



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA SOBRE LA ANSIEDAD EN UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

VERALUCÍA MATEO SUÁREZ

LIMA – PERÚ

2022

MIEMBROS DEL JURADO

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA
Presidente

MG. BRIGITTE ANA LUCIA AGUILAR SALCEDO
Vocal

MG. CAROLINA JESUSA MAYORCA CASTILLO
Secretaria

ASESOR

MG. ADOLFO AGUINAGA ALVAREZ

DEDICATORIA

A mis padres, Silvia y Willy, por su amor incondicional, compromiso e impulso
en cada cosa que realizo. Gracias por nunca soltarme.

A mi hermano, Patricio, por ser mi ejemplo de dedicación y motivación.

A mi abuelo, Belisario, por enseñarme que el amor trasciende.

A Andrés, por siempre confiar en mí.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes del instituto, por permitirme acompañarlos y aprender de ellos.

A mi asesor, por guiarme en el proceso de construcción del siguiente trabajo.

A mi facultad, por dotarme de conocimientos y pasión por la psicología.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN1

CAPÍTULO I.....2

1.1. DATOS GENERALES2

1.1.1. Visión y misión2

1.1.2. Objetivos2

1.1.3. Valores2

1.1.4. FODA.....3

1.1.5. Breve reseña5

1.2. PUESTO DESEMPEÑADO7

1.2.1. Puesto7

1.2.2. Departamento de psicología7

1.2.3. Cronograma de actividades8

1.2.3.1. Programa de rotaciones11

1.3. DELIMITAR ÁREA DE TRABAJO19

CAPÍTULO II20

2.1. PSICOONCOLOGÍA20

2.1.1. Bases explicativas20

2.1.1.1. Cáncer20

2.1.1.2. Psicología de la salud22

2.1.2.	Definición.....	24
2.1.3.	Fases de intervención	26
2.1.4.	Estrategias de intervención	29
2.1.5.	Técnicas de tratamiento.....	30
2.1.6.	Reacciones y trastornos psiquiátricos y psicológicos más comunes..	32
2.1.7.	Importancia de la psicooncología.....	34
2.2.	ANSIEDAD	34
2.2.1.	Definición.....	35
2.2.2.	Clasificación.....	36
2.2.3.	Ansiedad en pacientes oncológicos.....	37
2.2.3.1.	Tratamientos psicológicos.....	38
2.3.	INVESTIGACIONES NACIONALES	42
2.4.	INVESTIGACIONES INTERNACIONALES	44
CAPÍTULO III.....		48
3.1	CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	48
3.1.1	Problema de estudio	48
3.1.2	Estrategias de evaluación y medición	49
3.1.3	Procedimiento de evaluación:	52
3.1.4	Diagnóstico del problema	53
3.2	INTERVENCIÓN	55
3.2.1	Problema delimitado	55
3.2.2	Objetivos de la intervención	56
3.2.3	Técnicas	56
3.2.4	Selección y sustento de las técnicas empleadas	57

3.2.5	Ejecución.....	59
3.2.6	Indicadores de logro.....	62
3.2.7	Monitoreo y evaluación de la intervención.....	62
CAPÍTULO IV.....		64
4.1.	RESULTADOS.....	64
4.1.1.	Descripción de los resultados encontrados.....	64
4.1.2.	Análisis de los resultados encontrados.....	66
4.2.	REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	67
4.2.1.	Limitaciones encontradas.....	67
4.2.2.	Impacto en la institución.....	68
4.2.3.	Aporte en el área psicológica y en el contexto.....	68
4.2.4.	Demandas profesionales requeridas.....	68
4.2.5.	Autoevaluación y autocrítica personal e institucional.....	69
CONCLUSIONES.....		72
REFERENCIAS.....		73
ANEXOS		

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. FODA.	3
Tabla 2. Cronograma de rotación.	18

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Procedimiento de evaluación.	52
--	----

RESUMEN

El siguiente trabajo es un análisis de caso realizado en un Instituto especializado en cáncer. El objetivo de intervención fue disminuir la sintomatología ansiosa a partir del diagnóstico oncológico. Se abordó a un paciente con diagnóstico de linfoma de células T grandes granulares, que presentaba niveles altos de ansiedad frente a los procedimientos médicos a los que debe ser sometido, manifestando síntomas como sudoración, ritmo cardíaco acelerado y tensión muscular además de irritabilidad y pensamientos catastróficos. Se evidenció sentimientos de inadecuación por el diagnóstico y tratamiento además de inadecuadas habilidades de afrontamiento y características personales que dificultaban su adaptación a la enfermedad. Para la evaluación se utilizó el Inventario Clínico de Personalidad Millon II, Inventario de ansiedad de Beck y el Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAEPO). Se realizó una intervención de 10 sesiones, con duración de 60 minutos cada una y frecuencia de una vez por semana. Debido a las técnicas utilizadas la intervención tuvo, principalmente, un corte cognitivo conductual. Se interrumpió el proceso terapéutico debido a que culminó el tiempo como interna de psicología dentro del instituto, sin embargo, el paciente fue derivado para que continúe su atención psicológica. Se pudo evidenciar una adecuada respuesta y adherencia al tratamiento psicológico, por lo que el paciente redujo significativamente su respuesta ansiosa, fue capaz de identificar y modificar creencias y pensamientos distorsionados, así como incrementar sus habilidades de resolución de problemas. Todo ello repercutió en una adecuada adherencia al tratamiento médico, recuperar el sentido de control sobre su vida, salud mental y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Psicooncología – ansiedad - estilos de afrontamiento -
intervención clínica

ABSTRACT

The following work is a case analysis carried out in an Institute specialized in cancer. The objective of the intervention was to reduce the anxious symptomatology after the oncologic diagnosis. We approached a patient with a diagnosis of large granular T-cell lymphoma, who presented high levels of anxiety in the face of the medical procedures he was to undergo, manifesting symptoms such as sweating, accelerated heart rate and muscular tension, as well as irritability and catastrophic thoughts. There was evidence of feelings of inadequacy due to the diagnosis and treatment, as well as inadequate coping skills and personal characteristics that made it difficult to adapt to the disease. The Millon Inventory II, Beck Anxiety Inventory and the Coping with Stress Questionnaire (CAEPO) were used for the evaluation. An intervention of 10 sessions was carried out, with a duration of 60 minutes each and a frequency of once a week. Due to the techniques used, the interventions were mainly cognitive-behavioral. The therapeutic process was interrupted due to the end of the working time at the institute; however, the patient was referred to continue his psychological care. An adequate response and adherence to the psychological treatment was evidenced, so the patient significantly reduced his anxious response, was able to identify and modify distorted beliefs and thoughts, as well as increase his problem-solving skills. All this resulted in an adequate adherence to medical treatment, regaining a sense of control over his life, mental health and quality of life.

KEY WORDS: Psycho-oncology - anxiety - coping styles - clinical intervention.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el cáncer es un problema de salud pública, y es considerado la segunda causa de muerte a nivel mundial. El proceso de recibir el diagnóstico de cáncer puede llegar a generar sufrimiento tanto a nivel físico como psicológico, es así que, más del 30% de personas diagnosticadas de cáncer pueden llegar a niveles clínicos o trastornos psicopatológicos (Hernández y Cruzado, 2013). Esto debido a que la enfermedad puede llegar a desestabilizar estructuras familiares, generar duelos constantes, pérdidas físicas o emocionales, síntomas físicos por la enfermedad, entre otros. (Fernández, et al., 2016).

Es por eso que se considera importante un tipo de intervención multidisciplinaria en pacientes con cáncer, que pueda abordar los síntomas físicos de la enfermedad y los síntomas psicológicos provenientes de la misma con el objetivo en común de una mejor calidad de vida del paciente. (Insa, et al., 2010)

A continuación, se presenta el trabajo de suficiencia profesional, en el que se realizará un estudio de caso presentado en un instituto especializado en cáncer con un paciente diagnosticado de linfoma de células T grandes granulares al cuál se aborda por un problema de ansiedad.

Capítulo I

1.1. Datos generales

1.1.1. Visión y misión

El Instituto tiene como visión un Perú libre de cáncer avanzado a través del liderazgo en políticas y acciones de excelencia que promuevan el acceso universal y equitativo a la prevención y control del cáncer.

Tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas y realizar las actividades de investigación y docencia propias del instituto.

1.1.2. Objetivos

- a) Reducir la morbilidad por cáncer en la población
- b) Fortalecer las acciones preventivas y promocionales en materia oncológica a la población.
- c) Mejorar la calidad de los servicios oncológicos para los pacientes
- d) Impulsar el desarrollo de la docencia e investigación científica en materia oncológica a nivel nacional.
- e) Modernizar la gestión institucional.
- f) Mejorar el Sistema de Gestión de Riesgo ante emergencias y desastres en el instituto.

1.1.3. Valores

- a) Calidad y excelencia: Mantienen una búsqueda incansable de altos estándares de calidad y excelencia en los servicios asistenciales, la educación y la investigación oncológica.
- b) Escuela: Actúan bajo una doctrina y un conjunto de reglas que se han ido gestando por más de 70 años y que los distinguen de otras entidades. Formando a los mejores oncólogos a nivel nacional e internacional.
- c) Sensibilidad social: Trabajar incansablemente para que la población tenga acceso sin discriminación a servicios oncológicos integrales, privilegiando a los sectores más vulnerables.
- d) Alianzas: Buscar construir alianzas con entidades públicas y privadas a nivel nacional e internacional, para juntos enfrentar el cáncer.
- e) Innovación: Buscar la innovación continua de nuestros servicios para lo cual nos mantenemos actualizados y operamos equipos altamente sofisticados manteniéndonos como los mejores en brindar servicios oncológicos.
- f) Compromiso: Trabajamos con dedicación y sin escatimar esfuerzos para cumplir nuestra misión y servir a la población amenazada por el cáncer.

1.1.4. FODA

Tabla 1

FODA

Fortalezas

Debilidades

a) Infraestructura y equipamiento moderno.	a) Ausencia de decisión política frente al tema de cáncer.
b) Institución líder en tratamientos oncológicos	b) Problemas económicos, geográficos y culturales para el acceso a servicios.
c) Alianzas con entidades públicas y privadas a nivel nacional e internacional.	c) Centralización de la atención de pacientes oncológicos en la ciudad de Lima
d) Profesionales de la salud altamente capacitados y a la vanguardia de tratamientos.	d) Insuficientes recursos para atender la demanda de atención
e) Alto compromiso de sus trabajadores por trabajar en favor de la población afectada	e) Sobrecarga emocional en los empleados

Oportunidades	Amenazas
a) Constante evaluación del logro de sus resultados y plan estratégico.	a) Incremento de variantes a nivel mundial de infecciones intrahospitalarias.
b) Avances científicos actuales en el diagnóstico y tratamiento oncológico.	b) Falta de control sobre factores de riesgo para el cáncer: tabaco, vph, hábitos alimenticios y de salud.
c) Constante actualización y formación médica.	c) Decisión tardía de los pacientes para

-
- d) Implementación de políticas de estado que favorecen a la población amenazada por el cáncer.
- e) Descentralización de la atención oncológica en proceso.
- acudir a una evaluación oncológica que permita un diagnóstico oportuno.
- d) Ausencia de cultura de prevención en el país.

1.1.5. Breve reseña

Fue creado en 1939, siendo este el inicio de la atención oncológica en el Perú, en aquél entonces los casos que se atendían eran muy avanzados y con poca probabilidad de poder revertirlos. Debido al avance del conocimiento científico de la época y gracias a los logros obtenidos por los primeros oncólogos peruanos el 19 de mayo de 1952 se le asigna el nombre. Para 1960 la Organización de Estados Americanos, reconoce la eficiente labor docente de los oncólogos peruanos, es por eso que incluye al instituto en su programa educacional como Institución elegible para el entrenamiento en la especialidad de cancerología.

Dentro de las actividades de innovación, dividió los servicios en departamentos y unidades encargados de las diferentes patologías neoplásicas dentro de las cuales se encuentran: Módulo O: Detección y Diagnóstico, Unidad de Colostomía, Endocrinología y Medicina. Módulo I: Senos y tumores mixtos, Cabeza y Cuello, Cirugía Plástica, Curaciones (huesos, senos, tumores mixtos; y cabeza y cuello), Oftalmología, Dental y Anestesiología. Módulo II: Especialidades Médicas, dentro de estas se ven las unidades de: Gastroenterología, Neumología, Nefrología, Rehabilitación Oncológica, Endocrinología, Salud mental

(Psiquiatría y Psicología), Medicina Paliativa y Cardiología. Módulo III: Ginecología, Traumatología/Ortopedia, Infectología, Nefrología. Módulo IV: Neurología, Neurocirugía, Abdomen, Tórax y Urología. Módulo V: Pediatría, Odontopediatría, Procedimientos especiales, Catéter, Programa TBC, Espirometría.

En su búsqueda por realizar investigaciones clínicas y desarrollar actividades de educación firmó convenios con diversas universidades con el objetivo de desarrollar actividades educativas y de entrenamiento en pre y postgrado.

Después de varias gestiones y gobiernos, el 23 de enero de 1988 se inauguró la sede de surquillo en la que, al pasar los años, se realizaron diversas reformas en la infraestructura, por el incremento de atenciones y el avance de la enfermedad. Lo que ayudó a cumplir con el objetivo de poder proveer la mejor atención a la población afectada por el cáncer.

Con el nuevo siglo se inicia una perspectiva de tratamiento, enfatizándolo en la promoción de la salud a través de la educación y fomento de estilos de vida saludable, con el objetivo de promover en la población una cultura de la salud orientada al autocuidado y la disminución de riesgos y daños.

En el 2003 se instaura la Semana Perú Contra el Cáncer, que se realiza la tercera semana de octubre de cada año, con el objetivo de crear conciencia y avizorar una cultura de prevención.

El instituto ha asumido diferentes retos a lo largo del tiempo con el objetivo de optimizar la calidad de los servicios. Es así que implementó y fortaleció el área tecnológica y digital. Además de equipos médicos a la vanguardia para continuar

respondiendo a los retos que aún conlleva ser el principal centro de atención del cáncer en el Perú.

1.2. Puesto desempeñado

1.2.1. Puesto

Interna de psicología

1.2.2. Departamento de psicología

Tiene como visión mejorar el estado emocional y cognitivo del paciente oncológico para un adecuado afrontamiento de la enfermedad, en sus diversas fases (diagnóstico, tratamiento, recuperación, recidiva y fase terminal) con recursos humanos calificados que intervienen a través de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación del ser humano en sus diversas etapas de vida, a nivel individual y familiar. Y como misión, ser un eje transversal en la atención, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación (emocional-cognitivo) habiendo logrado mejorar su nivel de afrontamiento y calidad de vida, del paciente oncológico y su familia, a través del trabajo multidisciplinario.

