

**INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRASTORNO DE ADAPTACIÓN CON
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUJER DE MEDIANA EDAD
CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO-
CONDUCTUAL.**



ANDREA LIZETH GAITÁN OROZCO

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

Bucaramanga, 2020

Intervención en un caso de Trastorno de Adaptación con síntomas de ansiedad y depresión en una mujer de mediana edad con diagnóstico oncológico desde un enfoque cognitivo-conductual

Proyecto presentado por:

ANDREA LIZETH GAITÁN OROZCO

Para optar el título de especialista en psicología clínica



Director del proyecto:

ANDRES ENRIQUE ZÁRATE PRADILLA

Magíster en educación

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, 2020

Nota de aceptación: _____

Presidente del Jurado: _____

Jurado 1: _____

Jurado 2: _____

Bucaramanga

2020

Dedicatoria

A mi hermana Sofía dedico estas líneas por ser inspiración, por enseñarme a vivir un día a la vez y ser mi bendición y refugio. Te extraño.

Agradecimientos

Agradezco de manera especial a mis padres Yaneth y Ricardo, pues ellos han sido el principal motivo para la construcción y formación de mi vida como ser humano y profesional, además me han proporcionado la mejor educación, así como muchas lecciones de vida, me han enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia puedo lograr mis metas. También le doy gracias a mi abuela Robertina por su apoyo incondicional y paciencia durante todos estos años.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	IV
Agradecimientos.....	V
Tabla de contenido.....	VI
Lista de gráficas.....	VII
Lista de tablas.....	VIII
Resumen General de Trabajo de Grado.....	IX
General Summary of Work of Grade.....	X
Introducción.....	1
Objetivos.....	11
<i>Objetivo General</i>	11
<i>Objetivos Específicos</i>	11
Metodología.....	12
<i>Participantes</i>	12
<i>Instrumentos de Exploración</i>	12
<i>Instrumentos de Evaluación</i>	13
<i>Procedimiento</i>	15
Formulación Clínica del Caso.....	17
Resultados.....	38
Discusión.....	44
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	51
Referencias.....	52
Anexos.....	57

Lista de gráficas

Gráfica 1. Familioframa.....	17
Gráfica 2. Pre-test y post-test de la Escala de Weissman y Beck.....	38
Gráfica 3. Resultados obtenidos en la aplicación del BDI en cada sesión.....	39
Gráfica 4. resultados obtenidos en la aplicación del HADS en cada sesión.....	40

Lista de tablas

Tabla 1. Descripción familiar.....18

Tabla 2. Técnicas cognitivo – conductuales.....33

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN EN UN CASO DE TRASTORNO DE ADAPTACIÓN CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUJER DE MEDIANA EDAD CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.

AUTOR(ES): Andrea Lizeth Gaitán Orozco

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Andrés Enrique Zárate Pradilla

RESUMEN

La siguiente monografía se realizó con el objetivo de exponer la evolución del caso de una mujer de 46 años con enfermedad oncológica (diagnóstico de linfoma T periférico) y Trastorno Adaptativo con Ansiedad Mixta y Estado de Ánimo Deprimido. Se realizó intervención desde el Modelo Terapéutico Cognitivo - Conductual mediante la utilización de técnicas y herramientas psicológicas como la observación, entrevista semiestructurada y pruebas psicométricas (Inventario de Depresión de Beck, La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, y la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck). Finalmente, después del proceso de intervención los resultados mostraron una reducción considerable de la sintomatología presentada por la consultante (ansiedad – depresión), favoreciendo así su adaptación a la situación y mejorando su calidad de vida

PALABRAS CLAVE:

Enfermedad oncológica, Trastorno Adaptativo, Modelo Cognitivo-conductual.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: INTERVENTION IN AN ADAPTATION DISORDER CASE WITH ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS IN A MIDDLE-AGED WOMAN WITH ONCOLOGICAL DIAGNOSIS FROM A COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH.

AUTHOR(S): Andrea Lizeth Gaitán Orozco

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Andrés Enrique Zárate Pradilla

ABSTRACT

The following monograph was carried out with the objective of exposing the evolution of the case of a 46-year-old woman with oncological disease (diagnosis of peripheral T lymphoma) and Adaptive Disorder with Mixed Anxiety and Depressed Mood. Intervention was carried out from the Cognitive-Behavioral Therapeutic Model using psychological techniques and tools such as observation, semi-structured interview and psychometric tests (Beck Depression Inventory, The Hospital Scale of Anxiety and Depression, and the Weissman Dysfunctional Attitudes Scale and Beck). Finally, after the intervention process, the results showed a considerable reduction in the symptoms presented by the client (anxiety - depression), favoring their adaptation to the situation and thus improving their quality of life.

KEYWORDS:

Oncological disease, Adaptive disorder, Cognitive-behavioral model.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Se describe en este documento el caso de una mujer de 46 años, madre de familia que convive con su pareja y que cumple con los criterios descriptivos del trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad y depresión, en el que el diagnóstico de Linfoma T periférico es el principal estresante identificado acompañado de un prolongado ingreso hospitalario. El escrito busca ilustrar la intervención cognitivo-conductual ofrecida a la consultante desde sus fundamentos teóricos y conceptuales, los procedimientos metodológicos aplicados y los resultados alcanzados; así como las reflexiones y consideraciones que se generaron en el trabajo.

La documentación de este estudio de caso apuntó a un propósito doble: por un lado, registrar las destrezas, habilidades y responsabilidades disciplinarias alcanzadas por la autora en su proceso de formación; y por otro, poner a disposición de la comunidad académica un insumo para el debate sobre los temas que en él se tratan. La motivación por la intervención psicológica en oncología surge por la necesidad de identificar en el amplio mundo de las variables psicológicas, las cuáles configuran un determinado trastorno clínico en un individuo, y de acuerdo a esto establecer los factores protectores que favorecen una mejor calidad de vida, mejor ajuste y prolongación del tiempo de supervivencia una vez instaurado el proceso mórbido.

Así pues, la intención es también poder evidenciar el aporte que puede tener la intervención psicológica clínica en la vida de quienes padecen alguna afección neoplásica.

Trastorno Adaptativo en Pacientes con Cáncer

Ortiz (2013) afirma que “los trastornos adaptativos (TA) son una respuesta desajustada, bien emocional o comportamental, ante una situación identificable de estrés, o un cambio donde no ha habido un ajuste adecuado o saludable ante dicha situación o cambio” (p. 150). Ante este panorama, los individuos pueden presentar síntomas emocionales tales como: abatimiento del estado de ánimo, llanto, pánico, además de otros síntomas tanto depresivos como ansiosos; una investigación reciente muestra que de un 10% de los pacientes adultos que reciben atención primaria en salud y en porcentajes muy altos en pacientes de salud mental, la prevalencia del trastorno es del 3% (Morrison, 2014).

En la revisión de la literatura que acompañó este proceso se encontró que un porcentaje (12% y 47%) de los pacientes oncológicos cumplen ciertos criterios del trastorno mental durante el proceso enfermedad (Gil et al., 2008). No podía ser de otra manera si se reconoce que el diagnóstico oncológico y su tratamiento trae consigo un impacto emocional significativo que influye sobre todas y cada una de las áreas vitales del paciente, su familia y su grupo social; entre los trastornos mentales más usuales en los pacientes con cáncer están los denominados trastornos adaptativos, pero a pesar de su frecuencia son poco conocidos por el público general y frecuentemente ignorados por los profesionales, la razón de esto radica en que comúnmente son confundidos con otros trastornos como la depresión u otras alteraciones de la conducta (Holland, Breitbart, Jacobsen et al.; Jacobsen, Donovan, Trask et al.; Strong, Waters, Hibberd et al., citados en Almanza, Rosario, Silva y de la Huerta, 2010).

En relación con lo expuesto anteriormente, Zorrilla (2018) afirma:

Saberse portador de un cáncer desencadena una reacción psicológica de crisis vital en la que surgen conflictos interpersonales, se deteriora la capacidad de relación y la seguridad en uno mismo y se dificulta la toma de decisiones; en definitiva, hay una transición de rol. Si el paciente percibe su situación como “amenazante”, surgirá una reacción de ansiedad cuya intensidad y duración dependerá de los recursos de los que dispone para afrontar los acontecimientos negativos que se prevé que lleve consigo la enfermedad. Si por el contrario valora la situación como una “pérdida importante”, aparecerán sentimientos de desánimo o tristeza que pueden desembocar en estados depresivos. Ambas situaciones pueden derivar en diversas patologías, como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (p. 64).

Los trastornos de adaptación de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su adaptación número diez (CIE – 10), describe los estados de perturbación emocional y angustia subjetiva habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño social, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante (Organización Mundial de la Salud - OMS, 1994). Si bien, “la predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de adaptación, se admite que la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante” (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 1995, p.330).

Advierte el CIE-10 (2008) que las manifestaciones relevantes de este trastorno incluyen depresión, ansiedad o parte de ambas, sentimiento de incapacidad para estructurar a largo plazo o seguir adelante en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en los planes a

corto plazo; además, señala que pueden existir rasgos de trastornos de la conducta asociados y quizás el más predominante de estos puede consistir en una reacción depresiva prolongada o breve, como también en una perturbación emocional y de la conducta.

El factor de estrés (el diagnóstico) en las situaciones clínicas generalmente sólo afecta a una persona, pero sus consecuencias psicosociales llegan a tocar la vida de muchas. Cabe agregar que el Trastorno Adaptativo se ha identificado en todas las culturas y en los diferentes grupos etarios (incluyendo a los niños), además, puede encontrarse mucho más afianzado en los adultos que en los adolescentes, en estos últimos con frecuencia la presentación de síntomas tempranos pueden evolucionar y convertirse en otros trastornos psicológicos más definitivos (Morrison, 2014).

Almanza, Rosario, Silva y de la Huerta (2010) sugieren que en la enfermedad oncológica el proceso de adaptación consiste en el despliegue de acciones, comportamientos y pensamientos orientados a la reorganización y ajuste de las situaciones de la vida que se vieron afectadas y/o alteradas por la aparición de la enfermedad; además estos mismos autores afirman que este proceso de adaptación tiene un carácter universal e ineludible, debido a que todos los pacientes afrontan de manera distinta todas las etapas (descritas por Kubler Ross en 1969) que hacen parte del proceso de duelo (negación, enojo-ira, regateo, depresión y aceptación). El proceso que lleva de una fase a otra estará graduado por la comunicación asertiva a la hora de emitir el diagnóstico, así como también por la detección temprana y oportuna de la enfermedad, y el uso apropiado de los recursos internos o externos que cada persona posea, por ejemplo, madurez emocional, estabilidad familiar, económica y laboral, adecuada red de apoyo, entre otros.

Cuando condiciones como las mencionadas anteriormente no están garantizadas (como parece ser el caso, dada la alta prevalencia del trastorno) las personas experimentan malestar en distintos grados de severidad y en algunos casos se puede llegar a desarrollar un Trastorno de Adaptación, este puede complicar el curso de una enfermedad en personas con patologías médicas” (DSM – IV – TR, 2003).

Situación en el mundo, realidad colombiana y antecedentes.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología (2013):

El cáncer es una enfermedad caracterizada por la proliferación anormal y desordenada de células que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor maligno en un determinado tejido u órgano. Los tumores malignos se conocen por su capacidad de destruir e invadir tejidos y órganos tanto cercanos como los que están lejos del tumor original.

En Colombia el cáncer es considerado un problema importante de salud pública, si bien, el primer motivo de causa de muerte entre los colombianos son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por lesiones como por ejemplo las agresiones; hay un aumento lento y sostenido de la morbilidad y mortalidad por cáncer. Las cifras actuales (en Colombia se registraron 101.893 casos de cáncer, 47.876 fueron hombres y 54.017 mujeres) muestran que cerca de 96 personas mueren cada día en el país a causa del cáncer (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

El cáncer es una patología que tiene como origen diversos factores (multifactorial), sin embargo, existe consenso científico cuando se afirma que este es causado por modificaciones en los genes que controlan tanto el crecimiento natural de las células como de su muerte. Se debe

tener en cuenta que la incidencia de algunos tipos de cáncer pueden ser atribuibles a factores hereditarios, además, actualmente se considera que gran parte de los diversos tipos de cáncer tienen origen en la exposición a factores de riesgos relacionados tanto con el estilo de vida de las personas como con su entorno, estos factores pueden generar alteraciones en algunos genes normales lo que conllevaría a la aparición de la enfermedad (Instituto Nacional de Cancerología, 2013).

El tratamiento oncológico en Colombia se define según el tipo, ubicación y grado de avance, además, es esperable que se haga un proceso de atención relacionado con las consecuencias psicosociales surgidas de la misma, teniendo en cuenta que la evaluación de la calidad de vida es parte integral del abordaje clínico del paciente, en ese sentido, la Psicooncología como especialidad de la psicología se ocupa de investigar los aspectos psicosociales que tienen alguna influencia en el surgimiento del cáncer, así como del tratamiento de los problemas psicológicos que experimentan los pacientes (Restrepo, 1999).

Por otra parte, Salas y Grisales (2010) plantean que el concepto de calidad de vida es bastante complejo y muy debatido en el mundo por diferentes autores, esto debido a la variedad de factores que la determinan y las dimensiones que abarca, no obstante, estos autores, en un artículo académico reportaron los resultados de un estudio en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, llegaron a la conclusión que las mujeres pertenecientes al régimen de salud contributivo, estrato socioeconómico alto, las de mayor nivel de escolaridad y apoyo familiar, y las que tenían como soporte de afrontamiento sus creencias personales (espirituales y religiosas) tienen una mejor calidad de vida en comparación con aquellas mujeres en condiciones contrarias a las descritas anteriormente.

Rico, Restrepo y Molina (2005) hallaron en el proceso de validación de La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - HADS, que cambios en el estilo de vida de los individuos y la separación de las familias son factores psicosociales relacionados con el diagnóstico de ambos problemas (ansiedad y depresión), por lo que exponen que el reconocimiento de los niveles patológicos de éstos es un aspecto esencial en el establecimiento de un proceso más adecuado de intervención preventiva en la atención integral al paciente con cáncer.

Entre tanto García y González (2007), luego de una exhaustiva revisión bibliográfica sobre procesos de intervención psicológicos en mujeres con cáncer de mama, llegaron a la conclusión que a pesar de la cronicidad y lo potencialmente limitante que puede llegar a ser éste, no significa necesariamente que el paciente deba ser infeliz dada la determinación multifactorial del bienestar psicológico.

