

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN
PACIENTES CON CÁNCER.**

PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

ASESORA:

PS. PHD. ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ



**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

2014

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN GENERAL DE MONOGRAFÍA.....	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN.....	5
MÉTODO	22
Población	22
Muestra	22
Instrumentos	22
Procedimiento.....	25
RESULTADOS	33
Población	33
Muestra.....	38
DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIONES.....	60
REFERENCIAS	61
ANEXOS	67
Anexo 1. Consentimiento informado	67
Anexo 2. Historia clínica.....	68
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II).....	71
Anexo 4. Inventario de Ansiedad Estado Rasgo	75
Anexo 5. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983)	78
Anexo 6. Cuestionario de valores (Wilson et al, 2002).....	80
Anexo 7. Cuestionario de Aceptación y Acción (Hayes et al, 1999).....	81
Anexo 8. Formulario Narrativo de Valores (Hayes et al, 1999)	82
Anexo 9. Formulación de caso	84

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de los tipos diagnósticos de cáncer en la población	31
Tabla 2. Frecuencia de los tipos de tratamiento para el cáncer en la población	32
Tabla 3. Porcentaje de participantes por rangos de tiempo de diagnóstico	32
Tabla 4. Motivos de consulta	33
Tabla 5. Modelo de sesiones realizadas en grupo en la sala de quimioterapia	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Evaluación de la actividad global EAG	38
Figura 2. Seguimiento de los síntomas depresivos en el Inventario de Depresión de Beck	40
Figura 3. Seguimiento de los síntomas de ansiedad en el STAI	42
Figura 4. Seguimiento de los síntomas depresivos y de ansiedad en la HAD	43
Figura 5. Comparación de los resultados obtenidos en los instrumentos de seguimiento	44
Figura 6. Registro escrito de pensamientos interferentes/no interferentes	46
Figura 7. Seguimiento de la respuesta de ansiedad	47
Figura 8. Registro de tareas en las esferas vitales	48

RESUMEN GENERAL DE MONOGRAFÍA

TÍTULO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER.

AUTORA: PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

FACULTAD: ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

ASESORA: ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ

El presente informe muestra el trabajo realizado durante la práctica de especialización en psicología clínica en la Institución Prestadora de Salud Mastercancer, cuyo objetivo principal fue realizar procesos de evaluación e intervención basado en el modelo de las terapias conductuales de tercera generación. Durante la práctica se atendieron en total 82 pacientes de los cuales el 10% (n=8) eran hombres, y el 90% (n=74) mujeres. Las edades oscilaron entre 27 y 78 años, con una media de 50,7 años y una desviación de 11,16 años. La intervención psicológica se realizó en dos modalidades: terapia grupal y consulta individual, el 70% (n=57) asistió a consulta grupal, el 24% (n=20) a consulta individual y el 6% participaron en ambos servicios (n=5). Para la atención individual el procedimiento fue el siguiente: recepción del caso, evaluación clínica, análisis de resultados de la evaluación y diseño de la intervención, intervención clínica y cierre del caso. En las sesiones grupales, se realizó primero una valoración de las necesidades de los pacientes, a continuación se diseñó un programa de intervención que posteriormente fue implementado en 6 sesiones. De los usuarios atendidos se escogió un caso con trastorno depresivo teniendo en cuenta criterios como el cumplimiento de las consultas y el proceso terapéutico, el número de sesiones asistidas y la información completa proporcionada por el consultante. En los resultados de la intervención del caso se observó una disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa de la paciente, una resignificación de sus experiencias y un aumento de acciones dirigidas a objetivos vitales, adicionalmente se observó una mejoría en el puntaje de la Evaluación de la Actividad Global.

PALABRAS CLAVES: Terapia de Aceptación y Compromiso, Depresión, Evaluación, Intervención, Cáncer.

ABSTRACT

TÍTULO: ASSESSMENT AND INTERVENTION OF PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN PATIENTS WITH CANCER.

AUTHOR: PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

PROGRAM: ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

SUPERVISOR: ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ

This report shows the work done during the practice of specialization in clinical psychology made in Mastercancer a health provider institution. The main objective was to conduct assessment and intervention processes based on the model of the third-generation behavioral therapies. During practice 82 patients were treated, 10% (n = 8) were men, and 90% (n = 74) women. The ages ranged from 27 to 78 years, with an average of 50.7 years and a deviation of 11.16 years. Psychological intervention was carried out in two modes: group therapy and individual consultation, 70% (n = 57) attended consultation group, 24% (n = 20) individual consultation and 6% participated in both services (n = 5). For individual attention, the procedure was the following: receipt of case, clinical evaluation and analysis of results of intervention design and evaluation, clinical intervention and closure of the case. In the group sessions, an assessment of the needs of patients was first conducted, then designed a program of intervention that was subsequently implemented in 6 sessions. It was chosen a case with depressive disorder taking into account criteria such as compliance with the consultations and the therapeutic process, the number of assisted sessions and complete information provided by the consultant. On the results of the intervention of the case it was observed a decrease of depressive and anxious patient symptomatology, a re-signification of their experiences and an increase of actions aimed to vital targets, additionally it was noted an improvement in the score of the Evaluation of the Global Activity.

KEY WORDS: Acceptance and Commitment Therapy, Depression, Assessment, Intervention, Cancer

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anómalas que crecen de forma acelerada y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis. En el cáncer, no solo hay un fallo de la célula transformada en tumoral para realizar sus funciones especiales, sino que también se establece la invasión de otros tejidos a distancia (metástasis) y una competencia por la supervivencia con las células normales del entorno, que se basa en el aprovechamiento de cambios mutacionales rápidos y continuos, favorables a sus propósitos, y en la selección natural.

El cáncer es una enfermedad de alto costo, que según las últimas estadísticas es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13% del total) ocurridas en todo el mundo. Los principales tipos de cáncer son los siguientes: pulmonar (1,37 millones de defunciones); gástrico (736 000 defunciones); hepático (695 000 defunciones); colorrectal (608 000 defunciones); mamario (458 000 defunciones); y cervicouterino (275 000 defunciones). Más del 70% de las defunciones por cáncer se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13,1 millones en 2030 (OMS, 2013).

En Colombia, el cáncer representa un problema de salud pública creciente. De acuerdo con las estimaciones de incidencia, en el período de 2000-2006 se presentaron en Colombia cerca de 70.887 casos nuevos de cáncer por año: 32.316 en hombres y 38.571 en mujeres. En los hombres, la tasa de incidencia ajustada por edad para todos los cánceres (excepto cáncer de piel) fue de 186,6 por 100.000 habitantes. En las mujeres fue de 196,9.

Entre los hombres, las principales localizaciones de cáncer fueron en orden decreciente: próstata, estómago, pulmón, colon, recto y linfomas no-Hodgkin. En las mujeres las principales localizaciones fueron: mama, cuello del útero, tiroides, estómago, colon, recto y ano (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2012).

En 2010, se registraron 33.450 defunciones por cáncer, que representaron 16.9% del total de defunciones, de éstas 16.381 fueron en hombres y 17.069 en mujeres, con una tasa cruda de mortalidad por cáncer de 72,9 por 100.000 y 74.1 por 100.000, respectivamente. En adultos, las principales causas de muerte por cáncer en hombres son estómago, pulmón, próstata, colon y recto, mientras que en mujeres son cuello uterino, mama, estómago y pulmón. En niños, las principales localizaciones de cáncer son las leucemias, los tumores de sistema nervioso central y los linfomas. El comportamiento de la mortalidad para los principales cánceres ha sido en general al incremento tanto en hombres como en mujeres, con excepción del cáncer de estómago. En la última información disponible sobre las tendencias de la mortalidad, se observa una tendencia al incremento de la mortalidad por cáncer de mama y pulmón en mujeres, próstata en hombres, y colon y recto en ambos sexos. Una buena noticia es la tendencia significativa a la disminución en la mortalidad por cáncer de cuello uterino (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2012).

Dentro de los factores de riesgo se han señalado el biológico (hereditario), los factores ambientales (agentes químicos, radioactivos) y los estilos de vida (Lazcano-Ponce & Hernández-Ávila, 2007). De forma específica en Colombia se ha encontrado que los principales factores de riesgo son: la malnutrición, las conductas de riesgo y la exposición a carcinógenos, también se ha encontrado que la promoción de la conducta preventiva en algunos sectores se ha relacionado con la disminución de las tasas de prevalencia en algunos tipos de cáncer (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2012).

Como puede verse, la enfermedad del cáncer no es homogénea, en ésta intervienen una enorme variedad de tipos que afectan a las personas en su diversidad determinada por la edad, el sexo, el momento de la vida en que ésta acontece e, el soporte emocional que

posee, entre otros, situación que dificulta englobar en una simple palabra el universo de acontecimientos físicos y psicológicos (Secoli, Pezo, Alves, & Machado, 2005).

Teniendo en cuenta este panorama, se ve como una necesidad clara la atención integral de las personas diagnosticadas con cáncer. Como respuesta a esta situación, el Ministerio de Salud y de la Protección Social en su plan decenal para el control del cáncer en Colombia consignó, que todos los pacientes con diagnóstico de cáncer, así como sus familias deben recibir atención psicológica y soporte psicosocial, el cual debe incluirse en los planes integrales de tratamiento (Arias et al, 2007). La intervención psicológica en esta población se justifica porque se considera que la presencia de cáncer es un evento catastrófico, asociado a la idea de muerte, incapacidad, desfiguro físico dependencia y disrupción de la relación con otros (Alvarado-Aguilar, Guerra-Cruz, Cupil-Rodríguez, Calderillo-Ruiz, & Oñate-Ocaña, 2011) que requiere de acompañamiento y orientación terapéutica, de modo que las personas puedan adaptarse a su nueva condición de vida. Así mismo, es importante enfatizar que, dentro de los grupos de pacientes oncológicos existen tipos de cáncer que tienen un impacto psicológico particular debido a los cambios corporales y a las significaciones socio-culturales de dichos cambios, por ejemplo el cáncer colorectal (Alvarado-Aguilar, Guerra-Cruz, Cupil-Rodríguez, Calderillo-Ruiz, & Oñate-Ocaña, 2011) y el cáncer de mama y cérvix, pues, más allá de las dificultades que vive el paciente con cáncer, las mujeres con cáncer de cérvix y mama enfrentan aspectos particulares que alteran su calidad de vida y la de su pareja. Por ejemplo, la connotación cultural del rol de mujer y compañera, así como la connotación cultural dada a la mujer que tiene esta enfermedad: disminuida, menos mujer, menos femenina (García, García, Ballesteros, & Novoa, 2003).

De forma general, la intervención psicológica de pacientes oncológicos se ha designado bajo el nombre de Psico-oncología, la cual es una disciplina integral que reúne conocimientos teóricos y metodológicos de la oncología y la psicología, así mismo se sirve de otros campos del conocimiento como la nutrición, la neurociencia y la psiquiatría (Almanza-Muñoz & Holland, 2000). Los primeros pasos de la psico-oncología se pueden remontar a la antigüedad con los principios médicos de integración, mente-cuerpo. Gracias

a las mejoras en el diagnóstico y tratamiento médico del cáncer se empieza a plantear la consideración del bienestar emocional del paciente oncológico, con la continuidad de atención psicológica durante todo el proceso de la enfermedad y la creación de unidades especializadas en el estudio de aspectos psicosociales del cáncer (Costa & Ballester, 2011). Un paso importante del desarrollo de la Psicooncología fue la participación en las clínicas y hospitales de tratamiento a pacientes con cáncer (Die, 2013). De forma general, el interés surgió dadas las implicaciones que el diagnóstico de cáncer y el tratamiento de la enfermedad significa para la calidad de vida de los pacientes, así como para el sistema de salud, considerando que el cáncer es definida como una enfermedad de alto costo. Ahora bien, desde la psicología clínica, el campo de acción en el cual se intervienen problemas psicológicos, se ha dado principal atención a condiciones tales como los trastornos de ansiedad, de depresión, trastornos del sueño y posteriormente, se ha denominado al conjunto de dificultades para asimilar y hacer frente a la enfermedad como trastorno adaptativo (Campbell & Campbell, 2012). La terapia psicológica a pacientes con cáncer es llevada aplicando los principios de la terapia a este tipo de población. Desde luego, las posturas teóricas, procedimientos y consideraciones dependerán de la corriente terapéutica a la que el profesional se encuentre adscrito.

El interés de la intervención psicológica en pacientes con cáncer viene siendo mostrado por diferentes profesionales e investigaciones del campo de la Psicología de la Salud (Die, 2013; Tafoya, 2008; Torrico, Santín, Villas, Menéndez, & López, 2002) hasta el punto de haberse constituido en una nueva área interdisciplinar (Bayés, 1985). De forma general, la Psicooncología tiene como objetivo central el cuidado psicosocial del paciente con cáncer de su familia y del equipo oncológico. Su campo de estudio incluye: cuidado clínico, prevención y consejo genético, respuesta normal y adaptación, comunicación de malas noticias, distrés psicosocial y manejo de trastornos psiquiátricos/psicológicos relacionados con la enfermedad (Almanza-Muñoz & Holland, 2000).

El ejercicio de la psico-oncología se basa en los resultados de investigaciones científicas que aplican los principios de la intervención psicológica general a la población

de pacientes con cáncer. Como producto de los estudios se ha hallado que en pacientes oncológicos se observa sintomatología relacionada con trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión, siendo su tratamiento uno de los principales objetivos del acompañamiento psicológico. Algunos teóricos han sugerido que el principal problema psicológico en los pacientes con cáncer, es el trastorno adaptativo, el cual se caracteriza precisamente por la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Barraza, 2004; Domènech et al, 2010; Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández, & Peláez, 2011). De acuerdo con Campbell y Campbell (2012), el trastorno adaptativo consiste en un patrón comportamental de respuesta al cáncer en el que destacan como principales reacciones emocionales la ansiedad y la depresión en el que la variable evolución de la enfermedad juega un papel fundamental en el tipo de reacción emocional presentado por el paciente (Montesinos, Hernández, & Luciano, 2001). Algunos autores (McGregor & Antoni, 2009; Rojas-May, 2006; Secoli et al, 2005) consideran la depresión como una reacción emocional normal del paciente ante el diagnóstico y como una respuesta socialmente determinada dado que el cáncer entraña connotaciones de ser un acontecimiento vital incontrolable e impredecible, y que además el concepto de cáncer encierra aun un significado cultural determinado tan tabú como enfermedades catastróficas del pasado como la peste o la tuberculosis que ha llevado a evitar incluso nombrar la enfermedad (Pelechano, 1999). La adaptación a la enfermedad depende de las estrategias de afrontamiento que pueden facilitar u obstaculizar el proceso de ajuste, algunas de las más estudiadas son: espíritu de lucha (Solana, 2005), evitación/negación (Pulgar, Garrido, Muela, & Reyes del Paso, 2009), fatalismo, indefensión y desesperanza (Oliveros, Barrera, Martínez, & Pinto, 2010) y preocupación ansiosa (Velázquez, Vázquez, & Alvarado, 2009). Sin embargo esto también depende del tipo de cáncer, por ejemplo en mujeres con cáncer de mama a quienes se les ha realizado mastectomía se deben lidiar con las consecuencias del tratamiento que alteran la percepción de la imagen corporal, la sexualidad y la relación de pareja (Hasson-Ohayon, Goldzweig, Braun, & Galinsky, 2010).

De acuerdo con De prado, Vitero, & Fuente (2003) el objetivo de la intervención psicológica es mejorar la calidad de vida y la adaptación del paciente y de los demás

miembros de la unidad familiar. Para ello, deben considerarse los siguientes elementos: a) Información sencilla y veraz sobre la enfermedad y sus consecuencias, así como los efectos de los tratamientos; b) Estrategias de afrontamiento, c) Estrategias para controlar mejor el dolor y d) Facilitar la expresión de emociones. En una investigación realizada por Vinaccia et al (2005) en la que se evaluó la calidad de vida, la personalidad resistente y el apoyo social en pacientes con cáncer de pulmón se encontró que no se observa una personalidad resistente definida, pero si el uso de estrategias adaptativas como la búsqueda de información y el apoyo social; en cuanto a la calidad de vida, halló que esta es percibida de forma favorable en todas las dimensiones exceptuando la emocional. Los autores sugieren que la presencia del dolor y otros síntomas asociados a la enfermedad y al tratamiento podrían explicar este resultado.

Otro campo de acción de la psico-oncología consiste en promover conductas que favorezcan la adherencia al tratamiento, la cual consiste en el grado en el que el comportamiento de una persona favorece: Tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, y otras acciones que se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (Alvarado-Aguilar, Ochoa-Carrillo, Guerra-Chávez, Mulier-Rojas, Galindo-Vásquez, & Zapata-Isidoro, 2011). La intervención en este nivel es muy importante, en especial porque el abandono del tratamiento es una de las principales causas de muerte en pacientes oncológicos que se consideran evitables (Suárez, Guzmán, Villa, & Gamboa, 2011).

Ahora bien, el curso de la vida de los pacientes se ve afectado por el afrontamiento ante los miedos, preocupaciones, recuerdos negativos y pensamientos sobre lo que ocurrirá. El afrontamiento con gran credibilidad en tales eventos privados conduce a una limitación y empobrecimiento vital que incrementa el sufrimiento personal (Paéz, Luciano, & Gutiérrez, 2005). De este modo, lo que se busca con la intervención psicológica es que la persona con diagnóstico de cáncer pueda adaptarse a los cambios derivados del proceso de la enfermedad y del tratamiento, para lo cual requiere de estrategias de afrontamiento y de la construcción de redes de apoyo social, que comprende un conjunto de dimensiones que recogen aspectos cuantitativos y cualitativos. El componente cuantitativo o estructural del

apoyo social se refiere al abanico e interconexión de recursos que lo posibilitan, y como indicador se utiliza el número de personas o el tamaño de la red social que comprenden sus contactos. El apoyo social cualitativo, con un carácter más multidimensional, se refiere al sentimiento positivo o negativo que adquieren las funciones básicas de las relaciones interpersonales en la persona que lo recibe (Costa, Salamero, & Gil, 2007). La medición de la adaptación psicosocial representa el ajuste del paciente a los cambios derivados de la enfermedad (Alvarado-Aguilar, Guerra-Cruz, Cupil-Rodríguez, Calderillo-Ruiz, & Oñate-Ocaña, 2011)

La adaptación es la capacidad para enfrentarse a los cambios internos y externos del medio a fin de mantener el equilibrio físico, cognoscitivo, afectivo, motivacional, interpersonal, vocacional y conductual funcional (Tafuya, 2008). El paciente se adapta al procurar manejar el sufrimiento emocional derivado del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Además, al adaptarse, soluciona problemas específicos y puede obtener el dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con la enfermedad. La adaptación al cáncer no es un evento aislado y único, sino más bien una serie de respuestas dinámicas que permiten al sujeto ir enfrentándose a los retos múltiples que se le presentan de manera secuencial al vivir con cáncer (Alvarado-Aguilar, Guerra-Cruz, Cupil-Rodríguez, Calderillo-Ruiz, & Oñate-Ocaña, 2011; Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005).

En las guías del National Cancer Institute (2003) se define ajuste o adaptación psicosocial al cáncer como un proceso continuado en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener el dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección. De aquí se entiende que el modo en que un individuo vivencia la experiencia asociada al cáncer está ciertamente ligado a la psico-biografía y al contexto personal y social en que se encuentra el paciente al sobrevenir la enfermedad. Así mismo, la experiencia asociada al cáncer está condicionada por los tratamientos posibles dentro de los existentes y por las creencias sociales respecto al cáncer en general y al tipo de cáncer en particular. La vivencia del cáncer es altamente estresante ya que fuerza al individuo a enfrentarse con temas tan inconmensurables como el sufrimiento, el deterioro, la muerte, la

trascendencia; temas para cada uno de los cuales debe encontrar un sentido personal. Para esto debe integrar la enfermedad a su identidad y redefinir sus relaciones con los otros y con el medio, sus expectativas con respecto a sí mismo y a los demás y finalmente el sentido último de su existencia (Barroilhet, Forjaz, & Garrido, 2005). Podría afirmarse siguiendo a Spencer, Carver y Price (1998) que más que un acontecimiento estresante aislado, el tener cáncer implica padecer series de acontecimientos estresantes interconectados.

De acuerdo a Cantú y Álvarez, (2009) el proceso de asimilación del diagnóstico de cáncer sigue unos momentos similares los que se experimentan en el duelo. Estos autores describen las siguientes fases y los fenómenos psicológicos que las acompañan: la negación (Fase I) y resistencia a creer que la noticia es cierta, se acompaña de un sentimiento de anestesia emocional; seguido de un periodo de confusión, agitación emocional y disforia (Fase II), en el cual la realidad es reconocida lentamente e incluye síntomas como: ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito. La adaptación a largo plazo (Fase III) incluye el retorno a las rutinas normales y la aparición de optimismo (Almanza-Muñoz & Holland, 2000), si este proceso de adaptación no tiene lugar es muy posible que se presenten problemas psicológicos de orden clínico y que el pronóstico de la enfermedad empeore (Graça, Figueiredo, & Fincham, 2012)

La adaptación efectiva al proceso de la enfermedad es relevante para la adherencia al tratamiento, si bien este proceso está influenciado además por otras variables relacionadas con el sistema de salud y la red de apoyo social (Alvarado-Aguilar, Ochoa Carrillo, Guerra-Chávez, Mulier-Rojas, Galindo-Vázquez, & Zapata-Isidoro, 2011).

Una pobre adaptación al diagnóstico de cáncer y durante su tratamiento es un predictor de la disminución de la calidad de vida de la persona, incluso muchos años después de superada la enfermedad (Antoni, 2013). Por lo cual las estrategias dirigidas a mejorar las capacidades de afrontamiento del paciente son un objetivo diana del trabajo psicológico en cáncer. Los estudios de Antoni (2013) han mostrado que las intervenciones psicosociales independientemente del modelo teórico y metodológico que incluyen esta

dimensión se relacionan con un mejor funcionamiento a nivel fisiológico durante y después del tratamiento médico y que además, se mantiene una buena percepción de la calidad de vida (Vinaccia et al, 2005). Así mismo, es la forma de intervención que mayores mejorías reporta a nivel neuroendocrino y proceso de adaptación al cáncer, especialmente cuando el tratamiento utiliza técnicas de la terapia cognitivo-conductual (Antoni, 2013; McGregor & Antoni, 2009) debido a que en este tipo de terapias se le enseña a los pacientes habilidades de relajación y manejo del estrés, facilita la expresión de sentimientos, mejora las estrategias de afrontamiento, provee apoyo social, y entrena en el manejo del dolor. Sin embargo, de acuerdo con Campbell y Campbell (2012), los estudios del efecto de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con cáncer avanzado presentan dificultades metodológicas como la falta de consistencia en los resultados, el tipo de muestreo y limitaciones en los análisis de resultados.

Los estudios sobre los beneficios de la intervención psicosocial en el cual se comparan grupos de pacientes con y sin tratamiento han demostrado mayor tasa de supervivencia, mejor adaptación y percepción de la calidad de vida en aquellos que participan de la terapia (Baider, Peretz, Hadani, & Koch, 2001). Estas conclusiones derivan además de investigaciones de cohorte que vienen realizándose desde las aproximaciones de Watson (1983) y Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil (1989) en las cuales se llevó a cabo la primera medición sobre los efectos de la terapia psicológica en pacientes con cáncer.

