	3	4	5	6
Soy el único que realmente puede entender y afrontar mis problemas.	6	5	4	3	2	1
Creo que no tengo que depender de otros	6	5	4	3	2	1
He aprendido a no esperar que otros se preocupen acerca de mi bienestar.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Dependencia	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Siempre nos acompañaran los mismos problemas.	1	2	3	4	5	6
Es casi imposible superar las influencias del pasado.	1	2	3	4	5	6
Por el hecho de que en una ocasión algo afecte de forma importante a tu vida, no significa que tenga que ser necesariamente así en el futuro.	6	5	4	3	2	1
Rara vez pienso que experiencias del pasado me estén afectando ahora.	6	5	4	3	2	1
Somos esclavos de nuestras propias historias personales.	1	2	3	4	5	6
Una vez que algo afecta a tu vida siempre lo hará.	1	2	3	4	5	6
La gente nunca cambia básicamente.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Indefensión	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Existe una forma correcta de hacer cada cosa.	1	2	3	4	5	6
No hay una solución perfecta para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Rara vez hay una forma fácil de resolver las dificultades de la vida.	6	5	4	3	2	1
Todo problema tiene una solución correcta.	1	2	3	4	5	6
Rara vez hay una solución ideal para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Perfeccionismo	Suma:					

Tras contestar el test anterior y calcular la puntuación para cada una de las creencias sumando los puntos correspondientes a cada frase, compare sus puntuaciones con los datos que se ofrecen en la siguiente tabla (provisionalmente no están disponibles los datos a todas las creencias pero en breve lo estarán)

Esto le ayudará a conocer mejor algunos de sus esquemas o creencias y podrá iniciar estrategias de cuestionamiento de los mismos.

	VALORES MÁS FRECUENTES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
NECESIDAD DE APROBACION	Entre 25 y 29
ALTAS EXPECTATIVAS	Entre 21 y 24
CULPABILIZACION	Entre 17 y 23
IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	Entre 24 y 30
DEPENDENCIA	Entre 17 y 21
INDEFENSION	Entre 13 y 18
PERFECCIONISMO	Entre 13 y 17

Referencias:

Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15(2), 179-190

Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13(1), 95-100

Fontecilla, P. y Calvete, E.(2003). Racionalidad y Personas Mayores. *Psicothema*, 18 .

IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

Este cuestionario tiene por objeto identificar las ideas irracionales que usted tiene y que contribuyen, inconscientemente, a incrementar su nivel de estrés y, en consecuencia a vivenciar emociones negativas.

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER AL CUESTIONARIO

- ¾ No hay límite de tiempo para contestar al Cuestionario.
- ¾ No hay respuestas correctas o erróneas. Será útil en la medida que sea sincero/a en sus respuestas.
- ¾ No es necesario que piense mucho rato en cada ítem.
- ¾ Si está más de acuerdo que en desacuerdo con el ítem señale la casilla SI, si, por el contrario, está más en desacuerdo que de acuerdo, señale la casilla NO.
- ¾ Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.
- ¾ Conteste a todos los ítems.

	SI	NO		P
1 Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.			A	
2 Odio equivocarme en algo.			A	
3 La gente que se equivoca, logra lo que se merece.			A	
4 Generalmente acepto los acontecimientos con filosofía.			B	
5 Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.			B	
6 Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.			A	
7 Normalmente aplazo las decisiones importantes.			A	
8 Todo el mundo necesita de alguien a quién recurrir en busca de ayuda y consejo.			A	
9 "Una cebra no puede cambiar sus rayas".			A	
10 Prefiero sobre todas las cosas pasar el tiempo libre de una forma tranquila.			A	
11 Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo porque respetar a nadie.			B	
12 Evito las cosas que no puedo hacer bien.			A	
13 Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno.			A	
14 Las frustraciones no me distorsionan.			B	
15 A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos.			B	
16 Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.			B	
17 Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.			B	
18 En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.			A	
19 Es casi imposible superar la influencia del pasado.			A	
20 Me gusta disponer de muchos recursos.			B	
21 Quiero gustar a todo el mundo.			A	
22 No me gusta competir en actividades en las que los demás son mejores que yo.			B	
23 Aquellos que se equivocan merecen cargar con la culpa.			A	
24 Las cosas deberían ser distintas a como son.			A	
25 Yo provoco mi propio mal humor.			B	
26 A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza.			A	
27 Evito enfrentarme a los problemas.			A	
28 Todo el mundo necesita tener fuera de si mismo una fuente de energía.			A	
29 Solo porque una vez algo afecto tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.			B	
30 Me siento mas satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.			B	
31 Puedo gustarme a mi mismo aun cuando no guste a los demás.			B	
32 Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.			B	