En sentido genérico, si el Trastorno Adaptativo en un paciente con cáncer implica la aparición de un factor estresante que supera el capital psicológico del individuo, entonces las estrategias de afrontamiento se referirán a la manera particular como las personas confrontan las demandas de las situaciones estresantes, en otras palabras, son los recursos cognitivos y conductuales con los que cuenta una persona para hacerle frente a diversos sucesos externos o internos, los cuales son percibidos como desbordantes ante las propias capacidades, por lo tanto, se entiende que el proceso de afrontamiento más que una simple respuesta ante una situación particular, es un proceso activo (Llull, Zanier y García, 2003). Así pues, se plantean dos tipos de clasificación del afrontamiento, en la primera están las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, la emoción y la evaluación, y la segunda clasificación se estructura según el foco, es decir, se efectúa entre formas de afrontamiento activas y de evitación (Montoya & Pelayo, 2017).

Por otra parte, la Terapia Cognitivo Conductual - TCC es un proceso psicoterapéutico complementario en el manejo del paciente oncológico, en esta se resalta el poder de los pensamientos como origen y mantenimiento de los problemas psicológicos, al igual que en el tratamiento psicosocial que ha mostrado efectos positivos importantes, tanto en la intervención de los problemas psicológicos surgidos durante el diagnóstico, tratamiento y etapa de seguimiento de la enfermedad, como en el manejo de los efectos secundarios (náusea, vómito, dolor, insomnio, incontinencia y disfunción sexual, etc.) en el tratamiento médico de la misma; indudablemente la TCC promueve en los pacientes con cáncer la utilización de estrategias de afrontamiento más adaptativas y muestra su eficacia en la disminución de los problemas de salud mental asociados a la enfermedad (Galindo et al., 2013).

De acuerdo con Rodríguez, Ortiz y Palao (2004, citados en Moreno, Nassar y Vargas, 2011) en cuanto a la terapia cognitiva se refiere afirman:

La terapia cognitiva pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza en la manera como el paciente percibe la enfermedad. Según la TREC (Terapia Racional Emotivo – Conductual): las personas se sienten perturbadas no por los acontecimientos de la vida, sino por la manera en que los consultantes los interpretan. De acuerdo a esto, las alteraciones emocionales se originan en el pensamiento irracional o erróneo que impide o dificulta el llevar a cabo las metas (p. 4).

Con relación al paciente oncológico se refiere, los pensamientos irracionales o desadaptativos dificultan la aceptación del diagnóstico, además de participar activamente contra el desarrollo de la enfermedad y seguir las recomendaciones médicas (Prieto, 2004). Según este mismo autor, la TREC emplea las siguientes técnicas en los pacientes con cáncer:

- a. Técnicas cognitivas
 - Entrenamiento en detección de creencias irracionales.
 - Técnicas de persuasión verbal.
 - Distracción cognitiva.
- b. Técnicas conductuales
 - Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.
 - Programación de actividades.
 - Exposición de las situaciones que causan temor.
- c. Técnicas emotivas
 - Imaginación Racional Emotiva.
 - Técnicas humorísticas.
 - Biblioterapia.

Por último, cabe destacar que el proceso de intervención expuesto en este trabajo, se realizó y se hizo posible en las instalaciones del Centro Médico Carlos Ardila Lule – Clínica Foscal, esta se encuentra prestando sus servicios en Floridablanca (Santander).

Objetivos

Objetivo General

Analizar el proceso terapéutico en un caso de Trastorno Adaptativo con síntomas de ansiedad y depresión desde un enfoque cognitivo-conductual en una mujer de mediana edad con diagnóstico oncológico.

Objetivos Específicos

- ✓ Reducir a través de diferentes técnicas cognitivo conductuales la sintomatología clínicamente significativa que presenta la consultante.
- ✓ Presentar la evaluación y psicodiagnóstico de la paciente con enfermedad oncológica y de acuerdo con esto establecer los objetivos terapéuticos bajo el modelo cognitivo conductual.
- ✓ Describir los resultados de la evaluación e intervención terapéutica determinando la eficacia del tratamiento.

Metodología

Participante

Se desarrolló el estudio de caso con una mujer adulta de 46 años con diagnóstico de linfoma T periférico, con excelente respuesta a quimioterapia; aunque víctima de bacteria intrahospitalaria en momentos en los que se preparaba a abandonar transitoriamente el centro médico con permiso del facultativo.

Instrumentos de Exploración

Los instrumentos de exploración utilizados durante el proceso de evaluación en la atención psicológica fueron:

Entrevista clínica semi-estructurada. Este instrumento técnico que ha sido utilizado en este caso de implementación del modelo terapéutico cognitivo conductual con el fin de obtener información útil para resolver el propósito central de la intervención: mejorar el estado de ánimo de la consultante y formarla en hábitos de afrontamiento y conducta eficaces en su situación. Se ha optado por esta herramienta en razón que no solo tiene como propósito obtener información en relación con el tema determinado, sino que permite que la información recabada sea lo más precisa posible y que se acompañe de los significados que la participante atribuye a los temas en cuestión. (Ver anexo No 1).

Formulación clínica conductual. A través de esta herramienta se busca poner en orden, dentro de un modelo de relaciones causales, el conjunto de datos e informaciones que se consideran relacionados con los motivos por los que la consultante o su red de apoyo decide

buscar ayuda profesional y que brindan las bases para diseñar un programa de intervención dirigido a mejorar las condiciones de vida de la persona. De acuerdo con Caballo (1998, p. 3):

Sirve de guía para decidir sobre el tipo de tratamiento más eficiente, es decir, aquél con la mejor razón coste-beneficio, en un paciente determinado. Además, permite identificar y ordenar los múltiples determinantes del comportamiento, a nivel general, y la diversidad de las interacciones entre procesos psicológicos básicos que dan como resultado trastornos psicológicos, los cuales, aunque similares en sus manifestaciones, presentan importantes diferencias en las causas que los originan. (Ver anexo No 2).

Consentimiento informado. De acuerdo con De Brigard (2004, p.277) “El consentimiento informado busca hacer énfasis en el derecho a la información de quien solicita ayuda profesional de parte del operador de salud, para que sea él quien asuma el riesgo previsto de cualquier decisión terapéutica o procedimiento”; además, en la preparación de esta intervención se asume que el consentimiento informado se trata de aquella obligación de carácter legal que tiene un profesional de la salud donde de forma veraz, clara y completa se explica al consultante su patología y diferentes alternativas de tratamiento con el fin de que este ejerza su derecho a aceptar o rechazar las opciones planteadas. (Ver anexo No 3).

Instrumentos de Evaluación

Los instrumentos de evaluación usados durante el proceso de intervención fueron:

Inventario de Depresión de Beck. Inventario formado por 21 ítems que ha sido ampliamente utilizado para evaluar la sintomatología depresiva, tanto en pacientes con trastornos psicológicos como en la población general. El formato de respuesta es de cuatro puntos, desde 0 a

3, reflejando a mayor puntuación más gravedad de la sintomatología. Se estructura en dos factores correlacionados: uno cognitivo-afectivo formado por 9 ítems y otro somático-motivacional formado por 12 ítems. El punto de corte más utilizado para discriminar entre población sana y aquejada de sintomatología depresiva es de 18 (Beck, Brown & Steer, 1996). El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de .93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de .62 a .66 (Echeburúa et al., 2016). El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems que evalúan sintomatología depresiva mediante la elección de una alternativa entre cuatro; se utiliza en adultos, preferentemente de forma auto-administrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista, lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados. (González, 2007). (Ver anexo No 4).

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. La HADS es un instrumento bastante utilizado para medir trastornos psicológicos en pacientes con cáncer.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), conformada por 14 ítems, fue creada por Zigmond y Snaith en el año 1983 y permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. El contenido de la HADS 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. Las opciones de respuesta son tipo Likert que oscilan del cero al tres, dando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21 para cada subescala. La adaptación de la versión española de la HAD mostró buenas consistencia

interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .85 y la confiabilidad por mitades de .8 (Rico, Restrepo y Molina, 2005, p.75). (Ver anexo No 5).

Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck. La Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck (DAS, por sus siglas en inglés) es un instrumento elaborado desde la perspectiva de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Aaron Beck. Evalúa las distorsiones cognitivas, especialmente a las que se atribuye un papel causal en la génesis y mantenimiento de la depresión según el modelo de Beck. Está constituida por 35 reactivos que evalúan 7 actitudes disfuncionales básicas (Aprobación, Amor, Ejecución, Perfeccionismo, Derechos, Omnipotencia y Autonomía). La escala está estructurada en un formato tipo Likert que va de 0 a 4 (totalmente en desacuerdo – totalmente de acuerdo); y la puntuación oscila entre 0 y 160, y se obtiene sumando la puntuación marcada en cada reactivo. Puntuaciones bajas indican creencias más adaptativas (Ruiz y Fusté, 2015). (Ver anexo No 6).

Procedimiento

Fase de valoración inicial. En un primer momento se establece el vínculo terapéutico. Se realiza la exploración del motivo de consulta, los antecedentes del problema y de los distintos intentos previos de la consultante por solucionarlos. Seguidamente se contextualizó antecedentes personales, familiares y laborales de la paciente. Se indago sobre sus relaciones interpersonales e identificación de factores protectores. Esta parte integró la formulación clínica conductual y la firma del consentimiento informado.

Fase de evaluación. Esta etapa procede a la aplicación de los instrumentos de evaluación anteriormente descritos.

Fase de tratamiento y seguimiento. Consistente en los acompañamientos programados al final de la intervención que tienen como finalidad observar los resultados de la misma luego de que el tiempo de intervención propiamente dicho ha terminado. Se formulan para registrar avances o recaídas, y para proponer los ajustes a los que hubiera lugar. (Ver anexo No 7).

Formulación Clínica del Caso

Datos Sociodemográficos y Clínicos

Nombre: N I

Edad: 46 años

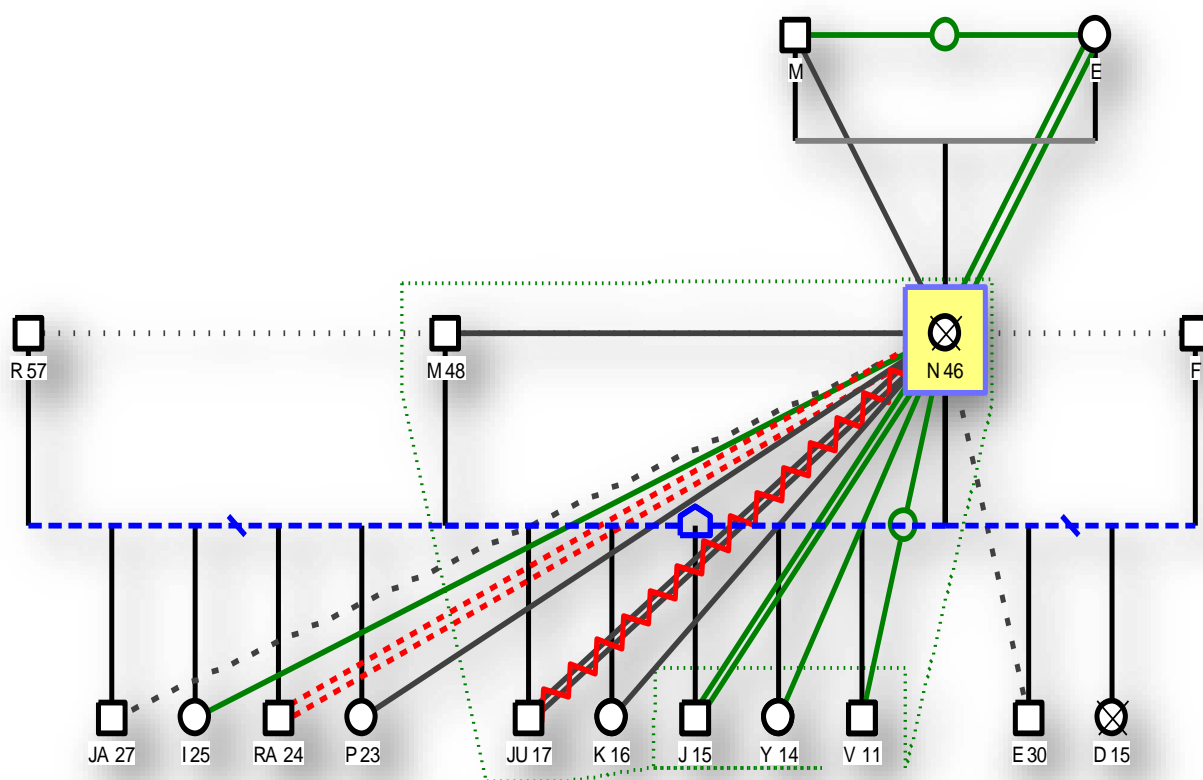
Escolaridad: Básica primaria

Estado civil: Casada

Profesión/Ocupación: Ama de casa

Hijos: 10

Ciudad: Bucaramanga



Gráfica 1. Familiograma

Tipología familiar: Familia reconstituida

Etapa del ciclo vital: Familia con hijos adolescentes.

Valoración Grupo de Apoyo (Familia)

La consultante manifiesta que su pesar y sentimiento de abatimiento está principalmente referido al extrañar a su familia. Respecto a esto y como medida de reconocimiento esencial se construyó junto a la consultante el genograma de sus relaciones familiares.

Dinámica Familiar

La consultante tiene 12 hermanos con los que tiene “buena relación, pero no muy estrecha”. Se califica a sí misma como una persona que no ha tenido suerte; en su proceso de enfermedad, no se ha sentido apoyada por su por sus hijos en cuestiones de asumir responsabilidades. Durante la enfermedad, recuerda que las frases de apoyo solían ser: “tienes que poner de tu parte”.

Se evidencia una numerosa familia reconstituida, sin embargo, aun cuando muestra signos de apoyo emocional en el tratamiento, no se observa suficiente apoyo de tipo instrumental. Por otro lado, el fallecimiento de una hija adolescente pudiera suponer un factor de vulnerabilidad para tener en cuenta, aun cuando la consultante no lo manifiesta así.