Objetivos:

Objetivo general:

Consolidar la formación profesional del estudiante de psicología; integrando a sus conocimientos aspectos teóricos y prácticos actualizados en la especialidad de Psicooncología y Cuidados Paliativos; mediante la intervención psicosocial con el paciente, sus familiares y el personal de salud.

Objetivos Específicos:

- a) Brindar conocimientos teóricos especializados en Psicooncología y Cuidados Paliativos; mediante seminarios, revisiones bibliográficas y estudio de casos clínicos.
- b) Supervisar de modo permanente las actividades asignadas al interno.
- c) Conocer los modelos y técnicas psicoterapéuticas de intervención con el paciente oncológico y familiares.
- d) Brindar herramientas de evaluación especializadas para establecer el diagnóstico.
- e) Fortalecer el desarrollo de sus competencias y potenciales tales como la creatividad, seguridad y destreza en el desempeño profesional.
- f) Facilitar la integración del interno en equipos multidisciplinarios y promover el desarrollo de su quehacer con ética profesional.
- g) Impulsar la investigación en Psicooncología durante el programa de prácticas pre-profesionales.
- h) Promover el diseño y ejecución de programas de promoción, prevención e intervención en pacientes oncológicos y familiares

1.2.3. Cronograma de actividades

Dentro del programa de internado de psicología, en términos generales se desarrollan actividades como: Intervención en crisis, evaluación y terapias de apoyo emocional en consultorio, hospitalización, cuidados paliativos, quimioterapia y emergencia, apoyo emocional a familiares de pacientes, dinámicas grupales con pacientes hospitalizados (Pre – cirugía), talleres grupales para pacientes ambulatorios, charlas y dinámicas grupales para familiares de pacientes hospitalizados y en cuidados paliativos y para el personal de salud, supervisión

grupal diaria, revisión de lecturas semanales, trabajos de investigación, presentación mensual de caso clínico, análisis y comentario de películas de la especialidad (video fórum) y participación de campañas propias de la institución:

- a) Semana de Perú contra el cáncer
- b) Día mundial del No Fumador
- c) Día internacional del VIH/SIDA

La organización curricular que conduce el internado de Psicología oncológica es la siguiente:

Promoción y prevención: se realiza a través de la participación en actividades preventivo promocionales. Y se elaboran programas psicoeducativos para la prevención del cáncer.

Asistencial:

- a) Es hospitalaria y en consulta externa que permite poner en práctica la capacidad del interno para el abordaje del paciente, durante un período de 12 meses: coordinado con el supervisor a cargo en cada rotación correspondiente.
- b) Todo tratamiento psicológico, ya sea de evaluación, terapia individual o grupal realizado por el interno, debe de ser bajo la supervisión del jefe encargado.
- c) Durante el entrenamiento el interno debe brindar apoyo psicológico al paciente hospitalizado durante el pre-operatorio y postoperatorio.
- d) El interno debe ofrecer apoyo terapéutico al paciente y familia en cualquier etapa de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento y durante los controles periódicos posterior al tratamiento y cuidados paliativos.
- e) Los internos tienen la responsabilidad de trabajar de manera interdisciplinaria.

- f) Durante las intervenciones en consultorio, los internos son responsables de llevar a cabo la entrevista y proponer la estructura de intervención, durante este proceso el jefe encargado supervisará y aprobará dichas intervenciones mientras duren las atenciones. Toda nota de psicología en las historias clínicas será evaluada y sellada por el jefe de rotación.

Otras actividades:

Dinámicas grupales:

- a) Realizar dinámicas grupales para pacientes mujeres que van a ser operadas. Facilitando la expresión de sentimientos relacionados a situaciones difíciles como el diagnóstico e intervención quirúrgica.
- b) Realizar y dirigir las dinámicas grupales para pacientes varones que van a ser intervenidos quirúrgicamente. Permite que el paciente reconozca en los demás sentimientos que le sean difíciles de identificar o de expresar en sí mismo.

Talleres:

- a) Desarrollar talleres para los servicios de Pediatría, adolescentes y Adultos; así como también personal asistencial y administrativo.

Psicoterapia individual y grupal:

- a) Aplicar terapia individual o grupal para los servicios de Pediatría, adolescentes y Adultos, según sus necesidades.
- b) Toda atención individual o grupal será supervisada y aprobada por el jefe de la rotación.

Programas preventivo- promocionales:

- a) Diseñar y aplicar programas preventivo-promocionales en pacientes, cuidadores primarios y personal sanitario.

Charlas psicoeducativas:

- a) Brindar charlas psicoeducativas a pacientes y familiares

1.2.3.1. Programa de rotaciones

Durante el desarrollo de las prácticas Pre-Profesionales el interno de Psicología tiene la posibilidad de realizar cuatro rotaciones de tres meses en cada una de ellas; paralelamente el interno atiende consultas externas e internas durante todo el año.

Estas rotaciones son en los siguientes departamentos:

- Pediatría:

Se trabaja con todos los niños diagnosticados con cáncer que estén entre 0 y 12 años de edad.

Objetivo: Capacitarse en el uso de las diferentes técnicas psicológicas para brindar al niño un espacio de expresión de sentimientos, emociones y fantasías, en relación a la comprensión y aceptación de la enfermedad, así como la adaptación al medio hospitalario.

Actividades a realizar:

- a) Crear vínculo con los niños que están hospitalizados.
- b) Conocer las técnicas de trabajo como la Observación, acompañamiento terapéutico la Hora de Juego Diagnóstica y la aplicación de Pruebas Psicológicas (psicométricas y Proyectivas).
- c) Aprender a interpretar la conducta del niño en relación a la enfermedad y adaptación a la hospitalización.
- d) Aprender a redactar las notas de psicología en las historias clínicas una vez por semana (según el caso) en un lenguaje sencillo y que pueda ser entendible por otros especialistas.

- e) Atender a los pacientes ambulatorios por consulta externa anotando la evolución en la historia clínica.
- f) Enseñar al niño técnicas de respiración y relajación en los procedimientos especiales (AMO y PL) con el fin de que el niño colabore con el tratamiento y disminuya el dolor.
- g) Entrenarse en brindar acompañamiento terapéutico en los momentos de crisis a fin de reducir el impacto emocional.
- h) Dirigir dinámicas grupales que faciliten la integración del niño con sus compañeros y medio hospitalario.
- i) Aprender a brindar contención, orientación y consejería a los padres de familia.
- j) Dirigir dinámicas grupales una vez por semana a los padres y familiares de los niños hospitalizados.
- k) Participación en las rondas médicas los días viernes aportando aspectos emocionales del paciente y colaborando en el trabajo multidisciplinario.
- l) Apoyar y orientar a las enfermeras y personal técnico en el manejo de casos individuales.
- m) Manejo y entrenamiento en las guías para padres.

- Adolescentes :

Están comprendidos por adolescentes y el Joven Adulto entre los 13 y 25 años de edad.

Objetivo: Entrenarse en el manejo del paciente adolescente y del adulto joven con cáncer teniendo en cuenta sus características personales y cambios propios del desarrollo de esta etapa para la asimilación y aceptación de la enfermedad.

Actividades a realizar:

- a) Brindar apoyo individual diario a los pacientes adolescentes hospitalizados creando un adecuado vínculo terapéutico.
- b) Participar en las rondas médicas aportando aspectos emocionales del paciente cuando es solicitado y colaborando con el trabajo multidisciplinario.
- c) Entrenarse en el manejo de las historias clínicas y redacción de la evolución emocional del paciente adolescente.
- d) Entrenarse en las técnicas psicológicas como la observación, interpretación y aplicación de pruebas psicológicas para adolescentes cuando el caso lo requiera.
- e) Capacitarse en la elaboración de informes psicológicos para derivación de apoyo social o centros de atención especializada según el caso.
- f) Aprender a dirigir dinámicas grupales entre los adolescentes hospitalizados para una mayor integración del grupo.
- g) Aprender a confrontar los temores y fantasías del adolescente frente a la cirugía y/o quimioterapia.
- h) Entrenarse en técnicas que faciliten la elevación de la autoestima del adolescente con cáncer.
- i) Atender a pacientes adolescentes en consulta ambulatoria (consultorio externo) y anotar en la historia clínica.
- j) Capacitarse en técnicas que faciliten al paciente la asimilación, aceptación y adaptación de su nuevo esquema corporal.
- k) Integrar a los adolescentes a los talleres como medio facilitador de interrelacionarse con sus compañeros.

l) Aprender a dirigir dinámicas grupales con los padres y familiares del paciente adolescente donde les permita expresarse libremente y reflexionar sobre la experiencia de tener un familiar adolescente con cáncer.

m) Atender interconsultas de pacientes adolescentes.

- Sepin – UTM:

Están comprendidos los pacientes adultos a partir de los 21 años, que permanecerán hospitalizados para llevar tratamiento basado en quimioterapia.

Objetivo: Brindar soporte emocional y contención a las emociones del paciente hospitalizado en relación a la asimilación y aceptación de la enfermedad y tratamiento; disminuyendo sus temores y fantasías que le causan ansiedad; mejorando la adaptación al ambiente hospitalario.

Actividades a realizar:

- a) Crear un vínculo terapéutico con los pacientes favoreciendo la expresión de emociones y el soporte individual diario.
- b) Participar en las visitas o rondas médicas, lo que permite identificar precozmente problemas o factores de riesgo; a la vez que se mantiene una comunicación directa y continua con el resto del equipo.
- c) Realizar evaluaciones y reporte del estado emocional del paciente a través del llenado en la historia clínica.
- d) Evaluar a pacientes y familiares de riesgo, es decir, que tengan historia psiquiátrica, conflictos familiares o personales, etc. Que puedan acentuarse en el transcurso de su hospitalización y evolución de la enfermedad.
- e) Tratar dificultades de adaptación psicológica a la enfermedad, tratamiento y a la hospitalización.

- f) Identificar las necesidades, preocupaciones y fuentes de apoyo del paciente.
- g) Utilizar técnicas que ayuden a mejorar la autoestima del paciente frente a los cambios de su imagen corporal ocasionados por los tratamientos.
- h) Manejar técnicas como la relajación y respiración para disminuir la ansiedad del paciente hospitalizado facilitando la tolerancia al tratamiento.
- i) Atención de pacientes y familiares en consulta ambulatoria.
- j) Dirigir dinámicas de grupo con pacientes de Sepin favoreciendo la expresión de temores, fantasías frente a la enfermedad y tratamiento.
- k) Atender las interconsultas psicológicas solicitadas para los pacientes

- Cirugía:

Están comprendidos los pacientes adultos a partir de 21 años que van a ser intervenidos quirúrgicamente por los diferentes departamentos médicos (stm, cabeza y cuello, ginecología, abdomen, urología, neurocirugía, ortopedia y tórax).

Objetivo: Reducir la ansiedad y el impacto estresor del paciente para que elabore repertorios de afrontamiento adecuados frente a la hospitalización y la cirugía.

Actividades a realizar:

- a) Capacitarse en el manejo de las historias clínicas y redacción de la evolución emocional del paciente adulto.
- b) Entrenarse en las técnicas psicológicas como la observación, interpretación y aplicación de pruebas psicológicas para pacientes adultos cuando el caso lo requiera.
- c) Proporcionar la ayuda psicológica adecuada a los familiares del paciente (cónyuge, hijos, hermanos, etc.).
- d) Tratar dificultades relacionadas con la conspiración del silencio.

e) Identificar los niveles de ansiedad y/o sintomatología depresiva en pacientes pre y post operados.

- Servicio de Emergencia:

Atiende a todo paciente que tenga Historia Clínica en la institución y cuyo estado de salud se considere en peligro, por lo que requiere atención inmediata. NO se excluyen otros casos que puedan presentarse en la población, tales como: Accidentes u otras eventualidades que pongan en riesgo al mismo. Se atienden pacientes niños, adolescentes y adultos que requieran del servicio, basado en las condiciones señaladas anteriormente.

Objetivo: Reducir los niveles de ansiedad en pacientes y familiares que acuden a la unidad de emergencia.

Actividades a realizar:

- a) Realizar un screening psicológico del paciente.
- b) Brindar soporte inmediato al paciente y familiar en situación crítica.
- c) Estabilizar emocionalmente al paciente y cuidador primario que acude en estado crítico.
- d) Capacitarse en el manejo de las historias clínicas y redacción de la evolución emocional del paciente adulto.
- e) Proporcionar la ayuda psicológica adecuada a los familiares del paciente (cónyuge, hijos, hermanos, etc.).
- f) Tratar dificultades relacionadas con la conspiración del silencio.
- g) Trabajar de pre-duelo en familiares del paciente moribundo.

- Servicio de Quimioterapia:

La unidad de quimioterapia trata pacientes adultos y adultos mayores. La sala cuenta con 49 muebles equipados para el suministro de fármacos quimioterapéuticos para el tratamiento de los diversos tipos de cáncer.

Objetivos: Disminuir los niveles de ansiedad en pacientes

Actividades a realizar:

- a) Realizar un screening psicológico del paciente.
- b) Evaluar al paciente a nivel cognitivo, afectivo, socio-familiar, identificando los recursos internos y externos que posee.
- c) Brindar Psicoeducación básica al paciente con respecto al tratamiento quimioterapéutico.
- d) Fortalecer la adherencia al tratamiento en el paciente.
- e) Identificar los signos y síntomas psicoemocionales propios de la quimioterapia.

- Servicio de medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor:

El servicio de Medicina Paliativa y tratamiento del dolor brinda una atención activa y total a los pacientes adultos, adultos mayores y a sus familiares por parte de un equipo multidisciplinario cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta; asimismo, cuenta con 8 consultorios para el trabajo con los mismos.

Actividades a realizar:

- a) Brindar Psicoeducación con respecto al tratamiento y calidad de vida del paciente y familiares.
- b) Evaluar el malestar afectivo del paciente como consecuencia de la situación en la que se encuentra, para asignar el tratamiento pertinente.
- c) Intervenir en el proceso de adherencia al tratamiento paliativo y del dolor

- d) Elaborar talleres psicoeducativos para el paciente y cuidadores primarios.
- e) Manejar técnicas de acompañamiento al paciente terminal y sus familiares.
- f) Facilitar la comunicación del paciente con su entorno socio-familiar, evitando la conspiración del silencio.

