

ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER
ATENDIDOS EN TRES CENTROS ONCOLÓGICOS DE LA
CIUDAD DE SANTA MARTA (COLOMBIA)

Robert Ferrel*, Angélica Peña**, Niove Gómez***
y Katriny Pérez***

Resumen

El estudio se enmarca en el área de la psicología de la salud, desde un enfoque cognitivo, realizado con el objetivo de describir y establecer la prevalencia de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs) en pacientes diagnosticados con cáncer, que reciben tratamiento en tres centros de atención oncológica del distrito de Santa Marta, Magdalena (Colombia). El tipo de investigación es descriptivo, con un diseño transeccional, que utilizó un tipo de muestreo no probabilístico

Fecha de recepción: 7 de mayo de 2009
Fecha de aceptación: 21 de mayo de 2009

* Docente, Universidad del Magdalena, adscrito al Programa de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud. Psicólogo, Magíster en Psicología Clínica, Magíster en Docencia Universitaria. rofferrel@yahoo.com

** Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica. Catedrática Programa de Psicología, Universidad del Magdalena. angiepecab@gmail.com

*** Psicólogas, egresadas del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena, Colombia. 2007-II.

intencional, seleccionando a las 80 personas diagnosticadas con cáncer, mayores de 39 años de edad. Se aplicó el Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ – L2, validado en población universitaria de la ciudad de Medellín (Colombia), por D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N.H. Londoño, M. Schnitter, K. Maestre & C. Marín.

Los resultados muestran como esquema maladaptativo temprano prevalente el de *autosacrificio*, y se encontró similitud con los hallados en estudios realizados en otros contextos (Moris & Greer, 1980; Eysenck, 1985; Contrada, Leventhal & O' Leary, 1990, Watson, 1998 citados en Ibáñez, 1991), que asocian los patrones cognitivos y emocionales que componen el esquema maladaptativo de autosacrificio con la evidencia teórica y/o científica que lo asocian con el llamado *estilo de vida carcinógeno*.

Palabras clave: Psicología de la salud, esquemas maladaptativos tempranos, psicooncología, cáncer.

Abstract

The study is part of the area of health psychology, from a cognitive approach, conducted with the objective of describing and establishing the prevalence of maladaptive Early Drawings (EMTs) in patients diagnosed with cancer, treated at three centers Oncology Care District of Santa Marta (Magdalena), COLOMBIA. This is a descriptive research with a design transectional Description, which used a type of intentional non-probability sampling because it was not possible to know the people, by choosing as subject to the 80 people diagnosed with cancer over 39 years of age, attending the Oncology Unit of the Caribbean Oftalmológica Foundation (FOCA), cancer specialist at the Center of the Caribbean (CECAC) and Blood Clinic - Oncology (CEMED Magdalena). We used the Young Schema Questionnaire, YSQ - L2, validated university population in the city of Medellín - Colombia, conducted by D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N.H. Londoño, M. Schnitter, K. Maestre & C. Marín.

The results show as the prevailing early maladaptive pattern of self, being similar to those found in studies in other contexts (Moris and Greer, 1980, Eysenck, 1985; Contrada, Leventhal & O' Leary, 1990, Watson, 1998 cited in Ibanez , 1991), which combine cognitive and emotional patterns that make up the maladaptive pattern of self-evidence with theoretical and/ or scientific associate it with the so-called lifestyle carcinogen.

Key words: Health psychology, schemas early maladaptive, psicooncología, cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer como enfermedad crónica cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo y causa un continuo deterioro físico, mental, o ambos, en el individuo que la padece, llevándolo incluso a la muerte (Velasco & Sinibaldi, 2001), cada día cobra más vidas, y se constituye en un problema de proporciones epidémicas en el mundo.

En Colombia, de acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología (2003), en los últimos años se ha venido registrando un promedio de 26 mil muertes por cáncer y se estima en 61 mil los casos nuevos de esta enfermedad que se presentarán anualmente en el país. El cáncer se ha convertido en la tercera causa de muerte en Colombia, después de la violencia y las enfermedades cardiovasculares.

En el departamento del Magdalena las estadísticas evidencian 1.722 muertes por cáncer en ese mismo período (INC e IGAC, 2003). En el distrito de Santa Marta (Magdalena), no se han encontrado datos oficiales al respecto, pero las repercusiones en la salud y el bienestar de la población son evidentes cuando se presenta el cáncer en alguno de los miembros de la familia.

El abordaje terapéutico e investigativo del cáncer involucra los nexos entre la variable cognitiva y el proceso de enfermedad, lo que nos remite a disciplinas como la psiconeuroinmunología y el modelo bio-cognitivo de la salud, como paradigmas que han permitido superar la visión dualista (mente - cuerpo) y reduccionista del modelo biomédico actual, lo cual afianza el importante papel que cumple lo psicológico en su relación con la capacidad de nuestro organismo de mantenerse sano. Este postulado de unidad mente- cuerpo se extiende a la relación de lo psíquico con todo nuestro organismo y no solamente con el sistema inmunológico. Así, puede demostrarse la influencia de lo psicológico en relación a la salud y enfermedad de todos los sistemas del organismo. Ejemplos de ello son los trastornos endocrinológicos, cardiovasculares, digestivo, dermatológicos, metabólicos, etc., en personas deprimidas, ansiosas, agresivas y en situación de estrés crónico (Brannon & Feist, 2001).

Por su parte, la psicología cognitiva considera al hombre como un procesador activo de información, que construye en parte su propia realidad con base en las diferentes experiencias que adquiere a través de su vida, y a partir de dichas experiencias podrá ir seleccionando, transformando, decodificando, almacenando, recordando y, en términos generales, procesando la información, la cual se constituye en el sistema de creencias del sujeto, con las *estructuras o esquemas cognitivos* como piedra angular de dicho sistema (Pozo, 2002).

El origen del concepto de *esquema* se remonta a Kant (1781) en la filosofía y a Bartlett (1982) y Piaget (1936) en la psicología, pero fue a partir de los estudios sobre inteligencia artificial y el desarrollo de la psicología cognitiva que su estudio adquiere relevancia (Pozo, 2002), y se convierte en el eje fundamental de la terapia cognitiva desarrollada por Aaron Beck en los años sesenta, que considera que el modo en que se interpretan los acontecimientos de la vida (pensamientos) determina cómo la persona se siente con respecto a ellos (emociones).

Según David Rumelhart (1981, 1984 citado en Pozo, 2002), tal vez el autor más influyente dentro de la teoría de los esquemas, un *esquema* es una estructura de datos para representar conceptos genéricos almacenados en la memoria. Dentro de la terapia cognitiva Beck (1979) introdujo el concepto de esquema en su trabajo sobre depresión, definiéndolo como “un constructo cognitivo que sirve a la persona para filtrar, codificar y evaluar la información que llega del ambiente y que sesga de manera consistente las percepciones e interpretaciones de los eventos que vivimos” (Beck, 1967 citado en Stein & Young, 1992).