Tabla 1
Descripción familiar

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Relación
M	Marido	48 años	Comerciante	Normal
Ju	Hijo	17 años	Estudiante	Cercano/hostil
K	Hija	16 años	Estudiante	Normal
J	Hijo	15 años	Estudiante	Amistad/Cercana
Y	Hija	14 años	Estudiante	Armonía
V	Hijo	11 años	Estudiante	Amor

Nota: Información sociodemográfica del núcleo familiar de la consultante.

Motivo de Consulta

Consultante a quien se asiste y acompaña por medio de valoración de estados psicológicos y abordaje de estos debido a largo periodo de ingreso hospitalario en medio de una condición de enfermedad oncológica. La consultante refiere que estando próxima a que se le diera el alta transitoria para que fuera a visitar a su familia, tuvo que ser revocada a causa de una infección bacteria aparecida a último momento. Se atiende interconsulta para valoración de estados psicológicos frente a larga estancia hospitalaria y condición de enfermedad oncológica.

Diagnóstico Médico

Linfoma periférico de células T, compromiso desde la nasofaringe hasta el paladar blando, comprometiendo ambas fosas nasales, así como los cornetes medios e inferiores y los ostium de drenaje de los senos paranasales con erosión de la pared medial y posterolateral del antro maxilar izquierdo, de las celdillas etmoidales y del tabique nasal. Antecedente de tabaquismo. Tratamiento con quimioterapia con excelente respuesta, con protocolo CHOEP, recibiendo ciclo No. 4 con recuentos celulares estables.

Antecedentes de Atención Psicológica o Médico-Psiquiátrica

No manifiesta antecedente alguno de malestar psicológico o molestia médico-psiquiátrica ni tratamiento psicológico o psicofarmacológico.

Valoración Psicológica Actual

Paciente a quien se atiende llamado por interconsulta, la consultante refiere que estando próxima a que se le diera el alta transitoria *para que fuera a visitar a su familia*, esta tuvo que ser revocada a causa de una infección bacteriana aparecida a último momento. *“Ya estoy aburrida de*

estar aquí. Que no pudiera salir me causó angustia, pero yo sé que estoy aquí por mi bien, ya lo podré hacer [en otro momento]; debo seguir siendo paciente. Hace poco mis hermanas llamaron, me puse un poco triste y lloré, al otro día amanecí con las defensas bajitas, yo creo que fue a raíz de eso”.

La descripción del estado de la consultante cumple con los criterios del Trastorno de Adaptación compuesto por un cuadro de ansiedad y estado de ánimo depresivo en el que el estresante principal identificado es el diagnóstico de linfoma T periférico acompañado del prolongado ingreso hospitalario que ha conllevado a la *pérdida de la percepción de control y de autocontrol* en la usuaria de la intervención cognitivo-conductual que aquí se detalla.

Síntomas Identificados

- ✓ Tristeza.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Episodios de llanto.
- ✓ Alta puntuación en síntomas depresivos – BDI (31).
- ✓ Valoración de pérdida de control sobre los sucesos trascendentales de su vida y su consecuente sentimiento de vulnerabilidad.
- ✓ Sentimientos de inutilidad y de ser una carga para su familia.
- ✓ Ausencia de oportunidades de ocio.
- ✓ Ausencia de oportunidades para la conducta productiva o creativa.
- ✓ Reacciones condicionadas de náuseas y vómitos a los alimentos: jugos naturales, verduras cocidas, purés, caldo de pez, huevos, tostadas, yogurt, arroz y carne de res.

- ✓ Apoyo emocional familiar que no siempre se manifiesta en conducta cooperativa en función del manejo que la enfermedad requiere.

Objetivos de la Consultante

- ✓ Mejorar el estado de ánimo.
- ✓ Recuperar las actividades que le permitan sentirse útil y funcional.
- ✓ Alimentarse adecuadamente, sin experimentar reacciones aversivas a los alimentos.
- ✓ Mejorar las estrategias de afrontamiento del problema médico.
- ✓ Adherir plenamente al tratamiento y a las prescripciones médicas.

En conclusión: la paciente presenta tres problemas fundamentales:

- ✓ Mejorar el estado de ánimo, recuperar actividades previas.
- ✓ Tratar las reacciones condicionadas a alimentos y las faltas en la adherencia y cumplimiento del tratamiento y de las prescripciones médicas, y así debilitar las reacciones ansiógenas.
- ✓ Abordar las relaciones con los diferentes miembros de la familia en cuanto a la necesidad de que el apoyo emocional se vincule con conductas cooperativas concretas.

Análisis Funcional de los Problemas

Primer problema: episodios depresivos y de ansiedad. I. Descripción de las conductas problema: cognitivas, fisiológicas y motoras:

a. Cogniciones:

- ✓ Desesperanza ante el futuro de su salud: “no sé qué pasará”.

- ✓ Indefensión: en el momento de la valoración y del inicio de la intervención, la consultante manifiesta no sentirse capacitada para hacer frente a su estado.
- ✓ Dificultad para tomar decisiones sobre su estado.
- ✓ Percepción de pérdida de control sobre los asuntos que le afectan de manera directa.
- ✓ Sentimientos de inutilidad y vulnerabilidad personal.
- ✓ Las atribuciones causales sobre su estado de vulnerabilidad son difusos: algunas veces se vincula a factores externos, y otras a individuales o personales.

b. Emociones:

- ✓ Sentimiento general de tristeza.
- ✓ Abatimiento y llanto.
- ✓ Sensación de frustración y fracaso.
- ✓ Ansiedad y preocupación sobre la muerte.

c. Respuestas fisiológicas y conativas:

- ✓ Completa inexistencia de actividad productiva (laboral).
- ✓ Incapacidad para realizar actividades de ocio.
- ✓ Ruptura de los relacionamientos sociales.
- ✓ Pérdida de apetito.
- ✓ Náuseas.
- ✓ Pérdida de peso.
- ✓ Debilidad.
- ✓ Dolores de cabeza.
- ✓ Tensión generalizada.

I. Determinantes: estímulos antecedentes externos e internos:

a. Conducta de miembros de la familia (ausencia de apoyo instrumental y emocional) que se ve reflejado en:

- ✓ Escaso acompañamiento de la mayoría de los miembros de la familia durante el tratamiento.
- ✓ Pasividad en tareas del hogar por parte de la mayoría de los miembros.
- ✓ Déficit de indicios externos e internos a la familia para iniciar o recuperar actividades.
- ✓ Comentarios sobreprotectores que generan sentimientos de inutilidad.
- ✓ Estrés generado por el diagnóstico y tratamientos.
- ✓ La hospitalización y las intervenciones biomédicas producen cambios de humor y de imagen corporal.
- ✓ El tratamiento de quimioterapia puede producir cansancio y síntomas depresivos, así como cambios en imagen corporal (caída de pelo).
- ✓ Rechazo a alimentos que hacen parte de la dieta habitual.

II. Determinantes: estímulos consecuentes externos e internos:

- ✓ Ausencia de reforzadores externos positivos que conduce a la extinción de comportamientos básicos para el bienestar psicológico (falta de gestión personal, no se ve reforzado porque nadie se repara en su apariencia, por tanto se abandona).
- ✓ La ausencia de actividades que promuevan pensamientos de utilidad bloquean las oportunidades de auto reforzamiento realizadas antes de la enfermedad.
- ✓ La ausencia de actividad en las que el paciente se perciba útil justifica la creencia en la inutilidad.

Segundo problema: respuesta aversiva a alimentos que afecta la adherencia al tratamiento. I. Descripción de las conductas problema: cognitivas, fisiológicas y motoras:

a. Cogniciones:

- ✓ Recuerdos de la quimioterapia.
- ✓ Anticipación de reacciones negativas.
- ✓ Anticipación ante las sensaciones de dolor y malestar al deglutir.

b. Emociones:

- ✓ Reacciones de evitación.
- ✓ Sensación de inminencia de la muerte.
- ✓ Dolor y malestar al deglutir y estomacal.
- ✓ Aversión al alimento.

c. Respuestas fisiológicas y conativas:

- ✓ Náuseas y vómitos.
- ✓ Pérdida de peso.
- ✓ Debilidad general.
- ✓ Déficit en la respuesta inmune.
- ✓ Evitar los alimentos.
- ✓ Beber agua para generar sensación de llenura.

I. Determinantes: estímulos antecedentes externos e internos:

(Inmediatos)

- ✓ Presencia de los alimentos: jugos naturales, verduras cocidas, purés, caldo de pez, huevos, tostadas, yogurt, arroz y carne de res.

- ✓ Aplicación de la quimioterapia, luego de la cual la ingesta de alimentos se ha asociado a una respuesta aversiva condicionada.
- ✓ Es una hipótesis de trabajo que la ansiedad asociada al tratamiento con quimioterapia pudo facilitar el condicionamiento aversivo al concentrar la atención y sobredimensionar las amenazas.

II. Determinantes: estímulos consecuentes externos e internos:

- ✓ Existen conductas de evitación a los alimentos que se han instaurado en el repertorio conductual de la consultante van seguidas de la reducción de ansiedad y de la disminución de las sensaciones de náuseas y malestar lo que mantiene dicho comportamiento.
- ✓ El vínculo que asocia los estímulos condicionados y las sensaciones de ansiedad, náuseas y malestar aumenta conforme aumenta la evitación.
- ✓ De esta manera, la creencia que la mejor forma de no tener las sensaciones negativas asociadas a la presencia de los alimentos es la evitación, el escape o abstenerse de comerlos se va consolidando.
- ✓ La baja ingesta de alimentos tiene como consecuencia la sensación permanente de debilidad y cansancio, así como la idea asociada que la enfermedad 'va ganando'. Por otra parte, esto genera una situación de riesgo ante la enfermedad.

Tercer problema: déficit en el apoyo instrumental de la familia. I. Descripción de las conductas problema: cognitivas, fisiológicas y motoras:

a. Cogniciones:

- ✓ Percepción de cierto grado de desinterés por parte de su familia en el proceso de enfermedad.
- ✓ Percepción de falta de ayuda instrumental para el cuidado necesario en la enfermedad.

- ✓ Incapacidad para decidir sobre asuntos importantes para el funcionamiento de la familia acorde a su rol de cuidadora de hogar.

b. Emociones:

- ✓ Incertidumbre y desconcierto.
- ✓ Ira y frustración.
- ✓ Ansiedad ante el presente.
- ✓ Tristeza y sensación de fracaso como ama de casa trasmisora de valores.

c. Respuestas fisiológicas y conativas:

- ✓ Pasividad y desesperanza aprendida ante el proceso de su enfermedad y tratamiento.
- ✓ Retraimiento y poca comunicación de sus pensamientos y emociones, lo que genera animo bajo, preocupación y llanto.
- ✓ Insomnio.

I. Determinantes: estímulos antecedentes externos e internos:

- ✓ Déficit en las manifestaciones asertivas de las emociones y opiniones en las dinámicas familiares.
- ✓ Déficit en la habilidad para delegar y repartir responsabilidades domésticas.

II. Determinantes: estímulos consecuentes externos e internos:

- ✓ Pobre autoconcepto.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Percepción de incontrollabilidad sobre el presente y el futuro.

Evolución de los Problemas

Factores predisponentes o de vulnerabilidad. La paciente es ama de casa de una familia reconstituida de 10 hijos, quien durante 20 años de vida de pareja ha asumido una serie de rutinas que la hacen parte de un *núcleo operativo* de la dinámica familiar, luego de experimentar molestias físicas de consideración decide visitar la consulta médica y recibe un diagnóstico oncológico positivo. La nueva situación representa nuevos retos que tienen como propósito fundamental actuar en función de superar la enfermedad y conservar la vida. Esta situación exige suponer cambios profundos en la mujer y la familia completa. El tratamiento médico requiere un nivel de compromiso elevado y el abandono de un estilo de vida ya consolidado. Las fases que exponen la evolución de este proceso se describen de la siguiente forma:

- ✓ La recepción del diagnóstico, la enfermedad y el tratamiento que la ha acompañado han supuesto el abandono transitorio, aunque completo de las actividades que constituían sus rutinas consolidadas y establecidas.
- ✓ Los tratamientos han producido una serie de reacciones corporales que han significado una experiencia profundamente negativa, al estado de ánimo, además de un reajuste de su autoimagen.
- ✓ La ausencia de apoyo instrumental por parte de la pareja y otros familiares influye negativamente en el afrontamiento de la enfermedad y el proceso de tratamiento.
- ✓ El prolongado ingreso hospitalario ha aportado para el sentimiento de indefensión e incontrolabilidad que acompaña a la consultante.

Aparición del problema (factores de adquisición). La situación problema específica surge desde el inicio de la enfermedad. La recepción de un diagnóstico oncológico sugiere afectación a la integridad de un individuo y sus manifestaciones psicológicas más primarias, siendo estas la ansiedad y la depresión. Por otra parte, los cambios de estado de ánimo producidos por el diagnóstico y los tratamientos no se vieron compensados con el apoyo familiar.

Factores de mantenimiento. La carencia de control debido a la inevitabilidad del tratamiento y sus efectos adversos obligan a la consultante al abandono de la actividad y esto ha contribuido a mantener el estado de humor depresivo. Durante la quimioterapia se produjo un condicionamiento respondiente por el que los alimentos que se han mencionado quedaron asociados a la experiencia de náuseas, malestar y vómitos. Posteriormente la evitación de estos alimentos, que hacen parte de la dieta hospitalaria ha implicado una reducción en los efectos positivos del tratamiento y un incremento de sus efectos adversos.

La ausencia de apoyo instrumental por parte de la familia y el solo hecho de no poder verlos crea incertidumbre y frustración en la consultante. Además, de la escasa participación de la paciente en actividades que promuevan a percepción de utilidad.

Otras Variables que deben ser Consideradas

Percepción de pérdida de control y sentimiento de desesperanza en las experiencias de ingreso hospitalario prolongado. Todo individuo sujeto de tratamiento que requiere ingreso hospitalario prolongado necesita poder contar con pautas y actividades que le permitan incrementar la sensación de control percibido sobre su cotidianidad, así como ser tenido en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre el curso del tratamiento.

Recursos de la consultante para hacer frente al problema. La consultante es consciente de la relación entre un estado de ánimo abatido y el desarrollo de la enfermedad. Previamente a la enfermedad, llevaba a cabo sus tareas habituales y de ocio de forma satisfactoria, por lo que posee competencias y recursos para realizar todas esas actividades una vez la enfermedad empiece a remitir. La paciente manifiesta que desea mejorar y superar el cáncer por su familia, especialmente sus hijos, por sus amigos y por ella misma; es decir tiene motivación para afrontar el curso de la enfermedad.