TABLA 2

Cronograma de rotaciones

Actividad	PERIODO DE PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES												
	Se p.	Oc t	Novi a	Di c	En e	Fe b	Mar	Abr	Ma í	Ju y	Ju n	Ag o.	Se p.
Rotación 1 Cirugía	X	X	X										
Rotación 2 Adolescentes			X	X	X	X							
Rotación 3 Emergencia - qt						X	X	X	X				
Rotación 4 Pediatría									X	X	X	X	X

1.3. Delimitar área de trabajo

El área de trabajo se delimita a la línea de investigación de bienestar psicológico y salud mental ya que el diagnóstico de cáncer puede llegar a generar sufrimiento psicológico, pudiendo alcanzar niveles de malestar emocional clínico o trastornos psicopatológicos (Hernandández, M. & Cruzado, J. 2013). Es por eso que mediante la intervención psicooncológica se busca mejorar el estado emocional y bienestar psicológico del paciente y su familia para un adecuado afrontamiento a la enfermedad. De tal manera que pueda identificar sus recursos y mejorar su calidad de vida.

Capítulo II

2.1. Psicooncología

2.1.1. Bases explicativas

2.1.1.1. Cáncer

Para la Organización Mundial de la Salud (2018) el cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial. Produce una alta tasa de mortalidad y discapacidad. Para el año 2018 fue la segunda causa de muerte a nivel mundial.

Por otro lado, según Cruzado (2010), a pesar de los avances científicos, el incremento de la difusión de la enfermedad y sus formas de prevención, el cáncer aún es considerado como un tipo de enfermedad incurable, con un alto nivel de sufrimiento, incapacitante y asociado a una muerte prematura.

El término “Cáncer” se utiliza de manera genérica para un amplio grupo de enfermedades que puede llegar a afectar a cualquier parte del organismo, la principal característica es la multiplicación rápida de células anormales que invaden partes del cuerpo, llegando incluso a propagarse por todo el cuerpo. OMS (2021).

De acuerdo al INEN (2019), el cáncer se encuentra en el tercer lugar de causa de muerte a nivel de Latinoamérica, en el Perú, según el MINSA(2021), la incidencia de Cáncer se encuentra en incremento y se estima que para el año 2030 el número de nuevos casos se incrementará en un 30%.

Dentro de las causas Ballón (2019) citó a Salaverry (2013), mencionando que existen factores riesgo asociados a la muerte por cáncer tales como el consumo de tabaco y alcohol, inadecuada alimentación, obesidad, falta de actividad física, entre otras.

De igual manera, Tuppia (2020) menciona que existen diversas teorías de la causa fundamental del cáncer, la mayoría relacionada a la carga genética, sin embargo, actualmente las causas se relacionan más al estilo de vida y hábitos de la persona.

Por otro lado, Fernández, et al (2016), refieren que el diagnóstico de cáncer está vinculado a una amenaza para la salud, es una enfermedad que suele desestabilizar estructuras familiares y profesionales por las consecuencias que tiene esta enfermedad en todos los ámbitos de la vida de la persona enferma y sus familiares, llegándose a considerar un suceso vital que puede llegar a ocasionar reacciones emocionales muy desestabilizantes que deriven en problemas para adaptarse a la enfermedad.

Es por eso que el proceso de recibir el diagnóstico e iniciar el tratamiento lleva consigo una serie de consecuencias y cambios en la persona y su familia, a nivel físico estas se agrupan en consecuencias por los tratamientos médicos como pérdida de peso, la pérdida del cabello, la debilidad física, la fatiga o cansancio, el deterioro de la persona y la muerte. A nivel social la pérdida de contacto con amigos, poco nivel de interacción social, exclusión, etc. En general hay cambios a nivel familiar, laboral y económico. (Insa, Moleón y Espallargas, 2010).

Por su parte Cabrera et al., (2017), hacen referencia a las consecuencias psicológicas del cáncer, señalando que durante la enfermedad el paciente vive en un constante estado de duelo, ya que debe adaptarse a los fluctuantes cambios y pérdidas como la pérdida de su salud, de su estabilidad, del empleo, el rol que ocupa en la familia, entre otros, que pueden desencadenar en sentimientos de angustia, ansiedad, depresión u otros estados emocionales intensos.

2.1.1.1.1. Linfoma de células T grandes granulares

La leucemia o linfoma de células T grandes granulares es un tipo de cáncer poco usual. Comienza en los glóbulos blancos o también llamados células T (linfocitos T) que se encargan de ayudar al sistema inmune a luchar contra los gérmenes. Dicha enfermedad se caracteriza por causar neutropenia, es decir que hace al paciente susceptible a infecciones bacterianas, anemia y fatiga. Además de síntomas menos frecuentes como fiebre, sudoración nocturna y hepatoesplenomegalia.

El diagnóstico se da por la identificación de una expansión monoclonal de linfocitos de células T en la sangre y médula ósea, es decir, para su diagnóstico se necesita un hemograma y biopsia de la médula ósea. Por lo general mantiene un curso crónico e indolente, con alta probabilidad de supervivencia y baja probabilidad de complicaciones o evolución a un linfoma agresivo. El tratamiento suele estar basado en medicamentos inmunosupresores, a los estudios es un tratamiento con un 50% de efectividad. (Lois et al., 2012)

Se considera que esta enfermedad puede afectar tanto a hombres como mujeres en igual probabilidad, la edad media del diagnóstico es de 60 años. Solo el 25% de los diagnosticas es menor a 50 años. Se ha evaluado que los factores de riesgo para la enfermedad son desordenes autoinmunes como la artritis reumatoide. (Hunter, S. 2019)

2.1.1.2. Psicología de la salud

A lo largo de la historia, la intervención psicológica ha ido evolucionando debido al constante cambio y crítica que recibía su intervención, iniciando desde una psicología aplicada en áreas limitadas a la vida social, para ir abriéndose camino

en áreas de justicia, política, educación y salud. Todo ello a la par con la superación del modelo médico y el cambio de conceptualización de la enfermedad. Es así que se expande la aplicación de la psicología en el campo de la salud, iniciando el estudio sobre el impacto de los estilos de vida en la salud y enfermedad, enfatizando lo importante de comprender la relación entre los problemas de salud , los estilos de vida y su comportamiento. Reemplazando un modelo de intervención médico a uno bio-psico-social, pasando a ser la salud y enfermedad conceptos sociales más que biológicos. Por tal motivo la psicología de la salud se enfocó en desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. (Garzón y Caro 2014)

En suma, a ello se demostró la importante relación entre la salud y el bienestar emocional o psicológico. Ya que se evidenció que los índices de mortalidad y enfermedad tendrían gran relación con los estilos de vida y condiciones psicosociales de las personas. Demostrando que existe una relación entre la persona y enfermedades consideradas crónicas como cardiovasculares, oncológicas, renales, el abuso de cualquier tipo de sustancia, problemas en el desarrollo psicoafectivo, hábitos alimenticios, entre otros. (Meberak, et al., 2009).

Se puede diferenciar cuatro aspectos importantes dentro de lo que abarca el trabajo de la Psicología de la Salud. La investigación e intervención en los aspectos psicológicos del proceso salud – enfermedad, considerándolo multicausal. La atención psicológica de los pacientes con alguna enfermedad o secuelas de la misma, bajo la preconcepción de que los factores psicológicos intervienen en el origen y evolución tanto de la enfermedad como del inicio de la misma y la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, enfocada en la atención

primaria y la atención secundaria, que se refiere a la atención psicológica dentro de las unidades hospitalarias haciendo a los psicólogos parte de los equipos multidisciplinarios. (Díaz Facio, V. 2010)

Por otro lado, dentro de los principales temas a abordar en la psicología de la salud se encuentran: la crisis por impacto ante cualquier tipo de diagnóstico médico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, así como la dificultad para establecer hábitos saludables, los temores asociados a la enfermedad y la muerte por la misma, el proceso de duelo antes, durante y después de un diagnóstico, la exposición a factores de riesgo para la salud física, el estrés y su respuesta asociada a enfermedades físicas, la adherencia al tratamiento médico y las reacciones emocionales antes los procedimientos médicos en general, además que el psicólogo de la salud también trabajará con el cuidador primario, así como, con el equipo de salud. (Palacios & Péz-Acosta, 2017)

Del mismo modo, Palacios & Péz-Acosta (2017) mencionan que, para poder llegar a una adecuada atención, el paciente debe recibir una intervención integral y de manera interdisciplinaria entre el psicólogo de la salud y el médico. Es por eso que el trabajo psicológico en contextos hospitalarios cada vez es más diverso, abarcando múltiples unidades y subespecialidades como la psicooncología (Holland & Weiss, 2010), la psicocardiología (Rodríguez, 2010) y la psicodiabetes (Jiménez & Dávila, 2007). (Citado por Palacios y Péz – Acosta, 2017)

2.1.2. Definición

Robert, et al, (2013) mencionan que la psicooncología se definió como área independiente debido a que los pacientes que eran diagnosticados de cáncer

presentaban problemas tanto a nivel cognitivo, emocional, motivacional y de comunicación que no eran abordables desde un punto médico.

Es así que, Medina y Alvarado (2011), mencionan que la Dra. Holland fue la fundadora de la Psicooncología, ya que en los años setenta fue quien definió los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer. Definiéndola cómo la rama de la psicología que aborda todas las respuestas emocionales del paciente, sus familiares y el personal de salud en todos los estadios de la enfermedad.

Así también, Die Trill y Bayes definieron la Psicooncología como la rama de la psicología de la salud que estudia los factores biopsicosociales que afectan tanto la morbilidad como la mortalidad por cáncer. (Citado por Velázquez, et al., 2007)

Para Rojas y Gutiérrez (2016) la psicooncología es la rama que usa técnicas psicológicas con el objetivo de cooperar con el tratamiento médico – oncológico, lo que permitirá poder manejar las demás variables psicosociales que también impactan sobre la persona, aportando hacia un abordaje multidisciplinario.

En suma, a ello Malca (2009) refiere que las funciones del psicooncólogo van desde la prevención y promoción de la salud hasta psicoterapia familiar y asistencial a los profesionales de la salud. Lo que implicará educar acerca del cáncer, mejorar el cuidado integral del paciente y sus familiares, ahondar en los procesos psicológicos que obstaculizan el proceso de la enfermedad y brindar un espacio de escucha y validación a todo profesional de salud.

Por otro lado, Robert, et al., (2013) mencionan que toda intervención psicológica a un paciente con cáncer promueve un mayor ajuste psicosocial, bienestar y calidad de vida.

2.1.3. Fases de intervención

El rol de intervención del psicooncólogo comprende principalmente tres fases: prevención, intervención terapéutica o rehabilitación y cuidados paliativos. La intervención siempre dependerá de la evolución de la enfermedad del paciente. Las cuales según Malca (2009) pueden ser:

- Fase diagnóstica: Se considera como el periodo inicial o de “primer impacto” en el cual se verán afectados tanto el paciente como sus familiares, podrían experimentar diversas emociones como tristeza, enojo, incertidumbre, ira, ansiedad, negación, culpa, etc. De inicio el psicooncólogo deberá identificar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y su familia, con el fin de poder orientarlos además de poder generar un plan de acción en conjunto lo que los ayudará a tener una percepción de control sobre la enfermedad y favorecer la adherencia al tratamiento con una red de apoyo estable y psicoeducar en cómo apoyar a su familiar.
- Fase de tratamiento: se considera una fase crítica para el paciente, ya que su calidad de vida se puede ver comprometida por los efectos secundarios del tipo de tratamiento al que será sometido. El trabajo psicooncológico se verá enfocado en los posibles efectos que podrían causar los tipos de tratamiento, que podrían ser ansiedad, alteraciones en la imagen corporal, fobias a los procedimientos o aparatos médicos, disfunciones sexuales, dolor crónico,

depresión entre otros. Lo que podría ocasionar falta de adherencia al tratamiento o el abandono del mismo. Se deberá reforzar las estrategias de afrontamiento, ayudar al proceso de adaptación de la enfermedad, tratamientos y efectos secundarios tanto en el paciente como en su familia.

- Fase de intervalo libre de la enfermedad: durante esta fase el paciente transitará por una serie de controles médicos, por la amenaza latente de que la enfermedad se vuelva a presentar. Es por eso que experimentará emociones de mucha angustia e incertidumbre. El trabajo psicooncológico permitirá la expresión de miedos y preocupaciones, tanto del paciente como de sus familiares.
- Fase de supervivencia: durante esta fase el paciente deberá reincorporarse a “su vida cotidiana”, que implica actividades laborales y sociales. El psicooncólogo ayudará al paciente a reincorporarse a sus actividades con las posibles secuelas físicas, sociales y psicológicas tras la enfermedad del cáncer.
- Fase de recidiva: se considera que esta fase suele ser de un impacto más fuerte que la fase diagnóstica ya que se da el regreso de la enfermedad. Tanto el paciente, su familia como el personal de salud podrían atravesar estados intensos de ansiedad y depresión, es por ello que el psicooncólogo deberá abordar dichos estados y nuevamente en el proceso de aceptar y adaptarse a la enfermedad.
- Fase final de la vida: el abordaje durante esta etapa cambiará, ya que el objetivo del tratamiento médico cambia de curar a cuidar. La intervención paliativa es una etapa de emociones muy intensas tanto para el paciente

como para sus familiares. El psicooncólogo buscará brindar apoyo emocional, identificar las necesidades psicológicas, sociales y espirituales para poder acompañar al paciente y su familia en el proceso y elaboración del duelo. Así como a los profesionales de la salud que se ven involucrados en el proceso de despedir un paciente.

De igual manera Mota, et al. (2018) divide las etapas de intervención y los objetivos terapéuticos por etapa de la siguiente manera:

- Diagnóstico: cuyo objetivo es detectar las necesidades psicológicas del paciente, así como acompañarlo en recuperar la percepción de control sobre la enfermedad.
- Tratamiento: tiene como objetivo trabajar con el paciente su proceso de adaptación a la enfermedad y los tratamientos médicos, así como trabajar en estilos de afrontamiento adecuados, consolidar sus redes de apoyo y fomentar la adherencia terapéutica.
- Intervalo libre de la enfermedad: tiene como objetivo incentivar la expresión de emociones y pensamientos, acompañar al paciente en la readaptación de su vida.
- Supervivencia: tiene como objetivo acompañar al paciente en su proceso de adaptación a las posibles secuelas físicas, sociales y psicológicas de la enfermedad.
- Recurrencia: tiene como objetivo explorar la sintomatología frente al diagnóstico, tanto del paciente como de su familia. Acompañar en el nuevo proceso de adaptación y fortalecer la relación médica – paciente.

