

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**El tratamiento oncológico en el adolescente y su relación con la
formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y
masculinidad.**

AUTORAS:

**García Murillo, Camila Andrea
Sánchez Pazmiño, Camila Alejandra**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Carolina Eugenia Peñafiel Torres, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

06 de febrero de 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **García Murillo, Camila Andrea; Sánchez Pazmiño, Camila Alejandra**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. _____

Psic. Cl. Carolina Eugenia Peñafiel Torres, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic.Cl. Mariana Estacio, Mgs

Guayaquil, a los 06 del mes de febrero del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **García Murillo, Camila Andrea**
Sánchez Pazmiño, Camila Alejandra

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **El tratamiento oncológico en el adolescente y su relación con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad** previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 06 días del mes de febrero del año 2023

AUTORAS

f. 

García Murillo, Camila Andrea

f. 

Sánchez Pazmiño, Camila Alejandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **García Murillo, Camila Andrea**

Sánchez Pazmiño, Camila Alejandra

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **El tratamiento oncológico en el adolescente y su relación con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad** cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 06 días del mes de febrero del año 2023

AUTORAS

f. 

García Murillo, Camila Andrea

f. 

Sánchez Pazmiño, Camila Alejandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
INFORME DE ANÁLISIS URKUND



Document Information

Analyzed document	Tratamiento oncológico en el adolescente y su relación con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad.docx (D156578497)
Submitted	2023-01-22 09:03:00
Submitted by	
Submitter email	camila.sanchez@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	carolina.penafiel.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: El tratamiento oncológico en el adolescente y su relación en la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad

LAS AUTORAS: García Murillo, Camila Andrea; Sánchez Pazmiño, Camila Alejandra

INFORME ELABORADO POR:

Psic. Cl. Carolina Eugenia Peñafiel Torres, Mgs.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis papás por siempre darme el apoyo que necesitaba en el momento preciso.

Agradezco a mis hermanos, son parte importante de todo esto.

Agradezco a Ariel por motivarme a ser mejor cada día y apoyarme durante este proceso.

Agradezco a Camila por ser mi partner en la universidad en todo desde tercer ciclo y a mis amigos, este logro también es gracias a ustedes.

Agradezco a Carolina por hacer de este proceso de titulación más sencillo.

Pero, sobre todo, agradezco a Dios.

Camila García

Agradezco primero a Dios por darme esta vocación.

Agradezco a mis padres por creer y confiar en mí, por apoyarme en cada paso que dí en mi carrera y en la vida.

Agradezco a mis hermanos, tíos, primos y abuelas por recordarme todos los días que estoy hecha para grandes cosas; esto es grande.

Agradezco a mis personas, que a la distancia o en la cercanía, me han impulsado siempre a ser auténticamente yo.

Agradezco a mis amigos de la universidad por hacer este camino alegre y llevadero.

Agradezco a la UCSG, su directiva, profesores, administrativos y colaboradores, por velar mi bienestar estudiantil, especialmente a Caro por guiarnos en este trabajo.

Agradezco a Camila, mi compañera de tesis, amiga y equipo.

Agradezco a todos los que han hecho posible que hoy esté aquí, especialmente a los corazones generosos y a los doctores y enfermeras que he conocido a lo largo de mi vida.

Por último, me agradezco a mí, porque lo logré y seguiré soñando en grande; me aplaudo y me abrazo.

Camila Sánchez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

DEDICATORIA

Para mis papás, sin ustedes, esto no hubiera sido posible.

Camila García

Para Dios, mis papás, mis hermanos, mis tías y tíos, mis abuelas, mis primas y primos, mis amigos, pollo y compañeros.

Para mis doctores y enfermeras.

Para mis futuros pacientes.

Para ti que me lees.

Para mí.

Camila Sánchez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. CL. TORRES GALLARDO, TATIANA ARACELY, MGST
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. CL. ALVAREZ CHACA, CARLOTA CAROLINA, MGS.
DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CL. COLMONT MARTINEZ, MARCIA IVETTE, MGS.
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIA DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CALIFICACIÓN

GARCÍA MURILLO CAMILA ANDREA

NOTA: _____

SÁNCHEZ PAZMIÑO CAMILA ALEJANDRA

NOTA: _____

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	11
Tratamiento oncológico	11
¿Qué es el Cáncer?.....	11
Clasificación y tipos de Cáncer.....	13
<i>Según el sitio de origen.....</i>	<i>13</i>
<i>Según el tipo de tejido.....</i>	<i>13</i>
<i>Según el grado.....</i>	<i>14</i>
<i>Según el estadio o etapa.....</i>	<i>14</i>
<i>Según la ubicación en el cuerpo</i>	<i>14</i>
¿Cómo se manifiesta el cáncer?	15
<i>Síntomas físicos.....</i>	<i>15</i>
<i>Síntomas emocionales</i>	<i>17</i>
Factores de riesgo.....	17
Tratamientos para el Cáncer.....	18
<i>Tratamientos médicos</i>	<i>19</i>
<i>Tratamiento psicológico.....</i>	<i>21</i>
La otra cara de la moneda: efectos físicos y emocionales del tratamiento oncológico	26
<i>Efectos orgánico-físicos.....</i>	<i>27</i>
<i>Efectos emocionales.....</i>	<i>28</i>
CAPÍTULO II.....	34

Formación de las distorsiones cognitivas	34
Formación de las distorsiones cognitivas.....	35
<i>Ciclo disfuncional y el ciclo funcional del proceso cognitivo</i>	<i>37</i>
<i>Modelo cognitivo.....</i>	<i>38</i>
Tipos de distorsiones cognitivas	43
Instrumentos de medición de las distorsiones	48
CAPÍTULO III.....	49
Relación del tratamiento oncológico en el adolescente y la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad	49
La adolescencia.....	49
<i>Dimensión biológica del desarrollo adolescente</i>	<i>51</i>
<i>Dimensión psicosocial del desarrollo adolescente</i>	<i>52</i>
<i>Dimensión psicosexual del desarrollo adolescente</i>	<i>56</i>
Feminidad y masculinidad	61
<i>Identificación femenina y masculina.....</i>	<i>63</i>
Distorsiones cognitivas relacionadas con la feminidad y masculinidad en adolescentes en tratamiento oncológico.....	65
<i>Pensamiento racional e irracional en adolescentes en tratamiento oncológico</i>	<i>70</i>
CAPÍTULO IV	76
METODOLOGÍA	76
Enfoque	76
Paradigma/modelo.....	76
Método	77
Población.....	79

Operalización de variables	79
CAPÍTULO V.....	88
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	88
Presentación de datos cuantitativos.....	88
<i>Test de creencias irracionales (distorsiones cognitivas) de Ellis</i>	88
<i>Escala de Confianza en el propio Género de Hoffman</i>	89
Presentación de datos cualitativos.....	97
<i>Entrevistas a especialistas</i>	97
Análisis de datos	103
CONCLUSIONES.....	114
REFERENCIAS	117
ANEXOS	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	31
Figura 2	41
Figura 3	67
Figura 4	68
Figura 5	74
Figura 6	88
Figura 7	89
Figura 8	90
Figura 9	90
Figura 10	91
Figura 11	91
Figura 12	92
Figura 13	92
Figura 14	93
Figura 15	93
Figura 16	94
Figura 17	94
Figura 18	95
Figura 19	95
Figura 20	96
Figura 21	96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	46
Tabla 2	70
Tabla 3	79
Tabla 4	97

RESUMEN

La presente investigación contempló uno de los fenómenos existentes desde el año 1800 y, sin embargo, su impacto continúa hasta el presente año: el tratamiento oncológico. El tema de investigación fue el tratamiento oncológico en el adolescente y su relación con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad. Debido a que el tratamiento oncológico ataca todas las células, conlleva repercusiones a nivel físico, emocional como también social, educativo, entre otros. La investigación contempló la población adolescente pues, esta edad de transición evidencia un cambio de creencias por lo que afecta su cognición y aparecen nuevas identificaciones en diversas áreas, siendo una de ellas la feminidad y masculinidad. La presente investigación tuvo como objetivo explicar la relación del tratamiento oncológico en el adolescente y la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad, para describir la relación entre sí, mediante revisión bibliográfica y fuentes documentadas a pacientes y especialistas del Hospital SOLCA en el año 2023. El test de creencias irracionales de Ellis demostró que los pacientes adolescentes de 12 a 18 años, presentaron distorsiones cognitivas respecto su feminidad y masculinidad, especialmente de catastrofismo, generalización, descontar lo positivo, saltar a las conclusiones, adivinación, razonamiento emocional y culpabilidad inapropiada. La escala de género de Hoffman confirmó que los pacientes se sienten en confianza con su propia identificación de género por lo que las entrevistas a especialistas que atienden a estos pacientes y la fundamentación teórica, evidenciaron que las distorsiones cognitivas estaban en relación con el tratamiento oncológico.

Palabras claves: Tratamiento Oncológico; Adolescencia; Distorsiones Cognitivas; Creencias Irracionales; Feminidad; Masculinidad

ABSTRACT

The present research contemplated one of the phenomena that has existed since the year 1800 and, nevertheless, its impact continues to the present year: oncological treatment. The research topic was oncological treatment in adolescents and its relation to the formation of cognitive distortions about their femininity and masculinity. Since cancer treatment attacks all cells, it has repercussions at the physical, emotional, social, educational and other levels. The research contemplated the adolescent population because this transitional age shows a change of beliefs, which affects their cognition and new identifications appear in several areas, one of them being femininity and masculinity. The aim of this research was to explain the relationship between oncological treatment in adolescents and the formation of cognitive distortions about their femininity and masculinity, in order to describe the relationship between them, by means of a review of the literature and sources documented from patients and specialists at the SOLCA Hospital in 2023. The Ellis irrational beliefs test showed that adolescent patients aged 12 to 18 years presented cognitive distortions regarding their femininity and masculinity, especially catastrophizing, generalization, discounting the positive, jumping to conclusions, guessing, emotional reasoning and inappropriate guilt. Hoffman's gender scale confirmed that patients feel confident with their own gender identification, so the interviews to specialists who attend these patients and the theoretical foundation showed that cognitive distortions were related to oncologic treatment.

Key words: Oncologic Treatment; Adolescence; Cognitive Distortions; Irrational Beliefs; Femininity; Masculinity.

INTRODUCCIÓN

¿Qué pasa por la mente de una persona que debe ser sometido a un tratamiento oncológico?, seguramente ni siquiera tendría tiempo de asimilarlo puesto que cuanto antes se inicie el tratamiento, más probabilidades de vencer la enfermedad. Mucho se ha investigado sobre el diagnóstico de cáncer, sus causas y consecuencias, pero el tratamiento, el cual en la mayoría de los casos es indispensable y la única opción para la cura, pasa a segundo plano puesto que “es esto o la muerte”. Cuando aparece un diagnóstico de cáncer, el tratamiento oncológico es, en el mejor de los casos, la única opción para continuar con vida. Paradójicamente, a pesar de los avances médicos y tecnológicos el tratamiento oncológico aún no logra distinguir entre células buenas y malas por lo que atacan todo el cuerpo, es decir, el tratamiento mata toda célula del organismo.

Los tratamientos oncológicos corresponden al campo médico puesto se realizan a través, de procedimientos en esta área. Sin embargo, las intervenciones o medicamentos implementados pueden resultar altamente tóxicos por lo que, el paciente sufrirá efectos inmediatamente y otros, más tardíos, pero, pudiendo ser permanentes y alterando su calidad de vida.

Debido a esta realidad, la presente investigación fundamenta teóricamente que no sólo hay efectos físicos sino también emocionales; estas manifestaciones corresponden al área de psicología clínica ya que se deben comprender conceptos como procesos cognitivos, sistema de creencias, procesos de adaptación, ciclos funcionales, entre otros.

Por un lado, el tratamiento oncológico no distingue edades puesto que el cáncer tampoco lo hace. Sin embargo, hay etapas del desarrollo que están pasando por transiciones importantes como lo es la adolescencia. Recibir un diagnóstico a esta edad, podría atravesar al adolescente en los aspectos más importantes de su vida: familiar, social, escolar y en muchos casos laboral.

El adolescente, que se encuentra en una etapa de cambios, está construyendo su sistema de creencias, el cual se ha formado también por sus primeras experiencias y, al recibir un diagnóstico que implica pasar un tratamiento oncológico, los ubica frente a sus creencias que pueden llegar a ser distorsionadas.

Por otro lado, el adolescente está definiendo su identidad y cómo interactúan con el entorno por fuera de sus lazos familiares, por eso cuando se forman distorsiones cognitivas se manifiestan en múltiples áreas, siendo una de ellas su feminidad y masculinidad. Por ejemplo, el tratamiento oncológico les hará caer el cabello, de modo que se enfrenten a su creencia de “el cabello me hace sentir femenina, sin cabello parezco hombre” y se llegue a formar una distorsión cognitiva como “por no ser femenina, ningún chico me va a querer”, generando sentimientos negativos y autocríticos que se antepongan a una conducta de este tipo, por ejemplo, el aislarse de todos sus amigos.

Ante aquel problema detectado, la presente investigación describe el tratamiento oncológico y las distorsiones cognitivas para relacionar el tratamiento oncológico adolescente con la formación de las distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad.

Además, la investigación guarda relación con el dominio cinco de investigación institucional: Educación, comunicación, arte y subjetividad. La línea con la que guarda correspondencia dicho trabajo es: los problemas del sujeto y su relación en distintos entornos. Esta elección se debe a que este dominio tiene un “concepto articulador que se convierte en eje configurador de los sistemas conceptuales de las disciplinas científicas que están involucradas en su objeto de estudio y es la subjetividad” (UCSG, 2022, párr. 1). Por ello, al entender la subjetividad como la construcción de sentido a lo largo de la vida del individuo, se evidencia que el sujeto es una persona única, con manifestaciones conductuales y sistema de creencias propio, y que desde ese lugar interactúa con su entorno. De modo que, el adolescente que atraviesa un tratamiento de cáncer verá comprometida su subjetividad (identidad) y su sistema de creencias, generando distorsiones cognitivas acerca de sí mismo, los demás y su entorno. Como la Universidad Católica Santiago de Guayaquil constata (2022):

Sea que el objeto de la Psicología esté ubicado en el malestar de la cultura, en la conducta, el inconsciente, la cognición, las relaciones de comunicación y los contextos y la posición del sujeto; la subjetividad y la producción del sentido, resulta ser una categoría que atraviesa los sistemas conceptuales de los horizontes epistemológicos que sustentan cada uno de ellos. (párr. 3)

De igual manera, la presente investigación guarda relación con el eje social seis, correspondiendo al objetivo de garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. La OMS define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2022, p.1) y también evidencia que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (OMS, 2022, p.1).

El cáncer y su tratamiento es un problema de salud mundial. Está comprobado que sus causas radican no solo en las predisposiciones genéticas o en las condiciones ambientales en que el sujeto se desarrolla, sino también, en los procesos emocionales que los pacientes atraviesan, especialmente si se trata de una población adolescente (OMS, 2022, párr. 45). Esta población se encuentra en una etapa de transiciones que implican cambios importantes a nivel social, físico, educativa y emocional; si a estos procesos se agrega un tratamiento oncológico, habrá repercusiones de mayor índole.

El adolescente en tratamiento de cáncer puede alcanzar, por ejemplo, estados de ansiedad aguda donde las ideas suicidas o el no querer vivir no es un acontecimiento menor. Por eso, responde al eje social, el cual, según el plan de desarrollo de oportunidades, la tasa se ubicó en 6,12 por cada 100 mil habitantes en 2020. Y, la investigación abarca a la adolescencia, etapa que refleja al suicidio como la primera causa de muerte. "El abordaje de la salud en el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, a través de políticas públicas concernientes" (Secretaría Nacional de Planificación, 2021, p. 33), por lo que el tratamiento oncológico a causa del cáncer conlleva manifestaciones psicológicas que son de gran interés y necesidad, pues la salud integral responde también a las demandas psicológicas de la época.

Para comprender las manifestaciones del problema que dicha investigación pretende seguir, hay que empezar por comprender que a nivel macro, el cáncer es considerado una de las enfermedades con mayor impacto a nivel mundial y por eso, recibir un tratamiento es indispensable para combatirla. Según el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2020) "el cáncer es una de las causas principales de muerte en el mundo. En 2018, hubo 18,1 millones de casos nuevos y 9,5 millones de muertes por cáncer en el mundo" (párr. 4). Sin embargo, "se anticipa que en 2,040 el

número de casos nuevos de cáncer por año aumentará a 29,5 millones y el número de muertes por cáncer a 16,4 millones.” (Instituto Nacional del Cáncer, 2020, p.5).

Dentro de los países panamericanos, “el cáncer es la segunda causa principal de muerte en las Américas. En el 2018, iniciaron tratamiento por un diagnóstico unos 3,8 millones de personas y 1,4 millones murieron por esta enfermedad” (Organización Panamericana de la Salud, 2020, párr.1). Dicho esto, el cáncer llega a ser una enfermedad mortal por lo que los tratamientos por más agresivos que sean, parecen ser la única solución; aunque, eso implique llegar a perder extremidades permanentemente o la esterilidad, por ejemplo. Ante tremendas manifestaciones producto del tratamiento oncológico, surge la necesidad de encontrar especialidades que permitan un abordaje con un enfoque más específico. Dentro de las distintas especialidades que presenta la psicología, se encuentra la psicooncología, rama que “busca entender el tratamiento del cáncer como un proceso interdisciplinario, consolidándose así, como el punto de encuentro entre la psicología, la oncología y otras especialidades” (Asociación Chilena de Psicooncología, 2008, p.5).

Los pacientes en tratamiento sufren grandes implicaciones tanto físicas como psicológicas, causando grandes alteraciones cognitivas. Estas cifras también se presentan en el Ecuador. Según el Ministerio de Salud Pública (2018), la enfermedad “tiene una incidencia creciente, por lo que ocupa la segunda causa de mortalidad general en el Ecuador después de las enfermedades cardiovasculares y presente no solo consecuencias físicas sino también emocionales” (p. 2).

Frente a lo mencionado anteriormente, prestigiosos oncólogos ecuatorianos indican que las manifestaciones presentes en pacientes ecuatorianos en tratamiento también tienen repercusiones psicológicas. El Dr. Oliveros et al (2010) evidencia: “Las implicaciones psicológicas ante un cáncer y su tratamiento varían, dependiendo del momento y/o etapa que el sujeto atraviese. En este complejo proceso, el tipo de afrontamiento que se emplee ante el tratamiento de un diagnóstico de cáncer, es fundamental” (párr. 6). A lo largo del afrontamiento de la enfermedad, se van dando cambios significativos en la vida del adolescente, entre esos, las identificaciones respecto a su identidad frente a lo femenino y masculino y cómo estas creencias, pueden llegar a alterarse cuando viven los efectos del tratamiento oncológico, llegando a formar distorsiones cognitivas.

A partir de lo mencionado anteriormente, se presentan las preguntas de investigación y los objetivos construidos a partir de las mismas, mencionados a continuación:

- Pregunta general: ¿cómo el tratamiento oncológico en el adolescente se relaciona con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad?
 - Pregunta específica 1: ¿qué es el tratamiento oncológico?
 - Pregunta específica 2: ¿cómo se forman las distorsiones cognitivas?
 - Pregunta específica 3: ¿cómo el tratamiento oncológico en el adolescente forma distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad?
- Objetivo general: explicar la relación del tratamiento oncológico en el adolescente y la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad, para describir la relación entre sí, mediante revisión bibliográfica y fuentes documentadas a pacientes y especialistas del Hospital SOLCA en el año 2023.
 - Objetivo específico 1: caracterizar el tratamiento oncológico por medio de fuentes bibliográficas bajo el enfoque cognitivo conductual.
 - Objetivo específico 2: distinguir la formación de las distorsiones cognitivas por medio de fuentes bibliográficas.
 - Objetivo específico 3: identificar la relación del tratamiento oncológico en el adolescente con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad por medio de fuentes documentadas y entrevistas semidirigidas a especialistas.

Las autoras de la presente investigación consideran primordial poner esta enfermedad y su tratamiento bajo la lupa de la investigación desde varios campos, por su relevancia social, económica, política, etc. En este caso, la investigación responde al campo psicológico puesto que aborda la relación del tratamiento oncológico en adolescentes y la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad. Como se constata anteriormente, el tratamiento oncológico puede tener un sinnúmero de efectos secundarios tanto físicos como emocionales que afectan también al adolescente durante y después de su enfermedad.

Podría llegar a pensarse que el cáncer es una enfermedad que sólo responde a la demanda médica, sin embargo, Campoverde et al. (2020) indican en su artículo: *La tasa de Mortalidad General del Ecuador del INEC subestima erróneamente al Cáncer*, lo siguiente:

Desde el punto de vista de la epidemiología, el cáncer puede ser considerado como una enfermedad pandémica, relacionada con el desarrollo industrial, la urbanización, la globalización de productos y hábitos de consumo no saludables, lo que hacemos en nuestro diario vivir son procesos riesgosos que facilitan el desarrollo del cáncer (p. 178).

Esto quiere decir que el cáncer engloba una serie de circunstancias también ambientales, que predisponen a la persona a padecerlo y, por ende, la importancia de la existencia de los tratamientos, aunque éstos sean muy perjudiciales.

Por otro lado, la feminidad y masculinidad son construcciones y hasta cierta medida, términos, en los que se ha clasificado el ser mujer y el ser hombre de modo que, puedan existir modos en los que se manifiestan estas dos modalidades distinguidas: lo femenino y masculino. En la actualidad, los estudios de género ponen en interrogación dicha distinción. La filósofa Simone de Beauvoir (2021) comenta que “la mujer es libre de elegir el camino en que constituirá su vida, pero a su vez, debe cuestionar “las estupideces de este último siglo”, para convertirse en mujeres a través de la construcción de referentes de una vida digna” (párr. 5). Debido a estos referentes sociales a los cuales “deben” identificarse para ser socialmente aceptados, la mujer y el hombre crean identificaciones que se convierten en creencias sobre sí mismos donde las consecuencias del tratamiento oncológico relucen problemáticas llegando a causar distorsiones cognitivas y un malestar emocional.

Los adolescentes, se encuentran justamente en este proceso de construcción y reconstrucción de sus creencias, pues están formando su identidad. Al mismo tiempo, este grupo de personas, entre los 14 a 19 años son muy propensos a desarrollar un cáncer. Las estadísticas de Siegel, Miller, Fuchs y Jemal (2021), confirmaron que:

Acerca de 5,090 recibirán un diagnóstico de cáncer y casi 590 morirán a causa de la enfermedad. En los adolescentes (14 a 19 años), los tipos más comunes de cáncer son los tumores de encéfalo y otros tumores del sistema nervioso

central y los linfomas, seguidos de las leucemias, el cáncer de tiroides, los tumores de células germinativas gonadales (de testículo y ovario) y los tumores de hueso malignos. (p.43)

Estas estadísticas justifican la importancia de investigar la problemática propuesta con urgencia puesto que los adolescentes están siendo diagnosticados con mucha frecuencia y, por ende, son sometidos a tratamientos muy intensos a su corta edad. Si bien es cierto, el cáncer es una enfermedad que se presenta a cualquier edad, sin embargo, los adolescentes se encuentran en una etapa clave para su desarrollo ya que están expuestos socialmente a diversos estímulos que afectan sus creencias y, por lo tanto, a su identidad también. Por eso, cuando se realizan tratamientos para combatir el cáncer y sobrevivir, tienen consecuencias físicas y emocionales que pueden contribuir a la formación de distorsiones cognitivas.

La presente investigación es necesaria, para que, a partir de ella, se cree consciencia sobre la atención psicológica antes, durante y después de un tratamiento oncológico, teniendo en cuenta que, es igual de importante que la atención médica que se brinda a nivel global. Pues, un diagnóstico de cáncer y el tratamiento del mismo y sus efectos generan malestar físico, y a su vez, malestar psicológico que puede llevar al paciente a presentar conductas desadaptativas a lo largo del tratamiento e incluso una vez finalizado.

Dichas conductas le pueden imposibilitar al paciente desempeñarse en actividades como ir a la escuela/colegio, realizar actividades recreativas, interactuar con demás personas e incluso ir a trabajar, dependiendo de cuál sea el caso de cada uno. Por lo que, es importante tener atención psicológica en situaciones como lo es sobrellevar un tratamiento de cáncer puesto que le permitirá al individuo crear medidas de afrontamiento, que, a su vez, crearán pensamientos positivos que le generarán al paciente sentimientos de bienestar.

La investigación se realiza bajo el enfoque mixto y el método que se utiliza es un estudio de tipo descriptivo. Las técnicas utilizadas son Escala de Genero de Hoffman y Test de Creencias Irracionales aplicados a una población de pacientes oncológicos adolescentes de SOLCA, entrevistas semiestructuradas a una población de profesionales especializados en psicooncología que atienden a los pacientes mencionados y referencias bibliográfica para la fundamentación teórica.

Al realizar la investigación, se encuentran ciertas dificultades que la limitaron al momento de recolectar información. En un principio, se busca realizar un grupo focal con los pacientes que cumplan con los criterios de población de la investigación, es decir, pacientes adolescentes de entre 12 y 18 años en tratamiento oncológico. Sin embargo, para realizar grupos focales, es necesario elaborar un requerimiento que implica un proceso de bioética, en el que, se obtiene respuesta de dicho requerimiento en 4 meses aproximadamente, una vez enviada la petición. Por otra parte, los pacientes al ser pacientes hospitalizados oncológicos, es importante tener en cuenta el estado de gravedad del mismo dentro del ingreso, puesto que no es factible realizar la recolección de datos cuando el paciente se encuentra débil ya sea física o emocionalmente, por los efectos del tratamiento o desanimado por el tiempo prolongado de ingreso en el que se encuentra.

A continuación, se detalla lo que contiene cada capítulo. El capítulo 1, al tratarse sobre el tratamiento oncológico, tiene como contenido el tratamiento oncológico que se desglosa en la conceptualización del cáncer, su clasificación y tipos, síntomas que se presentan en la enfermedad, tratamientos tanto médicos como psicológicos, los efectos que conlleva el tratamiento ya sean físicos y emocionales y finalmente, la comorbilidad con otros trastornos. Es importante conocer sobre la enfermedad porque permitirá comprender de qué manera actúa el tratamiento oncológico en un adolescente, teniendo en cuenta que las reacciones y maneras de afrontamiento varían dependiendo del paciente y los recursos emocionales que presente ante lo suscitado.

Por otra parte, el capítulo 2 se basa en la formación de las distorsiones cognitivas. Para entender la formación, es importante conocer de que se trata el ciclo disfuncional y funcional del proceso cognitivo puesto que nos permite identificar los déficits cognitivos que presenta el paciente. En ese mismo capítulo se detalla sobre el modelo cognitivo y sus esquemas, creencias y supuestos como también los pensamientos automáticos. Además, se explica sobre el modelo cognitivo de Ellis para luego mencionar y describir los tipos de distorsiones cognitivas y los instrumentos de medición de las distorsiones que permitirán reconocer las creencias irracionales del paciente.

En el capítulo 3, se busca hacer una conexión e integración entre los capítulos mencionados anteriormente, por lo que se trata de la relación del tratamiento oncológico en el adolescente y la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad. Para hacer un recorrido sobre dicha relación, es importante conceptualizar la adolescencia y sus dimensiones: biológica, psicosocial y psicosexual. Para luego definir la feminidad y masculinidad y la identificación adolescente con los mismos. Una vez establecidos dichos conceptos, se establece finalmente la relación de las distorsiones cognitivas con la feminidad y masculinidad en adolescentes en tratamiento oncológico. Este capítulo, permitirá conocer de qué manera el tratamiento oncológico en el adolescente influye en la formación de las distorsiones cognitivas sobre la feminidad y masculinidad de cada paciente, teniendo en cuenta los factores sociales, psicológicos y físicos que se encuentran en juego.

Finalmente, en el capítulo 4, se explica la metodología de la investigación, detallando el enfoque, paradigma, método, técnicas e instrumentos, población de la investigación y la matriz de operacionalización de variables. Y en el 5to y último capítulo, se presentan y analizan los resultados de las técnicas de recolección de datos mencionadas anteriormente.

CAPÍTULO I

Tratamiento oncológico

¿Qué es el Cáncer?

El cáncer, también conocido como neoplasia, es una enfermedad caracterizada por la multiplicación de células anormales que generan daños en los tejidos corporales. En otras palabras, la acumulación de células malignas, que muchas veces forma tumores, ataca el propio organismo. Es importante conocer la graduación de la enfermedad, el tipo, y las preexistencias del paciente para determinar el tratamiento a seguir una vez diagnosticada la enfermedad. Sin embargo, el individuo no puede determinar a ciencia cierta el desenlace de su enfermedad.

Tomando las palabras de Meza et al (2006) “El cáncer se desarrolla a partir de la acumulación y selección sucesiva de alteraciones genéticas y epigenéticas, que permiten a las células sobrevivir, replicarse y evadir mecanismos reguladores de apoptosis, proliferación y del ciclo celular” (párr.1). Mientras que, según la Organización Mundial de la Salud (2022):

Cáncer es un término amplio utilizado para aludir a un conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites habituales e invaden partes adyacentes del cuerpo y/o se propagan a otros órganos. (párr. 1)

Teniendo en cuenta dichos conceptos, pareciera ser que el cáncer es “una enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo” (Instituto Nacional Del Cáncer, 2021, párr.1). Si bien es cierto, hoy en día existen tratamientos efectivos para la enfermedad, sigue considerándose una de las primeras causas de muerte en el mundo (OMS, 2020, párr. 6). Es por ello, que las personas al escuchar la palabra “cáncer” la asocian con la palabra “muerte”, indiferentemente del grado diferenciado en el que se encuentre la enfermedad. Paradójicamente a la estadística anterior, según el estudio de la Sociedad Estadounidense del Cáncer, el cáncer detectado en una etapa inicial tiene una tasa de

supervivencia del más del 90% (SEC, 2018, párr. 15) razón por la cual, dicha enfermedad no debe estar asociada a la idea de muerte en todos los casos.

La doctora Annalisa Trama, quien es especialista del Instituto Nacional de Tumores de Milán en Italia comenta que en la juventud ocurren bastantes cambios morfológicos importantes, dando a relucir la estadística de que “en los grupos de menor edad, las leucemias, linfomas, cánceres del sistema nervioso, sarcomas y tumores genitales son más comunes” (Trama, 2022, párr. 12). Así mismo, explica que esta incidencia puede variar según el género puesto que las mujeres están más propensas a desarrollar cáncer de mama, tiroides, cuello uterino y ovarios, mientras que en los varones el diagnóstico de cáncer más común varía entre cáncer de testículo, linfomas, leucemia y tiroides (Trama, 2022, párr. 15).

Ronald Barr, doctor y profesor de pediatría en la Universidad McMaster en Hamilton, Canadá (2022) evidencia que, si bien la posibilidad de desarrollar cáncer en adultos en edades más avanzadas es mayor que para adolescentes, este grupo poblacional tiene determinadas características que potencian su riesgo a la hora de tratar su diagnóstico (párr. 34).

Los cambios fisiológicos propios de la edad contribuyen a la epidemiología cancerígena a detenerse en la adolescencia. La Dra. Trama (2022), al hablar de la importancia del diagnóstico en adolescentes, comenta que "este grupo también tiene biología y genómica tumoral específica, que difiere de niños y adultos mayores. Además, por la diferencia de edad, la farmacología es distinta al igual que el impacto potencial de la eficacia de la terapia” (párr. 4).

Además, a los adolescentes le suma la inconciencia de que el cáncer es una posibilidad real a esta edad. Trama (2022) explica que “esto es un fenómeno que se da tanto en los pacientes y sus familias como en el personal de salud. Es un grupo que también ha tenido una participación limitada en investigaciones clínicas y un acceso difícil a tratamientos especializados” (párr. 18). Barr añade que “en cierta medida se debe a que, hasta décadas recientes, buena parte de la investigación en cáncer se centraba en tumores infantiles o la población más adulta” (Barr, 2022, párr. 36).

Por otro lado, según la Dra. María Amelia Bueno, médica ayurvédica, del Servicio de Medicina, Mente y Cuerpo, del Centro Médico Imbanaco, el cáncer no

sólo tiene una raíz biológica sino más bien, señala que “la relación cuerpo-mente se refleja en cómo las actitudes conflictivas, los temores, miedos o los sentimientos reprimidos, tienen la capacidad de alterar el organismo y su funcionamiento” (Centro Médico Imbanaco, 2017, párr. 6). Según la especialista, el cáncer puede originarse debido a un estado emocional que persiste y llega a ser insostenible para el sistema inmune. Lo explica comentando que “las células, aquellos “microuniversos”, tan sensibles, sucumben al estado de estrés extremo y entran en shock; se produce una alteración, una multiplicación anormal de estas células, que da origen a un tumor” (Bueno, 2017, párr. 7).

Las enfermedades traen consigo una carga emocional y, dependiendo de qué tan grande esta sea, puede agravar el proceso. La Dra. Bueno defiende: “El cuerpo está preparado para el estrés, pero no para un estrés crónico, termina por vulnerar las partes más sensibles del organismo” (Bueno, 2017, párr. 11). Incluso, este origen emocional detrás de las enfermedades como el cáncer justamente se llegan a manifestar a nivel físico, en la patología en sí, activando procesos inflamatorios, bajando las defensas o alterando el sistema inmunológico. Estos síntomas físicos, con origen emocional, también se presentan como migrañas, dolores fuertes de espalda, irritaciones de colon, alergias, tensiones musculares, brotes de acné y piel en general, problemas gastrointestinales, entre otras.

Clasificación y tipos de Cáncer

El American Cancer Society (2022) detalla la clasificación y tipos del cáncer según la categoría en la que sean analizados (p.1).

Según el sitio de origen

Independientemente del tipo de tejido afectado, la clasificación del cáncer es dada por el sitio primario específico donde se origina el cáncer. Por ejemplo, cáncer de hígado, de pulmón, de lengua, etc.

Según el tipo de tejido

Existen 6 categorías dependiendo el tejido que está siendo afectado por la enfermedad: carcinoma, sarcoma, mieloma múltiple, leucemia, linfoma y de tipos mixtos o raros.

Según el grado

El grado del cáncer lo determina el aumento de las células malignas frente a las sanas, desde la escala 1 al 4, siendo el grado 4 el más comprometido. Para dicha medición, se toman en cuenta las células diferenciadas e indiferenciadas en los tejidos del tumor y su alrededor.

- Grado 1 (G1): células bastante diferenciadas con ligera anormalidad.
- Grado 2 (G2): células moderadamente diferenciadas y con ligera anormalidad.
- Grado 3 (G3): células poco diferenciadas y con bastante anormalidad.
- Grado 4 (G4): células inmaduras, primitivas e indiferenciadas.

Según el estadio o etapa

Es la clasificación individual de la enfermedad y corresponde al proceso de evolución del cáncer, es decir, sirve para saber cuánto cáncer hay y cuánto se ha propagado por el cuerpo. La terminología estandarizada es de utilidad para los médicos en la sustentación de qué tratamiento seguir.

La clasificación más común sirve para realizar una estadificación (TNM) o clasificación del estado del cáncer y se puede realizar a través de estos tres métodos:

- En función del tamaño del tumor (T); el más usado.
- En función del grado de diseminación regional o afectación de los ganglios (N).
- La metástasis, presencia de enfermedad en otros órganos (M).

Y esto, ¿qué significa? La estadificación TMN indica el estadio de la enfermedad, donde se encuentra que el estadio IV es el más comprometido.

- Estadio 0: sólo está presente en células superficiales.
- Estadio I: cáncer limitado al tejido de origen.
- Estadio II: cáncer diseminado de forma local y limitada.
- Estadio III: cáncer diseminado de forma local, pero regional extensa.
- Estadio IV: cáncer avanzado diseminado a otros órganos (a distancia) y metástasis.