En el momento actual el pronóstico de la enfermedad y la quimioterapia siguen siendo positivos, los resultados han sido *satisfactorios*. A excepción del problema de alimentación y la ausencia de apoyos sociales e instrumentales, su expectativa de vida y de bienestar emocional, son satisfactorias. Se asume igualmente como recurso psicológico de la consultante el hecho que como motivo de demanda de consulta expresara su deseo de recuperar el control sobre su vida y las “*ganas de vivir*”. Esto se suma a que a pesar del apoyo instrumental deficiente, cuenta con una serie de recursos personales adecuados (habilidades sociales, solución de problemas, disposición para el cambio, nivel cultural medio, superación de crisis previas, creencias religiosas firmes), y un apoyo emocional y estilo de vida que se espera contribuyan al dominio de su situación actual y al aprendizaje de nuevas estrategias para el futuro.

Clasificación según DSM 5

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM 5 se pudo evidenciar que la consultante presenta malestar psicológico y emocional clínicamente significativo, generando deterioro en las diversas áreas de su funcionamiento, además de presentar en gran medida episodios depresivos y de ansiedad, esto como producto de su diagnóstico médico y posterior

tratamiento, sin embargo, los síntomas expuestos no cumplen con los criterios para un trastorno depresivo o de ansiedad. A continuación se consignan los diagnósticos previstos:

- **Linfoma T Periférico.**
- **309.28 (F43.23) Trastorno Adaptativo con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido.**

Hipótesis de Origen

Como hipótesis de origen se plantea que el reciente diagnóstico de enfermedad oncológica y el proceso de tratamiento consecuente caracterizado por un ingreso hospitalario prolongado, la ausencia de información clara, detallada y en un lenguaje sencillo y claro sobre el pronóstico, la historia de fallecimientos por cáncer en la familia y entre su red de amigos han confluído en una situación que la consultante experimenta con indefensión, incertidumbre y ausencia de control, dando origen al trastorno y expresándose con sintomatología ansiosa y depresiva.

Los tratamientos del cáncer (cirugía y quimioterapia) disminuyen los niveles de funcionamiento general. El abandono de las actividades domésticas y recreativas impide el alcanzar gratificaciones y autovaloraciones positivas. El déficit del peso y cansancio producido por la fobia a los alimentos contribuye a mantener el estado emocional negativo y el cansancio.

Las consecuencias de esto se aprecian en los tres niveles de respuesta: En el conativo, con conductas de evitación con respecto al tratamiento y con el descenso en el nivel de actividad; en el fisiológico, con la concurrencia de los efectos secundarios de los tratamientos, con las reacciones de tristeza, de llanto, insomnio y tensión muscular continua; y en el cognitivo, mediado por su déficit en habilidades asertivas, con la presencia de distorsiones cognitivas y pensamientos negativos recurrentes sobre la enfermedad y la muerte.

Estos efectos en el triple sistema de respuesta que se ha especificado conducen a un aumento de los síntomas depresivos y ansiosos, así como un descenso de la autoestima y la autoimagen. Todo esto en conjunto retroalimenta el cuadro de incertidumbre, indefensión e incontrolabilidad, lo que a su vez impacta en la respuesta fisiológica en el proceso de tratamiento, manifestándose entre otras cosas en el descenso de la respuesta inmunológica.

Contraste de Hipótesis

Las puntuaciones del BDI y la HAD, los datos de entrevista de la consultante y la observación de su estado general permiten contrastar la información. La planificación de actividades reforzantes, la mejora de las interacciones sociales y el aumento del apoyo instrumental por parte de la familia deberán ir mejorando el nivel de actividad, el estado de ánimo y contribuir a una mayor vinculación y adherencia al tratamiento.

Objetivos del Tratamiento

Se establecen como objetivos generales de la intervención psicológica que la consultante adquiera las estrategias de afrontamiento efectivo a su situación, mejorar su estado de ánimo y disminuir la ansiedad; en suma, instaurar niveles de funcionamiento que contribuyan a consolidar la aceptación activa y la adherencia al tratamiento y al proceso de recuperación.

Primer problema: episodios depresivos y de ansiedad. Para el logro de este primer objetivo se dispone de las herramientas psicoeducativas por medio de las cuales se buscará ofrecer a la consultante información sobre la enfermedad (en colaboración del equipo médico), despejar sus dudas sobre el tratamientos y sus efectos adversos y exponer ante la consultante un modelo que le permita interpretar desde la formulación conductual las respuestas cognitivas, emocionales que está vivenciando en su enfermedad y que se traducen en experiencias de ansiedad y depresión.

Este primer eje se propondrá también ayudarle a planificar hábitos de conducta que le resulten gratificantes y que se circunscriben al entorno hospitalario. Por otra parte; se busca

contribuir a que mejore su pauta de vigilia y sueño además de que adquiriera rutinas de relajación que le permitan ejercer control consciente sobre la ansiedad.

Esta etapa se orienta por lo demás a la modificación de las cogniciones desadaptativas que sirven de soporte para el estado de malestar subjetivo (y parcialmente el objetivo) que llevado a la consultante a solicitar ayuda profesional.

Segundo problema: respuesta aversiva a alimentos que afectan la adherencia al tratamiento. Este componente de los objetivos de la intervención se dirige a posibilitar una alimentación equilibrada y adecuada para el proceso de la enfermedad por medio de revertir el condicionamiento aversivo que se ha establecido con los alimentos ya descritos que afecta en gran medida la adherencia al tratamiento. Se parte de suponer que la presentación de información clara y coherente sobre la enfermedad y su tratamiento puede ser la base desde la que se fomente una mayor adherencia al proceso de intervención. No obstante, se reconoce que esta adherencia se sostiene además sobre otras fundamentaciones como por ejemplo la especificación de las rutinas conductuales, los análisis de sus exigencias y de los recursos disponibles para solucionarlas. Así pues, es en este punto donde habrá una especial atención a lograr en la consultante un compromiso de vinculación y responsabilidad con la consecución de su salud luego de hacer frente a este diagnóstico adverso.

Tercer problema: déficit en el apoyo instrumental de la familia. Frente a esta problemática se opta por una intervención de doble ámbito. Por un lado, se ha de asistir a la paciente en la adquisición de habilidades de comunicación asertiva y de negociación en los espacios domésticos. Por otro lado, se procederá a vincular al acompañante habitual en su proceso con el fin que tome consciencia y se involucre activamente en el proceso de tratamiento.

La siguiente tabla sintetiza los objetivos planteados y esboza las estrategias para lograrlos:

Tabla 2
Técnicas cognitivo – conductuales

Objetivo/propósito	Técnica principal
<i>Primer problema</i>	
Reducción de la ansiedad	Psicoeducación
Reconceptualización de las distorsiones cognitivas e ideas irracionales	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
Adquirir habilidades de afrontamiento efectivas	Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson Respiración Diafragmática Reestructuración cognitiva
<i>Segundo problema</i>	
Adherencia al tratamiento	Planificación de rutinas Psicoeducación Manejo de agenda
<i>Tercer problema</i>	
Involucramiento activo de la familia	Contrato conductual Entrenamiento en comunicación asertiva

Nota: Resumen de las principales técnicas aplicadas de acuerdo a cada problemática presente.

Planificación de la Intervención Psicológica

A continuación se describen las metas y contenidos de cada una de las sesiones convocadas acompañados con un breve comentario acerca de las actividades concretas que se realizaron y el desarrollo de las mismas. Es importante que el tratamiento se inicie con la etapa psicoeducativa en la que la usuaria comprenda las dimensiones de su enfermedad así como las causas actuales de su estado de ánimo y de las reacciones aversivas a los alimentos; al igual que se pretende que tome consciencia de lo fundamental que es la adherencia al tratamiento. Es

necesario que en este momento y a través de esta estrategia se aborde también el papel provechoso que las familias que manifiestan apoyo instrumental tienen en los procesos de intervención en salud:

Fase Inicial (Sesiones 1-3)

Evaluación. Entrevista clínica conductual de elaboración adaptada al caso y aplicación de cuestionarios (BDI y HAD). En rigor, esta primera sesión fue en realidad “reevaluación”, ya que la consultante era conocida debido a su periodo de ingreso hospitalario prolongado.

Planificación de los objetivos de la intervención. Este componente inicia el elemento psicoeducativo por cuanto se hace necesario a la hora de negociar y exponer los objetivos terapéuticos que la usuaria tenga cierto nivel de comprensión del porqué de su estado, de sus implicaciones y de qué es viable establecer como meta. Así pues, la planificación de objetivos exige un proceso de pedagogía sobre los eventos psicológicos incluidos en su estado.

Tarea. Reconocer lo positivo que ha sucedido en torno a su relación con la enfermedad.

Fase Media (Sesión 4-9)

Evaluación. Aplicación de cuestionarios (BDI y HAD).

Tareas. Se repasan con la consultante los resultados de la tarea propuesta, analizando los inconvenientes, los contratiempos, pero también los logros y los beneficios que el ejercicio le reportó.

Relajación. Este componente se incluye con el propósito de poner a disposición de la consultante las estrategias para disminuir la activación fisiológica y hacer frente a la ansiedad.

Planificar y desarrollar actividades sociales de ocio. Decidir con la consultante la búsqueda de contactos telefónicos con parientes y amigos de cuyo estado esté interesada en saber. Se propone en esta etapa que el hijo acompañante se convierta activamente en puente de las relaciones sociales de su madre durante el ingreso hospitalario.

Higiene del sueño y adherencia al tratamiento. Se abordan las explicaciones de los efectos positivos y negativos de los componentes integrales del tratamiento, así como se ofrece un modelo comparativo de los costos de no asumirlo. Se entrena en resistencia a la procrastinación y en las habilidades de afrontamiento ante la enfermedad. Para eliminar las reacciones aversivas a los alimentos: desensibilización sistemática y eliminación de evitaciones. Además, se propone asociar el consumo de alimentos preferidos pero condicionales a la ingesta de aquellos que son más esenciales en la dieta hospitalaria.

Tarea. Entrenar tres veces cada día las técnicas de relajación, contacto telefónico o indirecto con al menos dos familiares y una amistad.

Fase Final (Sesiones 10-12)

Evaluación. Aplicación de cuestionarios (BDI y HAD).

Revisión de tareas. Se repasan con la consultante los resultados de la tarea propuesta, analizando los inconvenientes, los contratiempos, pero también los logros y los beneficios que el ejercicio le reportó.

Reestructuración cognitiva. Se explica el modelo cognitivo de Beck, utilizando ejemplos.

Extinción de la respuesta aversiva a los alimentos. Se explica el modelo conductual de condicionamiento aversivo y los métodos de contrarrestarlo.

Registro de pensamientos. Se ensaya la realización de un autoregistro de pensamiento: situación, emoción, pensamiento y conducta. Se invita a la consultante a trasladar ese ejercicio a un plano diacrónico en el cual registrará sus emociones, pensamientos y conductas en situaciones significativas de diverso tipo ocurridas en el pasado.

Revisión de las técnicas de relajación. Se repasan activamente las estrategias y técnicas de relajación.

Tareas. Cumplimiento de los objetivos de adherencia al tratamiento y cumplimiento del autoregistro de respuestas psicológicas en los planos diacrónico y sincrónico en aquellas situaciones que se consideren significativas.

Involucramiento activo de la familia. En este componente se pretende involucrar más activamente al acompañante de la consultante, e indirectamente sentar las bases para el involucramiento del resto de la familia. La estrategia aplicada a este objetivo es inicialmente psicoeducativa por medio de la cual se busca crear consciencia en el acompañante del papel que cumple en el tratamiento y de qué maneras se puede potenciar su colaboración. El núcleo de este elemento de la intervención es plantear y concertar un contrato conductual entre la consultante y su acompañante que estipule compromisos para el proceso de tratamiento y que esté abierto a involucrar a otros miembros. Es importante que este elemento también se trabaje desde el enfoque de las destrezas, habilidades y competencias y se plantee la necesidad del entrenamiento en comunicación asertiva y se sienten las bases para ella.

Revisión del proceso de intervención. Se discuten con la consultante y su acompañante los logros alcanzados hasta el momento haciendo énfasis en que el proceso no termina con el final de la participación profesional, sino que la misma debe ser asumida por la misma consultante y su familia.

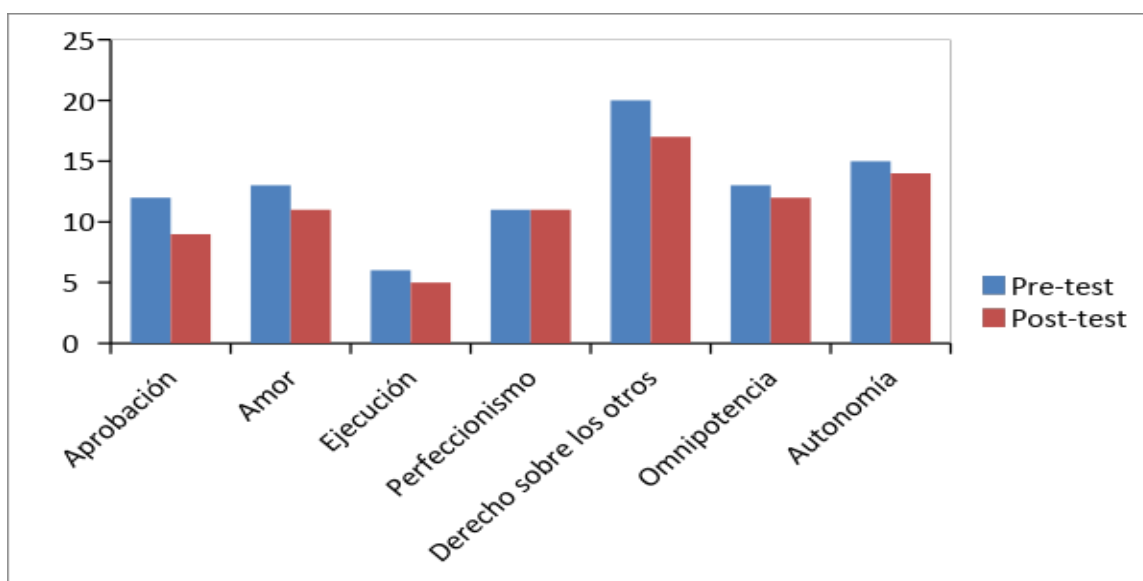
Planificación de los seguimientos. Se discute cuáles serán las fechas de nuevos encuentros con fines de revisión, se establece una ruta de contacto en caso de necesidad crítica y se entrega a la consultante la devolución formal de su caso.