En relación con lo anterior, una de las principales variables psicológicas estudiadas en los pacientes con cáncer es el apoyo social debido a que este grupo de pacientes desde el diagnóstico o sospecha de la aparición del cáncer suelen desencadenar una serie de respuestas emocionales de amenaza a la vida, esperanza-desesperanza y sentimientos de vulnerabilidad. En el inicio de la enfermedad se desencadenan problemas físicos y comportamentales que influyen en la adaptación de los pacientes y en su funcionamiento físico, social, psicológico y calidad de vida. En estas circunstancias, se acrecienta la necesidad de apoyo social, que se constituye en uno de los recursos personales más importantes para paliar el efecto de la enfermedad (Vinaccia et al, 2005).

Los grupos de apoyo social representan un recurso para el enfermo crónico, ya que en estos se dialoga sobre los problemas ocasionados por la misma enfermedad y se proporciona información sobre cómo otros han afrontado exitosamente dichos problemas. Se puede decir que el soporte social no sólo refiere a la pertenencia a un grupo con algún interés en común o recibir algún tipo de apoyo material proveniente de este mismo, sino más bien en cómo la persona concibe ese nivel de pertenencia y aprovecha eficazmente los recursos que el grupo (familia, amigos, compañeros de trabajo, personal de salud, entre otros) le brinda (Cantú & Álvarez, 2009). Los resultados de las investigaciones han mostrado que en pacientes con cáncer el apoyo social se considera una variable que influye en su respuesta emocional ante la enfermedad. (Costa, Salamero, & Gil, 2007; Durá & Garcés, 1991; Kornblith et al, 2001).

Los resultados obtenidos por Sandín (2003) señalan más que el apoyo efectivo (el que realmente se recibe) la variable que se relaciona con mejor adaptación es el apoyo social percibido el cual se define como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros (Gómez, Pérez, & Vila, 2001). Así mismo, las redes sociales tienen un efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás, proporcionando un sentido de identidad social, de pertenencia y participación, fomentando conductas saludables, incrementando la autoestima y optimizando las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente (Barez, Blasco, & Fernández, 2003).

El medio a través del cual se ofrece apoyo social actualmente y bajo las condiciones de los sistemas de salud ha sido un reto para los profesionales y familiares de los pacientes con cáncer. En algunos países se han implementado herramientas virtuales para ofrecer información y soporte emocional. Un estudio realizado con pacientes con cáncer de mama en el cual se comparaba la efectividad del apoyo social ofrecido a través de una herramienta virtual y el apoyo brindado directamente encontró que ambas estrategias son eficaces para aumentar el apoyo social percibido y la eficacia demostrada y que existían diferencias significativas entre ambos grupos evaluados (Yoo et al, 2014).

Como se mencionaba anteriormente, al no tener lugar un proceso de adaptación al cáncer es posible que se desencadenen problemas psicológicos crónicos que empeoren la calidad de vida de los pacientes; dos de los trastornos de mayor prevalencia asociados con la no adaptación al cáncer son los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad (Barraza, 2004)

Comúnmente, el estado afectivo depresivo es una respuesta frecuente asociada a situaciones de pérdida. Algunos enfermos de cáncer pasan por un periodo de depresión reactiva después del conocimiento diagnóstico. Sin embargo, esta respuesta puede cronificarse en forma de depresión mayor como consecuencia del estrés psicosocial producido por la quimioterapia o la progresión de la enfermedad. Desde el punto de vista diagnóstico, y al igual que en el caso de la ansiedad, una decisión relevante es la de la inclusión o no de síntomas neurovegetativos (Amayra, Etxeberria, & Valdosedra, 2001). El enfoque exclusivista (Breitbar, 2009; Mermelstein & Lesko, 2006), preocupado sobre todo por los falsos positivos, otorga preeminencia a los síntomas afectivos en detrimento de los síntomas neurovegetativos. Para estos clínicos, la tristeza, la anhedonia, los sentimientos de indefensión, desesperanza e inutilidad, la pérdida de la autoestima, los episodios de llanto y la ideación suicida son los predictores más sensibles de la depresión. Por su parte, el enfoque inclusivista (Barraza, 2004), más centrado en los falsos negativos, considera que la exclusión de los síntomas somáticos impide detectar formas ambiguas de depresión en las que predomina la somatización como signo cardinal del malestar emocional. Esta ausencia de consenso, y el hecho de la variabilidad de la depresión, dependiente de variables como el estadio de enfermedad, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el momento de evaluación y el tipo de tratamiento médico, explicaría la disparidad de índices de prevalencia en población oncológica: del 1,5 al 50% (Fernández & Peláez, 2011). Actualmente se considera ajustado el dato que señala aproximadamente el 22% de prevalencia de depresión mayor en cáncer (Giese-Davis, Collie, Rancourt, Neri, Kraemer, & Spiegel, 2011). No obstante, este porcentaje se reduce hasta el 8% cuando se excluyen aquellos casos de condición depresiva preexistente o trastorno depresivo orgánico. Los factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo de depresión mayor serían (Giese-Davis et al,

2011): a) Intrínsecos: enfermedad avanzada, dolor e impacto de los tratamientos, y b) Extrínsecos: aislamiento, pérdidas recientes, actitud pesimista y resignada, historia familiar y/o personal psiquiátrica, especialmente de alcoholismo, trastornos de humor depresivo e intentos de suicidio.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, el estudio realizado por Breitbart (2009) divide dichos trastornos en enfermos de cáncer en: ansiedad reactiva la cual está relacionada con factores médicos y trastornos de ansiedad preexistentes. La ansiedad reactiva, que en promedio llega a afectar a cerca de un 40% de los pacientes, está vinculada a momentos de crisis. De entre ellos quizás merece señalarse el periodo de la quimioterapia. Dependiendo de la agresividad del protocolo, los niveles de ansiedad pueden afectar al 66% de las pacientes (Velázquez, Vázquez, & Alvarado, 2009). Por otro lado, la ansiedad relacionada con factores médicos, o síndrome orgánico ansioso, está asociada a síntomas neoplásicos (dolor, distress respiratorio severo) y a efectos farmacológicos (corticoesteroides, antieméticos, analgésicos, broncodilatadores y estimulantes βadrenérgicos). Finalmente, los trastornos ansiosos relacionados con ansiedad preexistente más frecuentes son las fobias y el pánico. Tanto en los casos de ansiedad reactiva, como en los de fobia y pánico, la etiología psicológica más frecuente suele ser (Rottmann, Dalton, Christensen, Frederiksen, & Johansen, 2010): El miedo a la mutilación, el miedo a la pérdida del control físico, el miedo a la pérdida de autonomía, el miedo a la muerte, la preocupación de dependencia y la angustia de abandono o separación. Un grupo clínico altamente vulnerable a los trastornos de ansiedad, es el de las mujeres con edad inferior a 45 años (Rojas-May, 2006) que expresa entre sus preocupaciones: el no sobrevivir para ver crecer a sus hijos, la infertilidad, amenorrea y el impacto psicológico y sexual asociado al cambio en la apariencia física. En opinión de la mayoría de los autores, un correcto diagnóstico de la ansiedad supone: a) No desatender el hecho del solapamiento de los síntomas físicos de la enfermedad y de los tratamientos con los síntomas neurovegetativos de este trastorno emocional, en especial: vértigo, palpitaciones, dolor de pecho, dolor abdominal, diarrea, dificultad de respiración, sudoración excesiva o náuseas. b) Centrarse en los signos cognitivos y conductuales: conductas de evitación (demora diagnóstica o

terapéutica), pensamiento recurrente y negativo, hipervigilancia selectiva, inquietud e hiperactividad.

Otros trastornos clínicos relacionados con el cáncer son: trastorno por estrés postraumático (Amayra, Etxeberria, & Valdosedra, 2001), los trastornos delirantes y psicóticos (Sarfati, 2000), y los trastornos cognitivos graves (Busch, Montgomery, Melin, & Lundberg, 2006).

Durante los últimos veinte años se han diseñado diferentes líneas de intervención psicoterapéutica con pacientes de cáncer. Todas ellas parecen obedecer a un propósito común: ayudar a afrontar mejor los aspectos emocionales de la enfermedad. Otros objetivos secundarios serían: favorecer la expresión de los afectos e incrementar la percepción de control a través de programas educativos. Diferentes estudios efectuados (Spiegel et al, 1999) señalan que las personas con una probabilidad mayor de ser tratadas serían aquellas que reúnen algunas de las siguientes características: edad inferior a 50 años, desajuste emocional que persiste durante al menos 18 meses después del diagnóstico, historia personal y/o familiar psiquiátrica, aislamiento social, historia reciente de pérdidas, obligaciones múltiples y empleo inflexible de ciertas estrategias de afrontamiento, sobre todo claudicación y resignación. Desde un punto de vista formal, y atendiendo a diferentes criterios, es posible establecer una distinción en los tratamientos psicológicos entre intervenciones psicoterapéuticas e intervenciones psicoeducativas. A su vez, dentro de estas dos categorías, se pueden apreciar ciertas diferencias en función de su grado de estructuración, su aplicación individual o grupal y del propósito terapéutico que persiguen. Entre los procedimientos usualmente utilizados en el área de la psicooncología cabe resaltar las propuestas de Simonton y Mathews-Simonton (1978) quienes realizaban intervenciones a través de la relajación y la visualización, y por Moorey y Greer (1989) quienes propusieron la “Terapia Psicológica Adyuvante” la cual consiste en una adaptación de la Terapia Cognitiva de Beck indicada especialmente para mujeres con cáncer de mama y que consta de una serie de procedimientos distribuidos en cuatro fases: expresión de emociones, métodos cognitivos, métodos conductuales (entrenamiento en relajación y planificación de actividades), y trabajo con el cónyuge.

A parte de las intervenciones cognitivo-conductuales se encuentra la aplicación de las denominadas terapias psicológicas de tercera generación en la intervención de pacientes con cáncer (Páez, Luciano, & Gutiérrez, 2005). Estas terapias se basan principalmente en el modelo contextual propuesto por Hayes (2004) en el cual se indica que dirigir la intervención psicológica a la modificación de los pensamientos y emociones negativos asociados al cáncer lleva a que las personas realicen esfuerzos infructuosos por evitar sus eventos privados, lo que los lleva a el trastorno de evitación experiencial (Luciano & Hayes, 2000) que ha sido definido como la respuesta psicológica que ocurre cuando una persona evita permanecer en contacto con experiencias privadas.

Estas terapias tienen en consideración el sufrimiento que se deriva verbalmente del hecho de padecer una enfermedad de cáncer, la cual es una circunstancia a la que se enfrentan todos los pacientes en esa situación. Sin embargo, y a pesar del impacto psicológico que engendra tal circunstancia, el curso de la vida de los pacientes se ve afectado por el afrontamiento ante los miedos, preocupaciones, recuerdos negativos y pensamientos sobre lo que ocurrirá. El afrontamiento con gran credibilidad en tales eventos privados conduce a una limitación y empobrecimiento vital que incrementa el sufrimiento personal (Wilson & Luciano, 2002). Dicho afrontamiento conlleva a que las personas se esfuercen al máximo por evitar el sufrimiento derivado de los eventos privados, absteniéndose de participar o interactuar con cualquier estímulo que los evoque, en conjunto este patrón conductual ha sido definido como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, 1994).

Una de los modelos terapéuticos pertenecientes a las terapias de tercera generación es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, de sus siglas en inglés Acceptance and Commitment Therapy), esta contracción en inglés también sirve para enfatizar en la palabra *actuar* como lo esencial dentro de la terapia (Wilson & Luciano, 2002). Teóricamente, ACT está basada en el contextualismo funcional y en la investigación en marcos relacionales y de regulación verbal (Hayes & Hayes, 1992). De forma general, ACT en lugar de centrarse en reducir o modificar los pensamientos, las sensaciones, las

emociones o los recuerdos que causan malestar, tiene como objetivo modificar su función, promoviendo que sean los valores personales quienes guíen la conducta de la persona y no los eventos privados (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, & Páez, 2006).

Algunas consideraciones que permiten comprender los fundamentos de ACT son las siguientes: a) El sufrimiento y el placer están en la misma dimensión, lo que significa que es inevitable tener la posibilidad de disfrutar (por ejemplo, al recordar cosas placenteras), sin que ello lleve parejo la posibilidad, antes o después, de recordar situaciones que traigan al presente sensaciones negativas, b) La dimensión sufrimiento-placer, que sustenta el reforzamiento positivo y el negativo, se amplía y transforma en sus posibilidades cuando los organismos llegan a ser verbales, c) Asume las leyes que regulan el origen de funciones a través del cambio contingencial, y enfatiza las leyes que regulan la formación y transformación de funciones vía verbal, sin la cual los trastornos psicológicos no llegan a conformarse, d) Apela constantemente a las direcciones de valor personal. Los valores o las direcciones de valor son reforzadores establecidos vía verbal. Éstos van más allá de las funciones establecidas por procesos directos de condicionamiento en tanto que una vez el ser humano aprende a comportarse de forma relacional o simbólica, ya dispone de una nueva vía para la formación y alteración de funciones, y, e) Sostiene que los trastornos psicológicos tienen un elemento común que se define por un patrón de funcionamiento o regulación verbal ineficaz (Luciano, Valdivia, Gutiérrez, & Páez, 2006).

Para alterar las funciones verbales, como se propone en ACT, algunos autores (Hayes, 2004; Hayes, Pistorello, & Levin, 2012; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) han distinguido varios componentes de la terapia a través de los cuales se hacen visibles las trampas de los procesos verbales en los que el paciente está atrapado. Los componentes no siguen un orden preestablecido ni tienen el mismo impacto e intensidad en todos los casos, éstos son herramientas flexibles que el terapeuta debe ajustar de acuerdo a los valores del paciente. De acuerdo con Wilson y Luciano (2002) son cuatro los componentes básicos de ACT como se menciona a continuación: 1) Valores: se debe llevar a cabo un proceso de clarificación de valores, se hacen preguntas que orienten al paciente a preguntarse lo que es

valioso para él y qué está haciendo para conseguirlo, 2) Exposición: es necesario poner en contacto al paciente con los eventos privados de los cuales intenta escapar y a los que teme; de esta forma se disponen las condiciones para la desactivación de las funciones verbales, 3) Desactivación de funciones y distanciamiento: se lleva al paciente a reducir el dominio del lenguaje, y, 4) Fortalecimiento: es fundamental dejar claro al paciente que lo más importante en la terapia son él y sus valores y que por lo tanto, quien debe tomar la dirección de su vida es el mismo a través de sus acciones y elecciones.

En este sentido ACT se revela como una alternativa de tratamiento eficaz en pacientes afectados o bloqueados tras el diagnóstico de cáncer y sus consecuencias. ACT mejora la calidad de vida de los pacientes promoviendo actuaciones acordes a los valores del paciente. Promueve la flexibilidad psicológica al alterar el patrón de evitación destructiva que le sitúa en una lucha infructuosa contra los propios sentimientos y sentimientos, alejándole de sus metas valiosas. Los métodos clínicos de ACT se dirigen a clarificar los valores personales, contactar con la ineficacia de la lucha contra el malestar, y a aceptar los temores, preocupaciones o recuerdos del paciente de cáncer, orientándole al aquí y el ahora y a la acción como vía para volver a vivir una vida valiosa y con sentido aun con las limitaciones que se vayan encontrando en el proceso de enfermedad e incluso con una corta expectativa de vida (Montesinos, Hernández, & Luciano, 2001).

Este enfoque terapéutico ha tenido resultados eficaces en la intervención de pacientes con cáncer tal y como lo reportan diversos estudios con distintos tipos de diagnósticos de cáncer (Montesinos, Hernández, & Luciano, 2001; Páez, Luciano, & Gutiérrez, 2005; Páez, Luciano, & Gutiérrez, 2007) Los resultados de dichas investigaciones han mostrado una mayor repercusión de la intervención basada en ACT, especialmente cuando se tienen en cuenta los cambios a largo plazo (al año de seguimiento). También es importante señalar que los cambios de la condición de ACT se centran en la activación conductual aún en presencia de malestar.

Teniendo en cuenta los elementos expuestos, el presente trabajo se planteó como objetivo evaluar y diseñar procesos de intervención psicológica bajo el modelo de las terapias de tercera generación, específicamente la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con cáncer.

MÉTODO

Población

La práctica de Especialización en Psicología Clínica se desarrolló en Mastercancer, una Institución Prestadora de Salud (IPS) que atiende pacientes adultos con diagnóstico de cáncer ofreciendo consulta oncológica y tratamiento con quimioterapia. Se atendieron en total 82 pacientes de los cuales el 10% (n=8) eran hombres, y el 90% (n=74) mujeres. Las edades oscilaron entre 27 y 78 años, con una media de 50,7 años y una desviación de 11,16 años. Con respecto al estado civil el 9% (n=7) eran solteros, el 77% (n=63) casados, el 8% (n= 7) vivían en Unión Libre y el 6% (n=5) estaban separados o divorciados. La intervención psicológica se realizó en dos modalidades: terapia grupal y consulta individual, el 70% (n=57) asistió a consulta grupal, el 24% (n=20) a consulta individual y el 6% participaron en ambos servicios (n=5). El 64% (n=16) asistieron por iniciativa propia y el 36% (n=9) fueron remitidos por el médico tratante.

La población cumplió criterios como: haber firmado el consentimiento Informado, el diligenciamiento de la historia clínica y la asistencia al menos una cita programada.

Muestra

De los 25 pacientes atendidos en consulta individual se llevó a cabo la selección de uno de ellos para la formulación del estudio de caso, dicha elección se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Numero de sesiones intervenidas, cumplimiento y permanencia en el proceso y la posibilidad de realizar seguimiento al caso clínico.

Instrumentos

Para el desarrollo de las consultas individuales se utilizaron los siguientes instrumentos:

Consentimiento Informado:

Documento que permite al usuario conocer aspectos como la confidencialidad, los beneficios y compromisos que tiene el consultante al aceptar la asesoría psicológica (véase Anexo 1)

Historia Clínica:

Documento que recolecta información socio demográfica, motivo de consulta, conductas problema, historia personal y familiar (Anexo 2).

Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II):

Instrumento de auto informe diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Está constituido por 21 ítems y se aplica de manera colectiva o individual en adultos o adolescentes. Los niveles de severidad de Depresión se obtienen a través de la sumatoria de los 21 ítems: (0-13) Depresión leve, (14-19) Depresión leve, (20-28) Depresión moderada, (≥ 29) Depresión grave. El IDB- II presenta un nivel de consistencia interna más elevado que la primera versión, con un coeficiente alfa de 0.89 (Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003; Sanz, Navarro, & Vázquez, 2003) (véase Anexo 3).

Inventario de Ansiedad Estado Rasgo State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970):

Este instrumento fue diseñado originalmente para evaluar una dimensión estable de la personalidad (la ansiedad como “rasgo” o la tendencia a la ansiedad), pero incluye también una subescala de “estado”, que, permite detectar las conductas de ansiedad en la situación actual del paciente. Es uno de los instrumentos de evaluación más utilizados en psicoterapia principalmente por demostrar alta sensibilidad con respecto al cambio sintomático (Villaruel, Celis-Atenas, Córdova-Rubio, Buena-Casal, & Spielberger, 2007). Esto los hace de gran utilidad en tratamientos breves para evaluar el curso de la evolución sintomática y el grado de malestar subjetivo que presenta el paciente. Se suele administrar en etapas

intermedias del tratamiento y al finalizarlo (Maristany, 2009). Las puntuaciones de las dos escalas del STAI pueden variar desde 0 hasta 60 puntos. En la elaboración del STAI se han intercalado los ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia. La corrección se efectúa con plantilla, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos y trasladando el valor resultante a la fórmula impresa en la esquina superior derecha del Ejemplar. También se puede realizar la corrección directamente, sumando las puntuaciones para cada una de las sub-escalas. Los puntajes no indicativos de sintomatología oscilan entre 0 y 30, puntajes superiores indican niveles de ansiedad de consideración clínica (véase Anexo 4).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983):

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), conformada por 14 ítems, permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. El contenido de la HAD está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) es especialmente interesante y evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad. La HAD está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos sub-escalas de 7 ítems intercalados. La sub-escala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico. La escala original ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, mostrando una sensibilidad y especificidad útil en la discriminación de ansiedad y depresión. (Costantini et al, 1999; Malasi, Mirza, El-Islam, & Fakhr, 1991). Otros estudios muestran la utilidad de este instrumento en la evaluación de pacientes con cáncer, donde la sensibilidad y especificidad del instrumento varía con los puntos de corte utilizados en las subescalas (Carroll, Kathol, & Noyes, 1993; Chaturvedi & Chandra, 1994; Finck & Forero, 2011; Rico, Restrepo, & Molina, 2005) (véase Anexo 5).

Los siguientes instrumentos se usaron únicamente para la muestra (caso) y fueron utilizados como recurso terapéutico más que como instrumentos de medición:

Cuestionario de valores (Wilson et al, 2002):

Es un formato diseñado para orientar a los consultantes en la selección de los valores en cada una de las esferas de su vida. Presenta 10 áreas de valoración a las cuales los pacientes puntúan de 1 a 10 siendo, siendo 1 el valor mínimo dentro de la vida de la persona y 10 el valor máximo. Adicionalmente, el cliente debe puntuar si las acciones que está realizando son coherentes con el valor que tiene esa área para su vida (véase Anexo 6).

Cuestionario de Aceptación y Acción (Hayes et al, 1999):

Es un instrumento tipo escala Likert en el cual se presentan una serie de afirmaciones sobre las acciones del cliente, que deben ser valoradas por él de acuerdo con su propia experiencia (véase Anexo 7).

Formulario Narrativo de Valores (Hayes et al, 1999)

Al igual que el cuestionario de valores, este instrumento está dirigido a establecer los elementos valiosos del paciente. En este el consultante debe escribir las direcciones valiosas para cada una de las esferas vitales (véase Anexo 8).

Procedimiento

La práctica de la especialización en psicología estaba dividida en dos partes Evaluación e intervención. La primera parte consistió en la aplicación de instrumentos psicotécnicos y la entrevista para el desarrollo del proceso Terapéutico o de asesoría de los consultantes atendidos. La segunda parte consistía en el desarrollo de los casos basándose en la información presentada Por los consultantes y la revisión de literatura. Cabe aclarar

que durante que ambos procesos (Evaluación-intervención) se realizaron de forma simultánea en la atención clínica.

Para la atención de los casos en general se siguió el procedimiento que se muestra a continuación:

Recepción del caso y apertura de Historia Clínica:

En este paso tenía lugar el primer encuentro con el paciente. Se llevaban a cabo el diligenciamiento del consentimiento informado y la historia clínica.

Evaluación clínica:

Se evaluaban las características del caso y con base en éstas se seleccionaban los instrumentos que permitieran una medición adecuada, a continuación se administraban los instrumentos escogidos. La evaluación se complementaba con la entrevista clínica y la observación.

Análisis de resultados de la evaluación y diseño de la intervención

Se llevaba a cabo la calificación de las pruebas y el análisis de los datos recogidos tanto en los instrumentos como en la entrevista y la observación. Teniendo en cuenta el análisis se procedía al diseño de un plan de intervención que se presentaba posteriormente al consultante.

Intervención clínica:

Consistía en la aplicación de las técnicas y procedimientos correspondientes al plan de intervención diseñado para cada caso.

Cierre del caso:

Una vez finalizado el proceso de intervención se realizaba una evaluación de la terapia teniendo en cuenta los objetivos planteados para el caso, esta evaluación se realizaba en conjunto con el consultante. En este momento se daba lugar exponer al

paciente indicaciones a tener en cuenta de modo que los resultados positivos obtenidos en el proceso se mantengan en el tiempo.

Para las sesiones grupales el procedimiento fue el siguiente:

Evaluación de necesidades

Se llevó a cabo una evaluación de necesidades mediante la aplicación de la HAD, la cual reveló una presencia significativa de sintomatología ansiosa y depresiva, así mismo se consultó de forma abierta en los grupos de quimioterapia cuál era su principal afección a nivel psicológico, encontrándose un consenso en que el principal problema estaba relacionado con la regulación emocional.