Según la ubicación en el cuerpo

- Aparato locomotor

- Aparato respiratorio y tórax
- Cabeza y cuello
- Célula germinativa
- Cerebro y sistema nervioso
- Digestivo y gastrointestinal
- Endocrino y neuroendocrino
- Ojo
- Piel
- Sistema reproductor femenino
- Linfoma
- Sangre y sistema hematológico
- Riñones y aparato genitourinario
- Relacionados al sida
- Otros

¿Cómo se manifiesta el cáncer?

Los pacientes al afrontar la enfermedad verán afectadas áreas físico-motoras, musculares, orgánicas, cognitivas y alteraciones en la conducta y afectividad puesto que, a partir del diagnóstico y el inicio del tratamiento, se genera un cambio en la vida del paciente.

Síntomas físicos

El cáncer puede iniciar de forma silenciosa, es decir, ser asintomático. Sin embargo, hay ciertos síntomas generales que se han listado como los más comunes indicadores de esta enfermedad. El Instituto Nacional Del Cáncer, en siglas NIC, (2019) indica que los síntomas que el cáncer puede causar son:

- Cambios en los senos:
 - Sentir un bulto o algo sólido en el seno o bajo el brazo
 - Cambios o descargas en los pezones
 - Piel roja, escamosa, sumida, o con hoyos y que da comezón
- Cambios en la vejiga, intestino
- Dificultad para orinar:
 - Dolor al orinar

- Sangre en la orina
- Hemorragia o moretones sin una razón aparente
- Sangre en el excremento
- Tos o ronquera que no desaparece
- Problemas al comer:
 - Dolor después de comer (acidez o indigestión que no desaparecen)
 - Problemas al deglutir
 - Dolor de estómago
 - Náuseas y vómitos
 - Cambios de apetito
- Cansancio grave y prolongado
- Fiebre o sudores nocturnos sin ninguna razón
- Cambios en la boca:
 - Un parche blanco o rojo en la lengua o en la boca
 - Hemorragia, dolor o entumecimiento en los labios o en la boca
- Problemas neurológicos:
 - Dolores de cabeza
 - Convulsiones
 - Cambios en la vista
 - Cambios en la audición
 - Parálisis facial
- Un nuevo lunar o un cambio en un lunar ya existente
- Problemas de piel como una irritación que no sana
- Ictericia (volverse amarillos la piel o el blanco de los ojos)
- Hinchazón o bultos en cualquier parte como en el cuello, en las axilas, el estómago y las ingles
- Subir o bajar de peso sin una razón conocida (más del 10% de masa corporal)

Es fundamental mencionar que los síntomas varían dependiendo del estilo de vida de la persona y el tipo de cáncer que presente. Es probable que en una persona se manifiesten síntomas distintos a los mencionados, así como también, es probable que una persona no presente todos los síntomas. Por eso, si hay síntomas que no desaparecen o se alivian durante varias semanas, es importante acudir al médico para que el problema pueda ser diagnosticado y tratado lo antes posible.

Síntomas emocionales

Según el NIC (2018), estos síntomas físicos del cáncer se pueden ver acompañados, en su mayoría, por síntomas emocionales como:

- Agobio
- Negación/Motivación
- Enojo
- Temor y preocupación
- Desesperanza/Esperanza
- Estrés y ansiedad
- Tristeza y depresión
- Culpa
- Soledad

Factores de riesgo

Según el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (2015), un factor de riesgo es todo aquello que aumenta o disminuye las posibilidades de que una persona padezca una enfermedad (p. 12). A pesar de que comúnmente es difícil determinar las razones por las que se origina un cáncer en un paciente y en otro no, se han establecido factores de riesgo que proponen tomar las debidas precauciones ya que, si no, pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer. Según el Día Mundial Contra el Cáncer (2022) “es importante recordar que, aunque algunos factores no pueden modificarse, alrededor de un tercio de los casos de cáncer puede evitarse reduciendo riesgos asociados a la conducta y la alimentación” (p.11). A continuación, se mencionarán los factores de riesgo que son inevitables no modificables.

- Sexo
- Raza/grupo étnico
- Edad
- Predisposición genética

Mientras que, los factores de riesgo prevenibles o modificables son aquellos que mediante acciones de educación y prevención pueden modificar los comportamientos personales que se ejecutan sobre la forma de vivir. Estos factores son:

- Fumar
- Beber alcohol
- Exponerse a las radiaciones ultravioleta (además de las emitidas por el sol)
- Comer alimentos poco saludables
- Tener exceso de peso
- Sedentarismo
- Estrés

Como se mencionó con anterioridad, el cáncer es una enfermedad que está catalogada como una de las razones más común de muerte. Sin embargo, “los cánceres de mayor prevalencia a nivel internacional están asociados a factores ambientales y estilos de vida, por tanto, son potencialmente prevenibles” (Fernández et al, 2016, p.2). Entonces, a partir de lo mencionado, se podría constatar que hay maneras de prevenir el cáncer. Cabe recalcar, que cumplir con dichos factores de prevención no significa que no se pueda presentar la enfermedad puesto que existen factores que no son modificables y no dependen de la persona, pero, sin duda el estilo de vida que la persona elija llevar puede crear mayores probabilidades de que se desarrolle la enfermedad.

Las modificaciones sencillas de los estilos de vida pueden evitar el desarrollo del cáncer, actividades que forman parte de la cotidianidad del sujeto, entre ellos está: tener una dieta saludable, mantenerse constantemente en actividad física, controlar el consumo de alcohol y otras drogas, acudir al médico anualmente, el auto chequeo, entre otras. Vale la pena mencionar que estas recomendaciones aparte de contribuir a la prevención de enfermedades, le permite a la persona reducir síntomas emocionales adjunto a estas, como son los trastornos de ansiedad o depresión.

Tratamientos para el Cáncer

Existen distintas maneras de tratar la enfermedad que trabajan en conjunto, desde lo orgánico y los fenómenos psicológicos. A continuación, se explicará de qué se trata cada una.

Tratamientos médicos

Quimioterapia. Como principal tratamiento está la quimioterapia, por lo que surge la pregunta: ¿qué es la quimioterapia en sí? Según la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (2018):

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células. Como las células cancerosas suelen crecer y dividirse más rápido que las células normales, la quimioterapia tiene mayor efecto en las células cancerosas. Sin embargo, los fármacos utilizados para la quimioterapia son fuertes y pueden dañar a las células sanas de todos modos. Este daño causa los efectos secundarios que están relacionados con la quimioterapia. (p.1)

Es decir, es un tratamiento que administra fármacos que detienen el crecimiento de las células anormales; puede aplicarse a través de la vena o, en algunos casos, mediante pastillas. Durante la quimioterapia, por lo general, el paciente debe permanecer en el hospital porque necesita ser evaluado constantemente durante el tiempo que recibe el tratamiento. A diferencia de la quimioterapia oral; no es indispensable trasladarse al hospital.

Hormonoterapia (inmunoterapia). Por otra parte, hay tumores que su desarrollo se da por distintas hormonas que el cuerpo humano secreta naturalmente, entonces, la hormonoterapia se basa en la administración de medicamentos que resistan a la acción de la hormona en cuestión. Según indica el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2022), la terapia hormonal evita que las células malignas adquieran las hormonas que requieren para desarrollarse. Este tratamiento puede ser administrado de manera oral o inyección subcutánea (párr. 5). También, existe el tratamiento basado en inmunoterapias, por ejemplo, el de anticuerpos monoclonales, el cual se aplica por la vena. Se trata de moléculas creadas en laboratorio para actuar a manera de anticuerpos que puedan modificar el ataque del sistema inmunitario. Es importante mencionar que el tratamiento se puede establecer como único tratamiento o puede ir acompañado de la quimioterapia.

Radioterapia. Otro de los tratamientos es la radioterapia, la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica indica que “los radioncólogos utilizan radioterapia para destruir las células cancerosas y retrasar el crecimiento tumoral, al tiempo que limitan el daño al tejido sano cercano” (SEOC, 2020, párr.2). Esto quiere decir que, consiste en el uso de radiaciones en la zona donde se encuentra la enfermedad para eliminar las células cancerosas. Al igual que el tratamiento de anticuerpos monoclonales, la radioterapia puede ser un tratamiento único o realizarse junto con las sesiones de quimioterapia o cirugía.

Trasplante de médula ósea. Así mismo, existe el trasplante de médula ósea. Para explicar dicho tratamiento primero, es importante entender ¿qué es la médula ósea? La médula ósea es un tejido que se ubica en los huesos, contiene células madre que origina las células hijas; da origen a las células sanguíneas del cuerpo. Dentro del cuerpo humano se encuentra una clasificación de la médula ósea, la roja que crea distintas células sanguíneas como los glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas y la amarilla, que tiene como función reservar energía. Cada célula sanguínea cumple con una función: los glóbulos blancos cumplen la función de defensa ante agentes extraños dentro del organismo, los glóbulos rojos trasladan oxígeno a las demás células y las plaquetas son aquellas que facilitan la coagulación de la sangre. Ahora bien, entonces ¿qué es el trasplante de médula ósea?

El trasplante de médula ósea es otro de los tratamientos utilizados en algunas formas de cáncer de la sangre (leucemias) o de los ganglios linfáticos (linfomas). Consiste en obtener células madre sanas extrayéndose de la médula y guardándose para su posterior transfusión al paciente. Las células madre sanas se pueden tomar del propio paciente cuando está en “fase de remisión” o bien se pueden tomar de otra persona sana y compatible. Antes del trasplante de médula ósea, el paciente será sometido a un tratamiento de quimioterapia a altas dosis para lograr que entre en una “fase de remisión” de la enfermedad. La transfusión de células madre sanas se realiza por vía endovenosa. (Cáceres et al, 2007, p. 36)

Cirugía oncológica. Por otra parte, se encuentra la cirugía oncológica. La Sociedad Americana de Oncología Clínica la define como “una operación o procedimiento para extraer un tumor y posiblemente algún tejido circundante” (SAOC,

2021, párr. 1). La cirugía puede darse mediante laparoscopia, laser, criocirugía y endoscopia. Con el avance de la tecnología se busca que la cirugía no sea tan invasiva para el paciente y los efectos y recuperación de la misma pueda ser corta y menos dolorosa. Sin embargo, la cirugía oncológica también puede implicar amputación de alguna extremidad, de manera parcial o completa. Es importante mencionar que la cirugía oncológica puede realizarse como único tratamiento para el cáncer, así como también, puede efectuarse junto con las sesiones de quimioterapia o radioterapia.

Tratamiento psicológico

En conjunto a los tratamientos mencionados anteriormente, se realiza con el paciente un abordaje psicológico para darle seguimiento a la parte emocional del mismo. Es importante trabajar con el paciente de manera integral ya que los estados emocionales repercuten en su percepción y conducta. En consecuencia, un paciente en tratamiento oncológico evidencia sintomatología emocional que debe ser abordada por un profesional competente. El psicólogo clínico, sociólogo, comunicador político y social, Arturo Torres, explica que cuando ocurre un acontecimiento, por ejemplo, el tratamiento para el cáncer, habrá dos vertientes: una material-objetiva y otra que corresponde a los estados de subjetividad de conciencia de cada persona. (Torres, 2015, párr. 11). La vía materia objetiva sería lo reconocible real del tratamiento oncológico, como la caída del cabello. Por el otro lado, la segunda vertiente tiene que ver más con la forma en la que el individuo logra traducir en términos emocionales eso que le ha ocurrido. Torres afirma (2015) que:

La terapia cognitivo conductual responde a la necesidad de intervenir en estos dos terrenos. Lo hace impulsándose gracias a las sinergias que se establecen entre la parte de la intervención enfocada a los procesos mentales y aquella que se orienta hacia las acciones y los cambios en el entorno material del paciente. Es decir, que esta orientación terapéutica que actúa tanto sobre los actos como sobre los pensamientos y emociones. (p.12)

Ante el malestar emocional que el paciente presenta frente al tratamiento y sus efectos colaterales, aparece la psicooncología. Como fue descrito en el apartado de tratamiento psicológico, Robert et al (2013) en su artículo *Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial*, citando a Holland define la especialidad como:

Una subespecialidad de la oncología, que por una parte atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende (enfoque psicosocial); y que, por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicológico). (p. 679)

La clínica Mayo, reconocida como una de las más prestigiosas para el tratamiento de cáncer, menciona que la terapia cognitivo conductual es eficaz para abordar sintomatología emocional ya que "te ayuda a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos para que puedas visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva" (Mayo Clinic, 2021, párr. 2). Así también, se estructura de forma que el paciente logre identificar situaciones problemáticas, prestar atención a sus pensamientos, emociones y opiniones en relación con estos problemas, identificar o reformar pensamientos negativos o inexactos.

La importancia del tratamiento psicológico repercute positivamente en el afrontamiento de la misma enfermedad. Un diagnóstico de cáncer y su tratamiento es difícil de sobrellevar puesto que implica un cambio radical desde el momento que el paciente se entera que padece la enfermedad hasta que exista la remisión de la misma. Si bien es cierto, la remisión indica que las células cancerígenas ya no existen dentro del cuerpo del paciente, sin embargo, el cáncer puede aparecer por los factores de riesgo modificables y no modificables por lo que evidencia la necesidad de atención psicológica continua. La persona con cáncer, al ser una persona vulnerable, necesita tener un mayor cuidado en cuanto a su salud mental puesto que los pensamientos y comportamiento de la misma influye en la enfermedad. Por ejemplo, según indica Arbizu (2000) en su artículo *Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento*:

El estrés puede afectar al inicio o curso del cáncer, generando cambios biológicos propios de la respuesta de estrés y con cambios en las conductas de salud o estilos de vida que pueden predisponer a la enfermedad. Ante los efectos del estrés las personas pueden llevar a cabo conductas altamente

perjudiciales para la salud como el tabaco, el alcohol, los patrones de alimentación inadecuados, el rechazo de tratamientos médicos, etc. (p.175)

De esta manera, el abordaje terapéutico para tratar la parte emocional del cáncer es indispensable. En algunos pacientes, será necesario intervenir con fármacos ansiolíticos y en otros, únicamente con intervenciones determinadas.

Los problemas psicológicos pueden convertirse en la causa de alguna complicación física y, por ende, afectar de modo adverso el estado general del paciente oncológico. Según los psicólogos clínicos Manuel Hernández y Juan Antonio Cruzado (2013):

Una adecuada y temprana detección aumentaría el número de pacientes que pueden beneficiarse de los recursos psicológicos ya disponibles en muchas instituciones, mejorando la adherencia al tratamiento médico y dotando al paciente de estrategias de afrontamientos y de cambio, así como tratar específicamente los posibles trastornos psicopatológicos o la sintomatología para mejorar su evolución clínica y la calidad de sus vidas. (p.4)

El tratamiento psicológico para el cáncer debería ser también preventivo puesto que inversamente a lo expuesto anteriormente, los especialistas mantienen que “la falta de valoración de las necesidades psicosociales de los pacientes con cáncer implica un mal uso de los recursos asistenciales, por ejemplo, los sanitarios sólo envían al paciente al psicólogo cuando los síntomas ya se han agravado” (Hernández et al, 2013, p.4)

Hay ciertos síntomas que no son tan fáciles de detectar hasta que no desbordan al paciente. Por ello, quien lo monitorea constantemente es un profesional de enfermería o médico, quien no tiene necesariamente la formación para detectar ciertos síntomas psicológicos y acaba confundiéndolos con secuelas de la enfermedad o los tratamientos. Hernández y Cruzado (2013) mencionan que los especialistas primarios del paciente oncológico, al reconocer un síntoma psicológico, lo considera una “reacción normal” a la situación de enfermedad o también “consideran que lo prioritario en la consulta médica es atender al tratamiento de la enfermedad, restando importancia al malestar psicológico” (p.4).

Manuel Hernández y Juan Antonio Cruzado (2013) afirman que:

Así mismo los síntomas del malestar emocional pueden pasar desapercibidos por la limitación de los recursos, como las condiciones en que se realiza la práctica asistencial, la excesiva demanda o por carecer de los medios materiales o formativos para hacer una adecuada evaluación psicológica, la gravedad de la situación física de los pacientes al evaluarlos o la dificultad para el diagnóstico diferencial entre síntomas que pueden ser físicos o emocionales. (p.6)

Finalmente, en la última década se han desarrollado métodos para optimizar la detección del malestar emocional debido a un interés genuino de que el tratamiento psicológico sea más eficiente. Estos instrumentos de detección adecuados a la realidad asistencial de los pacientes bajo el enfoque cognitivo conductual, según Hernández et al. citando a Holland y Reznik, (2013), servirían para identificar los conflictos y problemáticas emocionales ante el cáncer con los objetivos de:

1) brindar a los pacientes orientación y ayuda psicológica desde las fases más tempranas del tratamiento médico, 2) reducir los costes de cuidados sanitarios y 3) programar la atención sanitaria para los pacientes con elevado malestar psicológico sin necesidad de largas entrevistas diagnósticas o extensivos cuestionarios. (p.11)

En conclusión, es importante comprender que el paciente en tratamiento de cáncer no pasa únicamente por necesidades físicas. El paciente en tratamiento debe ser capaz de entender lo que ocurre para que pueda adaptarse al nuevo estilo de vida a partir del tratamiento. Además, debe reconocer emociones que en muchas ocasiones serán negativas, sin embargo, es lo que le ayudará al paciente exteriorizar lo que le está generando malestar. De acuerdo a Rodríguez et al. (2017) citando a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el paciente con cáncer que recibe tratamiento para su enfermedad presenta necesidades como:

Seguridad (confianza en el equipo sanitario, en su familia y cuidadores), aceptación (reconocer sus posibilidades, sentirse aceptado y comprendido), amor (de amar y ser amado), pertenencia (sentirse miembro de una familia, de un grupo), autoestima (sentirse importantes y útiles a pesar de la enfermedad) y autorrealización o espirituales (encontrar sentido a su vida, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte). (p. 4)

El paciente en tratamiento oncológico, junto con el profesional que brinda el servicio psicológico, debe ser consciente de las emociones que se pueden presentar durante el tratamiento de la enfermedad. Es fundamental que dichas emociones, positivas o negativas, sean identificadas y se logre percibir de qué manera son expresadas, para que, mediante el abordaje psicológico se logre generar un sentimiento de bienestar. Al paciente en tratamiento no sólo le interesa sentirse bien si no también, “estar bien” en sentido integral; tomando en cuenta que estar bien no quiere decir sentirse bien todo el tiempo.

Los malestares emocionales como ansiedad, depresión, labilidad, llanto fácil, entre otros, que se generan en pacientes en tratamiento oncológico pueden crear un malestar que genera una demanda terapéutica. Además, los pacientes en tratamiento oncológico necesitan un espacio donde se les permita sentir y expresar sus emociones genuinas, puesto que están enfrentados a constantes frases como “tú eres fuerte” “no llores porque todo estará bien” “debes mantenerte positivo”, etc. La BBC (2022) menciona en uno de sus recientes estudios sobre la juventud que los jóvenes “no es que no quieran ser felices, es que no quieren ser felices todo el rato; esa rebelión de las emociones resulta sanísima, porque necesitamos poder verbalizar y contar para poder ser. La felicidad pasa también por los días grises” (párr. 6).

Una vez que el paciente ha recibido su diagnóstico de cáncer y se encuentra próximo a iniciar el tratamiento de la enfermedad, es fundamental que sea remitido al psicólogo; puesto que “las intervenciones psicoterapéuticas al final de la vida tienen como objetivo disminuir el malestar emocional de la persona enferma (ansiedad, depresión, angustia, preocupaciones, necesidades espirituales y existenciales)” (Troncoso, 2019, párr. 12). Así también, desde la institución es importante que exista por parte del personal un abordaje psicológico temprano, que le permita al paciente utilizar los recursos emocionales que posee a lo largo del proceso de tratamiento. De esta manera, según Hernández se está “dotando al paciente de estrategias de afrontamiento y de cambio, así como favorecer el tratamiento de sus posibles trastornos psicopatológicos o su sintomatología, para mejorar su evolución clínica, y la calidad de su vida” (Hernández, 2013, p. 237).

La otra cara de la moneda: efectos físicos y emocionales del tratamiento oncológico

Como se mencionó previamente, el paciente con cáncer necesita tratamientos físicos y psicológicos para buscar la salud integral del paciente. Se mencionaron y detallaron los principales tipos de tratamientos y sus beneficios. Sin embargo, ningún tratamiento hasta la actualidad tiene la capacidad de distinguir las células malignas de las saludables, motivo por el cual, el cuerpo y la cognición del individuo también se ven gravemente afectadas más allá de la enfermedad.

La Sociedad de Cáncer Americana, en sus siglas en inglés, ACS (2019) explican que:

Las células cancerosas crecen rápidamente, y los medicamentos de quimioterapia eliminan las células que crecen velozmente. No obstante, debido a que estos medicamentos circulan por todo el cuerpo, pueden afectar a las células sanas y normales que también crecen rápidamente. La causa de los efectos secundarios es el daño ocasionado a las células sanas. (párr. 1)

Así mismo, evidencia que hay células normales que son más propensas a verse implicadas por los tratamientos, causando alteraciones en las células que producen sangre en la médula ósea (neutropenia), en los folículos pilosos (debilitación de las raíces del pelo causando caída del mismo), en las células en la boca, tracto digestivo y órganos del sistema reproductor (ACS, 2019, párr. 2).

Además, los medicamentos utilizados en un tratamiento de quimioterapia, por ejemplo, suelen llegar a dañar “las células del corazón, los riñones, la vejiga, los pulmones y el sistema nervioso. Los médicos tratan de administrar la quimioterapia en niveles suficientemente altos para tratar el cáncer, pero manteniendo los efectos secundarios a un punto mínimo” (ACS, 2019, párr. 4).

Es cierto que existen medicamentos y tratamientos para aliviar estos síntomas, pero, la realidad evidencia que nunca se llegan a eliminar por completo durante el tratamiento. La Sociedad de Cáncer Americana (2019) rectifica que muchos de los efectos secundarios desaparecen rápido pero también, existen los efectos tardíos, los cuales se prolongan en meses, años y a veces durante toda la vida (párr. 6)

Los efectos secundarios de un tratamiento de cáncer causan un gran impacto físico/emocional para el paciente y pueden durar toda la vida. Mencionan que “la quimioterapia y otros tratamientos causan daño a largo plazo al corazón, los pulmones, los riñones o a los órganos genitales. Ciertos tipos de quimioterapia algunas veces causan efectos retrasados, como un segundo cáncer, que puede aparecer muchos años después” (ACS, 2019, párr. 8).

Efectos orgánico-físicos

Como se mencionó anteriormente, el tratamiento, en muchas ocasiones le ayuda al paciente en la recuperación de la enfermedad puede generar efectos adversos o secundarios incluso cuando el proceso ha concluido, es decir, efectos a largo plazo. Según indica Blasco (2020) “los tratamientos quimioterápicos asocian una serie de efectos más o menos graves, sobre el resto del organismo denominándose efectos tóxicos o secundarios” (párr. 1). Es importante conocer los efectos colaterales que pueden ser causados por el tratamiento, para poder tener un control de ellos, entre los efectos tóxicos encontramos:

Efectos inmediatos. Son efectos que se presentan luego de horas de recibir el tratamiento establecido.

- Vómitos
- Fiebre
- Reacciones alérgicas
- Insuficiencia renal
- Hiper/hipotensión
- Hemorragias

Efectos precoces. Son efectos que pueden aparecer en días posteriores tras recibir el tratamiento.

- Alopecia
- Anemia
- Diarrea
- Retención hídrica
- Leucopenia
- Trombopenia

Efectos retardados. Son efectos que aparecen semanas o incluso meses después de recibir el tratamiento.

- Ototoxicidad
- Aspermia
- Pigmentación cutánea
- Fibrosis pulmonar
- Anemia
- Neuropatía periférica

Efectos tardíos. Son efectos que pueden aparecer meses o años tras recibir el tratamiento

- Hipogonadismo/esterilidad
- Leucemias agudas
- Fibrosis hepáticas
- Menopausia precoz
- Osteoporosis

Estos cambios y consecuencias físicas conllevan factores que con frecuencia desanima a los pacientes durante todo el tratamiento o por el tiempo y severidad que manifiesten sus efectos secundarios. Esto se debe a que los efectos físicos conllevan una repercusión tanto cognitiva como emocional. Por ende, también están presentes las consecuencias psicoafectivas de los pacientes en tratamiento oncológico.

Efectos emocionales

Por otro lado, así como existen manifestaciones físicas, un diagnóstico de cáncer y lo que implica su tratamiento, pueden generar un malestar emocional en el paciente, puesto que la enfermedad afecta el desarrollo biopsicosocial del mismo. Oliveros et al (2010) indican que:

Al enfrentar esta patología, sus diferentes áreas como la conductual, cognitiva y afectiva se alteran a tal punto que generan un cambio comportamental, en muchos casos no funcional, que no contribuye al buen manejo por parte del paciente de su enfermedad, ocasionando abandono del tratamiento, mayor percepción de dolor, progresión de la neoplasia, desórdenes psicológicos asociados, como depresión, ansiedad, etc. (p. 21)

Durante la enfermedad, los pacientes pueden verse afectados emocionalmente puesto que el tratamiento de la enfermedad implica un cambio en la forma de vivir del paciente. Ante esta situación, los roles que cumplía el paciente se modifican y estos a su vez, generan malestar en los mismos. Según Hernández (2013) “los pacientes en tratamiento de cáncer presentan altos porcentajes de trastornos psicopatológicos y de malestar emocional, más prevalentes que en la población general” (párr. 26). Esto quiere decir que, junto con el tratamiento y sus efectos colaterales, se manifiestan trastornos psicopatológicos como: depresión, ansiedad, trastornos del sueño y malestar emocional.

El paciente en tratamiento, ante una adaptación frente a su nuevo estilo de vida y tratamiento, manifiesta temor, angustia, culpa, tristeza, negación e incertidumbre al desconocer lo que puede pasar en un futuro en cuanto a él y la enfermedad. A su vez, los efectos emocionales pueden conllevar una somatización, escenario que agrava los efectos físicos antes mencionados. Por ejemplo, el estrés emocional puede llegar a alternar el ciclo del sueño, lo cual potencia el cansancio causado por los tratamientos para las células cancerígenas. Así mismo, la ansiedad puede llegar a elevar la presión arterial de modo que el paciente entre en una hipertensión temporal. Otro ejemplo común de somatización se evidencia cuando un paciente está deprimido emocionalmente altera las conductas alimentarias lo cual debilita al paciente, dejándolo no apto para recibir tratamiento médico.

Así mismo, el declive del estado emocional del paciente en tratamiento lo hace propenso a generar complicaciones y alterar el estado del enfermo. Hernández detalla que:

La presencia de problemas de salud mental hace que estos pacientes requieran más servicios médicos, tengan más dificultades a la hora de tomar decisiones, sean menos adherentes a sus tratamientos, y estén menos satisfechos con los cuidados médicos, o genera pacientes híper-demandantes. (Hernández, 2013, p. 237)

Por otra parte, Ana Isabel Fernández, miembro de la Asociación Española Contra el Cáncer, comenta que uno de los efectos que el tratamiento oncológico genera en la mayoría de los pacientes es la percepción de su imagen corporal. (Fernández, 2004, p.169). A eso, le añade las distorsiones cognitivas de las que se profundizará en

el capítulo siguiente, las cuales incrementan los niveles de ansiedad ante la manifestación de un síntoma psicológico a causa de las consecuencias orgánicas del tratamiento oncológico. Menciona que en las manifestaciones emocionales en relación con el cuerpo y las reacciones con los demás, “se observa la presencia de un auto diálogo interno crítico y peyorativo centralizado en la pérdida y en las consecuencias negativas” (Fernández, 2004, p.174).

Los efectos emocionales también van a estar determinados por variables que hacen propensos a los pacientes en tratamiento a desarrollar criterios clínicos psicológicos. Entre ellos, se encuentran:

- Influencias sociales y culturales
- Experiencias interpersonales previas
- Características de personalidad
- Reacción del entorno: pareja, familia, amigos
- Esquemas sobre sí mismo
- Creencias nucleares
- Alteraciones cognitivas

Para ejemplificar, Fernández (2004) comenta que “numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal producto del tratamiento de cáncer está asociada a una baja autoestima, pobre autoconcepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos” (p.178). Es decir, que el tratamiento de cáncer, al alterar dicha imagen puede llegar a atravesar la propia identidad personal, manifestándose en conductas relacionadas a estados psicológicos inestables. La morbilidad psicológica ante los tratamientos de cáncer se incrementa cuando en los efectos físicos y orgánicos del tratamiento existe la pérdida de una función corporal o mayor aún, una amputación de un miembro.

A partir de este ejemplo se puede evidenciar de forma general que, ante la presencia de los efectos emocionales en un paciente en tratamiento de cáncer, se pueden generar distorsiones cognitivas, las cuales a su vez causan malestar. La formación de las mismas, se explicarán en el siguiente capítulo.

La figura 1 muestra los efectos antes mencionados, dando cuenta que dentro de un tratamiento de cáncer hay repercusiones tanto físicas como emocionales. De hecho, muchas afectaciones psicológicas se derivan de las físicas puesto que, en las afectaciones emocionales se evidencian componentes conductuales, cognitivos y psicoafectivos.

Figura 1

Efectos físicos-orgánicos y emocionales del tratamiento de cáncer



Nota. Elaboración de las autoras.

Comorbilidad de los efectos emocionales del tratamiento con otros trastornos psicológicos: estadísticas. De hecho, los trastornos psicopatológicos estadísticamente son más frecuentes en pacientes en tratamiento de cáncer que en

pacientes sin tratamiento. Esto se debe a que para que diferentes alteraciones se conviertan en un trastorno, deben cumplir un criterio de duración y cantidad de síntomas en un determinado tiempo.

La Asociación Americana de Psiquiatría, determinó “la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en los pacientes con cáncer, pues varía dependiendo de la metodología empleada en los estudios y son más frecuentes que en la población general” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002, p.12). Así mismo, enlista los trastornos psicopatológicos más frecuentes en pacientes en tratamiento oncológico:

- Trastornos adaptativos: oscilan entre el 32% del estudio del PSYCOG (Psychosocial Collaborative Oncology Group) (Derogatis et al., 1983, p. 60) en comparación a la población en general donde varían entre el 5 y el 20% como evidencia el DSM-V (American Psychiatric Association, 2022, p.131).
- Trastornos del estado del ánimo: se presentan entre el 2.25-6% hasta el 38-50% (Massie, et al., 2010, p.45) mientras que, su prevalencia anual en la población general española es del 4.4% (Martínez et al., 2006, p.78).
- La ideación y/o riesgo de suicidio: oscilan entre el 1% y el 20%, según la gravedad y lo avanzado del cáncer, siendo una cifra bastante mayor en comparación a la población general española donde refiere un 4.4% (Gabilondo et al., 2007, p.56).
- Los trastornos de ansiedad: igualmente se presentan entre el 2.25% y el 7.8% en España y entre el 2% y el 44% en la población en general, frente al 2-6% observado en la población general sin tratamiento (Levin y Alici, 2010, p.88).

Vivanco et al., (2022) corrobora que los pacientes oncológicos en el Ecuador tienen un mayor riesgo de desarrollar signos, síntomas y trastornos psiquiátricos, psicológicos y suicidio (párr. 2). El doctor Cook en su artículo científico *The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer*, explica que:

La angustia emocional termina por ser una respuesta normal después del diagnóstico oncológico que, para gran parte de personas, se resuelve espontáneamente. Sin embargo, para algunos, persiste durante años después del tratamiento. Por ejemplo, la prevalencia anual de depresión mayor o trastorno de ansiedad generalizada sigue siendo del 22 % en el cuarto año después del

diagnóstico de cáncer de mama, y la prevalencia de por vida del trastorno de estrés postraumático relacionado con el cáncer (TEPT) es del 10 % al 12 % para el cáncer de mama y 20 % para otros cánceres. (Cook et al., 2015, p.34)

En este capítulo, se caracterizó el tratamiento oncológico desde su definición haciendo un recorrido por las estadísticas del cáncer que fundamentan su importancia, la clasificación, manifestaciones y factores de riesgo. Principalmente, se fundamentó sobre los tratamientos que existen frente a esta problemática desde una perspectiva orgánica-médica y psicológica desde el enfoque cognitivo conductual.

Se evidenció también, que estos tratamientos conllevan efectos físicos y emocionales por lo que, al constatar teóricamente la necesidad de atención psicológica en estos pacientes, se logró caracterizar el tratamiento oncológico y sus efectos. Estas afectaciones son la doble cara de la moneda pues, ante una enfermedad que en muchos casos es mortal, los pacientes se ven casi que obligados a recibir el tratamiento médico en pro de su recuperación. Sin embargo, estas intervenciones médicas tienen consecuencias inmediatas o tardías, que afectan notablemente al paciente que lo recibe tanto física como emocionalmente. Estas manifestaciones, producto del tratamiento, generan la formación de distorsiones cognitivas, las cuales serán abordadas en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

Formación de las distorsiones cognitivas

En el presente trabajo se realiza bajo el marco teórico de la corriente cognitiva conductual, puntualmente la segunda generación que tiene como objetivo la reestructuración cognitiva, la cual, según Caro (2009) citando a Hollon y Beck, refiere que tiene como finalidad “desarrollar estrategias para examinar la racionalidad o validez de las creencias disponibles” (p.33). A continuación, se explicará de qué manera se forman las distorsiones cognitivas, haciendo un recorrido en lo que postula Aaron Beck y demás autores de la corriente mencionada anteriormente.

La Terapia Cognitiva (TC) postulada por Aaron Beck, de donde se deriva la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), propone que los esquemas cognitivos, son las creencias centrales, las cuales están arraigadas en lo más profundo del individuo y, por ende, son reglas de funcionamiento mental que permiten la organización de la experiencia de forma que logren orientar la conducta del individuo. Beck (2002) reitera que cuando “tales esquemas devienen disfuncionales, constituyen factores de vulnerabilidad psicopatológica frente a eventos potencialmente estresores de la vida cotidiana, pudiendo manifestarse en los síntomas clínicos de un trastorno mental, tal como ansiedad y/o depresión” (p. 65). Por ejemplo, un evento estresor podría ser desde el diagnóstico de una enfermedad crónica como también, una ruptura amorosa.

Las distorsiones cognitivas son el resultado del sistema de creencias que cada sujeto posee cuando este se ha construido en base a ideas justamente, distorsionadas, causando malestar. Por ello, para poder comprender las distorsiones hay que adentrarse a la raíz de su formación: las creencias. De forma general, las creencias son un esquema interno que posibilitan el sentido, aquel que se le da al mundo, a los demás y a uno mismo. Estas creencias son variables, es decir, una persona puede ir cambiando sus creencias de sí mismo con el pasar del tiempo pues, estas se construyen y generalizan a través de la experiencia (Beck et al., 2002, p.44)

El enfoque cognitivo conductual propone la importancia del papel de las creencias en la salud mental en la actualidad puesto que Jonathan García-Allen (2020) trayendo la teoría de Aaron Beck, menciona que:

Los trastornos psicológicos derivan de distorsiones cognitivas (errores en los procesos cognitivos), que son maneras equivocadas de pensar que aparecen en forma de pensamientos automáticos (productos cognitivos) ante determinadas situaciones, y que provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas. (párr. 23)

Las distorsiones cognitivas son, en parte, una forma de prevalecer las creencias. Mientras no ocurra un evento estresor, la distorsión puede no ser problemática. Sin embargo, en el momento en que hay una interacción significativa para el paciente, su distorsión hará que interprete la realidad de forma irracional y distorsionada, provocando un nivel alto de ansiedad. Suceden dentro del proceso cognitivo.

Isabel Caro en su libro *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas* define a las distorsiones cognitivas como “errores sistemáticos en el pensamiento de un paciente que mantienen sus conexiones a pesar de la evidencia en contra” (Caro, 2019, p. 148). Es decir, a pesar de que se pueda evidenciar en contra de aquella cognición, esta persistirá, de modo que las personas sacarán conclusiones erróneas, incluso cuando la percepción de la situación sea correcta. En cambio, si la situación es percibida de forma equivocada, las distorsiones cognitivas ampliarán el impacto de estas percepciones erróneas.