A partir del reconocimiento de la efectividad de la terapia cognitiva formulada por Beck (1964) y de la necesidad de mejorar el modelo para su eficaz aplicación en los pacientes con trastornos de personalidad (Castro et al, 2005), Young (1990, citado en Stein & Young, 1992) formula el concepto de “Esquemas Maladaptativos Tempranos” (EMTs) para referirse a los constructos no probados empíricamente, fenómenos de un nivel extremadamente profundo, que pueden estar inactivos durante mucho tiempo y luego ser activados (energizados) rápidamente como resultado de cambios en el tipo de estímulos que llegan del ambiente.

Según Young, los EMTs tienen como características principales las siguientes:

- Son creencias incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente, verdades *a priori* que se dan por sentadas sin cuestionarlas.
- Son resistentes al cambio, confortables y familiares y a pesar de ser disfuncionales (maladaptativos) resultan bastante cómodos para la persona.
- Se activan con eventos ambientales importantes para el esquema particular.
- Los EMTs están más estrechamente ligados a altos niveles de afecto cuando se activan que los supuestos subyacentes o las ideas irracionales.

Los procesos que emplean los EMTs para perpetuarse son: a) *Mantenimiento*: se rige por el principio de economía cognitiva que plantea que para el sujeto es más económico distorsionar la información procedente del medio, que modificar las estructuras mentales. El proceso de mantenimiento solo se puede a nivel cognitivo o conductual, ya que el afecto no es automantenido y requiere de la cognición o de la conducta para su prolongación. b) *Evitación de esquemas*: se refiere a la serie de procesos tanto automáticos como voluntarios que emplea el paciente para evitar cualquier evento disparador del E.M.T. o de la activación emocional ligada a él debido a que altos niveles de afecto le resultan totalmente displacenteros. c) *Compensación de esquemas*: se observa con frecuencia que muchos pacientes adoptan estilos cognitivos o conductuales opuestos al que uno, debido al conocimiento de sus EMTs esperaría, esto se debe a que están empleando procesos que sobrecompensan sus EMTs.

A partir de esta formulación y como un nuevo medio de evaluar y tratar los trastornos de personalidad, Jeffrey Young (1999) enunció el concepto de *Esquemas Maladaptativos Tempranos* (EMTs), el cual los define como patrones o esquemas que aparecen en la infancia y se repiten a lo largo de la vida, y son disfuncionales en un grado significativo (Young & Klosko, 2001). Young (1999) propuso un sistema de clasificación por dominios que agrupa 18 esquemas maladaptativos tempranos, los cuales se evalúan en este estudio:

- *Dominio de desconexión y rechazo.* Este dominio hace referencia a la creencia de que las propias necesidades de seguridad, estabilidad, cuidados, empatía, sentimientos compartidos, aceptación y respeto no serán satisfechas de un modo predecible (Young, 1999). Los EMTs que conforman este dominio son: Abandono/inestabilidad, desconfianza /abuso, privación emocional, defectuosidad/vergüenza y aislamiento social/alienación.
- *Dominio de autonomía y desempeño deteriorados.* Son creencias sobre sí mismo y el ambiente que interfieren con la percepción de la propia capacidad para separarse, sobrevivir y funcionar independientemente o para desempeñarse con éxito. Los EMTs que conforman este dominio son los siguientes: dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño o a la enfermedad, entrapamiento emocional y fracaso.
- *Dominio de límites insuficientes.* Este dominio hace referencia a la deficiencia en los límites internos, responsabilidad hacia otros u orientación hacia metas a largo plazo. Conforman este dominio los EMTs de derecho/grandiosidad y autocontrol insuficiente /autodisciplina.
- *Dominio de orientación hacia los otros.* Es una concentración excesiva en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades. Los EMTs pertenecientes a este dominio son: subyugación, autosacrificio y búsqueda de aprobación/reconocimiento.
- *Dominio de sobrevigilancia e inhibición.* Este dominio se relaciona con un énfasis excesivo en la supresión de los propios sentimientos, impulsos y elecciones espontáneas o en el acatamiento de reglas y expectativas rígidas, acerca del desempeño y la conducta ética. Los EMTs que conforman este dominio son: negatividad/pesimismo, inhibición emocional, estándares implacables/hipercrítica y condena.

De acuerdo con Young y Klosko (2001) existen varios factores que contribuyen al desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos. El primero es el temperamento, que es innato y determina nuestra

constitución emocional y la manera en que estamos preparados para responder a los hechos y situaciones. Otro factor influyente y quizás el más importantes es la familia, ya que sus dinámicas fueron las mismas del mundo precoz de la persona. Cuando en la vida adulta se reproduce el esquema maladaptativo temprano casi siempre se repite el drama familiar de la infancia. Hay otros factores que se señalan como importantes para el desarrollo de los esquemas maladaptativos tempranos como lo pueden ser las relaciones con otros niños, la escuela, etc., pero ninguno es tan decisivo como el ambiente familiar.

Ahora bien, es conveniente aclarar que el concepto de *esquema* ha sido definido como una entidad organizacional cognitiva y estable, que contiene todo el conocimiento acerca de uno mismo y del mundo (Hollon & Kriss, 1984, citados en Pozo, 2002). En concordancia con el concepto de esquema, Jeffrey Young (1999) postula la teoría de los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs), definiéndolos como aquellas creencias incondicionales, estables y duraderas acerca de uno mismo en relación con eventos ambientales (como es el caso del cáncer) y que guían la realización de patrones de conductas hacia el ser humano. Estos esquemas se van formando desde edades muy tempranas y a lo largo de toda la vida del ser humano, son resistentes al cambio, confortables y familiares, y a pesar de ser disfuncionales (maladaptativos), resultan bastante cómodos para las personas, ya que por economía cognitiva es más fácil para el sujeto distorsionar la información procedente del medio que modificar sus estructuras mentales.

En el mismo sentido, se establece que es muy probable que los EMTs permanezcan inactivos por mucho tiempo y solo se activen ante la presencia de eventos activadores (Ellis & Grieger, 2003), como es el diagnóstico de cáncer, considerado como un acontecimiento potencialmente estresante y traumático. Una vez sean activados estos esquemas, en el paciente con cáncer se empiezan a generar sentimientos como la desesperanza, pesimismo, tristeza, rabia, ira, etc., además de conductas disfuncionales como comportamientos autosaboteadores, contrario a los propios objetivos que impiden la realización de conductas necesarias para lograr estos objetivos, causando un sufrimiento desproporcionado con relación a la enfermedad.