33	La inmoralidad debería castigarse severamente.			A	
34	A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.			A	
35	Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a si mismas.			B	
36	No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.			B	
37	Normalmente tomo las decisiones tan pronto como puedo.			B	
38	Hay determinadas personas de las que dependo mucho.			A	
39	La gente sobrevalora la influencia del pasado.			B	
40	Lo que mas me divierte es realizar algún proyecto creativo.			B	
41	Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.			B	
42	Para mi es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.			A	
43	Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores.			B	
44	Normalmente acepto las cosas como son aunque no me gusten.			B	
45	Nadie esta mucho tiempo enfadado, a menos que quiera estarlo.			B	
46	No puedo soportar correr riesgos.			A	
47	La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.			A	
48	Me gusta valerme por mi mismo.			B	
49	Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser mas como me gustaría ser.			A	
50	Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.			A	
51	Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.			A	
52	Disfruto de las actividades independientemente de lo bueno/malo que sea en ellas.			B	
53	El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.			A	
54	Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.			B	
55	Cuanto mas problemas tiene una persona, menos feliz es.			A	
56	Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.			B	
57	Raramente aplazo las cosas.			B	
58	Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.			B	
59	Normalmente no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.			B	
60	Tener demasiado tiempo libre resulta aburrido.			B	
61	Me gusta recibir la aprobación de los demás, pero no tengo necesidad real de ello.			B	
62	Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.			A	
63	Todo el mundo es, esencialmente, bueno.			A	
64	Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.			B	
65	Nada es intrínsecamente perturbador, si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.			B	
66	Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.			A	
67	Me resulta difícil hacer las tareas desagradable.			A	
68	Me desagrada que los demás tomen decisiones por mi.			B	
69	Somos esclavos de nuestro pasado.			A	
70	A veces desearía poder irme a una isla tropical, y tenderme en la playa sin hacer nada más.			A	
71	A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.			A	
72	Me trastorna cometer errores.			A	
73	No es equitativo que "llueva igual sobre el justo que sobre el injusto".			A	
74	Yo disfruto honradamente de la vida.			B	
75	Debería haber mas personas que afrontaran lo desagradable de la vida.			A	
76	Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.			A	
77	Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.			B	

78	Pienso que es fácil buscar ayuda.			A	
79	Una vez que algo afecta a tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.			A	
80	Me encanta estar tumbado.			A	
81	Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mi.			A	
82	Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.			A	
83	Generalmente doy una segunda oportunidad a quién se equivoca.			B	
84	La gente es mas feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.			A	
85	Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.			B	
86	Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.			B	
87	No me gustan las responsabilidades.			B	
88	No me gusta depender de los demás.			B	
89	La gente nunca cambia básicamente.			A	
90	La mayoría de las personas trabajan demasiado y no descansan lo suficiente.			A	
91	Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.			B	
92	No me gusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.			B	
93	Nadie es malo a pesar de que sus actos los sean.			B	
94	Raramente me importunan los errores de los demás.			B	
95	El hombre construye su propio infierno interior.			B	
96	Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.			A	
97	Si tengo que hacer algo lo hago a pesar de que no sea agradable.			B	
98	He aprendido a no estar pendiente de nada que no este relacionado con mi bienestar.			B	
99	No miro atrás con resentimiento.			B	
100	No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.			A	

PUNTUACIÓN DEL REGISTRO DE CREENCIAS

- 1) Si el ítem tiene la letra **A** y ha contestado **“SI”**, ponga una “cruz” (**X**) en la columna **P**.
- 2) Si el ítem tiene la letra **B** y ha contestado **“NO”**, ponga una “cruz” (**X**) en la columna **P**.
- 3) Pase las “cruces” al lugar correspondiente de la siguiente tabla, y sume el número de cruces que aparece en cada columna.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50		
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60		
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70		
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80		
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90		
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		

INTERPRETACIÓN

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional que se explicita a continuación:

P

1	Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.	
2	Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.	
3	Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.	
4	Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.	
5	Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones.	
6	Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.	
7	Es mas fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.	
8	Se necesita contar con algo mas grande y mas fuerte que uno mismo.	
9	El pasado tiene mas influencia en la determinación del presente.	
10	La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.	

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inventario de Depresión de Beck.

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

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.
No disfruto de las cosas tanto como antes.
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

No me siento especialmente culpable.
Me siento culpable en bastantes ocasiones.
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
Me siento culpable constantemente.

6) .

No creo que esté siendo castigado.
Me siento como si fuese a ser castigado.
Espero ser castigado.
Siento que estoy siendo castigado.

7) .

No estoy decepcionado de mí mismo.
Estoy decepcionado de mí mismo.
Me da vergüenza de mí mismo.
Me detesto.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
Continuamente me culpo por mis faltas.
Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

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

10) .

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

11) .

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

12) .

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

13) .

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

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19) .

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.