Así mismo, Caro (2019) explica sobre las distorsiones cognitivas que:

Serían distorsiones de la realidad que se realizan de forma sistemática y que tienen como consecuencia un sesgo hacia nosotros mismos. Estas distorsiones aparecen en ideas que son relevantes para el problema específico del paciente. Por ejemplo, un paciente depresivo mostrará estas distorsiones en temas relacionados con su valor personal, mientras que un paciente ansioso lo hará en cuestiones relacionadas con el peligro. (p.148)

Formación de las distorsiones cognitivas

Ruíz (2019) señala que la formación de las distorsiones cognitivas resume el resultado de un proceso cognitivo puesto que “son el resultado de un conjunto de creencias básicas, denominadas esquemas cognitivos, que influyen sobre su manera de abordar los acontecimientos vitales e interpretarlos negativamente, o lo que es igual,

hacer distorsiones cognitivas, que les conducen al comportamiento” (Ruíz, 2019, p. 369)

La National Library of Medicine (NLM) en el año 2017, evidenció que:

Las personas desarrollan distorsiones cognitivas como una forma de afrontar los acontecimientos adversos de la vida. Cuanto más prolongados y graves sean esos eventos adversos, más probable es que se formen una o más distorsiones cognitivas. (NLM, 2017, p.44)

Además, confirmó los pacientes que identifican más adversidad en sus vidas, son los que se asocian con aumentos de las distorsiones cognitivas. Este hallazgo se relacionó también, con un mayor número de síntomas que reflejaban problemas de comportamiento (NLM, 2017, p. 45).

Es decir, el proceso cognitivo da cuenta que las distorsiones cognitivas aparecen como un resultado de “error del procesamiento de la información”, en donde se activan esquemas negativos. Cuando estas distorsiones se producen, facilitan el mantenimiento del sesgo cognitivo en otras situaciones futuras y por ende, le permite al individuo validar su creencia de forma que se incrementa el nivel de malestar emocional. Por ejemplo, si un individuo perdió a un ser familiar por un accidente de tránsito, puede activar un esquema de creencias que lo lleven a generar un sesgo cognitivo catastrófico “nunca más saldré a la calle porque me pueden matar o puedo matar a alguien manejando”. Este sesgo es justamente una distorsión cognitiva, la cual a su vez repercute de manera conductual (el no salir de casa), al procesar erróneamente la información del acontecimiento activador (muerte de un ser querido por un accidente de tránsito).

Esta situación, insostenible para el individuo, actúa bajo reglas transformacionales a través de las cuales atiende, codifica, almacena y recupera la información del acontecimiento. Por eso, el sesgo del procesamiento del pensamiento donde se codifica esta información para almacenarla da como resultado una distorsión cognitiva: “si salgo, alguien va a morir”, dando cuenta de su efecto conductual y emocional.

Para comprender la formación de las distorsiones hay que comprender que, como se mencionó anteriormente, los procesos cognitivos se convierten en una especie

de regla transformacional por la cual, según Ruiz et al (2012), los sujetos “seleccionan del medio la información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada. Cuando los individuos se enfrentan a una situación estimular, no analizan toda la información disponible, solo atienden los indicios ya congruentes a la información de esquemas cognitivos preexistentes” (p. 369).

La presencia de estas operaciones responde a procesos automáticos, los cuales, en la mayoría de los casos, suceden sin que el sujeto esté consciente (Rodríguez, 2015, p. 234). Es evidente que la utilización de estos recursos internos del sujeto, son de gran utilidad para evitar el malestar, sin embargo, también es evidente que, en algunos casos, pueden llegar a generar sesgos y errores en el procesamiento de la información.

Es aquí, cuando estos sesgos se vuelven reiterados y provocan malestar emocional; es que ya se puede hablar de una distorsión cognitiva instaurada en el individuo. Los sesgos confirmatorios hacen un recorrido por la experiencia previa donde hay un enganche entre la experiencia y la formación de una idea irracional (idea distorsionada), dando pie a un sentimiento generando una conducta, que puede llegar a ser funcional o no. Estos sesgos, son justamente las distorsiones cognitivas.

Ciclo disfuncional y el ciclo funcional del proceso cognitivo

El proceso cognitivo, bajo el enfoque cognitivo conductual, le permite al individuo pasar de un ciclo cognitivo disfuncional a un ciclo funcional. Para esto, Stallard (2007) indica que “se identifican los déficits cognitivos y conductuales, y se aprenden, comprueban, valoran y refuerzan nuevas habilidades cognitivas de solución de problemas, además de otras formas diferentes de actuar” (p.29).

Ahora bien, en el ciclo disfuncional aparecen en el individuo los pensamientos negativos, que son para la persona excesivamente autocríticos y, a su vez, selectivos y sesgados. Estos, generan sentimientos negativos como ansiedad, depresión y agresividad, que tienen como resultado el abandono de la situación difícil que se le está presentando al individuo (Stallard, 2007, p. 29).

Por otra parte, el ciclo funcional presenta pensamientos positivos donde los logros obtenidos por la persona son reconocidos y admitidos, puesto que existe un individuo más equilibrado. Dichos pensamientos generan sentimientos de bienestar,

satisfacción y serenidad y los resultantes de los mismos producen una conducta de afrontamiento en situaciones complicadas para la persona (Stallard, 2007, p. 30).

Como se nombró anteriormente, mediante la identificación de las carencias cognitivas y conductuales, la persona es capaz de crear nuevas habilidades que le permitan pasar a un ciclo funcional solucionar problemas y así mismo, buscar distintas maneras de actuar. Para profundizar la comprensión de este ciclo, la terapia Cognitivo-Conductual propone trabajar con un modelo cognitivo.

Modelo cognitivo

Ahora bien, como se mencionó con anterioridad, las distorsiones cognitivas surgen de un modelo cognitivo donde Beck, tras analizar por muchos años a sus pacientes, concluye que además de los pensamientos expresados en análisis por asociación libre, existían algunos que estaban encubiertos y pertenecían a otro tipo de cadena de pensamientos, la cual generaba malestar en el paciente (Ruiz, 2012, p. 367). Estos pacientes no eran conscientes de aquellos contenidos hasta que se traía a la consciencia con preguntas, pero cuando lograban expresarse voluntariamente, la forma en la que lo hacían era inmediata y plausible, dando cuenta de un pensamiento que parecía salir en automático.

Aaron Beck mantuvo cercanía con los trabajos de sus pares, especialmente con Albert Ellis, quien, en esa misma época, se encontraba desarrollando la Terapia Racional Emotiva, la cual se centraba justamente en estos pensamientos irracionales de los que hablaba Beck y su relación con los malestares emocionales. Según Ma. De los Ángeles Ruíz (2012),

El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente solamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos. Estos contenidos cognitivos se dividen en esquemas y pensamientos automáticos, siendo este un producto cognitivo (p.368).

Esquemas cognitivos. “Los esquemas cognitivos son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro

conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales” (Ruíz et al., 2012, p.368). Estos se dividirán en dos: creencias nucleares o centrales y supuestos.

Dentro del enfoque se utilizan frecuentemente los términos “esquema cognitivo” y “creencias nucleares” de forma indistinta. Sin embargo, Ruíz et al (2012) menciona que “hay que tener en cuenta que las creencias nucleares constituyen el sustrato más profundo de los esquemas, pero los esquemas incluyen además otras creencias con distintos niveles de profundidad y especificidad” (p. 369).

Creencias nucleares. Se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo; es el nivel cognitivo más profundo. Por mucho tiempo, las limitaciones de este enfoque se basaban en que el alivio del malestar, al trabajar en los cambios de los pensamientos automáticos ante una situación, eran temporales, pues se evidenciaba que el síntoma regresaba. Sin embargo, la verdadera terapia trabaja con estas creencias ya que son la raíz de los malestares futuros; no sólo busca determinar la existencia de las creencias, sino profundizar de dónde vienen y cuándo relucen.

Supuestos. También se los conoce como creencias intermedias ya que responden a proposiciones condicionales, normas y actitudes. Por ejemplo, “si tal cosa, entonces...”, “debo ir al gimnasio todos los días para ser productivo” “tengo que tener el pelo largo si quiero ser femenina”, entre otras. Ma de los Ángeles Ruíz en su libro *Manual De Técnicas De Intervención Cognitivo Conductuales*, especifica que, en el desarrollo de estos supuestos, juegan un papel fundamental las creencias nucleares, ya que de ellas parten los demás contenidos y productos cognitivos (Ruíz et al., 2012, p.369).

Pensamientos automáticos. Los pensamientos automáticos son pensamientos concretos, específicos acerca a un acontecimiento o sobre el entorno. Cuando las creencias y los supuestos interactúan con los procesos cognitivos y los elementos situacionales, el resultante son este tipo de pensamientos. Por esta razón, se indica que los pensamientos automáticos son un producto cognitivo, ya que justamente son estas imágenes o pensamientos que resultan de la interacción previamente mencionada; la información que proporciona el medio en el que el sujeto se desenvuelve. Como suceden de forma inconsciente, pueden ser llevados a la consciencia cuando se trabaja en ellos.

Los pensamientos automáticos, en la mayoría de los casos, no son reconocidos por el paciente porque al surgir de forma “inesperada”, dan cuenta de la experiencia previa y conforme a su percepción, el sujeto construirá su esquema mental; es aquí donde pueden también, reflejarse distorsiones cognitivas.

Los pensamientos automáticos que generan malestar en un paciente no necesariamente generan lo mismo en otro. Así también, estos pensamientos no se producen en un solo sexo, ni tampoco a en una clase socio económica determinada. Los pensamientos automáticos se presentarán en todos los sujetos puesto que todos tienen un sistema de creencias regido por la interacción con el ambiente y los demás.

Rivera et al (2019) señala que “habría que decir también que los pensamientos automáticos de tipo personalización, por ejemplo, afectan de manera indiscriminada tanto a hombres como mujeres” (p. 4). Sin embargo, la construcción social sí será un factor determinante a la hora de la formación de las creencias nucleares; tema que se profundizará más adelante.

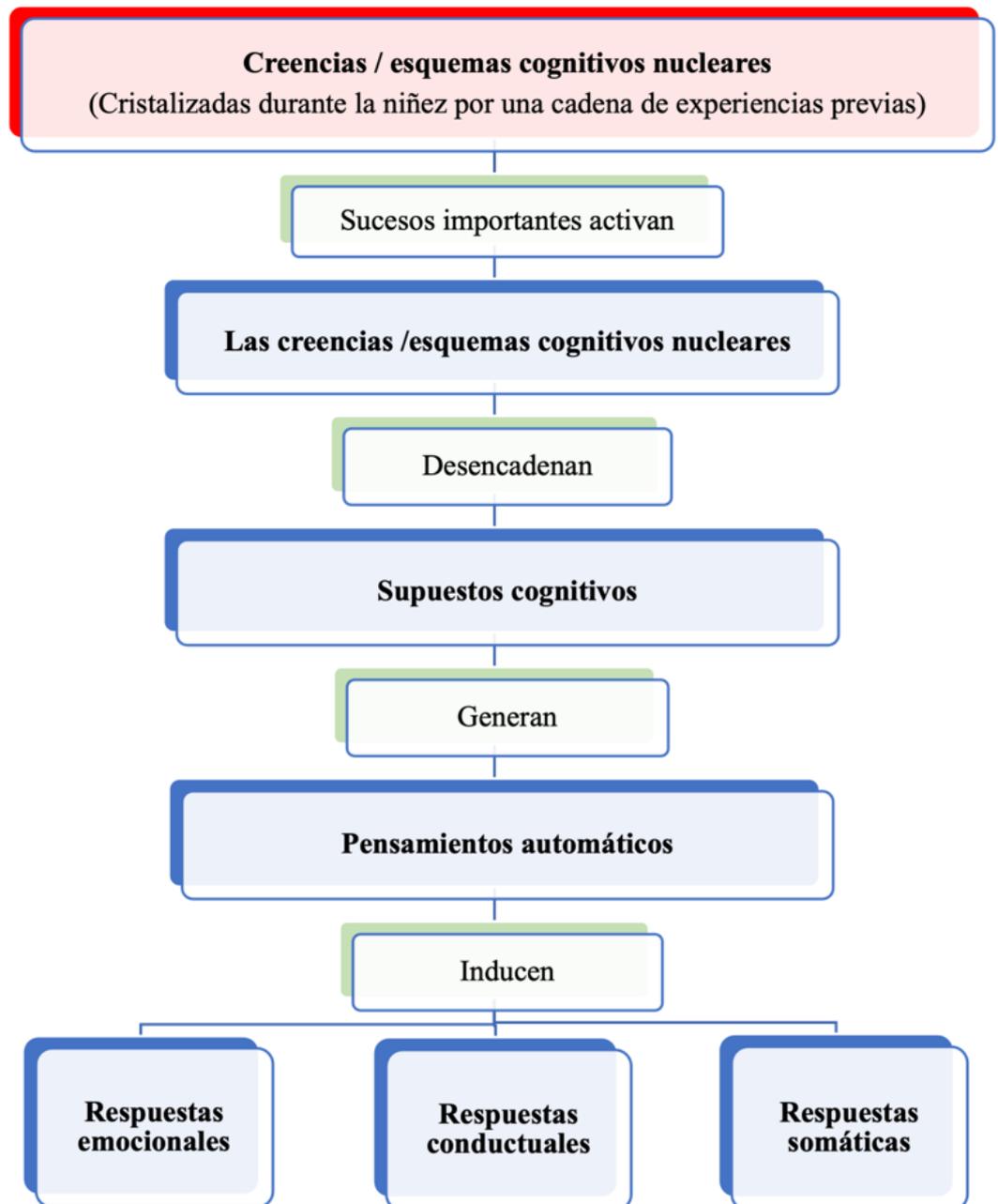
Marta Isabel Díaz (2012) dirá que los pensamientos automáticos, como ya se ha señalado anteriormente, son:

Las auto verbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada y que son el resultado de la interacción, en el caso de la depresión, de los supuestos depresogénicos, los acontecimientos activadores, los sesgos que se comenten al interpretar tales acontecimientos. Son una parte tan importante de la expresión de las creencias o de la visión de uno mismo y del mundo que los pacientes suelen considerarlos aseveraciones verdaderas no distorsionadas. (p. 375).

La figura 2 ilustra la relación entre los conceptos trabajados, dando cuenta del modelo cognitivo y su esquema: las creencias nucleares, los supuestos, pensamientos automáticos y respuestas inducidas por los mismos.

Figura 2

Modelo Cognitivo



Nota. Extraído del Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual para Niños y Adolescentes.

Modelo cognitivo de Ellis: el ABC. En el año 1957, Albert Ellis propone el modelo ABC. El modelo está principalmente inspirado por Epíteto. Él refiere que “las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”. Mayorga (2014) indica que:

Para reconocer con eficacia las emociones y conductas que pueden presentarse como negativas, ligeras, fuertes inapropiadas o apropiadas; lo principal es poner énfasis en los pensamientos, es decir todo lo relacionado con las creencias e imágenes que disparan de un acontecimiento y estas son interpretadas de forma racional o irracional. (p. 17)

Es decir, una persona puede vivir la misma situación que otra, sin embargo, eso no garantiza que la manera de reaccionar ante dicho acontecimiento será la misma. Evidentemente, la forma de responder ante lo que sucede, depende de las creencias y su manera de ver lo que sucede a su alrededor.

El modelo plantea componentes que nos permiten comprender la manera de actuar de un sujeto.

1. **Acontecimiento Activador (A).** Hace referencia a la situación que vive la persona que puede generar una variación en sus emociones. Es importante mencionar que, la situación puede ser generada tanto de manera externa como interna.
2. **Sistema de creencias (B).** Se trata de la manera de interpretar la situación acontecida (A). Dichas interpretaciones/creencias se dividen en racionales e irracionales; las creencias irracionales se caracterizan por ser ilógica, mientras que, las racionales son lógicas y funcionales.
3. **Consecuencias emocionales, de pensamiento y comportamiento (C).** Apunta a la respuesta, ya sea emocional o conductual, que da la persona frente a una situación en específico.

Entonces, se puede resumir el modelo ABC, tomando las palabras Cabezas (2006) mencionando que:

En este modelo se expone que hay un “acontecimiento activante” (A) que es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias (“Beliefs”) (B) sobre él mismo. A partir de esas creencias se desarrollan las consecuencias (C) que resultarían de la interpretación que el individuo hace de A. (p. 102)

Justamente son estas interpretaciones las que evidencian el sesgo cognitivo, es decir, las distorsiones. Isabel Caro en su libro *Manual teórico-práctico de*

Psicoterapias Cognitivas explica el modelo de Ellis para referirse a las creencias poco realistas pero que no causan malestar emocional ya que no llegan a convertirse en una distorsión. Explica que:

En el modelo cognitivo de Ellis se puede tener una creencia poco realista o ilógica y, sin embargo, esta creencia puede no causarnos un trastorno de tipo emocional. Por ejemplo, una persona puede pensar que, al fracasar con frecuencia, lo va a seguir haciendo en una situación concreta y en el futuro. Este pensamiento, que se supone que es ilógico, no traerá ningún tipo de consecuencia desagradable si en lugar de exigimos no fracasar, concluimos de una forma más racional. Por ejemplo, nos decimos: “¡bueno, mala suerte, yo fracaso con cierta frecuencia. No existe ninguna razón por la que yo deba tener éxito. Me gustaría tener éxito, pero nunca lo voy a tener, o me va a ser difícil tenerlo. ¡Voy a intentar ser lo más feliz posible, a pesar de mis fracasos continuos!”. Si este es el caso, el individuo no va a tener ningún tipo de trastorno emocional. (Caro, 2019, p. 105).

Ante lo mencionado, existe una clara diferencia en cuanto una distorsión cognitiva y sus consecuencias conductuales y emocionales, frente a un proceso del pensamiento que toma un tiempo en acomodarse, pues pareciera que la distorsión es más inmediata. A continuación, se podrá hacer una distinción entre cada una de ellas.

Tipos de distorsiones cognitivas

Cuando Aaron Beck inició en 1967 sus postulaciones sobre las distorsiones, estudió, sobre todo, trastornos de depresión, donde enlistó seis distorsiones presentes en estos pacientes:

- Inferencia arbitraria: conocida como “saltar conclusiones”. Se evidencia cuando una persona elabora una conclusión, que puede ser perjudicial para ella misma, sin tener sustentación de la misma. Por ejemplo, una distorsión sobre la inferencia arbitraria relacionada a la feminidad y masculinidad se puede constatar cuando se piensa “no soy lo suficientemente femenina porque tengo el cabello corto”.
- Abstracción selectiva: se encuentra esta distorsión en un individuo cuando le otorga valor a una situación tomando en cuenta únicamente un momento negativo en específico de dicha situación. Esto genera que la persona tome

como negativa la situación por completo. Por ejemplo, una persona por distraída no me saluda y lo primero que piensa es “no le caigo bien”.

- Generalización excesiva: se presenta cuando una persona elabora una conclusión global partiendo de situaciones aisladas. Es importante mencionar que las situaciones pueden estar relacionadas o no a la situación específica. Caro (2009) indica que “se refiere al patrón de extraer una regla general o conclusión sobre la base de uno o más incidentes aislados y aplicar ese concepto a lo largo de un amplio marco de situaciones, relacionadas o no” (p. 149). Por ejemplo: “la profesora me mando a corregir mi trabajo, seguramente no se hacer nada bien”.
- Maximización/minimización: la persona es capaz de valorar una situación, a otra persona o incluso a sí mismo, exagerando sobre situaciones negativas vivenciadas o restándole importancia a ciertos acontecimientos. Por ejemplo, maximización sería “he salido pésimo en el examen, no puedo soportarlo, me retiraré de la carrera”. Mientras que minimización sería: “mi novio me ha invitado a comer una sola vez durante toda la semana, pudo haberlo hecho más veces”.
- Personalización: "Se refiere a la tendencia del sujeto a aplicarse hechos externos, mientras que no existe una base para hacer tal conexión" (Caro, 2009, p. 150). Es decir, la persona toma como personal una situación o comportamiento que no le pertenece y no se encuentra relacionado a él. Por ejemplo, un grupo de chicas están reunidas y se están riendo, la persona al verlas lo primero que piensa es “seguro se están burlando de mi”.
- Pensamiento absolutista y dicotómico: se hace visible cuando el individuo califica un acontecimiento únicamente como negativo o positivo, sin existir un punto medio. Por ejemplo “si no me gradúo con un promedio de 10, soy un perdedor”.

Casi 25 años después, Beck et al., (1979) amplían la lista de las distorsiones a 11 distorsiones cognitivas, añadiendo nuevas y renombrando algunas (p. 122). En la última década, varios autores han propuesto diversas listas de distorsiones, pero todas, en su gran mayoría, concuerdan como punto de partida las enlistadas por Aaron Beck. Ellis y Dryden, también propusieron una lista de distorsiones, la cual incluían las de Beck más la distorsión cognitiva acerca del catastrofismo, demanda de las exigencias,

baja tolerancia a la frustración o condenación de la valía humana (Dryden & Ellis, 2001, p. 304).

Ellis, al igual que Beck, crearon modelos de distorsiones cognitivas bastante similares. Sin embargo, hay 2 grandes diferencias que justifican la importancia y usos de cada una de ellas. Por un lado, Ellis afirma que las distorsiones cognitivas del modelo de Beck giran en torno de las demandas , es decir, sobre lo que los demás “debería hacer” o “yo debo hacer” (Caro, 2009, p. 103).

Esto explica por qué los pacientes que presentan estas distorsiones “lo asumen todo” y lo difícil que es desarraigarse de dicha distorsión sin antes haber sido expuestos a estas ideas irracionales. Por eso, en este modelo propuesto por Beck se busca que el psicólogo desarrolle los deseos y preferencias que giran en torno al fondo de la distorsión y no por el contrario, a los sentimientos de rechazo, carencias, abandono que la distorsión puede producir.

Otra diferencia notable que distingue la formulación de las distorsiones cognitivas en el modelo de Beck y en el modelo de Ellis es que, en este último, “se puede producir una creencia poco realista o ilógica y, sin embargo, esta creencia puede no causar un trastorno de tipo emocional” (Caro, 2009, p. 104-105). Es decir, un paciente puede tener una distorsión cognitiva de comparación y en lugar de caer en el pesimismo de “nunca voy a ser tan buena como ella”, crear un pensamiento de racionalización funcional, concluyendo, por ejemplo, “ella es muy buena y probablemente nunca llegue a ser así de buena, pero me esforzaré al máximo de mi capacidad y eso me hará exitosa también”.

En la actualidad, son Yurica y DiTomasso quienes, en el 2004, propusieron una lista de 17 distorsiones más frecuentes. A continuación, se explican las distorsiones que Yurica y DiTomasso añadieron como las más frecuentes de las ya propuestas por Beck y Ellis. En la tabla 1 se pueden observar los conceptos y ejemplos de cada una de las distorsiones añadidas para profundizar su comprensión.

Tabla 1

Cuadro de ejemplos de distorsiones cognitivas

Distorsión Cognitiva	Ejemplo
<p>Catastrofismo:</p> <p>Esta distorsión consiste en la evaluación del peor resultado posible acerca de un acontecimiento pasado o futuro.</p>	<p>“Tengo la cita de la visa mañana, me la van a negar y me van a poner una alerta para que nunca más pueda intentar... me quitarán el pasaporte”</p>
<p>Pensamiento de todo o nada:</p> <p>Se evidencia cuando el sujeto comprende las situaciones o pensamientos de manera concreta, utilizando constantemente palabras como “siempre” o “nunca”. Es importante mencionar que, la interpretación de dichos acontecimientos no se encuentra evidenciados o comprobados.</p>	<p>“Nunca toman en cuenta mi opinión en mi casa, no les importa nada de lo que yo pienso”</p>
<p>Sobre generalización:</p> <p>Se evidencia cuando la persona emite conclusiones a partir de una mala experiencia y la aplica a acontecimientos que no se encuentran relacionados.</p>	<p>“Me fue mal en mi primer examen de la universidad, nunca podré sacar buena nota en los exámenes”</p>
<p>Perfeccionismo:</p> <p>Esta distorsión, en cambio, evidencia una conducta constante para poder lograr una representación externa o interna sobre la perfección. Es decir, no examina a través de la racionalización el poder fallar ya que normalmente se presentan para evitar un fracaso. Se busca la perfección como un método evitativo a la experiencia subjetiva de fracaso.</p>	<p>“Si no vas a llegar exactamente con el cabello perfectamente planchado, mejor no vengas”</p>
<p>Construir la valía personal en base a opiniones externas:</p> <p>Esta distorsión pone en el centro de atención la opinión de los demás. Es decir, la persona se desarrolla y mantiene su valor en función de lo que piensa y cree el resto sobre él.</p>	<p>“Mi mamá dice que estoy gorda, seguro por eso nadie se fija en mí”</p>
<p>Descontar lo positivo:</p> <p>Puede ser también denominada como minimizar. Se demuestra cuando la persona invalida situaciones o características positivas de sí misma o demás personas que se encuentran a su alrededor.</p>	<p>Una persona halaga la personalidad del paciente y lo que él piensa es “no es cierto lo que está diciendo, seguramente solo está siendo amable”</p>

Saltar a las conclusiones:

La distorsión se presenta cuando la persona etiqueta una situación o toma alguna decisión sin tomar en cuenta acontecimientos importantes para poder catalogar dicha situación o tomar una decisión.

“En el viaje anterior no me fue tan bien, seguro en este viaje me ira igual de mal”

Leer la mente:

Se da cuando la persona está convencida de que otra persona está hablando o pensando de manera negativa acerca de ella/el.

No lo ponen en un primer tiempo durante un partido de fútbol y lo primero que piensa el paciente es “El entrenador cree que no se jugar bien por eso no me pone desde el primer tiempo”

Adivinación:

Esta distorsión se da cuando la persona “predice” un resultado negativo, ya sea una conducta, una emoción o una situación futura con la certeza absoluta de que sucederá de determinada manera.

“Seguramente me irá mal, aunque me prepare para la entrevista de trabajo”

Razonamiento emocional:

Esta distorsión se presenta cuando se forman opiniones sobre uno mismo, los otros, el entorno o la situación en sí, basadas únicamente de la experiencia emocional de la persona.

“No me da buena vibra esa persona, seguro es un ladrón”

Declaraciones de “debería”:

Ruiz (2019) explica que esta distorsión “hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo (Ruíz, 2019, p. 375).

“Si me ves con esta cara, deberías preguntarme qué me pasa”

Etiquetar:

Se evidencia cuando una persona se cataloga a uno mismo o a los demás con una etiqueta peyorativa.

“Soy inútil”

Culpabilidad inapropiada:

Esta distorsión se presenta cuando el individuo se atribuye a sí mismo o al resto, la responsabilidad de algún acontecimiento en específicos donde no hay evidencia que fuese de aquella manera, ni valoración de algún otro factor asociado.

“Se robaron mi celular porque cuando los ladrones entraron a la casa, mi mama lo tenía en su velador”

Instrumentos de medición de las distorsiones

“Las actitudes y creencias personales se expresan a través de pensamientos que reflejan el contenido de esquemas cognitivos relativamente estables” (Rodríguez, 2015, p. 52). Por lo tanto, los esquemas cognitivos son creencias que dirigen el comportamiento de un ser humano. Existen un sinnúmero de instrumentos que permiten conocer las actitudes o creencias distorsionadas que una persona puede llegar a tener a raíz de distintos acontecimientos. A continuación, se describe, bajo el punto de vista de la TREC propuesto por Burgess, el Inventario de Actitudes y Creencias; desde la TC, el cuestionario de Escala de Actitudes disfuncionales de Beck y finalmente el test de Escala de Creencias Irracionales de Ellis:

- Inventario de Actitudes y Creencias: La evaluación permitirá conocer de manera específica, las creencias irracionales que presenta el individuo.
- Escala de Actitudes Disfuncionales: Dicha escala alerta sobre algún trastorno psicológico que la persona que realiza el test puede padecer.
- Test de creencias irracionales: El inventario permite llevar un registro sobre las ideas irracionales elaboradas por Ellis, que pueden generar malestar emocional.

El test de creencias irracionales que Ellis elaboró hace un compendio de todas las distorsiones cognitivas que fueron explicadas con anterioridad, y las agrupa en 8 categorías de distorsiones: necesidad de aprobación por parte de los demás, altas auto expectativas, culpabilización, control emocional, evitación de problemas, dependencia, indefensión ante el cambio y perfeccionismo. Esta división favorece el entendimiento de las distorsiones cognitivas como causantes emocionales y a la vez conductuales puesto que dependiendo de la creencia que se tiene sobre algo, se genera sentimientos que propician una conducta determinada.

En este capítulo se ha podido distinguir la formación de las distorsiones cognitivas. Una vez explicada la formación de las distorsiones cognitivas, los modelos, su funcionamiento en el individuo y los instrumentos para evidenciarlas, se puede concluir que las distorsiones se presentan a partir del análisis erróneo de distintas situaciones. Dicho análisis, genera en el paciente emociones perjudiciales que tienen como resultado sentimientos que propician comportamientos desadaptativos. A continuación, se identificará la relación del tratamiento de cáncer en el adolescente con la formación de las distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad.

CAPÍTULO III

Relación del tratamiento oncológico en el adolescente y la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad

Los pacientes en tratamiento de oncológico evidencian manifestaciones tanto físicas como emocionales. Además, el tratamiento de cáncer implica que el paciente se enfrente con la palabra “cambio” la cual, a su vez, representa enfrentarse con su sistema de creencias. En la adolescencia, este proceso de cambio se hace más notorio pues, todo lo que hasta el momento ha sostenido al individuo y le ha sido funcional, se pone sobre un hilo, donde con pinzas se intentará caminar. Las distorsiones cognitivas presentes en estos adolescentes en tratamiento de cáncer no son más que el resultado de construcciones internas y externas que reflejan el sistema de creencias del paciente sobre sí mismo, los otros y el entorno.

Estas distorsiones cognitivas que ocurren como efecto del tratamiento del cáncer, atraviesan a los pacientes en varios aspectos de sus vidas como el laboral, social, emocional, físico, entre otros. Así también, las repercusiones del procesamiento de información inadecuado, que dan paso a las distorsiones, se manifiestan en distintas áreas; una de ellas es la feminidad y masculinidad, proceso sumamente importante en la adolescencia. En este capítulo, se identificará, con sustento teórico, justamente la relación del tratamiento oncológico en adolescentes con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad/masculinidad.

La adolescencia

La adolescencia es un ciclo que todos los seres humanos tienen que vivir. Es una etapa que lleva consigo muchos cambios tanto biológicos, psicosociales como psicosexuales, dichos cambios le permiten al individuo ser catalogado como un adulto puesto que le permite llegar a la autonomía por las identificaciones que ha adquirido. La Dra. Pineda (1999) conceptualiza la adolescencia como:

Una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un

período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. (p. 16)

Así mismo, Piaget hace una diferenciación entre la pubertad y la adolescencia. Dicho autor considera que la pubertad se encuentra determinada por el desarrollo del instinto sexual de la persona, mientras que, la adolescencia abarca el instinto sexual y otros aspectos importantes en la vida del individuo como lo psicológico y social. Él propone la adolescencia como:

Etapa de la vida comprendida entre la segunda infancia y la adultez. No se trata de un simple desequilibrio pasajero ligado a la maduración del instinto sexual (pubertad), sino que es una etapa caracterizada por formas finales de pensamiento (operaciones formales) y de vida socio-afectiva (conquista de la personalidad y su inserción en la sociedad adulta). (Piaget, 1968, p.75)

Durante esta etapa, el sujeto es capaz de reunir las identificaciones que ha logrado adquirir hasta ese momento, que le permitirá llegar a crear su propia identidad. Al encontrarse en esta etapa, el adolescente será capaz de tomar decisiones propias, se verá interesado por crear un proyecto de vida, tendrá intereses distintos a los que solía tener, entre otras cosas. Según indica Ives (2014):

Todo adolescente necesita saber quién es, pues necesita sentirse respetado y amado, como todo ser humano, y para ello necesita saber quién es. El niño prepúber se identifica a través de sus padres o los adultos de su entorno, pero el adolescente necesita desarrollar su propia identidad y ser ellos mismos. (p. 15)

Dichas identificaciones se dan mediante un proceso o fases que le permiten al sujeto comprender quien es realmente y que quiere para él. La primera etapa de la adolescencia por la que pasa el niño es la temprana, se da aproximadamente entre los 10 y 13 años y los cambios físicos comienzan a notarse un poco más a diferencia de las etapas anteriores a la adolescencia. Luego aparece la adolescencia media, esta se presenta entre los 14 y 16 años y los cambios que se hacen visible en el niño son los psicosociales. Finalmente, la adolescencia tardía, se da a partir de los 17 años hasta los 21 años aproximadamente, en esta fase la persona ya conoce un poco más sobre sus gustos y lo que quiere para él y su vida.

Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud (s.f) indica que la adolescencia “representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud” (párr. 1).

En varias ocasiones la catalogan como una fase saludable en la vida del individuo, sin embargo, es importante decir que durante las fases mencionadas pueden existir malestares que a su vez provocan enfermedades. Dichos malestares pueden ser evitados tomando en cuenta los factores de protección que pueden ser adquiridos en nuestra vida diaria, así como los factores de riesgo que presentamos ante ciertas enfermedades que en muchas ocasiones pueden ser catastróficas.

A continuación, para un mayor entendimiento de la adolescencia, se desglosará su desarrollo en su dimensión biológica, psicosocial y psicosexual.

Dimensión biológica del desarrollo adolescente

Las características relacionadas con esta diferenciación biológica claro que conllevan caracteres únicos para el hombre y la mujer y por mucho tiempo, problemáticamente han sido sinónimo de feminidad y masculinidad. Entre ellos, los caracteres físicos conllevan una gran importancia puesto que tienen más incidencia en el plano externo a diferencia de los emocionales que, aunque son igual de importantes, convergen con otros procesos psicológicos y se pueden presentar en ambos casos.

La Clínica de la Universidad de Navarra (2022) define los caracteres sexuales como “rasgos que distinguen fenotípicamente al hombre y a la mujer” (párr. 1) Los caracteres sexuales se dividen en categorías: primarios, secundarios y terciarios.

Los caracteres sexuales primarios son los órganos reproductores. En el hombre el aparato genital masculino se conforma por:

- Testículos
- Escroto
- Conductos deferentes
- Uretra
- Vesículas seminales y próstata
- Pene

En la mujer en cambio, se conforma por:

- Ovarios
- Trompas de Falopio
- Útero
- Vagina
- Vulva

Por otro lado, los caracteres sexuales secundarios son las características físicas no relacionadas con la reproducción que diferencian a hombres y mujeres, estos son:

- Hombres: la barba, voz grave, musculatura más desarrollada, vello abundante.
- Mujeres: Crecimiento de las mamas, voz aguda, caderas anchas, escaso vello corporal, inicio de menstruación.

Los caracteres sexuales terciarios hacen referencia al desarrollo fenotípico masculino o femenino, los cuales pueden presentarse en ambos sexos, como sólo en uno.

En este desarrollo puberal se puede evidenciar la presencia de hormonas encargadas de facilitar el desarrollo de los caracteres antes mencionados. Así mismo, en ambos casos, el hombre y la mujer alcanzan la capacidad biológica de procrear, enfatizando su potencial procreativo, en tanto existe una madurez sexual.

Como se profundizó en el capítulo 1 acerca del tratamiento del cáncer y sus consecuencias, el tratamiento oncológico representa un gran cambio para el organismo, donde las hormonas y procesos orgánicos del cuerpo se ven suspendidos o alterados. Por ello, los pacientes adolescentes son los que más se ven afectados respecto a su desarrollo biológico puberal pues, habría una ausencia de vello, ausencia de menstruación, resequedad vaginal, adelgazamiento o hinchazón extrema, ovulaciones interrumpidas, disminución del recuento de espermatozoides y folículos embrionarios y, en tratamientos más fuertes, estaría también, comprometida su fertilidad.

Dimensión psicosocial del desarrollo adolescente

La adolescencia representa una etapa de cambios repentinos, acelerados y propios de todas aquellas transformaciones biológicas de la edad. Así mismo, representa una etapa donde surgen vivencias relacionadas con la interacción con los

otros y el entorno. Por un lado, las figuras paternas parecen no responder todas las interrogantes adolescentes y la vinculación social se caracteriza más por ser entre semejantes, es decir, amigos o primos de la misma edad.