Los pacientes con cáncer son personas que ante las situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales abiertas, lo que algunos autores como Grossarth- Maticzek y Eysenck (1990, 1991, citados en Oblitas, 2004) han etiquetado como personalidad “tipo c”, guardando cierta concordancia con algunos patrones cognitivos y emocionales de los esquemas maladaptativos tempranos.

En cuanto a los EMTs que hacen referencia a las relaciones interpersonales, se encontró que quienes han soportado la pérdida de seres queridos, así como una red de relaciones sociales y familiares pobres y una disminución o interrupción de los apoyos y refuerzos afectivos que todo individuo necesita son más proclives a padecer un cáncer (Oblitas, 2004). Esto se explica por el hecho de que estos sucesos producen una serie de cambios importantes en el equilibrio psicofísico que oscilan desde la agitación, llanto, trastornos del sueño, hasta alteraciones endocrinas, inmunológicas y en última instancia en algunos casos cáncer.

En este mismo sentido se ha de aclarar que a pesar que la palabra “cáncer” tiende a asociarse en muchas ocasiones con un pronóstico fatalista (Ibáñez, 1991) los pensamientos, actitudes y comportamientos que se tomen ante su diagnóstico pueden variar de una persona a otra, dependiendo en gran medida del tipo de cáncer y/o la localización primaria del mismo. Es así como ante un cáncer que afecte un órgano relacionado con la sexualidad se verá afectado no sólo la autoimagen de la persona sino también su vida sexual (Olivares & Hernández, 2003) por lo que las diferencias percibidas en las reacciones ante el diagnóstico del cáncer y las actitudes y comportamientos que se adopten ante el mismo podrían estar relacionadas con la localización del cáncer.

MATERIALES y MÉTODO

Población

De acuerdo con un estudio realizado por el Ministerio de Protección Social y la Organización Panamericana de Salud (2006) en el Departamento del Magdalena, la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes es de 38 (lo que equivale a 525 casos). Sin embargo, la entidad encargada en

el distrito de Santa Marta del manejo y divulgación de los registros de incidencia y mortalidad por cáncer, no posee información actualizada sobre los mismos, por lo que no fue posible establecer la cifra exacta de personas diagnosticadas con cáncer en esta ciudad. Teniendo en cuenta esta situación y el hecho de que en los centros donde se llevó a cabo el proceso de recolección de información: Unidad Oncológica de la Fundación Oftalmológica del Caribe (FOCA), Centro Cancerológico del Caribe (CECAC), y la Clínica Hemato-Oncológica (CEMED Magdalena) había mayor disposición de personas diagnosticadas con cáncer de cualquier localización mayores de 39 años, se determinó que la población tuviera estas características. No se limitó la población con respecto a la localización primaria del cáncer, a fin de cumplir con los objetivos de la investigación.

Muestra

Se estableció como tipo de muestreo más apropiado el *no probabilístico intencional*, por lo que la muestra fue tomada según criterio de los investigadores, con sujetos que desearon colaborar voluntariamente con el estudio. La muestra fue conformada por un total de 80 personas diagnosticadas con cáncer.

Instrumento

Se utilizó el *Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ – L2*, validado en población universitaria de la ciudad de Medellín (Colombia), por D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N.H. Londoño, M. Schnitter, K. Maestre y C. Marín, de donde se obtuvo, tras el análisis factorial con rotación ortogonal varimax y después de corrección de asimetría y eliminación de ítems asimétricos, once factores de los 16 propuestos por Young (1999). A este instrumento se le realizó una prueba piloto en una muestra de la población objeto de estudio, y se obtuvo un índice de confiabilidad del 0.9365. Consta de un conjunto de preguntas respecto a algunas variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el estado civil y el estrato socio-económico, así como de la variable Esquemas Maladaptativos Tempranos y la localización primaria del cáncer. Contiene 45 ítems de tipo cerrado, con alternativas delimitadas entre las cuales el sujeto puede elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta.

Procesamiento

Los datos obtenidos se procesaron mediante el programa estadístico SPSS versión 11.5 y se presentan a manera de tablas y gráficos, estableciendo los esquemas con presencia significativa. Para identificar los EMTs se sumaron los puntajes brutos de cada esquema y se obtuvieron puntuaciones directas que se convirtieron en percentiles, con lo cual se estableció como límite para la presencia significativa del esquema el percentil 75 en cada uno de los esquemas evaluados en el cuestionario.

RESULTADOS

En primer lugar, se presentan las características demográficas de la población participante pertenecientes a las tres instituciones de salud; en segundo lugar, se identifica la localización primaria del cáncer; y, finalmente, se establece la prevalencia de los Esquemas Maladaptativos Tempranos en estos pacientes.

Respecto a las **características sociodemográficas**, se encontró que el 75% eran mujeres y el 25% hombres; de ellos, el 78% viven o vivieron una relación conyugal: 37% eran casados, 19% vivían en unión libre, 13% separados y el 9% eran viudos; sólo el 22% eran solteros. Son personas de escasos recursos económicos en su mayoría, pues el 92% de los participantes pertenecen a los estratos 1, 2 y 3 de la población (38% al estrato 1; 29% al estrato 2; y, 25% al estrato 3); sólo el 8% pertenece a la clase media (5% al estrato 4; y, 3% al estrato 5). Finalmente, se encontró presencia de cáncer a temprana edad adulta (entre los 39 y 54 años, aunque la diferencia no es significativa con los mayores de 55 a 78 años), pues el 26% se encontraba en un rango de edad de 39 – 46 años; 26% tenían entre 47 - 54 años; 17% tenía entre 55 – 62 años; 13% tenía entre 63 y 70 años y, 18% entre 71 – 78 años.

Respecto a la **localización primaria del cáncer** se encontró que el cáncer de mama y en sitios ginecológicos fueron los más frecuentes (77%): el 44% presentaron cáncer de mama; el 19% presentaron cáncer en sitios ginecológicos; y, el 14% presentan cáncer en sitios genitourinarios. Otros tipos de cáncer fueron menos frecuentes: el 8% presentaron cáncer en el sistema digestivo; 5% presentaron tumores de

cabeza y cuello; 5% presentaron neoplasias linfoides; 4% presentaron cáncer de piel; el 3% presentaron cáncer en sitios músculo-esqueléticos; el 1% presentaron cáncer en tórax; y 1% presentó leucemia. Respecto a la presencia de los **esquemas maladaptativos tempranos** en la población participante, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 1

Percentil 75 de los esquemas maladaptativos tempranos

Esquema Maladaptativo Temprano	Percentil 75
Abandono	30
Insuficiente autocontrol/ autodisciplina	20
Desconfianza/abuso	21
Deprivación emocional	14
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	22
Autosacrificio	20
Estándares inflexibles 1	17
Estándares inflexibles 2	17
Inhibición emocional	13
Derecho	11
Entrampamiento	10

Cabe aclarar que un punto percentil es el valor sobre una escala de medida debajo del cual cae un porcentaje dado de los datos; en el presente estudio se encontró que el percentil 75 del esquema maladaptativo temprano *abandono* corresponde a 30, lo que indica que el 25% de la muestra se encuentra por encima de ese valor. Este puntaje guarda relación con el número de preguntas que evalúa dicho esquema. Igual análisis se realiza con los demás esquemas evaluados.