- Final de la vida: tiene como objetivo el control de la sintomatología física, apaciguar el dolor, fomentar la calidad de vida y acompañar en el proceso de duelo y posterior muerte del paciente y sus familiares.

Robert, et al., (2013) mencionan que las intervenciones psicosociales en los pacientes con cáncer han evidenciado eficacia, a pesar de que existe gran variedad de enfoques, estrategias y metodologías. Asocian la eficacia a la diversidad en cuanto a personalidad, historia, ciclo vital, tipo de cáncer, el estadio del mismo y el tratamiento de los pacientes que pueden verse afectados por esta enfermedad. Por lo que resulta inviable un tipo de intervención psicológica estándar.

2.1.4. Estrategias de intervención

Según Robert, et al. (2013) las estrategias de intervención transversales a todo tipo de intervención psicooncológicas son:

- Brindar apoyo emocional al paciente, su familia y el equipo de salud durante el proceso de la enfermedad.
- Generar un ambiente de contención, amor y empatía
- Validar sus emociones, preocupaciones, miedos e incertidumbres.
- Facilitar el espacio para la expresión y canalización de las emociones.
- Ayudar a despejar dudas respecto a la enfermedad, sus causas y tratamiento.
- Guiar a los pacientes en la resignificación de la enfermedad en su vida.
- Acompañar al paciente en la reelaboración de sus rutinas diarias.
- Fomentar la autonomía y sensación de control.
- Brindar espacios seguros de contención emocional, de sus preocupaciones y miedos
- Fortalecer los recursos de afrontamiento.

- Facilitar la comunicación entre el equipo médico, el paciente y su familia.
- Validar y normalizar los procesos emocionales durante todas las etapas de la enfermedad.
- Guiar y facilitar el acceso a grupos de apoyo y actividades.
- Informar sobre métodos para manejar estados emocionales incómodos.

2.1.5. Técnicas de tratamiento

Ascencio, et al. (2013) refiere que, dentro de las principales necesidades de un paciente con cáncer, son de tipo emocional, de información y comunicación. Es por eso que las técnicas e intervención que se pueda llevar a cabo deben estar basadas en la empatía y escucha activa.

Tuppia (2020) menciona algunas de las técnicas psicooncológicas más utilizadas y concebidas como las de mayor eficacia al momento de intervención son:

- La arte-terapia como una herramienta que ayuda a la catarsis emocional a través de la expresión artística, transformándola en representaciones simbólicas del proceso de enfermedad del paciente, lo que lo ayuda a expresar de forma más sencilla aquello que está sintiendo. Dentro de este tratamiento incluye todo tipo de expresión artística ya sea musicoterapia, psicodanza o risaterapia.
- El Mindfullnes, concebido para Vázquez-Dextre (2016) como la técnica basada en la conciencia y atención plena al estado presente. Calson y Bultz (2013) mencionan que la meditación, técnica del mindfullnes, demostró una significativa reducción del estrés en pacientes diagnosticados de cáncer. Del mismo modo Calson (2017) realizó investigaciones sobre la meditación en

pacientes oncológicos, demostrando que esta técnica es eficaz para el manejo del miedo al diagnóstico, mejorar la sensación de pérdida de control e incertidumbre de la enfermedad, ayuda con la expectativa respecto a la enfermedad y la supervivencia, así como síntomas como la ansiedad, depresión, fatiga e insomnio. (Citado por Tuppia 2020)

- Los estilos de afrontamiento, la forma en la que una persona puede percibir una situación estresante puede ser decisiva para la forma en cómo la persona enfrentará esta situación, más aún cuando la situación está relacionada al sufrimiento físico o la cercanía a la muerte. Es por eso que el estilo de afrontamiento de una persona influenciará sobre la intensidad, duración y frecuencia del malestar, así como la percepción que tenga sobre cómo repercutirá sobre sus actividades y vida en general. De ahí la importancia de trabajar en ayudar al paciente a identificar su estilo de afrontamiento y potenciarlo de la tal manera que sea una estrategia a su favor para enfrentar la enfermedad. (Tuppia 2020)
- La terapia cognitivo conductual es considerada, según la literatura, una de las terapias más útiles para el tratamiento de personas con cáncer o alguna enfermedad que incluya dolor crónico. Dentro de la cual se utilizarán técnicas como la psicoeducación, entrenamiento en ansiedad, distracción cognitiva, relajación por imaginación, hipnosis, auto verbalizaciones, modificación de pensamiento, distracción conductual y relajación muscular, entrenamiento en respiración, modelado, ensayo conductual, desensibilización y reforzamiento positivo (Tuppia 2020).

Por otro lado, Die Trill, M (2003) citado por Medina y Alavarado (2011) mencionan otro grupo de técnicas dentro del abordaje psicooncológico dentro de los cuales se encuentran:

- Abordaje de los síntomas: es decir observar los síntomas del paciente desde una perspectiva integral.
- Soporte emocional
- El counselling: Técnica enfocada más en los problemas comunes que los psicopatológicos, se relaciona más con el presente que con el pasado. Es el arte de hacer reflexionar y acompañar.
- Las psicoterapias: consideradas como la terapia psicológica desde diferentes enfoques que permiten la utilización de diversas técnicas para acompañar al paciente a que refuerce sus propios recursos.
- Terapia cognitiva: considera como una de las terapias con mayor utilidad para la reducción del malestar emocional que podrían experimentar tanto el paciente con diagnóstico de cáncer como su familia.

2.1.6. Reacciones y trastornos psiquiátricos y psicológicos más comunes

Medina y Alvarado (2011) mencionan que dentro de las reacciones y trastornos más comunes frente a un diagnóstico y tratamiento de cáncer se encuentran los trastornos adaptativos, de ansiedad, depresión y delirium:

- Trastorno adaptativo: de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE -10. El trastorno adaptativo es una de las afecciones que frecuentemente manifiestan los pacientes con cáncer ya que se sienten

sobrepasados por la serie de acontecimientos y su capacidad de adaptación se ve reducida.

- **Ansiedad:** concebida como la reacción desproporcionada a situaciones estresantes de la vida. Puede presentar síntomas físicos y psicológicos. Consideran que casi el 50% de los pacientes con cáncer experimentarían síntomas ansiosos. Según Cruz (2013) la ansiedad es una reacción frecuente en los pacientes con cáncer por la incertidumbre de saber qué pasará y la pérdida de control de todo lo que está sucediendo y sucederá.
- **Depresión:** el DSM V define a la depresión como un estado de ánimo deprimido, que incluye la pérdida de interés o placer en todas las actividades por un periodo de al menos dos semanas. Velázquez, et al., (2007) citan a Cesarco (1998) refiriéndose a que la depresión en pacientes con cáncer suele ser tres veces superior que en la población general y dos veces mayor en personas que requieren hospitalización por problemas clínicos. Dichos autores mencionan que es muy importante en tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico en una población tan vulnerable a nivel emocional sobre todo porque la depresión puede alterar la evolución de la enfermedad por las connotaciones de la depresión sobre el sistema inmunológico.
- **Delirium:** la definen como una alteración transitoria del estado mental, con manifestaciones clínicas de alteración a nivel de la conciencia y atención y otras alteraciones a nivel cognitivo. Velázquez, et al., (2007) señalan que el delirium es la segunda enfermedad psiquiátrica más frecuente en pacientes con cáncer. Debido a que las personas diagnosticadas con cáncer tienen altas

probabilidades de sufrir daño cognitivo principalmente por los efectos secundarios de los tratamientos y factores de riesgo.

2.1.7. Importancia de la psicooncología

Para Arroyo(2019) la psicooncología es una disciplina cuyo objetivo es brindar apoyo integral humano-psicológico de acuerdo a las diversas necesidades del paciente oncológico en su transitar por la enfermedad. Lo que implica conocer el tipo de cáncer y el estadio en que se encuentra, que permitirá poder brindar un tipo de tratamiento adaptado a las necesidades emocionales y cognitivas que puedan favorecer la calidad de vida del paciente oncológico, sus familiares y el personal de salud.

En suma, a ello Quintero y Finck (2018) mencionan que el recibir apoyo psicológico para un paciente oncológico puede ayudar a modificar patrones de pensamiento y conducta, mejorar la adaptación psicológica, reducir la fatiga y aumentar la vitalidad, mejorar la calidad de sueño, esperanza y satisfacción de vida.

El psicólogo tiene como función la elaboración de programas que tengan la finalidad de promover conductas adecuadas para la salud, así como la prevención o eliminación de hábitos de riesgo para contraer cáncer. De tal manera que su intervención resulta fundamental para la detección precoz de la enfermedad, así como para la supervivencia del paciente con cáncer. (Díaz Facio, V. 2010)

Además, Cabrea, et al., (2017) menciona que el apoyo psicológico es imprescindible para ayudar al paciente a que pueda enfrentar y desarrollar el proceso de readaptación a su vida post diagnóstico o post enfermedad. De tal manera que contribuya en el proceso de recuperar su sentido de valía personal.

2.2. Ansiedad

2.2.1. Definición

El diccionario de psicología de la APA (2009) define a la ansiedad como una emoción caracterizada por la aprensión y síntomas somáticos en la que el individuo anticipa un peligro inminente o una catástrofe en respuesta desproporcionada a la realidad, lo que conllevará a que el cuerpo reaccione a dicho pensamiento con conductas de tensión, respiración acelerada, aumento de las palpitaciones, entre otros.

Los componentes de la ansiedad están asociados a reacciones fisiológicas, conductuales y cognitivas. A nivel cognitivo, se activan pensamientos, en su mayoría, de tipo catastróficos y negativos, se reinterpretará todas las situaciones como más peligrosas. A nivel fisiológico, se activarán reacciones como sudoración, sensación de pérdida de control, ritmo cardíaco acelerado, malestar gástrico, sensación de falta de aire, entre otros. Y a nivel conductual una sensación de necesidad de huir o de escape. (Chang, 2015).

Por otro lado, cabe mencionar que la ansiedad se puede considerar como una reacción normal frente a una situación de amenaza o estrés, esta llegaría a cambiar si se vuelve excesiva, persistente en el tiempo o supera la capacidad adaptativa de la persona, de ser así ya se estaría hablando de un trastorno de ansiedad ya que los síntomas llegarían a interferir con el funcionamiento normal de la persona. (D'Acunha 2019)

Para Ortiz, et al (2020) consideran a la ansiedad de tipo disfuncional cuando el tipo de reacción no responde a una causa apropiada, estas son excesivas frente a la amenaza e insuficiente reacción frente a otras amenazas.

A todo ello, en suma, la dificultad en el proceso de regulación emocional que interferirá en el cumplimiento de objetivos personales o la propia calidad de vida de la persona.

2.2.2. Clasificación

“Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Aún no se reconoce un único factor como la causa de los trastornos de ansiedad, sin embargo, se toman en cuenta factores biológicos, ambientales y psicosociales. Además, que la interacción de uno o varios de estos factores puede desencadenar en la aparición de estos trastornos de ansiedad.

Dentro de las clasificaciones más importantes se encuentra:

- DSM – V (Asociación de Psiquiatría americana, APA)
- CIE – 10 (Organización Mundial de la Salud, OMS)

La CIE -10 es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades y sirve para determinar la clasificación y codificación de enfermedades, signos y síntomas. El uso de su codificación sirve para datos estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad. Es por eso que se da su uso en centro de atención a la salud como hospitales, postas e institutos especializados. En el siguiente trabajo se abordará la presunción diagnóstica desde la clasificación del CIE 10.

La presunción diagnóstica es: Trastorno de ansiedad mixto.

Según el CIE 10, el F41.3 Trastorno de ansiedad mixto: Síntomas de ansiedad mezclados con rasgos de otros trastornos entre F42 - F48. Ningún tipo de síntoma es suficientemente grave como para justificar un diagnóstico, si es que se consideran aisladamente. (OPS 2018)

2.2.3. Ansiedad en pacientes oncológicos

La ansiedad, se puede presentar en situaciones en las cuales la persona sienta que corre peligro o que la situación sobrepasa sus capacidades, es por eso que cuando una persona recibe el diagnóstico de cáncer produce reacciones emocionales intensas tanto para la persona que recibe el diagnóstico como para su familia. Sobre todo porque el cáncer es una enfermedad estigmatizada, que se asocia directamente a sufrimiento, cambios en la vida además de falsas creencias acerca de la enfermedad, anticipación de los pensamientos y emociones, dificultad para procesar y expresar lo que están sintiendo y pensando además de preocupaciones, la sensación de pérdida de control de su vida en general, necesidad de transcendencia, necesidad de cuidado, problemas laborales y de sentido de vida, problemas sociales asociados a la parte económica ya sea por la pérdida de empleo, problemas familiares o de relación interpersonal. Además de los síntomas propios de la enfermedad como pérdida de vitalidad, mucositis, náuseas, vómitos, que provocan estados emocionales de miedo, tristeza e incertidumbre. Es así que se verán afectados no solo por el dolor emocional sino también por los síntomas físicos de la enfermedad y tratamientos. (Muñoz y Bernal 2016)

Para Mota, et al. (2018) la ansiedad en pacientes oncológicos, surge como resultado del diagnóstico de una situación incierta o con un resultado imprevisible que podría arrojar un resultado poco favorable para la persona.

Por otro lado, Patsy, et al (2014) consideran que el riesgo de sufrir niveles de ansiedad en pacientes con cáncer podría verse incrementando cuando existen factores como: historia previa con algún trastorno de ansiedad, dolor severo, niveles de ansiedad al momento del diagnóstico, que el tratamiento o la enfermedad generen limitaciones funcionales, descenso del nivel de apoyo social o historia de trauma.

Para Clark y Beck (2012) el desarrollo del trastorno de ansiedad implica cinco criterios que afectan la vida de las personas: elemento cognitivo disfuncional, la persona elabora un pensamiento probablemente erróneo sobre la situación, anticipándose a una situación que aún no ha sucedido. Deterioro del funcionamiento, a raíz de la ansiedad generada por la enfermedad la persona realizará cambios en su vida, previniendo supuestas amenazas que quizá no llegarán a suceder. Persistencia, filtrar aquella situación negativa imaginaria sobre la que realmente está sucediendo, anticipándose a situaciones que no suceden. Falsas alarmas, asociado a sensaciones de miedo o pánico por la sobrevaloración de situaciones amenazantes. Y la hipersensibilidad al estímulo, reacciones cognitivas, emocionales y físicas desproporcionales a una amenaza irreal.