Todos los adolescentes “sufren” estos cambios, pues están inmersos en situaciones nuevas, un orden social que empieza a demandar de ellos y ellos mismos que no saben cómo responder. Sin embargo, algunos adolescentes sufrirán más y otros menos estos cambios, por variables internas y externas a ellos. Marco Díaz en su libro *Programa de Atención Integral a la Adolescencia*, explica que para el adolescente, todos estos cambios pueden llegar a provocar reacciones de aislamiento como agresivas, sobre todo en el medio social, ya que la sociedad “interpreta en muchas ocasiones estas transformaciones, propias del proceso adolescente, como problemas, patologías y "síntomas" de desviación, destacando de esta manera aspectos considerados negativos como la rebeldía, la apatía, la confusión, la labilidad y la turbulencia emocional entre otras” (Díaz, 2020, p.15).

Joseph Noshpitz, psiquiatra adolescente, presidente emérito de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil (2010) profundizaba que:

Es posible afirmar que quizás todos los adolescentes se vean sacudidos por tormentas emocionales y copiosas inundaciones de impulsos; para muchos, esas experiencias son transitorias y se superan rápidamente, mientras que, para una minoría, las mismas preocupaciones pueden dar lugar a reacciones más graves. En todo caso, el estado previsible para un adolescente determinado es una situación de turbulencia episódica, que se deriva a veces del sentido de culpabilidad por tener fantasías prohibidas, de anhelos frustrados de lograr un grado mayor de autonomía e independencia, de confusión e incertidumbre sobre quién es él y lo que se espera que haga del desequilibrio momentáneo entre fuerzas repulsivas y controladoras que le han llevado a cometer un acto impulsivo y explosivo a cuyas consecuencias hay que ajustarse, y a veces, porque las modificaciones en las estructuras de defensa y los patrones de identidad crean sentimientos de confusión y despersonalización, tan temidos e inexplicables. (p. 101)

Esta "turbulencia" emocional es propia del desarrollo adolescente y diversos autores que van desde Ana Freud, Piaget, Aaron Beck hasta autores más

contemporáneos como María Ruíz y Vicente Caballo, coinciden que dicha turbulencia se enmarca dentro de la normalidad. Mas bien, lo que hará una diferencia será la actitud que el medio asume frente los cambios. Estos medios pueden ser desde la familia como la institución educativa.

Díaz (2020) establece que en la adolescencia “se producen cambios referidos a la adaptación e integración del nuevo cuerpo, al desarrollo del pensamiento y juicio crítico, la reestructuración de su identidad y la anticipación de un futuro a través de la construcción de un proyecto de vida” (p. 20). En el tratamiento oncológico, por ejemplo, los pacientes se ven afectados en estas áreas, tal como se mencionó en el capítulo 1 referente a los cambios físicos que el tratamiento oncológico producía. Si las transformaciones corporales naturales se le suman los efectos secundarios del tratamiento, entonces será un proceso distinto y difícil que el adolescente debe atravesar. O a su vez, sus sueños y proyectos de vida, parecerán borrados, situación que tendrá un impacto emocional y conductual.

Incluso, ya desde el 1986, Blos señalaba que "lo característico y específico del desarrollo adolescente está determinado por organizaciones psicológicas anteriores y por experiencias individuales durante los años que preceden a la pubertad" (Blos, 2017, p.34). Dicho de otra manera, el desarrollo adolescente responde a una historia de vida particular por lo que el tratamiento de cáncer puede resultar un estímulo para muchas otras tribulaciones presentes en la adolescencia, haciendo que el enfrentamiento a la enfermedad sea psicosocialmente mucho más costoso.

Sequeira (2018) afirma que es fundamental comprender que:

Estos cambios no ocurren en forma aislada o separados unos de otros, por el contrario, durante el proceso adolescente se entrelazan, interactúan y se determinan y afectan mutuamente. Es precisamente la integración de todos estos procesos, los que llevarán al sujeto a desarrollar sus capacidades y potencialidades que le permitirán enfrentar los nuevos retos que la condición de adulto le imponga en su momento. (p.24)

Esto quiere decir entonces, que el tratamiento oncológico se vuelve para el adolescente, un factor vital en su desarrollo psicosocial ya que no sólo vive la enfermedad sino también los avatares de su propia adolescencia. En este caso, ambas

situaciones se viven juntas, causando un malestar mayor. Si justamente a esta edad, el adolescente busca a sus pares, pareciera ser que el tratamiento oncológico lo obliga a pasar unos meses más con sus padres.

Como se expuso anteriormente, en esta dimensión psicosocial, en el adolescente se produce una “ruptura natural con la niñez y una transformación y reorganización profunda de la vida emocional que sume al adolescente, en los primeros años, en un estado de confusión y caos, para luego experimentar una especie de duelo y depresión” (Díaz et al., 2020, p. 25).

El tratamiento de cáncer no interrumpe la adolescencia, pero sí la marca, y hace que el adolescente navegue en los mares de sus padres o cuidadores por un tiempo más prologando. Conforme se acerca el final del tratamiento y el paciente, en el mejor de los casos, recupere su salud, podrá irse acoplando a su vida cotidiana como adolescente, y su enfermedad será una eventualidad más a la que deberá atribuirle algún sentido de mismidad, propio de la adolescencia, en donde “se integran todas las transformaciones y nuevos logros que serán luego probados en el devenir del sujeto” (Díaz et al., 2020, p. 25).

Un nuevo cuerpo: la integración del nuevo esquema corporal. En la adolescencia se viven varias etapas, distintas una de la otra pues, no es lo mismo tener 13 años a tener 17 años de edad. Cano (2007) establece que, para alcanzar una adolescencia tardía, donde ya hay tranquilidad e integración coherente con el cuerpo se debe primero pasar por dos etapas anteriores: la temprana y la media.

En la temprana, el adolescente se ve preocupado por los cambios que sufren su cuerpo; estos cambios inicialmente serán causa de conflicto en su subjetividad, existiendo una tendencia negativa hacia los mismos; para la adolescencia media, el joven habrá aceptado sus cambios; sin embargo, para su aceptación social comparará su estructura corporal adquirida con los estereotipos sociales de belleza; de allí que en la adolescencia crece el interés por la moda, tendencias, peinados, ropa, etc. (Cano, 2007, p.109)

Ahora bien, ¿qué sucede si hay una situación externa que implica radicalmente sobre este nuevo cuerpo? El tratamiento de cáncer, como fue explicado a profundidad en el capítulo 1, representa una gran amenaza a nivel del organismo, cognitivo y

emocional. Una intervención quirúrgica común en la adolescencia es la amputación por tumores a los huesos, los cuales son más común en adolescentes que en adultos (OMS, 2022, párr. 3). Entonces los pacientes con este tipo de efectos por el tratamiento oncológico vivirían una experiencia que irrumpe a su adolescencia, vivirían en ese estado de incertidumbre; por eso, como medio defensivo, los pacientes desarrollan errores en el pensamiento como, por ejemplo, distorsiones cognitivas sobre su feminidad o masculinidad, variable a analizar más adelante.

Dimensión psicosexual del desarrollo adolescente

Etapas del desarrollo psicosexual del desarrollo adolescente. Tiempo atrás se consideraba a la sexualidad como un estado natural únicamente de los adolescentes y adultos. Al hablar de sexualidad, uno automáticamente lo relaciona con conductas que están ligadas al placer sexual, sin embargo, Freud hace una diferenciación entre la llamada sexualidad infantil y la sexualidad adulta. Santos (2021) indica que:

En la infancia la pulsión sexual, dirá, no está unificada. Se origina apoyada en alguna de las funciones fisiológicas de más importancia vital, inicialmente no conoce ningún objeto sexual, es autoerótica y su fin sexual se halla bajo el dominio de una zona erógena. (p. 4)

Es así como Freud plantea la explicación de las fases de la sexualidad por la que todos los niños pasan. Estas fases se encuentran divididas en cinco: oral, anal, fálica, latencia y genital. A continuación, describiremos a que edad se da cada una y que caracteriza cada fase dentro de la niñez.

1. Fase Oral

Se da de los 0 a 2 años. Villalobos (1999) señala que "al inicio, la pulsión sexual se satisface por medio de una función vital, la alimentación, pero posteriormente adquiere autonomía y a través del chupeteo se satisface en forma autoerótica" (p. 74). Es decir, esta fase se relaciona con actividades relacionadas a la boca, el niño realiza la acción de succionar, morder y así mismo, alimentarse.

2. Fase Anal

Se desarrolla entre los 2 y 4 años. Esta fase se relaciona con el control de los esfínteres, el niño comprende, durante esta etapa que la expulsión de heces puede controlarse. Al ser consciente del control de los esfínteres, el niño da la cara a

experiencias de satisfacción y ansiedad. Villalobos (1999) comenta que durante esta fase:

El niño(a) debe aprender a cooperar con una persona más poderosa lo que provoca experiencias nuevas de satisfacción y ansiedad. La satisfacción viene de cumplir los deseos de sus padres, avisar y controlar. La ansiedad proviene de la vergüenza y la desaprobación de los demás. (párr. 23).

3. Fase Fálica

La fase se da de los 3 a 6 años. Durante esta fase, aparece la manipulación de los genitales lo que le permite al infante reconocer nuevos modos de autosatisfacción. También, los niños/as vivencian apego con el padre del sexo opuesto y se identifican con el padre del mismo sexo.

Villalobos (1999) en su ensayo denominado *Desarrollo Psicosexual* refiere que:

El niño se enamora de su madre y abriga deseos de muerte hacia el padre a quien ve como rival y teme ser castigado con la castración por querer que éste desaparezca. La niña se enamora del padre y quiere que la madre se valla y se considera castigada por no poseer pene. Ambos desean excluir a todos los demás de la relación que tienen con el padre que es objeto de su amor. (párr. 31)

4. Fase de Latencia

Se desarrolla entre los 6 y 11 años. En esta fase desaparecen los impulsos sexuales que el niño había presentado en las fases anteriores, pero, se desarrollan habilidades sociales que le permitirán al niño tener una buena convivencia en su familia y escuela. Así como lo indica Santos (2021), ella refiere que “durante la latencia el niño realiza grandes progresos intelectuales y morales, relegando a un segundo plano la expresión de los sentimientos sexuales” (p. 4).

5. Fase Genital

Esta fase se da a partir de los 11 años. Aparecen los cambios biológicos y reaparecen los impulsos y deseos sexuales de la etapa fálica, pero esta vez se ven guiados hacia la sexualidad adulta. Además, durante esta fase el adolescente crea su

propia identidad sexual y busca un compañero con el que pueda compartir el placer genital.

Miranda (1991) define la identidad sexual como:

Producto de un largo proceso de elaboración que se produce desde la niñez. En este período influyen cuáles han sido las relaciones con los padres del mismo sexo, cuál ha sido la interacción de la pareja parental, cuáles normas culturales le tocó vivir, que se aprobó o desaprobó en los comportamientos del niño. (p.66)

Desarrollo psicosexual del adolescente. El adolescente se desarrolla psicosexualmente propiamente dicho, en tanto sus funciones orgánicas sexuales van alcanzando cierta madurez. Desde su sistema hormonal, cambios físicos y conductuales hasta su relación y la forma de vincularse con el otro desde la consolidación de una identidad. Este proceso, la doctora y psicóloga clínica Verónica Gaete, lo describe como:

En esta fase se produce una acentuada preocupación por el cuerpo y los cambios puberales. Las rápidas transformaciones corporales llevan al adolescente a preocuparse en forma creciente por su imagen, a focalizarse en hallazgos físicos triviales, a hacerse repetidamente la pregunta ¿soy normal? y a necesitar reafirmación de su normalidad. Está inseguro respecto de su apariencia y atractivo, y compara frecuentemente su cuerpo con el de otros jóvenes y con los estereotipos culturales («Mi hija pasa horas frente al espejo»). En esta etapa aparece pudor o inquietud de ser visto desnudo («Mi hija ya no me deja entrar a su pieza cuando se está vistiendo») y aumenta el interés en la anatomía y fisiología sexual, lo que incluye dudas y ansiedades acerca de la menstruación, las poluciones nocturnas, la masturbación, el tamaño de las mamas o el pene, entre otras cosas. (Gaete, 2015, p. 440)

Este apartado evidencia que el desarrollo psicosexual del adolescente está caracterizado por la importancia del cuerpo físico en el que se habita ya que con este cuerpo se podrá vincular sexualmente a los demás. Vale decir que, al referirse a la sexualidad, no se habla del acto sexual en sí pues, esta no se reduce a los órganos genitales. En la adolescencia, los impulsos de naturaleza sexual empiezan a tomar un

papel protagónico, de forma que el modo para aliviar esta concentración de libido sexual en el cuerpo recae en conductas masturbadoras, los “sueños húmedos” y las fantasías sexuales con personas platónicas, del entorno hasta con vínculos moralmente prohibidos como los familiares.

Por otro lado, es en este desarrollo psicosexual del adolescente que, desde la construcción de su identidad y proyecto de vida, empieza por explorar roles de género más diferenciados, es decir, suscitan preguntas como: ¿Cómo se comporta una mujer/un hombre?) (Gaete, 2015, p.140). Así también, empiezan preguntas sobre cómo se deben relacionar con los demás, relaciones sobre todo extrafamiliares pues, Gaete (2015) afirma que, en la adolescencia media, “el hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares” (Gaete, 2015, p.140). Sin embargo, aunque la amistad y relación con amigos sea un proceso normal y necesario, no siempre aportan positivamente a la vida del adolescente. Gaete (2015) en su artículo *Desarrollo psicosexual del adolescente* explica que:

La presión de los pares puede influir tanto en forma positiva, motivándolo a destacar en lo académico, deportivo, a postergar el inicio de relaciones sexuales, etc., como negativa, favoreciendo, por ejemplo, que se involucre en conductas de riesgo. Las amistades y los grupos pasan a ser de ambos sexos, y frecuentemente se establecen relaciones de pareja, las cuales desempeñan un rol progresivamente mayor a medida que avanza la adolescencia, sin embargo, las relaciones de amistad siguen siendo extremadamente importantes, ofreciendo compañía; un contexto para la apertura íntima y la satisfacción de otras necesidades. (p.442)

Fariña de Luna (2018) aborda el desarrollo psicosexual dividiéndolo en una secuencia de cuatro etapas, según sus manifestaciones conductuales primarias. Estas son:

1. Aislamiento: los cambios puberales en el adolescente provocan inconformidad e incomodidad con su propio cuerpo cambiante y desconocido. El adolescente busca en sí mismo aliviar las primeras fantasías sexuales, donde se aísla de la sociedad en tanto realiza conductas “socialmente tabú” como la masturbación o la pornografía. Dichas tensiones se liberan con cualquier tipo de actividad que ponga al cuerpo de protagonista, por ejemplo, también se presentan

conductas exhibicionistas o de poca higiene; el famoso “el adolescente pasa en su cuarto, ni se baña”. Fariña (2018) dirá “pareciera que sus intereses sexuales se manifiestan a través una intensa movilidad de su cuerpo y el empleo repetido de palabras vulgares en sus conversaciones con los otros” (p.34).

2. Orientación incierta hacia la sexualidad: en esta etapa ya existe una mayor adaptación frente los cambios corporales, emancipación familiar, establecimiento de identificaciones, selección de grupo de amigos, entre otros. Este último será primordial puesto que como afirma Fariña (2018), “el adolescente elige un amigo o amiga como representación de su identidad ideal, con el que se establece una relación de gran intimidad caracterizada de fuertes sentimientos eróticos que se canalizan a través de largas conversaciones, salidas, cuentos, chistes, etc.” (p.50).

Estas amistades pueden, por un lado, llegar a presentarse como una conducta homosexual transitoria pues es parte de la elaboración de la identidad sexual, conducta que se refuerza con la masturbación o el auto placer.

3. Apertura hacia la heterosexualidad: Fariña va a establecer que (2018),

A pesar de que en esta fase la sexualidad está presente en un sinnúmero de actividades como las conversaciones y fantasías eróticas, los impulsos sexuales dirigidos a otra persona, en tanto se convierte en un objeto amoroso, se concretan en relaciones intensas pero efímeras, con rápidos cambios de objeto amoroso; incluso este objeto amoroso deseado puede estar conformado por características pertenecientes a distintas personas. (p.65)

Esto se debe a que la parte romántica de la relación, donde habita la ilusión, es parte de la fantasía sexual del adolescente. Así mismo empiezan a concretarse sentimientos extraños a nivel del cuerpo como los celos, la angustia de no ser mirado, o el desarrollo de personalidades dependientes. A pesar de que Fariña de Luna denomina a esta etapa como una apertura heterosexual, lo hace para evidenciar el apareamiento como una búsqueda de otro, que sea distinto a uno, y en una forma ideal. Sin embargo, es necesario evidenciar que no se refiere a la heterosexualidad de “mujer con hombre” en sí, puesto que cuando el adolescente explora al objeto sexual (persona amada), puede hacerlo también desde una prefiguración de identidad homosexual, la cual también sería una salida viable para su estabilidad y deseo sexual hacia alguien

del mismo género; evento que sería psicológicamente problemático únicamente por estándares sociales.

4. Consolidación: la identidad sexual ya se encuentra más integrada y estable por lo que se integra de forma ya no sólo efímera, permitiendo relaciones afectivas con condiciones más sólidas. Busca una persona única, ya sea del mismo o diferente sexo, para establecer una relación amorosa duradera y adecuada para su proyecto de vida y viceversa. De haberse establecido un desarrollo psicosexual adecuado, el adolescente podrá permanecer en aquella relación como preparación afectiva para el mundo adulto. Si no se tiene una pareja, de igual manera el desarrollo psicosexual adecuado permitirá que la integración al mundo adulto se dé con éxito.

El adolescente, como se evidenció en lo mencionado con anterioridad, se encuentra sumergido en una etapa de cambios y de desconstrucción de ideas heredadas y más bien, deviene en el proceso de formar nuevas identificaciones. Uno de los aspectos que subyace fuertemente en la adolescencia es la identificación propia con lo femenino y masculino.

Feminidad y masculinidad

Antes de abordar la feminidad y masculinidad, es fundamental distinguirlos de los conceptos de hombre y mujer. Además de las características mencionadas con anterioridad, la OMS (2022) “el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres” (párr. 1). También, la OMS (2022) entiende al género como:

Las características emocionales, afectivas, intelectuales, roles y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. Es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y del lugar. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto

de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto y no siempre están alineados (párr. 3).

La definición de género se ha construido a partir de espacios dominantes para el cuerpo. Espacios donde el sujeto se enfrenta al ser espejo del mundo pues, el cuerpo se vuelve el canal exterior para la interacción, incluso con uno mismo. En estos espacios, como los medios de comunicación, la moda y la publicidad, entre otros, se evidencia la conversión de estos espacios en terrenos reproductores de estereotipos de género e incluso de identidad.

Butler (2002) defiende que la condición de género construida independientemente del sexo se convierte en un artificio ambiguo puesto que el concepto de hombre puede significar tanto un cuerpo de mujer como uno de hombre e igualmente un cuerpo de mujer puede devenir como uno de hombre como de mujer (p.23). Ahora bien, si pareciera ambiguo no es porque en esencia lo sea, sino más bien por la necesidad de “clasificar” o distinguirse entre lo que biológicamente parece evidente: el hombre de la mujer.

En este contexto, la materialización del cuerpo y sus características visibles e internas se definen por las normas de género, pero también, se encuentra vinculado a las normas del sexo. En otras palabras, el género se ve permeado con la diferenciación biológica, la cual deriva en el significado de sexo. Sin embargo, Butler (2002) hace una distinción importante “el sexo no solo funciona como una norma que define los cuerpos, sino también se inserta como una práctica reguladora de los mismos, donde se asienta el poder de reproducir” (p.33).

Ante esto, María Emilia Martínez (2021) comenta que, evidenciando el contexto actual, la materialidad del cuerpo queda determinada por el sexo y las normativas que constituyen el concepto de lo heterosexual. Entonces, determina que:

Esta construcción, se asienta en las representaciones del cuerpo y como la sociedad entiende al género desde la distinción biológica entre los genitales. Los cuerpos femeninos, comienzan a tomar un tipo de representación. Como se mencionó anteriormente, existen distintos factores dominantes que influyen en este tipo de representación que se basa en un sistema patriarcal y

heteronormado. Los cuerpos se reconsideran como una consecuencia de las dinámicas de poder, construidas por la sociedad a través del tiempo. (p.8)

Por lo general, las emociones relacionadas a la felicidad, melancolía y temor se las vincula con el género femenino, mientras que, las emociones relacionadas a la ira son asignadas al género masculino. En un artículo denominado *Diferencias Emocionales entre hombres y mujeres*, por medio de una serie de interrogatorios ya establecidos, se evidenciaron resultados significativos relacionados al género. De La Serna (2017) indica que “en función del género en cuanto a la compasión, siendo más elevada en mujeres. También se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel de tensión en la comunicación y en el uso de agresividad verbal, siendo en ambos casos mayor en hombres” (p.56).

Ahora bien, Camacho (2005) define o entiende la masculinidad como “una serie de significados de orden social que son dinámicos y se van construyendo de acuerdo a las necesidades y también por la interacción de “unos con otros” (párr.1). Como se nombró anteriormente, al varón se lo vincula con comportamientos que tienen relación con la fuerza o agresividad, puesto que:

El aprendizaje del ser masculino tiene como punto de partida el creerse con el control de todas las emociones y sentimientos hacia sí mismo, los demás y las situaciones en general, por lo que los varones desarrollan un espacio emocional limitado e inflexible, y llegan a confundir sus emociones con las expectativas que su grupo social tiene de ellos. (Seidler, 2002, p.45)

Por otro lado, encontramos la feminidad. El termino corresponde a la agrupación de cualidades que dentro de la sociedad son consideradas del “ser mujer”. Páez et al (2004), en el capítulo VII denominado Masculinidad-Feminidad como Dimensión Cultural y del Autoconcepto refiere que “las culturas femeninas son más permisivas, valoran más la calidad de vida y aceptan la complementariedad de los sexos” (p.1).

Identificación femenina y masculina

Ahora bien, si anteriormente se estableció que es en la pubertad donde el cuerpo empieza a desarrollar las características tanto físicas externas como internas del individuo en crecimiento y, en la adolescencia, estas manifestaciones primarias y

secundarias juegan un papel fundamental en la construcción de la identidad y la interacción con los otros.

Más allá de que por género no se establezcan características específicas para la mujer y el hombre como manifestación de su feminidad o masculinidad, para Butler justamente “el sexo no es una descripción estática de nosotros mismos, sino más bien es una norma mediante la cual nos definimos y podemos llegar a ser “cuerpos viables” en un contexto cultural” (Butler, 2002, p.45). Esto quiere decir, todos los sujetos nos normamos dentro de un cuerpo viable, el cual, desde su particularidad, interactúa en sociedad.

Simone de Beauvoir considera que la no coincidencia de la identidad de género para poder afirmar que uno no nace mujer, sino que llegar a serlo. Esto se debe a que las características que definen lo femenino y lo distinguen de lo masculino no son innatas, por lo que Salvador Mandiola (2017) comenta que biológicamente hay diferencias entre mujer y hombre, pero, no se nace femenino o masculino, sino que:

Estas identificaciones se construyen después de un proceso de socialización enmarcada en una sociedad androcéntrica, bajo la premisa de que formamos parte de un orden social de dominación masculina, hemos sido educados en la visión androcentrista, lo que ha generado relaciones peculiares de dominación y subordinación entre hombres y mujeres en los diferentes ámbitos sociales. Y, por ende, en la construcción de la identidad existen factores histórico-contextuales que contribuyen a entender el proceso de asignación-construcción de las identidades (p. 67).

Ante estos constructos sociales, donde a la feminidad y masculinidad se le han atribuido caracteres sexuales, morales, y más, en los que se ve implicada su propia identidad y la relación con los demás. Por ejemplo, el ser menos o más femenina, implica que un adolescente se sienta más aceptado, o excluido de cierto grupo social. Así también, si aquel adolescente varón es muy sensible pues, le dirían “se hombre”. Estas creencias sobre la identidad femenina y masculina pueden resultar entonces, en sesgos o distorsiones cognitivas que, a su vez, causan malestar en los adolescentes y, por ende, la importancia de estudiarlas a profundidad.

Como se mencionó anteriormente, el individuo durante las etapas de la adolescencia construye identificaciones que le permiten reconocerse y establecer su individualidad. Es una etapa en la que se generan cambios evidentes tanto físicos como psicológicos. Esas identificaciones se ven orientadas por las personas que los rodean, principalmente por los padres y, en la adolescencia el joven busca identificaciones por fuera de ellos. Por eso, es importante educar con responsabilidad y aceptar las características y pensamientos que cada individuo reconoce como propias.

Según indica Mora et al (2001) “en la adolescencia, las jóvenes buscan mayor independencia e inician el proceso de concepción de sí mismas como personas separadas de las figuras progenitoras” (p.104). Es decir, los adolescentes crean su manera de pensar y deciden de qué manera comportarse para así, poder elaborar sus propios ideales.

Finalmente, el adolescente al encontrarse atravesando por una enfermedad catastrófica como lo es en cáncer, los ideales y formas de comportamiento que habían sido adquiridas comienzan a descender. Pues, al notar cambios físicos (principalmente) por el tratamiento, los estándares y la idea que se tenía sobre la feminidad y masculinidad empiezan a decaer y es ahí, cuando se comienzan a generar distorsiones cognitivas en el paciente.

Distorsiones cognitivas relacionadas con la feminidad y masculinidad en adolescentes en tratamiento oncológico

Hoy en día, afortunadamente las expresiones de feminidad y masculinidad son repensadas en diversos contextos. Desde la preferencia por el color rosado, hasta el pintarse las uñas o usar el cabello largo/corto. Sin embargo, como se estableció anteriormente, la mayoría de las características asociadas al sexo, han devenido en ideas y creencias sobre la propia identidad. Y, en realidad, es casi imposible salirse de la clasificación binaria cuando aún muchos sistemas reguladores que rigen la sociedad están determinados por la misma. Por ejemplo, en el discurso médico se habla de diferencias entre hombre y mujer y, lo femenino y masculino, estaría también asociado a dichos conceptos por lo cual, es parte fundamental de las creencias y sus distorsiones.

Aquí yace el paciente “perfecto” para desarrollar distorsiones cognitivas. Como se evidenció con anterioridad, el adolescente está en procesos de cambios tanto

a nivel orgánico, físico, social como emocional, por lo que es primordial comprender que se trata de una persona que está inmersa en la incertidumbre, como proceso normal de la adolescencia. Este adolescente, está tratando de encontrar referentes en sus pares, que se alejen a lo ya establecido por su familia, y emerger con su propio criterio y personalidad. Esto lo realizan a través del uso del cuerpo, como móvil para enfrentar la interacción social, desde aquella identidad que están construyendo.

Cuando el cuerpo y la mente del adolescente están pasando por ciertos cambios que lo enfrentan con un proceso de adaptación, y se le añade un tratamiento oncológico, habrá un choque de experiencias. Por un lado, la mujer ha empezado a ovular, pero, por otro lado, la quimioterapia irrumpe en ello. Así mismo, un varón empieza a desarrollar vello facial y el tratamiento interrumpe el crecimiento del mismo.

En ambos casos, por ejemplo, los adolescentes están tratando de emancipar sus identificaciones familiares, sin embargo, por bajas defensas post tratamiento, no pueden acudir a sus colegios o trabajos. Esto quiere decir que, el adolescente se encuentra en una etapa de confusión y de revisión de sus propias creencias por lo que las consecuencias del tratamiento pueden llegar a implicar errores en su proceso de pensamiento, dando como resultado distorsiones cognitivas (por ende, ciclos disfuncionales de pensamiento) (Ruiz, 2012, p. 367).

Como muestra de lo mencionado, en la distorsión de comparación, por ejemplo, podría verse que una adolescente que se encuentra en tratamiento de radioterapia para su diagnóstico de cáncer puede sentirse menos femenina ya que la radiación lastimó parte de su tejido mamario, lo que la lleva a compararse con personas de su edad que tienen el tejido completo y su mama crece con normalidad. Como consecuencia, en la adolescente se puede llegar a generar un malestar que le imposibilitará relacionarse con las demás personas de su edad debido a la incomodidad que siente por su cuerpo, siendo éste un aspecto primordial en la adolescencia.

En cuanto a la masculinidad, por lo general, los pacientes con cáncer llegan con expectativas bajas respecto a su cuerpo durante y después del tratamiento por todo lo que se escucha de la enfermedad. Por ejemplo, un paciente varón puede presentar una distorsión cognitiva de adivinación en el momento que infiere “seré menos masculino porque por el tratamiento ya no tendré la misma musculatura de antes”, sin

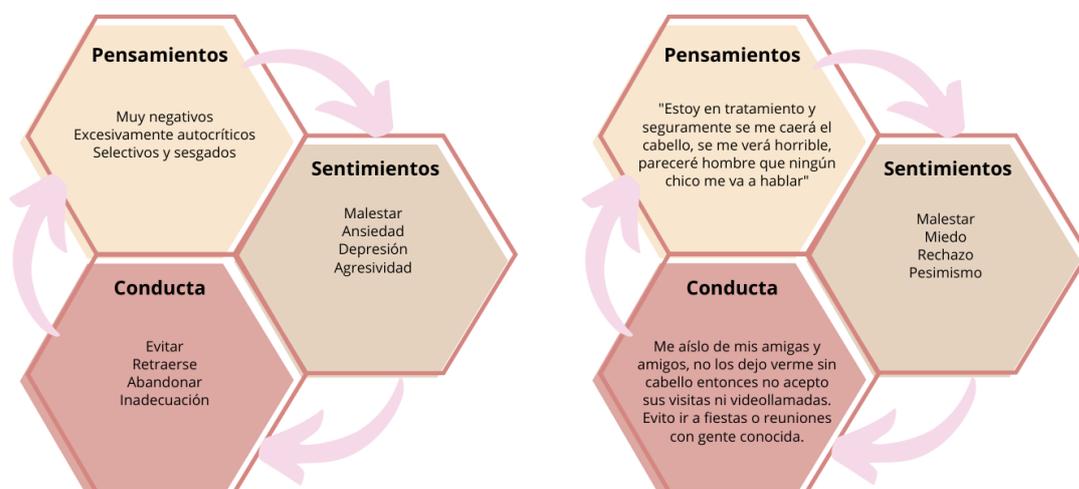
embargo, el peso no solo depende del tipo de tratamiento que lleve el paciente sino también, en la alimentación que tenga durante dicho proceso, por lo que, la interpretación del paciente no tiene bases para ser fundamentada.

Por otra parte, se puede identificar otra distorsión cognitiva cuando una paciente comenta “soy horrible, no soy femenina porque no tengo cabello, así nadie me va a querer”, la paciente está etiquetando de forma negativa lo que significa no tener cabello, sin tomar en cuenta que el tratamiento es lo que le permitirá recuperarse. Y así, en los pacientes en tratamiento oncológico se presentan un sinnúmero de distorsiones cognitivas que no les permiten reconocer sus logros, sino más bien, les generan sentimientos de ansiedad y depresión y en ocasiones los lleva a abandonar el tratamiento.

Estas distorsiones logran que el ciclo del pensamiento no sea funcional pues, siguiendo los ejemplos anteriores, tener pensamientos negativos hacia la propia imagen no aportan de ninguna manera positiva al tratamiento de cáncer. Como se estableció en el capítulo anterior sobre distorsiones cognitivas, el ciclo disfuncional conlleva para el paciente sentimientos negativos que alteran su conducta. En la figura 3 se puede observar cómo el ciclo disfuncional de una distorsión cognitiva respecto a su feminidad conlleva este tipo de sentimientos a raíz de una distorsión y, por ende, conductas disfuncionales.

Figura 3

Ciclo disfuncional



Nota. Extraído de Pensar bien Sentirse bien: Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual para Niños y Adolescentes.

Los ejemplos mencionados anteriormente hacen referencia al ciclo disfuncional del paciente, debido a que se presentan pensamientos autocríticos y negativos que generan un sentimiento de malestar y una conducta de abandono. Mientras que, en la figura 4 se ejemplifica lo contrario: el ciclo funcional y cómo podría el paciente sobrellevar su tratamiento y los cambios que este conlleva.

Figura 4

Ejemplo de ciclo funcional



Nota. Elaborado por las autoras.

El ciclo funcional en un paciente en tratamiento de cáncer se vería como se muestra en la figura 4: primero, teniendo pensamientos positivos sobre la enfermedad y el tratamiento, sin dejar de lado las consecuencias que la misma pueda tener. De esta manera, se generarán sentimientos de bienestar, satisfacción y gratitud por poder recibir el tratamiento y eso le ayudara al paciente a tener una conducta de afrontamiento frente a la enfermedad y todo lo que la misma conlleva. Justamente, el objetivo de la terapia cognitivo conductual respecto a estas distorsiones, es poder pasar de un ciclo disfuncional a uno funcional.

Ana Isabel Fernández, psicóloga y miembro de la Asociación Española Contra el Cáncer española en su artículo *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos* (2004) explica cómo distorsiones cognitivas desadaptativas están presentes en los adolescentes que están atravesando un tratamiento de cáncer con relación al cuerpo y a las reacciones de los demás.

Primero, las creencias disfuncionales (distorsiones cognitivas) en torno a la valía personal que se detectan cambios en el autoconcepto, caracterizados por la percepción de pérdida del atractivo personal y de su valor como persona. Comienzan a evaluar la valía personal exclusivamente bajo parámetros físicos, sin tener en cuenta otros aspectos de su persona (utilidad, cualidades, capacidad laboral, capacidad social o intelectual). Se observa una sobrevaloración de la importancia estética de la zona afectada en el atractivo físico y personal; los aspectos negativos (por ejemplo, la falta de pecho, la pérdida de pelo, la cicatriz o el aumento de peso) representan la totalidad de la apariencia física. (p. 174)

Es sumamente importante comprender que este diálogo autocrítico es más desadaptativo que distorsionado pues se presenta como pensamientos intrusivos.

Por otro lado, las distorsiones cognitivas también van a estar asociadas a lo que se expuso con anterioridad sobre feminidad y masculinidad puesto que también se pueden presentar centralizándose en creencias disfuncionales asociadas a la identidad de género.

En algunos casos se detecta el temor por la pérdida del atractivo y de la identidad sexual. Por ejemplo, en el caso de la administración de hormonoterapia en varones con determinados tipos de cáncer, es probable que el cuerpo experimente un aumento de las glándulas mamarias, cambios en la textura de la piel, acumulación de grasas en las caderas y muslos, y aunque estos cambios suelen ser muy pequeños, generan gran malestar y son vividos con gran ansiedad, al pensar que se están feminizando. En el caso de las mujeres con cáncer de mama, como consecuencia de la pérdida de la mama, algunas pacientes se sienten menos mujeres o menos femeninas. Se ha identificado una pérdida de actitudes importantes: erotismo y sensualidad. Se observan cambios en la movilidad corporal, el movimiento se hace menos espontáneo y desarrollan posturas poco sensuales con la intención de ocultar o tapar el defecto. (Fernández, 2004, p. 174)

Sin embargo, es imprescindible realizar una observación sobre este punto: las distorsiones cognitivas acerca de su feminidad y masculinidad no se producen por algún tipo de proceso de identificación de género, sino, por su relación con el tratamiento oncológico. Es decir, no porque un adolescente de sexo masculino refiera

no sentirse a gusto de su cuerpo como hombre quiere decir que ese pensamiento es una distorsión, aunque genere malestar. Pues, como se evidencio en el capítulo anterior, la formación de distorsiones sucede por un sesgo cognitivo en el procesamiento de pensamientos. Por lo tanto, si este adolescente manifiesta sentirse seguro con su género, indiferentemente si corresponde a su sexo biológico, pero presenta una distorsión respecto a su masculinidad de tipo todo o nada manifestando “si no puedo hacer deporte soy menos hombre”.