Diseño del programa de intervención

Teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes se diseñó un programa de seis encuentros dirigidos al entrenamiento en diferentes técnicas de regulación emocional. Debido a la rotación de los pacientes el programa fue elaborado de modo que los consultantes podían asistir a las sesiones en cualquier momento del proceso.

Implementación del programa de intervención

Se realizaron los encuentros terapéuticos en seis sesiones de una duración aproximada de dos horas.

Para el caso seleccionado la intervención se orientó siguiendo el modelo de ACT teniendo en cuenta los siguientes pasos (Anexo 9):

Se llevaron a cabo 14 sesiones de aproximadamente una hora de duración, de las cuales las dos primeras correspondieron a la fase de evaluación. Las sesiones tuvieron una periodicidad semanal transcurriendo tres meses entre la primera y la última sesión.

Generar la desesperanza creativa (Sesiones 2, 4 y 8)

El primer paso fue tratar de generar una experiencia de desesperanza creativa, esto es, hacer caer en la cuenta a la paciente del costo que tiene la evitación. El objetivo terapéutico era que LP llegara a experimentar que todo lo que había hecho (y continuaba haciendo) no había servido de nada, pues aunque a corto plazo su lucha había tenido algún sentido, a largo plazo estos pensamientos volvían con más fuerza. En estos momentos de confusión se intentó no instruir, no proporcionar a la paciente ninguna estrategia concreta, pues cualquier cosa que se le dijera, podría ser utilizada para seguir cavando (metáfora del Campo de Hoyos, Wilson & Luciano, 2011) Fue muy útil el uso de paradojas a fin de romper los esquemas lógicos que conducen a la evitación. Así, hubo momentos en los que LP decía no entender nada, a lo que el terapeuta replicaba bien, “si no entiendes nada es que lo estas entendiendo”. Con ello se respondía a los efectos de la paradoja con una segunda paradoja. Si bien caer en la cuenta de que no iba a poder acabar con los pensamientos que le atormentaban le provocó gran confusión y pesadumbre, la verdadera desesperanza surgió al darse cuenta de que en el camino había perdido todo lo que para ella era importante: la relación con su madre y su sobrina, los momentos de recreación y cercanía con su hijo, su relación de pareja, su trabajo y su proyecto de estudiar una tecnología. En este sentido tuvo un gran impacto el ejercicio del Funeral en el que se le pidió a la paciente que imaginara que asiste a su funeral y que pensara las cuestiones por las que le gustaría ser recordada por sus seres queridos. Este ejercicio fue vivido con una fuerte carga emocional, interrumpiéndose con varios episodios de llanto, ya que LP llegó a sentir que todo aquello que más le importaba, aquello que perdía con la muerte, lo estaba perdiendo ya en vida. En estos momentos se trató de hacerle ver que ella no estaba desesperada, sino que era la situación la que no tenía esperanza. Y no estaba desesperada porque podía responder. La terapeuta, en este punto, le indicó que si bien ella no iba a poder ayudarla a “olvidar estos pensamientos”, sí podía ayudarla a retomar su vida y los objetivos que tenía en la misma. La paciente presentaba un patrón de evitación altamente cronificado, por lo que a lo largo de la intervención hubo numerosas oportunidades para practicar la experiencia de la desesperanza creativa, a la par que se avanzaba en otros objetivos.

Clarificar valores (Sesiones 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13 y 14)

La paciente mostraba dificultades a la hora de identificar sus valores, centrada como estaba en “sacarse de la cabeza” aquellas ideas que le molestaban y evitar “sentirse mal”. Con este fin, se comenzó proponiendo preguntas abiertas del tipo: ¿qué hay importante en tu vida?, si no hubieras tenido esta enfermedad (el cáncer) ¿qué estarías haciendo? En un principio las respuestas eran altamente imprecisas, y LP sólo alcanzaba a decir que para ella lo más importante era su hijo. Pero, con el transcurso de las sesiones, comenzó a proponer acciones concretas. Al mismo tiempo se fueron haciendo patentes las barreras psicológicas: “antes de eso necesito que usted me quite este sentimiento y esos pensamientos, si no me siento bien, entonces no soy capaz de hacer lo que tengo que hacer”. Tratando de precisar los valores de la paciente se realizó el ejercicio para clarificar los valores en diferentes áreas. Ésta demanda buscaba que la paciente estableciera las líneas de actuación generales que querría llevar a cabo enmarcadas en diferentes áreas (relaciones íntimas, familia, relaciones sociales, trabajo, estudio y formación, ocio, salud, etc.). A su vez se pretendía que se detallaran objetivos y acciones concretas que le llevarían por el camino de esos valores, así como las barreras u obstáculos que pudieran aparecer. Así, por ejemplo, en cuanto a las relaciones íntimas, para la paciente era importante mantener una relación de amor y comprensión mutua. Como objetivo se proponía conocer a alguien, y las acciones que pensaba poner en marcha consistían en salir, hablar con la gente, etc. Ella pensaba que la barrera fundamental con la que podía encontrarse eran: “el cáncer”, “la depresión” “el malestar del tratamiento de la quimioterapia”. De la misma forma se obtuvo información del resto de las áreas: *Familiar*: la paciente afirmó que para ella es importante mantener contacto con sus familiares, tenerlos en su vida; “volver a salir con mi hijo, a estar pendiente de él” “volver a visitar a mi mamá, aceptar cuando me inviten ellas a salir”, *Social*: Refiere que siempre se ha sentido muy “sola” y que ha querido ampliar su red de relaciones; “tener amigos, alguien con quien salir, hablar, hacer otras cosas” *Espiritual*: refiere que la relación con Dios es muy importante y que desde que tiene el cáncer ha querido acercarse más a él, pero lo evita porque “cada vez que rezo, me pongo mal, se me vienen todos esos pensamientos, y las ganas de llorar” para recuperar esta área de su vida la paciente propuso: “volver a la iglesia, intentar volver al grupo de oración, volver a rezar como antes”, *Académico*: afirma que siempre quiso tener un título profesional y que

cuando se casó sacrificó ese “sueño” se ha propuesto para iniciar llevar a cabo las diligencias necesarias para inscribirse en el programa la siguiente cohorte. Este ejercicio fue complementado con la aplicación del Cuestionario de Valores de modo que la paciente pudiera hacer una reflexión sobre sus principios axiológicos y las acciones que estaba implementando para seguirlos.

Desde el momento en el que se pusieron establecieron los valores de la paciente, se dedicó una parte de todas las sesiones a realizar seguimiento sobre los pasos había dado para recuperar su vida. A partir de la sesión 6, tras una recaída en la que LP se apartó del horizonte de sus valores, viéndose atrapada nuevamente en el patrón de evitación, se introdujo un registro en el que debía anotar las acciones que emprendía para retomar el camino, lo que dio buenos resultados.

Una metáfora de gran relevancia en este caso fue la metáfora del Jardín (Wilson & Luciano, 2011), y ello en la medida en que ayudó notablemente a poner de manifiesto la necesidad de un trabajo continuado y perseverante para lograr la vida que ella deseaba. En esta metáfora se pidió a la paciente que imaginara que tenía un jardín. Éste cuenta con distintas parcelas, en referencia a las áreas en las que se agrupan los valores. Se le dijo que si uno quiere tener un buen jardín, tiene que trabajarlo día a día. Al principio resulta duro, y es difícil ver los frutos del trabajo. Incluso podría ocurrir que plantara las simientes, las regara, y, al final, nada brotara. Pero lo cierto es que la única manera de tener un bonito jardín es trabajándolo. De esta forma, se indicó a la paciente que la única manera de conseguir la vida que quería tener era trabajando, día a día, en la dirección valiosa, sabiendo que los resultados no están garantizados. En este bloque de sesiones y teniendo como base los valores de LP se le indicó que verbalizara y escribiera los compromisos que estaba dispuesta a llevar a cabo, la paciente enunció los siguientes: “venir a las terapias a la hora que es”, “cumplir las tareas que saquemos de aquí”, “ser siempre sincera”, “cumplir con lo que digamos aquí así me sienta mal”.

El control de los eventos privados es el problema (Sesiones 4,6 y 10)

Otro objetivo al que se orientó el tratamiento fue a que LP contactara con el verdadero problema, que no eran sus pensamientos negativos, el miedo o los sentimientos de culpa, sino aquello que hacía con el propósito de controlarlos. Así, se sugirió que el control funciona con muchas cosas, pero tal vez, con los sucesos privados, las estrategias de control no fueran igualmente eficaces. La paciente disponía de una amplia experiencia en este sentido. En cada sesión surgían nuevas estrategias de control, al hilo de las barreras con las que la paciente se encontraba en la dirección a sus valores, y para hacer contacto con la inutilidad de la lucha se dispusieron preguntas del tipo: ¿lo has intentado?, ¿y te ha funcionado?, ¿qué te dice tu experiencia? El primer paso era que la paciente llegara a distinguir lo que se puede controlar y lo que no. A este respecto, y para socavar el sistema de creencias que conduce a un patrón de evitación, se utilizaron diversas metáforas como la del Polígrafo y la de Alimentar al Tigre (Wilson & Luciano, 2011). Del mismo modo se introdujeron diferentes ejercicios experienciales. Por ejemplo, se presentó el ejercicio del Reflejo Rotuliano, en el que se le daba un golpe en la rodilla y se le pedía a la paciente que controlara la respuesta refleja de la misma forma que intentaba controlar sus pensamientos. Se trataba de que LP llegara a abstraer, a través de múltiples ejemplos, que hay ocasiones en las que el control no funciona, e incluso puede tener efectos paradójicos.

Desliteralización o desactivación de las funciones verbales (Sesiones 4 a 8)

El propósito de la intervención era que las palabras no llegaran a controlar conductas que situaban a la paciente en contra de la dirección que quería seguir. Así se utilizaron distintas técnicas para que LP pudiera ver sus pensamientos y sus sentimientos como lo que son y no lo que dicen ser. En este bloque se introdujeron metáforas (La caja, las dos escalas, el mensaje en el computador, el tablero de ajedrez, la casa con nubes y saltar en paracaídas) que ilustraban a LP cómo los pensamientos y verbalizaciones son independientes de las acciones, así mismo se realizaron ejercicios experienciales, por ejemplo, se introdujo el ejercicio de repetir muchas veces, y sin parar, una palabra también se introdujo el ejercicio de los números en éste se le pidió a la paciente que recordara los números 1, 2 y 3, para posteriormente pedirle que se olvidará de ellos, lo que obviamente resulta imposible. De la misma forma, se le pidió que repitiera muchas veces uno de los

pensamientos que más frecuentemente le asaltaban: “no soy capaz con esto” Se trataba de cambiar el contexto en el que estas palabras aparecían, de forma que llegara a diferenciar los pensamientos de sus funciones.

Compromiso y cambio de conducta (Sesiones 9 a 14)

En este bloque se pretendía afianzar la práctica de LP en detectar las barreras y actuar siempre eligiendo teniendo como norte sus valores. Así mismo se llevó a la paciente a que reafirmara aquello que es importante para ella en su vida. También en consideración a que estaba próximo el final de la intervención se trabajó en el manejo de las recaídas introduciendo la metáfora del Jinete. Otros recursos utilizados fueron el ejercicio de cambiar la forma de coger el lápiz y la metáfora del viaje. También se llevó a cabo una evaluación de las acciones dirigidas a los valores que la paciente estaba implementando de modo que ella pudiera visualizar lo que había conseguido hasta el momento y las consecuencias positivas que estaba recibiendo de su cambio de conducta.

Como puede observarse, y si bien el modelo de ACT facilita un modelo a seguir el proceso terapéutico es dinámico y es pertinente trabajar con diferentes técnicas y estrategias que permitan alcanzar los objetivos terapéuticos. Por ejemplo, durante las sesiones 5 a 9 se llevó a cabo un entrenamiento en relajación progresiva con respiración diafragmática debido a que la paciente manifestó que los eventos de ansiedad le resultaban muy aversivos y que en ocasiones no le permitían conciliar el sueño. Así mismo, después de realizar la clarificación de valores se entrenó a la paciente en una técnica de resolución de problemas de modo que pudiera llevar a cabo las tareas asignadas pues algunas de éstas consistían en diligencias que requerían dicha habilidad en la cual LP mostraba dificultad.

Por último, es importante señalar que el proceso de evaluación se realizó de forma constante para llevar el seguimiento de la evolución de los síntomas y los cambios conductuales esperados. La evaluación inicial se realizó en la primera sesión con la aplicación de los siguientes instrumentos: HAD, BDI, y STAI. Estos mismos instrumentos se aplicaron cada cuatro sesiones (1, 4, 8 y 12). Otras medidas que se tomaron fueron los

registros conductuales de los pensamientos interferentes, la respuesta de ansiedad y las acciones orientadas a valores.

RESULTADOS

Población

La población total atendida fueron 82 consultantes, de los cuales el 10% (n=8) eran hombres, y el 90% (n=74) mujeres. Las edades oscilaron entre 27 y 78 años, con una media de 50,7 años y una desviación de 11,16 años. Con respecto al estado civil el 9% (n=7) eran solteros, el 77% (n=63) casados, el 8% (n= 7) vivían en Unión Libre y el 6% (n=5) estaban separados o divorciados.

Referente al diagnóstico el de mayor frecuencia fue el cáncer de mama con un 44% (n=36). En la Tabla 1. se muestran los porcentajes y frecuencias según el diagnóstico.

Tabla 1.

Frecuencia de los tipos diagnósticos de cáncer en la población

Diagnóstico (cáncer)	Frecuencia	Porcentaje
Mama	36	44
Cérvix	8	10
Linfoma	7	9
Estomago	6	7
Páncreas	5	6
Intestino	5	6
Recto	3	4
Ovario	3	4
Próstata	3	4
Colon	2	2
Hígado	2	2
Esófago	2	2

n= 82 participantes

En cuanto al tratamiento médico la mayor parte de los participantes recibía de quimioterapia, radioterapia y cirugía (71%, n=58). En la Tabla 2. se muestran los porcentajes y frecuencias por tipo de tratamiento.

Tabla 2.

Frecuencia de los tipos de tratamiento para el cáncer en la población

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia, radioterapia, cirugía y fármacos	4	5
Quimioterapia, radioterapia y cirugía	58	71
Quimioterapia y radioterapia	12	14
Quimioterapia y cirugía	4	5
Quimioterapia y fármacos	3	4
Radioterapia y cirugía	1	1

n= 82 participantes

En cuanto al tiempo de diagnóstico osciló entre los 3 y los 24 meses con un promedio de 9,28 meses y una desviación estándar de 5,6 meses. El mayor porcentaje de participantes tenía entre 7 y 12 meses de diagnóstico (39%; n=32). En la Tabla 3. se muestra el porcentaje de participantes en cada uno de los rangos de tiempo en meses

Tabla 3.

Porcentaje de participantes por rangos de tiempo de diagnóstico

Rango (meses)	Frecuencia	Porcentaje
3- 6	26	32
7-12	32	39

13-18	19	23
19-24	5	6

n= 82 participantes

El 70% (n=57) asistió a consulta grupal, el 24% (n=20) a consulta individual y el 6% participaron en ambos servicios (n=5). El 64% (n=16) asistieron por iniciativa propia y el 36% (n=9) fueron remitidos por el oncólogo tratante. El principal motivo de consulta fue el de problemas relacionados con la adaptación al proceso de la enfermedad y su tratamiento (48%; n=12). En la Tabla 4. se presentan los principales motivos de consulta y la frecuencia reportada para cada uno.

Tabla 4.

Motivos de consulta

Motivo de consulta	Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Desregulación emocional	Problemas relacionados con ansiedad, depresión, irritabilidad, labilidad emocional.	7	28
Adaptación al cáncer y el tratamiento	Problemas relacionados con la adherencia al tratamiento médico, cumplimiento de citas, cambio de hábitos, asistencia al centro de salud y dificultades en la relación médico-paciente.	12	48
Reacciones	Problemas relacionados con	4	16

condicionadas al tratamiento	al	reacciones fisiológicas asociadas al tratamiento: insomnio, aversión a alimentos, lugares, y eventos asociados.		
Dificultades con el grupo de apoyo primario		Problemas de pareja, conflictos familiares.	2	8

n= 25 participantes

Las terapias grupales se llevaron a cabo durante las sesiones de quimioterapia. Estas sesiones se ajustaron a las necesidades manifestadas por los pacientes y su ejecución se adaptó a la dinámica de rotación de los pacientes en sala de quimioterapia. Teniendo en cuenta estos elementos se diseñó un programa de seis sesiones siguiendo el modelo que se presenta en la Tabla 5.:

Tabla 5.

Modelo de sesiones realizadas en grupo en la sala de quimioterapia

Fase 1: Expresión y procesamiento emocional			
Objetivos: Facilitar la expresión y mejorar el procesamiento emocional			
Sesión	Actividades	Descripción	N
1	Conciencia somática	Se llevó a cabo una descripción breve de las emociones distinguiéndolas entre “positivas” y “negativas” y se preguntó a los pacientes por experiencias emocionales y las manifestaciones somáticas que les indicaban que estaban experimentando una u otra emoción.	11
2	Simbolización	Se indicó a los pacientes que seleccionaran un momento de su vida particularmente emotivo y que narraran	9
3	Re-significación	Se indicó a los pacientes que mencionaran lo positivo y negativo de experimentar emociones y que le dieran un	10

	emocional	significado a un evento emocionalmente significativo	
Fase 2: Regulación emocional			
Objetivos: Mejorar las habilidades de regulación emocional y favorecer estrategias de afrontamiento más adaptativas.			
Sesión	Actividades	Descripción	N
4	Relajación progresiva con respiración diafragmática	Se realizó un entrenamiento en respiración diafragmática y a continuación se realizó un ejercicio de relajación progresiva de Jakobson con ayuda de imaginación.	9
5	Manejo sintomático de la irritabilidad y la evitación	Para la irritabilidad se realizó un breve entrenamiento en el reconocimiento de indicadores corporales de aviso, anticipación de consecuencias de la ira, tiempo fuera y auto-instrucciones verbales de tranquilización. Y para la evitación emocional se discutió sobre el rol de las emociones y se explicó su papel en el mantenimiento del miedo y su efecto rebote cuando lo que se trata de evitar son pensamientos o emociones vinculados a la enfermedad. A continuación se realizó un ejercicio donde se pidió al grupo que cerrara los ojos y se les dijo que los próximos 5 segundos: “no pienses en tu nariz ni en la palabra nariz”. Cuando se preguntó sobre quien ha sido capaz, los pacientes reconocieron no haber sido capaces de “no pensar” en la nariz.	8
6	Trabajo con memorias autobiográficas positivas, recuperación de sensaciones agradables e	Se realizó en tres momentos: ✓ <i>Primero: Dar un paso hacia atrás (hacia el pasado).</i> El inicio del ejercicio se realizó con imaginación guiada induciendo un estado de relajación, dando consignas para que visualicen una pantalla donde deben sintonizar una imagen, escena o recuerdo previo a la enfermedad	15

	intervenciones basadas en la esperanza	<p>en el que se sintieran especialmente bien, donde sintieran alguna de las sensaciones que ahora están ausentes.</p> <p>✓ <i>Segundo: Otra vez un paso hacia el presente.</i> Se preguntó en qué medida esas sensaciones están presentes en sus vidas de ahora. Esto ayuda a identificar que en la mayoría de casos aún hay situaciones donde se conservan estas sensaciones.</p> <p>✓ <i>Tercero: Un paso hacia delante (hacia el futuro).</i> Se trabajó en el establecimiento de metas, el desarrollo de habilidades para encontrar vías o itinerarios para su obtención y la automotivación para el logro. Se llevó al grupo a que reflexionara sobre qué cosas podrían hacer ahora cada uno para conseguir recuperar esas sensaciones agradables.</p>	
--	--	---	--

N= número de asistentes por sesión. Total de participantes: 62 pacientes

Muestra

De los 25 pacientes atendidos en consulta individual se llevó a cabo la selección de uno de ellos para la formulación del estudio de caso, dicha elección se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Número de sesiones intervenidas, cumplimiento y permanencia en el proceso y la posibilidad de realizar seguimiento al caso clínico.

Presentación

LP es una mujer de 46 años de edad natural de Curití, residente en Bucaramanga. Es la cuarta de seis hermanos, divorciada dos veces, con un hijo producto de la segunda unión. Actualmente, trabaja manejando taxi y convive únicamente con su hijo. Refiere haber

tenido una infancia difícil por múltiples problemas familiares (violencia intrafamiliar, aparente cuadro depresivo de la madre, dificultades económicas de vivienda y alimentación, abandono de figuras parentales por largos períodos de tiempo, maltrato físico y verbal, y trabajo infantil). Realizó estudios formales hasta bachillerato, y refiere que a pesar de obtener buenos resultados en su historial académico y mostrarse interesada por continuar sus estudios no fue posible acceder a educación superior, por lo cual no ha realizado ningún otro tipo de actividad académica. Dentro de los antecedentes relevantes se reporta: dos eventos depresivos, dos crisis de ansiedad y un duelo con complicaciones por la pérdida de su hija neonata hace 6 años. Se le diagnosticó cáncer de mama en octubre de 2013.

La paciente refirió en la consulta que sus objetivos consistían en “alejar” los pensamientos relacionados con la enfermedad y la “depresión”, en no “llorar tanto” y en “desaparecer la ansiedad”. Cuando se le preguntó por las estrategias intentadas hasta el momento para eliminar los pensamientos y los sentimientos refirió que evitaba realizar actividades que la “pusieran mal” como las diligencias médicas, hablar con otras personas (“siempre me preguntan cómo estoy y esto me pone mal”). También afirmó que cuando empezaba a “sentirse deprimida” se quedaba en cama todo el día viendo televisión en compañía de su hijo.

Teniendo en cuenta lo reportado por la paciente y dado que las estrategias implementadas por ella no habían sido efectivas y previendo que adoptar los objetivos planteados por ella resultaría inconveniente se decidió que la aproximación de la Terapia de Aceptación y Compromiso podría ser útil para solucionar los problemas de LP. En este sentido la intervención psicológica se encaminó a promover el cambio contextual y la aceptación psicológica en lugar de intentar disminuir la tasa de pensamientos negativos y los niveles de ansiedad. Se trataba de aceptar los pensamientos y emociones como tales sin implicarse en la lucha por eliminarlos, lo cual supone un cambio de contexto. El cambio en los objetivos planteados inicialmente por la paciente hacia unos más adaptativos formó parte de la intervención terapéutica manteniendo los valores de LP como la dirección hacia la que orienta su vida.

Para el seguimiento y formulación del caso se tuvieron en consideración:

1. Verbalizaciones que hicieran referencia a la ansiedad, pensamientos, preocupaciones, recuerdos cuya topografía indicara alguna forma de aceptación o distanciamiento.
2. Verbalizaciones que hicieran referencia a la ansiedad, recuerdos cuya topografía no indicara alguna forma de aceptación o distanciamiento.
3. La implicación en cuestiones prácticas que situaran a LP en la dirección de alcanzar sus objetivos en la vida seleccionadas por ella misma en función de sus valores.
4. La mejora de la calidad de vida de la paciente en general.

Para más información sobre el caso véase Anexo 9

Resultados de la intervención terapéutica

Como resultado general de la intervención la paciente logró aceptar su enfermedad y los pensamientos y emociones asociados a ésta e implicarse en las cuestiones que ella valoraba como importantes en su vida (relaciones familiares, actividad laboral, educación de su hijo). La evolución es puesta de manifiesto en verbalizaciones como: “aunque a veces me siento mal, sé que estoy bien y puedo hacer las cosas que me gustan y que valen la pena”, o “sé que el cáncer está ahí, es algo que me sucedió, pero eso no significa que estoy acabada”.