De acuerdo con lo anterior, se encontraron los siguientes EMTS en los pacientes oncológicos estudiado: el EMT de *abandono*, con una frecuencia de 20; el E.M.T de *insuficiente autocontrol*, con una frecuencia de 20; el EMT de *desconfianza*, con una frecuencia de 21; el EMT de *deprivación emocional*, con una frecuencia de 23; el EMT de *vulnerabilidad al daño*, con una frecuencia de 22; el EMT de *autosacrificio*, con una frecuencia de 30; el EMT de *estándares inflexibles 1*, con una frecuencia de 24; el EMT de *estándares inflexibles 2*, con una frecuencia de 20; el EMT de *inhibición emocional*, con

una frecuencia de 22; el EMT de *derecho*, con una frecuencia de 23; el EMT de *entrapamiento*, con una frecuencia de 24. Estos resultados muestran la prevalencia del EMT de *autosacrificio*, seguido en una menor proporción de los EMTs de *estándares inflexibles 1* y el de *entrapamiento* (Figura 1).

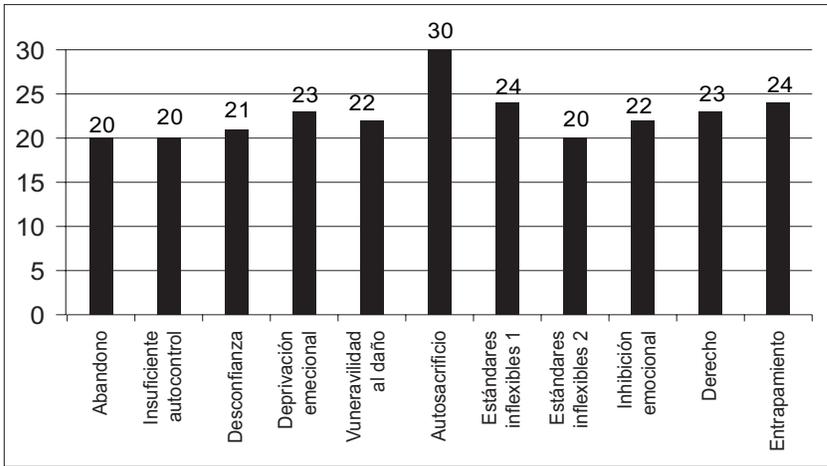


Figura 1. Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes con cáncer

Según la localización primaria del cáncer, el EMT prevaleciente fue el de *autosacrificio*, seguido del de *entrapamiento* (ver Figura 2).

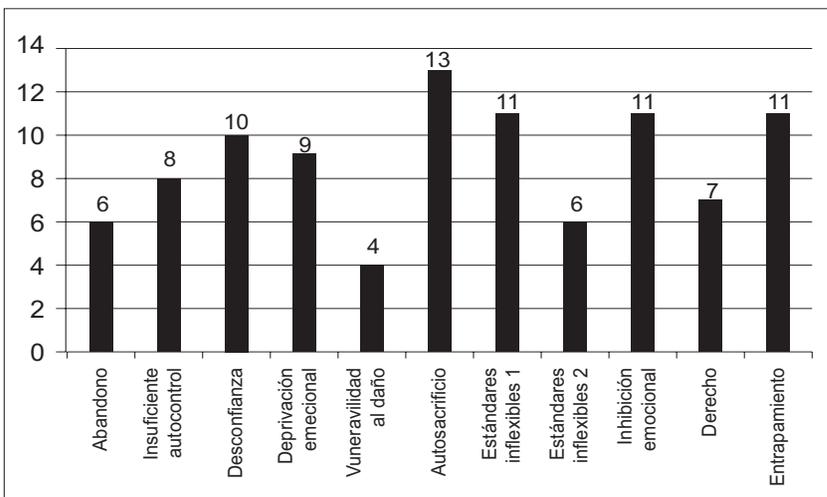


Figura 2. Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes con cáncer de mama

En lo que respecta a los pacientes con cáncer en sitios ginecológicos, los EMTs prevalentes fueron los de *abandono* y de *autosacrificio* (Figura 3).

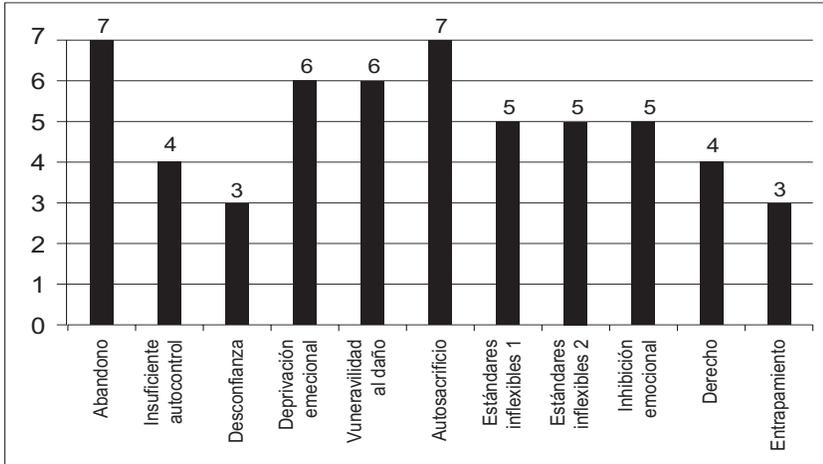


Figura 3. Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes con cáncer en sitios ginecológicos

En cuanto a los pacientes con cáncer en sitios genitourinarios, los resultados muestran que los EMTs prevalentes fueron los de *desconfianza* y *autosacrificio* (Figura 4).

