



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2017-2018 Trabajo Fin de Máster

Estudio de la influencia de la autoestima en un paciente colostomizado

Autor/a: Ana Isabel Sánchez Corbalán

Tutor/a: María del Carmen Neipp López

Convocatoria: junio 2018.

Resumen: El cáncer colorrectal corresponde a la segunda causa de muerte por cáncer en España. Se estima que tan solo la mitad de los pacientes con carcinomas de colon y recto sobrevivirá más de cinco años. El paciente con este tipo de patología no solamente debe hacer frente a una enfermedad grave que además se asocia popularmente a la posibilidad de muerte, sino que también debe adaptarse a los diversos síntomas y signos que puede experimentar su cuerpo, entre ellos, la alteración de la imagen física (provocada por la colostomía), siendo así otro estresor importante e influyente para la calidad de vida del paciente. El presente estudio pretende realizar una intervención en autoestima en un paciente colostomizado, con el objetivo de averiguar si se producen mejorías en ésta y otras variables (calidad de vida, ansiedad y depresión) que serán evaluadas mediante los cuestionarios FACT-G, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados obtenidos concuerdan con nuestra hipótesis inicial, ya que se producen mejorías en todas las variables.

Palabras clave: cáncer colorrectal, colostomía, autoestima, depresión, ansiedad, calidad de vida, intervención psicológica.

Abstract: Colorectal cancer corresponds to the second cause of cancer death in Spain. It's estimated that only half of patients with carcinomas of colon and rectum will survive more than five years. The patient with this type of pathology does not just have to face a serious illness that is also associated with the possibility of death, but also must adapt to the various symptoms and signs that his body can experience, among them, the alteration of the physical image (caused by the colostomy), thus being another important and influential stressor for the quality of life of the patient. The present study aims to perform an intervention on self-esteem in a colostomized patient, with the aim of finding out if there are improvements in this and other variables (quality of life, anxiety and depression)

that will be evaluated through the questionnaires FACT-G, Hospitalary Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Rosenberg Self-esteem Scale. The results obtained agree with our initial hypothesis, since improvements are produced in all the variables.

Key words: colorrectal cáncer, colostomy, self-steem, depression, anxiety, quality of life, psychological intervention.



INTRODUCCIÓN:

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) recoge cada año los datos de incidencia, mortalidad, supervivencia y prevalencia del cáncer en España, a través de las últimas bibliografías publicadas más relevantes y los últimos datos procedentes de diversas entidades nacionales e internacionales. Así, según los datos recogidos en los últimos años, el cáncer continúa siendo una de las principales causas de mortalidad del mundo, con aproximadamente 14 millones de diagnósticos nuevos en el año 2012 y estimaciones de unos 24 millones de casos nuevos en el año 2035.

Los datos del año 2017 sobre el cáncer colorrectal presentaron una tasa de 16,1/100.000 en varones y de 9,3/100.000 en mujeres, produciéndose así un descenso del 5,3% en varones y del 6,7% en mujeres desde el año 2012. Esta reducción (que también tiene lugar cuando nos referimos a los tumores de próstata, mama y útero) podría deberse fundamentalmente a las mejoras en el diagnóstico precoz y a los nuevos tratamientos establecidos (Malvezzi et al., 2017).

De acuerdo con los datos de los que disponemos en España, en el año 2015 se diagnosticaron 247.771 casos nuevos (con mayor incidencia en varones), siendo uno de los más diagnosticados el cáncer colorrectal: 24.764 casos en varones y 16.677 casos en mujeres. También se diagnosticó cáncer de colon a 15.808 varones y 11.927 mujeres. El cáncer colorrectal corresponde a la segunda causa de muerte por cáncer en España y se calcula que tan solo la mitad de los pacientes con carcinomas de colon y recto sobrevivirá más de cinco años, según el Instituto Nacional de Estadística (2012). A nivel mundial, la incidencia del cáncer colorrectal en el año 2012 fue (en ambos sexos) de 1.360.602 personas.

El diagnóstico de cáncer representa un suceso estresante en la vida de una persona, pero no produce el mismo impacto en todos los individuos. En relación con la ansiedad en el cáncer, se han realizado investigaciones sobre la comunicación del resultado de pruebas genéticas de vulnerabilidad al cáncer, arrojando resultados que dependen del momento en el que se realiza la evaluación, y el resultado de esta. Se ha concluido que se produce un incremento de la ansiedad cuando el individuo no conoce el resultado todavía (Loader et al, 2004), ansiedad que disminuye cuando ya se conoce el resultado y éste ha sido negativo (Meiser y Hallidey, 2002) y a aumentar, en caso de que el resultado haya sido positivo (Loader et al, 2004).

Por otro lado, el cáncer puede llegar a generar un importante nivel de malestar clínico en la mitad de las personas que lo padece. Además, puede estar acompañado de trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos, lo que requiere una atención especializada. El malestar emocional suele ser alto desde el mismo diagnóstico hasta el final de los tratamientos médicos y también puede constituir un factor de riesgo de trastornos psicopatológicos (Hernández y Cruzado, 2013).

El diagnóstico de cáncer supone un evento vital estresante en la vida de una persona. De acuerdo con esto, el paciente que presenta este tipo de patología no solamente debe hacer frente a una enfermedad grave que además está comúnmente asociada a la muerte, sino que además debe adaptarse a los diversos síntomas y signos que puede experimentar su cuerpo, entre ellos, la alteración de la imagen física, siendo así otro estresor importante e influyente para la calidad de vida del paciente (Fernández, 2004). Varios estudios se han centrado en explorar las consecuencias psicológicas negativas tras pasar un cáncer, y se encuentran con síntomas relacionados con fatiga intensa, depresión, estrés postraumático y malestar emocional (Haberkorn et al., 2013; Sheppard, Llanos, Hurtado-de-Mendoza, Tailor y Adams Campbell, 2013).

Según un estudio realizado por Carlson, Waller y Mitchell (2012) entre el 35% y el 38% de los pacientes afectados de cáncer desarrollan un malestar emocional significativo, que a su vez está asociado con una peor calidad de vida, una menor adherencia al tratamiento oncológico, un autocuidado más pobre, un estilo de vida menos saludable y una peor supervivencia en general (Antoni, 2012; Spiegel, 2012).