Para realizar un seguimiento de la evolución de la paciente se tomaron tres clases de registros: 1) Evaluación de la Actividad Global en cada sesión de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR, 2) Evaluaciones periódicas con instrumentos estandarizados (ver método), en el cual se monitoreaban los síntomas depresivos y de ansiedad por los cuales acudió la paciente a consulta, pues si bien el objetivo de la terapia no estaba encaminado a la disminución de estos eventos privados si se pretendía la mejora de la calidad de vida de LP por lo cual la disminución de dichos síntomas era un indicador de seguimiento importante, y; 3) Registro de indicadores conductuales.

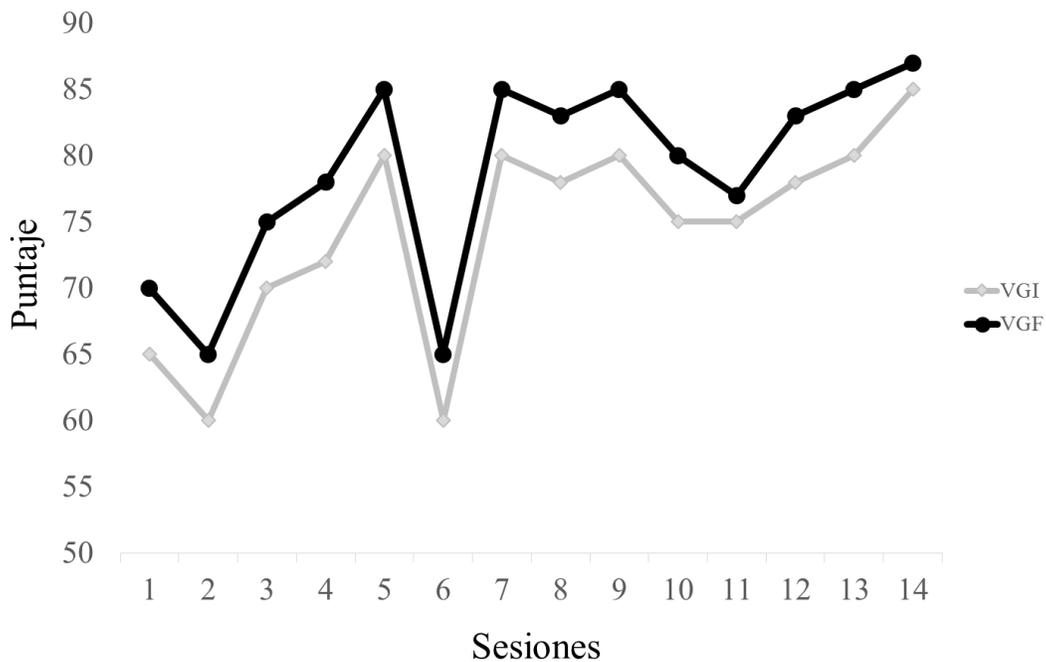
A continuación se presentan los resultados de estas tres categorías.

Resultados del seguimiento en la Evaluación de la Actividad Global EAG

Siguiendo las indicaciones del DSM-IV-TR (APA, 2002) se llevó un registro de la EAG desde el inicio hasta el final del proceso terapéutico. La EAG se realizaba al iniciar la sesión y luego al finalizar. A través de este seguimiento se evaluaba el curso de la evolución de la paciente considerando todas las áreas de ajuste, midiendo además los efectos del proceso terapéutico (ver Figura 1).

Figura 1.

Evaluación de la actividad global EAG



N. VGI: valoración global inicial; VGF: valoración global final. Durante cada una de las sesiones se realizaron dos valoraciones, al iniciar la terapia y nuevamente al finalizar.

De acuerdo con el registro, la paciente tuvo una mejoría progresiva que fue observándose a lo largo del proceso terapéutico. La recaída observada en la sesión 6

corresponde con la ruptura amorosa con su pareja afectiva más reciente; los otros puntajes bajos se presentaban por el malestar provocado por los efectos del tratamiento de la quimioterapia.

Resultados de los Instrumentos Estandarizados de Seguimiento Clínico

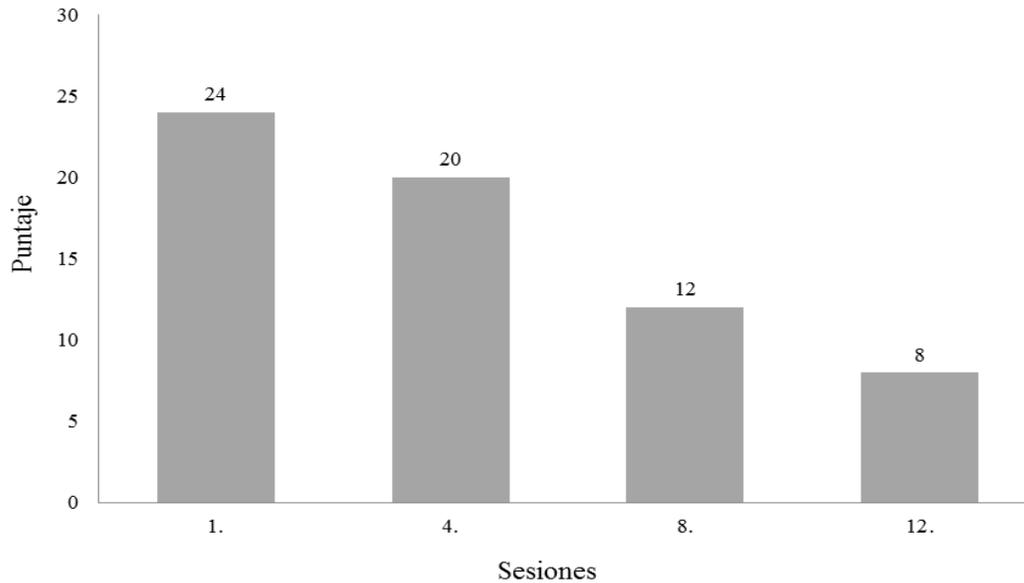
Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1979)

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck, 1979) es un cuestionario auto-aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Sin embargo, su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes: No depresivo: 0-9 puntos; Leve perturbación del estado de ánimo: 10-18 puntos; Depresión Moderada: 19-29 puntos; Depresión Grave: > 30 puntos.

Este instrumento fue administrado en cuatro oportunidades a la paciente con la finalidad de realizar un seguimiento de los síntomas de su problema clínico. En la primera aplicación la paciente obtuvo un puntaje de 24 lo cual de acuerdo con los criterios de clasificación del instrumento significan una severidad correspondiente a una depresión moderada. En la sesión 4 el puntaje disminuyó a 20, puntaje que también corresponde a una depresión moderada. En la octava sesión se observó una mejoría de cambio categorial en la cual se obtuvo un puntaje de 12, el cual corresponde a una leve perturbación del estado de ánimo. En la última medición la paciente obtuvo un puntaje de 8, el cual indica que los síntomas no corresponden a un cuadro depresivo (ver Figura 2).

Figura 2.

Seguimiento de los síntomas depresivos en el Inventario de Depresión de Beck



N. se tomaron mediciones cada cuatro sesiones hasta el final del proceso terapéutico. Rango de puntaje: 0 a 63.

Inventario de Ansiedad Estado Rasgo State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970)

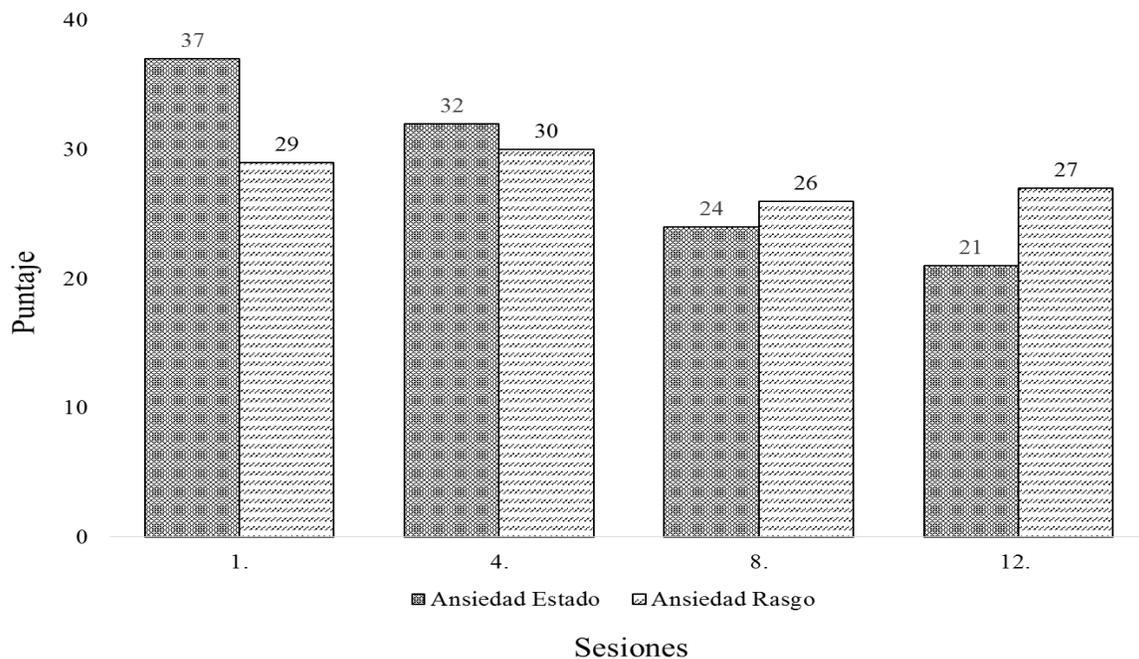
Este instrumento fue diseñado originalmente para evaluar una dimensión estable de la personalidad (la ansiedad como “rasgo” o la tendencia a la ansiedad), pero incluye también una subescala de “estado”, que, permite detectar las conductas de ansiedad en la situación actual del paciente. Es uno de los instrumentos de evaluación más utilizados en psicoterapia principalmente por demostrar alta sensibilidad con respecto al cambio sintomático (Villarreal, Celis-Atenas, Córdova-Rubio, Buena-Casal, & Spielberger, 2007). Esto los hace de gran utilidad en tratamientos breves para evaluar el curso de la evolución sintomática y el grado de malestar subjetivo que presenta el paciente. Se suele administrar en etapas intermedias del tratamiento y al finalizarlo (Maristany, 2009). Las puntuaciones de las dos escalas del STAI pueden variar desde 0 hasta 60 puntos. En la elaboración del STAI se han intercalado los ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia. La corrección

se efectúa con plantilla, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos y trasladando el valor resultante a la fórmula impresa en la esquina superior derecha del Ejemplar. También se puede realizar la corrección directamente, sumando las puntuaciones para cada una de las sub-escalas.

Los puntajes no indicativos de sintomatología oscilan entre 0 y 30, puntajes superiores indican niveles de ansiedad de consideración clínica. Este instrumento se administró a la paciente en la primera sesión y en otras tres adicionales de seguimiento. Los resultados mostraron que la sub-escala de Ansiedad Rasgo se mantuvo relativamente estable a lo largo de las mediciones, mientras que en la de Ansiedad Estado los puntajes fueron disminuyendo pasando de una categoría clínica a una no clínica (ver Figura 3).

Figura 3.

Seguimiento de los síntomas de ansiedad en la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI



Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983)

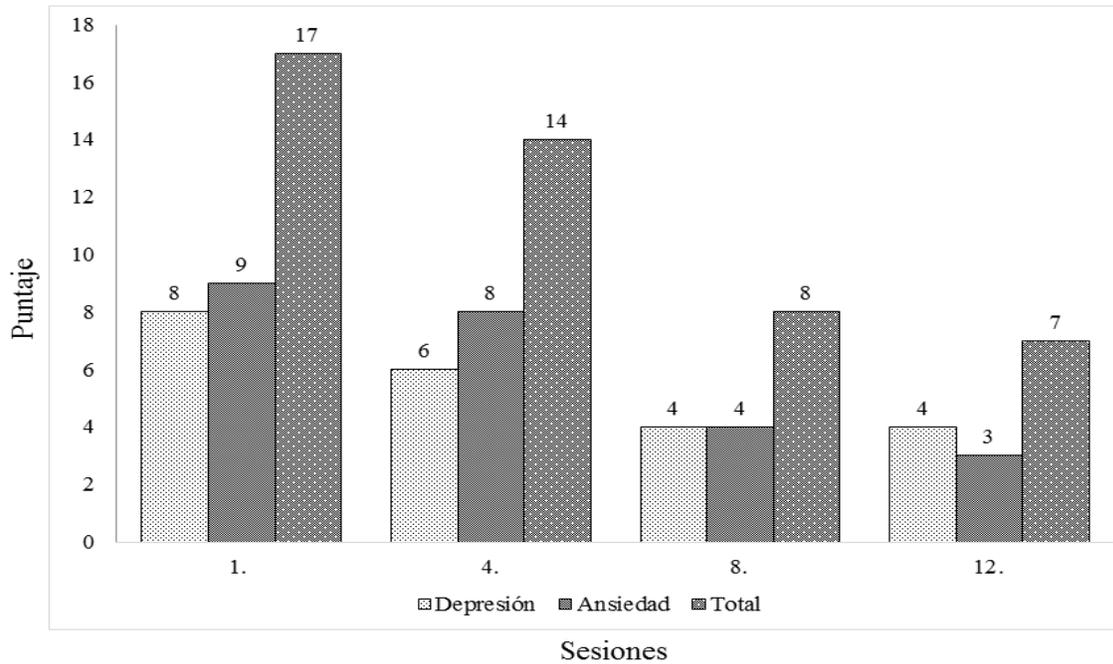
La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), conformada por 14 ítems, permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. El contenido de la HAD está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) es especialmente interesante y evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad.

La HAD está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos sub-escalas de 7 ítems intercalados. La sub-escala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico.

La escala original ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, mostrando una sensibilidad y especificidad útil en la discriminación de ansiedad y depresión. (Costantini et al, 1999; Malasi, Mirza, El-Islam, & Fakhr, 1991). Otros estudios muestran la utilidad de este instrumento en la evaluación de pacientes con cáncer, donde la sensibilidad y especificidad del instrumento varía con los puntos de corte utilizados en las subescalas (Carroll, Kathol, & Noyes, 1993; Chaturvedi & Chandra, 1994; Finck & Forero, 2011; Rico, Restrepo, & Molina, 2005). Este instrumento fue administrado en cuatro oportunidades a la paciente con la finalidad de realizar un seguimiento de los síntomas de su problema clínico. En la primera aplicación obtuvo los siguientes puntajes: depresión= 8, ansiedad=9, total=17, siendo todos los puntajes significativos para sintomatología clínica. En la segunda administración se observó una disminución en todos los puntajes: depresión= 6, ansiedad=8, total=14, siendo de implicación clínica únicamente el puntaje de ansiedad. En la tercera evaluación se presentó una disminución considerable de la sintomatología en ambos casos: depresión= 4, ansiedad=4, total=8, no siendo ninguno de los puntajes un indicador clínico. Esta misma situación se observó en la última medición en la cual se mostraron los siguientes puntajes: depresión= 4, ansiedad=3, total=7 (ver Figura 4).

Figura 4.

Seguimiento de los síntomas depresivos y de ansiedad en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HAD

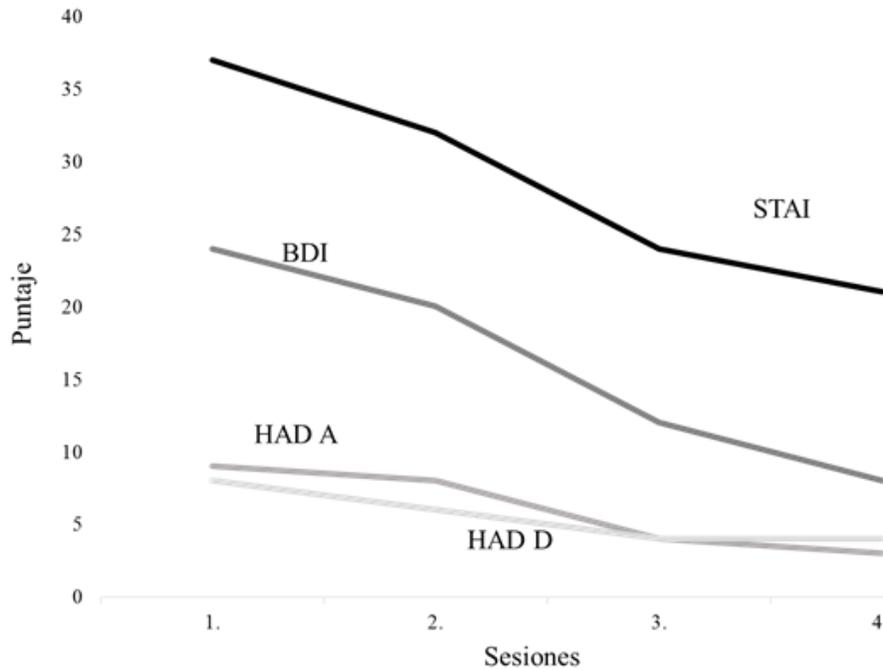


N. se tomaron mediciones cada cuatro sesiones hasta el final del proceso terapéutico. Rango de puntaje: 0 a 63.

Los resultados observados en la HAD coinciden con los hallados en el BDI y en el STAI, en los cuales también se muestra una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión (ver Figura 5.)

Figura 5.

Comparación de los resultados obtenidos en los instrumentos de seguimiento de la sintomatología clínica



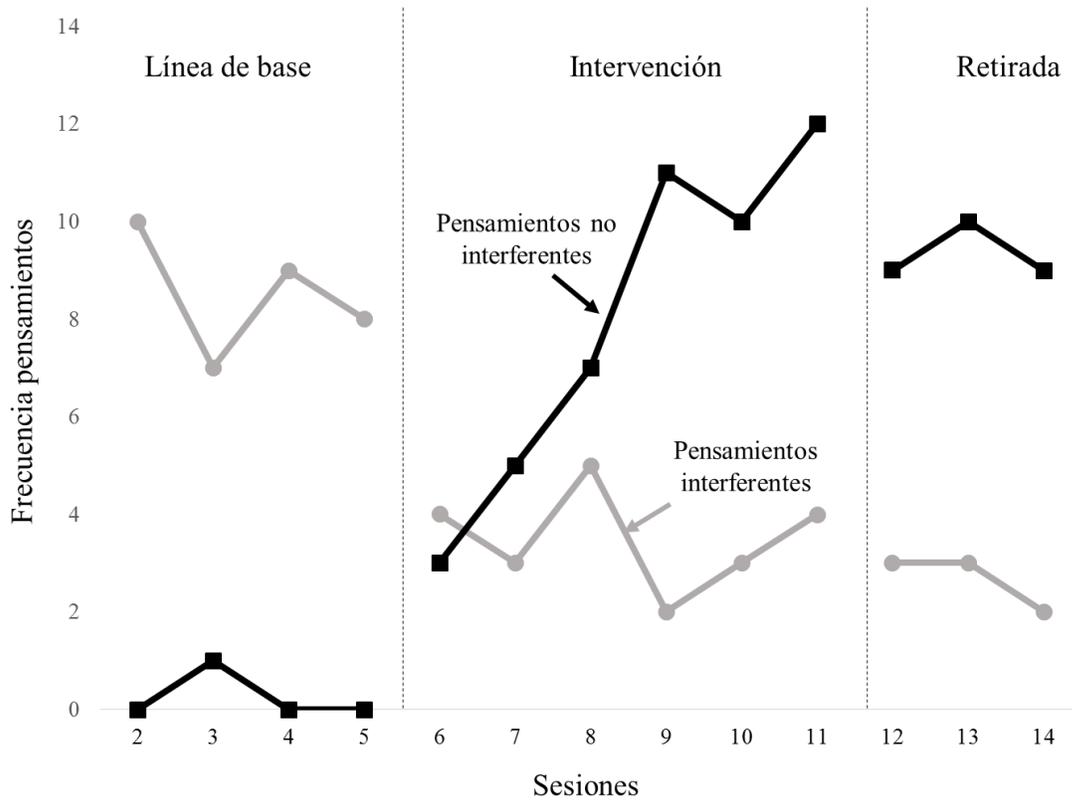
Resultados de seguimiento por indicadores conductuales

Uno de los principales problemas de la paciente era la intrusión de pensamientos negativos (indefensión y minusvalía) que según ella la “llevaban a sentirse mal” y a no “hacer nada” aquí se presentaba una fusión entre los eventos privados y las actividades externas de la paciente, por lo cual se implementó una estrategia de distanciamiento según el modelo de ACT. Para realizar un seguimiento de esta conducta problema se le indicó a la paciente que llevara un auto-registro de la cantidad de pensamientos intrusivos que se le presentaban en una semana y de las veces que estos pensamientos “no le permitían realizar sus actividades” y también que registrara las veces que había experimentado los pensamientos sin que éstos interfirieran con su agenda del día. Los cuatro primeros registros (sesiones: 2 a 5) corresponden únicamente a la evaluación de los pensamientos (Línea de base). Los registros consecutivos corresponden al período de intervención (sesiones 6 a 11) y los últimos 3 corresponden a la retirada del tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento LP reportada una cantidad elevada de pensamientos que le impedían realizar

sus actividades y a medida que fue avanzado el proceso de la terapia estos pensamientos disminuyen mientras que se nota un aumento de pensamientos no interferentes (ver Figura 6).

Figura 6.

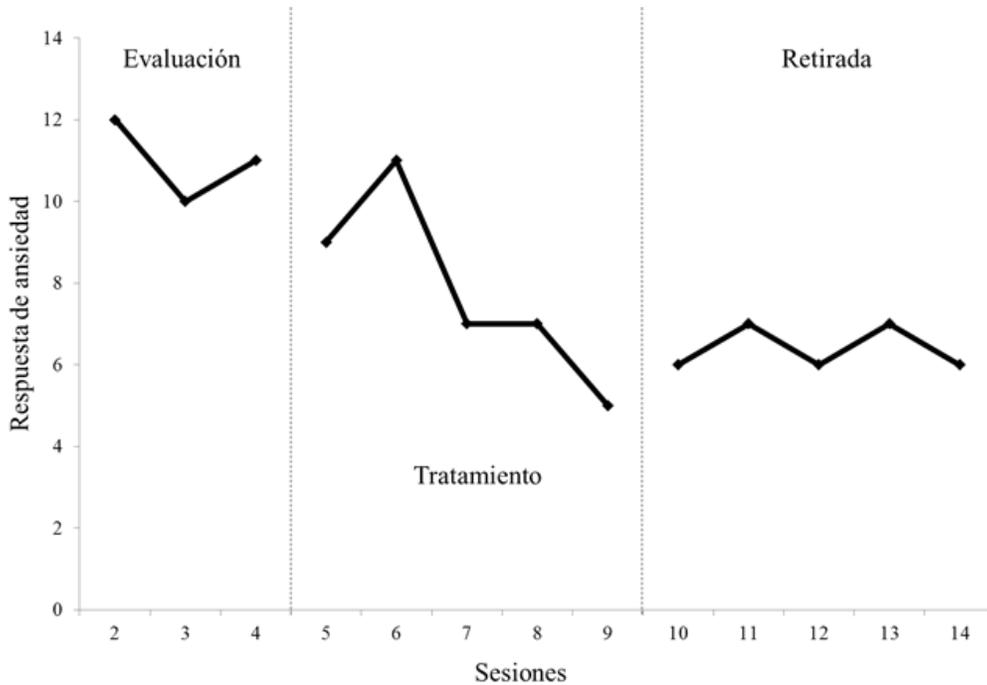
Registro escrito de pensamientos interferentes/no interferentes



Para el manejo de los síntomas de la ansiedad se llevó a cabo un entrenamiento en relajación progresiva. Al igual que en el caso de los pensamientos se tomó un registro sin intervención durante tres semanas (sesiones 2, 3 y 4), luego se llevó a cabo el entrenamiento en 5 sesiones y luego se realizó un seguimiento de las respuestas de ansiedad retirando el entrenamiento en consulta hasta el final del proceso terapéutico (ver Figura 6).