Con dicha planificación en mano se procede a intervenir y a registrar los resultados del proceso.

Resultados

Con la consultante se llevaron a cabo 12 sesiones de intervención de una hora de duración, durante los meses de enero a marzo de 2017. La extensión de cada encuentro se agendaba para una hora; sin embargo, se permitió extenderse, en caso de necesidad entre 10 y 15 minutos adicionales.

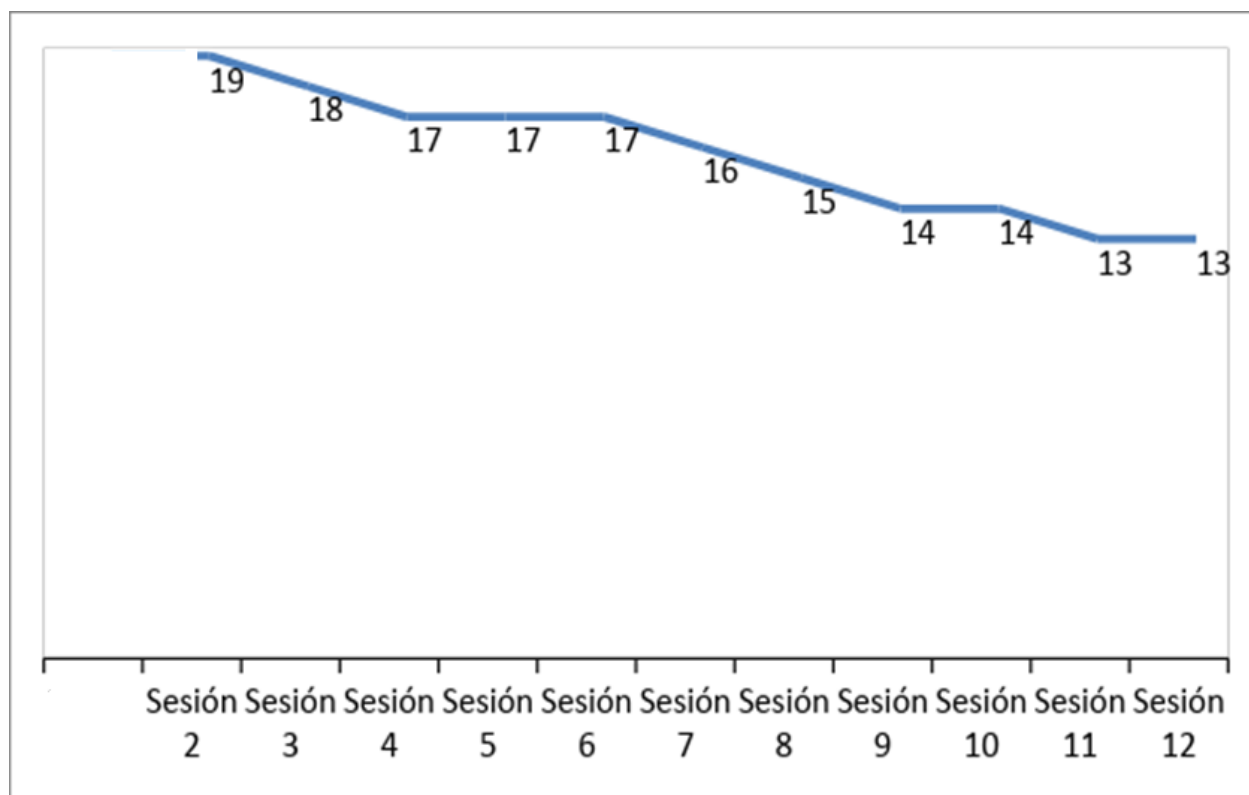
A nivel cuantitativo, la consultante completó la Escala de Weissman y Beck, además del Inventario de Depresión (BDI) y la Escala de Ansiedad Hospitalaria (HAD). Posteriormente la usuaria completó nuevamente los dos últimos instrumentos mencionados de evaluación durante cada sesión, obteniendo los siguientes resultados, y el primero únicamente en el esquema pre-test post-test:



Gráfica 2. Pre-test y post-test de la escala de Weissman y Beck.

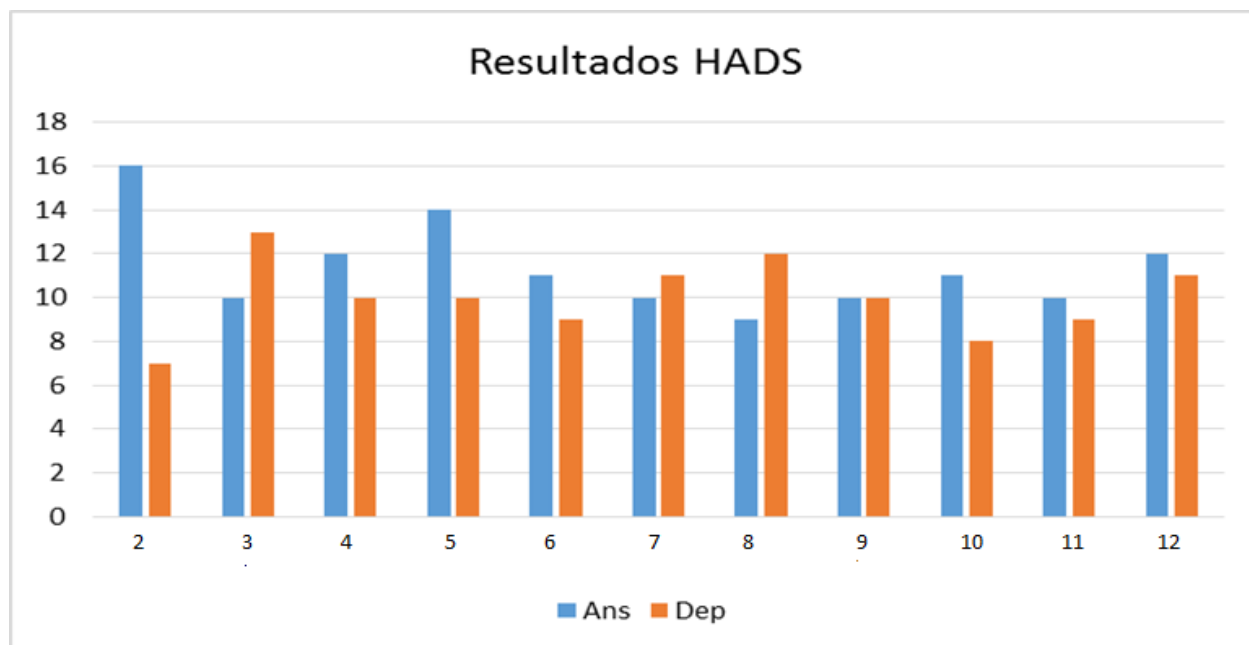
Con relación a las creencias desadaptativas que pudieran estar con base de la depresión, este instrumento no revela niveles que sean clínicamente relevantes. No obstante, se percibe que como efecto de la intervención sus indicadores muestran una tendencia al descenso. Nótese que la

variable *derecha sobre las otras* es la que puntúa más elevado, lo cual corrobora la hipótesis de trabajo de las implicaciones de las interacciones con su medio social como factores predisponentes para la respuesta depresiva.



Gráfica 3. Resultados obtenidos en la aplicación del BDI en cada sesión.

En esta exposición de los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) se observa que en la última sesión se corrobora una tendencia a la baja en este indicador de depresión, si bien es cierto que este último valor sigue siendo de consideración, no lo es a nivel clínico. De importancia clínica se consideran los valores superiores a 30. Lo que de acá se resalta es la tendencia a disminuir este dato numérico.



Gráfica 4. Resultados obtenidos en la aplicación del HADS en cada sesión.

Con respecto a la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) debe señalarse que la magnitud del cambio logrado no es tan apreciable como en el inventario precedente. La reflexión sobre esto lleva a considerar que particularmente este instrumento está diseñado para averiguar reacciones ansioso-depresivas en los entornos hospitalarios, razón por la cual sus reactivos concretizan eventos del ingreso hospitalario, y al ser este un núcleo problemático fundamental en la consultante, es aquí donde es mayor la reactividad al cambio. Los resultados de la consultante aun cuando siguen siendo importantes, muestran también una tendencia a disminuir.

Desde un plano más cualitativo se observan cambios en el triple sistema de respuesta: a nivel fisiológico la consultante manifiesta en la última sesión (de hecho, venía sugiriéndolo desde la primera sesión) una mejoría subjetiva y clínicamente observable de su nivel de ansiedad, así como de la irritabilidad y de sus manifestaciones depresivas. En términos de las conductas clínicamente relevantes, se la observó con una tendencia más proactiva en relación a sus

tratamientos (biomédico y psicológico) a partir de la segunda sesión, en la que ya se aventuraba a discutir las metas del tratamiento, así como los aspectos conceptuales que la hipótesis de Beck (sobre las ideas desadaptativas) propone en torno a su estado. Particularmente, revelaba cierta tendencia a preferir las explicaciones que dan mayor pesos a los sucesos distales como los de la infancia a la hora de explicar sus reacciones ansioso-depresivas, sin embargo, en medio de las ‘discusiones’ terminaba por encontrar razonable y plausible el peso que pudieran tener en su estado los pensamientos y creencias del momento actual.

Desde la tercera sesión la consultante manifestó que ya no lloraba cuando se sentía triste porque entendía que eran sus pensamientos desadaptativos que aún no lograba “controlar”, pero que sí podía controlar el efecto que tenían en ella. Sin embargo, aun en las ocasiones en las que el llanto afloró, la consultante informó que no se sentía tan desolador ya que esta vez podía identificar el motivo, e incluso elegir un espacio y un tiempo específicos para llorar (prevención de respuesta).

Desde la sesión en la que se desarrolló el entrenamiento en la técnica de relajación progresiva de Jacobson, N.I manifestó una reducción significativa de la tensión muscular y manejo de los eventuales incrementos, así como un mejor manejo del dolor asociado a la quimioterapia. En este punto, se considera relevante exponer que la relación entre entrenamiento en relajación y su eventual aplicación en las consecuencias directas de la quimioterapia, fue algo que no se le sugirió directamente a la consultante sino que ella misma lo dedujo; N.I luego de haber ensayado la técnica entrenada indagó su aplicabilidad en el manejo del dolor y se le confirmó y aclararon algunos puntos al respecto que se evaluaron como importantes.

En referencia al componente de higiene del sueño se debe decir que el único cambio que la consultante declara, pero del que manifiesta sentirse satisfecha es que la latencia del sueño se ha reducido notablemente, por lo que ya casi no se presentan despertares nocturnos y cuando se presentan no la llevan ‘al desespero’. Cabe anotar que con la mejoría del sueño ha sobrevenido una reducción de la ansiedad y preocupación sobre la muerte; la razón, según explica la consultante es que cuando despertaba en la madrugada y todo estaba oscuro y silencioso, tenía tiempo para escuchar con más claridad el instrumental hospitalario y eso la llevaba a pensar en su enfermedad y potencial fallecimiento.

Sobre la aversión condicionada a los alimentos la consultante manifiesta que inicialmente el esquema fue de hacer depender el consumo de porciones de alimentos que le generarán gusto luego de haber consumido un mínimo de aquellos sobre los que se había establecido la reacción de aversión. Luego de la segunda semana del ejercicio la usuaria manifiesta que ha podido comer un poco más y con menos inconvenientes, si bien las respuestas aversivas no han desaparecido del todo. Ha recuperado el sabor en los alimentos aun cuando se decidió que no se utilizarían fármacos con este fin tras la administración de quimioterapia.

A nivel motriz se evidencia en el plano subjetivo una disminución de las conductas de evitación. Aunque persiste un nivel de ansiedad que la paciente se siente capaz de manejar y que atribuye a estar las “24 horas” rodeada de otros enfermos y la posible preocupación que esto pueda generar. Las conductas de evitación a las que nos referimos se describen como caminatas por el hospital, iniciar conversaciones con el personal médico y otros pacientes, así como mostrar interés y atención por la salud de los otros. En palabras de la consultante había mejorado su actividad social, informaba sentirse menos ansiosa, y había caído en cuenta que si bien no tenía cerca a su familia o amigos, el personal hospitalario podía ser para ella un apoyo emocional en la

misma medida que ella lo podía ser para otro que estuviera atravesando la misma situación. La implicación de la participación de su familia en cuanto a apoyo instrumental se refiere, ya que, no se puede valorar si ha mejorado o no, debido a la distancia y a que no están presentes acompañando a la mujer, no obstante, informa afrontarlo adecuadamente.

A nivel cognitivo hay una mejora considerable en la presencia de pensamientos de inutilidad, y aunque en el caso del pensamiento catastrofista sobre que “su enfermedad tendrá un desenlace fatal”, la mejoría es más moderada, ha habido un descenso hasta niveles más manejables y adaptativos. Por motivos de ausencia física de la familia, en el entorno hospitalario en el que se encuentra la paciente, es muy difícil de modificar en esta primera etapa.

El entrenamiento que se planteó en comunicación asertiva y según manifiesta la usuaria, este ha facilitado la mejora en su capacidad de comunicar necesidades, de transmitir peticiones y solicitar ayuda o apoyo. Dice que aunque no puede corroborar la reacción de su familia ante estas peticiones, se encuentra en mejor estado para asumir mejores decisiones al respecto.

Por último, el seguimiento se llevó a cabo telefónicamente al mes de concluida la intervención, mediante una llamada en la que se preguntaba por dificultades puntuales y se recordaba a la consultante qué estrategia de las entrenadas podía resultarle útil en la vida cotidiana. Reportó dificultades durante los primeros días sin tratamiento psicológico, sin embargo, se produjo una mejoría paso a paso, donde se valoró el efecto del contacto terapéutico como muy favorable y el análisis y entrenamiento de las conductas relevantes para sus objetivos clínicos.