El cáncer colorrectal es uno de los cánceres digestivos con mayor incidencia en países desarrollados. Según la Asociación Española Contra el Cáncer, la supervivencia a los 5 años se sitúa entre el 70 y el 85% cuando se detecta en el estadio I. Si hablamos del estadio II, las cifras se sitúan entre el 60-75%. Si alcanza el estadio IV, ya hablamos de cifras de supervivencia menores al 15%. A menudo los pacientes tienen que someterse a una cirugía denominada “ostomía”, que consiste en exteriorizar algún segmento del tracto gastrointestinal, siendo las más frecuentes la ileostomía (íleo) y la colostomía (colon) (Asociación Española Contra el Cáncer, s.f).

Algunas investigaciones sostienen que muchos de los pacientes intervenidos pueden experimentar algunos sentimientos negativos como consecuencia de la ostomía. Por ejemplo, si los pacientes se han sometido a una cirugía de emergencia, pueden tener mayores posibilidades de tener más dificultades para adaptarse a los cambios de su nueva imagen corporal (Ang Sg et al., 2013). Otros estudios definen algunas cuestiones relacionadas con la ostomía, como son los sentimientos de estigma y la preocupación de que otros pudieran notar la presencia de la ostomía por olores, flatulencias o posibles fugas en el dispositivo. Estas cuestiones les llevó a tener dificultades a la hora de participar en actividades de la vida social y de reanudar sus actividades normales (Danielsen AK et al, 2013a; Danielsen AK et al, 2013b). Además, en un estudio realizado por Krouse y sus colaboradores en 2009, se describió que tanto hombres como mujeres supervivientes con ostomía de más de 5 años experimentaban importantes alteraciones

psicológicas (incluyendo ideación suicida en un pequeño porcentaje de la muestra), y alteraciones sociales significativas, siendo la intimidad lo más nombrado en ambos sexos.

El diagnóstico y tratamiento de un cáncer supone un evento vital estresante para el paciente y sus allegados. Máxime cuando, como en nuestro caso, debe enfrentarse a un cambio importante en su imagen corporal que puede incidir de forma negativa en su autoconcepto, lo que a su vez puede provocar alteraciones en la autoestima (Baider et al, 2003). Entendemos la autoestima como una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, que se basa en la evaluación, cognitiva y emocional que la persona realiza sobre sí mismo (Fernández, 2004). Los pilares de la autoestima serían la autoeficacia y la autodignidad (Rosenberg, 1965), entendiendo por *autoeficacia* la creencia que tiene la persona en su capacidad de ejecución de una tarea o para lograr rendimiento (Bandura, 1977). La *autodignidad* refiere a la seguridad de una persona en sí misma (Rosenberg, 1965).

Un estudio sobre insatisfacción corporal realizado por DeFrank y sus colaboradores (2007) mostró interesantes datos sobre la imagen corporal de los pacientes afectados de cáncer. Uno de los apuntes que más nos interesa, por el tema de este trabajo, es que la insatisfacción con la imagen corporal se asoció más fuertemente con cáncer tipo melanoma y colorrectal que con cáncer de próstata, por ejemplo. Esto puede deberse a que el impacto que tiene el tratamiento en el cuerpo del paciente puede ser más notable cuando debe realizarse alguna intervención visible, como por ejemplo una colostomía o la extirpación de un melanoma (en el caso de cáncer de piel).

Gutiérrez Huapalla (2017) realizó un estudio con pacientes colostomizados de la Unidad de Curación y Heridas de un Hospital nacional de Lima y encontró que un 46,8% de los pacientes de la muestra presentaban efectos negativos relacionados con la calidad de vida. Además, un 53,1% presentaban problemas relacionados con la dimensión física tras la

colostomía. Un estudio llevado a cabo por Narváez y sus colaboradores (2008) encontró diferencias significativas entre los resultados pre y post-tratamiento de un grupo experimental de pacientes con cáncer de mama en comparación con los del grupo control (que no siguió el tratamiento psicológico) en las dimensiones depresión, ansiedad, autoestima e imagen corporal, observándose una notable mejoría en estas variables. Un estudio llevado a cabo por Perchón y sus colaboradores (2008) en España, demostró una mejoría significativa en un grupo de hombres que habían sido sometidos a una prostatectomía radical en la dimensión calidad de vida siguiendo un tratamiento conductual. Marchioro y sus colaboradores (1996) realizaron una comparación entre grupo experimental y grupo control aplicando una terapia cognitiva en pacientes con cáncer de mama no metastático, que resultó eficaz para mejorar los niveles de calidad de vida y depresión. Siguiendo esta línea, consideramos que estas dimensiones se encuentran íntimamente relacionadas con la autoestima general de las personas, por lo que podría ser necesaria una intervención específica en autoestima para mejorar el estado de salud psicológica de los pacientes colostomizados.

Hipótesis y objetivos:

La intención de este trabajo es realizar un estudio de caso con un paciente colostomizado, elaborando talleres centrados en la autoestima para observar si se producen diferencias significativas en las variables con las que vamos a trabajar: ansiedad, depresión, autoestima y calidad de vida.

Por lo tanto, el principal objetivo de este trabajo es diseñar y analizar la eficacia de este programa de intervención. Otros objetivos específicos serían: mejorar la salud psicológica de nuestro paciente, facilitar el reajuste al autoconcepto y facilitar la adaptación a los cambios corporales tras el tratamiento.

La hipótesis principal es que, tras una breve intervención se obtendrán diferencias en las puntuaciones de las cuatro variables dependientes (calidad de vida, ansiedad, depresión y autoestima) produciéndose así una mejora en el estado general del paciente.