Figura 7.

Seguimiento de la respuesta de ansiedad

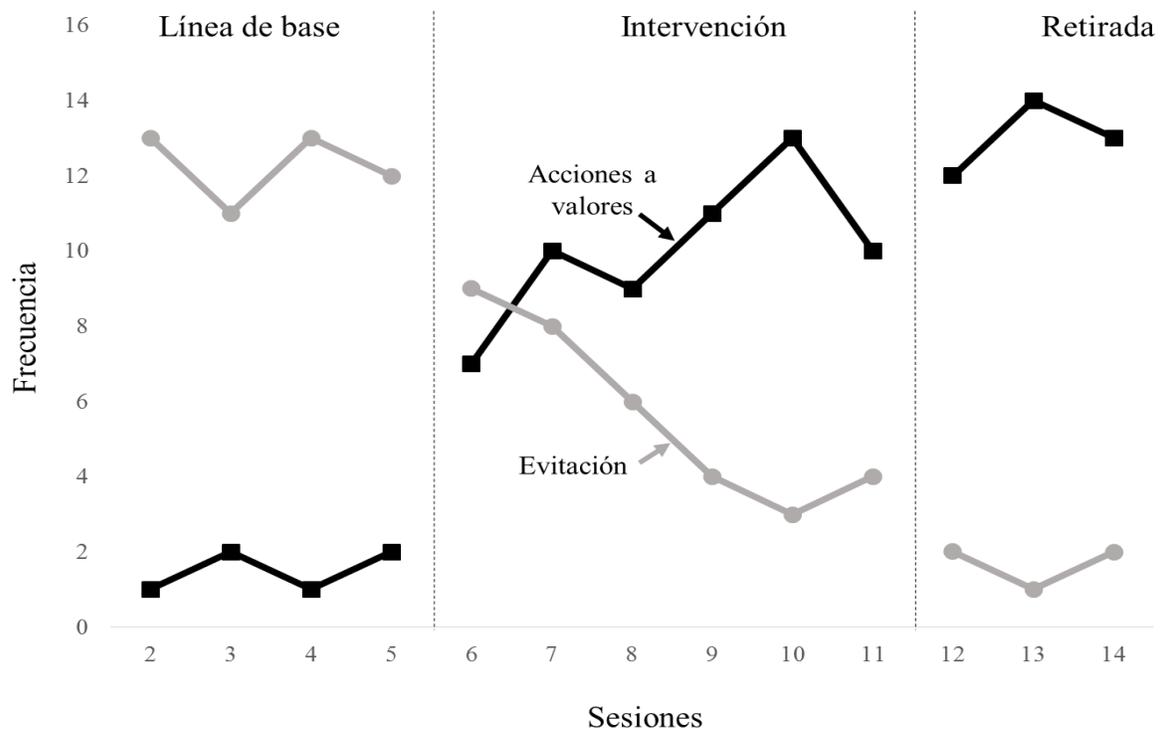


Aquí se observa como la respuesta de ansiedad fue menos frecuente una vez iniciado el entrenamiento en relajación. Así mismo durante el período de retirada la conducta se mantuvo en los niveles alcanzados durante la fase de entrenamiento. Este resultado muestra que para LP la relajación progresiva es un tratamiento efectivo en el control de las respuestas de ansiedad.

Finalmente, para realizar un seguimiento sobre las acciones que estaba realizando la paciente respecto de sus esferas vitales se le indicó que llevará un registro de las tareas que iba ejecutando que se orientaban a conseguir sus valores y también que registrara las conductas de evitación que realizaba. Los cuatro primeros registros (sesiones: 2 a 5) corresponden únicamente a la evaluación de los pensamientos (Línea de base). Los

registros consecutivos corresponden al período de intervención (sesiones 6 a 11) y los últimos 3 corresponden a la retirada del tratamiento (ver Figura 7.).

Figura 8.
Registro de tareas en las esferas vitales



A medida que iba transcurriendo el proceso terapéutico la paciente fue ampliando su repertorio conductual y realizando con mayor constancia las actividades planteadas para las esferas vitales mientras que las conductas de evitación fueron disminuyendo.

DISCUSIÓN

Los trastornos del estado del ánimo son frecuentes en los pacientes diagnosticados con cáncer (Amayra, Etxeberria, & Valdosedá, 2001). La alta prevalencia de este grupo de problemas psicológicos en esta población se explica porque el cáncer es un evento no normativo (Torrico et al, 2002) que altera de forma significativa todas las áreas de ajuste del individuo. El cáncer es una enfermedad que provoca una serie de cambios psicofisiológicos de difícil manejo, de modo que la persona debe utilizar los recursos y capacidades de afrontamiento de los que disponga. En este sentido, son importantes las redes de apoyo, las capacidades intra-personales de afrontamiento, el repertorio conductual o historia de aprendizaje, la flexibilidad conductual, la capacidad de resolución de problemas, y la capacidad de regulación emocional. Así mismo, los pacientes con cáncer deben preguntarse y responderse sobre cuestiones trascendentes, como el proyecto de vida, la reestructuración de su estilo de vida y la posibilidad de morir, lo cual puede ser causa de estrés y problemas emocionales (Oliveros et al, 2010).

Por otra parte, el significado socio-cultural del cáncer aún sigue siendo estigmatizante. Los pacientes con cáncer se ven sometidos a toda suerte de situaciones discriminativas como por ejemplo ser despedidos de sus trabajos, abandonados por sus parejas, amigos y familiares (Tinocco, 2012). Del mismo modo, las ideas asociadas al cáncer tienen que ver con “muerte”, “desesperanza”, “incapacidad” “deterioro” (Arellano & Castro, 2013). Algunos pacientes con cáncer indican que se sienten señalados en lugares públicos, especialmente cuando los cambios físicos provocados por la enfermedad son evidentes (Gil, 2012). Así mismo, son pacientes que no reciben un recibimiento adecuado por parte del sistema de salud lo cual deriva en dificultades para la autorización oportuna de los tratamientos.

Teniendo en cuenta los anteriores elementos puede afirmarse que el cáncer y su tratamiento médico tienen un impacto importante sobre la funcionalidad de las personas que lo padecen y que por estas razones tiene múltiples implicaciones emocionales que en la mayoría de los casos requieren de la intervención psicológica.

Llegado a este punto conviene aclarar que los pacientes oncológicos pueden presentar alteraciones psicológicas únicamente como una reacción a la enfermedad, pero también es posible que los problemas psicológicos mantengan independencia del proceso y se exacerben con el diagnóstico y tratamiento del cáncer (Pelanco, 1999). En cualquiera de los dos casos la intervención psicológica es oportuna si bien el manejo terapéutico es diferente dadas las implicaciones clínicas de la segunda situación.

La atención psicológica de pacientes con cáncer además de seguir un modelo teórico puede ajustarse a las modalidades grupal e individual. Durante la práctica se llevaron a cabo ambos tipos de atención. Para el desarrollo de las sesiones grupales se planteó un trabajo en regulación emocional teniendo en cuenta como se ha mencionado a lo largo del trabajo que los pacientes con cáncer son vulnerables a presentar dificultades emocionales. También se tuvo en cuenta las necesidades de la población quienes coincidieron con lo planteado en la literatura. Al implementar este tratamiento se pretendía favorecer la expresión y procesamiento emocional, entrenar habilidades de regulación emocional y estrategias de afrontamiento, trabajar con elementos facilitadores del crecimiento y llevar a los pacientes a la confrontación con los aspectos existenciales que surgen tras el diagnóstico y tratamiento oncológico (Ochoa et al, 2010). Sin embargo, dada la rotación de los pacientes en la sala de quimioterapia no fue posible establecer un protocolo, ni conformar el grupo terapéutico como se sugiere en los manuales de intervención (Flórez, 1979) de modo que no fue posible realizar una medición de la evolución de los síntomas de los pacientes no tener claridad respecto del resultado de la intervención. No obstante, se observó de forma cualitativa un mejor manejo de síntomas como el dolor y la ansiedad en los pacientes que asistieron con mayor regularidad a las sesiones, así mismo, al finalizar cada sesión se realizó una evaluación subjetiva del encuentro recibiendo opiniones y reflexiones favorables sobre el proceso. Aquí es importante señalar que los terapeutas clínicos deben adaptarse a las limitaciones de los contextos en los cuales llevan su práctica clínica, ofreciendo soluciones prácticas a problemáticas puntuales, teniendo en cuenta que no siempre es posible cumplir con la rigurosidad metodológica.

Por otra parte, en las consultas individuales se pudo observar una alta demanda de atención psicológica relacionada en mayor proporción con dificultades en la adaptación a la enfermedad, aquí fue claro como en muchas ocasiones los pacientes necesitan una orientación sobre los procedimientos que deben realizar para obtener un tratamiento oportuno, de modo que se recurrió a una intervención tipo *counselling* y se derivó a los profesionales encargados de diligencias legales y médicas. Algunos estudios han revelado que la información es una de las necesidades que los pacientes con cáncer reportan como más imperiosas y que la falta de conocimiento sobre la enfermedad y las líneas de acción que ellos deben tomar sobre su proceso es uno de los factores predictores de un peor pronóstico y el desmejoramiento de la calidad de vida en general (Munir, Kalawsky, Wallis, & Donaldson-Feilde, 2013).

En segundo lugar, como motivo de consulta se encontraban las dificultades emocionales, lo cual también es coherente con lo reportado por la literatura (Almanza et al, 2010; Amayra et al, 2001; Antoni, 2013; Williams, 2003). Aquí cabe señalar que es muy importante tener claros los criterios de discriminación de síntomas provocados por la enfermedad y de aquellos “puramente” clínicos (Rojas-May, 2006). En los segundos la intervención se dirige más hacia los principios de la psicología de la salud, mientras que en el segundo caso se aborda el enfoque clínico. En la práctica, uno de los criterios de discriminación son los antecedentes, en los cuales se puede rastrear la presencia de patrones de respuesta desadaptativos. No obstante, esta distinción, en algunas ocasiones plantear estos límites no se constituye en una variable práctica que determina el tratamiento. Esta situación se presenta porque la distinción responde más a los modelos categoriales tipo DSM, en el cual no se contemplan las variables psico-biograficas de los pacientes (Frances, 2009). Una solución a esta problemática son los planteamientos idiográficos en el cual se investigan las problemáticas del paciente en función de su historia de vida y de su contexto actual (Molenaar, 2009). Estos modelos han demostrado ser más eficaces en el momento de formular e intervenir los casos clínicos (Spring, 2007).

El abordaje psicológico de pacientes con cáncer se ha venido realizando desde los diferentes enfoques y con una amplia diversidad de estrategias terapéuticas (Almanza-

Muñoz & Holland, 2000). El modelo seleccionado para la intervención del caso aquí presentado como se señalaba en la introducción es el de la Terapia de Aceptación y Compromiso considerando las siguientes características del caso: las conductas problema de la paciente (depresión) se habían cronificado desde la adolescencia hasta la edad actual, presenta conductas correspondientes con la “evitación experiencial” y con el control inflexible de sus eventos privados, así mismo se observaban numerosos mandos verbales que no le resultaban adaptativos y le impedían lograr sus objetivos vitales (Wilson & Luciano, 2011).

Según esta propuesta, aunque ante el diagnóstico de cáncer se pueden mostrar múltiples desórdenes en circunstancias diversas la mayor parte de las conductas desadaptativas tienen como propósito la eliminación o reducción parcial de las propias respuestas privadas relacionadas con el cáncer que son aversivas, a pesar del costo que ello supone en términos de inutilidad y alteración de la vida. Inutilidad, en efecto, por cuanto ante la presencia de sentimientos negativos, recuerdos desagradables, sensaciones de abatimiento, temor a la muerte, dolor, o cualesquiera funciones aversivas que se conciben como obstáculos o barreras para poder vivir, la persona intenta aplacar tales funciones, para lo cual hará lo que socialmente se potencia como la solución correcta cuando se siente mal, consiguiendo, paradójicamente, un resultado contrario al perseguido en cuanto a la calidad y amplitud de su vida. Aunque las respuestas de evitación, a corto plazo, den lugar a una reducción parcial de las funciones aversivas relacionadas con el cáncer, sin embargo, a la larga, terminan provocando la exacerbación y extensión de tales miedos ante numerosas situaciones, viéndose la persona obligada a actuar para eliminarlos, aunque ello suponga una limitación cada vez más pronunciada en la vida en términos de un estancamiento en las facetas personalmente valiosas (Wilson & Luciano, 2011).

Ante esta situación, la pregunta que se le plantea al psicólogo clínico que trabaja con pacientes oncológicos es si los pensamientos, los sentimientos, los recuerdos negativos son intrínsecamente inhabilitantes, es decir, si causan necesariamente comportamientos desajustados y son realmente barreras que les impiden a los pacientes llevar a cabo la vida que desean. Desde el enfoque de ACT, se señala el papel que juega el contexto socio-verbal

en la función que llegan a tener los eventos privados y que llegan a enredar a la persona en respuestas de evitación destructivas como se observa en el caso de LP, en el cual el control verbal de la conducta depresiva se explica por el desarrollo de auto-instrucciones que fueron aprendidas durante la socialización verbal de la paciente. Inicialmente, los padres y hermanos de la paciente reforzaron el seguimiento de tactos relacionados con la conducta depresiva y luego la paciente generó sus propias instrucciones teniendo como base las socializadas en el proceso de crianza. De acuerdo con Quiñones y Sandoval (1996) los padres depresivos pueden instrucionar “depresivamente” a través de reglas verbales que el niño va haciendo parte de su conjunto de instrucciones, las cuales posteriormente regulan su conducta. En el caso de LP se logró establecer algunos tactos como los siguientes: “no se esfuerce, no hay posibilidades para usted” “es muy difícil ser feliz en esta vida” “nosotros nacimos fue para sufrir ¿no se da cuenta?” “nunca vamos a salir de aquí” “de la gente como nosotros ni dios se acuerda”. Inicialmente LP recibió reforzamiento directo al obedecer este tipo de instrucciones, y posteriormente, generó tactos verbales con funciones similares y los generalizó de forma categorial a una serie de eventos privados y externos que hoy regulan parte de su patrón de conducta depresiva. Skinner (1953 citado por Ribes-Iñesta, 2008) se refirió a las reglas como estímulos discriminativos (tactos) que especifican contingencias conducta-consecuencia y que funcionan como antecedentes para la conducta operante.

Partiendo de lo anterior, LP, ante el diagnóstico de cáncer de mama, respondió con un patrón de conducta depresiva, en el cual se incluyen las conductas problema a saber: quejas verbales, llanto, aislamiento, irritabilidad, suspensión de actividades cotidianas, evitación de diligencias y procedimientos médicos, suspensión de la ingesta de alimentos, apatía y desinterés por actividades de usual disfrute, insomnio, pensamientos de minusvalía e indefensión y respuesta fisiológica de ansiedad). Esta respuesta fue reforzada por la comunidad verbal de referencia, por su familia (la cual había estado ausente), su pareja y por la comunidad médica; también recibía reforzamiento negativo al evadir procedimientos médicos aversivos, responsabilidades cotidianas (mencionaba constantemente que éstas siempre le han agobiado porque se siente “incapaz de realizarlas” y teme que “todo le salga

mal”) y además, reducía los niveles de activación fisiológica productos de la ansiedad que también le resultan aversivos.

Lo anterior coincide con lo planteado por Martell, Addis y Jacobson (2001) quienes afirman que ciertas formas de retraimiento, como evitar el contacto con la comunidad social o el dormir excesivamente, ayudan a evitar la exposición a la estimulación del ambiente que produce pensamientos y sentimientos aversivos, lo que mantiene a la conducta depresiva y reduce el contacto con reforzadores potenciales. En esta misma línea, Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl (1996 citados por Wilson & Luciano, 2011) este patrón conductual que se denomina como evitación experiencial se ha descrito como la indisposición para permanecer en contacto con experiencias privadas (pensamientos, sentimientos, recuerdos), tratando de escapar de ellas, aun cuando en este intento se hagan daño o disminuyan la posibilidad de establecer contacto con estímulos reforzantes.

Partiendo de la formulación de caso, se plantearon actividades terapéuticas desde el modelo de ACT (Metáforas: el campo de hoyos, el jardín, la caja el viaje, el jinete y ejercicios como el de “el funeral”, ¿cuáles son los números? y cambiar la forma de coger el lápiz). Así, teniendo como eje principal los valores de la paciente, se trabajó sobre la orientación del problema, disminuyendo las creencias irracionales y las quejas verbales sobre la ineficacia, las atribuciones de responsabilidad y la incapacidad resolutive. Así mismo modificó la forma en la cual la paciente interpretaba las situaciones para evitar que se desarrollaran respuestas emocionales y auto-diálogos que deterioraran el estado de ánimo, promoviendo al tiempo comportamientos que permitieran afrontar la situación con eficacia (Vázquez, 2002).

Sin embargo, debido a los déficits que presentaba la paciente en las habilidades de autoeficacia se implementó un entrenamiento en resolución de problemas de modo que LP comprendiera las razones que hacen de la situación o los eventos un problema, se fijara metas realistas, generara opciones evaluando e identificando sus recursos individuales y externos, y finalmente tomara decisiones. Como puede observarse en los resultados, el entrenamiento en resolución de problemas mejoró las habilidades de autoeficacia, lo cual le

permitió aumentar la tasa de refuerzo positivo y disminuir las creencias sobre incompetencia e incapacidad. Así mismo, la adquisición de estas habilidades le permitió a la paciente resolver problemas de forma adaptativa previniendo así posibles episodios depresivos cada vez que se presente una situación estresante. Por otra parte, se realizó un entrenamiento en habilidades sociales para que LP tuviera las herramientas adecuadas que le permitieran ampliar las redes sociales con las que cuenta de modo tal que pudiera aumentar la tasa de refuerzo social y disminuyeran los pensamientos sobre no sentirse aceptada y amada. Estas tareas tenían el objetivo de exponer a LP a aquellas situaciones que evita favoreciendo el contacto con potenciales reforzadores.

Cada uno de los objetivos propuestos para el plan de intervención que consistían en promover el cambio contextual y la aceptación psicológica fue cumplido con éxito. Las tareas terapéuticas funcionaron como elementos de exposición que le permitieron a LP experimentar los eventos privados sin dejar de realizar las actividades requeridas y deseadas en sus esferas vitales, esto significa además que la función verbal también se modificó de modo que las “quejas” ya no actúan como mandos. Este resultado coincide con lo planteado por Hayes y Hayes (1992) quienes afirman que la pretensión de ACT no es la modificación de las conductas verbales sino la función que tiene éstas sobre otras conductas. Así mismo, se observó una adquisición óptima de habilidades que le permitieron organizar su proceso con mayor eficacia.

Otros resultados adicionales que se obtuvieron de la terapia fue la disminución de los síntomas depresivos y de ansiedad que eran la queja principal de la paciente. Para el caso de la ansiedad podría afirmarse que el cambio de foco atencional facilitado por las tareas asignadas fue una herramienta fundamental que propicio la disminución de las crisis, del mismo modo, las tareas dirigidas a la reducción del control de las conductas verbales y de los eventos privados sobre las crisis de ansiedad, particularmente los pensamientos de catástrofe tuvieron un impacto positivo en el manejo de los síntomas de ansiedad. Este resultado ha sido reportado en investigaciones de caso para trastornos de ansiedad, indicando que la des-literalización y desactivación de funciones verbales y cognitivas es

una técnica que reduce la frecuencia de las crisis (Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller, & Lange, 2009; Twohig, Crosby, & Enno, 2011).

Para el caso de los síntomas depresivos, el componente de activación conductual facilitado por la asignación de acciones orientadas a valores le permitió a la paciente acceder a contextos reforzantes y por lo tanto reducir la frecuencia e intensidad de la sintomatología depresiva, este resultado ha sido observado en otros estudios de caso que también reportan resultados positivos de ACT para la mejora de los síntomas depresivos (Kanter, Baruch, & Gaynor, 2006). Así mismo, la desactivación de las funciones de los eventos privados y de la conducta verbal sobre el “patrón depresivo” especialmente, los pensamientos de indefensión y minusvalía, tuvo un efecto positivo en la reducción de dichos síntomas, debido a que LP ya no los utilizaba como justificación para mantener la conducta depresiva, ni como causas de sus estados de ánimo, de nuevo, este resultado ha sido reportado por otras investigaciones, indicando el rol de la fusión cognitiva en el origen y mantenimiento de la depresión (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, puede afirmarse que ACT como se aplicó en el caso de LP produjo un cambio en la forma de reaccionar ante las emociones y pensamientos que le resultaban aversivos posibilitando la aceptación y la búsqueda de nuevos objetivos que le permitieran retomar el curso de su vida. En este sentido, se logró dejar atrás la regla culturalmente extendida de intentar eliminar dichos eventos privados. Teniendo en cuenta lo anterior podría afirmarse que ACT es un modelo terapéutico que reporta eficacia terapéutica para pacientes oncológicos que presentan un patrón de evitación experiencial y un patrón conductual inflexible gobernado principalmente por reglas (conducta verbal). Sin embargo, es necesario aclarar que en este contexto de atención clínica es necesario considerar otras variables como los efectos propios de la enfermedad y el tratamiento, por lo que es imprescindible implementar diferentes recursos terapéuticos que se ajusten a cada caso.

Finalmente, cabe señalar que la práctica clínica es una herramienta clave en la formación de psicólogos clínicos, pues a través de ésta que se desarrollan las herramientas

diagnósticas y de intervención propias de la disciplina. La aplicación de la psicología clínica en el contexto hospitalario y propiamente con pacientes con cáncer es un espacio en el cual existe una gran demanda de intervención psicológica, pues los pacientes oncológicos son una población vulnerable al sufrimiento psicológico, así mismo es importante la atención terapéutica a las familias de estos pacientes, teniendo en cuenta el desgaste emocional y físico que implica actuar como red de apoyo de una enfermedad de alto costo. Por otra parte, la integración del psicólogo clínico en este contexto le permite adquirir aprendizajes que enriquecen su desempeño como profesional, debido a que este es un contexto de alta exigencia y en el cual es necesario adaptarse a las implicaciones del sistema de salud y el personal sanitario que hace parte de los equipos interdisciplinarios.

CONCLUSIONES

La Terapia de Aceptación y Compromiso ha sido eficaz en la evaluación e intervención de los casos atendidos en el área de psicooncología, permitiendo obtener cambios conductuales que favorecen la adaptación a la enfermedad y mejoran la calidad de vida de los pacientes.

Los pacientes oncológicos son una población de alta demanda de atención psicológica dadas las implicaciones que tiene esta enfermedad sobre el curso de la vida de las personas que la padecen y de las familias que acompañan el proceso. Cabe señalar que también sería importante desarrollar intervenciones dirigidas al personal sanitario que trabaja con esta población debido a la carga emocional que puede representar el trabajo con los pacientes.

La psicología clínica ha experimentado un cambio en los últimos años, evolucionando de un ámbito restringido a la atención individual, con una aplicación muy limitada al campo de la terapia, a un ámbito mucho más integrado, que abarca la evaluación y los tratamientos psicológicos, el diseño de programas de investigación clínica o la elaboración de estudios epidemiológicos. Actualmente, la psicología clínica es una disciplina que describe los trastornos psicológicos, los evalúa adecuadamente, genera unas técnicas de intervención y se articula en una red asistencial determinada.