2.2.3.1. Tratamientos psicológicos

Dentro de los tratamientos recomendados para la ansiedad se encuentran los farmacológicos, que se fundamentan en la administración de ansiolíticos y los no farmacológicos, que engloban las psicoterapias y tratamientos psicológicos. (Muñoz & Bernal 2016)

La mayoría de tratamientos psicológicos enfocados en pacientes oncológicos son intervenciones psicosociales o cognitivo – conductuales.

Muñoz y Bernal (2016) citaron a Fawzy, et al. (1999) quienes mencionan que el principal objetivo de las intervenciones psicológicas es ayudar a los pacientes con cáncer a poder convivir con su diagnóstico y tratamiento de mejor manera, lo que significa, que puedan gestionar mejor sus emociones, el aislamiento, el sentimiento de indefensión y el abandono, así como poder reducir los niveles de ansiedad y trabajar en sus pensamientos anticipatorios sobre la enfermedad y el tratamiento.

2.2.3.2. Terapia cognitiva conductual

La terapia cognitivo conductual propone que los problemas surgen por patrones de pensamientos distorsionados que ocasionan emociones y conductas disfuncionales. Este tipo de terapia tiene diferentes formas de abordaje al igual que una amplia gama de técnicas, que se utilizarán de acuerdo a las necesidades del paciente. (Arroyo 2020)

Para Ascencio, et al. (2013) la terapia cognitivo conductual es uno de los enfoques más utilizados en pacientes oncológicos, ya que mezcla estrategias cognitivas y estrategias conductuales que pueden lograr la atención rápida y efectiva de las necesidades del paciente y su familia.

El principal objetivo es el cambio o control de pensamientos y emociones considerados como no adaptativos además de una percepción más funcional de su enfermedad, aumente su capacidad de resolución de problemas, aliviar su sintomatología y mejorar su calidad de vida. (García, et al., 2018)

Dentro de las técnicas cognitivas conductuales más utilizadas se encuentran: La psicoeducación, que busca ser una estrategia de enseñanza-aprendizaje, es decir, enseñarle al paciente sobre la enfermedad de tal manera que este pueda participar

de manera más activa en su tratamiento y autocuidado, aliviar el dolor controlando el estrés y mejorar la calidad de vida. Otra técnica es la expresión y regulación emocional, brindarle al paciente un espacio seguro en el cuál pueda expresar las emociones concebidas como “negativas” como el miedo o el enojo de una manera adecuada regulando el inicio, intensidad y duración. Otra técnica es la de relajación, con el objetivo de que el paciente y su familia puedan encontrar sensaciones agradables y confortables y pueda aliviar de alguna manera los síntomas físicos y emocionales. La siguiente técnica es la terapia de solución de problemas, que se centra a ayudar al paciente a identificar los problemas y potenciar sus habilidades para la elaboración de posibles soluciones. (Ascencio, et al., 2013)

Además de las técnicas que proponen Quintero y Finck (2018) que son: distracción cognitiva, entrenamiento en relajación, distorsiones cognitivas, entrenamiento en resolución de problemas, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva.

2.2.3.3. Otras intervenciones

Terapia de aceptación y compromiso:

Se considera como un tipo de terapia indicada para la intervención en problemas psicológicos caracterizados por la evitación experiencial, como los trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, trastorno por consumo de sustancias, trastornos psicóticos, dolor crónico o trastornos adaptativos secundarios a una enfermedad médica. Considerada como una terapia de tercera generación que busca que el paciente tome distancia de los eventos estresantes y todo lo que implica, los pensamientos, emociones y sensaciones y pueda aceptarlos, para que así pueda reorientar su accionar, es decir, que el paciente acepte las

experiencias emocionales en vez de eliminarlas o controlarlas. (García y Tamayo 2018)

Por otro lado, Arroyo (2020) menciona que la terapia de aceptación y compromiso tiene por objetivo la flexibilidad psicológica.

Montesiona y Luciano (2016) citado por Arroyo(2020) mencionan que la intervención breve de la terapia de aceptación y compromiso tiene 3 componentes: Evaluación de satisfacción y clarificación de valores, que impulsa al paciente a diferenciar los momentos en los que actuaba de acuerdo a sus valores de los momentos en los que actuaba bajo la influencia de “barreras” asociadas al cáncer. El segundo es el componente orientado a la aceptación, que busca que el paciente sea capaz de diferenciar entre evitar las situaciones versus la capacidad de aceptarlos y no actuar en base a ellos, así como aceptar a los pensamientos como pensamientos y no como situaciones reales. El tercer componente es la difusión, cuyo objetivo es exponer al paciente a sus miedos y preocupaciones y continuar a pesar de ellos.

Terapia dialectico conductual (DBT)

Esta terapia, en un inicio, fue diseñada para pacientes con trastorno límite de la personalidad, gracias a la eficacia que tuvo con esta población, se expandió su uso para otras patologías como ansiedad, depresión, adicciones, entre otras. El origen de la intervención se fundamenta en la relación disfuncional de emoción – conducta, es decir, el paciente no es capaz de regular sus emociones por lo que tendrá una conducta que le cause problemas o dificultades. (Castillo 2019)

La intervención en pacientes oncológicos de esta terapia, tiene por objetivo que la persona pueda adaptarse y acepte su enfermedad de manera funcional, es

decir, con adecuada regulación emocional, que pueda tolerar el malestar, viviendo en el presente y con la capacidad de expresar, vivir y aceptar sus emociones. (Arroyo 2020)

Psicoanálisis

Según Vera y Trujillo(2017) la persona frente al diagnóstico de cáncer se enfrenta a la ruptura o ambivalencia que hace que el deseo entre la tensión. Es por eso que el trabajo desde el psicoanálisis se busca trabajar en la experiencia de duelo, sin negar ni borrar el sufrimiento de la persona. El objetivo es brindarle a la persona un espacio de escucha atenta, en la que pueda expresar sus emociones y miedos, facilitando la contención emocional y trabajar en una nueva perspectiva frente a la enfermedad y tratamiento.

2.3. Investigaciones nacionales

Coasaca (2018) realizó una investigación cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama y sus cuidadores. Para ello, se tuvo una muestra de 175 pacientes oncológicos y 175 cuidadores. Se utilizó una ficha de recolección de datos y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en el Hospital Nacional arzobispo Loayza. Dentro de sus resultados se encontró que el 33.8% de las pacientes con cáncer de mama sufrían de ansiedad y el 30.8% depresión. En el caso de los cuidadores, el 23.3% evidenció ansiedad y 6.7% depresión. Se constató una correlación entre el estadio de los pacientes con cáncer de mama y el nivel de ansiedad y depresión. Es por ello que la investigación concluyó en que las variables clínicas aumentan los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes, y que la cercanía, familiaridad o estado civil de los cuidadores incrementan los niveles de ansiedad y depresión.

Espinoza, et al., (2017) realizaron una investigación que tuvo por objetivo determinar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer, determinándolo según edad y sexo. Además de identificar el nivel de ansiedad según el tiempo de diagnóstico y según el tipo de tratamiento. Para lo cual trabajó con una muestra de 120 pacientes adultos de 19 años a más. Se utilizaron dos cuestionarios, el primero fue el Inventario de ansiedad de Beck y el segundo cuestionario fue el Inventario de depresión de Beck. Dentro de sus resultados se pudo evidenciar que el 53,8% de los pacientes con cáncer manifiestan un nivel de ansiedad moderado, 25% ansiedad severa y 21,2% ansiedad leve, mientras que 40,4% presenta depresión leve, 32,7% depresión moderada y 26,9% ausencia de depresión. Es decir, del total de pacientes con cáncer encuestados el 100% presento ansiedad, 73,1% presentó depresión prevaleciendo 53,8% con ansiedad moderada y 40,4% depresión leve. Por otro lado, se observó un nivel más alto de ansiedad en pacientes con tiempo de diagnóstico correspondiente a 7-12 meses. Y mayor incidencia de ansiedad moderada en un tipo de tratamiento como la quimioterapia.

Chilque, (2016) realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el grado de relación entre el nivel de ansiedad y los factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes con cáncer atendidos en un hospital de Arequipa. Para lo cual se tuvo una muestra de 169 pacientes a los que se aplicó una ficha de datos y la escala de ansiedad de Hamilton. Dentro de sus resultados obtuvo que el 95.7% de los pacientes con cáncer tenían ansiedad, de los cuales 52.07% ansiedad mayor y 43.20% ansiedad menor, asociando a mayor edad mayor nivel de ansiedad. Además, que, entre las características clínicas, el tipo de cáncer de mama se asoció con mayores niveles de ansiedad, concluyendo que la ansiedad en pacientes con

cáncer alcanza niveles elevados en la mayoría de pacientes y se relaciona principalmente con sus características epidemiológicas.

2.4. Investigaciones internacionales

La investigación realizada por Moraga, et al. (2020) tuvo como objetivo valorar la efectividad de la intervención psicológica individual sobre ansiedad, depresión y las estrategias de afrontamiento en 3 diferentes formas de atención: utilizando terapia cognitivo conductual, terapia basada en counselling y Psicoeducación y el grupo control que no realiza intervención psicológica. Para ello, tuvo una muestra de 180 pacientes a los que se le aplicaron 2 instrumentos pretest - postest: MINI-MAC y el HADS. Dicha intervención tuvo como resultados que las mujeres con cáncer de mama que recibieron intervención psicológicas pueden lograr disminuir niveles de ansiedad y depresión, además de mejorar su estilo de afrontamiento hacia un ajuste psicológico adaptativo a la enfermedad. En cuanto a los diferentes tipos de intervención se obtuvo que la TCC logró disminuir significativamente los niveles de ansiedad y depresión por encima del grupo que recibió una intervención en counselling y el grupo que no recibió ningún tipo de intervención.

Quintero y Finck (2018) realizaron una investigación que tuvo por objetivo identificar la evidencia disponible en la literatura científica de Latinoamérica y España, sobre intervenciones psicológicas eficaces en mujeres con cáncer de mama entre el 2006 y 2016. En los resultados se encontraron 17 artículos en los que el modelo teórico más utilizado fue el modelo cognitivo conductual, evidenciando que los objetivos de este tipo de tratamiento está enfocado en aliviar los síntomas, realizando una intervención integral que incluya los componentes cognitivo-

afectivo-comportamentales y con la utilización de técnicas como: relajación guiada, relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, detención del pensamiento, distorsión cognitiva, entrenamiento en comunicación y entrenamiento en Autoinstrucciones, seguido por el modelo de intervenciones grupales y psicosociales, siendo este modelo el más efectivo y significativo en esta población.

La investigación realizada por Muñoz y Bernal (2016), tuvo como objetivo revisar la eficacia de los tratamientos psicológicos utilizados para el abordaje y reducción de la sintomatología ansiosa (quedando excluidas las terapias farmacológicas) en pacientes con cáncer. Fundamentó que el diagnóstico de cáncer puede provocar reacciones emocionales tales como trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o trastornos adaptativos por los altos índices de estrés que genera el diagnóstico. Para ello realizó una búsqueda bibliográfica utilizando los términos “anxiety treatment and cáncer”, quedándose con un total de 40 artículos. Dentro de los resultados se obtuvo que las estrategias terapéuticas más utilizadas son: el entrenamiento en estrategias para manejar la ansiedad, la exposición gradual a estímulos, la exposición interoceptiva, las técnicas de distracción, el entrenamiento en resolución de problemas y habilidades de comunicación, reestructuración cognitiva, ventilación emocional y escucha activa. Dentro de los 40 artículos solo en 34 de ellos se indicó resultados a favor del uso de técnicas psicológicas para la reducción de ansiedad en pacientes oncológicos. Se ha evidenciado que las estrategias terapéuticas que son eficaces para el tratamiento de ansiedad en pacientes con cáncer son: La técnica de Reducción de Estrés basado en Mindfullnes, que ayuda a mejorar la aceptación de los síntomas, potencia los cambios en la percepción de la enfermedad y la experiencia con los síntomas de manera

significativa. La terapia cognitivo-conductual, evidenciando efectividad en la reducción de la ansiedad, así como beneficios secundarios como la mejoría de la calidad de vida en general. La musicoterapia es otra estrategia terapéutica utilizada con frecuencia en pacientes con cáncer que ha evidenciado reducir significativamente la ansiedad, más aún cuando se combina con la relajación muscular progresiva. Las psicoterapias breves, las centradas en la resolución de problemas y centradas en el significado. Por último, un estudio demostró la efectividad de la hipnosis en la reducción de la ansiedad, depresión y el insomnio asociado al cáncer; sin embargo, él estudio concluyó en que hay escasa evidencia para poder instaurarlas como tratamientos estándares complementarios al tratamiento específico pautado por el oncólogo.

Gonzales y Estrada (2015) realizaron una investigación cuyo objetivo fue mostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en una muestra de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad y depresión, así como, desarrollar habilidades de afrontamiento para mejorar la percepción de calidad de vida. Para ello tuvieron una muestra de 15 pacientes en tratamiento activo, se utilizaron 3 instrumentos: la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), Whoqol Bref (percepción de calidad de vida) y el Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO); se les administró estos instrumentos pre y post tratamiento cognitivo conductual. La terapia que recibió cada paciente fue de manera individual y estuvo sustentada en el modelo de intervención TCC: fase de evaluación, fase de intervención y fase de seguimiento y la media del número de sesiones fue 10. Las técnicas dependían de los objetivos

individuales, pero entre las siguientes: Psicoeducación, relajación muscular progresiva, imaginación conductual guiada, respiración diafragmática, autorregistros, pensamientos automáticos, técnica ABC-DE, detención de pensamientos/distracción cognitiva, desensibilización sistemática y solución de problemas. Dentro de los resultados de la investigación se evidenció cambios estadísticamente significativos entre la media pre y post tratamiento en percepción de calidad de vida, en la disminución de niveles de ansiedad y en la escala CAEPO se obtuvo una diferencia significativa en la subescala de negación. Es decir, se concluyó en que se pudo demostrar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual, revelándose cambios positivos estadísticamente significativos sobre el malestar emocional principalmente en ansiedad.

Capítulo III

3.1 Contextualización del problema

3.1.1 Problema de estudio

Paciente varón de 31 años de edad, nacido en Lima. Estado civil soltero. Cuenta con un grado de instrucción técnica incompleta. Sin ocupación actual, debido a su diagnóstico y tratamiento. Reside en Lima, con su madre, siendo hijo único. Recibió el diagnóstico e inició el tratamiento 10 meses previos a su primera consulta psicológica, recibe quimioterapia oral y asiste al hospital para consultas de control mensualmente además de procedimientos médicos semanalmente. Reside alejado al hospital.