MÉTODO:

Procedimiento:

Para nuestro estudio, nos decantamos por localizar al paciente a través de la Asociación Española Contra el Cáncer (sede de Elda-Petrer, Alicante), debido a la facilidad de acceso al listado de posibles candidatos por estar realizando una estancia de prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria. Como requisito, el paciente debía estar diagnosticado de cáncer colorrectal e intervenido mediante una colostomía. Una vez obtenido el permiso a través de un documento de *Consentimiento Informado*, concretamos con el paciente la agenda que se iba a establecer. Posteriormente, se continuó con la aplicación de los instrumentos que se iban a emplear en la evaluación psicológica. Esta intervención fue aprobada por el Comité de Ética de la Oficina Evaluadora de Proyectos de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Historia clínica del paciente

El paciente es un varón de 55 años, diagnosticado de cáncer de colon en febrero de 2013 y operado en dos ocasiones, la última de ellas en marzo de 2014, con la consiguiente colocación de una bolsa de colostomía. El paciente está jubilado pero trabaja para poder sustentarse. Está casado y tiene dos hijos. Refiere tener un buen apoyo sociofamiliar y en general una buena capacidad de adaptación, pero cuando habla de la bolsa denota tristeza y apatía. Afirma que su vida ha cambiado radicalmente desde que le diagnosticaron el cáncer y que todavía se encuentra en proceso de adaptación. Se trata de una persona aparentemente con buena adaptación a la enfermedad en lo que a hábitos de autocuidado

se refiere, y aunque no presenta sintomatología depresivo-ansiosa, sí afirma tener “días nublados en los que le cuesta salir adelante”. Practica deporte con regularidad y tiene un buen autoconcepto de sí mismo, pero últimamente atraviesa por un periodo delicado en el que está intentando que la relación con su esposa funcione bien a la vez que se adapta a la nueva situación.

Instrumentos empleados:

Para evaluar a nuestro paciente vamos a emplear la escala de autoestima de Rosenberg, el cuestionario FACT-G y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). En los siguientes apartados describiremos brevemente las propiedades psicométricas de cada uno de estos cuestionarios:

- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (H.A.D.S.)* (Zigmond y Snaith, 1983) adaptación al castellano para pacientes oncológicos (López-Roig et al, 2000): La escala HADS se emplea para evaluar el estado emocional de los sujetos atendidos en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos, sin incluir referencia alguna a síntomas físicos. La escala está formada por 14 ítems tipo Likert de 4 puntos que se dividen en dos subescalas (ansiedad y depresión). Cada una de ellas está formada por 7 ítems. Los valores totales para cada una se obtienen a partir de la suma directa de cada uno de los ítems que la compone. Los resultados pueden indicar ausencia de caso clínico si los valores oscilan entre 0-9, y caso clínico si oscilan entre 10-21 para la subescala de ansiedad. Hablaríamos de ausencia de caso clínico si la puntuación oscila entre 0-4 y caso clínico 5-21 para la subescala de depresión. Concretamente en la adaptación en la que nos basamos se propone un único punto de corte para la ansiedad, siendo susceptible de suponer un problema aquellos casos que puntúen más de 9, y otro punto de

corte para la depresión, correspondiendo éste al 4. Las propiedades psicométricas de esta escala son adecuadas también en su adaptación, mostrando una fiabilidad de 0.85 para ansiedad y 0.87 para depresión, y una validez de 0.70. Estas propiedades psicométricas y la brevedad de esta escala la hacen muy apropiada como prueba de tamizaje para problemas psicológicos en pacientes oncológicos (Rico et al, 2005)

- *Escala de Autoestima de Rosenberg*: La Escala de Autoestima de Rosenberg no especifica ningún grupo de edad. Este cuestionario puede aplicarse tanto de forma individual como grupal. La versión española tiene una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.87) y una fiabilidad test-retest de 0.72 (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004). En cuanto a correlaciones con otros cuestionarios obtuvo una correlación positiva con Health Self-Image Questionnaire (Silber y Tippet, 1965), con el Coopersmith's Self-Esteem Inventory (Coopersmith, 1967), así como con el Harter's Self Perception Profile for Adolescents (Hagborg, 1993). Los puntos de corte de este cuestionario se sitúan entre 10 y 40: si el paciente obtiene una puntuación comprendida entre 10 y 20 sería un indicativo de baja autoestima, si obtuviera entre 20 y 30 sería señal de autoestima media y si obtiene una puntuación entre 30 y 40 sería un indicador de alta autoestima
- *Evaluación Funcional para el Tratamiento del Cáncer (FACT-G)*: Este cuestionario busca medir la calidad de vida del paciente de forma general. Se ha diseñado para autoaplicación o como instrumento en entrevista clínica. Algunas investigaciones reportan valores de confiabilidad altos para este instrumento (alfa de Cronbach cercano a 0.9) y coeficientes de correlación prueba-reprueba mayores a 0,8 (Cella y Nowinsky, 2002). Sus propiedades psicométricas son

similares a las de otros instrumentos como por ejemplo la EORTC QLQ C-30 (Conroy et al, 2004). Las propiedades de este cuestionario se mantienen estables en diversos grupos de edad (Overcash et al, 2001), si bien es cierto que pueden verse afectadas por variables como el grado de educación y el nivel educativo (Thomas et al, 2004). Las dimensiones del constructo “calidad de vida” son las siguientes: situación de salud física general (7 ítems), ambiente familiar y social (7 ítems), estado emocional (6 ítems) y capacidad de funcionamiento personal (7 ítems).

Descripción de las sesiones:

La duración de cada una de las sesiones es de aproximadamente una hora. Se citó al paciente dos veces por semana en horario de 12:30 a 13:30 en la sede de Elda de la Asociación Española Contra el Cáncer, los lunes y los miércoles, durante las tres semanas que duró la intervención. Las actividades incluidas en cada sesión aparecen en el apartado Anexos.

- Sesión 1:
 - **Objetivos:** Identificar el impacto del cáncer en la autoestima, registrar la información del paciente y su historia clínica, presentar el contenido de las sesiones, eliminar expectativas erróneas, primera toma de contacto y desahogo emocional del paciente (en caso de necesidad).
 - **Acciones:** El paciente cumplimenta los cuestionarios de evaluación y se realiza una intervención psicológica de inicio, centrándonos en la psicoeducación, eliminación de expectativas erróneas, reestructuración cognitiva y acompañamiento emocional (especialmente mientras el paciente narra su historia de vida). Tras un primer contacto, comenzamos

a validar directamente la autoestima del paciente a través del inventario de cualidades, permitiéndole expresar así cuáles son sus puntos fuertes y débiles.

- Material: cuestionarios a cumplimentar, inventario de cualidades (Anexo I), ejercicio “La imagen” (Anexo II).