En este sentido, es necesario plantear una reflexión personal sobre la psicología clínica como disciplina científica, sobre la formación del psicólogo clínico y sobre su conexión con las necesidades profesionales y con las expectativas de la sociedad en el siglo actual. Así, es urgente abordar el tema de las terapias empíricamente validadas y de las nuevas tendencias, comprendiendo también sus limitaciones para llevar a cabo una praxis profesional ética y con mejores resultados terapéuticos para los consultantes.

REFERENCIAS

- Abiodun, O. (1994). A validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in general hospital units and a community sample in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, *165*(5), 669-672.
- Almanza-Muñoz, J., & Holland, J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, *46*(3), 196-206.
- Alvarado-Aguilar, S., Guerra-Cruz, H., Cupil-Rodríguez, A., Calderillo-Ruiz, G., & Oñate-Ocaña, L. (2011). Adaptación psicosocial en pacientes con cáncer colorrectal en quimioterapia o quimiorradioterapia. *Cirugía y Cirujanos*, *79*, 439-446.
- Alvarado-Aguilar, S., Ochoa-Carrillo, F., Guerra-Chávez, H., Mulier-Rojas, Y., Galindo-Vásquez, O., & Zapata-Isidoro, M. (2011). Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo). *Gaceta Mexicana de Oncología*, *10*(3), 136-141.
- Amayra, I., Etxeberria, A., & Valdosedá, M. (2001). Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta Médica de Bilbao*, *98*, 10-15.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Antoni, M. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity* *30*, 88–98.
- Arellano, M., & Castro, M. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales*, *42*, 13-27.
- Arias, S., Murillo, R., Piñeros, M., Bravo, M., Hernández, G., Pardo, C., Quintero, A., Rivera, D., Sánchez, R., Venegas, M., & Wiesner, C. (2007). Prioridades de investigación para el control del cáncer en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, *11*(3), 152-164.
- Baider, L., Peretz, T., Hadani, P., & Koch, U. (2001). Psychological intervention in cancer patients: a randomized study. *General Hospital Psychiatry*, *23*, 272–277.
- Barez, M., Blasco, T. y Fernández C., J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, *19*, 235-246.
- Barraza, P. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. *PSICOONCOLOGÍA*, *1*(1), 165-178.
- Barroilhet, D., Forjaz, M., & Garrido, L. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *33*, 390-397.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Breitbart, W. (2009). Psycho-Oncology: Depression, anxiety, delirium. *Seminars in Oncology*, *21*, 754-769.

- Busch, H., Montgomery, W., Melin, B., & Lundberg, U. (2006). Visuospatial and verbal memory in chronic pain patients: An explorative study. *Pain Practice, 6*(3), 179–185.
- Campbell, C., & Campbell, L. (2012). A systematic review of cognitive behavioral interventions in advanced cancer. *Patient Education and Counseling, 89*, 15–24.
- Cantú, R., & Álvarez, J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales. *Psicología y Salud, 19*(1), 21-32.
- Carroll, B., Kathol, R., & Noyes A. (1993) Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry, 15*, 69-74.
- Chaturvedi, S., & Chandra K. (1994). Detection of anxiety and depression in cancer patients. *NIMHANS Journal, 12*, 141-144.
- Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., Venturini, M., & Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer, 7*(3), 121-127.
- Costa, G., & Ballester, R. (2011). El inicio de la psico-oncología. Una breve revisión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 99*, 21-28.
- Costa, G., Salamero, M., & Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica, 128*(18), 687-691.
- De Prado, C., Viteri, A., & Fuente, N. (2003). Aspectos psicológicos del paciente con cáncer. *Gaceta Médica de Bilbao, 100*, 28-31.
- Die, M. (2013). Intervención psico-oncológica en el ámbito hospitalaria. *Clínica Contemporánea, 4*(2), 119-133.
- Domènech, A., Notta, P., Benítez, A., Ramal, D., Rodríguez-Bel, L., Massue, C., & Martín-Comín, J. (2010). Evaluation of the anxiety state in patients receiving radioiodine treatment or who undergo a sentinel lymph node examination in the Nuclear Medicine Department. *Revista Española de Medicina Nuclear, 29*(2), 63-72.
- Durá, E., & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste social de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social, 6*(2), 257-271.
- Eifert, G., Forsyth, J., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Lange, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 368–385.
- Fernández, R., & Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y la depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema, 23*(3), 374-381.
- Finck, C., & Forero, M. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos. *Revista de Psicología, 3*(1), 7-26.
- Florez, H. (1979). Psicoterapia de grupo en pacientes con cáncer. *Revista Latinoamericana de Psicología, 11*(1), 47-63.
- Frances, A. (2009). Issues for DSM-V: The limitations of field trials: A lesson from DSM-IV. *The American Journal of Psychiatry, 162*(12), 1322.

- García, D., García, M., Ballesteros, B., & Novoa, M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: Una intervención psicológica. *Universitas Psychologica*, 2(2), 199-214.
- Giese-Davis, J., Collie, K., Rancourt, K., Neri, E., Kraemer, H., & Spiegel, D. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis, *Journal of Clinical Oncology*, 29(4), 413-420.
- Gil, F. (2012). *La cara social del cáncer*. Madrid: Octaedro.
- Gómez, L., Pérez, M., & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- Graça, M., Figueiredo, A., & Fincham, F. (2012). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing* 16, 227-232.
- Hasson-Ohayon, L., Goldzweig, G., Braun, M., & Galinsky, D. (2010). Women with advanced breast cancer and their spouses: Diversity of support and psychological distress. *Psycho-Oncology*, 19, 1195-1204.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S., & Hayes, L. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.
- Hayes, S., Pistorello, J., & Levin, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7) 976-1002.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guildford Press.
- Kanter, J., Baruch, D., & Gaynor, S. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *The Behavior Analyst*, 29(2), 161-185.
- Lazcano-Ponce, E., & Hernández-Ávila, M. (2007). Cáncer: Frecuencia, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud Pública de México*, 39(4), 251-252.
- Luciano, C., & Hayes, S. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 109-157.
- Luciano, M., Valdivia, M., Gutiérrez, O., & Páez, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5(7), 173-201.
- Malasi, T., Mirza, I., El-Islam, M., & Fakhr (1991). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Arab patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(4), 323-326.
- Maristany, M. (2009). Evaluación Clínica y Psicoterapia: Una puerta abierta a la investigación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 275-277.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología, ESE.
- McGregor, B., & Antoni, M. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: a review of stress pathways and biological mediators. *Brain, Behavior, and Immunity* 23, 159-166.

- Mermelstein, H., & Lesko, L. (2006). Depression in patients with cancer. *Psycho-Oncology* 1, 199-215.
- Molenaar, P. (2009). A Manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 2(4), 201-218.
- Montesinos, F., Hernández, B., & Luciano, M. (2001). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 503-523.
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients concerns*. Londres: Heineman.
- Munir, F., Kalawsky, K., Wallis, D., & Donaldson-Feilde, E. (2013). Using intervention mapping to develop a work-related guidance tool for those affected by cancer. *Public Health*, 13(6), 2-13.
- National Cancer Institute. (2003). *Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos de adaptación*. (En línea). <http://cancer-consultants.com/adaptacion-normal,-alteracion-psicosocial--y-trastornos-de-adaptacion.html>
- Ochoa, C., Sumalla, E., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., & Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *PSICOONCOLOGÍA*, 7(1), 7-34.
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2), 19-29.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Cáncer*. (En línea). <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Latest world cancer statistics. (En línea). <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223>.
- Páez, M., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2005). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *PSICOONCOLOGÍA*, 2(1), 49-70.
- Páez, M., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *PSICOONCOLOGÍA*, 4(1), 75-95.
- Pelechano, V. (1999). Problemas funcionales en el cáncer y propuestas a partir de una muestra de enfermos oncológicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 101-110.
- Pulgar, M., Garrido, S., Muela, J., & Reyes del Paso, G. (2009) Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamientos en enfermos de cáncer (ISEAC). *PSICOONCOLOGÍA*, 6(1), 167-190.
- Rico, J., 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 Medición*, 3, 73-86.
- Rojas-May, P. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 17(4), 194 – 197.
- Rottmann, N., Dalton, S., Christensen, J., Frederiksen, K., & Johansen, C. (2010). Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: A longitudinal study. *Quality of Life Research*, 19, 827–836.

- Sandín, F. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Sarfati, Y. (2000). Trastornos mentales asociados a una patología somática. *Tratado de Medicina*, 4, 1-4.
- Secoli, S., Pezo, S., Alves, M., & Machado, A. (2005). El cuidado de la persona con cáncer. Un abordaje psicosocial. *Index de Enfermería*, 14(51), 1-8.
- Simonton, O., & Mathews-Simonton, S. (1978). *Getting well again*. New York: Bartam.
- Solana, A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28, 55-57.
- Spencer, S., Carver, C., & Price, A. (1998). Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC, (Ed.). *Psycho-oncology* (pp.98-134). New York: Oxford University Press.
- Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., & Gottheil, E. (1989). *Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*. London: Edition Lancet.
- Spiegel, D., Morrow, G., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P., Mudaliar, N., & Pierce, I. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: A multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, 8, 482-493.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631.
- Suárez, A., Guzmán, C., Villa, B., & Gamboa, O. (2011). Abandono del tratamiento: una causa de muerte evitable en el niño con cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 15, 22-29.
- Tafoya, R. (2008). Factores asociados con la adaptación psicosocial de pacientes con enfermedad pulmonar crónica. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades*, 1, 15-21.
- Tinocco, A. (2012). Cáncer de mama y de ovario: Significados, dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes. *Espacios Públicos*, 15(33), 174-199.
- Torrico, E., Santín, C., Villas, M., Menéndez, S., & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.
- Twohig, M., Crosby, J., & Enno, A. (2011). Treatment of three anxiety disorder cases with Acceptance and Commitment Therapy in a private practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(3), 203-217.
- Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.
- Velázquez, N., Vázquez, L., & Alvarado, S. (2009). Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. *Cancerología*, 4, 19-29.
- Villarroel, P., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., Buela-Casal, P., & Spielberger, C. (2007). Preliminary analysis and normative data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in adolescent and adults of Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*, 25(2), 155-162.

- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud, 15*(2), 207-220.
- Watson, M. (1983). Psychosocial interventions with cancer patients: A review. *Psychological Medicine, 13*, 839–846.
- Williams, M. (2003). Depression. The hidden symptom in advanced cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine, 96*, 577-581.
- Yoo, W., Namkoong, K., Choi, M., Shah, D., Tsang, S., Hong, Y., Aguilar, M., & Gustafson, D. (2014). Giving and receiving emotional support online: Communication competence as a moderator of psychosocial benefits for women with breast cancer. *Computers in Human Behavior, 30*, 13–22.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PRÁCTICA PSICOLOGÍA CLÍNICA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, _____ identificado/a
con el documento de identidad No. _____,
en plenas condiciones mentales, declaro que he sido informado/a adecuadamente de
los procedimientos, ventajas y riesgos a que puedo estar sometido como paciente del
servicio de psicología referente a esta declaración.

Así mismo, soy consciente que mi participación es voluntaria y que podré retirarme del
estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de ninguna explicación
adicional o justificación. Así como también, soy consciente que los resultados
derivados de los análisis tendrán un manejo confidencial, de manera que no serán
publicados mi nombre e identidad.

Atentamente,

Participante del proyecto

Practicante de especialización en Psicología clínica

Dra. Ana Fernanda Uribe R.

Asesora especialización en Psicología clínica

Anexo 2. Historia clínica

FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado civil:

Estrato:

Lugar de nacimiento:

Residencia actual:

Diagnóstico:

Tiempo de diagnóstico:

Tratamiento:

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. CONDUCTAS PROBLEMA

4. DESCRIPCIÓN DE HISTORIA DE VIDA

5. CONTEXTO

Contexto	Descripción
-----------------	--------------------

<i>Familiar</i>	
<i>Social</i>	
<i>Ocupacional</i>	
<i>Salud</i>	
<i>Recreación</i>	
<i>Sexual</i>	
<i>Académico</i>	

6. ANÁLISIS

Evaluación sincrónica

Evaluación diacrónica (antecedentes)

7. PROCESOS

Procesos	Especificación
<i>Biológico</i>	
<i>Aprendizaje</i>	
<i>Motivación</i>	
<i>Emoción y afecto</i>	

8. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

10. PLAN DE INTERVENCIÓN.

11. SEGUIMIENTO

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II)**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

Identificación **Fecha**

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

1.
 - No me siento triste.
 - Me siento triste.
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.
 - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro.
 - Siento que no tengo que esperar nada.
 - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.
 - No me siento fracasado.
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - Me siento una persona totalmente fracasada.

4.
 - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.
 - No me siento especialmente culpable.

- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto
8. No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
- Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.

- Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 - Creo que tengo un aspecto horrible.
15. Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
 - Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
 - Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
 - Ahora tengo mucho menos apetito.
 - He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
 - He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI NO

21. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

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

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

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

20. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

Estoy menos interesado por el sexo que antes

Estoy mucho menos interesado por el sexo

He perdido totalmente mi interés por el sexo

Anexo 4. Inventario de Ansiedad Estado Rasgo State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970)

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY, STAI)

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	<u>Nada</u>	<u>Algo</u>	<u>Bastante</u>	<u>Mucho</u>
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	<u>Casi nunca</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Casi siempre</u>
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo ellas con	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3

35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Anexo 5. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983)

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HAD					
Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.					
NOMBRE					
<i>N</i>	<i>Item</i>	<i>Respuestas</i>			
1	Me siento tenso o nervioso	Todos los días	Muchas veces	A veces	Nunca
2	Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	Como siempre	No lo bastante	Sólo un poco	Nada
3	Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	Definitivamente y es muy fuerte	Sí, pero no es muy fuerte	Un poco, pero no me preocupa	Nada
4	Puedo reirme y ver el lado positivo de las cosas	Al igual que siempre lo hice	No tanto ahora	Casi nunca	Nunca
5	Tengo mi mente llena de preocupaciones	La mayoría de las veces	Con bastante frecuencia	A veces, aunque no muy seguido	Sólo en ocasiones
6	Me siento alegre	Nunca	No muy seguido	A veces	Casi siempre
7	Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	Siempre	Por lo general	No muy seguido	Nunca
8	Siento como si yo cada día estuviera más lento	Por lo general en todo momento	Muy seguido	A veces	Nunca

9	Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago	Nunca	En ciertas ocasiones	Con bastante frecuencia	Muy seguido
10	He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	Totalmente	No me preocupa como debiera	Podría tener un poco más de cuidado	Me preocupó al igual que siempre
11	Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	Mucho	Bastante	No mucho	Nada
12	Me siento con esperanzas respecto al futuro	Igual que siempre	Menos de lo que acostumbraba	Mucho Menos de lo que acostumbraba	Nada
13	Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	Muy frecuentemente	Bastante seguido	No muy seguido	Nada
14	Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	Seguido	A veces	No muy seguido	Rara vez

Anexo 6. Cuestionario de valores (Wilson et al, 2002)**CUESTIONARIO DE VALORES**

A continuación se presentan varias áreas o ámbitos de la vida que son importantes para algunas personas. En este punto, nuestro interés es conocer su calidad de vida en cada una de estas áreas. Uno de los aspectos que se refieren a la calidad de vida es la importancia que uno le da a las diferentes áreas de la vida. Marque la importancia de cada área en una escala del 1 al 10 rodeando con un círculo. 1 significa que esa área no es nada importante para usted y 10 significa que ese ámbito de su vida es muy importante. Conviene que sepa que estas áreas no son importantes para todo el mundo y además que el valor que cada persona da a estas áreas es algo muy personal. Lo importante es que lo valore en función de la importancia que para usted personalmente tenga cada una de ellas.

Áreas	Nada importante	Extremadamente importante
1- Familia (diferente de esposo/a e hijos/as)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2- Esposo/a, pareja, relaciones íntimas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3- Cuidado de los hijos/as	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4- Amigos, vida social	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5- Trabajo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6- Educación/ formación	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7- Ocio / diversión	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8- Espiritualidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9- Ciudadanía /vida comunitaria	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10- Cuidado físico (dieta, ejercicio, descanso)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Anexo 7. Cuestionario de Aceptación y Acción (Hayes et al, 1999)

Cuestionario de aceptación y acción

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, valore hasta que punto es cierta o se cumple en usted cada una de las tales afirmaciones. Use la siguiente escala para responder.

1: Nunca es cierto para mí

2: Muy raramente

3: Raramente

4: A veces

5: Frecuentemente

6: Casi siempre

7: Siempre es cierto para mí

1. Soy capaz de hacer frente a un problema incluso si no estoy seguro de qué es correcto hacer _____
2. A menudo me sorprende a mí mismo soñando despierto sobre cosas que he hecho y también sobre lo que haría de otro modo en una próxima vez _____
3. Cuando me siento deprimido o ansioso soy incapaz de cuidar de mis responsabilidades _____
4. Casi nunca me preocupo de tener mis ansiedades, preocupaciones y sentimientos bajo control _____
5. No tengo miedo de mis sentimientos _____
6. Cuando evalúo algo negativamente, habitualmente reconozco que es sólo una reacción personal y que eso que evalúo como negativo no es algo objetivamente negativo _____
7. Cuando me comparo con otras personas, me parece que la mayoría manejan mejor su vida de lo que lo hago yo _____
8. La ansiedad es mala _____

9. Si ahora, por arte de magia, pudiera eliminar todas las experiencias dolorosas que he tenido en mi vida, lo haría _____

Anexo 8. Formulario Narrativo de Valores (Hayes et al, 1999)

Formulário Narrativo de Valores

Generar una narración valiosa breve en cada área sobre la base de la discusión del trabajo llevado a cabo por el cliente respecto a lo que valora. Si algún área no es aplicable en un cliente, simplemente se deja en blanco. Después de haber narrado las direcciones valiosas, volver sobre ellas a fin de perfilarlas con el paciente. Continuar este proceso, al tiempo que se cuida que el cliente no ofrezca respuestas del tipo piance hasta que terapeuta y cliente lleguen a una frase breve con la que el cliente esté de acuerdo en que resume sus valores para un área dada.

Áreas	Narración valiosa
Relaciones íntimas/parejas	
Relaciones familiares	
Relaciones sociales	
Trabajo	
Educación y formación	
Ocio	
Espiritualidad	
Ciudadanía	
Salud/bienestar físico	

Anexo 9. Formulación de caso

FORMULACIÓN DE CASO

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: LP

Edad: 37 años

Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Conductora

Estado civil: Divorciada

Estrato: 3

Lugar de nacimiento: Bucaramanga

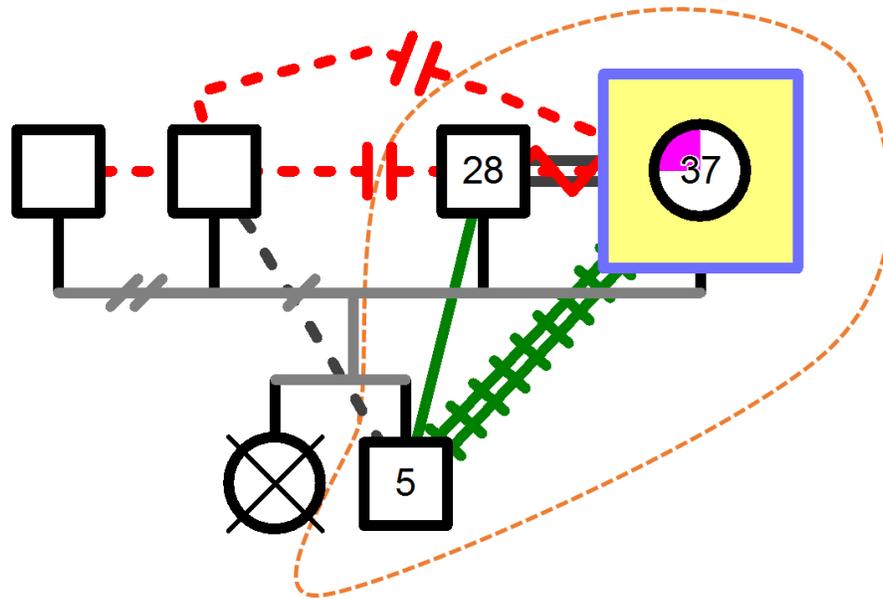
Residencia actual: Bucaramanga

Diagnóstico: Cáncer de mama

Tiempo de diagnóstico: 7 meses

Tratamiento: Quimioterapia y radioterapia

GENOGRAMA



LP vive con su hijo de 5 años y su pareja actual con la cual conviven en unión libre. La relación con su hijo es muy cercana y adecuada. Con su pareja se presentan constantes conflictos relacionados con las responsabilidades económicas del sostenimiento del hogar. Antes de la pareja actual la paciente tuvo dos matrimonios civiles, en uno de los cuales tuvo a su hijo de 5 años de edad. No mantiene comunicación con ninguno de sus dos ex esposos. La relación del niño con el padre es indiferente y se encuentran de forma muy ocasional.

MOTIVO DE CONSULTA

“Yo necesito que usted me ayude, yo me siento muy mal, no dejo de llorar, no puedo dormir, no sé qué más hacer”

DESCRIPCIÓN DE HISTORIA DE VIDA

LP proviene de una familia nuclear de origen campesino que estuvo conformada por sus dos padres y seis hermanos (3 varones y 3 mujeres) de los cuales ella ocupa el 4 lugar. Reporta que durante su infancia participó de las labores del campo y en la venta de los productos, afirma que desde muy niña, a la edad de 7 años inicio a trabajar alternando dicha actividad con la escuela. Al terminar el bachillerato se trasladó a la ciudad para trabajar como auxiliar de oficios varios y para ayudar en el cuidado de una tía materna que se encontraba muy enferma. Durante su estancia en la ciudad, a la edad de 17 años conoció a

su primer esposo, con el cual estuvo casada 10 años. Después de la ruptura la paciente decidió realizar un curso de manejo para cambiar de labores e inició a trabajar en dicha actividad como taxista. Durante esta época conoce a su segundo esposo, con quien tiene una hija, la cual fallece al mes de nacida a causa de una complicación respiratoria. Ante este evento Luz Amparo, sufre episodios de llanto e ira. A los dos meses del fallecimiento de su hija, se entera que se encuentra nuevamente embarazada, lo cual precipita los síntomas del duelo, llevando al aumento en frecuencia de la sintomatología depresiva (principalmente insomnio y llanto). El embarazo de su hijo tuvo complicaciones y el estado de salud de ambos se vio seriamente comprometido. Al finalizar el embarazo el niño es llevado a cuidados neonatales por aproximadamente un mes. Finalmente, el niño se recupera; ante estos eventos la paciente reaccionó con episodios de llanto y ofuscación. En este contexto se empiezan a presentar problemas de pareja relacionados con la infidelidad y el maltrato verbal, además de la desaparición de dinero y bienes, los cuales, según la paciente su esposo extraía. Al divorciarse de su esposo, pierde la casa que ambos habían comprado debido a que ésta se encontraba a nombre de un hermano del señor, lo cual la llevó a una quiebra económica, evento ante el cual, la paciente presenta una crisis de ansiedad y episodio depresivo. Hace tres años estableció su última relación afectiva en la cual se presentan constantes disputas a causa de temas económicos. Se le diagnosticó cáncer de mamá en octubre del año 2013.

CICLO VITAL

LP se encuentra en etapa de adultez. Considera que su vida ha estado llena de complicaciones y que no ha logrado obtener sus propósitos. Sin embargo manifiesta que se encuentra realizada como madre y que este hecho es muy reforzante para ella. Antes del diagnóstico del cáncer se presentaban múltiples inconformidades en su relación de pareja, su estado laboral y su situación económica. La manifestación de la enfermedad ha precipitado reacciones psicológicas desadaptativas que tenían antecedentes en situaciones estresantes.