Acude al departamento de psicología para solicitar una cita derivado por dermatología, este departamento lo deriva ya que presentaba un cuadro de dermatitis que lo asociaban a un estado ansioso y de tensión.

El paciente acude a psicología acompañado de su madre, refiere sentirse tenso, ansioso e irritado previo a alguna cita médica o procedimiento “no me gusta esperar mucho” ”soy ansioso y me tenso mucho”. A lo que el responde evitando las salas de espera hospitalaria, en alguna ocasión ha faltado a procedimientos médico, evita el contacto social y responde de manera irritable a su mamá. Durante las citas médicas y estadía en el hospital refiere sentirse tenso y que se ha ido incrementando. Además de frustración por el cambio en su estilo de vida. Menciona dificultad para conciliar el sueño y descansar.

A nivel fisiológico la sintomatología ansiosa le ocasiona sudoración, agitación, movimiento de manos y piernas y taquicardia. Respecto al área social,

refiere que no le gusta conversar con las personas, manifestando un sentimiento de inadecuación y minusvalía.

La madre menciona que su hijo tiene temor de asistir a las citas médicas, que éste muestra una conducta evasiva (evita el diálogo, contacto visual y se muestra tenso) además refiere que su hijo muestra una conducta verbal agresiva. Menciona antecedentes de bullying escolar, episodios depresivos por fallecimiento de abuela y madrina y antecedente de accidente de tránsito que lo consideran “traumático” por los tratamientos y operaciones.

3.1.2 Estrategias de evaluación y medición

- Inventario de ansiedad de Beck : El inventario de ansiedad fue creado por Beck y Steer (1993), tiene por objetivo medir la ansiedad de manera válida y confiable (Sanz y Navarro, 2003). Contiene 21 ítems con escala de tipo Likert de 4 opciones, dando como resultado las puntuaciones entre 8 a 15 indica ansiedad leve, 16 a 25 ansiedad moderada y de 26 a 63 ansiedad grave (Beck y Steer, 2011). Se puede aplicar a poblaciones a partir de los 13 años, de manera individual como grupal.

Chang (2015) citó a Thornberry (2011) quien demostró evidencia de validez de la estructura interna del inventario en 1119 estudiantes de pregrado de dos universidades privadas de Lima, así como de confiabilidad resultado de las puntuaciones derivadas del inventario por medio del método de consistencia interna obteniendo un alfa de Cronbach de .91.

La sintomatología ansiosa es uno de los principales problemas psicológicos en pacientes oncológicos. Es por eso que Galindo, et al., (2015) demostraron la validez y confiabilidad del inventario de ansiedad de Beck en pacientes

oncológicos, esta es una prueba usual en pacientes con este diagnóstico y tratamiento ya que se considera a la ansiedad como una reacción emocional en la que el paciente se siente tenso, nervioso y preocupado asociado con sintomatología física como palpitaciones, temblor o sudoración. (Galindo, et al., 2015).

“La ansiedad puede interferir con la capacidad de afrontamiento al tratamiento, afectar la calidad de vida, disminuir la capacidad para tolerar los efectos secundarios del mismo, afectar el funcionamiento social y contribuir a la intensificación de anorexia, fatiga, náuseas, vomito y mayor deterioro físico general, a lo que el equipo médico al no reconocer la sintomatología ansiosa lo atribuya a una respuesta normal al tratamiento oncológico.” (Galindo, et al., 2015). Por lo que resulta fundamental evaluar la ansiedad en población oncológica.

- Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II: El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II fue publicado en 1997 por Theodore Millon, con la colaboración de R. Davis y C. Millon. Cuenta con 175 ítems con formato de respuesta verdadero o falso. Se puede aplicar de manera individual o grupal para sujetos de 18 años a más. El objetivo es brindar información respecto a trastornos comportamentales o síndromes clínicos de un paciente, lo que permitirá tomar decisiones frente a su tratamiento. (Solis 2007)

En una investigación (Solis 2007) se evidenció tanto validez como confiabilidad satisfactoria del MCMI – II en un grupo de pacientes de dos hospitales de salud mental en Lima.

La evaluación de un paciente oncológico se debe dar de manera global ya que, esta enfermedad genera emociones diversas e intensas en los pacientes. El nivel de afectación, y la respuesta que el paciente tenga a la enfermedad no solo dependerá del grado de la misma, sino de factores como su personalidad, recursos de afrontamiento, y todo lo que lo engloba como persona. Por lo que resulta imprescindible una evaluación a profundidad para llegar a entender al paciente más allá de la enfermedad. (Pérez, C. 2005)

- CAEPO: El cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos tiene por autor a María Teresa Gonzales en el 2006. Cuenta con 40 ítems. El rango de edad para aplicarlo es de 18 años a más. El contexto de aplicación es para grupos clínicos, es decir, pacientes con un diagnóstico de cáncer u otro tipo de enfermedad física con diferentes grados de gravedad o cronicidad. El objetivo es recoger información sobre las estrategias de afrontamiento (conductas y cogniciones) que utiliza una persona ante una situación que le genere estrés o en específico el proceso de enfermedad. Huaman y Lupaca (2019) confirmaron la validez y confiabilidad del instrumento mediante los coeficientes de consistencia interna y el análisis factorial exploratorio, además estas propiedades psicométricas fueron validadas con el estudio de Diaz y Yarigaño (2010) donde el instrumento evidenció adecuados niveles de validez y confiabilidad.

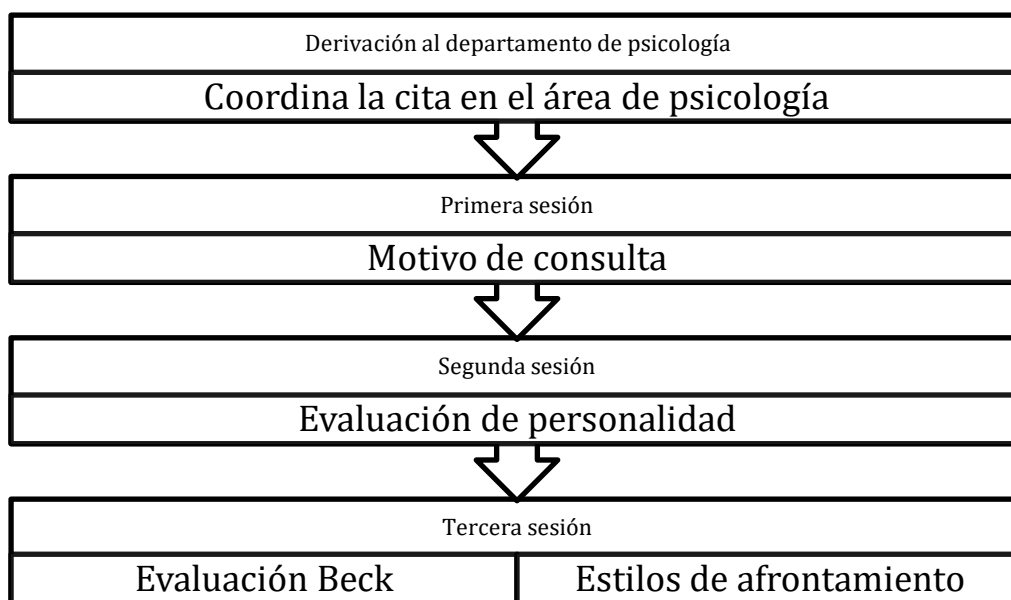
El cáncer al ser una enfermedad degenerativa tanto a nivel físico, social y emocional generará diferentes tipos de reacciones frente a las situaciones adversas, evaluar el tipo de estrategia de afrontamiento que utilice la persona

permitirá entender si estas estrategias son efectivas para lograr reducir el malestar emocional que puede generar la situación o por el contrario las estrategias no ayudaran a que el paciente se adapte a la enfermedad o se adhiera a un posible tratamiento. (Huaman y Lupaca 2019)

3.1.3 Procedimiento de evaluación:

Figura 1

Procedimiento de evaluación



Nota: La figura representa el flujo de evaluación que debió realizar el paciente para su atención y evaluación. Es de elaboración propia.

Como se ve en la Figura 1, el procedimiento de evaluación consistió en que el paciente derivado por el departamento de dermatología, asistió a psicología para coordinar una cita. Seguido a ello, e realizó la primera sesión en la que se abordó motivo de consulta. En la segunda y tercera sesión se evaluó utilizando los instrumentos: Inventario Clínico de Personalidad Millon II, el Cuestionario de ansiedad de Beck y el Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)

3.1.4 Diagnóstico del problema

Dentro de los resultados encontrados se pudo evidenciar:

En el Inventario Clínico de Personalidad Millon II, dentro de los patrones clínicos el evaluado presenta indicadores elevados en: Narcisista (88) e indicadores moderados en Compulsivo (83), Agresivo – Sádico (79) y Dependiente (78) lo que podría sugerir rasgos de personalidad de un comportamiento arrogante, poco optimista que sobreestima su propio valor. Mientras que en los rasgos compulsivos podría llegar a presentar una conducta controladora y perfeccionista. Manifestar un gran temor a la desaprobación social lo que lo podría llevar a aceptar lo que le imponen los demás, causándole una ambivalencia entre lo que quiere hacer y lo que realmente hace. Además de comportamientos hostiles, indiferentes y conductas dominantes. Finalmente, los rasgos de dependencia sugieren la necesidad de buscar la protección y seguridad en otras personas, con un papel pasivo en las relaciones interpersonales, sometándose a los deseos de los demás a fin de mantener su afecto. En el área de patología de personalidad, presenta indicadores moderados de Paranoide(76), es decir que muestra desconfianza y suspicacia hacia los otros, con tendencia a la precipitación y enojo con los demás. Rigidez de pensamientos y sentimientos.

Dentro de los síndromes clínicos evidenció un indicador moderado en Ansiedad y ningún indicador relevante en síndromes clínicos severos.

En cuanto al Inventario de ansiedad de Beck, evidenció un nivel de ansiedad moderada.

Mientras que en el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés obtuvo un tipo de afrontamiento desadaptativo, es decir, que el evaluado percibe las situaciones

estresantes como excesivamente amenazantes o se siente incapaz de hacerle frente. Mostrando puntuaciones altas en la escala de Huida y Distanciamiento, lo que significa que el evaluado intenta escapar de la realidad de su situación, pensando en su falta de control para superar la situación y no es capaz de identificar estrategias adecuadas para afrontar situaciones que percibe como estresantes.

En cuanto a la observación de conducta, a nivel general el paciente se muestra parcialmente colaborar, con una actitud perspicaz a la entrevista, evita el contacto visual y con una respuesta física repetitiva de movimiento de piernas y manos. A nivel cognitivo se muestra lúcido, orientado en tiempo y espacio con funciones cognitivas de atención y memoria acorde a su edad cronológica. A nivel emocional desprende emociones de ansiedad, frustración, angustia e ira. A nivel familiar cuenta con parcial soporte familiar representado únicamente por la madre. Dentro de sus recursos personales se puede identificar capacidad de insight.

A la exploración de sus antecedentes clínicos se identificó que hace 2 años sufrió un accidente automovilístico de gran impacto, que ocasionó que se quede internado en un hospital un periodo de 2 meses lo que incluyó operaciones y procedimientos dolorosos. Recuerda esta época de mucho dolor y miedo, en repercusión a dicho acontecimiento manifiesta miedo y tensión al momento de cruzar la pista o encontrarse en la calle.

Es por eso que, de acuerdo a los resultados obtenidos con el uso de pruebas psicométricas, entrevista y evaluación, se concluye como presunción diagnóstica, según la clasificación del CIE-10, el F41.3 Trastorno de ansiedad mixto, cumpliéndose los criterios de síntomas de ansiedad junto a rasgos de otros

trastornos entre F42-F48, pero ningún tipo de síntoma es lo suficientemente severo como para justificar un diagnóstico por separado.

3.2 Intervención

3.2.1 Problema delimitado

Tomando como referencia las entrevistas, cuestionarios y autorregistros realizados, el paciente presenta sintomatología ansiosa con respuestas de evitación/escape además de respuestas fisiológicas como sudoración, ritmo cardíaco acelerado, movimiento repetitivo de piernas y manos, evita contacto social, respuestas cognitivas de pensamientos anticipatorios y automáticos disfuncionales, catastróficos y polarizados y una respuesta emocional de ansiedad, irritabilidad, miedo y angustia. A nivel social se identificó aislamiento social, sentimiento de incapacidad, inadecuación y retraimiento.

Es por eso que se planteó la hipótesis que la conducta problema principal es: estado de ansiedad que se manifiesta por los procedimientos médicos y el ambiente hospitalario, a raíz de una crisis vital por el diagnóstico oncológico y factores de vulnerabilidad como características de su personalidad, estilo de afrontamiento negativo, historia familiar y experiencias condicionantes relacionadas a su salud.

Entre los estímulos desencadenantes de la sintomatología ansiosa se encuentra el diagnóstico de cáncer, antecedentes de accidente automovilístico, baja percepción de control sobre su vida en general y familia disfuncional.

Las consecuencias de dichos comportamientos se verán reflejados en el aumento de sus niveles de ansiedad, conducta de evitación a cualquier tipo de control o procedimiento médico, abandono o falta de adherencia al tratamiento,

conflictos familiares y aumento de irritabilidad. A nivel externo su capacidad de respuesta hacia los problemas se verá disminuida, menor interacción social – familiar y fobias específicas.

3.2.2 Objetivos de la intervención

Objetivo general:

- Reducir la sintomatología ansiosa a consecuencia de un diagnóstico de cáncer

Objetivos específicos:

- Reducir la sintomatología ansiosa ante procedimientos médicos y ambientes hospitalarios.
- Asimilar y aceptar la enfermedad y tratamiento; disminuyendo temores y fantasías; mejorando la adaptación al ambiente hospitalario.
- Identificar y modificar los pensamientos anticipatorios y distorsionados.
- Entrenar al paciente en técnicas de autorregulación.
- Gestionar su estilo de afrontamiento al estrés.

3.2.3 Técnicas

Se utilizó una metodología de terapia individual, asistiendo a las sesiones programadas 1 vez a la semana con una duración de entre 45 a 60 minutos.