En este ejemplo, la distorsión deviene por el tratamiento oncológico que no le permite jugar un deporte que apeliere su salud, por lo que se convierte en una creencia irracional de que jugar fútbol es igual a ser hombre, indistintamente si él se ha identificado como hombre, pues eso no es lo que le está causando malestar.

Pensamiento racional e irracional en adolescentes en tratamiento oncológico

Como se estableció en el capítulo anterior, las distorsiones cognitivas causan un malestar en la persona. Sin embargo, no todas las distorsiones logran generar un malestar. Como se explicó, esto sucede cuando la persona logra racionalizar el pensamiento de forma que, aunque se presente el error en el pensamiento, se pueda revertir el sesgo, dando paso a sentimientos más positivos y, por ende, una conducta más adecuada. Es importante entonces, revisar cómo los pacientes adolescentes con cáncer que se encuentran en tratamiento presentan distintas distorsiones cognitivas sobre la feminidad y masculinidad con un ciclo disfuncional. Cuando se posee una distorsión cognitiva, el ciclo antes mencionado busca a través de técnicas cognitivo conductual poder pasar a un ciclo más funcional para el paciente, a continuación, la tabla 2 ejemplifica aquellos pensamientos.

Tabla 2

Conclusiones irracionales y racionales y ejemplos

Conclusiones irracionales	Conclusiones racionales
Horrorizarse: los adolescentes expresarán una creencia absoluta sobredimensionada acerca de una situación.	Evaluaciones moderadas de lo malo: el adolescente en este caso estará al tanto de las posibles consecuencias del tratamiento, pero podrá realizar una evaluación acerca del suceso.
	Ejemplo: “Si bien es cierto tengo cáncer en el hueso del brazo, y es muy malo, si me lo llegan a

<p>Ejemplo: “Si tengo cáncer en el brazo, significa que me lo van a amputar todo, mejor me quito el otro de una vez”</p>	<p>amputar sería difícil. Sin embargo, prefiero aprender a vivir una nueva realidad a morir”</p>
<p>Baja tolerancia a la frustración: el adolescente no concibe una situación donde sean plenamente felices si es que lo que exigen no existe.</p>	<p>Enunciados de tolerancia: el adolescente sí expresará lo que desea, pero podrá también aumentar una visión tolerante.</p>
<p>Ejemplo: “Si no me voy a Estados Unidos a tratar, no me haré ningún tratamiento”</p>	<p>Ejemplo: “Me gustaría tratarme en EE. UU. Pero si no, buscaré en Ecuador un gran médico, no me gustaría, pero es lo que debo hacer para curarme”</p>
<p>Condenación: el adolescente será muy autocrítico y también lo será de forma excesiva con los demás, el entorno o las condiciones de vida.</p>	<p>Aceptación de la falibilidad: el adolescente será capaz de aceptarse como es y en la condición en la que vive como también, a los demás que lo rodean. Comprenden las dificultades de la vida.</p>
<p>Ejemplo: “Vivir con cáncer es lo peor que le puede pasar a alguien, soy muy débil no lo soportaré. Nadie me entiende”</p>	<p>Ejemplo: “Vivir con cáncer es muy duro, pero yo también soy una persona fuerte y lograré vencerlo. Las personas alrededor hacen lo mejor que pueden”</p>
<p>Pensamiento siempre o nunca: el adolescente insistirá en que o siempre ocurrirá algo, o nunca.</p>	<p>Pensamiento flexible relacionado con la ocurrencia de acontecimientos: el adolescente mostrará apertura a que no siempre/nunca suceden los acontecimientos que el piensa.</p>
<p>Ejemplo: “Recibir tratamiento es morir, siempre mueren los pacientes, nunca sobreviven”</p>	<p>Ejemplo: “No todos siempre sobreviven, pero tampoco todos siempre mueren. Yo puedo ser uno de los que sobrevive”</p>

Nota. Extraído de Manual teórico Práctico de Psicoterapias Cognitivas.

La tabla 2 ilustra cómo una conclusión irracional hacia algún acontecimiento (distorsión cognitiva) puede llegar a racionalizarse para ser funcional. Este proceso, por un lado, contempla lo objetivo de la situación (se recibirá tratamiento de cáncer) pero, por otro lado, se contempla también, la parte subjetiva, donde el paciente logra direccionar su pensamiento hacia un ciclo más funcional que sea adecuado a su situación actual.

En definitiva, el poder constatar que existe entonces, una relación entre el tratamiento de cáncer con las distorsiones que se forman a raíz de aquel acontecimiento activador produce un malestar y, por consiguiente, una conducta. Ellis, al crear su modelo cognitivo explicado en el capítulo 2, explica que los pacientes que presentan distorsiones cognitivas frente a un evento activador que no depende de ellos, por ejemplo, el tratamiento oncológico frente a un cáncer, necesitan ser capaces de

internalizar tres insights que propone la teoría cognitivo conductual. Por el hecho de que internalizar no es un proceso fácil ni que se da de la noche a la mañana, establece que los adolescentes y la juventud en general, “son más propensos a internalizar el cambio necesario para sus distorsiones o ideas irracionales pues son, de cierta forma, los que ya se encuentran en este proceso natural de romper creencias establecidas en la infancia y formas las propias” (Ellis, 1997, p. 344). De esta forma, en la 2da edición de su libro *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*, Isabel Caro (2009) describe los tres insights como:

En primer lugar, que los acontecimientos pasados o presentes no causan trastornos emocionales y consecuencias conductuales desagradables, sino que, más bien, es nuestro sistema de creencias sobre esos acontecimientos activadores el que nos suele crear nuestros sentimientos y conductas trastornadas. En segundo lugar, con independencia de lo que hayamos hecho para trastornarnos en el pasado, nos causamos problemas en el presente cuando seguimos adoctrinándonos con nuestras ideas irracionales. Y, en tercer lugar, y dado que nos es más fácil y natural mantener y desarrollar esa tendencia a trastornarnos a nosotros mismos y puesto que parece que nos aferramos, fácilmente, a nuestros pensamientos autodevaluables, sentimientos y acciones, solo lograremos superar nuestro trastorno, a largo plazo, si trabajamos mucho y sin parar, disputando esas creencias irracionales y los efectos o consecuencias de asumir dichas creencias irracionales. (p. 104-105)

María Fernanda Enríquez Villota, Psicóloga y Especialista en Docencia Universitaria (2020) comenta que las distorsiones cognitivas y los pensamientos irracionales en adolescentes en tratamiento, muestran una estrecha relación entre sí por los procesos que independientemente significan para el individuo y a su vez, emergen uno con el otro (p.129). Incluye en sus estudios descriptivos realizados con el objetivo de identificar y describir los mecanismos para afrontar el tratamiento de cáncer, los resultados que relucieron que la religión ocupaba el primer lugar con un 70% de la muestra y la solución de problemas con un 63.40%, lo que quiere decir que:

Las creencias de las pacientes con respecto al origen de su enfermedad permiten describir cómo reaccionan frente al tratamiento y qué tipo de recursos movilizan para enfrentar su patología. Es posible afirmar que las pacientes

atribuyen el origen de su enfermedad a diferentes factores tales como creencias populares del tipo: “No dí leche materna” como a factores como la herencia o la genética, a factores psicológicos o emocionales evidenciados en expresiones como “sí, pensé que el origen de mi enfermedad fue el estrés” o a causa del sufrimiento: “creo que la enfermedad me apareció por problemas emocionales”. Otras causas atribuidas son factores fisiológicos como un golpe o una caída y factores espirituales evidenciados en afirmaciones como “sé que solo Dios sabe el porqué de esta enfermedad y que solo él y los médicos la pueden solucionar” y, finalmente atribuciones asociadas a conductas poco preventivas como “se debe esta enfermedad a que me cogió desprevenida, no había pensado que me pasara a mí”. (Enríquez, 2020, p.230)

Como se evidencia, estas atribuciones, en muchos casos irracionales, en torno al origen de la enfermedad, están asociadas a su sistema de creencias y, por ende, pueden devenir en distorsiones cognitivas a la hora de afrontar el tratamiento. Por ejemplo, según Enríquez (2020), el sistema de creencia de su muestra (pacientes adolescentes y jóvenes adultas), se asociaba a su vez, con cómo se sintieron durante el tratamiento; explicaba que, mientras más cambios físicos y emocionales tenían a raíz del tratamiento, tomaban medidas más extremistas para afrontarlo, de modo que se encontraba que, a mayor cambio por el tratamiento, mayor la distorsión cognitiva y mayor el malestar; sólo la religión permitía darle un respiro a la ansiedad (p.233).

Esto se relaciona con otro estudio realizado por Margalida Matas en la ciudad de Barcelona en el año 2018 que tenía como objetivo analizar el impacto emocional que generan los cambios de la imagen corporal en pacientes sometidos a algún tratamiento oncológico. En este estudio se comprobó que “los cambios físicos derivados de los tratamientos de cáncer provocan un fuerte impacto emocional en los pacientes, afectando a su autoestima, creencias y a la calidad de vida” (Matas, 2018, p.5).

Como se mencionó en los capítulos anteriores, las distorsiones cognitivas necesitan de un agente activador, en este caso el tratamiento de cáncer se convierte en aquel disparador que altera las emociones del paciente, repercutiendo en el esquema de creencias, lo cual trae como consecuencia una distorsión cognitiva. Es por ello, que cuando un paciente adolescente está en tratamiento y éste tiene sobre él diversos

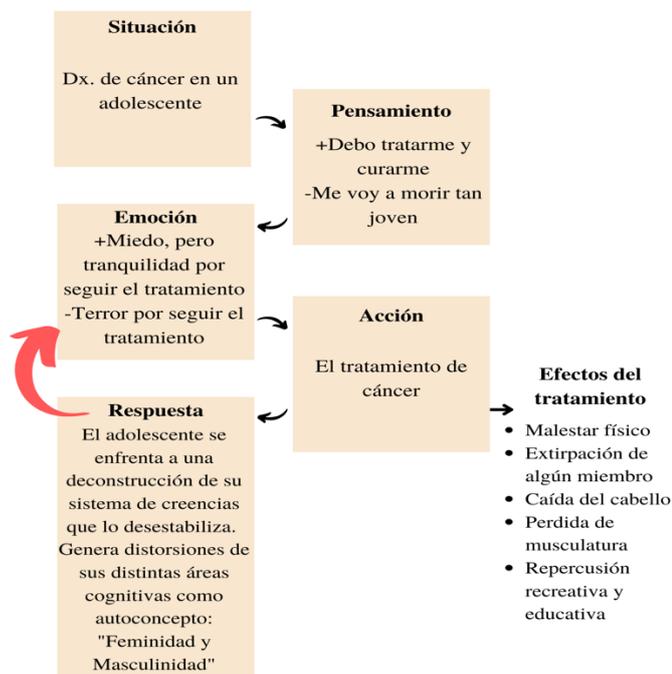
efectos tanto físicos como emocionales, puede generar distorsiones cognitivas acerca de su propia feminidad o masculinidad.

A continuación, en la figura 5, se evidencia de qué manera se da la relación del tratamiento oncológico en el adolescente y la formación de las distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad. En primer lugar, se presenta una situación, en este caso es el diagnóstico de cáncer en un paciente adolescente. Dicha situación, genera en el individuo un pensamiento tanto positivo como negativo. El pensamiento positivo “debo tratarme y curarme” genera a su vez una emoción adaptativa o positiva que podría ser “tranquilidad por seguir el tratamiento”. Mientras que, el pensamiento negativo “me voy a morir tan joven”, genera una emoción, así mismo, negativa: “terror por seguir el tratamiento”.

Una vez que se ejecuta la acción, es decir, iniciar el tratamiento de cáncer, este trae consigo unos efectos como malestar físico, caída del cabello, entre otros y finalmente, la suma de la acción más los efectos de la misma, da como resultado una respuesta del paciente, que sería la deconstrucción de su sistema de creencias.

Figura 5

Esquema de la relación del tratamiento de cáncer en el adolescente y la formación de las distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad



Nota. Elaboración de las autoras.

En este capítulo se identifica la relación del tratamiento oncológico adolescente con las distorsiones cognitivas evidenciando que se presentan aquellos sesgos respecto a su feminidad y masculinidad. Esto conlleva un ciclo disfuncional del pensamiento, lo cual genera sentimientos autocríticos y negativos, propiciando conductas inadecuadas en el paciente. Como se mencionó con anterioridad, el adolescente atraviesa una etapa de diferenciación de sus padres o cuidadores y empiezan a construir su propia identidad; es ahí cuando el tratamiento oncológico entra a enfrentarlos con sus sistemas de creencias, desarrollando distorsiones cognitivas y malestar. Por lo tanto, este capítulo logra evidenciar aquella relación del tratamiento oncológico adolescente con la formación de las distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Enfoque

La presente investigación fue realizada bajo el enfoque mixto ya que la investigación prevaleció el análisis cualitativo y el uso de los datos cuantitativos para contribuir al análisis de datos. Hernández et al. (2014) “la meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales.” (p. 532).

Además, sirven para “lograr una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno. Nuestra percepción de éste resulta más integral, completa y holística” (Newman et al., 2002, p.333). Al utilizar ambos métodos “se refuerza la credibilidad general de los resultados y procedimientos, promoviendo así al estudio de un contexto más completo, profundo y amplio, pero al mismo tiempo generalizable y con validez externa” (Hernández et al., 2014, p. 539).

Paradigma/modelo

El paradigma fue naturalista, el cual también es conocido como fenomenológico o constructivista ya que según Ramos (2015), este “plantea que la realidad es construida por los individuos que vivimos en ella. La mente del investigador se orienta más a “descubrir”, que a “comprobar”. En el paradigma naturalista se distinguen 2 realidades: la realidad empírica y la realidad epistémica” (p. 23). Ramos afirma que:

El paradigma naturalista responde a los interrogantes filosóficos: ontológicamente se plantea una realidad múltiple y subjetiva; la realidad es un constructor, epistemológicamente el investigador debe interactuar con los sujetos investigados para poder generar conocimiento, axiológicamente se trata de alcanzar el conocimiento de lo subjetivo. (Ramos, 2015, p.25)

El modelo es deductivo puesto que aplica reglas en lo particular a partir de lo general. Por ejemplo, la teoría acerca de la formación de distorsiones cognitivas como consecuencia de un agente activador ya ha sido fundamentada teóricamente. La

investigación partió de esta premisa para aplicarlo específicamente en la relación del tratamiento oncológico adolescente con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad en los pacientes adolescentes del SOLCA como unidad.

Método

El método fue un estudio descriptivo por el cual, se desarrolló esta investigación guardando relación con el objetivo general puesto que se pretende explicar de forma descriptiva la relación entre las variables.

Hernández (2014) en su libro *Metodología de la investigación* refiere que el estudio descriptivo:

Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (p.92)

Técnicas de recolección de información e instrumentos

Para poder recolectar la información adecuada, se implementaron entrevistas semiestructuradas a 03 profesionales especializados en psicooncología, escala y test aplicados a 07 pacientes oncológicos adolescentes y referencias bibliográfica para la fundamentación teórica.

El primer instrumento fue la fundamentación teórica a través de referencias bibliográficas, guardando relación con los objetivos específicos de caracterizar el tratamiento oncológico y distinguir la formación de distorsiones cognitivas. Luego, se utilizaron técnicas e instrumentos de recolección de información detalladas a continuación.

- Entrevistas semiestructuradas: Sampieri (2014) define la entrevista como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (p. 403). Las entrevistas que se realizaron a los 3 profesionales especializados en psicooncología fueron semiestructuradas puesto que hubo una guía de

preguntas a realizar, pero se introdujeron preguntas adicionales durante ciertas entrevistas para lograr abarcar más información sobre el tema. Consistió en una base de seis preguntas de orden cualitativo, guardando relación con el objetivo específico de identificar la relación del tratamiento oncológico adolescente con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad.

- Test de creencias irracionales: El test fue elaborado por Albert Ellis y tiene como objetivo identificar las creencias irracionales (distorsiones cognitivas) de una persona. Evalúa a la población en torno a la necesidad de aprobación, auto expectativas, culpabilización, control emocional, evitación de problemas, dependencia, indefensión frente al cambio y perfeccionismo.

El test está conformado por 46 enunciados y tiene seis opciones de respuesta: TD= Totalmente en desacuerdo, BD= Bastante en desacuerdo, AD= Algo en desacuerdo, AA= Algo de acuerdo, BD= Bastante de acuerdo, TD= Totalmente de acuerdo; cada una con una puntuación del 1-6 dependiendo del enunciado, de modo que se suman las puntuaciones para obtener un resultado numérico, pero expresado en palabras en cuanto las distorsiones cognitivas presentes.

Chaves et al (2010) citando a Ellis y Lega indican que este test es muy importante pues además de identificar las distorsiones cognitivas, “lo que se busca es que las personas aprendan a cambiar sus ideas, pensando de manera científica, es decir, planteando hipótesis o suposiciones plausibles, para luego, experimentar y comprobar que son correctas o incorrectas, mantenerlas o refutarlas” (párr. 11). De modo que, guardó relación con el objetivo específico antes mencionado ya que identificó la presencia de distorsiones cognitivas en pacientes en tratamiento oncológico.

- Escala de Confianza en el propio género de Hoffman: La escala está compuesta por 14 enunciados y una pregunta abierta de opinión. Se divide en dos subescalas: la autoaceptación de género y la autodefinición de género, con el objetivo de medir el nivel de aceptación y confianza en la propia identificación de género. Para ello, se responde de acuerdo a la conformidad con cada una de las afirmaciones que se presentan calificándolas de la siguiente manera: totalmente en desacuerdo, bastante en desacuerdo, algo en desacuerdo, algo de acuerdo, bastante de acuerdo o totalmente de acuerdo; las puntuaciones son de

-1, -2, -3, -4, -5 y -6 respectivamente. La media de todas las puntuaciones de los ítems se calcula para cada puntuación de subescala. Las puntuaciones más altas en la subescala de Autodefinición de Género corresponden a atribuir una mayor importancia a la masculinidad/feminidad como parte de su identidad.

Las puntuaciones más altas en la escala de Autoaceptación de Género corresponden a una mayor aceptación de sí mismos como hombres/mujeres sin necesariamente definirse fuertemente en términos de sus nociones de masculinidad/feminidad.

Esta escala es de suma importancia ya que comprueba que la formación de distorsiones cognitivas sobre la feminidad y masculinidad no es producto de otras problemáticas de género, sino más bien cumplió con el objetivo específico de identificar la relación del tratamiento oncológico adolescente con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad.

Las técnicas mencionadas con anterioridad permitieron obtener información necesaria sobre el tratamiento de cáncer en adolescentes y su relación con la formación de distorsiones cognitivas sobre la feminidad y masculinidad. El diseño es de tipo recurrente ya que la escala y el test no se tomaron en base a variables que arrojó la entrevista o viceversa, sino que los dos se analizaron de forma integrada.

Población

Respecto a la población, los instrumentos de recolección de datos tanto el test de las creencias irracionales como la escala de género de Hoffman, fueron aplicados a pacientes adolescentes de entre 12 y 18 años, que se encuentran en tratamiento oncológico hospitalizados en el Hospital de Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, tal como fue definido y delimitado en el análisis del problema de investigación. Así mismo, las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas a tres Psicólogos Clínicos cognitivo-conductuales del mismo hospital con especialización en Psicooncología para la atención a niños, adolescentes y adultos, los cuales atienden a estos pacientes mencionados con anterioridad.

Operalización de variables

Tabla 3

Matriz de operalización de variables

Variables	Subvariables	Definición conceptual	Instrumento	Preguntas a especialistas
Tratamiento oncológico	¿Qué es el Cáncer?	<p>Según la Organización Mundial de la Salud (2022):</p> <p>Cáncer es un término amplio utilizado para aludir a un conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites habituales e invaden partes adyacentes del cuerpo y/o se propagan a otros órganos. (párr. 1)</p> <p>A los adolescentes le suma la inconciencia de que el cáncer es una posibilidad real a esta edad. Trama (2022) explica que “esto es un fenómeno que se da tanto en los pacientes y sus familias como en el personal de salud. Es un grupo que también ha tenido una participación limitada en investigaciones clínicas y un acceso difícil a tratamientos especializados” (párr. 18).</p> <p>Los cambios propios de la edad contribuyen a la epidemiología cancerígena a detenerse en la adolescencia. La Dra. Trama (2022), al hablar de la importancia del diagnóstico en adolescentes, comenta que "este grupo también</p>	Entrevista semiestructurada	¿Desde su experiencia profesional como podría caracterizar el cáncer en el adolescente?

tiene biología y genómica tumoral específica, que difiere de niños y adultos mayores. Además, por la diferencia de edad, la farmacología es distinta al igual que el impacto potencial de la eficacia de la terapia” (párr. 4).

Efectos físicos y emocionales

Existen efectos físicos ya que hay células normales que son más propensas a verse afectadas por los tratamientos, causando alteraciones en las células que producen sangre en la médula ósea (neutropenia), en los folículos pilosos (debilitación de las raíces del pelo causando caída del mismo), en las células en la boca, tracto digestivo y órganos del sistema reproductor (ACS, 2021, párr. 2).

Entrevista semiestructurada

¿Qué efectos físicos y emocionales se evidencian en el adolescente que recibe tratamiento oncológico?

Según indica Blasco (2019) “los tratamientos quimioterápicos asocian una serie de efectos más o menos graves, sobre el resto del organismo denominándose efectos tóxicos o secundarios” (párr. 1).

“La quimioterapia y otros tratamientos causan daño a largo plazo al corazón, los pulmones, los riñones o a los órganos genitales. Ciertos tipos de quimioterapia algunas veces causan efectos retrasados, como un segundo cáncer, que

puede aparecer muchos años después” (ACS, 2021, párr. 8)

Una intervención quirúrgica común en la adolescencia es la amputación por tumores a los huesos, los cuales son más común en adolescentes que en adultos (OMS, 2022, párr. 3).

Oliveros et al (2010) indican que también hay efectos emocionales:

Al enfrentar esta patología, sus diferentes áreas como la conductual, cognitiva y afectiva se alteran a tal punto que generan un cambio comportamental, en muchos casos no funcional, que no contribuye al buen manejo por parte del paciente de su enfermedad, ocasionando abandono del tratamiento, mayor percepción de dolor, progresión de la neoplasia, desórdenes psicológicos asociados, como depresión, ansiedad, etc. (p. 21)

	Comorbilidad con otros trastornos	<p>La Asociación Americana de Psiquiatría, determinó “la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en los pacientes con cáncer en tratamiento, pues varía dependiendo de la metodología empleada en los estudios y son más frecuentes que en la población general” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002, p.12).</p> <p>Vivanco et al., (2022) corrobora que los pacientes oncológicos en el Ecuador tienen un mayor riesgo de desarrollar signos, síntomas y trastornos psiquiátricos, psicológicos y suicidio (párr. 2).</p>	Entrevista semiestructurada	Desde su experiencia profesional, ¿el adolescente en tratamiento oncológico está propenso a desarrollar trastornos psicológicos? ¿Cómo?
<p>Formación de distorsiones cognitivas sobre la feminidad y masculinidad</p>	Formación de las distorsiones cognitivas	<p>Ruíz (2019) señala que la formación de las distorsiones cognitivas resume el resultado de un proceso cognitivo puesto que “son el resultado de un conjunto de creencias básicas, denominadas esquemas cognitivos, que influyen sobre su manera de abordar los acontecimientos vitales e interpretarlos negativamente, o lo que es igual, hacer distorsiones cognitivas, que les conducen al comportamiento” (Ruíz, 2019, p. 369)</p> <p>Los adolescentes están tratando de emancipar</p>	Entrevista semiestructurada	El adolescente se encuentra en una etapa de revisión de sus propias creencias. Desde su experiencia profesional ¿cómo el tratamiento oncológico puede llegar a causar distorsiones cognitivas?

sus creencias de las identificaciones familiares, sin embargo, por bajas defensas post tratamiento, no pueden acudir a sus colegios o trabajos. Esto quiere decir que, el adolescente se encuentra en una etapa de confusión y de revisión de sus propias creencias por lo que las consecuencias del tratamiento pueden llegar a implicar errores en su proceso de pensamiento, dando como resultado distorsiones cognitivas (por ende, ciclos disfuncionales de pensamiento) (Ruiz, 2012, p. 367).

Ciclo funcional y disfuncional

En el ciclo disfuncional aparecen en el individuo los pensamientos negativos, que son para la persona excesivamente autocríticos y, a su vez, selectivos y sesgados. Estos, generan sentimientos negativos como ansiedad, depresión y agresividad, que tienen como resultado el abandono de la situación difícil que se le está presentando al individuo (Stallard, 2007, p. 29).

Entrevista semiestructurada

¿Desde su experiencia profesional qué tipo de creencias aparecen en el adolescente en tratamiento oncológico y que sentimientos generan?

Por otra parte, el ciclo funcional presenta pensamientos positivos donde los logros obtenidos por la persona son reconocidos y admitidos, puesto que

existe un individuo más equilibrado. Dichos pensamientos (creencias) generan sentimientos de bienestar, satisfacción y serenidad y los resultantes de los mismos producen una conducta de afrontamiento en situaciones complicadas para la persona (Stallard, 2007, p. 30).

El proceso cognitivo, bajo el enfoque cognitivo conductual, le permite al individuo pasar de un ciclo cognitivo disfuncional a un ciclo funcional. Para esto, Stallard (2007) indica que “se identifican los déficits cognitivos y conductuales, y se aprenden, comprueban, valoran y refuerzan nuevas habilidades cognitivas de solución de problemas, además de otras formas diferentes de actuar” (p.29).

Tipos de distorsiones cognitivas	Ana Isabel Fernández, psicóloga y miembro de la Asociación Española Contra el Cáncer española en su artículo <i>Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos</i> (2004) explica cómo distorsiones cognitivas desadaptativas están presentes en los adolescentes que están	Entrevista semiestructurada	Desde su experiencia profesional ¿qué tipo de distorsiones cognitivas están presentes en los adolescentes en tratamiento oncológico en relación con su masculinidad o su feminidad?
----------------------------------	---	-----------------------------	---

atravesando un
tratamiento de cáncer en
relación al cuerpo, su
masculinidad y
feminidad y a las
reacciones de los demás.

Primero, las
creencias
disfuncionales
(distorsiones
cognitivas) en
torno a la valía
personal que se
detectan cambios
en el
autoconcepto,
caracterizados
por la percepción
de pérdida del
atractivo
personal y de su
valor como
persona.

Comienzan a
evaluar la valía
personal
exclusivamente
bajo parámetros
físicos, sin tener
en cuenta otros
aspectos de su
persona (utilidad,
cualidades,
capacidad
laboral,
capacidad social
o intelectual).
Además, se
observa una
sobreevaluación
de la importancia
estética de la
zona afectada en
el atractivo físico
y personal; los
aspectos
negativos (por
ejemplo, la falta
de pecho, la pérdida

de pelo, la cicatriz o el aumento de peso) representan la totalidad de la apariencia física y expresión femenina/masculina. (p. 174)

CAPÍTULO V

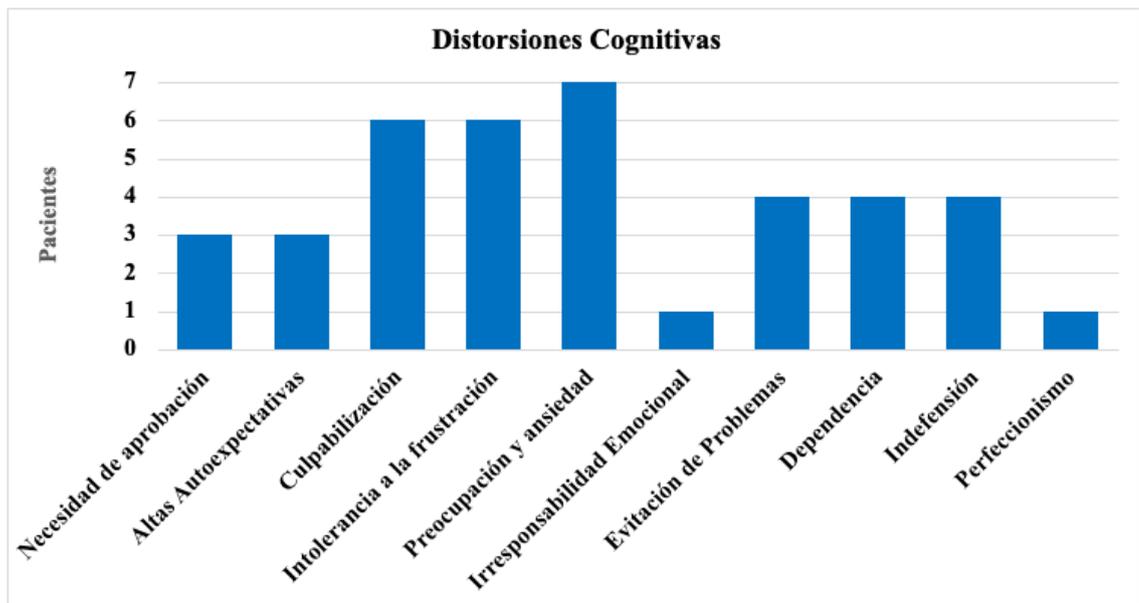
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Presentación de datos cuantitativos

Test de creencias irracionales (distorsiones cognitivas) de Ellis

Figura 66

Cuadro de barras sobre distorsiones cognitivas presentes en adolescentes hospitalizados en SOLCA



Nota. Elaborado por las autoras.

Como se muestra en la figura 6, el test de creencias irracionales tomado a 7 adolescentes hospitalizados en SOLCA da como resultado las distorsiones cognitivas que estos pacientes presentan.

Por un lado, las distorsiones cognitivas que se encuentran con más frecuencia son: la preocupación y ansiedad en 7 (todos) pacientes; la culpabilización, intolerancia a la frustración en 6 pacientes; la evitación de problemas, indefensión y dependencia en 4 pacientes; la necesidad de aprobación y las altas auto expectativas en 3 pacientes y el perfeccionismo e irresponsabilidad emocional en 1 paciente.

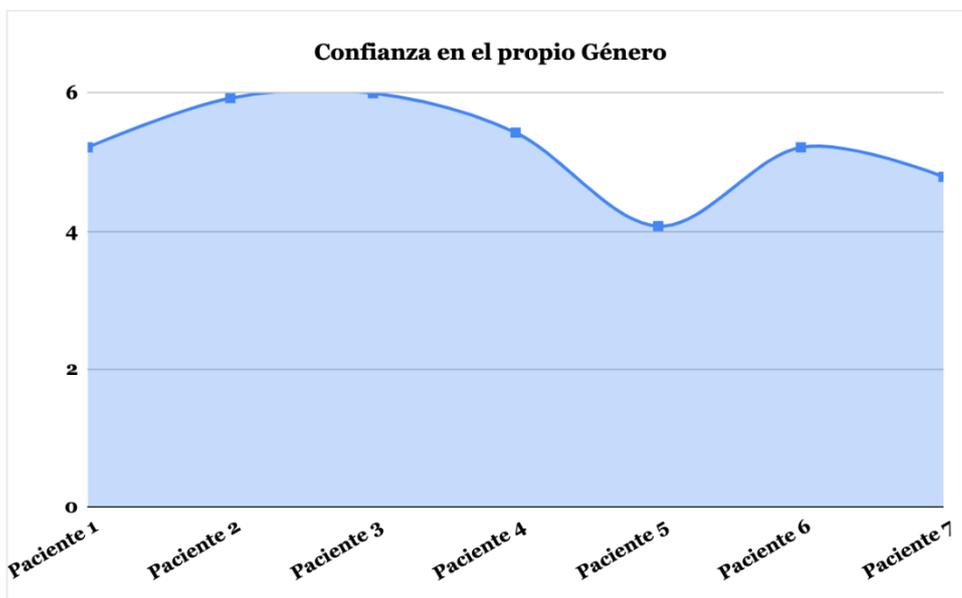
Por lo tanto, el test concluye que la distorsión cognitiva, o la creencia irracional, que los pacientes evidencian haber formado, gira entorno a la preocupación y ansiedad. Este conglomerado de creencias irracionales engloba distorsiones cognitivas como el

catastrofismo, sobre generalización, descontar lo positivo, saltar a las conclusiones, adivinación, razonamiento emocional y culpabilidad inapropiada.

Escala de Confianza en el propio Género de Hoffman

Figura 77

Escala de Confianza en el propio Género de Hoffman en pacientes adolescentes de SOLCA

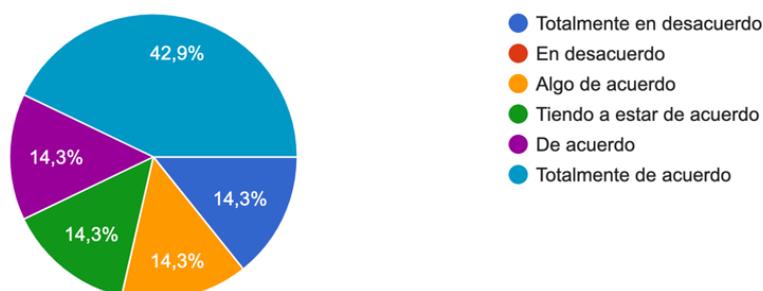


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 7 se muestran los resultados de la escala de Confianza en el propio Género de Hoffman en pacientes adolescentes de SOLCA, evidenciando que todos los pacientes de la muestra están por arriba de la media de la escala. Esto evidencia que tanto el paciente 1,2,3,4,5 y 6, pueden ser tomados en cuenta para el análisis ya que todos obtuvieron una media mayor a la puntuación de 3.

Figura 88

Gráfico respuesta de “Cuando me piden que me describa, ser “masculino”/”femenina” es una de las primeras cosas en las que pienso”

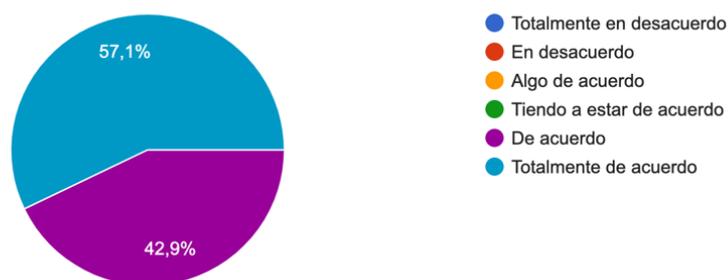


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 8, la escala de Hoffman arrojó que 42% de los pacientes están totalmente de acuerdo respecto a la pregunta “Cuando me piden que me describa, ser “masculino”/”femenina” es una de las primeras cosas en las que pienso”. En segundo y último lugar con 14.3% los pacientes manifiestan estar de acuerdo, tender a estar de acuerdo, algo de acuerdo y totalmente en desacuerdo.

Figura 99

Gráfico respuesta de “Confío en mi masculinidad/feminidad (me siento masculino/femenino tal y como soy ahora)”

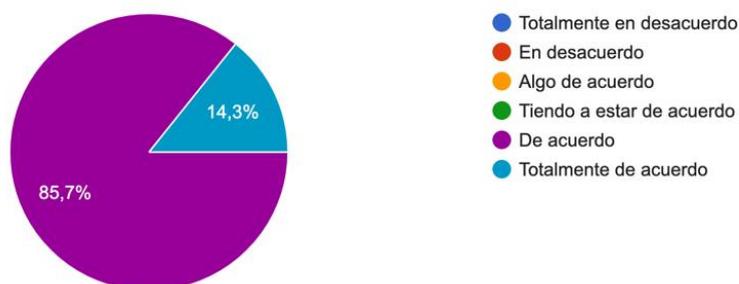


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 9, la escala de Hoffman arrojó que 57.1% de los pacientes están totalmente de acuerdo respecto a la idea “Confío en mi masculinidad/feminidad (me siento masculino/femenino tal y como soy ahora)”. En segundo y último lugar con 42.9% los pacientes manifiestan estar de acuerdo a esta premisa.