- Sesión 2:

- Objetivos: Identificar los recursos personales que pueden facilitar la adecuada autoestima, reforzar la autoestima como factor de protección ante la enfermedad.
- Acciones: Identificar y potenciar la percepción que tenemos de nosotros mismos, a través de actividades en las que emplearemos metáforas para concretar qué piensa el paciente de él mismo y cuál ha sido el cambio de rol derivado de la enfermedad y su efecto en la autoestima. Acompañamiento y desahogo emocional durante todo el proceso de conexión con el yo y con la experiencia pasada de enfermedad.
- Materiales: Ejercicio “metáfora del billete de 500 euros (Anexo III) y ejercicio “metáfora del elefante” (Anexo IV).

- Sesión 3:

- Objetivos: Mejorar autoconcepto y autoconocimiento.
- Acciones: La intención en esta sesión es concretar qué aspectos de la autoestima deben reforzarse, es decir, en qué sentido valora el paciente que debe mejorar. Además, nuestro objetivo es dotar al paciente de recursos relacionados con la técnica de resolución de problemas, mediante psicoeducación. Validación de los aspectos positivos de los recursos de afrontamiento del propio paciente, así como de las emociones derivadas.

Tareas para casa: identificar pensamientos automáticos, técnica de resolución de problemas, ficha “¿qué es lo que le gusta de mi a...?”

- Materiales: Listado pensamientos automáticos y técnica de resolución de problemas, ejercicio “Lecturas” (Anexo V) ejercicio “Aspectos positivos y aspectos a mejorar” (Anexo VI).
- Sesión 4:
 - Objetivos: Fomentar el autoconcepto y el autoconocimiento.
 - Acciones: Aprendizaje de estrategias de afrontamiento activas, conducta responsable, asertividad, conducta congruente, conducta autónoma y toma de decisiones, estableciendo diferencias y explicando qué significa cada una de ellas y qué objetivos tienen (psicoeducación), para que el paciente se evalúe a sí mismo en cada una de ellas. Presentación y explicación de las tareas para casa (puesta en marcha de estrategias de afrontamiento aprendidas).
 - Material: Decálogo de la asertividad (Anexo VII). Listado de estrategias de afrontamiento aprendidas.
- Sesión 5:
 - Objetivos: Potenciar la competencia y el desarrollo personal, favorecer el concepto de sí mismo.
 - Acciones: Describir los recursos de afrontamiento aprendidos, cómo se siente el paciente tras estas semanas de terapia y de qué forma ha cambiado su día a día (si ha cambiado, si aplica las estrategias aprendidas, etc). Cierre de la terapia. Cuestionarios post-evaluación.
 - Material: cuestionarios post-evaluación.

El presente trabajo es un estudio de caso. Por lo tanto, el objetivo se centra en evaluar los efectos de un tratamiento focalizado en la autoestima para analizar los efectos en ésta y otras variables dependientes.

La metodología empleada en este estudio sigue un diseño A-B, es decir, una fase de evaluación previa (para establecer una línea base) seguida de otra de tratamiento y posteriormente una evaluación final.

Resultados

Como se puede observar en los gráficos, se han obtenido resultados positivos en todas las variables tras la intervención terapéutica, si bien los datos del pretest no señalaban la presencia de patología de ningún tipo.

Con una puntuación de 3 puntos sobre 21 en el pretest respecto a la subescala ansiedad del HADS, hablamos de una puntuación que se encuentra dentro de la normalidad (0-7), aunque sí se aprecia cierta mejoría en el postest (ver gráfico 1). En la misma línea, en la subescala depresión del HADS, el paciente obtiene una puntuación de 4 sobre 21, lo que tampoco indica la presencia de depresión, aunque en el postest obtiene una puntuación de 0 (ver gráfico 2).

Gráfico 1. Puntuaciones de ansiedad en el pretest y en el postest.

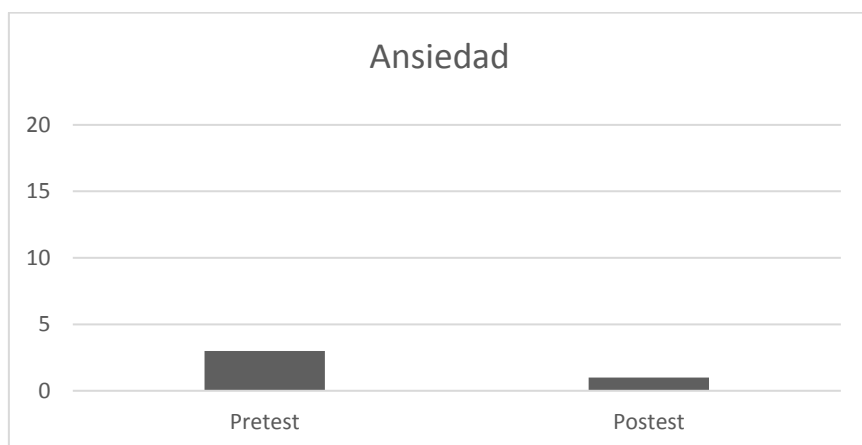
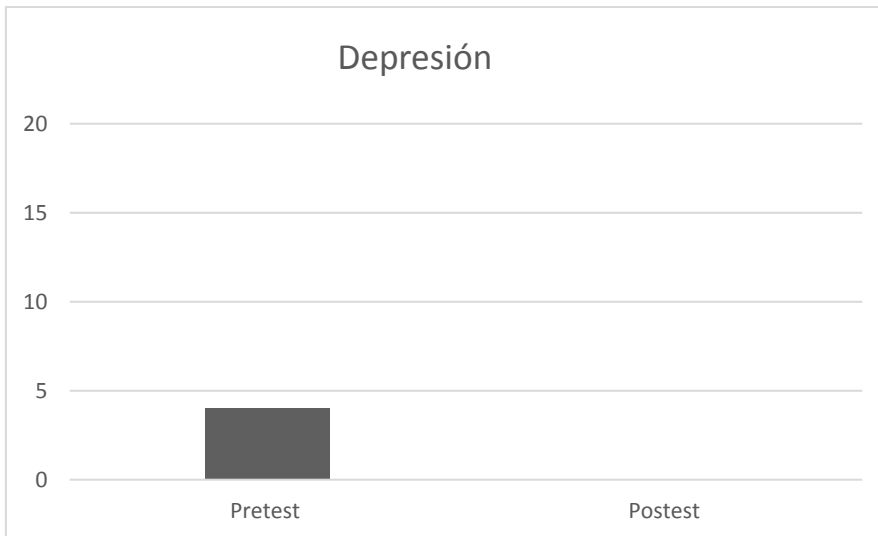


Gráfico 2. Puntuaciones de depresión en el pretest y en el postest.