Discusión

A la luz de los resultados de la intervención psicológica breve desde el enfoque cognitivo-conductual, los logros obtenidos y presentados en este documento, se considera que este ha dado resultado eficaz en el caso de esta paciente oncológica con trastorno de adaptación con síntomas de ansiedad y depresión; por su parte, Muñoz y Bernal (2016, citados en Herrera, Luna y Solano, 2019) afirman:

La intervención psicológica pretende ayudar con el diagnóstico y tratamiento, así como disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión y abandono. Se busca reducir la ansiedad en relación a los tratamientos, percepciones e informaciones erróneas. En esta intervención, se utilizan técnicas de relajación, respiración profunda y visualizaciones entre otras. El objetivo central está enfocado en disminuir los niveles de estrés y ansiedad provocados por las diferentes fases de la enfermedad, entre ellas la quimioterapia.

La intervención que se le propuso a la consultante logró objetivos terapéuticos relevantes en razón de que esta le pudo ayudar a entender a la usuaria una serie de problemas complejos que la aquejaban, desglosándolos en partes más pequeñas. Esta estrategia le ayudó a ver la manera en que estas *partes* están conectadas entre sí y cómo le afectaban.

En el caso concreto de esta consultante las *partes* que hacen referencia son: pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos manifiestos. A nivel teórico se conceptúa que cada una de estas áreas puede afectar a las demás: los pensamientos sobre su enfermedad pueden afectar cómo se siente física y emocionalmente (además de afectar su respuesta inmunológica). Por otra parte, también puede perturbar lo que hace al respecto y las decisiones que toma en

consideración. A su vez Báñez, Blasco y Fernández (2003 citados en Pérez, 2018), afirman que entre un 30 y 50% de los pacientes oncológicos presentan algunas alteraciones psicológicas y emocionales, esto ha conllevado al desarrollo de diversos procesos de intervención que buscan en estas personas una mejor calidad de vida y bienestar psicológico, esto reflejado en la disminución de sus problemas emocionales y alteraciones en su vida social, laboral y familiar; además de permitir un mejor afrontamiento de su diagnóstico y tratamiento, como también la disminución de sentimientos de alienación, indefensión y abandono, reducir la ansiedad, etc.

De acuerdo con MacCaffery y Beebe (1989, citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012):

Por un lado, se ha reportado la existencia de ciertos rasgos de personalidad que se agrupan en un patrón que se caracteriza por la falta de asertividad, una tendencia a cumplir con los deseos de los otros, a inhibir intencionadamente la expresión de emociones negativas tales como la ansiedad, la agresividad y la ira, y a expresar de manera acentuada emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente. Este patrón se ha asociado con un mayor riesgo y evolución del cáncer (p. 350).

Se ha llevado a cabo una intervención basada en este modelo debido a su comprobada eficacia. En este caso particular se considera que los beneficios alcanzados se deben a su estructura breve, estar focalizada en el problema (y no en una configuración de problemas) y ser participativa, exigiendo así una actitud proactiva de la usuaria. Por otra parte, la intervención no solo se limitó a los 12 encuentros, sino que se dejaron tareas entre sesiones; se procuró además que la intervención se estructurará de acuerdo al esquema en cuatro fases planteado por diversos autores de la terapia cognitivo-conductual, a saber, evaluación, que es la primera fase y cuyo

propósito es obtener toda la información necesaria sobre el problema que aqueja la consultante; la explicación de hipótesis, que se basa en explicar al paciente el porqué de la raíz de su problema, es decir, que factores influyeron en la aparición de su conflicto y cuales lo mantienen; el tratamiento propiamente dicho, que es donde se indicará al paciente los recursos que puedan brindarle ayuda en obtener nuevas habilidades, conocimientos, alternativas de actuar, etc., con la finalidad de que estos nuevos aprendizajes le ayuden a la resolución o manejo de su conflicto; y el seguimiento (componente menos consolidado en este caso particular), que tiene como objetivo apoyar al paciente durante un periodo de tiempo y donde se afronte las posibles recaídas e incluso las nuevas situaciones problemáticas donde sea necesario nuevos aprendizajes; se considera igualmente que con la aplicación de esta intervención mejoró no solo la adaptación de la paciente a su situación y se intervino con éxito sobre el trastorno de adaptación con síntomas de ansiedad y depresión, sino que se previno que se mantuviera en el tiempo el trastorno.

Es importante también aclarar que la intervención realizada ha sido principalmente una adaptación de la intervención genérica presentada en los manuales, donde se han construido los objetivos paciente - terapeuta, además de concretamente, orientándolos a las características personales de afrontamiento de la persona atendida, de las dinámicas familiares que vivencia y a las condiciones en las que se está realizando comúnmente el trabajo de psicología hospitalaria.

Es de anotar que durante el proceso terapéutico hubo dificultades en relación a la adherencia al tratamiento por parte de la paciente. El análisis reveló que puede estar siendo causado por diferentes factores que van desde la falta de accesibilidad de los medicamentos (incumplimiento en la entrega de medicinas y los reclamos al POS), el mal uso o consumo de los fármacos, los olvidos o la poca información que reciben de su enfermedad. En el caso de la paciente tratada se encontró efectivamente un nivel de afectación que se consideró moderado, en

la medida en que por su largo internamiento se han visto interrumpidos hábitos y rutinas que la persona desempeñaba, específicamente abandono en su área doméstica y que la hacen sentir fuera de control sobre su misma situación, pérdida de control que se percibe en la incapacidad transitoria para tomar decisiones con respecto a los cambios de hábitos y rutinas que fueran más adaptativos a su condición de paciente hospitalaria. Lo anterior podría deberse al déficit que presentaba la paciente, en la manera de abordar las situaciones problema que le generan ansiedad; que estaría relacionada con una baja autoestima o un pobre autoconcepto, pero también con la pérdida de las oportunidades cotidianas que la hacían sentirse útil, dado que a pesar de que le preocupa su salud, también le preocupa que aquello que ella no está haciendo por sus hijos menores, nadie los está haciendo por ellos.

Lo que en este punto se desea poner en reflexión es que para evitar esta pérdida del nivel de funcionamiento no solo la intervención psicológica debe ser adecuada al modo de funcionamiento, a la manera de afrontar con éxito los problemas y a la forma de expresarse el síntoma del paciente, sino que la intervención biomédica no debería exigir de los pacientes actitudes pasivas que terminarán significando una amenaza para el éxito en el plan de restablecer la salud de un enfermo.

Si bien el objetivo del tratamiento se centró en adecuar en la paciente su nivel de funcionamiento anterior a su ingreso hospitalario y en hacer posible el aprendizaje de estrategias que pudieran servir para afrontar posibles crisis futuras, en consistencia con el sistema de valores y la cultura de la consultante, es necesario reconocer aquí la presencia de otros objetivos potenciales de la terapia que habrían precisado de un tratamiento más prolongado, posiblemente basado en otras orientaciones terapéuticas. En concreto se hace referencia a las dinámicas internas de la familia que no pudieron ser abordadas debido a que la familia ni siquiera se

encontraba en la misma ciudad donde se llevó a cabo la intervención, pero que de estarlo hubiesen ameritado intervenciones quizás desde algún modelo sistémico.

Cabe destacar el alto grado de motivación y participación de la usuaria en las diferentes intervenciones. En todo momento se implicó por completo en la consulta para lograr los objetivos acordados, lo que puede observarse en la evolución sesión a sesión.

Se mantuvo el contacto con la familia vía telefónica y WhatsApp, especialmente con su actual pareja durante la intervención, brindando pautas para colaborar en su evolución y se procuró hacer partícipes a los familiares de los logros obtenidos por medio tanto de la pareja como del hijo acompañante.

Por último, y gracias a los resultados obtenidos se hace énfasis en la eficacia de este tipo de terapia breve y orientada a problemas concretos en esta paciente, gracias a la adecuación de los objetivos y a la adaptación de la intervención a su estilo de afrontamiento y de funcionamiento cognitivo, así como a otras características personales de la paciente y a su apoyo social y familiar. En ese sentido, Fernández, Jorge, Sánchez y Bejar (2016) afirman que los diversos procesos de intervención psicológicos en pacientes diagnosticados con cáncer han mostrado resultados favorables y recomiendan su aplicación, teniendo en cuenta que estas intervenciones han sido objeto de varios metaanálisis y revisiones sistemáticas.

Conclusiones

El cáncer es una enfermedad que genera un gran desequilibrio en la vida de las personas y sus familias, afectando las esferas social, laboral, personal, etc., por lo tanto, este padecimiento le exige a las personas la implementación de mecanismos cognitivos, conductuales y emocionales para confrontar el estrés que conlleva el diagnóstico de la enfermedad; dependiendo el tipo de estrategia que utilice la persona, así mismo se verá reflejado en su proceso de evolución, recuperación o deterioro teniendo en cuenta el tipo de cáncer, la etapa en el que se encuentra este, la etapa del ciclo vital de la persona afecta, la red de apoyo, entre otros factores más.

Sin duda alguna, esta es una enfermedad que tiene un alto costo económico, y en muchas ocasiones genera gran presión en la persona afectada y sus familiares, no sólo por el hecho de asociarlo directamente con la muerte, sino también porque se deben cubrir muchos gastos relacionados con el tratamiento de la patología, y no siempre se cuenta con los recursos necesarios para tal fin, situación que genera mucho estrés y desestabiliza la dinámica familiar.

Es indispensable desarrollar un proceso de intervención integral (inter o multidisciplinario) tanto para la persona afectada como para su familia, esto permitirá en ellos un impacto positivo en el proceso de recuperación o manejo de las consecuencias de la patología, además de contribuir directamente en la calidad de vida de estas personas.

Los entornos hospitalarios, si bien se proponen como objetivo restablecer la salud de sus usuarios, por vía indirecta pudieran estar descuidando aspectos que se presentan negativos para su bienestar psicológico por cuanto exigen del paciente actitudes pasivas y de solo aceptación. Esta exigencia se ve materializada en el poco tiempo y espacio que se ofrece a los pacientes para sus interacciones sociales, sus obligaciones personales, el ocio o la diversión, sacando así a las

personas de un nivel de funcionamiento medianamente aceptable y afectándolas en el triple sistema de respuesta.

En el presente trabajo se ha expuesto un modelo de formulación y de intervención que se sustenta en las directrices que cuentan con apoyo en la experiencia clínica y empírica, además de la teórica y conceptual.

Se considera que contar con un modelo de formulación de casos es fundamentalmente útil para organizar la información, mantener el vínculo de comunicación entre los profesionales, investigar el grado de acuerdo entre distintos clínicos y mejorar la supervisión. Por otra parte, y a modo de conclusión se sugiere que la intervención en los ámbitos hospitalarios se adecue al modo de funcionamiento del paciente, la selección de objetivos a cumplir por la terapia, el grado de motivación del paciente y el apoyo familiar y social, son esperas claves a tomar en consideración al diseñar intervenciones psicológicas breves en psicooncología.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta el proceso de intervención realizado y las necesidades presentadas por la consultante, se hacen las siguientes recomendaciones con el fin de fomentar entornos saludables que permitan el fortalecimiento de las conductas protectoras en la paciente.

- Se hace necesario que la consultante continúe adelantando las diversas tareas u actividades desarrolladas en el plan de intervención (adherencia al tratamiento), esto con el objetivo de evitar recaídas a causa de factores externos o internos.
- Ante posibles recaídas, se hace necesario que la consultante busque ayuda profesional, siempre y cuando su capacidad de afrontamiento se vea superada.
- Es fundamental que la red de apoyo, en especial el núcleo familiar, le brinde apoyo emocional a la consultante para que los avances alcanzados en el proceso de intervención se mantengan y no se presenten recaídas.
- Se hace necesario que se generen espacios de esparcimiento y ocio en los que la consultante pueda compartir en familia y así fortalecer los lazos afectivos con su red de apoyo.
- Se recomienda la utilización de la Terapia Cognitiva Conductual en la intervención de casos de personas con diagnóstico de Trastorno Adaptativo.

Referencias

- Almanza, J., Juárez, I., Silva, J. y de la Huerta, R. (2010). Trastornos Adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 1, 15-23.
- American Psychiatric Association - APA. (2016). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Recuperado de: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Recuperado de: <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicol%C3%B3gicos-Vol.2-ebook.pdf>
- Canales, M. (2006). *Metodologías de la investigación social*. Recuperado de: <https://imaginariosyrepresentaciones.files.wordpress.com/2015/08/canales-eron-manuel-metodologias-de-la-investigacion-social.pdf>
- CIE - 10. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión*. Recuperado de: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- De Brigard, A.M. (2004). Consentimiento informado del paciente. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 19 (4), 277-280. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v19n4/v19n4a09.pdf>
- DSM – IV – TR. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Recuperado de:

<https://books.google.com.co/books?id=m6Wdcfn80DwC&pg=PA761&lpg=PA761&dq=la+aparici%C3%B3n+de+un+trastorno+adaptativo+puede+complicar+el+curso+de+una+enfermedad+en+individuos+que+tengan+patolog%C3%ADa+m%C3%A9dica&source=bl&ots=P8QbQ0A-Hr&sig=ACfU3U2HIJzf30hV7EvYFHh2ifJao31mCA&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwio3rbfifDpAhXMct8KHSYIDdAQ6AEwAnoECAkQAQ#v=onepage&q=la%20aparici%C3%B3n%20de%20un%20trastorno%20adaptativo%20puede%20complicar%20el%20curso%20de%20una%20enfermedad%20en%20individuos%20que%20tengan%20patolog%C3%ADa%20m%C3%A9dica&f=false>

Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado, F. y Muñoz, J. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34 (2), 111 – 128.

Fernández, B., Jorge, V., Sánchez, C. y Bejar, E. (2016). Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿Qué nos encontramos en la práctica clínica? *Psicooncología*, 2-3 (13), 191- 204.

Galindo, O., Pérez, H., Alvarado, S., Rojas, E., Álvarez, M. y Aguilar, J. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12, (2), 108-115.

García, C. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 72-80.

- Gil, F., Costa, G., Pérez, F. J., Salamero, M., Sánchez, N., & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, (130), 90-92.
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Recuperado de: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf
- Herrera, S., Luna, D. y Solano, G. (2019). Psicoterapia breve para pacientes que sufren cáncer de mama. *Revista de Psicología y Ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 1 (10), 49 – 62.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2013). *El cáncer: Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>
- Llull, D., Zanier, J. y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), 175-182.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Cáncer*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Prevenciondel-cancer.aspx>
- Monsalve, V., Gómez-Carretero, P. y Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncología*, 1 (3), 139 – 152.
- Montoya, L y Pelayo, R. (2017). *Caracterización de la adherencia al tratamiento y el proceso de afrontamiento de acuerdo a los conocimientos previos del cáncer que tiene el paciente oncológico*. (Tesis de grado). Universidad Católica de Pereira, Pereira, Colombia.