Figura 1010

Gráfico respuesta de “Cumpló con mis estándares personales de masculinidad/feminidad”

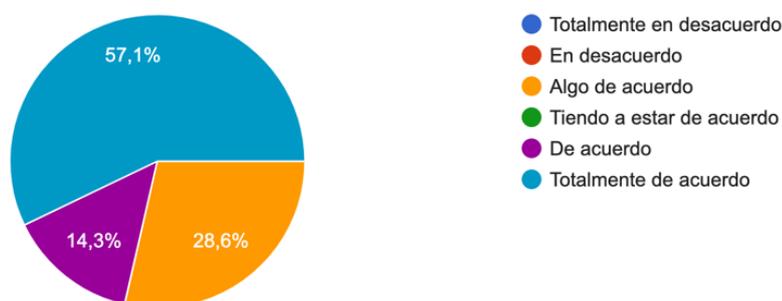


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 10, la escala de Hoffman arrojó que 85.7% de los pacientes están de acuerdo respecto a la idea “Cumpló con mis estándares personales de masculinidad/feminidad”. En segundo y último lugar sólo con el 14.3% los pacientes manifiestan estar totalmente de acuerdo a esta premisa.

Figura 1111

Gráfico respuesta de “Mi percepción de mí mismo está positivamente asociada con mi sexo biológico”

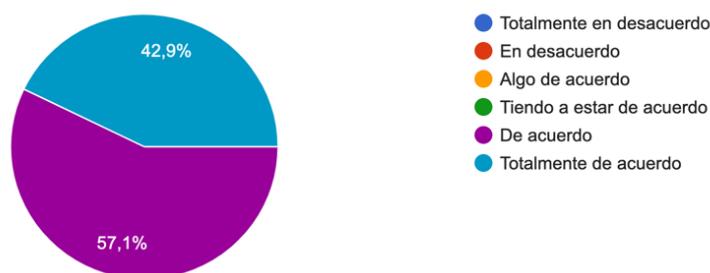


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 11, la escala de Hoffman arrojó que 57.1% de los pacientes están totalmente de acuerdo respecto a la idea “Mi percepción de mí mismo está positivamente asociada con mi sexo biológico”. En segundo lugar, el 28.6% los pacientes manifiestan estar algo de acuerdo con esta premisa mientras que el 14.3% sólo están de acuerdo.

Figura 12

Gráfico respuestas de “Estoy seguro en mi masculinidad/feminidad”

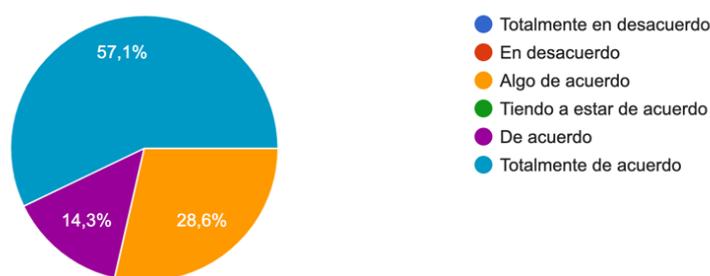


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 12, la escala de Hoffman arrojó que 57.1% de los pacientes están de acuerdo respecto a la idea “Estoy seguro en mi masculinidad/feminidad”. En segundo y último lugar, el 42.9% los pacientes manifiestan estar totalmente de acuerdo con esta premisa.

Figura 13

Gráfico respuesta de “Me defino en gran parte en términos de mi masculinidad/feminidad”

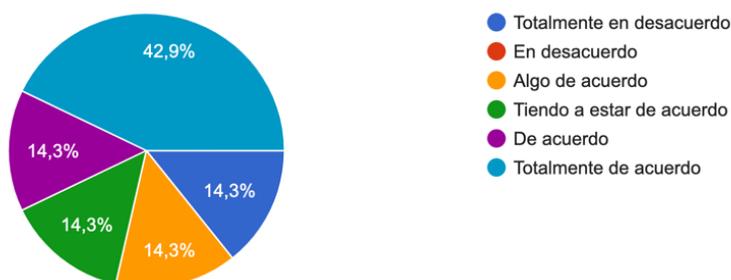


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 13, la escala de Hoffman arrojó que 57.1% de los pacientes están de acuerdo respecto a la idea “Me defino en gran parte en términos de mi masculinidad/feminidad”. En segundo lugar, el 28.6% de los pacientes manifiestan estar algo de acuerdo con esta premisa y el 14.3% están sólo de acuerdo.

Figura 1414

Gráfico respuesta de “Mi identidad está fuertemente ligada a mi masculinidad/feminidad”

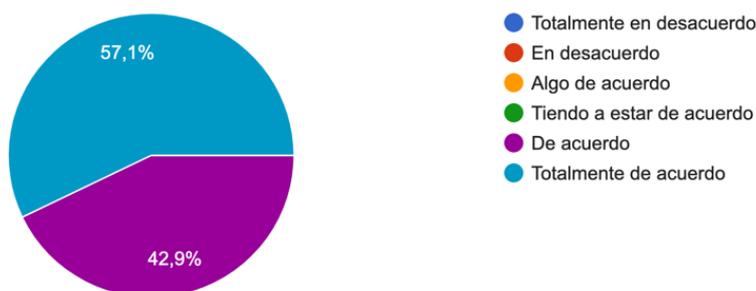


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 14, la escala de Hoffman arrojó que 42.9% de los pacientes están totalmente de acuerdo respecto a la idea “Mi identidad está fuertemente ligada a mi masculinidad/feminidad”. En segundo y último lugar el 14.3% de los pacientes manifiestan tender a estar de acuerdo, algo de acuerdo, de acuerdo, y totalmente en desacuerdo con esta premisa.

Figura 1515

Gráfico respuesta de “Me tengo un gran respeto como hombre/mujer”

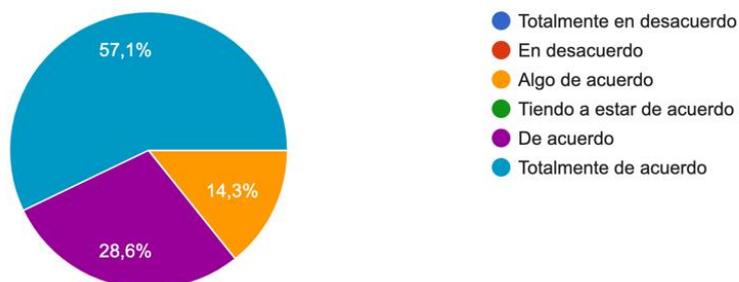


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 15, la escala de Hoffman arrojó que 57.1% de los pacientes están totalmente de acuerdo respecto a la idea “Me tengo un gran respeto como hombre/mujer”. En segundo y último lugar el 42.9% de los pacientes manifiestan estar de acuerdo con esta premisa.

Figura 1616

Gráfico respuesta de “Ser masculino/femenina contribuye mucho a mi sentido de confianza”

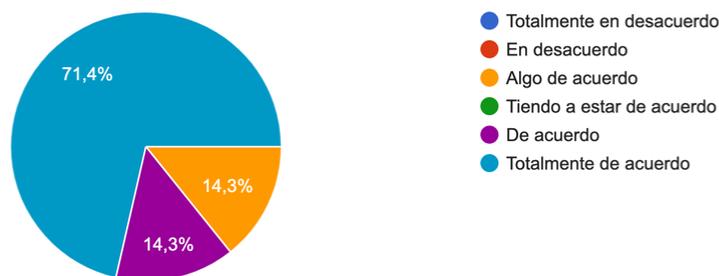


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 16, la escala de Hoffman arrojó que 57.1% de los pacientes están totalmente de acuerdo respecto a la idea “Ser masculino/femenina contribuye mucho a mi sentido de confianza”. En segundo lugar, el 28.6% de los pacientes manifiestan estar de acuerdo con esta premisa y el 14.3% están algo de acuerdo.

Figura 1717

Gráfico respuesta de “Soy feliz conmigo mismo como hombre/mujer”

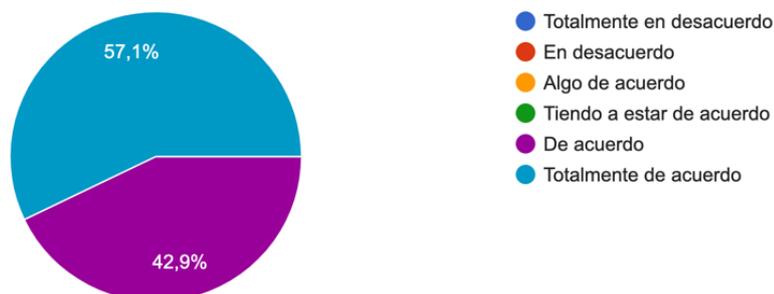


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 17, la escala de Hoffman arrojó que 71.4% de los pacientes están totalmente de acuerdo respecto a la idea “Soy feliz conmigo mismo como hombre”. En segundo y último lugar, el 14.3% de los pacientes manifiestan estar de acuerdo y algo de acuerdo con esta premisa.

Figura 18

Gráfico respuesta de “Me siento muy cómodo siendo masculino/femenino”

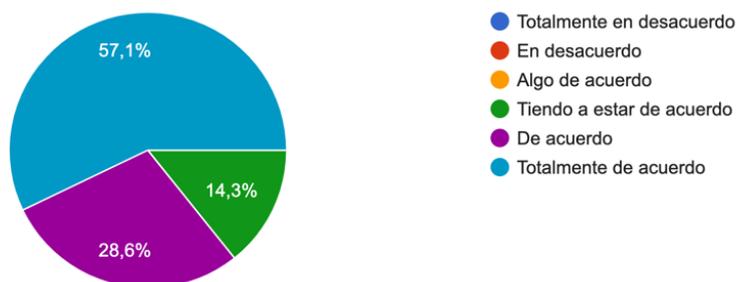


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 18, la escala de Hoffman arrojó que 57.1% de los pacientes están totalmente de acuerdo respecto a la idea “Me siento muy cómodo siendo masculino/femenino”. En segundo y último lugar, el 42.9% manifiestan estar de acuerdo con esta premisa.

Figura 19

Gráfico respuesta de “La masculinidad/feminidad es un aspecto importante de mi autoconcepto”

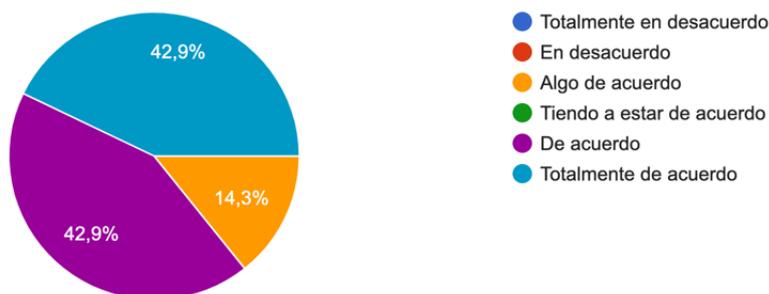


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 19, la escala de Hoffman arrojó que 57.1% de los pacientes están totalmente de acuerdo respecto a la idea “La masculinidad/feminidad es un aspecto importante de mi autoconcepto”. En segundo lugar, el 28.6% manifiestan estar de acuerdo con esta premisa y el 14.3% tienden a estar de acuerdo.

Figura 2020

Gráfico respuestas de “Mi sentido de mí mismo como hombre/mujer es positivo”

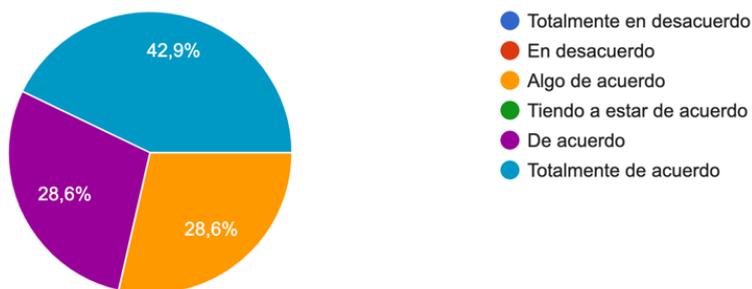


Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 20, la escala de Hoffman arrojó que 42.9% de los pacientes están totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto a la idea “Mi sentido de mí mismo como hombre es positivo”. En último lugar, con el 14.3% los pacientes manifiestan estar de algo de acuerdo con esta premisa.

Figura 2121

Gráfico respuesta de “Ser masculino contribuye mucho a mi sentido de confianza”



Nota. Elaborado por las autoras.

En la figura 21, la escala de Hoffman arrojó que 42.9% de los pacientes están totalmente de acuerdo respecto a la idea “Ser masculino contribuye mucho a mi sentido de confianza”. En segundo y último lugar, con el 28.6% manifiestan estar de acuerdo y algo de acuerdo con esta premisa.

Presentación de datos cualitativos

Entrevistas a especialistas

Los nombres de los especialistas se mantienen anónimos de acuerdo con el consentimiento informado; para el análisis de las entrevistas se los codificará como E1, E2, E3, correspondiente a la cantidad de entrevistas.

Tabla 4

Cuadro de resultados de entrevistas semi estructuradas

Pregunta	E1	E2	E3
¿Desde su experiencia profesional podría caracterizar el cáncer en el adolescente?	<p>“Es una etapa de transición de dejar de ser niño y convertirse en adulto sintiéndose ni lo uno ni lo otro... ya de por sí es una edad muy compleja”</p> <p>“Si en ese momento de su vida se presenta un diagnóstico oncológico pues obviamente se generará una crisis, que para cada uno será subjetiva obviamente, pero tendrá mucho que ver con cómo está la historia de él en ese momento”</p> <p>“Para el adolescente, el cáncer es una palabra que le va a resonar ya no como un niño que tú no necesitas darle el nombre y simplemente la piensas de manera general...le va a asustar pues le va a ya a dar un sentido a</p>	<p>“A los de 13-12 años... No se hacen tanto la pregunta si se van a morir o no, que es lo que he podido observar en los pacientes de pediatría, sino que asocian como a la queja de la enfermedad de “¿por qué me pasa esto a mí?”, “¿por qué no puedo ir al colegio?”, siempre con la condición de lo que el cáncer me quita al estar hospitalizado”</p> <p>“... de 16 17 años, que, si te hace las preguntas que podría hacerse un adulto, o sea “¿qué significa el cáncer?”, esa enfermedad, que pasa si el tratamiento no funciona, quiero que me digan absolutamente del tratamiento, el nivel de comprensión de ellos es como el de un adulto”</p>	<p>“... algo que suele ocurrir en el adolescente, esto de, mucha mayor dificultad de asimilar estos cambios en la imagen, qué bueno, también puede considerarse como perdida”</p> <p>“Situándonos un poco en las etapas del desarrollo, sabemos que, el adolescente, obvio ya empieza a tener un poco más de vínculo con sus pares, a estas edades, sabemos que también el tipo... La forma en que se relaciona con el otro sexo es distinta, ¿no?”</p>

lo que significa tener este diagnóstico”

¿Qué efectos físicos y emocionales se evidencian en el adolescente que recibe tratamiento oncológico?

“...van a producir efectos casi que, en los días posteriores de haberlo recibido, si no es el mismo día... a nivel físico. En el caso de un adolescente, yo iría más del lado de lo que representa para él esa afectación no solo a nivel emocional sino en su imagen”

“Entonces obviamente esta situación a nivel física (caída de cabello) que lo hace sentir diferente del resto que más bien a esa edad lo que quieren es poder tener por identificación esa esa posibilidad de ser parte de un grupo va a ser que sea distinto, va a ser que se pueda sentir incómodo”

“Cualquiera de estos tratamientos a los cuales estos adolescentes se ven sometidos, definitivamente generará un cambio físico que tendrá que ver de qué manera lo puede sobrellevar a nivel emocional”

“Yo creo que las físicas evidentemente es la caída del pelo... de hecho, no sé por qué la gente piensa que a los hombres no, pero en los hombres también, se evidencia bastante.”

“... tuve una paciente que, le quitaron los dos ovarios. O sea, de entrada, ella sabe que no podrá ser madre”

“En los hombres... les afecta bastante el tema de la fuerza, la parte física orgánica como la fortaleza, o sea “ya no estoy así”, “ya no puedo cargar algo” “ya no puedo correr”, ya no puedo jugar pelota”

“En cuanto a la parte emocional... reacciones de adaptación porque a veces la palabra trastorno es encasillar mucho al sujeto, pero, dentro de esa reacción o trastorno de adaptación, suele verse mucho más, el tema ansioso”

“Entonces, creo yo que prima más la ansiedad como síntomas o estados depresivos que cualquier otra cosa”

<p>Desde experiencia profesional, adolescente tratamiento oncológico propensos desarrollar trastornos psicológicos? ¿Cómo?</p>	<p>su “Sí yo creo que de manera general ¿el siempre esto algo va en a producir”</p> <p>está “Habrá que valorar a qué recursos emocionales tiene ese adolescente para poder no sólo entender lo que está afrontando sino los cambios que a nivel físico, emocional, social, educativo y familiar se van a dar y emitir un diagnóstico”</p> <p>“...genera una necesidad de aislamiento, de no querer ir a clases, de no querer tener contacto social con sus amigos incluso... dependiendo de la dinámica familiar genera alguna modificación en su relación con sus padres, con sus hermanos... económicamente hay más gastos a raíz de esta enfermedad entonces creería yo que sí es verdad que se pueden presentar estos trastornos”</p>	<p>“Si se pueden desarrollar, obviamente, creo yo que, de forma posteriores, es muy común que el paciente cuando ya salga de la primera hospitalización más bien empiece a reaccionar y empezar a manifestar eso”</p> <p>“Por eso, obviamente la atención psicológica es super importante para evitar que un paciente pueda generarse este tipo de ya diagnósticos como estados depresivos, como ya de verdad una depresión o una ansiedad”</p> <p>“Los trastornos de adaptación, es uno que se utiliza mucho, un diagnóstico que se utiliza mucho en la parte de psicología y psiquiatría, porque el trastorno de adaptación abarca criterios diagnósticos de ansiedad, depresión, porque no podemos categorizar un paciente como deprimido cuando estas viviendo esto, o sea no entra esto de aquí, entonces, lo que más se puede ver, es un poco, trastornos de adaptación como tal</p>	<p>“Sí está propenso a desarrollar trastornos psicológicos, creo que no es algo que ocurra en todos, sin duda pasa con el diagnóstico del manual de trastornos de adaptación porque realmente los cambios que se dan son bastante bruscos”</p> <p>“Creo que puedo también a cogermelo a un término de la teoría sistémica que habla esto, de los accidentes vitales estresantes que, aterrorizándola a esta situación, diría que son justamente estas situaciones de la historia de vida de una persona que son inesperadas realmente, que son contingentes, que en su día a día no eran esperables y que sin duda puede derivar en una dificultad de adaptación”</p> <p>“... uno de los diagnósticos que más se ubican es este del trastorno de adaptación. También hay muchos casos de ansiedad...”</p> <p>“De ahí, lo de la depresión, sí es algo que habría que revisarlo un poco más y porque en mi experiencia no lo he</p>
---	---	--	---

		<p>o reacciones de adaptación”</p> <p>“Entonces, por supuesto, yo si considero que, pasar por un proceso oncológico, no solamente va a depender de la hospitalización, si funciona o no funciona, sino también si tienes atención psicológica”</p>	<p>visto como tal, puede ser que cumpla con un par de síntomas atribuibles a un episodio depresivo, pero no diría que es un trastorno depresivo como tal no”</p>
<p>El adolescente se encuentra en una etapa de revisión de sus propias creencias. Desde su experiencia profesional ¿cómo el tratamiento oncológico puede llegar a causar distorsiones cognitivas?</p>	<p>“Tendría mucho que ver con el qué tipo de diagnóstico que pudieran tener adolescente”</p> <p>“En el caso del joven que tiene que recibir radioterapia por un problema de un tumor testicular... o en el caso de una adolescente, siendo aparentemente una chica que obviamente no ha pasado por tener hijos ni nada de eso, una afectación a nivel de su ovario o de su útero donde tiene que perderlo obviamente, ¿qué pasa en ella? Ahí hay algo que incluso los hace pensar con mucha antelación de que algo en mí cuando sea adulto no va a ser igual, no? esta chica que ya desde ahora que no es un tema importante a lo mejor</p>	<p>“La creencia que los puede llevar a una distorsión cognitiva es que no son suficientemente mujer.”</p> <p>“no soy suficientemente mujer porque no puedo utilizar la falda que utilizaba antes porque me amputaron” ... Por supuesto, no te ves igual entonces la distorsión va de acuerdo a que te afecta o que cambio hay en el cuerpo, en la imagen estética como tal”</p> <p>“En cuanto al hombre con respecto a la masculinidad, es la fuerza, es la fortaleza.”</p> <p>“... 18 19 años, viene el tema de la sexualidad. El hombre no tiene la misma potencialidad sexual cuando está</p>	<p>“está realizando sus propias creencias, justo por lo que dije hace un momento, que desde los 12 años ya hay un mayor cuestionamiento de principios que se han ido inculcando en el proceso de crianza”</p> <p>“De ahí, cómo esto puede causar distorsiones cognitivas, bueno sí, sin duda alguna me parece que sí hay cosas que varían cuando en el caso de los adolescentes que son pacientes oncológicos, hay mucho de regresar a etapas iniciales, por ejemplo, de su desarrollo”</p>

	<p>a los 13, 14 años el ser madre ya la hace pensar que cuando llegue ese momento en su vida va a ser distinta, va a estar en falta de algo que no decidió ella simplemente se presentó y ante la idea de que la salud es lo más importante”</p>	<p>en tratamiento, de hecho, hay tratamientos que hay momentos en que no puedes tener relaciones”</p>	
<p>Desde su experiencia profesional ¿qué tipo de creencias aparecen en el adolescente en tratamiento oncológico y qué sentimientos generan?</p>	<p>“... sentir es sentirse precisamente vulnerable, es abrirse a una realidad de la que él no quiere hacerse cargo porque sabe que fue difícil ...” “... por qué es tan difícil para el sentir, por qué es tan difícil para él hablar de sus sentimientos, porque lo hace sentir que pierde en vez de ganar ...”</p> <p>“... pasa mucho que los chicos por la misma edad que tienen de adolescentes, no sobrellevan bien las cosas, empiezan lesionarse, hacerse daño con la vida normal un adolescente, ahora si a eso le sumamos un diagnóstico oncológico y la propia historia de cada uno, por supuesto que va a ser muy difícil y que pueden terminar en situaciones que desencadene en una</p>	<p>“Definitivamente tiene que ser aislamiento, ya sea aislamiento de verdad, de sus emociones o aislamiento de las personas”</p> <p>“El aislamiento, creo yo, que prima, el no querer enfrentarse con este cambio que hay con los demás o con la actividad que ellos están acostumbrados”</p> <p>“los adolescentes ponen en pausa las cosas que a ellos les gusta porque sienten que si no las hacen como las hacían antes, no se realizan... explicarles a ellos, a ver, capaz no lo vas a hacer como antes, pero puedes hacerlo de otra forma”</p> <p>“Entonces, esas son las formas y creo yo que esas son las conductas que más les conmueve a ellos,</p>	<p>“...hace que tengan la creencia, por ejemplo, de que no van a poder estar a la par de otros chicos de su edad porque de repente preguntan a otros y que están avanzados, en el creer que pronto no van a poder estudiar nunca cuando hay una enfermedad oncológica que implica una limitación motora, el pensar que ya no van a poder desarrollar una actividad laboral y son una de las cremas son las creencias que pueden llegar a ocurrir”</p> <p>“la vida de estos adolescentes se desenvuelve en el hospital entonces eso le hace mucho más difícil el asunto adaptarse, pero también la creencia de que no van a poder avanzar y el sentimiento de frustración, de</p>

	fuerte ansiedad, en una fuerte depresión, en el no sentirse en libertad de poder hablarlo con alguien, no porque no tengan con quien hacerlo sino porque demostrar lo que sienten, es precisamente mostrarse vulnerable”	no poder realizar las cosas que ellos hacían normalmente porque no es de la misma forma y no necesariamente es que no pueden, sino que no de la misma frecuencia o no de la misma forma”	enfado principalmente”
Desde su experiencia profesional ¿qué tipo de distorsiones cognitivas están presentes en los adolescentes en tratamiento oncológico en su relación con su masculinidad o su feminidad?	<p>“... se va a sentir siempre en una situación de que no vale la pena, para que entonces vivo, de qué sirve todo, si al final yo no decido, no tengo elección, no tengo deseo, da igual si me arreglo o no, igual mañana me toca la próxima quimio”</p> <p>“si es algo que tiene una influencia a nivel de sus hormonas o algún cambio a nivel de su órgano sexual, es algo que a él le va a generar la idea de que no va a poder ser un hombre y en esa edad, y a cualquier edad, en el caso de los hombres, sobre todo, la virilidad tiene mucha relación con eso, con la parte en relación a su miembro y en la parte como él se siente, respecto a su salud y respecto a su</p>	<p>“a veces puede ser distorsiones cognitivas temporales y en otros momentos se pueden transformar en ideas fijas”</p> <p>“Estas distorsiones cognitivas son muy generales, de hecho, yo creo que lo que más hay es la generalización, es lo que más se presenta en los adolescentes porque no te están detallando “es que por mi pelo me veo fea”, te dicen “me veo mal, no me veo femenina”</p> <p>“considero que la distorsión cognitiva más importante es esa y la otra de “estoy enfermo y ya no va a ser igual”, o sea el tema de la enfermedad. La palabra enfermo, diría yo, que es una distorsión, la palabra cáncer también.</p>	<p>“Ya de por sí los pacientes presentan distorsiones sobre todo sobre su cuerpo o identidad, respecto a los roles sociales”</p> <p>“Respecto a la feminidad y masculinidad definitivamente distorsiones en torno a su imagen porque ya no es la misma”</p> <p>“la ansiedad y preocupación que eso genera es increíble...ellos creen a veces que las cosas son peor de lo que son en realidad”</p> <p>“Muchos creen que “ya nunca más podré jugar con mis amigos” “mis amigos se olvidarán de mí””</p> <p>“suelen etiquetar como “burros” porque no logran concentrarse o rendir académicamente como sus demás compañeros y aquí</p>

perfecto su físico frente a las chicas”	Cáncer-muerte, enfermo- “nadie me va a tratar igual”, entonces son muy generalizadas, que creo yo que eso es lo que más se repite en cuanto a los nombres de las distorsiones”	entra la distorsión de descontar lo positivo”
---	--	---

Análisis de datos

Variable: Tratamiento oncológico

Subvariable: ¿Qué es el cáncer?

La adolescencia es un proceso de transición y transformación. Piaget, considerado el padre de la psicología evolutiva, define que “la pubertad se caracteriza específicamente por la maduración del instinto sexual, mientras que la adolescencia es un concepto más abarcativo porque incluye también todos los otros cambios a nivel de pensamiento formal y desarrollo social” (Piaget, 1968, p.234). Así mismo, Vygotsky, uno de los pioneros en Psicología, defiende que:

El aspecto clave para caracterizar el pensamiento adolescente es la capacidad de asimilar (por primera vez) el proceso de formación de conceptos, lo cual permitirá al sujeto, de esta edad de transición, apropiarse del "pensamiento en conceptos" y su paso a una nueva y superior forma de actividad. (Vygotsky, 1996, p. 122)

Teniendo en cuenta que en la adolescencia hay un pensamiento propio, que ya no está necesariamente en la sombra de los conceptos impuestos por los padres, los especialistas consultados corroboran la fundamentación teórica ya que cuando se les preguntó sobre cómo los adolescentes caracterizan el cáncer, E1 refiere “Es una etapa de transición de dejar de ser niño y convertirse en adulto sintiéndose ni lo uno ni lo otro...”, al igual que E3, el cual menciona “situándonos un poco en las etapas del desarrollo, sabemos que, el adolescente, obvio ya empieza a tener un poco más de vínculo con sus pares”. Ambos coinciden en que el adolescente se encuentra en una etapa de transición o cambio, y además de ser una etapa compleja, hay mayor dificultad para asimilar los cambios, principalmente en la imagen del paciente.

Ante lo referido, E2 menciona que “es importante delimitar las edades porque a los 12 o 13 años, el paciente no se hace la pregunta si se va a morir o no, sino que,

comienza la queja y las interrogantes de “¿por qué me pasa a mí?”, a diferencia de la enfermedad en un adolescente de 16-17 años ya que su comprensión de la misma es parecida a la de un adulto”. Es decir, a pesar de que se encuentran en una etapa de transición, se debe tomar en cuenta la edad del paciente puesto que las preguntas y caracterizaciones que se hacen respecto a la enfermedad son distintas dependiendo de la edad que presenten.

Frente a lo mencionado, E1 comenta que “si en ese momento de su vida se presenta un diagnóstico oncológico pues obviamente se generará una crisis, que para cada uno será subjetiva obviamente, pero tendrá mucho que ver con cómo está la historia de él en ese momento”.

Por tanto, para la caracterización del cáncer, la edad del adolescente también es importante ya que como se mencionó en la fundamentación teórica de la adolescencia, esta se divide en varias etapas y cada una de ella presenta fenómenos y manifestaciones distintas. Sin embargo, se pudo afirmar por lo que mencionan en las entrevistas los especialistas y la fundamentación teórica, que los adolescentes sí comprenden qué es el cáncer y lo caracterizan según la etapa que estén viviendo, como una enfermedad que genera cambios en su vida y qué como lo asumen también tiene que ver con su historia de vida.

Subvariable: Consecuencias físicas y emocionales

A raíz del diagnóstico de cáncer, el paciente se verá, en el mejor de los casos, pronto a iniciar su tratamiento. Estos tratamientos oncológicos van a tener efectos adversos, lo que se conoce como secundarios. El INC (2022), explica que “los efectos secundarios son problemas que ocurren cuando el tratamiento afecta tejidos u órganos sanos” (párr. 1).

Los especialistas por su parte comentan que los efectos no son sólo físicos sino también emocionales. Por un lado, E1 refiere “esta situación a nivel física (caída de cabello) que lo hace sentir diferente del resto, que más bien a esa edad lo que quieren es poder tener por identificación esa posibilidad de ser parte de un grupo, va a ser que sea distinto, va a ser que se pueda sentir incómodo”, a lo que E2 comentó “yo creo que las físicas evidentemente es la caída del pelo”. Las especialistas refirieron entonces, que el principal efecto físico que se evidencia en el adolescente en tratamiento

oncológico es la caída del cabello, que afecta a su imagen, tanto a mujeres como a hombres.

Ante lo mencionado, E2 refirió sobre la consecuencia física en los hombres cuando acotó que “no sé por qué la gente piensa que a los hombres no les afecta, pero en los hombres también se evidencia bastante.”, en muchas ocasiones las personas piensan que a los hombres no les afecta como se ven físicamente frente a los efectos del tratamiento oncológico, sin embargo, ella en su experiencia laboral lo ha podido evidenciar.

En cuanto a los efectos emocionales, E3 refiere “el impacto emocional es grande en ellos, puede haber mucha tristeza y con bastante frecuencia enfado porque a veces los cuidados por la familia son invasivos”, mientras que E2 comenta que, “prima más la ansiedad como síntomas o estados depresivos que cualquier otra cosa”.

El Hospital Nemours (NH), explica que, para los adolescentes es normal sentir muchas emociones a la vez una vez que se entere de que padece cáncer e inicie su tratamiento por lo que el enfado, el miedo, la tristeza y la ansiedad son reacciones frecuentes puesto que es una enfermedad grave, de modo que todo en ellos se altere, también sus cogniciones (NH, 2022, párr. 3).

Lo mencionado, demostró que, en efecto, el tratamiento oncológico sí genera efectos secundarios tanto físico como emocionales. Analizando las respuestas de las entrevistas y la fundamentación teórica, se corroboró que el efecto físico más frecuente es la caída del cabello. También, las consecuencias emocionales incluyeron sentimientos de enfado, tristeza, aislamiento y el miedo. Además, se constató que dichas consecuencias por el tratamiento oncológico afectan tanto a hombres como mujeres.

Subvariable: Comorbilidad con otros trastornos

Sin embargo, es primordial recalcar que, aunque se presenten manifestaciones emocionales importantes que logren alterar las cogniciones, se pueden desarrollar trastornos psicológicos como no. El E2 y E3 argumentan que los adolescentes en tratamiento oncológico sí son propensos a desarrollar trastornos psicológicos. Parte de la respuesta de E2 y E3 guardan similitud, puesto que E2 refirió “los trastornos de adaptación, es uno que se utiliza mucho, un diagnóstico que se utiliza mucho en la

parte de psicología y psiquiatría, porque el trastorno de adaptación abarca criterios diagnósticos de ansiedad, depresión”. Al igual que E3 que indicó que “uno de los diagnósticos que más se ubican es este del trastorno de adaptación”.

Ambos especialistas explican que los trastornos de adaptación son los que más se presentan ya que las situaciones se dan de manera inesperada. El trastorno de adaptación es una “reacción emocional o de comportamiento ante un evento o un cambio estresante identificable en la vida de una persona que se considera inadaptada o de alguna manera no es una respuesta sana esperada al evento o el cambio” (SCH, 2022, párr. 33).

Cristina Mae Wood, doctora en Psicología, explica que este trastorno “generalmente provoca malestar significativo y prolongado, pérdida de interés, tristeza, sensación de indefensión y ansiedad en el paciente. Sus consecuencias son extremadamente importantes dado que en algunas ocasiones puede provocar pensamientos e incluso acciones suicidas” (Wood, 2022, p. 14).

Frente a lo referido, E2 mencionó que, “por eso, obviamente la atención psicológica es super importante para evitar que un paciente pueda generarse este tipo de ya diagnósticos como estados depresivos, pacientes que muestran ya de verdad una depresión o una ansiedad”. Sin embargo, E3 discrepa con lo que mencionó el E2, él refiere “De ahí, lo de la depresión, sí es algo que habría que revisarlo un poco más y porque en mi experiencia no lo he visto como tal, puede ser que cumpla con un par de síntomas atribuibles a un episodio depresivo, pero no diría que es un trastorno depresivo como tal no”. Así mismo, E1 comenta que “habrá que valorar qué recursos emocionales tiene ese adolescente para poder no sólo entender lo que está afrontando sino los cambios que a nivel físico, emocional, social, educativo y familiar se van a dar y poder emitir un diagnóstico”.

Es decir, los especialistas entrevistados evidenciaron respecto a los trastornos que se pueden desarrollar en los adolescentes que están en tratamiento oncológico, que estos pacientes son propensos a desarrollar un trastorno más grave si no hay atención psicológica. Además, concluyeron que el más frecuente es el trastorno de adaptación que la fundamentación teórica logró describir como un trastorno importante pues podría incluso incluir ideas suicidas.

La importancia de que haya sido demostrado que el tratamiento oncológico genera consecuencias físicas y emocionales que no distingue entre hombres y mujeres y que se intensifica por el propio desarrollo adolescente, es de suma relevancia para la investigación ya que intervino también en la interpretación y análisis de la siguiente variable.

Variable: Formación de distorsiones cognitivas sobre la feminidad y masculinidad

Subvariable: Formación de las distorsiones cognitivas

Ahora bien, se demostró que los pacientes en tratamiento oncológico se encuentran en una etapa de transición por su mismo desarrollo adolescente, pero que ante la vulnerabilidad emocional y física que les genera enfrentar un tratamiento de vida o muerte a tan corta edad, se encuentran propensos a manifestar alteraciones de todo tipo, entre ellas las cognitivas.

“El cáncer afecta las diferentes esferas de la vida de una persona, no sólo en el momento del diagnóstico, sino durante todo el proceso de tratamiento e incluso después de haber concluido éste, generando repercusiones tanto físicas como emocionales” (Mur De Vui, 2012, p.5). Ante lo referido, E1 indica que el tratamiento de cáncer puede causar distorsiones cognitivas, y “tendría mucho que ver con el tipo de diagnóstico que pudieran tener el adolescente”. Pues, si es un cáncer mortal se interpretará por el adolescente de una manera distinta que un cáncer que tenga más esperanzas de vida.

Por otra parte, los adolescentes al encontrarse en una etapa de transición están formando sus propias creencias, a esto, E3 indica que “desde los 12 años ya hay un mayor cuestionamiento de principios que se han ido inculcando en el proceso de crianza”; lo que le permitirá al paciente discriminar creencias que le han sido otorgadas en la infancia, para darle espacio a las que el crea a partir de lo que vive.