Embarazo

No reporta información.

Infancia:

La paciente reporta que durante su infancia se dedicó a trabajar y a estudiar. Manifiesta que la situación económica de su familia de origen era muy mala por lo cual ella y sus hermanos trabajaron desde la edad de 7 años. Refiere que se sentía muy sola e intranquila, manifestándose episodios de ansiedad (taquicardia, sudoración, miedo intenso) cada cierto tiempo. Refiere constantes peleas de sus padres y abandono constante de ambas figuras, con incumplimiento de las funciones parentales, ante lo cual los hermanos mayores asumían el rol. También afirma que su madre era una persona “deprimida” y que la mayor parte del tiempo estaba triste y era poco accesible emocionalmente, a su padre lo describe como una persona agresiva, fría y distante.

Adolescencia:

Durante esta etapa de su vida la paciente culminó sus estudios de bachillerato y conoció a su primer esposo. Debido a su traslado a la ciudad perdió todo contacto con su familia de origen durante 5 años, luego de recuperada la comunicación esta se mantuvo de forma esporádica e inconstante. Trabajaba en oficios varios. Se casó a la edad de 17 años.

Adulthood:

Desde su primer matrimonio ha mantenido tres relaciones afectivas significativas. Con su segundo esposo tuvo dos hijos, la primera una niña, falleció al mes de nacida y el segundo hijo tiene actualmente cinco años. Ha tenido dos divorcios legales y vive en unión libre con su última pareja. Desde hace más de 10 años se ha dedicado a la labor de conductora (taxis, camionetas). Ante su primer divorcio se presentó un episodio depresivo con sintomatología ansiosa, igual que ante la pérdida de su hija. Así mismo, durante el segundo divorcio, LP sufrió una pérdida económica importante lo cual también desencadenó un episodio depresivo. Estos episodios no fueron diagnosticados ni intervenidos por psicología o psiquiatría.

CONTEXTO

Contexto	Descripción
<i>Familiar</i>	Su estructura familiar está conformada por ella y su hijo de 5 años.

	Adicionalmente mantiene una unión libre desde hace tres años. Se comunica ocasionalmente con su madre y con una sobrina.
<i>Social</i>	LP evidencia que tiene dificultades para establecer relaciones empáticas con otras personas, sin embargo, se cuestiona este fracaso debido a que según ella, en su trato es amigable, respetuosa; se expresa de manera educada y es capaz de establecer un clima de confianza con las demás personas, lo cual se evidencia en la sesión. Afirma que no se siente a cómoda en reuniones sociales y que tiene pocos amigos, también evita asistir a eventos o salidas y si lo hace se queda poco tiempo inventando una excusa para poder marcharse. Refiere que estar en presencia de otras personas la hace sentir ansiosa y que piensa que las personas la consideran inadecuada o poco agradable.
<i>Ocupacional</i>	Actualmente, la paciente ha reducido su participación en las labores de su trabajo debido al malestar producto de la quimioterapia.
<i>Salud</i>	La paciente señala que antes del diagnóstico del cáncer tenía un problema médico debido a una lesión en el manguito rotador, también presenta un diagnóstico de hipotiroidismo para lo cual toma tiroxina. Actualmente, su estado de salud se ha visto comprometido por la enfermedad (cáncer de mama) y por el tratamiento con quimioterapia.
<i>Recreación</i>	Ve televisión y ocasionalmente sale con su hijo a los centros comerciales y al parque.
<i>Sexual</i>	La paciente refiere que su vida sexual es normal no presenta alteraciones ni dificultades.
<i>Académico</i>	La paciente culminó sus estudios hasta bachillerato. No ha realizado ningún otro tipo de estudio.

EVALUACION

Instrumentos utilizados

- ✓ Inventario de depresión de Beck

- ✓ Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria
- ✓ Escala de ansiedad estado rasgo STAI

Los siguientes instrumentos fueron utilizados como un recurso terapéutico más que como instrumentos de medición:

- ✓ Cuestionario de Aceptación y Acción (Hayes et al, 1999)
- ✓ Registro de Malestar y Acciones Valiosas (Luciano, Gutiérrez, Páez, &Valdivia, 2002)
- ✓ Formulario Narrativo de Valores (Hayes et al, 1999)
- ✓ Cuestionario de Valores (Wilson et al, 2002)

ANÁLISIS FUNCIONAL

Conductas problema

1. **Aislamiento social:** la paciente evita relacionarse con las demás personas. Esta sola, ha perdido su red de relaciones sociales y no ha hecho nada por iniciar ni mantener nuevas relaciones. Presenta miedo sobre la posibilidad de fracasar en las relaciones interpersonales.
2. **Apatía:** Desinterés por las cosas, no encuentra disfrute en las actividades que realizaba anteriormente. No habla con las demás personas de otros temas diferentes a sus quejas
3. **Autoimagen y auto-concepto deteriorados:** LP tiene constantes quejas sobre su aspecto físico, sobre su incapacidad para resolver, se refiere de forma inferior respecto de sí misma en relación con otros.
4. **Patrón de evitación conductual:** La paciente evita las diligencias y procedimientos médicos. Evita hablar de cosas que la hagan sufrir o le provoquen malestar psicológico. Evita las responsabilidades cotidianas. Permanece en cama todo el día.
5. **Quejas verbales:** constantemente alude a los “problemas terribles que tiene”, se evidencia un discurso monotemático en torno a su sufrimiento personal.
6. **Pensamientos de minusvalía e indefensión:** Se presentan de manera constante y son evocados principalmente ante la presencia de una situación que requiere afrontamiento: yo no soy capaz de nada” “por qué será que nadie me quiere” “me da

miedo que mi pareja me abandone, como hacen todos” “yo no soy capaz de hablar con la gente, no sé cómo hacer, creo que no voy a encajar”

7. **Ansiedad:** Respuesta fisiológica (taquicardia, sudoración, tensión muscular), intranquilidad, desasosiego.

A continuación se presenta la interacción de las conductas problemas en relación con sus antecedentes y consecuentes (Tabla 1)

Tabla 1. Lista de conductas problemas en interacción con factores antecedentes y consecuentes

Categoría	Conductas	Antecedentes	Consecuentes
Cogniciones	✓ <i>Pensamientos automáticos negativos:</i> “yo no soy capaz de nada” “por qué será que nadie me quiere” “me da miedo que mi pareja me abandone, como hacen todos” “yo no soy capaz de hablar con la gente, no sé cómo hacer, creo que no voy a encajar”	<i>Antecedentes remotos:</i> 1. Episodios depresivos durante la adolescencia y ante su primer proceso de divorcio. 2. Duelo con episodio depresivo por el fallecimiento de su hija. 3. Fracasos en sus relaciones afectivas.	1. Descarga emocional 2. Evitación de diligencias y procedimientos médicos que resultan aversivos 3. Atención de amigos y de los profesionales del sistema de salud. 5. Atención de su pareja actual. 6. Justificación de creencias desadaptativas. 7. Ineficacia en tareas por cumplir y en actividades de la vida cotidiana.
	✓ <i>Suposiciones distorsionadas:</i> “para que voy a pedir la tutela, si a la gente como yo siempre le niegan todo” “si no les gusta, no me ayudan, así es como pasa”	<i>Antecedentes recientes:</i> 1. Diagnóstico de cáncer de mamá 2. Discusiones con la pareja actual. 3. Dificultades con el sistema de salud para	
	✓ <i>Auto-esquemas disfuncionales:</i> “Yo siempre he tenido ese problema por ser cómo		

	soy, para esas cosas no soy nada buena”	la obtención del tratamiento.	
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Episodios de llanto ✓ Sensación de tristeza ✓ Sensación de desasosiego 	4. Tratamiento del cáncer por quimioterapia	
Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insomnio ✓ Taquicardia ✓ Tensión muscular 	5. Consecuencias del tratamiento: pérdida de cabello y malestar físico	
Motoras	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suspensión de actividades cotidianas ✓ Quedarse en cama mientras dure la sensación de tristeza y el episodio de llanto ✓ Evitación de personas y redes sociales (aislamiento) ✓ Evitación de procedimientos médicos 		

FORMULACIÓN

LP presenta un patrón de conducta caracterizado por labilidad emocional, déficit en asertividad, desesperanza, unido a dificultades en toma de decisiones y en la persistencia conductual hacia la consecución de metas, todo lo cual deriva en una negativa y excesiva conducta auto referencial (pobre valoración de sí mismo). También se presentan quejas verbales sobre su situación actual y sobre la “vida que le ha tocado”. Se evidencian síntomas fisiológicos de ansiedad (taquicardia, sudoración) y sensación de intranquilidad. El patrón de sueño se encuentra levemente afectado (insomnio de conciliación). Este patrón de conducta, que en conjunto se denominará “depresivo” fue adquirido por eventos incontrolables de desintegración familiar (indefensión aprendida, Klein & Seligman, 1976) modelo de inestabilidad afectiva e hipervigilancia por parte de los hermanos mayores como

estrategia de control ante la ausencia de las figuras parentales. Así mismo, en el proceso de socialización la comunidad verbal inmediata de la paciente moldeó respuestas verbales consistentes con el patrón depresivo (Hayes & Wilson, 1993). Así mismo, su núcleo familiar reforzaba otras conductas asociadas a la depresión (la paciente refiere que la madre se quedaba en cama todo el día después de una discusión con su padre y los otros miembros de la familia aceptaban esta conducta manifestando valoraciones verbales como: “que otra cosa ella puede hacer” “es que lo que le toca es muy duro”). El patrón de conducta presentado por la consultante es mantenido por refuerzo social positivo, reforzamiento negativo por evitación y escape ante situaciones que le resultaban aversivas como las diligencias y procedimientos médicos (Ferster, 1973). Así mismo, se observó un patrón de aislamiento social con el consecuente deterioro de la red social de apoyo y la nula creación de nuevas relaciones interpersonales, absteniéndose además de la posibilidad de recibir refuerzo social o de establecer contacto con las contingencias proveedoras de refuerzo (Martell, Addis & Jacobson, 2001).

Unidades de Análisis

Antecedentes

- ✓ *Predisponentes:* Son aquellos que favorecen la aparición y mantenimiento de las conductas problema, para este caso son: presencia de posible cuadro depresivo en la madre de la paciente, crisis de ansiedad durante la infancia y la adolescencia y ante otros eventos estresantes (traslado a la ciudad, pérdida del empleo, quiebra económica), socialización familiar con refuerzo de conductas depresivas y moldeamiento verbal de dichas conductas, déficit en el repertorio de habilidades sociales, dificultades en la regulación de las emociones (labilidad), creencias inflexibles y poco adaptativas sobre la felicidad (“mi pareja debe ser así”, “no deberían existir todos estos problemas”, “las personas como yo difícilmente llegamos a ser felices”), presencia de dos episodios depresivos sin diagnóstico ni tratamiento ante su primer divorcio y ante la pérdida de su hija de un mes de nacida.
- ✓ *Precipitantes:* Son aquellos eventos próximos que están relacionados con la aparición del problema. Actúan como desencadenantes. Para este caso el precipitante principal es el diagnóstico de cáncer y el tratamiento subsecuente con

quimioterapia. También se presentan discusiones constantes con la pareja en una de las cuales la paciente sufre agresión verbal y física.

- ✓ *Estímulo discriminativo*: Es el estímulo que le indica a la paciente que tras ejecutar las conductas problema tendrán lugar una serie de consecuencias tanto positivas como negativas. En este caso los estímulos discriminativos son: estado de ánimo bajo, pareja actual, comunidad verbal reforzante de la conducta de “queja” y patrón depresivo.
- ✓ *Estímulo aversivo*: Consisten en los estímulos antes los cuales la paciente responde mediante la conducta problema. Estos son: discusión con la pareja, malestar físico, inicio del tratamiento por quimioterapia, situaciones por resolver (diligencias médicas, autorizaciones, diligencias legales, reuniones de padres en el colegio de su hijo).

Respuestas

Como ya se mencionó en el apartado de descripción de conductas problema, éstas abarcan tres dimensiones; cognitiva, fisiológica y motora, y se presentan como respuesta al estímulo aversivo.

Consecuentes

- ✓ *Reforzadores*: funcionan como mantenedores de las conductas problema. Se observan de dos tipos:
 - *Positivos*: Aprobación de la comunidad verbal (Hayes, Brownstein, Haas, & Greenway, 1986), atención y cercanía afectiva de su pareja actual, atención y cercanía del equipo médico, cercanía de familiares (madre y sobrina).
 - *Negativos*: disminución de los síntomas fisiológicos de la ansiedad (Barlow, Allen, & Choate, 2004), evitación de procedimientos que le resultan aversivos, evitación de las funciones aversivas atribuidas a la interacción social, evitación de responsabilidades cotidianas (Ferster, 1973)
- ✓ *Castigos*
 - *Positivos*: Agresión verbal de la pareja, críticas de familiares y compañeros de trabajo.

- *Negativos*: Tasas bajas de refuerzo personal y social, disminución del tiempo compartido con su hijo (Martell, Addis, & Jacobson, 2001).

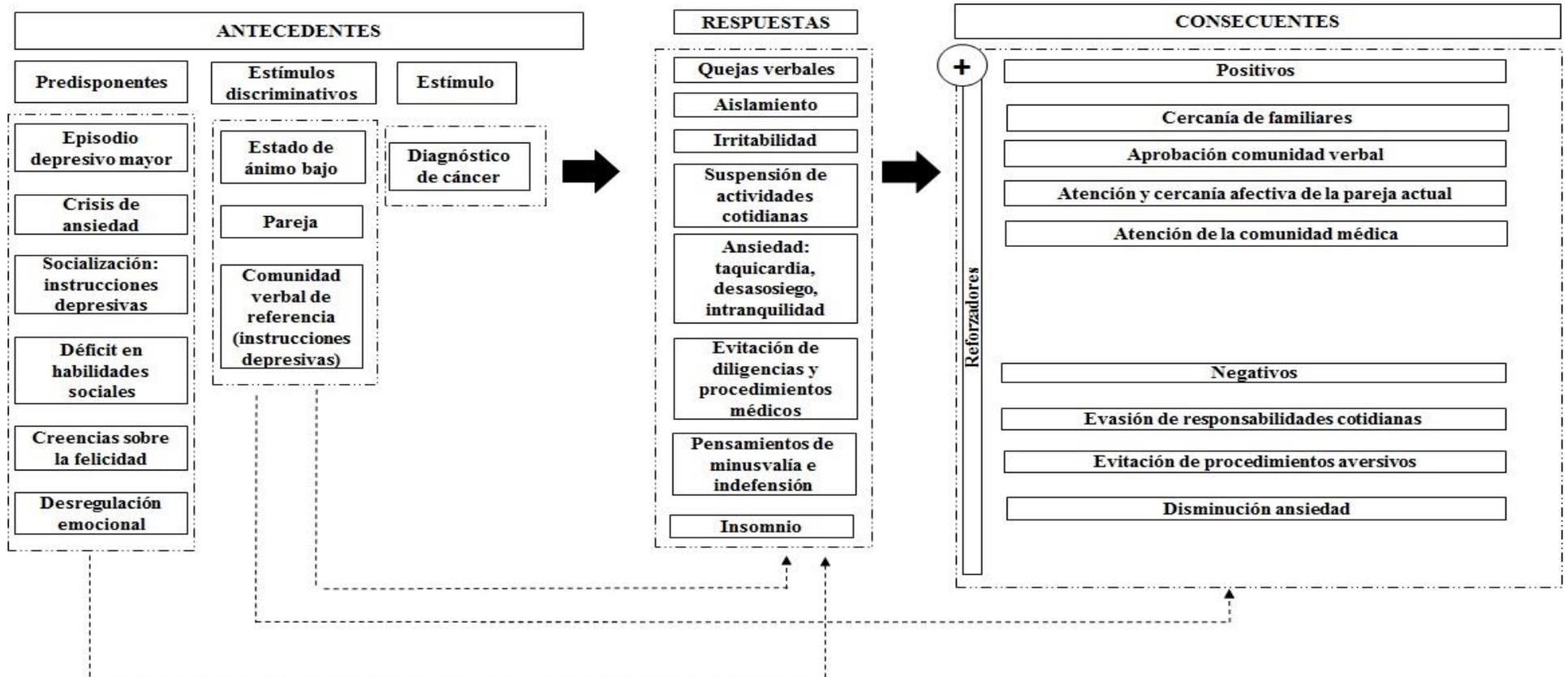
Hipótesis de origen (problemática actual)

En un espacio muy corto de tiempo, la paciente ha debido enfrentarse a tres eventos altamente estresantes: las disputas con su marido, el diagnóstico de cáncer de mama y el tratamiento con quimioterapia cuyos efectos como la pérdida del cabello y la sensación de debilidad han resultado difíciles de afrontar. La paciente posee una vulnerabilidad previa que se manifiesta por la presencia de dos episodios depresivos, el primero ante su primer divorcio y el segundo cuando falleció su hija de un mes de nacida debido a una complicación respiratoria. También existen antecedentes de crisis de ansiedad que se presentaban cuando era niña y durante la adolescencia, posteriormente ante eventos estresantes como la quiebra económica también se manifiesta la crisis. También deben tenerse en cuenta los antecedentes familiares de la paciente: episodios depresivos en la figura materna, socialización de patrones de conducta depresivos reforzados por el sistema familiar y conducta instruccional verbal moldeadora del patrón depresivo (Quiñones & Sandoval, 1996), desintegración familiar y modelo de inestabilidad afectiva caracterizado por la ausencia de figuras parentales y la hipervigilancia y descalificación por parte de los hermanos mayores. Por otra parte, los antecedentes personales como el déficit en habilidades sociales (Lazarus & Folkman, 1984), déficit en habilidades efectivas para la solución de problemas (Nezu, 1987) y falta de habilidades para la regulación emocional (Slee, Garnefski, Spinhoven, & Arensman, 2008) han hecho más proclive la aparición de la conducta depresiva en LP.

En este contexto, ante el diagnóstico de cáncer de mama, la paciente responde con un patrón de conducta depresiva, en el cual se incluyen las conductas problema (quejas verbales, llanto, aislamiento, irritabilidad, suspensión de actividades cotidianas, evitación de diligencias y procedimientos médicos, suspensión de la ingesta de alimentos, apatía y desinterés por actividades de usual disfrute, insomnio, pensamientos de minusvalía e indefensión y respuesta fisiológica de ansiedad). Esta respuesta fue reforzada por la comunidad verbal de referencia, por su familia (la cual había estado ausente), su pareja y por la comunidad médica, también recibe reforzamiento negativo al evadir procedimientos

médicos aversivos, responsabilidades cotidianas (menciona constantemente que éstas siempre le han agobiado porque se siente “incapaz de realizarlas” y teme que “todo le salga mal”) y además, reduce los niveles de activación fisiológica productos de la ansiedad que también le resultan aversivos. En la Figura 1 se presenta la interacción de las funciones aquí detalladas.

Figura 1. Hipótesis de origen de la conducta depresiva de LP



Hipótesis de mantenimiento

El patrón depresivo de LP es mantenido por contingencias directas: reforzamiento positivo y reforzamiento negativo y por el control de las reglas (conducta verbal) inflexibles que son poco sensibles a la variación de las contingencias. Las conductas de evitación y escape son mantenidas por refuerzo negativo, de modo que LP se preserva de verse sometida a situaciones que le resultan aversivas: 1. Situaciones en las cuáles debe resolver problemas (diligencias médicas y legales, reuniones de padres, autorizaciones, reuniones laborales) no participar de estos eventos le evita la aparición de auto valoraciones negativas acerca de sus habilidades en la resolución de problemas, sin embargo, cabe señalar que al no permitirse desempeñar esta función la evaluación de su autoeficacia se deteriora lo cual refuerza los pensamientos y creencias de incapacidad que hacen parte de su auto-concepto. 2. Procedimientos médicos: debido al malestar físico que le generan la evitación de dichos procedimientos resulta altamente reforzante para LP. 3. Interacción social: debido a las funciones aversivas relacionadas con la interacción social (la paciente se siente inadecuada, cree que no sabe cómo relacionarse con las demás personas) la evitación de la comunicación y participación de reuniones y encuentros resulta reforzante. Aquí cabe resaltar que esta conducta de evitación aumenta el aislamiento social de la paciente y refuerza sus creencias sobre “la soledad” y lo “mala que soy para hablar con otros”. De acuerdo con Martell, Addis y Jacobson (2001) ciertas formas de retraimiento, como evitar el contacto con la comunidad social o el dormir excesivamente, ayudan a evitar la exposición a la estimulación del ambiente que produce pensamientos y sentimientos aversivos, lo que mantiene a la conducta depresiva y reduce el contacto con reforzadores potenciales. En esta misma línea, Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl (1996 citados por Wilson & Luciano, 2011) este patrón conductual que se denomina como evitación experiencial se ha descrito como la indisposición para permanecer en contacto con experiencias privadas (pensamientos, sentimientos, recuerdos), tratando de escapar de ellas, aun cuando en este intento se hagan daño o disminuyan la posibilidad de establecer contacto con estímulos reforzantes.

Por otra parte, el refuerzo negativo también se presenta en la medida en que las conductas de evitación y escape, así como el llanto y en la queja verbal disminuyen los síntomas de la ansiedad, estado que es naturalmente aversivo. Este patrón de conducta también es

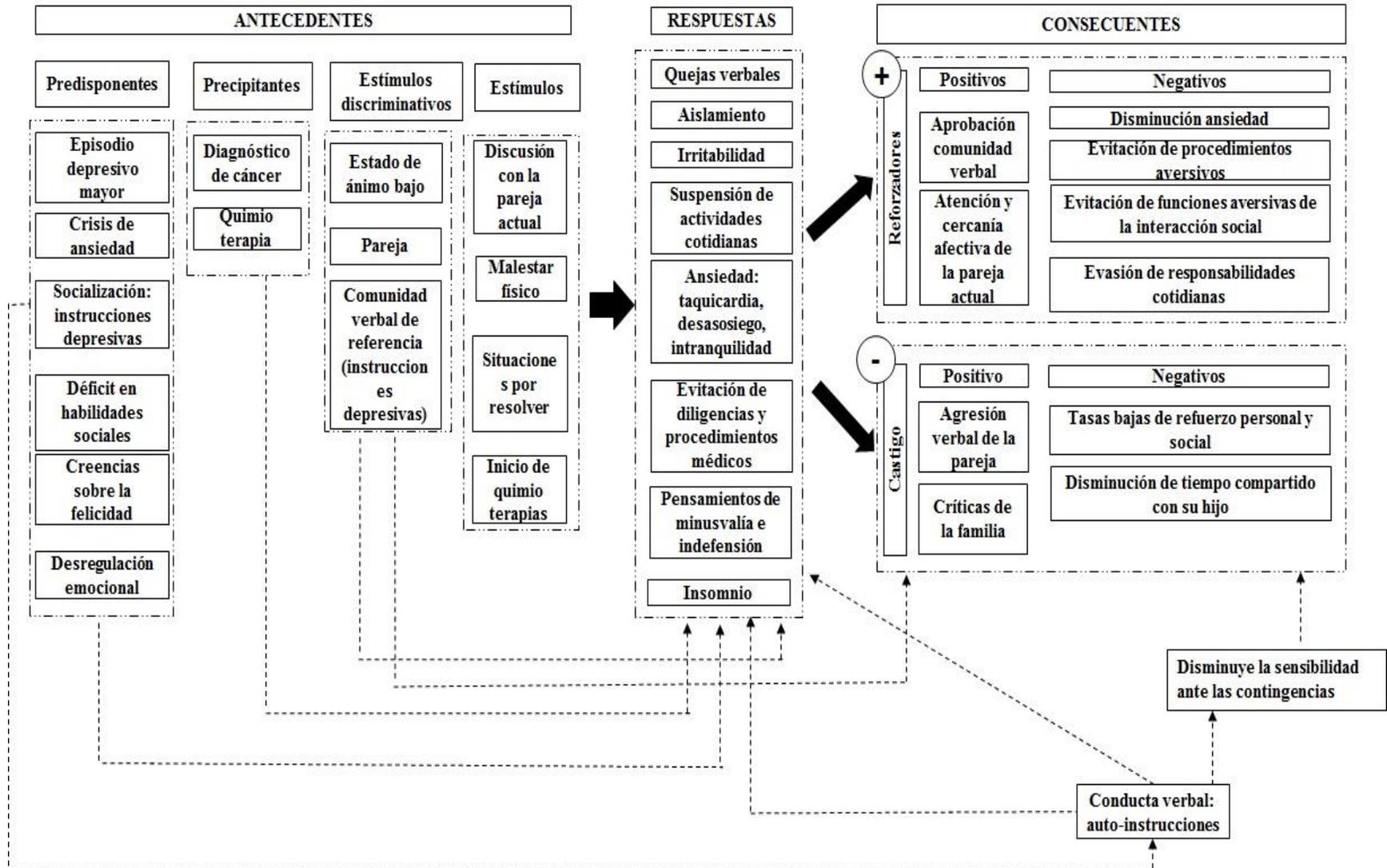
mantenido por reforzamiento positivo: los comportamientos de malestar, como el quejarse y las expresiones de preocupación son reforzadas por la comunidad verbal-social cercana a la paciente, particularmente los compañeros de trabajo refuerzan este tipo de conducta al escucharla y estar más pendientes de ella cuando se comporta de esa manera. Además validan con su discurso el hecho de “quejarse” afirmando que “comprenden su situación, afirmando que ellos probablemente estarían igual”. Es importante tener en cuenta que la conducta depresiva es culturalmente reforzada, por ejemplo; “quejarse”, frecuentemente hace que se proporcionen (al que se queja) explicaciones de los principales síntomas de la depresión. A su vez, ofrecer explicaciones es otro comportamiento altamente reforzado por la comunidad verbal-social (Hayes & Hayes, 1989 citados por Wilson & Luciano, 2011).