Como resultados a destacar podemos hablar de la significativa mejora de la autoestima en el paciente, pasando de autoestima media (27 puntos) a autoestima elevada (35) (ver gráfico 3). También resulta destacable la mejoría en el constructo calidad de vida, pasando de 67,16 puntos sobre 112 a 87,83 puntos sobre 112 (ver gráfico 4).

Gráfico 3. Puntuaciones de autoestima en el pretest y en el postest.

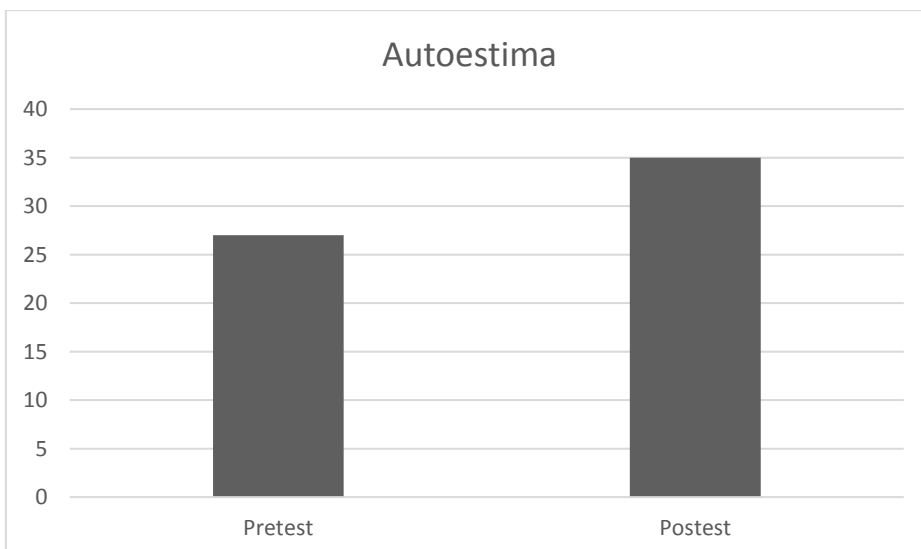
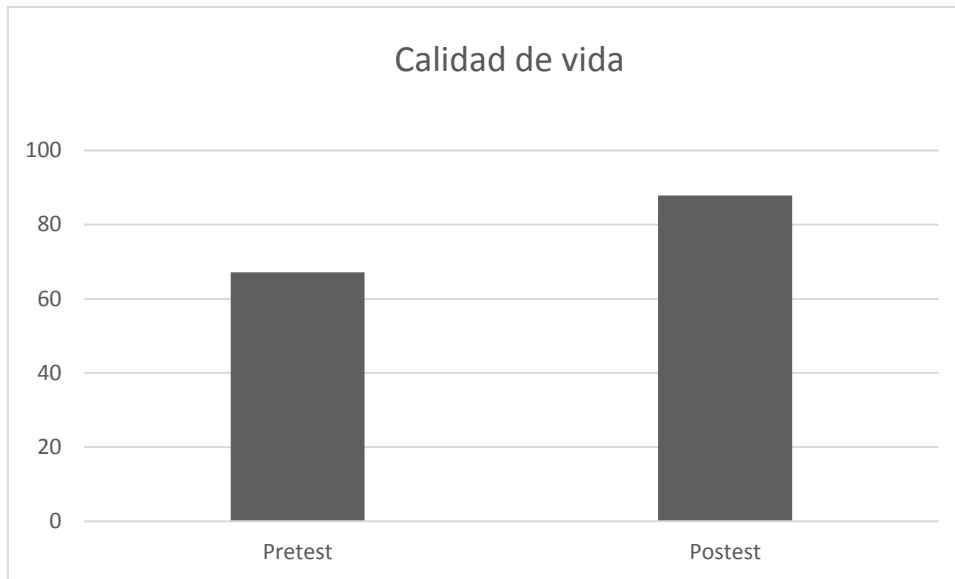


Gráfico 4. Puntuaciones de la calidad de vida en el pretest y en el postest.



Discusión:

El presente estudio se ha centrado en la intervención en una sola variable con el objetivo de comprobar si se producían efectos en ésta y otras variables relacionadas. Además, otros objetivos de este estudio han sido mejorar el estado de salud psicológico general del paciente, facilitar el reajuste al autoconcepto y facilitar la adaptación a los cambios corporales tras el tratamiento. Como ya hemos mencionado anteriormente, los resultados son positivos, ya que se produce una mejoría en todas las variables, si bien el paciente no mostraba patología alguna ni unos niveles preocupantes en dichas variables. Estos resultados van en consonancia con los del estudio realizado por Castillo Díaz y sus colaboradores (2013), en el que realizaron una intervención psicoterapéutica en un grupo de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, encontrando que en el grupo predominaba la autovaloración adecuada tras dicha intervención, con respecto a la baja autovaloración en la etapa pre-prueba, lo que apoya el hecho de que una intervención psicológica específica puede arrojar resultados verdaderamente positivos. Otro estudio, realizado por Sebastián y sus colaboradores en el año 2007, comparó la eficacia de una intervención

psicológica centrada en la imagen corporal y la autoestima en mujeres con cáncer de mama, empleando para ello un grupo control al que no se le aplicaba dicho programa. Los resultados ponen de manifiesto que aquellas mujeres que se sometieron al tratamiento psicológico obtuvieron niveles más elevados de autoestima y una imagen corporal más positiva que aquellas que no participaron en el programa.