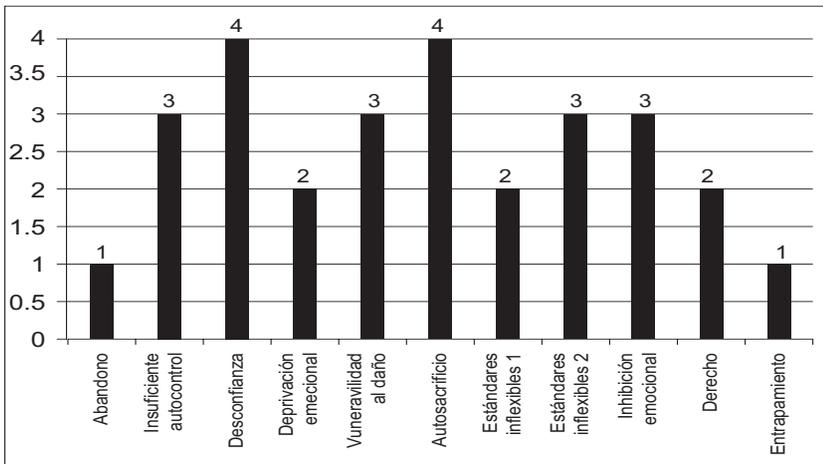


Figura 4. Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes con cáncer en sitios genitourinarios

En los pacientes con cáncer en el sistema digestivo, los EMTs prevalentes fueron los de *autosacrificio* y de *derecho* (Figura 5).

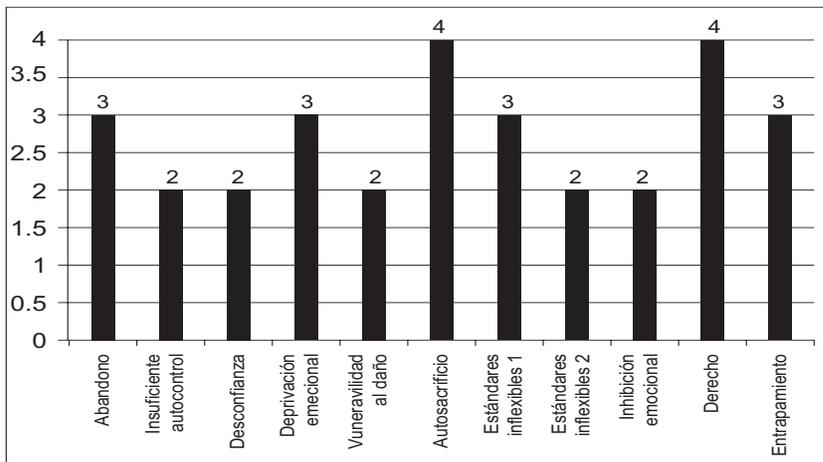


Figura 5. Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes con cáncer en sistema digestivo

En lo referente a otros tipos menos frecuentes de localización del cáncer se encontró: los pacientes con tumores de cabeza y cuello presentan esquemas maladaptativos tempranos prevalentes de *insuficiente autocontrol*, *deprivación emocional* y *vulnerabilidad al daño*; los pacientes con neoplasias linfoides, muestran como esquema maladaptativo temprano prevalente el de *vulnerabilidad al daño*; los que presentan cáncer de piel muestran que el esquema maladaptativo temprano prevalente fue el de *derecho*; igualmente, en la categoría de enfermedad neoplásica por leucemia, sólo una persona del total de la muestra, presentó como esquema maladaptativo temprano reconocido el de *autosacrificio*.

Por otro lado, de acuerdo con los rangos de edad, se muestra que en el porcentaje mayoritario comprendido entre los 39 y 54 años de edad (52%) presentan las siguientes características: en los pacientes de 39 a 46 años prevalecen los EMTs de *autosacrificio* y de *estándares inflexibles 2* (Figura 6).

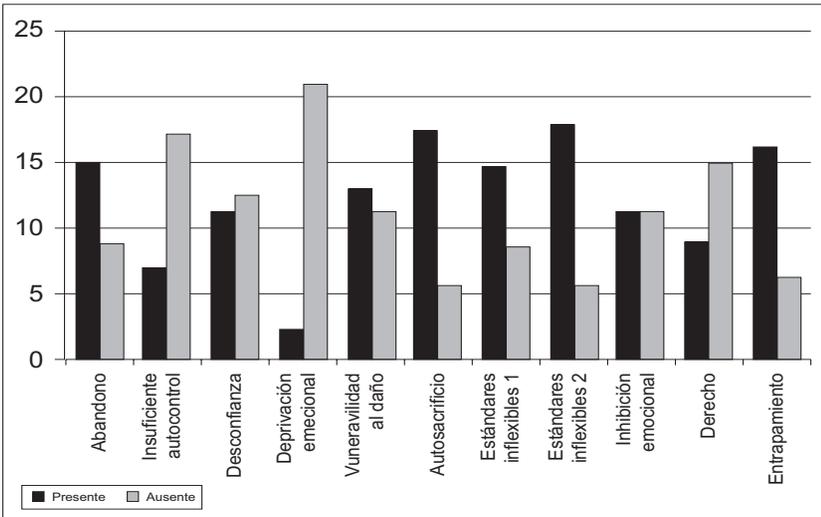


Figura 6. Esquemas maladaptativos tempranos en rango de edad de 39-46 años

En los pacientes de 47-54 años prevalecen los EMTs de *autosacrificio* e *inhibición emocional* (Figura 7).

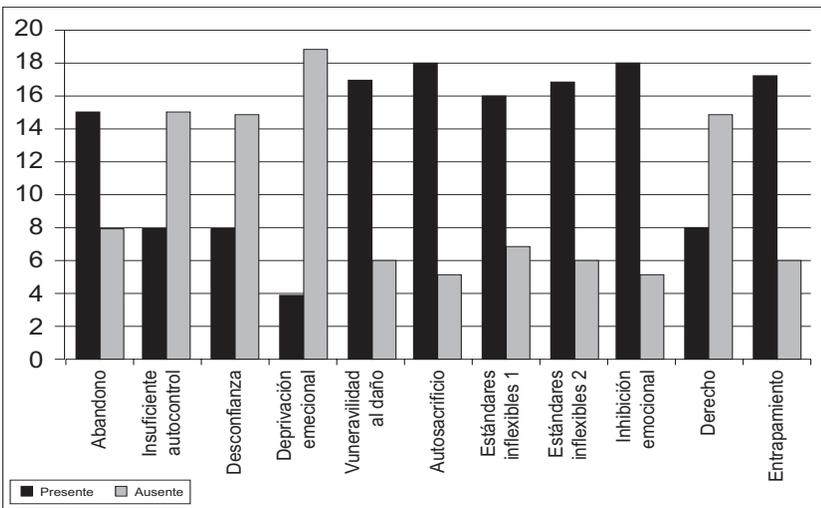


Figura 7. Esquemas maladaptativos tempranos en rango de edad de 47-54 años

Un porcentaje menor (48%), correspondiente a personas con cáncer, mayores de 54 años de edad: en los pacientes de 55-62 años prevalece el EMT de *estándares inflexibles 1*; en los de 63-70 años prevalece el EMT de *autosacrificio*; y, por último, en los de 71-78 años de edad prevalecen los EMTs de *desconfianza y entrapamiento*.