Ahora bien, este planteamiento supone una interacción entre ambos tipos de reforzamiento (positivo y negativo); puede verse que conforme las tasas de reforzamiento se reducen, se debilita el control de la conducta no-depresiva por parte de estímulos controladores previos y, comportamientos depresivos como el pensamiento negativo y el “sentirse deprimido” se incrementan. Por ejemplo, Ferster (1973) señalaba que una pérdida de reforzamiento podía resultar en mutismo e inactividad, que eran aversivos. Comportamientos depresivos tales como quejarse, hacer anotaciones, pasearse caminando de ida y vuelta, así como el discurso compulsivo, pueden ser evocados, funcionando para encubrir (equilibrar) estas condiciones aversivas. Así pues, conforme la disponibilidad de reforzamiento positivo disminuye, los reforzadores negativos asumen el control.

La percepción de carencia de capacidad para controlar la ansiedad acompañada de los pensamientos de culpabilidad, aumentan los sentimientos de indefensión, inseguridad, tristeza y cansancio. En esencia, las habilidades sociales insuficientes o inadecuadas dan como resultado una capacidad limitada para obtener refuerzo positivo del ambiente social. Tal formulación forma parte del modelo que Lewinsohn (Lewinsohn, Clarke, & Hops, 1990) este último sugiere un sólido componente cíclico interpersonal en la depresión, según el cual la persona con conducta depresiva comienza el ciclo con quejas, lo que en un inicio genera un aumento del refuerzo social (palabras tranquilizadoras, empatía, atención). Sin embargo, las quejas continuas y el hecho de centrarse en sí misma hacen que los demás en el ambiente social de la persona la rechacen, lo que da por resultado una reducción del

refuerzo y apoyo sociales, así como a una confirmación del autoconcepto negativo. Conforme aumentan las quejas, también crece la naturaleza aversiva de este comportamiento, lo que genera mayor rechazo por parte de quienes rodean a la persona deprimida. Por otra parte, el control verbal de la conducta depresiva se explica por el desarrollo de auto-instrucciones que fueron aprendidas durante la socialización verbal de LP. Inicialmente, los padres y hermanos de la paciente reforzaron el seguimiento de tactos relacionados con la conducta depresiva y luego la paciente generó sus propias instrucciones teniendo como base las socializadas en el proceso de crianza. De acuerdo con Quiñones y Sandoval (1996) los padres depresivos pueden instrucciónar depresivamente a través de reglas verbales que el niño va haciendo parte de su conjunto de instrucciones, las cuales posteriormente regulan su conducta. En el caso de la paciente se logró establecer algunos tactos como los siguientes: “no se esfuerce, no hay posibilidades para usted” “es muy difícil ser feliz en esta vida” “nosotros nacimos fue para sufrir ¿no se da cuenta?” “nunca vamos a salir de aquí” “de la gente como nosotros ni dios se acuerda”. Inicialmente LP recibió reforzamiento directo al obedecer este tipo de instrucciones, y posteriormente, generó tactos verbales con funciones similares y los generalizó de forma categorial a una serie de eventos privados y externos que hoy regulan parte de su patrón de conducta depresiva. Skinner (1953 citado por Ribes-Iñesta, 2008) se refirió a las reglas como estímulos discriminativos (tactos) que especifican contingencias conducta-consecuencia y que funcionan como antecedentes para la conducta operante. La habilidad de los organismos para generar reglas se aprende mediante una historia de reforzamiento social por seguir las reglas principio el niño aprende a responder ante las instrucciones de sus padres, para que sea obediente. Estas instrucciones verbales sirven como estímulos discriminativos que señalan consecuencias para el niño, que provienen tanto de la situación directamente, como indirectamente mediante contingencias colaterales implantadas por los padres. Después de múltiples experiencias en el entrenamiento para ser obediente, el niño desarrolla una obediencia generalizada. Cuando ocurre esto, el niño empieza a generar sus propias reglas e instrucciones, imitando las reglas que recibió modeladas por los adultos. Adicionalmente, el niño empieza a discriminar su conducta y la de otros, respecto a las consecuencias que reciben.

Figura 2. Hipótesis de mantenimiento de la conducta depresiva de L



PROCESOS (BIOLÓGICO, APRENDIZAJE, MOTIVACIÓN, EMOCIÓN Y AFECTO)

Procesos	Especificación
<i>Biológico</i>	No tiene diagnóstico psiquiátrico. Presenta un diagnóstico de cáncer de mama estadio II, por el cual se encuentra en tratamiento con quimioterapia. Manifiesta que tiene una lesión en el manguito rotador del hombro. Padece de tiroides para lo cual toma tiroxina.
<i>Aprendizaje</i>	Se observan pensamientos distorsionados de minusvalía e indefensión, errores cognitivos de sobregeneralización y abstracción selectiva, así mismo se evidencian pensamientos automáticos negativos sobre la autoeficacia.
<i>Motivación</i>	Su motivación es culminar el tratamiento con éxito para poder volver al trabajo y mejorar su situación económica. Refiere que su hijo es su mayor motivación, comprendiendo la responsabilidad que ella como madre tiene sobre el bienestar del niño.
<i>Emoción y afecto</i>	<p><u>Respuesta al afecto:</u> La paciente manifiesta que toda la vida ha sentido una “gran necesidad de ser querida” ya que siempre ha percibido que sus seres queridos no sienten afecto hacia ella, también percibe que las personas solo le ofrecen afecto cuando desean que ella les de algo a cambio.</p> <p><u>Emociones:</u> Se reporta estado de ánimo bajo, sensación de tristeza y apatía que mejora durante el día y vuelve a empeorar durante la noche. La paciente afirma que últimamente casi nunca se siente feliz y que es difícil expresar para ella sus emociones tanto positivas como negativas.</p>

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Paciente con cáncer de mamá que presenta episodios de depresión con crisis de ansiedad como respuesta ante el diagnóstico y el tratamiento con quimioterapia. En los antecedentes psicopatológicos se observan crisis de ansiedad y eventos de depresión previos ante situaciones de crisis.

Eje I

F06.32: Trastorno del estado de ánimo debido a cáncer de mama.

Eje II

Diagnóstico ausente

Eje III

C00-D48 Neoplasias

Eje IV

Dificultades con el sistema de salud

Eje V

EAG: 65

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- ✓ Optimizar la capacidad de resolución de problemas
- ✓ Aumentar la tasa de refuerzo positivo
- ✓ Promover el cambio contextual y la aceptación psicológica

PLAN DE INTERVENCIÓN

Como puede observarse en la formulación de caso la paciente presenta un patrón depresivo con trastorno de evitación experiencial en el cual el manejo de conducta proviene en gran parte principalmente del control verbal. Teniendo en cuenta este planteamiento se decidió que el modelo terapéutico que se ajustaba a las necesidades de la paciente era el de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Desde este modelo, y teniendo como eje principal

los valores de la paciente, se trabajará sobre la orientación del problema, disminuyendo las creencias irracionales y las quejas verbales sobre la ineficacia, las atribuciones de responsabilidad y la incapacidad resolutive. Así mismo se pretende modificar la forma en la cual la paciente interpreta las situaciones para evitar que se desarrollen respuestas emocionales y auto-diálogos que deterioran el estado de ánimo, promoviendo al tiempo comportamientos que permitan afrontar la situación con eficacia. También se trabajará mediante entrenamiento en resolución de problemas de modo que LP comprenda las razones que hacen de la situación o los eventos un problema, se fije metas realistas, genere opciones evaluando e identificando sus recursos individuales y externos, y finalmente tome decisiones. El entrenamiento en resolución de problemas mejorará las habilidades de autoeficacia que mejorarán la tasa de refuerzo positivo y disminuirán las creencias sobre incompetencia e incapacidad. Así mismo, la adquisición de estas habilidades le permitirá a la paciente resolver problemas futuros de forma adaptativa previniendo posibles episodios depresivos cada vez que se presente una situación estresante. Por otra parte, se realizará un entrenamiento en habilidades sociales de modo que la paciente amplíe las redes sociales con las que cuenta de modo tal que aumente la tasa de refuerzo social y disminuyan los pensamientos sobre no sentirse aceptada y amada. Estas tareas tienen el objetivo de exponer a LP a aquellas situaciones que evita favoreciendo el contacto con potenciales reforzadores.

El proceso que se siguió en la terapia se expone a continuación (Wilson & Luciano, 2011):

La intervención se llevó a cabo en 14 sesiones de las cuales 12 se realizaron de forma presencial con una duración aproximada de una hora y dos vía telefónica debido al estado crítico de salud de la paciente (Ver anexo 1).

Generar la desesperanza creativa

El primer paso fue tratar de generar una experiencia de desesperanza creativa, esto es, hacer caer en la cuenta a la paciente del costo que tiene la evitación. El objetivo terapéutico era que LP llegara a experimentar que todo lo que había hecho (y continuaba haciendo) no había servido de nada, pues aunque a corto plazo su lucha había tenido algún sentido, a largo plazo estos pensamientos volvían con más fuerza. En estos momentos de confusión se intentó no instruir, no proporcionar a la paciente ninguna estrategia concreta, pues cualquier cosa que se le dijera, podría ser utilizada para seguir cavando (metáfora del Campo de

Hoyos, Wilson & Luciano, 2011) Fue muy útil el uso de paradojas a fin de romper los esquemas lógicos que conducen a la evitación. Así, hubo momentos en los que LP decía no entender nada, a lo que el terapeuta replicaba bien, “si no entiendes nada es que lo estas entendiendo”. Con ello se respondía a los efectos de la paradoja con una segunda paradoja. Si bien caer en la cuenta de que no iba a poder acabar con los pensamientos que le atormentaban le provocó gran confusión y pesadumbre, la verdadera desesperanza surgió al darse cuenta de que en el camino había perdido todo lo que para ella era importante: la relación con su madre y su sobrina, los momentos de recreación y cercanía con su hijo, su relación de pareja, su trabajo y su proyecto de terminar la tecnología. En este sentido tuvo un gran impacto el ejercicio del Funeral en el que se le pidió a la paciente que imaginara que asiste a su funeral y que pensara las cuestiones por las que le gustaría ser recordada por sus seres queridos. Este ejercicio fue vivido con una fuerte carga emocional, interrumpiéndose con varios episodios de llanto, ya que LP llegó a sentir que todo aquello que más le importaba, aquello que perdía con la muerte, lo estaba perdiendo ya en vida. En estos momentos se trató de hacerle ver que ella no estaba desesperada, sino que era la situación la que no tenía esperanza. Y no estaba desesperada porque podía responder. La terapeuta, en este punto, le indicó que si bien ella no iba a poder ayudarla a “olvidar estos pensamientos”, sí podía ayudarla a retomar su vida y los objetivos que tenía en la misma. La paciente presentaba un patrón de evitación altamente cronificado, por lo que a lo largo de la intervención hubo numerosas oportunidades para practicar la experiencia de la desesperanza creativa, a la par que se avanzaba en otros objetivos.

Clarificar valores

La paciente mostraba dificultades a la hora de identificar sus valores, centrada como estaba en “sacarse de la cabeza” aquellas ideas que le molestaban y evitar “sentirse mal”. Con este fin, se comenzó proponiendo preguntas abiertas del tipo: ¿qué hay importante en tu vida?, si no hubieras tenido esta enfermedad (el cáncer) ¿qué estarías haciendo? En un principio las respuestas eran altamente imprecisas, y LP sólo alcanzaba a decir que para ella lo más importante era su hijo. Pero, con el transcurso de las sesiones, comenzó a proponer acciones concretas. Al mismo tiempo se fueron haciendo patentes las barreras psicológicas: “antes de eso necesito que usted me quite este sentimiento y esos pensamientos, si no me

siento bien, entonces no soy capaz de hacer lo que tengo que hacer”. Tratando de precisar los valores de la paciente se realizó el ejercicio para clarificar los valores en diferentes áreas. Éste demanda hace que la paciente estableciera las líneas de actuación generales que querría llevar a cabo enmarcadas en diferentes áreas (relaciones íntimas, familia, relaciones sociales, trabajo, estudio y formación, ocio, salud, etc.). A su vez se pretendía que se detallaran objetivos y acciones concretas que le llevarían por el camino de esos valores, así como las barreras u obstáculos que pudieran aparecer. Así, por ejemplo, en cuanto a las relaciones íntimas, para la paciente era importante mantener una relación de amor y comprensión mutua. Como objetivo se proponía conocer a alguien, y las acciones que pensaba poner en marcha consistían en salir, hablar con la gente, etc. Ella pensaba que la barrera fundamental con la que podía encontrarse eran: “el cáncer”, “la depresión” “el malestar del tratamiento de la quimioterapia”. De la misma forma se obtuvo información del resto de las áreas: *Familiar*: la paciente afirmó que para ella es importante mantener contacto con sus familiares, tenerlos en su vida; “volver a salir con mi hijo, a estar pendiente de él” “volver a visitar a mi mamá, aceptar cuando me inviten ellas a salir”, *Social*: Refiere que siempre se ha sentido muy “sola” y que ha querido ampliar su red de relaciones; “tener amigos, alguien con quien salir, hablar, hacer otras cosas” *Espiritual*: refiere que la relación con Dios es muy importante y que desde que tiene el cáncer ha querido acercarse más a él, pero lo evita porque “cada vez que rezo, me pongo mal, se me vienen todos esos pensamientos, y las ganas de llorar” para recuperar esta área de su vida la paciente propuso: “volver a la iglesia, intentar volver al grupo de oración, volver a rezar como antes”, *Académico*: afirma que siempre quiso tener un título profesional y que cuando se casó sacrificó ese “sueño” se ha propuesto para iniciar llevar a cabo las diligencias necesarias para inscribirse en el programa la siguiente cohorte. Desde el momento en el que se pusieron encima de la mesa los valores de la paciente, se dedicó una parte de todas las sesiones a realizar seguimiento sobre los pasos había dado para recuperar su vida.

A partir de la sesión 6, tras una recaída en la que LP se apartó del horizonte de sus valores, viéndose atrapada nuevamente en el patrón de evitación, se introdujo un registro en el que debía anotar las acciones que emprendía para retomar el camino, lo cual tuvo buenos resultados en la prevención de nuevas recaídas, pues LP tuvo un aumento significativo de la

frecuencia de las acciones orientadas a valores y una reducción de las crisis de ansiedad y de los síntomas depresivos.

Una metáfora de gran relevancia en este caso fue la metáfora del Jardín (Wilson & Luciano, 2011), y ello en la medida en que ayudó notablemente a poner de manifiesto la necesidad de un trabajo continuado y perseverante para lograr la vida que ella deseaba. En esta metáfora se pidió a la paciente que imaginara que tenía un jardín. Éste cuenta con distintas parcelas, en referencia a las áreas en las que se agrupan los valores. Se le dijo que si uno quiere tener un buen jardín, tiene que trabajarlo día a día. Al principio resulta duro, y es difícil ver los frutos del trabajo. Incluso podría ocurrir que plantara las semillas, las regara, y, al final, nada brotara. Pero lo cierto es que la única manera de tener un bonito jardín es trabajándolo. De esta forma, se indicó a la paciente que la única manera de conseguir la vida que quería tener era trabajando, día a día, en la dirección valiosa, sabiendo que los resultados no están garantizados.

El control de los eventos privados es el problema

Otro objetivo al que se orientó el tratamiento fue a que LP contactara con el verdadero problema, que no eran sus pensamientos negativos, el miedo o los sentimientos de culpa, sino aquello que hacía con el propósito de controlarlos. Así, se sugirió que el control funciona con muchas cosas, pero tal vez, con los sucesos privados, las estrategias de control no fueran igualmente eficaces. La paciente disponía de una amplia experiencia en este sentido. En cada sesión surgían nuevas estrategias de control, al hilo de las barreras con las que la paciente se encontraba en la dirección a sus valores, y para hacer contacto con la inutilidad de la lucha se dispusieron preguntas del tipo: ¿lo has intentado?, ¿y te ha funcionado?, ¿qué te dice tu experiencia? El primer paso era que la paciente llegara a distinguir lo que se puede controlar y lo que no. A este respecto, y para socavar el sistema de creencias que conduce a un patrón de evitación, se utilizaron diversas metáforas como la del Polígrafo (Wilson & Luciano, 2011). Del mismo modo se introdujeron diferentes ejercicios experienciales. Por ejemplo, se introdujo el ejercicio de los números. En éste se le pidió a la paciente que recordara los números 1, 2 y 3, para posteriormente pedirle que se olvidara de ellos, lo que obviamente resulta imposible. En la misma línea se presentó el ejercicio del Reflejo Rotuliano, en el que se le daba un golpe en la rodilla y se le pedía a la

paciente que controlara la respuesta refleja de la misma forma que intentaba controlar sus pensamientos. Se trataba de que LP llegara a abstraer, a través de múltiples ejemplos, que hay ocasiones en las que el control no funciona, e incluso puede tener efectos paradójicos.

Desliteralización o desactivación de las funciones verbales

El propósito de la intervención era que las palabras no llegaran a controlar conductas que situaban a la paciente en contra de la dirección que quería seguir. Así se utilizaron distintas técnicas para que LP pudiera ver sus pensamientos y sus sentimientos como lo que son y no lo que dicen ser. Por ejemplo, se introdujo el ejercicio de repetir muchas veces, y sin parar, una palabra. De la misma forma, se le pidió que repitiera muchas veces uno de los pensamientos que más frecuentemente le asaltaban: “no soy capaz con esto” Se trataba de cambiar el contexto en el que estas palabras aparecían, de forma que llegara a diferenciar los pensamientos de sus funciones.

Como puede observarse, y si bien el modelo de ACT facilita un modelo a seguir el proceso terapéutico es dinámico y es pertinente trabajar con diferentes técnicas y estrategias que permitan alcanzar los objetivos terapéuticos. Por ejemplo, durante las sesiones 5 a 9 se llevó a cabo un entrenamiento en relajación progresiva con respiración diafragmática debido a que la paciente manifestó que los eventos de ansiedad le resultaban muy aversivos y que en ocasiones no le permitían conciliar el sueño. Así mismo, después de realizar la clarificación de valores se entrenó a la paciente en una técnica de resolución de problemas de modo que pudiera llevar a cabo las tareas asignadas pues algunas de éstas consistían en diligencias que requerían dicha habilidad en la cual LP mostraba dificultad.

Por último, es importante señalar que el proceso de evaluación se realizó de forma constante para llevar el seguimiento de la evolución de los síntomas y los cambios conductuales esperados. La evaluación inicial se realizó en la primera sesión con la aplicación de los siguientes instrumentos: HAD, BDI, y STAI. Estos mismos instrumentos se aplicaron cada cuatro sesiones (1, 4, 8 y 12). Otras medidas que se tomaron fueron los registros conductuales de los pensamientos interferentes, la respuesta de ansiedad y las acciones orientadas a valores.

Referencias

- Barlow, D., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Baruch, D., Busch, A., Cautilli, J., & Kanter, J. (2011). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: five environmental factors and a possible sixth and seventh. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 5-14.
- Fester, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Hayes, S., Brownstein, A., Haas, J., & Greenway, D. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule-controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46(2), 137-147.
- Hayes, S., & Wilson, K. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *Behavior Analyst*, 16(2), 283-301.
- Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjain, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Klein, D., & Seligman, M. (1976). Reversal of performance deficits and perceptual deficits in learned helplessness and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 11-26.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lewinsohn, P., Clarke, G., & Hops, H. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4), 385-401.
- Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Nezu, A. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literatura review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Quiñones, R., & Sandoval, M. (1996). Procesos verbales y desórdenes depresivos: Marcos relacionales y seguimiento de instrucciones. *Suma Psicológica*, 3(2), 147-172.
- Slee, N., Garnefski, N., Spinhoven, P., & Arensman, E. (2008). The influence of cognitive emotion regulation strategies and depression severity on deliberate self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(3), 274-286.
- Wilson, K., & Luciano, C. (2011). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Bloque	Técnicas	Sesiones														Indicadores	
		1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
<i>Desesperanza creativa</i>	Metáfora el campo de hoyos		x		x												Conducta verbal de reconocimiento de áreas vitales descuidadas
	Ejercicio el funeral		x														
	Metáfora quitarse las gafas								x								
<i>Clarificación de valores</i>	Metáfora del Jardín			x							x						Listado de valores con acciones dirigidas a objetivos vitales
	Establecer compromisos			x	x	x					x	x	x	x	x		
	Cuestionario de Valores			x													
<i>El control es el problema</i>	Si deseas quitar algo lo tendrás				x						x						Disminución de conductas de control y evitación de eventos privados
	Metáfora El Polígrafo				x												
	Metáfora Alimentar al tigre				x		x										
	Ejercicio del reflejo rotuliano						x										
<i>Desliteralización de funciones verbales</i>	Metáfora las dos escalas					x											Aumento de acciones orientadas a valores Disminución del control verbal sobre la conducta
	Metáfora La Caja						x										
	Ejercicio ¿Cuáles son los números?					x											
	Metáfora mensaje en el computador						x										
	Metáfora el tablero de ajedrez							x									
	Metáfora casa con nubes								x								
	Metáfora saltar en paracaídas								x								
	Ejercicio de repetir palabras									x							
<i>Compromiso y cambio de conducta</i>	Metáfora del viaje												x	x			Verbalizaciones de aceptación y cambio Mantenimiento y aumento de las acciones orientadas a valores.
	Ejercicio de cambiar la forma de coger el lápiz										x						
	Metáfora viaje y punto en el horizonte											x					
	Metáfora del Jinete											x					
	Evaluación de acciones a valores									x	x		x	x	x		