Podemos constatar que se ha cumplido la hipótesis planteada inicialmente, ya que la intervención centrada en la autoestima ha supuesto una mejora en todas las variables dependientes, siendo destacable la mejora en la variable autoestima y en la variable calidad de vida. Si bien debemos tener en cuenta que nuestro paciente no presentaba una problemática psicológica especialmente preocupante, podemos afirmar que la intervención terapéutica le ha resultado de gran ayuda para obtener estrategias personales que fomenten su autoestima y, en consecuencia, promuevan una mejoría en otros aspectos importantes de su vida. Una autoestima elevada resulta indispensable para cualquier individuo, ya que otorga resistencia ante los problemas y favorece la resiliencia. Así, solo centrando nuestra intervención en una sola variable, constatamos que se producen mejoras en muchas otras, debido probablemente a lo importante que resulta la autoestima para el ser humano, y remarcando que ésta no debe ser olvidada en ninguna intervención psicológica. A nuestro juicio, en cualquier tratamiento terapéutico deberíamos evaluar la autoestima del/de los paciente/s y reforzarla, pues probablemente ayude a obtener mejores resultados post-intervención.

Como posibles limitaciones a tener en cuenta en este trabajo podemos hablar de la ausencia de patología en nuestro paciente, que no presentaba grandes problemas emocionales, sino que, por el contrario, era una persona bastante bien adaptada a su enfermedad y a la colostomía. Por lo tanto, no tenemos datos acerca de si esta intervención sería efectiva en una persona que sí padeciera problemas emocionales importantes. En un

estudio de caso siempre se debe tener en cuenta la propia idiosincrasia del paciente y su predisposición al cambio terapéutico, que en este trabajo ha resultado muy positivo (quizá debido a la ausencia de patología, como ya hemos mencionado). Como posibles líneas de investigación futuras, sería muy interesante aplicar esta terapia a un grupo de pacientes que hayan experimentado cambios corporales derivados de la enfermedad, ya sea una colostomía, una mastectomía, u otras intervenciones quirúrgicas, empleando un grupo control para comprobar la efectividad del tratamiento enfocado en una sola variable.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ang S.G., Chen H.C., Siah R.J., He H.G. & Klainin-Yobas P. (2013). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrate literatura review. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 587-94.
- Antoni, M. H. (2012). Mini-review: Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 30, 88–98. doi:10.1016/j. bbi.2012.05.009
- Baider, L. Andritsch, E. Uziely, B & Ever-Hadani (2003). Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *European Journal of Cancer Care*, 12, 263-273.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Carlson, L. E., Waller, A. & Mitchell, A. J. (2012). Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: Review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1160–1177 doi: 10.1200/JCO.2011.39.5509
- Castillo Díaz, Z., Díaz Gómez, I., Navarro Otero, M.C., Guerra Morales, V. & Alfonso García, A.B. (2013). Efectividad de la intervención psicoterapéutica en mujeres en tratamiento por cáncer de mama para la adecuación de la autovaloración. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(3), 287-298.
- Cella D & Nowinski CJ. (2002) Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(12 Suppl 2), 10-7.

- Conroy T., Mercier M., Bonnetterre J., Luporsi E., Lefebvre J.L., Lapeyre M., Puyraveau M. & Schraub S. (2004) French version of FACT-G: validation and comparison with other cancer-specific instruments. *European Journal Cancer*, 40(15), 2243-52.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman & Co.
- Danielsen A.K., Soerensen E.E., Burcharth K. & Rosenberg J. (2013a). Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 40(4), 407-412.
- Danielsen A.K., Soerensen E.E., Burtcharth K. & Rosenberg J. (2013b). Impact of a temporary stoma on patient's everyday lives: feelings of uncertainty while waiting for closure of the stoma. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 134-152
- DeFrank J.T., Bahn Mehta C., Stein K. & Baker F. (2007). Body image dissatisfaction in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 625-32
- Fernández, A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología* 1, 169-179
- Gutiérrez Huapalla, E. (2017) Efectos que producen ser portador de una colostomía en la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Curación de Heridas y Ostomías en un Hospital Nacional (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Haberkorn, J., Burbaum, C., Fritzsche, K., Geser, W., Fuchs, D., Ocaña-Peinado, F. M. & Schubert, C. (2013). Day-to-day cause-effect relations between cellular immune activity, fatigue and mood in a patient with prior breast cancer and current cancer-related fatigue and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 2366–2372. doi:10.1016/j.psyneuen.2013.03.001

- Hagborg, W. J. (1993). The Rosenberg Self-Esteem scale and Harter's Self-Perception profile for adolescents: a concurrent validity study. *Psychology in the Schools*, 30, 132-136. doi:[10.1002/1520-6807\(199304\)30:2<132::AID-PITS2310300205>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/1520-6807(199304)30:2<132::AID-PITS2310300205>3.0.CO;2-Z)
- Hernández, M., & Cruzado, J.A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 24(1), 1-9. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a1>
- Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M.A. & Martín, J.C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257.
- Krouse R.S., Herrinton L.J., Grant M., Wendel C.S., Green S.B., Mohler M.J., et al. (2009). Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. *Journal of Clinical Oncology*, 27, 4664-4670.
- Loader S., Shields C.G. & Rowley P.T. (2004). Impact of genetic testing for breast-ovarian cancer susceptibility. *Genetic Testing*, 8(1), 1-12.
- López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Neipp, M.C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M. & Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión: Validación de la Escala HAD en Pacientes Oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 12 (2), 127-155.
- Malvezzi M. et al. (2017). European cancer mortality predictions for the year 2017, with focus in lung cancer. *Annals of Oncology* 0, 1-7. Doi: 10.1091/annonc/mdx033.
- Marchioro, G., Azzarello, G., Checchin, F., Perale, M., Segati, R., Sampognaro, E., Rosetti, F., Franchin, A., Papagayo, G.L. & Vinante, O. (1996) The impact of

psychological intervention on quality of life in nonmetastatic breast cancer. *European Journal Cancer*, 32(9), 1612-1615.

Meiser B. & Halliday J.L. (2002) What is the impact of genetic counselling in women at increased risk of developing hereditary breast cancer? A meta-analytic review. *Social Science and Medicine*, 54(10), 1463-70.

Narváez, A., Rubiños, C., Gomez, R., García, A. & Cortés-Funes, F. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 93-102.

Overcash J., Extermann M., Parr J., Perry J. & Balducci L. (2001). Validity and reliability of the FACT-G scale for use in the older person with cancer. *American Journal of Clinical Oncology*, 24(6):591-6.