DISCUSIÓN

Los elementos más relevantes encontrados en los resultados obtenidos se refieren a las características socio-demográficas de la muestra, los EMTs prevalecientes en los pacientes oncológicos, así como las diferencias encontradas de acuerdo con la localización primaria del cáncer y los rangos de edad.

En relación con las características sociodemográficas, varios autores concuerdan en afirmar que la calidad de los soportes otorgados por la pareja es un importante factor crítico en el bienestar psicológico y, por lo tanto, en la evolución de la recuperación (Pistang, 1995; Carter, 1993; Friedman, 1988; Ptacek, 1994; Baider, 1988, Tjemsland, 1996, citados en Tamblay & Bañados, 2004). Respecto al estrato socio-económico se observa que el 92% de la muestra se ubica en los estratos socio-económicos bajos (1, 2 y 3), a partir de lo cual conviene señalar que, de acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud de los EE.UU. destinado a analizar la relación entre el cáncer y los grupos sociales en desventaja, se concluyó que la mayor incidencia del cáncer se presenta en los niveles socioeconómicos bajos, lo que puede ser explicado tanto por factores socioculturales como por la presencia de conductas que predisponen a la enfermedad, las cuales no deben ser consideradas solo como decisión personal, sino también como producto de la influencia del medio social que los rodea; así, por ejemplo, las personas que viven en condiciones de pobreza presentan serias dificultades para acceder a una información que le permita adoptar algunas conductas saludables como qué alimentos pueden disminuir los riesgos de salud y por consiguiente evitar el desarrollo de algún tipo de cáncer (Cáncer y desventajas sociales, 2000). En relación al género, la mayor proporción encontrada fue del género femenino (75%), resultado que aunque no se podría comparar con las estadísticas que existen en el país sobre la mortalidad y la incidencia del

cáncer de acuerdo con el género, de alguna manera se asocia con dichas estadísticas en donde la relación hombre - mujer es de 0.93, es decir que por cada 15 personas con cáncer catorce son mujeres y uno es hombre (INC & IGAC, 2003).

Respecto a la localización del cáncer, el mayor porcentaje encontrado en este estudio fue el cáncer de mama, lo cual se corresponde con los resultados encontrados por otros autores (Gonzales, 2005; Bloom, 2001; Oblitas, 2006), debido probablemente al aumento de la expectativa de vida de la mujer en el mundo moderno.

Con relación a la variable de estudio, esquemas maladaptativos tempranos, se identificaron los esquemas de abandono, insuficiente autocontrol, desconfianza, deprivación emocional, vulnerabilidad al daño, auto-sacrificio, estándares inflexibles 1, estándares inflexibles 2, inhibición emocional, derecho y entrapamiento. Todos estos esquemas conforman la totalidad de los componentes evaluados por el Cuestionario de Esquemas de Young YSQ- L2. Sin embargo, conviene advertir que a pesar de identificar la presencia de todos los EMTs evaluados en la totalidad de la muestra, no fue tan significativa en relación con los datos que confirman su ausencia, lo que se corrobora con los estudios de salud mental que afirman que “la mayoría de los trastornos mentales asociados a los esquemas maladaptativos tempranos tienen una prevalencia que sólo alcanza el 15% en condiciones normales (Ministerio de la Protección social, 2003).

Dentro de este contexto, los resultados evidencian como esquema maladaptativo temprano prevaleciente al de **autosacrificio**, que se refiere a la excesiva y voluntaria concentración en las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción. La persona con cáncer asume conductas como evitar causar dolor a los demás, sentirse egoísta y culpable por ello, o mantener la vinculación con aquellas personas que se perciben necesarias (Young, 1999). Este esquema se encuentra vinculado al dominio de orientación hacia los otros, lo que a su vez lo relaciona con patrones de conductas como disminución de la autoestima al sentirse que no se tiene la suficiente autoridad para legitimar los derechos que todas las personas reclaman en sus relaciones (Young

& Klosko, 2001), lo que de alguna manera influye en la no realización de conductas de autocuidado y en la defensa de los propios derechos. Otro indicador de este esquema es la rabia, que no se expresa como consecuencia de no tener criterios claros acerca de cómo se es y de quién se es, existiendo el peligro de empezar a parecerse a las personas por las que se autosacrifica (Young & Klosko, 1993); la inhibición de la rabia ha demostrado, en estudios en pacientes con cáncer de mama, ser el elemento más tóxico del estilo de vida carcinógeno (Suárez, 2000 citado en Tamblay & Bañados, 2004), igualmente se constituye en el paciente oncológico un signo con resultados contradictorios, explicable desde el hecho de que los enfermos con cáncer subestimen por lo general sus estados emocionales, lo que puede llevar a estados de desorganización personal y, en consecuencia, a mostrar una mayor labilidad emocional (Jensen, 1987, Schart, 1983 citados en Ibáñez, 1991). Por otro lado, cuando se habla de resultados contradictorios se hace alusión a que en algunos estudios (Greer & Morris, 1975; Jansen & Muenz, 1984, citados en Ibáñez, 1991) se indica una menor frecuencia de expresión de la ira antes del diagnóstico, y en otros estudios (Wirsching, 1982, Greer & Morris, 1975 citados en Ibáñez, 1991) se ha encontrado cierta evidencia que la expresión de emociones puede incidir negativamente en el desarrollo del cáncer.

A partir de la prevalencia del esquema maladaptativo temprano de autosacrificio, resulta importante señalar que esta manera de afrontar el estrés y de responder a las demandas de la realidad y de los otros, genera un estado permanente de tensión y cierto nivel de angustia, la persona desarrolla un aprendizaje maladaptativo de afrontamiento de los estresores que repercute en que éstos no sean definitivamente resueltos, lo que se traduce en fuentes de estrés crónico, lo que como se mencionó anteriormente configura un estilo de vida carcinógeno, donde se vive en un constante estado de tensión, sin lograr relajarse, con auto-exigencia, conteniendo sentimientos negativos e inhibiendo a su vez las experiencias placenteras, sin tomar consciencia de los estados internos de estrés psíquico y estrés corporal sistémico que generan el espacio para la somatización de las necesidades, deseos e impulsos inhibidos (Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess & Robertson, 1988 citados en Tamblay & Bañados, 2004), lo que a su vez se ve implicado en el decrecimiento de

la respuesta inmune (Eysenck, 1989 citado en Tamblay & Bañados, 2004) y en el incremento de la activación del Sistema Nervioso Autónomo (Greer & Morris, 1975, Pettingale & Tee, 1977 citados en Tamblay & Bañados, 2004).

Es pertinente señalar que el EMT de autosacrificio se presentó igualmente como el esquema prevaleciente en pacientes con cáncer de mamá y con leucemia.