Se utilizaron las siguientes técnicas:

- Psicoeducación
- Técnica de relación
- Modelo ABC
- Autoregistro
- Desensibilización sistemática

- Diálogo socrático
- Escala conductual de tensión
- Reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en solución de problemas

Siendo la reestructuración cognitiva, el eje fundamental para el desarrollo de todas las otras técnicas.

3.2.4 Selección y sustento de las técnicas empleadas

Psicoeducación: se considera una técnica dentro de la terapia que está presente desde el inicio, la consolidación y el mantenimiento. Fomentará adherencia tanto al tratamiento psicológico como al tratamiento médico además de que ayuda a la corrección de falsas creencias sobre sus emociones, la enfermedad y los tratamientos. De esta manera lograremos que el paciente pueda ser más participativo durante su tratamiento. En este caso, el paciente tenía creencias erróneas sobre el cáncer y el proceso de enfermedad, no comprendía sus emociones ni lo que estaba sintiendo.

El Autoregistro es una de las primeras destrezas enseñadas en terapia, ya que ayudará a que la persona sea capaz de identificar y registrar sus pensamientos, emociones y conductas. Será uno de los primeros pasos para lograr la reestructuración cognitiva. Es considerado un elemento fundamental para la toma de conciencia de su comportamiento, y un elemento para la motivación de cambio. Se realizó un registro con la observación de una situación natural, en el que debía completar: situación – emoción –pensamiento– conducta. Y finalmente generar el cuestionamiento de este pensamiento o creencia y generar uno alternativo. (Ruiz, et al. 2020)

La reestructuración cognitiva, ayudará a que el paciente sea capaz de reemplazar pensamientos automáticos o creencias que sobreestiman la amenaza de una situación, en este caso de los procedimientos médicos. Al igual que se entrenará al paciente en una mayor capacidad de identificar sus pensamientos distorsionados y cómo poder sustituirlos. Para eso nos apoyaremos en la búsqueda de evidencias, análisis costo – beneficio, elaboración de un pensamiento alternativo y la prueba del pensamiento. Además de ser una terapia que favorece la resolución de problemas, ya que cambia el pensamiento respecto a una situación que el paciente concebía como imposible o sin solución.

La desensibilización sistemática, considera una técnica de exposición de la terapia cognitivo conductual. Se utilizó con el paciente con el objetivo de reducir la ansiedad y las conductas de evitación frente a los procedimientos médicos. (Ruiz, et al. 2020)

La técnica de relajación, es considerada una de las técnicas más utilizadas en el proceso de terapia principalmente porque su utilización favorece dimensiones fisiológicas, emocionales, cognitivos y conductuales. En el caso del paciente, llegó a consulta con un estado de tensión. El hospital en sí, ya era un estresor que le ocasionaba sentimientos de ansiedad que los demostraba con un estado de rigidez corporal. Entrenarlo en relajación como una técnica que lo ayude a reducir la activación de la ansiedad y pueda responder de mejor manera al proceso de enfermedad. Se utilizó la técnica de relajación progresiva, ya que se considera una de las más efectivas para casos asociados a tensión corporal, además ayudará a poder controlar su respuesta fisiológica y que pueda encontrar una sensación de paz y de bienestar. Acompañado de un entrenamiento en técnicas de respiración

diafragmática para reducir los niveles de activación como técnica de auto regulación. (Ruiz, et al. 2020)

Modelo ABC, técnica en la cual se le explicó al paciente la relación existente entre los acontecimientos activadores (A) la interpretación que tengamos de estos acontecimientos o pensamientos (B) y las conductas emocionales, conductuales o cognitivas (C) que provoque. En este caso se le explicó que el acontecimiento activador eran los procedimientos médicos (A) que le producía ansiedad, tensión, huida, evitación de hospitales, sentimientos de inutilidad, que le generaban pensamientos anticipatorios (B) como “me va a doler mucho” “nunca terminarán los tratamientos” “los procedimientos me dejan tonto” “no puedo soportarlo”.

Diálogo socrático, técnica destinada a generar preguntas abiertas con el objetivo de identificar y comprobar sus creencias irracionales y racionales. (Ruiz, et al. 2020) se utilizó esta técnica con el objetivo de que el paciente sea capaz de reconocer sus pensamientos respecto a los procedimientos médicos y a su enfermedad en sí. De tal manera que identifique y sea capaz de modificar pensamientos que no favorecían su adaptación a la enfermedad.

Entrenamiento en solución de problemas, refiriéndose al entrenamiento para que la persona sea capaz de percibir de manera correcta los datos importantes de una situación y sea capaz de procesar esa información para generar respuestas potenciales y seleccionar una respuesta que pueda conseguir el objetivo deseado de una solución.

3.2.5 Ejecución

Las terapias individuales en el departamento de psicología se agendan directamente en el departamento de acuerdo a la disponibilidad del psicólogo.

Cualquier paciente perteneciente al instituto y sus familiares pueden llevar este acompañamiento. Tiene una duración de entre 45 a 60 minutos, se realizó de manera individual con la recurrencia de una vez a la semana durante 10 semanas entre mayo y julio del 2017. Dentro de ellas se tuvo 2 sesiones con la madre, se la derivó a los talleres para cuidadores primarios que se dictaban por psicólogos del instituto. Una vez concluida la 10ma sesión el paciente fue derivado para que continúe su intervención con otro psicólogo del instituto, debido a que culminó el tiempo de interna dentro del instituto.

La intervención inició con la exploración del motivo de consulta, durante la cual se recogió información preliminar respecto al problema y la demanda, se analizó la historia y desarrollo del problema, y el planteamiento de una presunción diagnóstica en base al sistema de clasificación CIE -10. Utilizando instrumentos de evaluación como: Inventario de personalidad Millon II, Cuestionario de ansiedad de Beck y Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos CAEPO.

Para la evaluación de la conducta problema y las variables emocionales y comportamentales se utilizó los siguientes instrumentos: Autorregistro de situaciones de malestar, anotando las situaciones, pensamientos, emociones y conductas que manifestaba a lo largo de la semana, con el objetivo de conocer los pensamientos distorsionados, cambios de comportamiento y posibles estrategias de afrontamiento. Además de un autorregistro conductual de tensión, en el cuál debía medir de 0 a 10 su nivel de tensión frente a procedimientos médicos, donde 0 es nada de tensión y 10 es máxima tensión, con el objetivo de registrar el nivel de tensión, situaciones específicas y recursos que utiliza.

A lo largo de las 10 intervenciones se pueden identificar tres fases: fase psicoeducativa, durante la cual se acuerdan los objetivos terapéuticos, así como la psicoeducación sobre la enfermedad y la sintomatología ansiosa. Se utiliza el diálogo socrático principalmente; fase de entrenamiento durante la cual se busca modificar la conducta problema abordando pensamientos, emociones y conductas, se utiliza el diálogo socrático para debatir creencias así como la reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos, durante esta fase se explicó el modelo ABC permitiéndole al paciente identificar y cambiar sus pensamientos para poder gestionar la emoción y conducta además que este proceso apoyará a que el paciente gestione pensamientos polarizados y catastrófico acerca de situaciones que concebía como “imposibles” de manera que se utiliza esta técnica para introducirlo en la resolución de problemas como alternativa de afrontamiento al estrés, el proceso de cambio hacia un pensamiento adaptativo permitió generar alternativas de solución y gestionar su estilo de responder al estrés ; fase de aplicación en el ambiente natural, durante la cual una vez el paciente tiene mayor capacidad para gestionar la parte cognitiva se abordará la parte conductual, utilizando técnicas de exposición como la desensibilización sistemática, entrenando al paciente inicialmente en la imaginación para posterior a ello exponerse con menor nivel de activación, durante todas las fases se manejó el entrenamiento en relajación y respiración como una técnica de autorregulación que utilizará durante todo el proceso.

Sesión modelo:

Inicio: se le da la bienvenida al paciente, brindando un espacio para conversar sobre su estado general y cómo ha estado la semana para él.

Desarrollo: Se discutirá sobre temas asociados la última sesión y se revisará las tareas correspondientes a casa como los autorregistros. De acuerdo a ello se iniciará el debate con el paciente sobre cómo generar alternativas de pensamiento o cómo se sintió en los procedimientos médicos.

Final: Se acordarán actividades dentro de la semana para casa, como ejercicios de respiración y relación frente a escenarios o procedimientos médicos. Y obtener un feedback de la sesión y de cómo se siente frente a las técnicas empleadas, establecer el objetivo de la próxima sesión y finalizar agradeciendo por su asistencia.

Se adjunto dentro de los anexos el cronograma de intervenciones. (Anexo 2)

3.2.6 Indicadores de logro

- Asiste a sus controles y procedimientos médicos. Disminuyendo su conducta de evitación o huida.
- Logra identificar y modificar pensamientos desadaptativos en su hoja de autorregistro.
- Logra esperar su turno previo a procedimientos médicos o consultas en salas de espera hospitalaria.
- Hace uso de técnicas de respiración y relajación en situaciones que califica como estresantes. Registrándolas en su hoja de autorregistro.
- Muestra mayor aliño y aseo personal, al asistir a sus citas programadas.

3.2.7 Monitoreo y evaluación de la intervención

Se monitorea la intervención cada 4 sesiones, en las que se hacía uso de un informe escrito con los resultados obtenidos hasta ese momento de la intervención,

así como de una lista de chequeo respecto al plan de tratamiento establecido. Seguido a ello se continúa el tratamiento basado en los objetivos terapéuticos.

Además, se tuvo una entrevista con la madre, en la 6ta sesión en la que describió cualitativamente el comportamiento de su hijo. Refiriendo que los niveles de tensión habían disminuido e incrementando su nivel de interacción y tolerancia a espacios de espera dentro del hospital.

Finalmente, el instrumento de autorregistro conductual de tensión, pre y post inicio de la intervención. Indica la disminución de tensión corporal previo a procedimientos médicos, utilizando técnicas de autorregulación como la respiración y relajación.

3.2.8 Consideraciones éticas

En el siguiente trabajo se protegerá la privacidad y confidencialidad respecto a los datos personales del sujeto participante. El sujeto aceptó su participación voluntaria en el proceso terapéutico y se detalló el procedimiento a seguir.

El estudio del caso, así como, el propósito del estudio y las implicaciones de este tienen beneficios netamente académicos.

Capítulo IV

4.1. Resultados

4.1.1. Descripción de los resultados encontrados

Tras la aplicación de instrumentos psicométricos se obtuvo los siguientes resultados: Respecto al Inventario de personalidad de Millon II, en patrones clínicos obtuvo un indicador elevado en narcisista (88) e indicadores moderados en compulsivo (83), agresivo – sádico (79) y dependiente (78). En patologías de la personalidad, el único indicador moderado fue en paranoide (76). En síndromes clínicos obtuvo un indicador moderado en ansiedad y ningún indicador relevante en síndromes clínicos severos.

En cuanto al Inventario de ansiedad de Beck obtuvo un nivel de ansiedad moderado.

En el Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAEPO) obtuvo un afrontamiento desadaptativo, mostrando puntuaciones altas en la escala de huida y distanciamiento.

Tras la enseñanza y aplicación de técnicas para reestructurar y gestionar su nivel de activación por la ansiedad, la sintomatología ansiosa disminuyó, evidenciándose en la disminución de la sensación de tensión frente a procedimientos médicos, gracias a que logró identificar los pensamientos distorsionados que tenía acerca de dichos procedimientos, además que, la psicoeducación favoreció a que pueda comprender el objetivo de cada uno de los procesos a los que debía ser sometido disipando las falsas creencias y fantasías acerca de los mismos. De igual manera, con los ambientes hospitalarios como las salas de espera, al reestructurar los

pensamientos y acompañarlo con técnicas de autorregulación como la relajación y respiración logró identificar que sí tiene la capacidad de permanecer en estos ambientes, tolerar emociones incómodas y favorecer su proceso de recuperación de salud cumpliendo sus controles y citas médicas.

Dentro de los resultados obtenidos de la escala conductual de tensión, al iniciar la intervención el paciente puntuaba 9 de nivel de tensión ante procedimientos médicos, a la última intervención tuvo una puntuación de 3. Evidenciándose una notable mejoría en cuanto al manejo de la tensión corporal. Para ello se hizo uso de la técnica de relajación de Jacobson, en la que el paciente diferenciaba la sensación de tensión con la de bienestar, utilizando la respiración para regular su nivel de activación, así como la desensibilización sistemática, siendo esta una técnica de exposición el paciente fue capaz de visualizar y experimentar las sensaciones que le ocasionaban estos ambientes e ir incrementando una respuesta adecuada o esperable en la que no visualice a estos procedimientos como “intolerables”.

Por último, a partir de los autorregistros realizados durante el proceso terapéutico, en el que se registró situaciones, pensamientos, emociones y conductas y la intensidad, duración y frecuencia, se evidenció cambios terapéuticos. Tales como la aplicación de estrategias de solución de problemas como herramienta para afrontar el estrés, en la que el paciente evidencia pensamientos menos desadaptativos y se percibe a él mismo capaz de enfrentar una situación, imaginando las posibles soluciones o cuáles son las situaciones en las que él tiene mayor control.

Se podría mencionar una mejoría en su calidad de vida, tras mejorar aspectos como calidad de sueño, control de dolor y tensión, mayor entendimiento de su salud mental, mayor aliño y aseo personal, reflejado en un mayor interés hacia su persona y bienestar tras una percepción más funcional de su enfermedad.

4.1.2. Análisis de los resultados encontrados

Para el proceso de intervención se planteó como objetivo que a través de la intervención psicológica se conseguiría reducir la sintomatología ansiosa de un paciente a causa de un diagnóstico de cáncer. Los resultados que se obtuvieron permiten concluir que, tras la aplicación de la intervención, se observan cambios terapéuticos significativos que podrían indicar la eficacia de la intervención. Se consiguió reducir los síntomas de ansiedad frente a procedimientos médicos, así como que el paciente logre tolerar estar en ambientes hospitalarios, específicamente que la sensación de tensión se reduzca significativamente.

Para lograrlo se le brindó al paciente información y habilidades para modificar los pensamientos distorsionados, reducir las conductas de evitación/escape, disminuir los temores y fantasías acerca de la enfermedad, entrenarlo en técnicas de autorregulación y aprender a gestionar el estrés a través de la solución de problemas. Tal como menciona Ascencio, et al. (2013), dentro de las principales necesidades de un paciente con cáncer, están las de tipo emocional, de información y comunicación. Es por eso que las técnicas e intervención que se pueda llevar a cabo deben estar basadas en la empatía y escucha activa.

Es importante mencionar que para el éxito de la intervención es necesario el mantenimiento de las técnicas aprendidas así como las tareas de autorregistro.