Las nuevas creencias pueden ser racionales como irracionales. Las personas desarrollan distorsiones cognitivas como una forma de afrontar los acontecimientos adversos de la vida. Cuanto más prolongados y graves sean esos eventos adversos, más probable es que se formen una o más distorsiones cognitivas. (NLM, 2017, p.44)

Por lo tanto, las nuevas creencias que están formando los adolescentes que se enfrentan a un tratamiento de cáncer, que justamente es este evento prolongado y adverso, se pueden llegar a distorsionar y así está formación de las mismas se refuerza.

Así mismo, al realizar el test de creencias irracionales a los pacientes, se pudo demostrar que los adolescentes en tratamiento oncológico sí presentan distorsiones cognitivas, razón por la que, es importante llevar atención psicológica una vez diagnosticado e incluso cuando el tratamiento haya culminado. De esta manera, se le brinda al paciente medidas de afrontamiento a situaciones catastróficas como lo es, pasar por un tratamiento de cáncer y el gestionar sus creencias de mejor manera para que no se formen distorsiones cognitivas.

Entonces, gracias a la información que brindaron los especialistas, se pudo evidenciar que, efectivamente el tratamiento oncológico puede llegar a causar distorsiones cognitivas, puesto que, al presentar esta enfermedad y recibir un tratamiento oncológico que, en ocasiones los enfrenta a la muerte, expone a los adolescentes a presentar alteraciones a nivel cognitivo. Como sus creencias ya de por sí estaban pasando por un periodo de transición debido a su desarrollo adolescente, estos pacientes están muy propensos a codificar nuevas creencias que, como lo señalan los especialistas y la fundamentación teórica, pueden devenir en distorsiones.

Subvariable: Ciclo funcional y disfuncional

Para ejemplificar la cita anterior respecto al ciclo funcional y disfuncional, el E2 indica que la creencia que los puede llevar a una distorsión cognitiva es la de “no soy suficientemente mujer porque no puedo utilizar la falda que utilizaba antes porque me amputaron”. A lo que, E1 refiere que, “en el caso de una adolescente, siendo aparentemente una chica que obviamente no ha pasado por tener hijos ni nada de eso, una afectación a nivel de su ovario o de su útero donde tiene que perderlo obviamente, ¿qué pasa en ella?, ahí hay algo que incluso los hace pensar con mucha antelación de que algo en mí cuando sea adulto no va a ser igual”. Estos ejemplos, fueron los que los profesionales entrevistados han podido evidenciar dentro de su experiencia profesional con estos pacientes.

Estos pensamientos son autocríticos y negativos hacia uno mismo y hacia el futuro por lo que, cuando aparecen estas creencias también aparecen las consecuencias emocionales antes mencionadas: ansiedad, miedo, tristeza, etc.

Los adolescentes en general presentan un sinnúmero de creencias que en ocasiones son erradas, sin embargo, estas, no se convierten en distorsiones. El adolescente al someterse a un tratamiento oncológico está propenso a enfrentar situaciones que lo llevan a formar creencias irracionales, que, a su vez, generan en él, sentimientos negativos. Según indica Salvia (2017) “la enfermedad y el tratamiento oncológico tiene un alto impacto en el proceso adolescente. La imagen del cuerpo, la autonomía, el aprendizaje entre pares y los proyectos son afectados por la enfermedad y el tratamiento” (p.112).

Según indica E1, “el paciente adolescente en tratamiento presenta esta creencia de no querer mostrarse ni sentirse vulnerable frente a los demás, creencia que lo lleva a autolesionarse al no sentirse en libertad de poder hablar con alguien sobre lo que piensa o siente”. Por otra parte, E2 indica que, "los adolescentes ponen en pausa las cosas que a ellos les gusta porque sienten que si no las hacen como las hacían antes, no se realizan...”, lo que crea en ellos aislamiento, ya sea de emociones o de las personas. Finalmente, E3 menciona que, el tratamiento y sus efectos, “hace que tengan la creencia, por ejemplo, de que no van a poder estar a la par de otros chicos de su edad”, creencia que tiene como resultado sentimientos de frustración y enfado.

Como se constató en la fundamentación teórica, el ciclo disfuncional empieza con un pensamiento (creencia) seguido por un sentimiento y conducta. De este modo, las creencias que los especialistas pudieron dar cuenta, efectivamente generaron una emoción negativa y autocrítica, como lo refirieron también. Esto, conlleva conductas de agresividad (como la autolesión) y aislamiento de emociones y físico (como el no mostrar sus sentimientos).

Por tanto, según indican los profesionales entrevistados, el adolescente en tratamiento oncológico, está propenso a formar una serie de creencias que generan pensamientos negativos en ellos. Esos pensamientos tienen como resultado sentimientos desfavorables como tristeza y frustración que los lleva a conductas de aislamiento o agresión. Por esta razón, es importante que el adolescente reciba a la par de su tratamiento médico, tratamiento psicológico que le permita modificar esos

pensamientos y pueda existir un equilibrio en el paciente incluso, cuando se encuentra en una situación complicada como lo es enfrentarse a un tratamiento oncológico.

Subvariable: Tipos de distorsiones cognitivas

En el ejemplo “si no realizan las cosas como las hacían antes, es mejor no hacerlas” dado por E2, se puede evidenciar la distorsión de perfeccionismo, puesto que Chemisquy (2017) evidenció que “el perfeccionismo puede ser entendido como la tendencia a establecer estándares de desempeño elevados y hasta irracionales, a realizar una autoevaluación estricta y rígida, y a medir el valor personal en relación con los logros y/o fracasos” (p.1).

Por otra parte, E3 indica que, “el adolescente al encontrarse en tratamiento oncológico no puede asistir a clases por lo que en varias ocasiones he tenido casos en los que el paciente se etiqueta como “burro” por lo que no logra rendir académicamente con sus demás compañeros”. Frente a dicha declaración, se evidenció la distorsión de etiquetar y la de descontar lo positivo, porque el adolescente a pesar de estar atravesando un momento crítico en su vida, está haciendo el esfuerzo de asistir a clases, sin embargo, solo está visualizando la parte negativa de la situación que es su bajo rendimiento hasta que logre acoplarse a su nueva realidad.

Por otra parte, habiendo tomado en cuenta los resultados del Test de creencias irracionales de Ellis, las distorsiones cognitivas que se encontraron con más frecuencia en los pacientes, son la preocupación y ansiedad. Así como lo mencionó anteriormente el E2, pues indicó que, en su experiencia laboral “lo que más se evidencia en los pacientes es la ansiedad como síntoma. Dicha ansiedad se genera a raíz del tratamiento oncológico del adolescente puesto que implica un cambio en muchos ámbitos de su vida, ya sea personal, escolar, social, etc.” Este conglomerado de distorsiones acerca de la preocupación y ansiedad incluye distorsiones cognitivas como catastrofismo o sobre generalización.

En cuanto a las distorsiones sobre la feminidad y masculinidad de los pacientes, E2 indicó que las distorsiones presentes también son de generalización pues, refirió “estas distorsiones cognitivas son muy generales, de hecho, yo creo que lo que más hay es la generalización, es lo que más se presenta en los adolescentes”, Caro (2009) indica que la generalización “se refiere al patrón de extraer una regla general o

conclusión sobre la base de uno o más incidentes aislados” (p.149). Ya que, siguiendo el discurso del E2, ella menciona “los pacientes no te están detallando “es que por mi pelo me veo fea”, te dicen “me veo mal, no me veo femenina”. Es decir, no es una distorsión respecto a la autoimagen referente al cabello sino, que ya toda su feminidad se ve distorsionada.

También respecto a la feminidad y masculinidad de los pacientes, el E2 refirió “ya no se ven bien, no se ve como una mujer o que no se ve como un hombre”. Así mismo, E3 indicó “definitivamente distorsiones en torno a su imagen porque ya no es la misma”. Acerca de esto, E1 añadió que “en el caso de la feminidad, creería yo que, lo más común es que una chica se sienta fea... Si esa, generalmente, una edad en la que uno no siempre se ve bonita, si a eso le sumamos los cambios que pueden dar un tratamiento oncológico, ¿Cómo se siente ella?, obviamente, se va a sentir siempre en una situación de que no vale la pena, para que entonces vivo, de qué sirve todo, si al final yo no decido, no tengo elección, no tengo deseo, da igual si me arreglo o no, igual mañana me toca la próxima quimio”

En estos ejemplos, se evidenciaron lo relacionado que están los cambios de la autoimagen con su sentimiento de valía y, como se fundamentó teóricamente, en la adolescencia hay mucha fijación por cómo se luce pues, el cuerpo tiene un papel protagónico para interactuar con sus pares y ser parte de un grupo. Estos adolescentes atribuyen a su feminidad o masculinidad un carácter de identificación con el cual pueden desarrollar lazos sociales y afectivos.

E1 refirió también respecto a la feminidad de un paciente que piensa ya en establecer una relación sentimental que “hay un diagnóstico que es el que me va a decir si puedo o no mañana tener un enamorado porque a lo mejor ni con la peluca me siento segura, a lo mejor quién me va a querer por estar enferma y si mañana me muero, para qué, es el para qué. De qué sirve todo eso si al final, mañana me voy a morir.” Por otra parte, E3 mencionó que “ellos creen a veces que las cosas son peor de lo que son en realidad, muchos creen que “ya nunca más podré jugar con mis amigos” “mis amigos se olvidarán de mí”. En ambas se evidenció distorsiones cognitivas de catastrofismo, también evidenciada en el Test de Creencias Irracionales de Ellis realizado por los pacientes.

Al hablar de la masculinidad, el E1 refirió que “lo mismo en el caso del chico, obviamente si es algo que tiene una influencia a nivel de sus hormonas o algún cambio a nivel de su órgano sexual, es algo que a él le va a generar la idea de que no va a poder ser un hombre y en esa edad, y a cualquier edad, en el caso de los hombres, sobre todo, la virilidad tiene mucha relación con eso, con la parte en relación a su miembro y en la parte como él se siente, respecto a su salud y respecto a su físico frente a las chicas en este caso”

Por otra parte, el test también evidenció distorsiones como la culpabilización. Frente a esta distorsión, E1 refirió que “dependiendo de la dinámica familiar, genera alguna modificación en su relación con sus padres, con sus hermanos... económicamente hay más gastos a raíz de esta enfermedad”. Esto quiere decir que, debido a la situación que presenta el paciente, toda la atención, principalmente de los padres, se da para el hijo que está en tratamiento. Eso, genera en él, un sentimiento de culpabilidad puesto que, a raíz del diagnóstico y tratamiento oncológico, se ha visto modificada la dinámica familiar y a su vez, los egresos económicos de la familia.

Como se expresó anteriormente, el adolescente se encuentra en una etapa de revisión de sus propias creencias que pueden devenir en distorsiones cognitivas, sin embargo, es de suma importancia recalcar que las distorsiones cognitivas son errores en el pensamiento y de ningún modo, tienen que ver con alguna identificación o no identificación con su género.

Por eso, se realizó la escala de Hoffman sobre la confianza que tienen estos pacientes adolescentes sobre su propia identidad de género pues, decir que un adolescente presenta una distorsión porque siente que es hombre, aunque tenga el sexo biológico de mujer, sería erróneo. Las distorsiones son un sesgo del pensamiento donde cognitivamente la información se codifica de manera errónea, provocando sentimientos negativos y autocríticos de modo que los pacientes actúen de una manera determinada. Más aun, la adolescencia se podrían evidenciar estos procesos de identificaciones y creencias por lo que es importante para dicho análisis realizar la presente aclaración.

Por lo tanto, la media de la escala arrojó un valor mayor a 3 sobre 6 en todos los pacientes, lo cual indicó que todos los pacientes participantes, se sentían en confianza con su género y sus criterios propios de feminidad y masculinidad, de modo

que el test de creencias irracionales de Ellis pueda arrojar distorsiones cognitivas adecuadas y proporcionadas teniendo en cuenta que estos pacientes han logrado, al momento, establecer una identificación respecto a su género y las distorsiones presentes no giran en torno a eso sino al tratamiento oncológico, como lo evidencian los especialistas también.

CONCLUSIONES

A modo de cierre, a partir de lo investigado por medio de distintas técnicas de recolección de datos se evidencia que existe una relación del tratamiento oncológico en el adolescente con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad. Puesto que, el adolescente se encuentra en una etapa de muchos cambios y formación de sus propias creencias, y si a esto se le suma un diagnóstico y tratamiento oncológico, dichas creencias se verán modificadas y comenzarán a distorsionarse en distintas áreas. Una de ellas es el área cognitiva por lo que, principalmente, la presente investigación evidencia distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad.

Por otra parte, mediante la revisión de distintas fuentes bibliográficas la investigación presente caracteriza el tratamiento oncológico. La fundamentación teórica explica que existen distintas maneras de tratar la enfermedad, por ejemplo, los tratamientos médicos como: la quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia, entre otros. Y, a raíz del tratamiento médico oncológico, se genera en el paciente efectos físicos ya sean inmediatos, precoces, retardados o tardíos como el vómito, caída del pelo, fiebre, vómitos y demás efectos. Ante esos efectos, también aparecen efectos emocionales, que por lo general se presentan a manera de trastornos psicológicos, cambios cognitivos y conductuales y alteraciones del estado de ánimo.

Por esta razón, el tratamiento psicológico es de suma importancia puesto que le permitirá al paciente crear maneras de afrontamiento de la enfermedad puesto que un diagnóstico de cáncer y así mismo, el tratamiento de la enfermedad es difícil de sobrellevar ya que este implica un cambio radical en la vida del paciente ya sea en el ámbito personal, familiar, escolar o social.

Siguiendo la caracterización del tratamiento oncológico, se comprende qué es el cáncer y sus tipos ya que los tratamientos se dan en dependencia de la gravedad y estadio de la enfermedad. Así mismo, el tratamiento oncológico puede llegar a mostrar comorbilidades con otros trastornos psicológicos ya que como se caracteriza anteriormente, el tratamiento conlleva consecuencias emocionales que, en ocasiones, se prologan e intensifican.

Además, la investigación logra distinguir la formación de las distorsiones cognitivas. La formación de las mismas es el resultado de un error del procesamiento de información, que genera en el paciente esquemas negativos y, el conjunto del error de procesamiento y esquemas negativos tendrán como consecuencia malestar emocional. Por lo general, la distorsión cognitiva se da cuando el adolescente está atravesando situaciones insoportables para él, como lo es el tratamiento de cáncer. Entonces, a partir del tratamiento oncológico, se generan sesgos que interfieren en la manera de pensar del individuo.

Para ejemplificar, cuando el adolescente a lo largo de su desarrollo ha formado creencias, ya sea heredadas de sus padres o influenciadas por el ambiente, en la adolescencia estas creencias entran a revisión; no todas siguen siendo funcionales para las problemáticas actuales. Si un adolescente creía que era hermoso porque estaba hecho a la imagen y semejanza de Dios, ahora en la adolescencia esa explicación ya no es suficiente para seguirse a gusto por cómo se ve. Este sistema de creencias se enfrenta a un diagnóstico de cáncer que implica recibir tratamiento oncológico por lo que este adolescente se enflaquece y pierde sus cejas y cabello.

Esto genera que no solo las creencias antiguas ya no sean funcionales, sino que la nueva imagen se procese como un pensamiento distorsionado, concluyendo así en una distorsión cognitiva como la de “soy horrible, soy un monstruo ya no sirvo para absolutamente nada”. Esto demuestra que se ha formado una distorsión cognitiva y este pensamiento corresponde a un ciclo disfuncional ya que le genera un malestar: sentimientos autocríticos y negativos. Estos sentimientos generan una conducta que sería des adaptativa, por ejemplo, la agresividad a todo quien desea visitar al adolescente.

Finalmente, a partir del test de creencias irracionales de Ellis se evidencia que los pacientes adolescentes de 12-18 años en SOLCA presentan distorsiones cognitivas. Añadiendo las entrevistas a los especialistas, los cuales atienden a estos pacientes, corroboran para la presente investigación que estas distorsiones se dan como efecto del tratamiento de cáncer especialmente sobre su feminidad y masculinidad, es decir, existe una relación entre el tratamiento oncológico y la formación de las distorsiones cognitivas presentes en diversas áreas sobre todo en su feminidad y masculinidad.

Además, los especialistas, en su mayoría, refieren que los hechos, como lo es un tratamiento de cáncer, crean en el adolescente, pensamientos, sentimientos y conductas negativas, desadaptativas y en ocasiones trastornadas. El adolescente al encontrarse en un momento de transición está propenso a formar estas creencias que no siempre van a tener como resultado una distorsión cognitiva, sin embargo, al someterse a un tratamiento oncológico, son más propensos a formar creencias irracionales a raíz de lo que vive.

Por eso, para poder evidenciar la información recolectada que demuestra la relación del tratamiento oncológico adolescente con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad, la escala de género de Hoffman aplicada a estos pacientes, verifican que estos adolescentes se encuentran definidos en su género por lo que no sería una variable que afecta la relación evidenciada en esta tesis. Esto es importante recalcar ya que el adolescente atraviesa distintas transiciones y una de ellas es buscar nuevas identificaciones. Decir que una persona muestra una distorsión cognitiva acerca de su feminidad o masculinidad porque no se percibe a sí mismo acorde a su sexo biológico, sería erróneo. Pues, como se constata en la investigación, las distorsiones son un sesgo del procesamiento del pensamiento y la identificación de género sería otra variable.

En conclusión, los pacientes adolescentes evidencian distorsiones cognitivas, así como lo demuestran los métodos recolección de información. Además, los especialistas y la fundamentación teórica demuestran que dichos adolescentes, relacionan la masculinidad y feminidad principalmente con cómo se ven físicamente ya sea por su cabello, musculatura, amputaciones o, por consecuencias sociales como el aislamiento, debilidad de habilidades sociales, impedimento para asistir al colegio y actividades deportivas, entre otras, por lo que una vez más, se explica y describe la relación del tratamiento oncológico en el adolescente con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad.

REFERENCIAS

- American Cancer Society. (2022). *Estadificación del Cáncer*. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.
- Arbizu, J. (2000). *Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento*. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848#:~:text=Diversas%20investigaciones%20concluyen%20que%20el,psicol%C3%B3gicas%20y%20una%20mayor%20supervivencia>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en pacientes con cáncer*.
- Asociación Chilena de Psicooncología (2018). *¿Qué es la Psicooncología?* www.psicooncología.cl/disciplina.htm
- Barr, R. (2022). *¿Por qué los cánceres a estas edades son un gran reto?* <https://www.bbc.com/mundo/noticias-62439299>
- BBC. (2022). *"Los jóvenes no es que no quieran ser felices, es que no quieren ser felices todo el rato"*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-63479665>
- Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gredisa
- Blasco, S. (2020). *Efectos secundarios de la quimioterapia y la terapia biológica*. <https://2evs.co/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia/#:~:text=De%20ah%C3%AD%20que%20los%20tratamientos,especialmente%20la%20velocidad%20de%20replicaci%C3%B3n>.
- Blos, J. (2017). *Dimensión psicosocial del desarrollo adolescente*. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/#:~:text=En%20la%20adolescencia%20los%20hitos,la%20propia%20identidad%20como%20individuo>.
- Bueno, M. (2017). *Meditación y Salud*. <https://www.imbanaco.com/noticia/meditacion-salud-prevenir-enfermedades-empezar-ano-saludable/>
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"* (1.a ed.). Paidós. <https://reddesalud.org/apc-aa-files/1342d291dfef7a4d531a2a778bc9da8e/butler-judith-cuerpos-que-importan.pdf>
- Beauvoir, S. (2021). *Simone de Beauvoir, la filosofía que inspiró la lucha feminista*. <https://www.telesurtv.net/news/Simone-de-Beauvoir-la-filosofa-que-inspira-la-lucha-feminista-20180109-0031.html>

- Cabezas, H. (2006). *Relación empírica entre la terapia racional emotivo-conductual (TREC) de Ellis y la terapia cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense*. Educación.
- Camacho, S. (2005). *Masculinidad, ¿el nuevo concepto?* Enkidu.
- Cano, A. (2007). *Cognición en adolescentes según Piaget y Vygotski. ¿Dos caras de la misma moneda?* Academia Paulista de Psicología.
- Caro, I. (2009). *Manual Teórico-Práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Centro Médico Imbanaco. (2017). *Detrás de cada enfermedad, hay emociones ocultas*. <https://www.imbanaco.com/noticia/detras-enfermedad-emociones-ocultas/>
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022). *¿Cómo se trata el cáncer de próstata?* https://www.cdc.gov/spanish/cancer/prostate/basic_info/treatment.htm
- Chaves, L., & Quinceno, N. (2010). *Validación de Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana*. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100004
- Chemisquy, S. (2017). *Revisión teórica sobre el perfil cognitivo del perfeccionismo desadaptativo*. Revista de Investigación Apuntes Universitarios.
- Clínica Mayo. (2021). *Terapia cognitivo conductual*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610>
- Clínica Universidad de Navarra. (2022). *Caracteres sexuales*. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/caracteres-sexuales#:~:text=Rasgos%20que%20distinguen%20fenot%C3%ADpicamente%20al,genital%20femenino%20en%20la%20mujer.>
- Cook, F. (2015). *La asociación de creencias metacognitivas con angustia emocional después del diagnóstico de cáncer*.
- Cáceres, M., Ruis, F., Germà., & Carlota, C. (2007). *Manual para el paciente oncológico y su familia*. https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual_pacientes.pdf
- Campoverde, F., & Campoverde, N. (2020). *El Cáncer: La tasa de Mortalidad General del Ecuador del INEC subestima erróneamente al Cáncer*. Rev. Oncol. Ecu.
- Derogatis, G., Morrow, J., Fetting, D., Penman, S., Piasetsky, A., Schmale, C., & Carnicke, J. (1983). *La prevalencia de los trastornos psiquiátricos entre los pacientes con cáncer*. The Journal of the American Medical Association-JAMA.
- Dryden, W., & Ellis, A. (2001). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Editorial Desclée de Brouwer.

- Día Mundial Contra el Cáncer. (2022). *¿Qué es el cáncer?*. <https://www.worldcancerday.org/es/que-es-el-cancer>
- Díaz, M. (2020). *Programa de Atención Integral a la Adolescencia*. PAIA.
- Enríquez, M. (2010). *Estrategia de afrontamiento psicológico en cáncer de seno*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072010000100002
- Fariña, N. (2018). *El desarrollo psicosexual del adolescente*. OPS.
- Fernandez, M., Regueira, S., & Torres, M. (2016). *Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer*. https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/940/pdf_349
- Fernández, A. (2004). *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos*. *Psicooncología* Vol. 1.
- Gabilondo, J., Alonso, A., Pinto, G., Vilaguta, A., Fernández, A., Serrano, J. (2007). *Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española*. *Medicina Clínica*.
- Gaete, V. (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010
- García, J. (2020). *La Terapia Cognitiva de Aaron Beck*.
- Hernandez, M., & Cruzado, J. (2013). *La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000100001
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Education.
- Hospital Nemourus. (2022). *Afrontar el cáncer*. Nemourus Teens Health. <https://kidshealth.org/es/teens/deal-with-cancer.html>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2015). *Factores de riesgo de Cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2018). *Síntomas emocionales del Cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2019). *Síntomas del Cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/sintomas>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2021). *¿Qué es el cáncer?*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20una%20enfermedad,formado%20por%20billones%20de%20c%C3%A9lulas>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2022). *Efectos secundarios del tratamiento del cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios>

- Isabel, M. (2012). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Ives, E. (2014). *La identidad del Adolescente. Cómo se construye*. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2020). *Estadísticas del Cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- Levin, T., & Alicia, T. (2010). *Desórdenes de ansiedad*. Psycho-Oncology.
- Martínez, M. (2021). *Diferencias emocionales entre hombres y mujeres*.
- Martínez, M., Dolz, J., Alonso, I., Luque, C., Palacín, M., & Bernal, J. (2006). *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMed-España*. Medicina Clínica.
- Massie, M., Lloyd, W., Irving, G., & Miller, K. (2010). *La prevalencia de la depresión en personas con cáncer*.
- Matas, M. (2018). *Dimensiones de la afectación de la imagen corporal tras el tratamiento oncológico*. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147878/Matas_Carbonell_Margarita.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mayorga, T. (2014). *Aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para el fortalecimiento de la autoestima en pacientes adultos con insuficiencia renal, atendidos en la clínica de los riñones Menydia de la ciudad de Ambato*. [Trabajo de Titulación].
- Meza, J., Montaña, A., & Aguayo, A. (2006). *Bases Moleculares del Cáncer*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000100008
- Miranda, D. (1991). *La Sexualidad Adolescente: desarrollo psicosexual y aspectos éticos*. Caja Costarricense de Seguro Social.
- Mora, L., Muñoz, G., & Villareal, C. (2001). *Percepciones sobre la femineidad y sus implicaciones vocacionales en mujeres adolescentes*. <https://www.thefreelibrary.com/Percepciones+sobre+la+femineidad+y+sus+implicaciones+vocacionales+en...-a0110115797>
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Ministerio de Salud garantiza acceso a la salud de pacientes con cáncer*. <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-garantiza-acceso-a-la-salud-de-pacientes-con-cancer-2/#:~:text=En%20el%20Ecuador%2C%20el%20c%C3%A1ncer,por%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20no%20transmisibles>
- Mur de Vu, C. (2012). *La Resiliencia, una medicina contra el cáncer de mama. El Cáncer y la mente*. <https://annafores.files.wordpress.com/2012/10/cuadernos-de-la-mujer-mww-nc2ba-41-carlos-mur.pdf>
- National Library of Medicine. (2017). *Cognitive Distorsions*. https://www.nlm.nih.gov/c_distorsions

- Newman, V. (2002). La investigación mixta: estrategia andragógica fundamental para fortalecer las capacidades intelectuales superiores. <https://biblio.ecotec.edu.ec/revista/edicion2/LA%20INVESTIGACIÓN%20MIXTA%20ESTRATEGIA%20ANDRAGÓGICA%20FUNDAMENTAL.pdf>
- Noshpitz, J. (2010). *Manual de Consejería de Salud Sexual para los y las adolescentes*.
- OMS. (2022). *Glosario de conceptos*. <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484&op=30081&p=1&n=20#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20el%20%22sexo,apropiados%20para%20hombres%20y%20mujeres.>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cáncer*. https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Salud del Adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T. (2010). *Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer*. Revista de Psicología GEPU.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Cáncer*. <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Páez, D., & Fernández, I. (2004). *Masculinidad-Feminidad como dimensión cultural y del autoconcepto*. Pearson Educación.
- Piaget, J. (1968). *Seis estudios de Psicología*. Seix-Barral, 2º edición.
- Pineda, S. (1999). *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia*.
- Ramos, C. (2015). *Los paradigmas de la investigación científica*. https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf
- Rivera, O., Rosario, F., Benites, S., & Pérez, E. (2019). *Conductas antisociales y pensamientos automáticos en escolares del Perú*. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2019000200007#:~:text=Habr%C3%ADa%20que%20decir%20tambi%C3%A9n%20que,situaci%C3%B3n%20o%20del%20comportamiento%20de
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). *Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864013702074?token=D43B8B0E D6AC46B7CB73EFA897D31484EB49B819F61A783F17EDC8B92480E1F3F3>

[D903F368535349C3A2CB3661AC99B9&originRegion=us-east-1&originCreation=20230116201235](https://doi.org/10.1016/j.ijpsy.2017.03.001)

- Rodríguez, J. (2015). *Evaluación de Creencias y Actitudes Disfuncionales en los Modelos de Ellis y Beck: Similitudes y Diferencias*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación.
- Rodríguez, C., Román, M., Aguilar, L., & Gallegos, A. (2017). *Necesidades emocionales en el paciente oncológico en etapa terminal*. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11045.pdf>
- Ruíz, M. (2012). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Ruíz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2019). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Salvador, M. (2017). *¿Se nace femenino o masculino?*
- Salvia, J. (2017). *Adolescencia y Cáncer*. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiKsbnHx978A>
- Santos, A. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Revista internacional de psicoanálisis.
- SCH. (2022). *Trastornos de adaptación*. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=adjustmentdisorders-90-P04673#:~:text=Un%20trastorno%20de%20adaptaci%C3%B3n%20se,al%20evento%20o%20el%20cambio.>
- Seidler, V. (2002). *Transformando masculinidades: El trabajo, la familia, y la cultura*. EMAKUNDE.
- Sequeira, M. (2018). *Manual de Consejería de Salud Sexual para los y las adolescentes*.
- Synder, M. (2015). *El proceso terapéutico en la terapia centrada en esquemas*. En I. Caro (ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Paidós.
- SOAC. (2021). *¿Qué es la cirugía oncológica?* Recuperado de: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/cirug%C3%ADa/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-cirug%C3%ADa-oncol%C3%B3gica#:~:text=La%20cirug%C3%ADa%20oncol%C3%B3gica%20es%20una,de%20c%C3%A1ncer%20en%20la%20actualidad.>
- Sociedad de Cáncer Americana. (2019). *Efectos secundarios de la quimioterapia*. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/quimioterapia/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia.html>
- Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. (2018). *¿Qué es la quimioterapia?*. <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atencion-del-cancer/como-se-trata-el-cancer/quimioterapia/qu%C3%A9-es-la->

[quimioterapia#:~:text=La%20quimioterapia%20es%20el%20uso,efecto%20en%20las%20c%C3%A9lulas%20cancerosas.](#)

Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. (2020). *¿Qué es la radioterapia?*. <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/radioterapia/qu%C3%A9-es-la-radioterapia#:~:text=Los%20radionc%C3%B3logos%20utilizan%20radioterapia%20para,primer%20tratamiento%20contra%20el%20c%C3%A1ncer.>

Sociedad Estadounidense del Cáncer. (2018). *Cómo entender las estadísticas usadas para orientar el pronóstico y evaluar el tratamiento*. <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/conceptos-b%C3%A1sicos-sobre-el-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-entender-las-estad%C3%ADsticas-usadas-para-orientar-el-pron%C3%B3stico-y-evaluar-el-tratamiento>

Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien*. Editorial Desclée de Brouwer.

Secretaría Nacional de Planificación. (2021). *Plan Nacional de Desarrollo 2021, 2025*. <http://www.eeq.com.ec:8080/documents/10180/36483282/PLAN+NACIONAL+DE+DESARROLLO+2021-2025/2c63ede8-4341-4d13-8497-6b7809561baf>

Torres, A. (2015). *Terapia Cognitivo Conductual: ¿qué es y en qué principios se basa?*.

Trama, A. (2022). *Cuáles son los cánceres más comunes en adolescentes y adultos jóvenes*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-62439299#:~:text=%22En%20los%20grupos%20de%20menor,tiroides%2C%20cuello%20uterino%20y%20ovarios.>

Troncoso, P. (2019). *Psicooncología en cáncer avanzado. Terapia CALM, una intervención canadiense*. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000300238

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. (2022). *Dominios Institucionales*. <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/dominios-institucionales/>

Villalobos, A. (1999). *Desarrollo psicosexual*. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011

Vivanco, K., Ibañez, J., & Montalvo, E. (2021). *Trastornos psiquiátricos posteriores al diagnóstico oncológico de primera vez*. [Trabajo de Titulación].

Vygotski, L. (1996). *Psicología del adolescente en Vygotski*. Aprendizaje.

Wood, C. M. (2022). *Trastorno Adaptativo: por qué ocurre, cómo identificarlo y la mejor manera de erradicarlo*. Área Humana: Investigación, Innovación y Experiencia En Psicología. <https://www.areahumana.es/trastorno-adaptativo/>

ANEXOS

Especialista #1: Psicóloga Clínica con especialización en Psicooncología en adolescentes y adultos

1. ¿Desde su experiencia profesional como podría caracterizar el cáncer en el adolescente?

Haber, creo que de ahí lo más importante es ubicarnos en la edad de esa persona, de ese adolescente pues, no es lo mismo que un adulto ni lo mismo niño. Es una etapa de transición, como las 3 sabemos en este caso, es una etapa de transición de dejar de ser niño y convertirse en adulto sintiéndose ni lo uno ni lo otro... ya de por sí es una edad muy compleja. Si en ese momento de su vida se presenta un diagnóstico oncológico pues obviamente se generará una crisis, que para cada uno será subjetiva obviamente, pero tendrá mucho que ver con cómo está la historia de él en ese momento, qué sucedía en la vida de ese chico cuando ya de por sí estaba sobrellevando una etapa que para él es también nueva, desconocida, que tal vez no estaba tan ubicado en su identidad, de lo que le gusta, en lo que piensa de sí mismo, en su relación con los otros, ¿no?

Se presenta esto que obviamente ya para una persona, un chico de esta edad siendo adolescente, el cáncer es una palabra que le va a resonar ya no como un niño que tú no necesitas darle el nombre y simplemente la piensas de manera general, entonces, partiría por ahí, ¿no?, que el hecho de que una enfermedad se de en esta edad con este término “cáncer” obviamente le va a asustar pues le va a ya a dar un sentido a lo que significa tener este diagnóstico.

2. ¿Qué efectos físicos y emocionales se evidencian en el adolescente que recibe tratamiento oncológico?

Sabemos de manera general el tratamiento oncológico, llámese quimio, radio, cirugía u otros adicionales que van a producir efectos casi que, en los días posteriores de haberlo recibido, si no es el mismo día... a nivel físico. En el caso de un adolescente, yo iría más del lado de lo que representa para él esa afectación no solo a nivel emocional sino en su imagen. Como lo hablamos hace un momento es una edad donde su imagen física, lo que se piensa de él, cómo él se percibe frente al espejo y qué sucede entonces si ese chico que digamos, ya a esa edad por fin elige qué tipo de corte de

cabello quiere tener, pero de repente por someterse a este tratamiento ve perder su pelo, o también una niña, ¿no?.

Entonces obviamente esta situación a nivel física que lo hace sentir diferente del resto que más bien a esa edad lo que quieren es poder tener por identificación esa esa posibilidad de ser parte de un grupo, va a ser que sea distinto, va a ser que se pueda sentir incómodo, tal vez sí pueda asistir a clases obviamente sobre la mirada en lo que los demás puedan pensar o el comentario de que si está enfermo, o pero por qué usas esa gorra; en el caso de una niña lo mismo, si necesito utilizar una peluca, o sea es algo que para ellos evidenciará que están enfermos porque esa etapa de la vida es mucho más vulnerable la opinión que reciba de los demás respecto a su propia imagen entonces, cualquiera de estos tratamientos a los cuales estos adolescentes se ven sometidos definitivamente generará un cambio físico que tendrá que ver de qué manera lo puede sobrellevar a nivel emocional y que obviamente dependiendo de cada caso es que se le tendrá que dar espacio para trabajar sobre eso pero es importante y siempre va a ser significativo como se siente.

3. Desde su experiencia profesional, ¿el adolescente en tratamiento oncológico está propensos a desarrollar trastornos psicológicos? ¿Cómo?

Sí yo creo que de manera general siempre esto algo va a producir ahora, si lo vemos como un trastorno obviamente por eso la importancia de la atención psicológica en el caso de este tipo de pacientes para poder, por ende, habrá que valorar qué recursos emocionales tiene ese adolescente para poder no sólo entender lo que está afrontando sino los cambios que a nivel físico, emocional, social, educativo y familiar se van a dar y emitir un diagnóstico. Obviamente sí porque, como hablamos, a lo mejor este chico debido a estos cambios en su cuerpo que son notorios a simple vista, genera una necesidad de aislamiento, de no querer ir a clases, de no querer tener contacto social con sus amigos incluso con los que se sienten confianza porque no sabe de qué manera va a ser juzgado o cuestionado este momento que está atravesando entonces creo que eso es lo más común, lo mismo dependiendo de la dinámica familiar que tenga ese adolescente también habrá que ver si eso también genera alguna modificación en su relación con sus padres, con sus hermanos entendiendo pues que obviamente en el caso de los padres, este es un hijo enfermo sobre el cuál más hay que tener atención entonces

preguntarse qué perciben los otros hermanos sobre este hijo que de alguna manera, por lo que está viviendo, está jalándose toda la atención de parte de sus padres.