Con relación al cáncer en sitios ginecológicos, los resultados evidencian como esquemas maladaptativos tempranos prevalecientes a los esquemas de abandono y autosacrificio. El EMT de abandono hace referencia a las creencias de que se perderá a las personas que se quieren y se quedará solo para siempre (Young & Klosko, 2001). Igualmente, este esquema maladaptativo temprano provoca un sentimiento de desesperación en las relaciones de pareja al pensarse que es muy difícil que la pareja permanezca siempre y que sienta la ausencia cuando no se está presente. El funcionamiento o activación de este esquema en pacientes con cáncer en sitios ginecológicos se asemeja con lo expuesto por Olivares y Hernández (2003), con la influencia que tiene en especial los cánceres ginecológicos sobre la función sexual al afectar directamente a los órganos genitales, en tanto que alteran la imagen corporal provocando mayor morbilidad emocional o interfiriendo en la relación de pareja, es decir, los cambios a nivel del funcionamiento sexual y la interferencia de aspectos como el tratamiento médico en la relación de pareja que se experimentan en estos casos podría activar el esquema de abandono al incidir, según Young y Klosko (2001), principalmente en las relaciones íntimas y no ser tan evidente en los grupos ni en las relaciones fortuitas. Las personas que poseen este esquema, ante cualquier intento de pérdida o abandono, pondrán en funcionamiento las creencias implicadas con el esquema en mención. Dentro de las pérdidas que se vislumbran ante un diagnóstico de cáncer, se encuentran: disminución de las expectativas de vida, incapacidades que pueden resultar como consecuencia de un impedimento en la capacidad cognitiva, en la habilidad motora o en la producción energética (Velasco & Sinibaldi, 2001), particularizando al cáncer en sitios ginecológicos, las pérdidas se refieren más a la disminución del deseo sexual como efecto secundario al tratamiento, o temor a

ser rechazado por extirpación de un órgano o las cicatrices de una cirugía (Olivares & Hernández, 2003). Por otro lado, se señala que el esquema de abandono ha sido considerado, según diversos estudios (Clark & Beck, 1997; Hinrichen, Waller & Emanuelli, 2004; Stopa & Waters, 2005 citados en Castrillón et al., 2005), como un factor de vulnerabilidad a diversos trastornos psicopatológicos entre los que se encuentran la depresión, la ansiedad social, los trastornos de alimentación, etc., lo que en un paciente con cáncer podría incidir en un mal pronóstico, ya que teniendo en cuenta los postulados de la psiconeuroinmunología (Ibáñez, 1991), la depresión y otros estados psicológicos reducen las defensas y por tanto afectan negativamente la evolución del paciente.

En cuanto al cáncer en sitios genito-uritarios, los esquemas maladaptativos tempranos que prevalecieron fueron los esquemas de desconfianza/abuso y el de autosacrificio. El EMT desconfianza/abuso hace referencia a que las otras personas lastimarán, se aprovecharán o harán a la persona víctima de sus abusos, humillaciones, engaños, o mentiras. Generalmente, involucra la percepción del daño como intencional o que el resultado es una negligencia extrema e injustificada. Puede incluir la sensación de que la persona siempre termina siendo engañada o recibiendo la peor parte (Castrillón et al., 2005), no se dispone de evidencia teórica que corrobore como característico del paciente oncológico el presentar este patrón cognitivo.

En los pacientes con tumores de cabeza y cuello los esquemas maladaptativos tempranos prevalecientes fueron los de: insuficiente autocontrol/ autodisciplina, privación emocional y vulnerabilidad al daño y a la enfermedad. El EMT de insuficiente autocontrol/ autodisciplina se refiere a la dificultad generalizada por ejercer control sobre las propias emociones, por limitar la expresión excesiva de las mismas y controlar los impulsos; toma la forma de un énfasis exagerado en evitar la incomodidad, evadiendo el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la realización personal, el compromiso o la integridad. El EMT privación emocional está en relación con la creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros; este esquema, al igual que el esquema de abandono de acuerdo con Stopa &

Waters (2005 citados en Castrillón et al., 2005), se considera como un factor de vulnerabilidad en el estado de ánimo deprimido, lo que en el paciente oncológico podría significar un peor pronóstico (Ibáñez, 1991). En cuanto al esquema de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad se tiene que es la creencia que se dirige hacia la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables, aunque en el cuestionario empleado para la identificación de los esquemas maladaptativos tempranos en pacientes oncológicos no contenía reactivos referentes a la preocupación por sufrir enfermedades, al no emerger estos durante la validación del cuestionario en población colombiana (Castrillón et al., 2005) su presencia se relaciona con la preocupación económica que puede sufrir el paciente diagnosticado con cáncer con respecto a no tener los suficientes recursos económicos para su tratamiento o el hecho de perder la estabilidad financiera por la realización del mismo.

En lo que concierne a los pacientes con cáncer en el sistema digestivo, los esquemas maladaptativos tempranos prevaecientes fueron: el de autosacrificio y el de derecho. El EMT de derecho hace referencia a la creencia de que la persona experimenta un sentido elevado de la propia autovaloración y por eso la poca estima a las necesidades de los demás (Castrillón et al., 2005). Con respecto a este esquema no se encontraron antecedentes científicos y/o teóricos que corroboren como característico de los pacientes oncológicos los patrones de pensamiento y conducta que describen a este esquema; sin embargo, puede guardar coherencia con las reacciones emocionales experimentadas durante el diagnóstico de la enfermedad en donde la familia y sus recursos se destinan a la atención del miembro enfermo estableciendo como prioridad todo lo relacionado con su enfermedad y tratamiento, lo cual genera por ende un aumento en la valoración del paciente y a dejar en un segundo plano otras necesidades de la familia (Velasco & Sinibaldi, 20011). De igual forma, el esquema maladaptativo temprano de derecho se mostró como prevaeciente en los pacientes con cáncer de piel, pero dado a que solo tres personas integraron este tipo de cáncer, se dificulta el análisis del esquema en este grupo y por consiguiente su generalización. Con respecto a los pacientes con neoplasias linfoides se estableció como esquema maladaptativo temprano prevaeciente el de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad.

Por otro lado, con respecto a los rangos de edad los resultados evidencian que en los rangos en donde existe una proporción de personas que se ubican en la etapa del ciclo vital de la adultez media (39 - 46 años, 47 - 54 años, 55 - 62 años) prevalecen los esquemas de autosacrificio y el de estándares inflexibles 2, este último indica la presencia de la autoexigencia y perfeccionismo como una descripción de sí mismo sin hacer referencia a ningún tipo de consecuencias negativas (Castrillón et al., 2005), lo que podría corresponderse con el hecho de que durante la adultez media son todavía muchas las ambiciones que a nivel personal, familiar y profesional se tienen, lo cual genera en la persona pensamientos de fijación de metas y de satisfacciones restringidas como forma de alcanzar las metas propuestas (Velasco & Sinibaldi, 2001). En el mismo sentido, los otros rangos de edad (63 - 70 años y de 71 - 78) indican como esquema maladaptativo temprano al de autosacrificio.