Perchon F.G., Palma C.R., Magna L.A. & Dambros M. (2008) Terapia grupal de comportamiento mejora la calidad de vida en hombres post prostatectomía radical. *Actas Urología España*, 32, 686-690.

Rico J.L., Restrepo M. & Molina M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3: 73-86

Rosenberg (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: *Princeton University Press*.

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161.

- Sheppard, V. B., Llanos, A. A., Hurtado-de-Mendoza, A., Taylor, T. A. & Adams-Campbell, L. L. (2013). Correlates of depressive symptomatology in African-American breast cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship*, 7, 292–299. doi:10.1007/s11764-0130273-y
- Silber, E., & Tippett, J. S. (1965). Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16(3, Pt. 2), 1017-1071. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1965.16.3c.1017>
- Síntomas del cáncer de colon. (2018). *Aecc.es*. Recuperado el 18 de enero de 2018, de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/sintomas-cancer-colon>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2018). Las Cifras del Cáncer en España (número de publicación) Recuperado de https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf
- Spiegel, D. (2012). Mind matters in cancer survival. *Psycho-Oncology*, 21, 588–593. doi: 10.1002/pon.3067
- Thomas B.C., Pandey M., Ramdas K., Sebastian P. & Nair M.K. (2004). FACT-G: reliability and validity of the Malayalam translation. *Quality of Life Research*, 13(1):263-9. 12.
- Vázquez, A., Jiménez, R. & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255

Zigmond A.S. & Snaith R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70. 70.



ANEXOS:

ANEXO I: Inventario de cualidades

¿Quién soy?

1. ¿Cuáles son mis cualidades y mis defectos?
2. ¿De qué soy capaz?
3. ¿Cuáles son mis éxitos y mis fracasos?
4. ¿Cuáles son mis competencias y mis límites?
5. ¿Cuál es mi valor para las personas que me conocen?
6. A nivel físico, ¿cuáles son las cinco cosas que me gustan de mí?
7. ¿Y cuáles son las cinco que no me gustan de mí?
8. ¿Me veo como una persona que merece la simpatía, el afecto, el amor de los demás o, por el contrario, sufro la distancia que existe entre lo que quisiera ser y lo que soy?
9. ¿Estoy en paz conmigo mismo o me siento frecuentemente insatisfecho?
10. ¿Cuándo me sentí, por última vez decepcionado de mí mismo, triste?
11. ¿Cuándo me sentí orgulloso de mí, feliz?

MIS CUALIDADES

Tómate el tiempo suficiente para hacer el ejercicio. Piensa en tus cualidades personales. Como ayuda te ofrecemos un listado. Puedes añadir otras. Marca con una “X” aquellas que posees.

Activo		Afectuoso		Asertivo	
Atractivo		Cuidadoso		Agradable	
Considerado		Cooperativo		Creativo	
Confiable		Disciplinado		Dinámico	
Eficiente		Divertido		Entusiasta	
Justo		Amistoso		Bondadoso	
Servicial		Alegre		Perspícaz	
Independiente		Optimista		Organizado	
Persistente		Creativo		Racional	
Realista		Serio		Sincero	
Sociable		Estable		Inteligente	

¿QUÉ PIENSAS HACER CON TUS CUALIDADES?

“¿Qué piensas hacer con tus cualidades?” es una muy buena pregunta. Para responderla, antes necesitas hacerte otras y contestarlas: “¿qué quieres hacer con tu vida?” “¿Cuáles son tus valores?” “¿Cuáles son tus necesidades?” “¿Cuáles son tus intereses?”

Para tener éxito necesitas saber con qué cuentas, los atributos o cualidades que tienes, pero también necesitas saber qué es lo que realmente quieres hacer, porque ello es lo que te permite tener una dirección y ordenar tus esfuerzos en su consecución.

El próximo ejercicio te ayudará a fijar las cosas que quieres hacer.

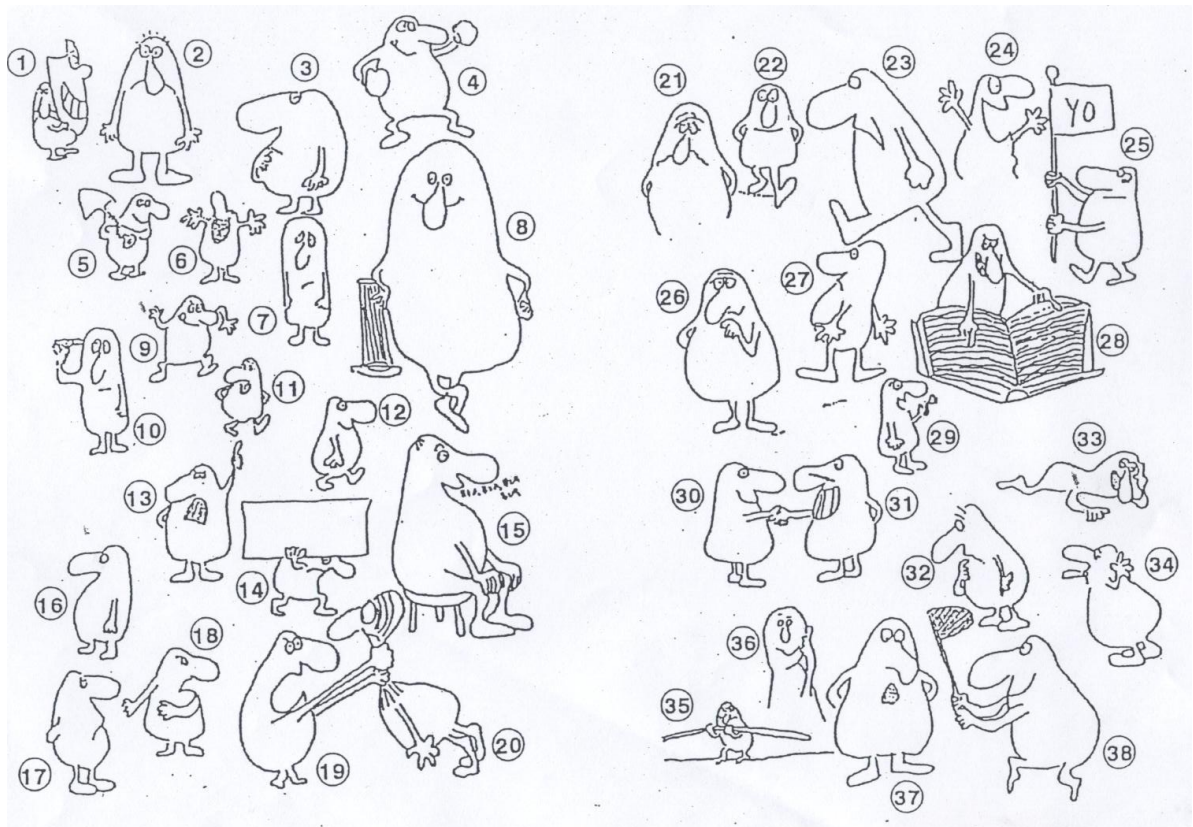
¿QUÉ QUIERES HACER?