También, económicamente hay más gastos a raíz de esta enfermedad entonces creería yo que sí es verdad que se pueden presentar estos trastornos pero que siempre se tiene que precisamente ir de la mano de una atención psicológica para evitar que en el caso de que alguna de estas factores o variables que variables que se dan en cada uno de ellos pudiera ser algo que se pueda manejar como producto de lo que está viviendo o que por ende independientemente de que incluso su situación médica mejore quede como como rezago justamente esta situación y tenga que seguir recibiendo atención posterior.

4. El adolescente se encuentra en una etapa de revisión de sus propias creencias. Desde su experiencia profesional ¿cómo el tratamiento oncológico puede llegar a causar distorsiones cognitivas?

Tendría mucho que ver con el qué tipo de diagnóstico que pudieran tener adolescente. En el caso del joven que tiene que recibir radioterapia por un problema de un tumor testicular por decir algo, por ende, obviamente, o en el caso de una adolescente que tiene siendo jovencita, siendo aparentemente una chica que obviamente no ha pasado por tener hijos ni nada de eso, una afectación a nivel de su de su ovario o de su útero donde tiene que perderlo obviamente, ¿qué pasa en ella? Ahí hay algo que incluso los hace pensar con mucha antelación de que algo en mí cuando sea adulto no va a ser igual, no? esta chica que ya desde ahora que no es un tema importante a lo mejor a los 13, 14 años el ser madre ya la hace pensar que cuando llegue ese momento en su vida va a ser distinta, va a estar en falta de algo que no decidió ella simplemente se presentó y ante la idea de que la salud es lo más importante uno no está pensando que va a pasar para allá cuando ella tenga una pareja o un novio, situaciones cuando las puedan ver como que es distinta porque esta situación se dio en un momento en que ella todavía no estaba lista ni para subir asumir este tipo de situaciones o roles.

Lo mismo en el caso del joven que va a sentir que es menos hombre que siente pues que no va a poder sentirse igual con una pareja o que a lo mejor no quieren ni mencionarlo o a lo mejor eso genera precisamente la idea de no querer relacionarse no tener un a tener una relación de pareja porque sería abrirse a comentar situaciones que

a lo mejor todavía no el mismo las ha podido asumir como tal. Es verdad esto tiene mucha significancia a veces la parte médica no le da la apertura a poder ir abordando desde que se da el diagnóstico sobre las cosas que en su momento a futuro, ese chico chica a tener que vivir y como sobrellevar esa situación por eso es importante que nuevamente indico la atención psicológica para abrirse espacio a todo este tipo de temas que la parte médica no la ve como prioridad pero que para este paciente a lo mejor sí en silencio o con algún amigo o amiga de confianza si lo puede manifestar y que hay que poderles darles un lugar porque es algo que no está oculto, es una realidad pues estas creencias se crean ellos.

5. Desde su experiencia profesional que tipo de creencias aparecen en el adolescente en tratamiento oncológico y que sentimientos generan?

El día de hoy justamente tuve un paciente nuevo, tiene 19 años y creo que me parece sumamente importante poderlo mencionar, porque en él se vuelve a despertar esta idea de sus pensamientos, de sus creencias, ahora en su propia historia como paciente oncológico porque a la edad de 11 perdió a su mamá, también de un problema de cáncer. Entonces él hablaba justamente de eso, a raíz de que él le toca perder a su mamá y quedar en manos de familiares de parte materna, él me dice “antes de eso yo era un niño travieso, inquieto”, “no estudiaba, no me esforzaba”, “a partir de ese momento, me tocó dejar de sentir” y lo mencionó nuevamente en su historia actual porque sentir es sentirse precisamente vulnerable, es abrirse a una realidad de la que él no quiere hacerse cargo porque sabe que fue difícil cuando tenía 11 y ahora se repite la historia siendo él el paciente.

Entonces precisamente hoy se habló de eso, que, por que es tan difícil para el sentir, por qué es tan difícil para él hablar de sus sentimientos, porque lo hace sentir que pierde en vez de ganar y es un trabajo que hay que irlo haciendo con él y con los demás adolescentes que en ese momento se sienten que de nada sirven esto. Él me decía, es que hubiera querido cualquier otro diagnóstico, cuando supe que ella era, algo relacionado al cáncer, yo dije “ya me fregué”, ¿por qué?, porque para él la única experiencia en relación a esta enfermedad, era la muerte porque le tocó pasarla con su propia mamá.

Entonces si pasa mucho que los chicos por la misma edad que tienen de adolescentes, no sobrellevan bien las cosas, empiezan lesionarse, hacerse daño con la

vida normal un adolescente, ahora si a eso le sumamos un diagnóstico oncológico y la propia historia de cada uno, por supuesto que va a ser muy difícil y que pueden terminar en situaciones que desencadene en una fuerte ansiedad, en una fuerte depresión, en el no sentirse en libertad de poder hablarlo con alguien, no porque no tengan con quien hacerlo sino porque demostrar lo que sienten, es precisamente mostrarse vulnerable y es una edad en la que ellos están tratando de demostrar que ya no son niños que ya pueden con las cosas de su vida, pero nunca es así de fácil y más cuando se esta situación.

6. Desde su experiencia profesional ¿qué tipo de distorsiones cognitivas están presentes en los adolescentes en tratamiento oncológico en relación a su masculinidad o su feminidad?

En el caso de la feminidad, creería yo que, lo más común es que una chica se sienta... Si esa, generalmente, una edad en la que uno no siempre se ve bonita, si a eso le sumamos los cambios que pueden dar un tratamiento oncológico, el que no tenga tal vez la energía para poder asistir a clases normalmente, que los padres la cuiden mucho a esa niña y no le permitan salir a tener, no sé, actividades sociales, fiestas, etc. por el cuidado que hay que tener. Cómo se siente ella, obviamente, se va a sentir siempre en una situación de que no vale la pena, para que entonces vivo, de qué sirve todo, si al final yo no decido, no tengo elección, no tengo deseo, da igual si me arreglo o no, igual mañana me toca la próxima quimio.

O sea, si de por si todavía en ese momento es una edad en la que no somos totalmente independientes o autónomos, pero no solamente es que nos limita ahora el hecho de que soy menor y que mi mamá y papá son los que toman esas decisiones al final en lo que yo quiera sino que también hay un diagnóstico que es el que me va a decir si puedo o no mañana tener un enamorado porque a lo mejor ni con la peluca me siento segura, a lo mejor quien me va a querer por estar enferma y si mañana me muero, que pues, para qué, es el para qué. De qué sirve todo eso si al final, mañana me voy a morir. Más cuando la situación se puede complicar cuando veamos recaídas en chicos de esa edad o tiempos muy prolongados de hospitalización, en donde ellos ya pierden realmente el día a día de la vida que tenían antes como adolescente y ya se empiezan a sentir extrañas como parte de su dinámica familiar entre los hermanos y ni se diga a nivel educativo o social.

Entonces en definitiva si existen muchas distorsiones que se dan producto de lo que fue su vida previa y lo que pasa con la enfermedad y lo que puede en el camino ir dándose que hace que ellos se sientan que de qué sirve todo esto si al final ya no voy a estar en algún momento. Entonces eso es algo bien delicado y que genera depresión, que genera que ellos se sientan afectados y que no siempre se sientan en libertad de poderlo decir a sus papás para no preocuparlos más porque ya sabemos que su padre también sufre ante lo que se es hijo adolescente o hija está viviendo. Y lo mismo en el caso del chico, obviamente si es algo que tiene una influencia a nivel de sus hormonas o algún cambio a nivel de su órgano sexual, es algo que a él le va a generar la idea de que no va a poder ser un hombre y en esa edad, y a cualquier edad, en el caso de los hombres, sobre todo, la virilidad tiene mucha relación con eso, con la parte en relación a su miembro y en la parte como él se siente, respecto a su salud y respecto a su perfecto su físico frente a las chicas en este caso.

Especialista #2: Psicóloga Clínica con especialización en Psicooncología en adolescentes y adultos

1. ¿Desde su experiencia profesional como podría caracterizar el cáncer en el adolescente?

Bueno, creo que lo primero que tienen que delimitar es el tema de las edades y etapas evolutivas de los tipos de adolescentes. Una cosa que siempre te enseñan en la maestría es que no vas a comparar un adolescente de 13 a 14 a uno que puede ser ya 16-17. El 13 a 14, para ellos la concepción del cáncer pues también es bastante similar a lo que podría ser a alguien de 16 17 años por supuesto, pero, con la diferencia lo que se va a perder en el tratamiento, es lo que varía de acuerdo a rangos de edades. Por ejemplo, a los de 13-12 años puede que lo que les moleste sea la imagen estética, “se me va a caer el pelo”, “yo quiero ir a clases”, “no voy a estar en mi cumpleaños”. Justo ahorita que, parte de sus prácticas fue esta etapa de las fiestas, eh “no voy a comer con mi familia”, “no me darán regalo”.

Entonces ese tipo de concepciones con respecto al cáncer, no se hacen tanto la pregunta si se van a morir o no, que es lo que he podido observar en los pacientes de pediatría, sino que asocian como a la queja de la enfermedad de “¿por qué me pasa esto a mí?”, “¿por qué no puedo ir al colegio?”, siempre con la condición de lo que el cáncer me quita al estar hospitalizado, mas no, ese insight o responsabilidad del de 16

17 años, que, si te hace las preguntas que podría hacerse un adulto, o sea “¿qué significa el cáncer?”, esa enfermedad, que pasa si el tratamiento no funciona, quiero que me digan absolutamente del tratamiento, el nivel de comprensión de ellos es como el de un adulto. Estar pensando “¿la quimio funciona?”, “¿cuántos días tengo que estar hospitalizado?”, “¿qué pasa si me voy a UCI?”, “yo he escuchado que mi tío, mi abuelo, el que está al frente ha fallecido en UCI”.

Entonces, si es importante que, en parte de su investigación o tesis como tal, puedan ver que sí, a diferencia de los pacientes pediátricos, hay mucho más deseo del saber, pero considero que hay una diferencia entre los últimos años de la adolescencia a los que recién están empezando, 12 o 13, que es más el cáncer “estoy enfermo”, “¿por qué me pasa esto a mí?” y la consecuencia que hay y las cosas que le puede dar el cáncer. Pero para uno ya más grande, ahí si empiezan las dudas con respecto a mi propia mortalidad, con respecto a “¿cómo voy a desenvolverme?”, “yo quiero estudiar”, “me voy a demorar más”, que va a significar esto en mi vida. Muchos de estos chicos tienen a veces novias/novios, hay unos que son hasta madres, que tenemos también casos acá. Entonces si es importante saber que va a variar, obviamente va a variar de caso a caso y la etapa evolutiva en que se encuentra así sea el rango de adolescentes.

2. ¿Qué efectos físicos y emocionales se evidencian en el adolescente que recibe tratamiento oncológico?

Yo creo que las físicas evidentemente es la caída del pelo, porque obviamente se trata un poco de la feminidad eso se ve también en las mujeres, de hecho, no sé por qué la gente piensa que a los hombres no, pero en los hombres también, se evidencia bastante. En las mujeres es esta parte. El tema de la fertilidad aquí en el Ecuador no es muy tocado como tal, estamos muy nuevos con ese tema. Por ejemplo, en la maestría nosotros tenemos un capítulo con respecto a consejos genéticos, consejos genéticos también involucraba la concientización de la posibilidad frente a una niña de 16, 15 años, que tenga algo en el ovario, en otros países si se hace algo para conservar la fertilidad. Aquí en un país, obviamente tercermundista, no solamente Ecuador como tal sino Sudamérica está muy nuevo en esto. Pero si son preguntas que se hacen, de hecho, tuve una paciente que, le quitaron los dos ovarios. O sea, de entrada, ella sabe que no podrá ser madre. Hay una diferencia entre quererlo y poderlo. Estamos en una

sociedad en que muchas mujeres no quieren ser madres y no quieren serlo, entonces eso también es importante. Eso es uno con respecto a las mujeres.

En los hombres, un poco también la parte social, es que no juegan mucho fútbol, el deporte. Entonces a ellos les afecta bastante el tema de la fuerza, la parte física orgánica como la fortaleza, o sea “ya no estoy así”, “ya no puedo cargar algo” “ya no puedo correr”, ya no puedo jugar pelota”, que es lo que suele decir. Entonces si también se ve el tema de la caída del pelo, pero se ve con más frecuencia, el aspecto físico de lo que tenemos, como un poco lo que significa ser hombre. Ser fuerte, jugar fútbol, y en la mujer se suele ver más que nada la parte de, del pelo. Creería yo que es lo que hemos podido ver por ahora.

En cuanto a las reacciones emocionales, hay uno que aquí, pues bueno, todavía no se la utiliza mucho, porque, por ejemplo, uno cuando ve una paciente muy lábil y está muy deprimida, está muy ansiosa, pero de hecho hay una parte del cie 10/cie 11 que se llama trastornos de adaptación. Se confunde mucho, porque alguien llora, se confunde más con el tema depresivo, pero realmente viene con un trasfondo de ansiedad, la ansiedad es al futuro, la depresión es al pasado. Entonces, creo que yo que prima más la ansiedad como síntomas o estados depresivos que cualquier otra cosa.

3. Desde su experiencia profesional, ¿el adolescente en tratamiento oncológico está propensos a desarrollar trastornos psicológicos? ¿Cómo?

Si se pueden desarrollar, obviamente, creo yo que, de forma posteriores, es muy común que el paciente cuando ya salga de la primera hospitalización más bien empiece a reaccionar y empezar a manifestar eso y algo no muy estudiado es, ¿qué hacemos con el paciente cuando ya entra en remisión?, es un tema que me parece super interesante porque bueno, el punto del tratamiento es que el paciente pueda entrar en remisión y pueda alcanzar la curación como tal y es en etapas posteriores cuando ya se va formando el tema de la estructura que va a presentar esta persona. Por eso, obviamente la atención psicológica es super importante para evitar que un paciente pueda generarse este tipo de ya diagnósticos como estados depresivos, como ya de verdad una depresión o una ansiedad o equis situación que pueda ocurrir porque aquí también tenemos tumores cerebrales entonces ahí entramos a otro tipo de situaciones o cosas que un paciente ya al venir, especialmente un adolescente que ya había tenido

ciertos rasgos y más bien esto hace que esa estructura que estaba, digamos, un poco latente se active y ciertos trastornos que ya venían de su historia familiar, despierten.

Los trastornos de adaptación, es uno que se utiliza mucho, un diagnóstico que se utiliza mucho en la parte de psicología y psiquiatría, porque el trastorno de adaptación abarca criterios diagnósticos de ansiedad, depresión, porque no podemos categorizar un paciente como deprimido cuando estas viviendo esto, o sea no entra esto de aquí, entonces, lo que más se puede ver, es un poco, trastornos de adaptación como tal o reacciones de adaptación porque a veces la palabra trastorno es encasillar mucho al sujeto, pero, dentro de esa reacción o trastorno de adaptación, suele verse mucho más, el tema ansioso.

Entonces, por supuesto, yo si considero que, pasar por un proceso oncológico, no solamente va a depender de la hospitalización, si funciona o no funciona, sino también si tienes atención psicológica, como está la familia, porque eso también va a hacer que, en etapas posteriores de lo evidente, o sea en el primer ingreso te tienes que salvar, o sea estas aquí para salvarte, lo demás si es verdad que queda en un segundo plano, pero si pueden presentarse o darse a luz cosas que ya iban a aparecer o que no iban a aparecer si no existiera esto momento traumático como lo es una enfermedad, especialmente esta.

4. El adolescente se encuentra en una etapa de revisión de sus propias creencias. Desde su experiencia profesional ¿cómo el tratamiento oncológico puede llegar a causar distorsiones cognitivas?

La creencia que los puede llevar a una distorsión cognitiva es que no son suficientemente mujer. Cuando una adolescente que pierde el pelo, ¿qué más femenino que el pelo?, entonces no ser suficientemente femenina y si considero que esto se trata mucho más del aspecto físico. “No soy suficientemente mujer porque no me veo igual que los otros”, “no soy suficientemente mujer porque no puedo utilizar la falda que utilizaba antes porque me amputaron”, porque tiene mucho que ver cómo me veo en la parte en la parte sintética. Por supuesto, no te ves igual entonces la distorsión va de acuerdo con que te afecta o que cambio hay en el cuerpo, en la imagen estética como tal. En cuanto al hombre con respecto a la masculinidad, es la fuerza, es la fortaleza. Aquí en Ecuador, de verdad, es muy raro las pacientes que siendo adolescentes se

ponen a pensar con respecto a su feminidad como la maternidad, es muy muy muy raro.

Hemos tenido muchas adolescentes y obviamente, lo que te dicen cuando tienen una quimio, es que puede haber repercusiones, pero es realmente muy raro, son ya mujeres que empiezan a hacerlo si quiera a los 20 y algo. Pero en esta población, que ustedes han tenido aquí en Solca y muchas partes del Ecuador, el tema de la feminidad con la maternidad no es algo que en estos momentos ellas la asocien, más bien es por como ellas se ven, “no me veo lo suficientemente mujer”, “no me veo atractiva para el otro”, las niñas que tienen novio, me va a dejar el novio porque ya no puedo estar con él, entonces, eso pasa con las adolescentes. Ya con las mujeres jóvenes, 18 19 años, viene el tema de la sexualidad. El hombre no tiene la misma potencialidad sexual cuando está en tratamiento, de hecho, hay tratamientos que hay momentos en que no puedes tener relaciones. Vimos una paciente, que es AC, ella es mama de dos gemelos, ella ya no tiene relaciones sexuales con su esposo, no tiene relaciones sexuales con él porque está muy delicada y cuando tuvo el tema de la desarticulación, ella como mujer quedo nula con respecto al tema de la sexualidad. Ella decía “no siento estoy cumpliendo con mi esposo y tengo miedo que me deje”.

5. Desde su experiencia profesional que tipo de creencias aparecen en el adolescente en tratamiento oncológico y que sentimientos generan?

Especialmente, el tema del colegio. No quieren ir al colegio, no quieren ver a los amigos, no quieren ver a los familiares. Definitivamente tiene que ser aislamiento, ya sea aislamiento de verdad, de sus emociones o aislamiento de las personas. La mirada de los demás no es la misma, desgano, actividades que ellos disfrutaban antes ya no las desean realizar. Aquí hay muchas niñas que son bailarinas y no pueden por supuesto y hay muchas niñas que tienen otro tipo de actividades. Muchos chicos, pues bueno, jugar futbol no pueden claramente, especialmente cuando tienen un tipo de tumor solito, entonces, tenemos muchos tipos de situaciones. El aislamiento, creo yo, que prima, el no querer enfrentarse con este cambio que hay con los demás o con la actividad que ellos están acostumbrados porque es así, por ejemplo, yo antes pintaba, pintaban las adolescentes, les encanta pintar, maquillarse. No es que no pueden pintar o no pueden maquillarse, pero no lo pueden hacer de la misma forma, entonces, los adolescentes ponen en pausa las cosas que a ellos les gusta porque sienten que si no

las hacen como las hacían antes, no se realizan. Y ahí está nuestro trabajo para explicarles a ellos, a ver, capaz no lo vas a hacer como antes, pero puedes hacerlo de otra forma.

Por ejemplo, las chicas, ya no pintas las dos horas seguidas y terminar tu cuadro, pero hacer algo. Te puedes maquillar, considero que el resultado, lo peor que puede pasar es ponerte más base. En los hombres, el tema del futbol es muy doloroso porque claramente no puedes jugar, pero puedes ir a ver un partido y ser director técnico, te pongo un ejemplo. Entonces, esas son las formas y creo yo que esas son las conductas que más les conmueve a ellos, no poder realizar las cosas que ellos hacían normalmente porque no es de la misma forma y no necesariamente es que no pueden, sino que no de la misma frecuencia o no de la misma forma.

6. Desde su experiencia profesional ¿qué tipo de distorsiones cognitivas están presentes en los adolescentes en tratamiento oncológico con relación a su masculinidad o su feminidad?

Específicamente el tema de la imagen corporal, que ya no se ven bien, no se ve como una mujer o que no se ve como un hombre. Entonces y a veces puede ser distorsiones cognitivas temporales y en otros momentos se pueden transformar en ideas fijas, que es el punto de lo que se tiene que abordar para que esto no se quede marcado. Y estas distorsiones cognitivas son muy generales, de hecho, yo creo que lo que más hay es la generalización, es lo que más se presenta en los adolescentes porque no te están detallando “es que por mi pelo me veo fea”, te dicen “me veo mal, no me veo femenina”, tú vas a ir profundizando y esa es la mejor estrategia para tratar una distorsión. Precisamente vas a hacerlo entender que no es general, sino que es en este aspecto y hacer que las otras cosas este paciente este mejor, pero considero que la distorsión cognitiva más importante es esa y la otra de “estoy enfermo y ya no va a ser igual”, o sea el tema de la enfermedad. La palabra enfermo, diría yo, que es una distorsión, la palabra cáncer también. Cáncer-muerte, enfermo- “nadie me va a tratar igual”, entonces son muy generalizadas, que creo yo que eso es lo que más se repite en cuanto a los nombres de las distorsiones y pues bueno, ahí el tema de las propuestas, ustedes pondrán el cómo manejar una distorsión cognitiva y evitar que se vuelva fija.

Especialista #3: Psicólogo Clínica con especialización en Psicooncología en adolescentes y adultos

1. ¿Desde su experiencia profesional como podría caracterizar el cáncer en el adolescente?

Yo creo que el cáncer en el adolescente no solo hay que verlo como el tema de la pérdida respecto de las cosas que estaban acostumbrados a hacer, estas limitaciones que ahora perciben, no solo reales sino cosas que no puedan hacer por la enfermedad sino a veces incluso por los cuidados de los padres. Sino que es también, algo que suele ocurrir en el adolescente, esto de, mucha mayor dificultad de asimilar estos cambios en la imagen, qué bueno, también puede considerarse como pérdida. Situándonos un poco en las etapas del desarrollo, sabemos que, el adolescente, obvio ya empieza a tener un poco más de vínculo con sus pares, a estas edades, sabemos que también el tipo... La forma en que se relaciona con el otro sexo es distinta, ¿no? En principio, incluso, se ve un poco el tema de estatus, de salir, en caso del chico, con las más popular y viceversa. Ya luego hay temas de encontrar cosas en común pero entonces esto es solo como para explicar lo importante que es para ellos el tema imagen y ver esos cambios y sí que es difícil, ¿no? y muchas veces encuentran formas de cubrirlo, pero yo creo que por supuesto habrá que analizar las particularidades.

Su rol social y también y justamente en ese encuentro con el otro sexo, ¿no? Ah ya, efectos emocionales ya los vamos a analizar, pero también creo que como te decía es importante el tema de las particularidades, no? o sea hay adolescentes que no solo están teniendo problemas con el asunto de la imagen, sino que, por ejemplo, tenía un rol específico en la familia, este tema de que puedo contribuir yo, cuando hablamos de incluso necesidades económicas no es el tema de poder ayudar, de pensar incluso a futuro, el tema del trabajo y considerar que ya por su enfermedad cada vez esto se va atrasando más es una cuestión que creo que pasa en muchos de los adolescentes.

2. ¿Qué efectos físicos y emocionales se evidencian en el adolescente que recibe tratamiento oncológico?

Efectos emocionales, muchos a raíz de lo que ya he mencionado, ¿no? no podría decir que necesariamente se desarrolle un trastorno vinculado a las emociones, pero sin duda que el impacto emocional es grande en ellos, puede haber mucha tristeza y con bastante frecuencia enfado porque a veces los cuidados por la familia son invasivos. El tema de decidir sí bien para un ingreso hospitalario o no en su tratamiento oncológico y de darse cuenta de que finalmente pueden sentirse obligados por la propia

familia y para alguien que por lo general está formando su criterio, recordemos que éste se adquieren habilidades a partir de los 12 años que implican pensar sobre lo que se está pensando, que no es otra cosa que analizar más lo que se dice.

Ya en la infancia los padres pueden enseñar principios que el niño, de pronto, ya los asume como verdaderos y hay poco cuestionamiento, en el adolescente en cambio no los hay, entonces esa parte de no poder cuestionar el asunto de si decide ir o no, si realmente vale la pena ir a pesar de que a veces no hay los resultados esperados también puede llegar a ser frustrante, ¿no?

3. Desde su experiencia profesional, ¿el adolescente en tratamiento oncológico está propenso a desarrollar trastornos psicológicos? ¿Cómo?

Sí está propenso a desarrollar trastornos psicológicos, creo que no es algo que ocurra en todos, sin duda pasa con el diagnóstico del manual de trastornos de adaptación porque realmente los cambios que se dan son bastante bruscos. Creo que puedo también a cogermelo a un término de la teoría sistémica que habla esto, de los accidentes vitales estresantes que, aterrizándola a esta situación, diría que son justamente estas situaciones de la historia de vida de una persona que son inesperadas realmente, que son contingentes, que en su día a día no eran esperables y que sin duda puede derivar en una dificultad de adaptación. Por eso creo que uno de los diagnósticos que más se ubican es este del trastorno de adaptación.

También hay muchos casos de ansiedad, pero que los he visto mucho en adolescentes un poco más grande, a partir de los 16. Aunque, actualmente tengo un caso, por ejemplo, de 14 años que tiene episodios de ansiedad bastante fuertes. De ahí, lo de la depresión, sí es algo que habría que revisarlo un poco más y porque en mi experiencia no lo he visto como tal, puede ser que cumpla con un par de síntomas atribuibles a un episodio depresivo, pero no diría que es un trastorno depresivo como tal no.

4. El adolescente se encuentra en una etapa de revisión de sus propias creencias. Desde su experiencia profesional ¿cómo el tratamiento oncológico puede llegar a causar distorsiones cognitivas?

Esta por ejemplo si es una pregunta que no la había visto en la anterior entrevista. Sin duda lo que das de premisa es importante, lo de que está realizando sus

propias creencias, justo por lo que dije hace un momento, que desde los 12 años ya hay un mayor cuestionamiento de principios que se han ido inculcando en el proceso de crianza. De ahí, cómo esto puede causar distorsiones cognitivas, bueno sí, sin duda alguna me parece que sí hay cosas que varían cuando en el caso de los adolescentes que son pacientes oncológicos, hay mucho de regresar a etapas iniciales, por ejemplo, de su desarrollo.

Si uno se fija en alguno de estos pacientes pueden llegar a pasar por un trato más infantil a veces y ellos mismos llegar a demandar un trato como tal. Hay una cuestión de que son cuidados siempre en sus ingresos por familiares, por su mamá por lo general y entonces esta relación así se puede ver influenciada y generar que tenga otra forma de percibir su entorno en comparación con un adolescente que no pasa por esta situación.

Sin duda pueden llegar a demandar más cuidados o, a sentir que se le está exigiendo más a él porque se le pide que responda ante algo que es tan difícil de afrontar cómo es la enfermedad, cosas que a veces no dependen de ellos mismos, porque depende de que su organismo responda. Entonces eso genera, por ejemplo, que el adolescente reclamen cuando la mamá se va a otro lado porque debería estar ahí para él, eso hace que su rol incluso dentro de su grupo hermanos llega a cambiar no la creencia de que el padre quiere a todos por igual pero de repente pasa esto de que él había visto ciertas diferencias y a partir de la enfermedad comienza a haber un poco más de atención hacia él no hacia ella genera muchas veces que las creencias que ya concebían e incluso el análisis que habían hecho cambie por completo el proceso de tratamiento no

5. Desde su experiencia profesional que tipo de creencias aparecen en el adolescente en tratamiento oncológico y que sentimientos generan?

De ahí este bueno el tipo de creencia que aparecen en el adolescente es conociendo que los tratamientos oncológicos son largos y que ellos llegan a conocer esto casi que al inicio porque se habla de la cantidad de ciclos que van a tener en las consultas oncológicas e hace que tengan la creencia, por ejemplo, de que no van a poder estar a la par de otros chicos de su edad porque de repente preguntan a otros y que están avanzados, en el creer que pronto no van a poder estudiar nunca cuando hay una enfermedad oncológica que implica una limitación motora, el pensar que ya no

van a poder desarrollar una actividad laboral y son las creencias que pueden llegar a ocurrir o incluso pensar, por qué no, también en términos de la muerte. Aunque eso, sí, no es en todos los casos porque muchas veces lo que ocurre es que es adolescente igual está pensando en el después del tratamiento y por eso llega a ser frustrante cuando tienen pensado un momento en que van a terminarlo y resulta que no es así, porque la respuesta ha sido parcial y necesitan un poco más de, digamos revisar el protocolo para poder definir otra línea de tratamiento.

Como creo que lo he dicho en otras preguntas, casi siempre los sentimientos de frustración porque obviamente si hay un tema de que en nuestra sociedad hay muchas creencias de trabajo, estudios, que creo que es muy común y entonces si hay esta idea, tienen que seguir a la par. Pasa mucho que se comunican con sus amistades, resulta que no hay muchos temas de conversación porque ellos ya están encontrando temas en las actividades que realizan a diario y prácticamente la vida de estos adolescentes se desenvuelve en el hospital entonces eso le hace mucho más difícil e el asunto adaptarse, pero también la creencia de que no van a poder avanzar y el sentimiento digo de frustración de enfado principalmente no en creo que por ahí contesté todas.

6. Desde su experiencia profesional ¿qué tipo de distorsiones cognitivas están presentes en los adolescentes en tratamiento oncológico en relación con su masculinidad o su feminidad?

Ya de por sí los pacientes presentan distorsiones sobre todo sobre su cuerpo o identidad, respecto a los roles sociales. Tal vez no se sientan tan mal de creer que sin cabello se los vea mal pero ya cuando les toca interactuar con sus amigos o familiares, el sentimiento negativo se intensifica y entonces rechazan ese contacto. Respecto a la feminidad y masculinidad definitivamente distorsiones en torno a su imagen porque ya no es la misma. Si son adolescentes que viven en cuerpos que están cambiando entonces ese cambio es propio, nadie se los puede explicar por ende no suelen buscar explicaciones que los ayude a entender lo que están viviendo. Ahí por ejemplo... uff, la ansiedad y preocupación que eso genera es increíble.

Por eso mismo, es que ellos creen a veces que las cosas son peor de lo que son en realidad. Muchos creen que “ya nunca más podré jugar con mis amigos” “mis amigos se olvidarán de mí” y se suelen etiquetar como “burros” porque no logran concentrarse o rendir académicamente como sus demás compañeros y aquí entra la

distorsión de descontar lo positivo. De hecho, la mayoría de estos pacientes no asisten al colegio por un extenso periodo de tiempo que ellos mismos pueden sentirse “menos” que sus amigos. Trabajar con estos aspectos es primordial porque si estos sentimientos se intensifican, el paciente podría incluso querer desistir del tratamiento y como es menor de edad, lo más probable es que los padres no los dejen por lo que causaría mucha frustración.

Test de creencias irracionales de Ellis

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES (VERSIÓN CORREGIDA Y ABREVIADA)

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

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

Escala de Confianza en el propio Género de Hoffman

APPENDIX A

Hoffman Gender Scale (Form A) (Revised)

PLEASE NOTE: Complete Form A if you are female. Complete Form B (reverse side) if you are male.

Please indicate your level of agreement with each of the following statements by rating it a "1," "2," "3," "4," "5," or "6" as follows:

1	2	3	4	5	6
<i>Strongly</i>	<i>Disagree</i>	<i>Somewhat</i>	<i>Tend to</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly</i>
<i>Disagree</i>		<i>Agree</i>	<i>Agree</i>		<i>Agree</i>

1. When I am asked to describe myself, being female is one of the first things I think of. _____
2. I am confident in my femininity. _____
3. I meet my personal standards for femininity. _____
4. My perception of myself is positively associated with my biological sex. _____
5. I am secure in my femininity. _____
6. I define myself largely in terms of my femininity. _____
7. My identity is strongly tied to my femininity. _____
8. I have a high regard for myself as a female. _____
9. Being a female is a critical part of how I view myself. _____
10. I am happy with myself as a female. _____
11. I am very comfortable being a female. _____
12. Femininity is an important aspect of my self-concept. _____
13. My sense of myself as a female is positive. _____
14. Being a female contributes a great deal to my sense of confidence. _____

What do *you* mean by femininity?

© Rose Marie Hoffman, Ph.D. All rights reserved.

APPENDIX B

Hoffman Gender Scale (Form B) (Revised)

PLEASE NOTE: Complete Form B if you are male. Complete Form A (reverse side) if you are female.

Please indicate your level of agreement with each of the following statements by rating it a "1," "2," "3," "4," "5," or "6" as follows:

1	2	3	4	5	6
<i>Strongly Disagree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Somewhat Agree</i>	<i>Tend to Agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>

1. When I am asked to describe myself, being male is one of the first things I think of. _____
2. I am confident in my masculinity. _____
3. I meet my personal standards for masculinity. _____
4. My perception of myself is positively associated with my biological sex. _____
5. I am secure in my masculinity. _____
6. I define myself largely in terms of my masculinity. _____
7. My identity is strongly tied to my masculinity. _____
8. I have a high regard for myself as a male. _____
9. Being a male is a critical part of how I view myself. _____
10. I am happy with myself as a male. _____
11. I am very comfortable being a male. _____
12. Masculinity is an important aspect of my self-concept. _____
13. My sense of myself as a male is positive. _____
14. Being a male contributes a great deal to my sense of confidence. _____

What do *you* mean by masculinity?

© Rose Marie Hoffman, Ph.D. All rights reserved.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **García Murillo, Camila Andrea** con C.C: # **0944319508** y **Sánchez Pazmiño, Camila Alejandra** con C.C: # **0921822896** autoras del trabajo de titulación: **El tratamiento oncológico en el adolescente y su relación con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 06 de febrero de 2023

f.

García Murillo, Camila Andrea
C.C: **0944319508**

f.

Sánchez Pazmiño, Camila Alejandra
C.C: **0921822896**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	El tratamiento oncológico en el adolescente y su relación con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad.		
AUTOR(ES)	García Murillo, Camila Andrea Sánchez Pazmiño, Camila Alejandra		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Carolina Eugenia Peñafiel Torres, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencia de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica (R)		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciadas en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	06 de febrero de 2023	No. DE PÁGINAS:	162
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología Clínica; Terapia Cognitiva Conductual; Tratamiento Oncológico		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Tratamiento Oncológico; Adolescencia; Distorsiones Cognitivas; Creencias Irracionales; Feminidad; Masculinidad		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>La presente investigación contempló uno de los fenómenos existentes desde el año 1800 y, sin embargo, su impacto continúa hasta el presente año: el tratamiento oncológico. El tema de investigación fue el tratamiento oncológico en el adolescente y su relación con la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad. Debido a que el tratamiento oncológico ataca todas las células, conlleva repercusiones a nivel físico, emocional como también social, educativo, entre otros. La investigación contempló la población adolescente pues, esta edad de transición evidencia un cambio de creencias por lo que afecta su cognición y aparecen nuevas identificaciones en diversas áreas, siendo una de ellas la feminidad y masculinidad. La presente investigación tuvo como objetivo explicar la relación del tratamiento oncológico en el adolescente y la formación de distorsiones cognitivas sobre su feminidad y masculinidad, para justificar la relación entre sí, mediante revisión bibliográfica y fuentes documentadas a pacientes y especialistas del Hospital SOLCA en el año 2023. El test de creencias irracionales de Ellis demostró que los pacientes adolescentes de 12 a 18 años, presentaron distorsiones cognitivas respecto su feminidad y masculinidad, especialmente de catastrofismo, generalización, descontar lo positivo, saltar a las conclusiones, adivinación, razonamiento emocional y culpabilidad inapropiada. La escala de género de Hoffman confirmó que los pacientes se sienten en confianza con su propia identificación de género por lo que las entrevistas a especialistas que atienden a estos pacientes y la fundamentación teórica, evidenciaron que la distorsiones cognitivas estaban en relación con el tratamiento oncológico.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593998690776 +593996216880	E-mail: camila.sanchez@cu.ucsg.edu.ec camila.garcia@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Psic.Cl. Tatiana Torres, Mgs. Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419 E-mail: tatianna.torres@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			