Moreno, K., Nassar, C. y Vargas, S. (2011). *La Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de pacientes oncológicos*. (Tesis de grado). Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.

Morrison, J. (2014). *DSM –5. Guía para el diagnóstico clínico*. Recuperado de:

<http://diancecht.org/web/wp-content/uploads/2016/02/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders-DSM-5-guia-para-el-diagnostico-clinico-James-Morrison.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Recuperado de:

https://books.google.com.co/books?id=Y_oACCnRG34C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Recuperado de:

<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>

Ortiz, M. (2013). *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM – 5*. Recuperado de:

https://drive.google.com/file/d/1hgVeiER34DXYJG9D-BIZ1YgS2FuuEOq1/view?IwAR3-sH89wFuePKBi4PPX5-grRWL_gy8W_5kBEoawZxbNLE3SMuDJoUf_xKs&fbclid=IwAR074ImQ0Rc7oqQsEHem3Jz9RbBF0qN-11kXBXgysXZy2FkYjko_qpHEeSQ

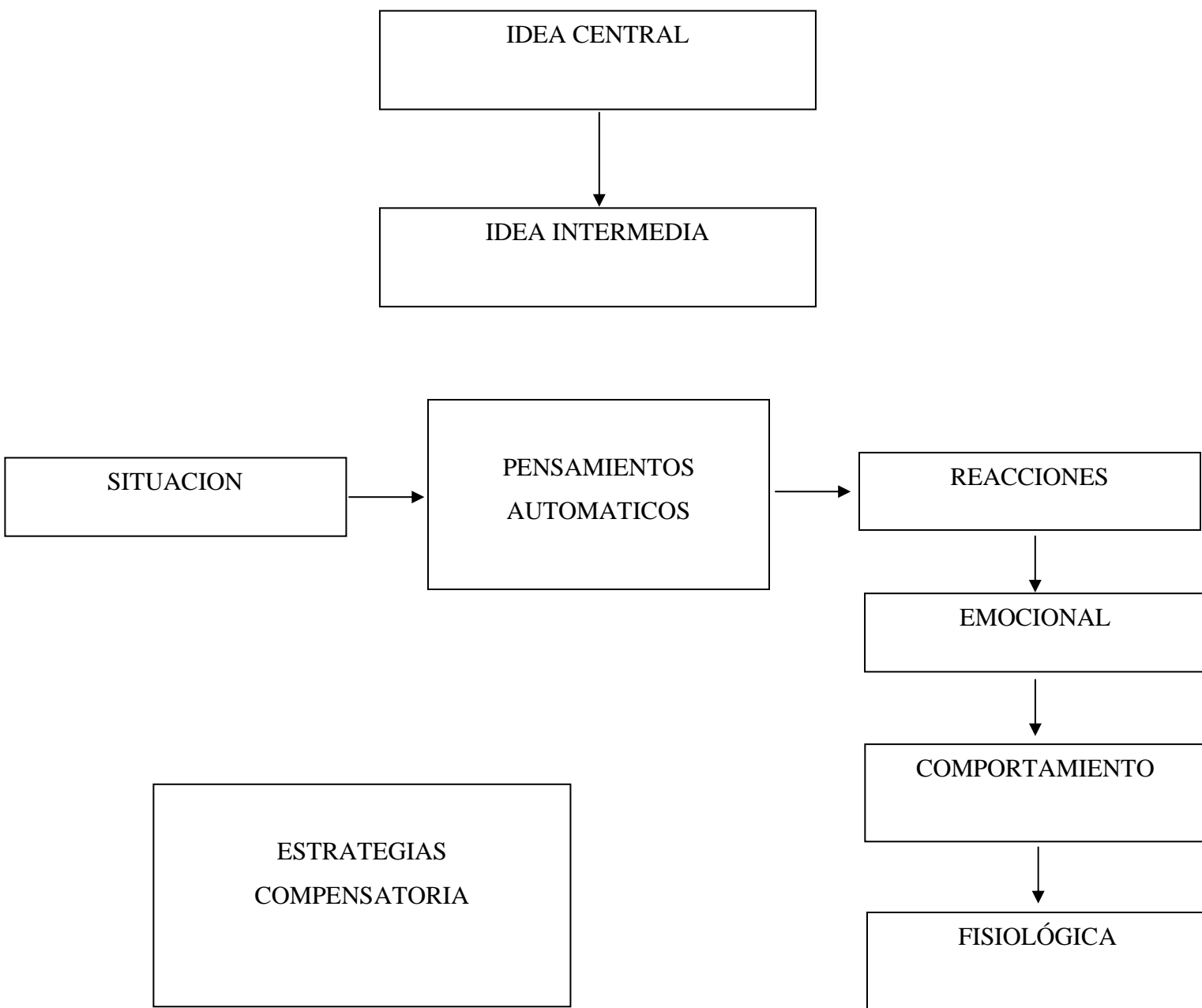
Pérez, G. (2018). Del dualismo cartesiano a la psiconeuroinmunología. Nuevos horizontes de ayuda a pacientes oncológicos a partir de la intervención del psicólogo de la salud. *Revista de Investigacion Psicologica*, 20 (nd), 135 – 147.

- Porro, M., Andrés, M. y Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 341-355.
- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista profesional española de Terapia Cognitivo – Conductual*, 2, 107 – 120.
- Restrepo, M. (1999). Psicooncología y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 8, 106-119.
- Rico, J., Restrepo, M. y 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.
- Ruiz, J. y Fusté, A. (2015). La Evaluación de Creencias y Actitudes Disfuncionales en los Modelos de Ellis y Beck: Similitudes y Diferencias. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2 (40), 51-61.
- Salas, C. y Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1, 9–18.
- Zorrilla, I. (2018). Impacto emocional y social del cáncer. En C. Iglesias y R. López (Ed.), *Cáncer y cuidados enfermeros* (63 – 91). Barcelona, España: DAE editorial.

Anexos

Anexo No 1. Guía de entrevista clínica semiestructurada

1. Encuadre.
2. Entrevista:
 - Delimitación inicial del problema: por ejemplo, ¿Cuál es el problema por el que acude a consulta?, ¿Explíqueme qué ocurre?
 - Implicaciones del problema: por ejemplo, ¿Esto le afecta? ¿de qué manera?, ¿Hasta qué punto esto afecta su vida? (indicando a la persona diversas áreas de funcionamiento, laboral, familiar, social, personal, etc.), ¿Cómo reaccionan las otras personas?
 - Análisis de secuencias: por ejemplo, ¿En qué situaciones sucede? ¿con quién? ¿en qué lugares?, ¿qué está haciendo, pensando o sintiendo cuando sucede?, ¿qué sucede después?, ¿qué lo empeora? ¿qué lo mejora?, entre otros.
 - Análisis de parámetros: por ejemplo, ¿Cuándo ha sido peor?, ¿con qué frecuencia ocurre?, ¿Cuánto dura?
 - Evolución del problema: por ejemplo, ¿Cuándo fue la primera vez?, ¿ha mejorado? ¿ha empeorado?, ¿cómo era al principio?
 - Autocontrol, motivación y expectativas: por ejemplo, ¿A qué le atribuye tal situación?, ¿cómo piensa que sería al solucionarlo?, ¿Qué solución le han dado?
3. Cierre

Anexo No 2. Formulación Clínica Conductual

ANTECEDENTE	RESPUESTA	CONSECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • <u>AMBIENTE</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>COGNITIVAS</u> • <u>AFECTIVO</u> • <u>CONDUCTUAL</u> 	

ANTECEDENTE	RESPUESTA	CONSECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>COGNITIVA</u> • <u>AFECTIVO:</u> • <u>CONDUCTUAL</u> 	

✓ **ANALISIS MOLAR DE PROBLEMAS**

✓ **PROCESO DE EVALUACION**

✓ **FORMULACION DEL PROBLEMA**

➤ **FACTORES**

- Factor Adquisitivo
- Factor Predisponente
 - Psicológico:
 - Ambiente:
- Factor Precipitante
- Factor de Mantenimiento

✓ **DIAGNOSTICO**

Anexo No 3. Consentimiento informado

La presente evaluación es conducida por la practicante **Andrea Lizeth Gaitán Orozco** de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana sede Bucaramanga. La meta de esta evaluación es permitir la medición de la(s) variable(s) a investigar.

Si usted accede a participar en este seguimiento, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y a las respectivas aplicaciones de pruebas.

En pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, manifiesto que he sido debidamente informado(a), y en consecuencia autorizo a que me sea realizada la aplicación de las mismas.

Además declaro conocer y aceptar los términos de dicha realización, así como el manejo de los resultados y el fin para el cual está diseñado. Y que me puedo retirar en cualquier momento sin efecto alguno. Los resultados de la participación serán manejados de manera confidencial. Si llegado el caso, se encontrara alguna alteración o problema neurológico o psicológico recibirá la información correspondiente.

Además reconozco que dicha aplicación no representa riesgo alguno para mi integridad como persona, no afectará mi salud mental ni física, ni evaluará aspectos diferentes a los comprendidos en la encuesta. Por lo tanto, declaro estar debidamente informado(a), y doy mi expreso consentimiento a su ejecución.

Me han explicado los siguientes datos:

1. Propósito de la evaluación
2. Beneficios que puedo esperar
3. Los procedimientos
4. Los resultados de la práctica serán confidenciales, no serán divulgados de manera arbitraria.

Firma:

Documento de identidad:

Anexo No 4. Inventario de Depresión de Beck

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

1).

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

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

2).

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

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

3).

No me siento fracasado.

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

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6).

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7).

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8).

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13).

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

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

Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16).

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

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

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

17).

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19).

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

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

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

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

21).

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

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

Puntuación Nivel de depresión*

Puntuación **Nivel de depresión***

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

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

Anexo No 5. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD).

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre

1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Anexo No 6. Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck

Esta escala evalúa siete tipos de creencias que pueden predisponer a una persona a padecer algún trastorno psicológico. Es la adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck.

Señale el grado de acuerdo con estas actitudes. Asegúrese de elegir solo una respuesta para cada frase. No hay respuestas “acertadas” ni “equivocadas”. Solo queremos saber lo que usted piensa acerca de estos temas.

- **Totalmente en desacuerdo** = 0
- **Moderadamente en desacuerdo** = 1
- **Dudoso** = 2
- **Moderadamente de acuerdo** = 3
- **Completamente de acuerdo** = 4

1. Ser criticado hace que la gente se sienta mal	0 1 2 3 4
2. Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas	0 1 2 3 4
3. Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten	0 1 2 3 4
4. Si alguien importante para mí espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo	0 1 2 3 4
5. Mi valor como persona depende, en gran medida, de lo que los demás piensen de mi	0 1 2 3 4
6. No puedo ser feliz si no me ama alguien	0 1 2 3 4
7. Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz	0 1 2 3 4
8. Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo	0 1 2 3 4
9. Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante	0 1 2 3 4
10. El aislamiento social conduce a la infelicidad	0 1 2 3 4

11. Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida 0 1 2 3 4
12. Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido 0 1 2 3 4
13. Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no la tienen 0 1 2 3 4
14. No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior 0 1 2 3 4
15. Si fallo en mi trabajo soy un fracasado 0 1 2 3 4
16. Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje 0 1 2 3 4
17. Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno 0 1 2 3 4
18. Cualquiera persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace 0 1 2 3 4
19. Si cometo un error debo sentirme mal 0 1 2 3 4
20. Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un secundón 0 1 2 3 4
21. Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo 0 1 2 3 4
22. Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado 0 1 2 3 4
23. Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos 0 1 2 3 4
24. Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme 0 1 2 3 4
25. Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato 0 1 2 3 4
26. Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mí 0 1 2 3 4
27. Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado 0 1 2 3 4

28. Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite 0 1 2 3 4
29. Si un niño tiene dificultades emocionales o de comportamiento, esto significa que sus padres han fallado en algo importante 0 1 2 3 4
30. Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo 0 1 2 3 4
31. No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo 0 1 2 3 4
32. No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria 0 1 2 3 4
33. Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado 0 1 2 3 4
34. Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda 0 1 2 3 4
35. La gente señalada con la marca del éxito está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas 0 1 2 3 4

Claves de corrección

Sume el total para cada grupo de creencias:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Aprobación: | De la actitud 1 a la 5 |
| 2. Amor: | De la actitud 6 a la 10 |
| 3. Ejecución: | De la actitud 11 a la 15 |
| 4. Perfeccionismo: | De la actitud 16 a la 20 |
| 5. Derecho sobre los otros: | De la actitud 21 a la 25 |
| 6. Omnipotencia: | De la actitud 26 a la 30 |
| 7. Autonomía: | De la actitud 31 a la 35 |

- **Interpretación:**
- Para cada grupo de creencias que sume un total de 15 o más puntos se considera que va a generar problemas en ese tema al que se refiere. En concreto:
- **1. Aprobación**
- La persona estará pendiente de obtener la aceptación de las otras personas, incluso rechazando sus deseos personales, y será muy sensible a las señales.
- **2. Amor:**
- La persona se valorará en función del amor de otras personas. Esto le generará una extrema dependencia y una baja autoestima cuando crea no tenerlo o sea rechazada.
- **3. Ejecución:**
- La persona estará extremadamente pendiente de ser competente en sus tareas poniendo su valor en manos de los resultados conseguidos, expuestos a las situaciones que considere como fracasos y excesivamente centrados en el trabajo, olvidando otros aspectos de la vida como el ocio o la diversión.
- **4. Perfeccionismo:**
- La persona estará excesivamente pendiente de no cometer errores en sus actividades, se exigirá hacerlo todo sin falta, y ante la mínima desviación se valorará negativamente a sí misma, de manera rígida, o a otros si no cumplen con sus normas. Su actitud general será de rigidez con poca flexibilidad ante los cambios de la vida.
- **5. Derecho sobre otros:**
- La persona creará de manera egocéntrica (centrada en sí misma) que tiene unos derechos que los otros deben de corresponder, olvidándose de los propios derechos y deseos de los demás que no tienen por qué coincidir con los personales. Será fácil presa de la ira.
- **6. Omnipotencia:**

- La persona se creará excesivamente responsable de la conducta y los sentimientos de las otras personas con las que se relacionan, como si aquellas dependieran como “bebes” de ella. Se olvidará y hasta anulará las decisiones de los demás. No tendrá en cuenta que los demás son responsables de sí mismos.