Ya conoces las cualidades con las que cuentas. Ahora, detente a reflexionar y poner por escrito las cosas que te gustaría hacer, las metas que desearías lograr, las expectativas que desearías ver realizadas, los deseos que anhelas satisfacer.

ANEXO II: La imagen

Responde las siguientes preguntas:

- Creo que habitualmente actúo como el número.... ¿Por qué?
- Pienso que los demás (mi familia, mis amigos, mis compañeros, etc.) me ven como el número... ¿Por qué?
- Me gustaría que me viesen como el número... ¿Por qué?
- No me gustaría que me viesen como el número... ¿Por qué?
- Creo que la mayoría (especificar: profesores, compañeros, familia, los de tal o cual edad, sexo o clase social, etc.) suelen actuar como el número... ¿Por qué?



ANEXO III: Metáfora del billete de 500 €.

Con este ejercicio se pretende ejemplificar que el cambio en la imagen corporal no modifica el valor que posee cada persona. Para ello, le proponemos a nuestro paciente la siguiente metáfora.

“Tengo un billete de 500 € para quien lo quiera... ¿Lo quieres?... -Probablemente diga que sí-. Y si cojo el billete y lo arrugo... ¿lo sigues queriendo? –seguramente todavía lo quiera-. Pero y si lo cojo, lo tiro al suelo y lo piso, ¿aún lo quieres?... ¿y si lo rompo por la mitad?... y así sucesivamente”.

Finalmente se comenta que a un billete lo seguimos queriendo a pesar de los cambios que ha sufrido, porque su valor no cambia. Del mismo modo, cuando estamos con nuestra pareja u otra persona allegada, probablemente la queramos también aun con todas las transformaciones que le sucedan en el transcurso del tiempo. Así, una persona sigue teniendo su misma valía aunque su cuerpo haya cambiado, al igual que un billete no deja de poder usarse para comprar diversas cosas a pesar de que se modifique doblándolo, arrugándolo e incluso partiéndolo por la mitad.

ANEXO IV: Metáfora del elefante.

El objetivo de este ejercicio es hacer comprender al paciente la importancia de la imagen global del cuerpo, no parcial.

A continuación se relata una historia de un elefante y seis ciegos, cada uno de ellos trataba de averiguar qué animal tenían frente a ellos, pero como tocaban partes diferentes, pensaban en animales diferentes: por ejemplo, el ciego que tocó la trompa pensó que era una serpiente, el que tocó las patas creyó que era un hipopótamo, etc. Se trata de hacerle ver cómo a veces distorsionamos la realidad, pues tomamos sólo una parte de ella, sin tener en cuenta que es preciso unir las todas para poder componer la totalidad y que todo

dependerá de la perspectiva que se tenga. Del mismo modo que no se puede juzgar la “belleza” de una persona sólo por una parte de su cuerpo, ni tampoco esta parte ha de ser bella o fea *per se*.

ANEXO V: Lecturas:

Autoaceptación

Todos hemos vivido momentos en que hemos experimentado una dolorosa sensación de impotencia e ineptitud... ¿Debemos dejarnos definir por esos momentos? 'Autoaceptación' quiere decir que la persona se acepta a sí misma plenamente y sin condiciones, tanto si se comporta como si no se comporta inteligente, correcta o competentemente, y tanto si los demás le conceden como si no le conceden su aprobación, su respeto y su amor.

Un pez debe ser pez

Tan lamentable es desconocer e infravalorar nuestros talentos como no reconocer ni aceptar nuestros errores y limitaciones. La siguiente fábula ilustra la importancia de conocer y reconocer nuestras limitaciones: “Los animales del bosque se dieron cuenta un día de que ninguno de ellos era el animal perfecto: los pájaros volaban muy bien, pero no nadaban ni escarbaban; la liebre era una estupenda corredora, pero no volaba ni sabía nadar... Y así todos los demás. ¿No habría manera de establecer una academia para mejorar la raza animal? Dicho y hecho. En la primera clase de carrera, el conejo fue una maravilla, y todos le dieron sobresaliente; pero en la clase de vuelo subieron al conejo a la rama de un árbol y le dijeron: '¡Vuela, conejo!' El animal saltó y se estrelló contra el suelo, con tan mala suerte que se rompió dos patas y fracasó también en el examen final de carrera. El pájaro fue fantástico volando, pero le pidieron que excavara como el topo.

Al hacerlo se lastimó las alas y el pico y, en adelante, tampoco pudo volar; con lo que ni aprobó la prueba de excavación ni llegó al aprobadillo en la de vuelo.”

ANEXO VI: Aspectos positivos y a mejorar.

Completa la tabla

Aspectos positivos	Aspectos a mejorar

ANEXO VII: Decálogo de la asertividad

1. Manifiesta tanto sobre ti mismo como sea apropiado a las circunstancias y a los individuos.
2. Empéñate en expresar todos tus sentimientos, sean de enfado o de ternura.
3. Examina tu conducta y determina las áreas en las cuales te gustaría llegar a ser más asertivo.
4. No confundas agresión con asertividad.
5. Ten en cuenta que puedes no ser asertivo en un área y sí asertivo en otra.
6. Actúa de manera que aumente tu estima y propio respeto.
7. No confundas conducta manipuladora con asertividad verdadera.
8. Actúa. Realiza.
9. Entiende que la asertividad es un proceso, no un estado permanente.

10. Date tiempo de pensar antes de hablar. Piensa que siempre existe un modo apropiado de expresar tus mensajes.