De lo anterior se concluye que dada la caracterización de los esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros de atención oncológica del distrito de Santa Marta, en donde se estableció como esquema maladaptativo temprano prevaleciente el de **autosacrificio**, fue posible encontrar relación entre este resultado y los encontrados en estudios realizados en otros contextos (Moris & Greer, 1980; Eysenck, 1985; Contrada, Leventhal & O' leary, 1990, Watson, 1998 citados en Ibáñez, 1991), al relacionarse la descripción de los patrones cognitivos y emocionales que componen el esquema maladaptativo de autosacrificio con la evidencia teórica y/o científica que lo asocian con el llamado *estilo de vida carcinógeno*, el cual se caracteriza por la excesiva concentración en las demandas de la realidad – otros y, por la manera como maneja el estrés psíquico y corporal, lo cual genera espacios para la somatización de las necesidades, deseos e impulsos inhibidos, disminuyendo además las defensas del organismo.

Sin embargo, no fue posible comparar los resultados hallados en la presente investigación con otros resultados obtenidos en estudios realizados en el contexto colombiano, al no estar estos debidamente publicados en los medios especializados en el tema de psico- oncología, lo que dificultó el acceso a esta información.

Es de resaltar que con lo obtenido en esta investigación se comparte lo expresado por Ibáñez (1991) sobre el hecho que, aunque la psicología oncológica lleva más de una década buscando los mecanismos que expliquen las relaciones entre factores psicológicos y cáncer, actualmente esta puerta sigue abierta para la profundización en la relación psicología - cáncer, dadas las dificultades metodológicas y teóricas del problema de estudio. De todas maneras, es necesario que las ciencias de la salud contribuyan a lograr personas sanas y a potenciar los niveles de calidad de vida de la población que sufre algún tipo de enfermedad crónica como el cáncer.

Finalmente, cabe advertir que debido a que el proceso de recolección de información del presente estudio se hizo en un período de tres meses y con un tamaño muestral reducido, es necesario analizar con precaución los resultados obtenidos.

Referencias

- Barreto, M. (2003). *La intervención psicológica en pacientes con cáncer*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 4. Extraído el 5 diciembre, 2005 de <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaunimag/top>
- Barceló, G. & Villarreal, L. (2003). *Creencias que sobre VIH/SIDA tienen los familiares de personas diagnosticadas con esta enfermedad*. Tesis para optar el título de Psicólogo, Programa de Psicología, Universidad del Norte, Barranquilla. Extraído el 3 noviembre 3, 2005 de <http://ciruelo.uninorte.edu.co/>.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Madrid: Martínez Roca.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bloom, JR; Stewart, SL; Johnston M; & Banks P (2001). General and specific measures of quality of life in younger women with breast cancer. En: Oblitas L (2006).
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson.
- Buendía, A. M. (2005). *Elementos cognoscitivos asociados al proceso salud- enfermedad: una revisión bibliográfica científica*. Tesis para optar el Título de Psicólogo, Programa de Psicología, Universidad del Norte, Barranquilla.
- Cáncer y desventajas sociales. (2000, Junio). Boletín Temas de salud – AMM, Año 7, 58. Extraído 6 de Junio, 2007, de: <http://www.psicooncologia.org/articulos/6desvensociales.doc>

- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, C., Marín C. et al. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire – Long Form Second Edition (YSQ – L2) en Población Colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, (3), 541 – 559.
- Castrillón, D., Chaves, L. & Ferrer A. (2003). *Propiedades psicométricas y validez estructural del Young Schema Questionnaire Long Form- Second Edition en Población Universitaria de la Ciudad de Medellín – Colombia*. Tesis de Maestría en Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. *Estudio nacional de salud mental*. (2003). Bogotá.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social é Instituto Nacional de Cancerología. (2004). *El cáncer*. Bogotá.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social & Organización Panamericana de la Salud (2006). *Situación de salud en Colombia*. Bogotá: Autores.
- De Vega, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva* (2ª ed). Madrid: Alianza.
- Die, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Revista de Psicooncología*, 0(1), 39 – 48.
- Dura, E. & Ibáñez, E. (2000). Psicología oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Revista Saúde & Doenças*, 1, (1), 27-43.
- Ellis, A., & Grieger, R. (2003). *Terapia racional emotiva (9ª ed.)*. España: Desclée de Brouwer.
- González Blanco, (2006). *Bienestar Psicológico y cáncer de mama*. En Oblitas, L. *Manual de Psicología Clínica y de la Salud*. Libro electrónico. Psicom Editores. Bogotá. Colombia.
- Hernández, R., Fernández C. & Baptista P. (2003). *Metodología de la Investigación* (3ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Ibáñez E. (1991). *Psicología de la salud y estilos de vida: cáncer y corazón*. Valencia: Promolibro.
- Instituto Nacional de Cancerología & Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2003). *Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia*. Colombia: Autores.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson Editores.
- Olivares, M. E. y Hernández V. (2003). Sexualidad en la patología neoplásica ovárica. *Revista de Psicooncología*, 0, (1), 57 – 73.
- Pagano, R. (1999). *Estadística para las ciencias del comportamiento* (5ª ed). México: Thomson.
- Pozo, J. (2002). *Teorías cognitivas del aprendizaje* (7ª ed). Madrid: Morata.
- Salgado, F. & De Castro, C. J. (1999). *Estudio del sistema de creencias en mujeres con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Psicólogo, Programa de Psicología Universidad del Norte, Barranquilla.

- Salvador, M. & Gargallo, P. (2006). *Análisis factorial*. [Versión electrónica].
Extraído el 28 de Mayo, 2007, de <http://ciberconta.unizar.es/LECCION/factorial/FACTORIALEC.pdf>.
- Stein, D. J. & Young, J. E. (1992). *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego, CA: Academic Press.
- Tamblay, A. & Bañados, B. (2004). *Psicooncología del cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Psicólogo, Departamento de Psicología Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Velasco, M. L. & Sinibaldi J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Vidal y Benito, M. (2004). *La conducta sexual del paciente oncológico ¿Un tema inadecuado?* Extraído el 22 de Noviembre, 2005, de <http://www.sexovida.com/colegas/oncologico.htm>
- Visauta, B. (1998). *Análisis estadístico con SPSS para Windows*. Madrid: McGraw-Hill.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema – focused approach* (Ed. Rev.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E. & Klosko J. S. (2001). *Reinventar tu vida*. Barcelona: Paidós.