- **7. Autonomía:**

- La persona creará que sus sentimientos son inmodificables o dependen de las situaciones que viven, por lo que estará a merced de ellos. No se dará cuenta de que esos sentimientos dependen en gran parte de su forma de interpretar los acontecimientos y de las decisiones de sus actos, y que por lo tanto puede llegar a controlarlos en gran parte.

Anexo No 7. Cuadro de sesiones.

	Fecha	Motivo de consulta	Apariencia de la consultante	Análisis psicológico	Agenda de la sesión
Sesión 1	03/01/2017	Se atiende interconsulta para valoración de estados psicológicos frente a larga estancia hospitalaria y condición de enfermedad oncológica. Durante intervención paciente refiere "me siento bien, he estado tranquila, sin embargo, estoy	Paciente quien se encuentra acompañada por uno de sus hijos en el momento de su intervención, orientada auto-psíquica y alo-psíquicamente, mantiene contacto visual y tópicos conversacionales coherentes. Receptiva y colaboradora.	Paciente que impresiona ánimo modulado y actitud positiva frente a actual condición de su enfermedad, facilitando el afrontamiento de la misma. Se evidencia red de apoyo familiar activa. Durante la intervención se realiza psicoeducación a su hijo quien se encuentra acompañandola, debido a que ha estado presentando cuadros febriles	-Entrevista. - Planificación de los objetivos de la intervención. - Higiene del sueño y clarificación de los componentes del tratamiento médico. -Reforzamiento de adherencia al tratamiento y adaptación a estancia hospitalaria. -Discusión de asuntos propuestos por la usuaria. -Asignación de tareas

		preocupada por mi hijo porque ha estado enfermo, también he comido muy poco, estoy aburrida de la comida de acá, si al menos tuviera un poquito de sal..."		siendo un riesgo biológico para la paciente.	
Sesión 2	14/01/2017	Paciente a quien se hace seguimiento para valoración de estados psicológicos	Paciente quien se encuentra acompañada por uno de sus hijos en el momento de intervención. Orientada	Paciente que impresiona ánimo modulado y actitud positiva frente a actual condición de enfermedad. Refiere mayor consciencia y	-Evaluación y revisión de tareas. -Psicoterapia breve. -Planificar y desarrollar actividades sociales de ocio.

		<p>frente a larga estancia hospitalaria y condición de enfermedad oncológica. Paciente refiere "El día de ayer tuve quimio, pero gracias a dios me fue bien, no he tenido vomito ni mareo, solo un poquito de sueño pero nada grave. Los médicos me dijeron que podré salir durante</p>	<p>autopsíquica y alopsíquicamente, mantiene contacto visual y tópicos conversacionales coherentes. Receptiva y colaboradora.</p>	<p>asimilación de estancia hospitalaria con estrategias de afrontamiento activas. Indica apoyo familiar como factor protector. Reconoce la importancia del cumplimiento de recomendaciones médicas frente próximo egreso hospitalario.</p>	<p>-Reforzamiento de adherencia al tratamiento y adaptación a estancia hospitalaria. - Higiene del sueño. -Asignación de tareas.</p>
--	--	---	---	--	--

		dos semanas y eso me tiene muy contenta porque podré ir a ver a mi familia".			
Sesión 3	20/01/2017	Paciente a quien se hace seguimiento para valoración de estados psicológicos frente a larga estancia hospitalaria y condición de enfermedad oncológica. Paciente refiere "Estaba	Paciente quien se encuentra acompañada por uno de sus hijos en el momento de intervención. Orientada autopsíquica y alopsíquicamente, mantiene contacto visual y tópicos conversacionales coherentes. Receptiva y colaboradora. Se	Paciente que impresiona ánimo triste frente a actual condición de enfermedad. Refiere mayor consciencia y asimilación de estancia hospitalaria con estrategias de afrontamiento activas, sin embargo, puede llegar a presentar labilidad emocional debido a diagnóstico no favorable para	-Evaluación y revisión de tareas. -Reestructuración cognitiva. -Reforzamiento de adherencia al tratamiento y adaptación a estancia hospitalaria. -Reestructuración cognitiva. -Estrategias de afrontamiento. -Extinción de la respuesta aversiva a los alimentos. -Asignación de tareas.

		<p>proxima a impresionar ánimo que me triste de fondo. dieran salida por un tiempo para que fuera a visitar a mi familia, pero me salió una bacteria. Ya estoy aburrida de estar aquí, que no pudiera salir me causo angustia, pero yo sé que estoy aquí por mi bien, ya lo podré hacer, debo seguir siendo</p>	<p>impresiona ánimo triste de fondo.</p>	<p>egreso hospitalario. Indica apoyo familiar como factor protector (uno de sus hijos se encuentra con ella las 24 horas del día).</p>	
--	--	---	--	--	--

		<p>paciente.</p> <p>Hace poco mis hermanas me llamaron, me puse un poco triste y lloré, al otro día amanecí con las defensas bajitas, yo creo que fue a raíz de eso..."</p>			
Sesión 4	30/01/2017	<p>Paciente a quien se hace seguimiento para valoración de estados psicológicos frente a larga estancia hospitalaria y</p>	<p>Paciente quien reside en Badillo-Santander, desde hace 20 años convive con su pareja, tiene 10 hijos (familia reconstituida) y 14 hermanos, lo que hace que cuente con una amplia red de</p>	<p>Paciente sin alteración cognitiva ni emocional en el momento de intervención, con conciencia de enfermedad. Refiere mayor asimilación de estancia hospitalaria con</p>	<p>-Evaluación y revisión de tareas.</p> <p>-Reestructuración cognitiva.</p> <p>Extinción de la respuesta aversiva a los alimentos.</p> <p>-Registro de pensamientos.</p> <p>-Técnicas de relajación.</p> <p>-Asignación de tareas.</p>

		<p>condición de enfermedad oncológica. La paciente refiere "hoy me siento bien, sé que depende de mí y como vaya mejorando mi cuerpo podré salir un rato de la clínica. Al parecer hoy tengo quimioterapia, ojalá no me den tan duros los efectos y me siga</p>	<p>apoyo familiar y relaciones vinculares positivas. Paciente quien se encuentra acompañada por uno de sus hijos en el momento de intervención. Receptiva y colaboradora. Orientada auto y alopsíquicamente, mantiene contacto visual y tópicos conversacionales coherentes.</p>	<p>estrategias de afrontamiento activas, sin embargo, puede llegar a presentar labilidad emocional debido a diagnóstico no favorable para egreso hospitalario. Indica apoyo familiar como factor protector (uno de sus hijos se encuentra con ella las 24 horas del día). Reconoce la importancia de ser perseverante en el proceso de ingesta de alimentos. Sin alteración en el ciclo de sueño. Requiere seguimiento por psicología</p>	
--	--	---	--	---	--

		sintiendo bien".		hospitalaria dos veces por semana hasta cierre de interconsulta.	
Sesión 5	04/02/2017	El propósito es evaluar y fortalecer los logros de las sesiones anteriores. El motivo que presenta la usuaria gira en torno al proceso de aceptación del tratamiento como un componente más de su biografía. El sueño ha	La usuaria se presenta a la sesión dando cuenta de cuidado personal, aseo y de haber seleccionado su vestir en previsión a la ocasión. Muestra además precisa orientación autopsíquica y alopsíquica por cuanto saber dar cuenta de fecha, hora y lugar de donde se encuentra. La entrevista terapéutica discurre en un ambiente	Por momentos refleja tristeza por su estado y por el no poder estar con sus hijos en momentos en que ellos la necesitan tanto. La usuaria reconoce en este aspecto la necesidad de que su familia se involucre más en actividades de apoyo instrumental con su proceso de recuperación, pero no renuncia a considerar que siendo madre de	-Evaluación y revisión de tareas. -Registro de pensamientos. -Extinción de la respuesta aversiva a los alimentos. -Reestructuración cognitiva. -Revisión de las técnicas de relajación. -Asignación de tareas.

		mejorado ostensiblemente, lo cual es base de motivación para la adherencia al tratamiento.	donde predomina el lenguaje claro y coherente que da a entender pensamiento caracterizado por juicio y raciocinio.	adolescentes y jóvenes, aún es grande la responsabilidad que tiene con los menores en particular.	
Sesión 6	08/02/2017	El propósito es evaluar y fortalecer los logros de las sesiones anteriores. El motivo que presenta la usuaria versa sobre la ansiedad de estar encerrada. La ingesta de alimentos	La usuaria, como es habitual se encuentra acompañada por uno de sus hijos en el momento de intervención. Orientada autopsíquica y alopsíquicamente, mantiene contacto visual y tópicos conversacionales coherentes. Receptiva y colaboradora.	Se nota mejoría de su estado de ánimo, que, si bien no se han extinguido las respuestas de malestar psicológico, la usuaria dice entenderlas mejor y sentir mayor control sobre ellas.	-Evaluación y revisión de tareas. -Registro de pensamientos. -Extinción de la respuesta aversiva a los alimentos. -Reestructuración cognitiva. -Revisión de las técnicas de relajación. -Asignación de tareas.

		mejorado notablemente, lo cual es base de motivación para la adherencia al tratamiento.			
Sesión 7	14/02/2017	El propósito es evaluar y fortalecer los logros de las sesiones anteriores. El motivo de consulta ha sido predominante mente la necesidad de manejar la ansiedad de pensar en sus	La consultante se presenta con una actitud colaboradora según la que manifiesta entender mejor su estado y encontrarse más dispuesta a 'poner de su parte'. Se encuentra acompañada por uno de sus hijos en el momento de intervención. Orientada	Estado de ánimo globalmente positivo, cansancio físico y psicológico natural debido al largo ingreso hospitalario.	-Evaluación y revisión de tareas. -Registro de pensamientos. -Extinción de la respuesta aversiva a los alimentos. -Reestructuración cognitiva. -Asignación de tareas.

		hijos, especialmente e los menores.	autopsíquica y alopsíquicamente, mantiene contacto visual y tópicos conversacionales coherentes.		
Sesión 8	21/02/2017	El propósito es evaluar y fortalecer los logros de las sesiones anteriores. El motivo de consulta ha sido predominante mente la necesidad enfocarse en el proceso de recuperación físico.	La usuaria se presenta a la sesión dando cuenta de cuidado personal, aseo y de haber seleccionado su vestir en previsión a la ocasión. Muestra además precisa orientación autopsíquica y alopsíquica por cuanto saber dar cuenta de fecha, hora y lugar de donde se encuentra. La entrevista	Estado de ánimo globalmente positivo, cansancio físico y psicológico natural debido al largo ingreso hospitalario.	-Evaluación y revisión de tareas. -Extinción de la respuesta aversiva a los alimentos. -Registro de pensamientos. -Involucramiento activo de la familia. -Asignación de tareas.

			<p>terapéutica discurre en un ambiente donde predomina el lenguaje claro y coherente que da a entender pensamiento caracterizado por juicio y raciocinio.</p>		
<p>Sesión 9</p>	28/02/2017	<p>El propósito es evaluar y fortalecer los logros de las sesiones anteriores. El motivo de consulta ha sido predominante mente las emociones que se han despertado al</p>	<p>La usuaria se encuentra acompañada por uno de sus hijos en el momento de intervención. Orientada autopsíquica y alopsíquicamente, mantiene contacto visual y tópicos conversacionales coherentes.</p>	<p>Estado de ánimo globalmente positivo, cansancio físico y psicológico natural debido al largo ingreso hospitalario.</p>	<p>-Evaluación y revisión de tareas. -Revisión de las técnicas de relajación. -Registro de pensamientos. -Asignación de tareas.</p>

		<p>iniciar el proceso de vincular más fuertemente a su familia en el proceso de tratamiento haciéndolos conscientes de los riesgos que se corren.</p>	<p>Receptiva y colaboradora.</p>		
<p>Sesión 10</p>	<p>04/03/2017</p>	<p>La consultante manifiesta interés por obtener información sobre el control de las emociones y de la relación de estas con</p>	<p>La usuaria se encuentra acompañada por uno de sus hijos en el momento de intervención. Orientada autopsíquica y alopsíquicamente, mantiene contacto visual y tópicos conversacionales</p>	<p>Estado de ánimo globalmente positivo, cansancio físico y psicológico natural debido al largo ingreso hospitalario.</p>	<p>-Evaluación y revisión de tareas. -Reestructuración cognitiva. -Registro de pensamientos. -Planificar y desarrollar actividades sociales de ocio. -Involucramiento activo de la familia. -Asignación de tareas.</p>

		la conducta y la salud.	coherentes. Receptiva y colaboradora.		
Sesión 11	09/03/2017	El motivo de consulta deriva sobre los cambios y ajustes que deben ser realizados a nivel de toda la vida individual y familiar para decir que se logró una plena recuperación.	La usuaria se presenta a la sesión dando cuenta de cuidado personal, aseo y de haber seleccionado su vestir en previsión a la ocasión. Muestra además precisa orientación autopsíquica y alopsíquica por cuanto saber dar cuenta de fecha, hora y lugar de donde se encuentra. La entrevista terapéutica discurre en un ambiente donde predomina el	Estado de ánimo globalmente positivo, cansancio físico y psicológico natural debido al largo ingreso hospitalario.	-Evaluación y revisión de tareas. -Planificar y desarrollar actividades sociales de ocio. -Reestructuración cognitiva. -Revisión de las técnicas de relajación. -Involucramiento activo de la familia. -Asignación de tareas.

			lenguaje claro y coherente que da a entender pensamiento caracterizado por juicio y raciocinio.		
Sesión 12	15/03/2017	Cierre y devolución terapéutica, análisis de los progresos y agenda de los seguimientos .	La consultante se presenta con una actitud colaboradora según la que manifiesta entender mejor su estado y encontrarse más dispuesta a 'poner de su parte'. Manifiesta sin embargo que el tema de la familia aún requiere mucho trabajo, pero que ese ya le corresponde a ella.	Se manifiestas modificaciones tanto conductuales como cognitivas, si bien en las medidas objetivas el cambio no es tan profundo, a nivel subjetivo la consultante encuentra que ha cambiado para bien.	-Evaluación y revisión de tareas. Revisión del proceso de intervención. -Ejercicio de devolución -Establecimiento de compromisos -Sesiones de seguimiento.