Los resultados del estudio de caso demuestran la idea de que la intervención psicooncológica debe estar guiada de acuerdo a las necesidades y características personales del paciente, es así que Robert, et al., (2013) mencionan que las intervenciones psicosociales en los pacientes con cáncer han evidenciado eficacia, a pesar de que existe gran variedad de enfoques, estrategias y metodologías. Asocian la eficacia a la diversidad en cuanto a personalidad, historia, ciclo vital, tipo de cáncer, el estadio del mismo y el tratamiento de los pacientes que pueden verse afectados por esta enfermedad. Por lo que resulta inviable un tipo de intervención psicológica estándar.

A pesar de haber sido una atención breve, se demostró cambios significativo en el paciente tras abordarlo desde una perspectiva cognitivo conductual, apoyando la idea de Ascencio, et al. (2013) la terapia cognitivo conductual es uno de los enfoques más utilizados en pacientes oncológicos, ya que mezcla estrategias cognitivas y estrategias conductuales que pueden lograr la atención rápida y efectiva de las necesidades del paciente y su familia.

Finalmente cabe mencionar que la intervención psicológica en este paciente lo orientó hacia una mayor adherencia a su tratamiento médico reforzando la idea que, para poder llegar a una adecuada atención, el paciente debe recibir una intervención integral y de manera interdisciplinaria entre el psicólogo de la salud y el médico. (Palacios y Pérez-Acosta. 2017)

4.2. Reflexión de la experiencia

4.2.1. Limitaciones encontradas

- No se cuenta con datos del seguimiento después de la finalización de la intervención.

- Rotaciones anuales como parte del tiempo de prácticas pre– profesionales.
- No se cuenta con datos post test de pruebas psicométricas.

4.2.2. Impacto en la institución

Para el área médica, resulta importante que el paciente trabaje el área emocional, en este caso, la sintomatología ansiosa dificultaba su adherencia al tratamiento médico, además de provocarle una reacción dermatológica que no contribuía en su adaptación a la enfermedad. Es por eso que tras el abordaje psicológico el paciente podrá adaptarse de manera más funcional a la intervención médica, fomentando mayor adherencia al tratamiento y disposición al diálogo con su médico tratante.

4.2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto

La siguiente intervención evidenció por qué no existe un tratamiento estandarizado dentro de la psicooncología, ya que el objetivo de la misma es mejorar la calidad de vida de la persona, reforzar su adherencia al tratamiento, la adaptación a la enfermedad y los cambios, entre otros objetivos, que solo son realizables cuando se toma en cuenta la individualidad de la persona y sus características.

La intervención será un reto para el psicólogo ya que deberá adecuarse a las características del individuo, así como las características de la enfermedad, brindándole al paciente las mejores herramientas que le permitan mejorar su estado emocional y potenciar sus recursos de afrontamiento de la tal manera que el área psicológica sea un recurso para afrontar la enfermedad.

4.2.4. Demandas profesionales requeridas

La siguiente intervención demandó conocimientos teóricos y prácticos referentes a entrevista y observación clínica, evaluación e interpretación de pruebas psicométricas, elaboración de un programa de intervención, técnicas cognitivas y conductuales, conocimiento en diagnóstico y sintomatología ansiosa, psicología de la salud y psicooncología.

Así como habilidades terapéuticas como escucha activa, empatía, validación emocional y procesamiento de la información

4.2.5. Autoevaluación y autocrítica personal e institucional

Cabe recalcar que el siguiente caso fue desarrollado durante el periodo de prácticas pre profesionales. Es así que, considero que contaba con habilidades y conocimientos que favorecieron mi desempeño profesional, durante este proceso fue fundamental el acompañamiento y supervisión de psicólogos encargados para el continuo enriquecimiento de la intervención y aprendizaje.

En cuanto a la institución, es considerable mencionar que existe un área psicológica de intervención dentro del instituto, es decir, se encuentran encaminados hacia una intervención multidisciplinaria, sin embargo, aún se debe trabajar en brindarle la suficiente importancia a la intervención psicológica, y en un futuro la atención a los pacientes se dé de manera totalmente multidisciplinaria.

Así también considero importantes capacitaciones en habilidades blandas para los profesionales de la salud, de tal manera que su visión sea hacia la persona de manera integral y no solo en un paciente enfocado en la enfermedad. Permitirá que procedimientos médicos o diagnósticos puedan ser comunicados de manera más asertiva.

El área de psicología dentro del instituto podría contar con un espacio más grande que pueda brindar una mejor atención por consulta externa.

Recomendaciones

- Conocer los modelos y técnicas psicoterapéuticas de intervención con el paciente oncológico y familiares.
- Ahondar en el proceso de intervención y entrenamiento en estrategias de afrontamiento.
- Continuar fomentando el abordaje multidisciplinario dentro de instituciones que abordan enfermedades como el cáncer.
- Acompañar y brindar un espacio en el que se pueda trabajar en catarsis y acompañamiento para los psicólogos que acompañan procesos de cáncer.
- Enfocar la intervención en las necesidades actuales, de tal manera que el paciente pueda adaptarse a la enfermedad.

Conclusiones

- La intervención psicológica, a través de técnicas cognitivo conductuales, redujeron la sintomatología ansiosa.
- A través de la aplicación de las técnicas el paciente pudo reducir sus niveles de ansiedad y tensión frente a procedimientos médicos específicos.
- La técnica de respiración fue una herramienta eficaz para la autorregulación ante situaciones displacenteras.
- La psicoeducación permitió al paciente despejar dudas sobre el tratamiento y frente a las emociones que estaba experimentando lo que le permitió una mejor adaptación a la enfermedad.
- El paciente fue capaz de identificar y modificar pensamientos desadaptativos.
- La intervención psicológica favoreció a la adherencia al tratamiento médico oncológico.
- El entrenamiento en resolución de problemas disminuyó su conducta de escape o evitación.

Referencias

Abreu, L., Grau Abalo, J., & Massip Pérez, C. (2005).

La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer. Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. Guadalajara, México: Editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

<https://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/03/Psicolog%C3%A1Da-de-la-salud-y-cancer.pdf>

American Psychiatric Association APA (January, 2009).

Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder. Second edition

https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf

Arroyo, A. (2020). *Psicooncología y calidad de vida.*

Universidad peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú.

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8151/Psicooncologia_ArroyoOrmeno_Mariel.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ascencio, L., Rangel, E. y Allende, S. (11 de noviembre de 2013).

Proceso de atención psicológica en el programa de atención y cuidados en oncología del instituto nacional de cancerología. Psicooncología. Vol. 10, Num. 2-3. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43457>

Cabrera, Y., López González, E., López Cabrera, E. y Arredondo, C. (07 de marzo de 2017). *La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible.* Revista Finlay, 7(2), 115-127.

<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522/1570>

Castillo, D. (30 de abril de 2019). *Terapia Dialéctica Conductual para Regulación Emocional en Pacientes Oncológicos*. Repositorio de Universidad San Francisco de Quito.
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8162/1/142312.pdf>

Chang, A. (Diciembre de 2015). *Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de ansiedad ante el desempeño musical de KENNY (IADM - K)*. [Tesis de grado, Universidad de Lima].
https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/1081/Chang_Arana_Alvaro.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chilque, Y. (2016). *Frecuencia de ansiedad y factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche*. [Tesis de pre grado, Universidad Católica de Santa María].
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5107/70.2082.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Editorial Desclée Brouwer.
https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf

Coasaca, L (2019). *Prevalencia de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer de mama y de sus cuidadores en el hospital arzobispo Loayza en el periodo enero – diciembre del 2018*. [Tesis para de pregrado, Universidad Federico Villarreal].
<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2893/UNF>

[V COASACA CAMACHO LOURDES ROCIO TITULO PROFESIONA
L 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Díaz Facio, V. (junio de 2010). *La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas*. Universidad de Antioquiá. http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2626/1/D%C3%ADazVictoria_psicologiasaludantecedentesdefinicionperspectivas.pdf

Fernández, B., Jorge, B., Sánchez, C. y Bejar, E. (2016). *Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica?* Psicooncología, 13(2-3). <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54432>

Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Alvarez, M. y Alvarado, S. (2015). *Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer*. Psicooncología, 12(1) 51-58. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/48903/45629>

García, A., Tamayo, J. (2019). *Revisión sistemática sobre la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer*. Psicooncología, 16(1). <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63651>

Garzón, A. (enero de 2014). *Evolucion y futuro de la psicología de la salud*. Anales De Psicología, 30(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.170491>

Moraga, G., Bellver, A., y Santaballa, A. (03 de octubre de 2020). *Estudio de la efectividad de la intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama localizado*. Psicooncología, 17(1), 59-71. <http://dx.doi.org/10.5209/psic.68241>

- Humana, L., Lupaca, E. (Abril de 2019). *Relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana*. [Tesis pregrado, Universidad peruana Unión, Facultad de ciencias de la salud. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1722/Laura_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hunter, Stephanie. (15 de abril de 2019). *¿Cuál es leucemia linfocítica granular grande?*. News-Medical. [https://www.news-medical.net/health/What-is-Large-Granular-Lymphocytic-Leukemia-\(LGLL\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-is-Large-Granular-Lymphocytic-Leukemia-(LGLL).aspx).
- Lois, A., Sifuentes, W., Bachiler, J., Saiz, A., Brito, E. Y Zea, A. (diciembre de 2012). *Leucemia de linfocitos grandes granulares como complicación de artritis reumatoide*. Reumatología clínica, Vol. 8. Num. 6. [10.1016/j.reuma.2011.12.014](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2011.12.014)
- Malca, B. (1 de dicimebre de 2005). *Psicooncología: Abordaje emocional en oncología*. Revista Psicooncología y psicoterapeuta N°2. Pag 64-67. <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/918/998>
- Malca, B. (2009). *Psicooncología: Abordaje emocional en oncología*. Universidad de La Sabana. <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/918>
- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M., y Quintero, M. (2009). *Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. Psicología desde el Caribe*,. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21311917006>

Medina, X. y Alvarado, S. (23 de agosto de 2011). *Psicooncología*. Revista médica HJCA IESS.

<https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/577/504>

Mota, C., Aldana, E., Bohórquez, L., Martínez, S. y Peralta, J. (Diciembre de 2018).

Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: un revisión teórica. *Psicología y salud* vol. 28, num, 2:155 -165.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2551/4446>

Muñoz, A. y Bernal, G. (2016). *Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer*. *Psicooncología*, 13(2-3), 227-248.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54434>

Palacios & Pérez-Acosta (2017). *Evolución del concepto de la psicología de la salud y su diferenciación de otros campos de acción profesional*. Editorial Univierdad del

Rosario. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12870/bi%2024%20rehabilitación%20web.pdf?sequence=1>

Smith, P., Cope, D., Sherner, T. y Walker, D. (11 de Julio de 2014). *Update on research-based interventions for anxiety in patients with cancer*. *Clinical Journal of oncology nursing*.

<https://cjon.ons.org/cjon/18/6/supplement/update-research-based-interventions-anxiety-patients-cancer>

- Pérez, C. (Abril de 2005). *Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 21(1-2) .
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100011&lng=es&tlng=es.
- Quintero, M. y Finck, C. (2018). *Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática*. Psicooncología, 15(1), 49 -64.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/59174>
- Revilla, L. (2021). *Situación del cáncer en el Perú, 2021*. Ministerio de Salud.
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>
- Robert, V., Álvarez, C y valdivieso, F., (Julio 2013). *Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. Unidad de Psicooncología, Centro Clínico del Cáncer. Clínica Las Condes.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702074>
- Ruiz, M., Díaz, G. y Villalobos, A(2020). *Manual de técnicas de Intervención cognitivo conductuales*. Editorial Desclée Brouwer. https://ebg.ec/wp-content/uploads/2020/05/Manual_de_Tecnicas_de_Intervencion_Cogni.pdf
- Sanz, J. (28 de octubre de 2013). *Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck(BAI) en la práctica clínica*. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>

- Solís, C. (2007). *El inventario clínico multiaxial de Millon – II (MCMI – II): Validez y Confiabilidad en pacientes de dos hospitales de salud mental de Lima Metropolitana*. [Tesis para licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú] <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4820>
- Tuppia, A (2020). *Psicooncología: Técnicas de intervención en adultos*. [Tesis de Bachiller, Universidad Católica San Pablo] http://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/20.500.12590/16337/1/TUPPIA_RA_MOS_AND_PSI.pdf
- Velázquez, A., García, M., Alvarado, S. & Angeles, J. (Junio de 2007). *Cáncer y psicología. Gaceta Mexicana de Oncología. Volumen 6, num 3*. Sociedad Mexicana de Oncología. <https://www.gamosmeo.com/temp/GAMO%20V6%20No%203%20mayo-junio2007.pdf#page=19>
- Vera, I. y Trujillo, A. (2017). *Clínica psicoanalítica para pacientes con cáncer*. <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>

ANEXO 2

Cronograma de intervención			
Sesión	Objetivos	Técnicas	Duración
1	Explorar motivo de consulta y problema Explorar conocimiento y conciencia de la enfermedad oncológica Alianza terapeutica Psicoeducación proceso terapeutico	Escucha activa Exploración de emociones y sentimientos Validación emocional Técnica de relajación	60 minutos
2	Evaluación de personalidad	Millon II	60 minutos
3	Evaluar niveles de ansiedad Evaluar estilo de afrontamiento	Beck Capo Tecnica respiración	60 minutos
4	Psicoeducar respecto a la enfermedad y sintomatología ansiosa. Devolución de los resultados de evaluación. Establecer objetivos terapéuticos	Escucha activa Diálogo socrático Escala conductual	60 minutos
5	Comprender la influencia de los pensamientos y emociones en la conducta. Entrenar en indentificar pensamientos y situaciones. Reconocer tensión y distensión en el cuerpo. Enseñar el proceso de autoregistro.	Registro ABC del pensamiento Técnica de relajación de Jacobson Escala condcutual	60 minutos
6	Identificar, analizar y modificar los pensamientos. Obtener resultados de su autoregistro y debatir. Entrenamiento en alternativa de pensamiento adaptativo. Continuar con relajación.	Reestructuración cognitiva Diálogo socrático Escala condcutual	60 minutos
7	Afianzar el registro de pensamiento. Habilidades para solución de problemas. Disminuir conductas de escape/evitación	Reestructuración cognitiva Registro ABC -D Escala condcutual	60 minutos
8	Potenciar sus habilidades para reconocer los problemas y solucionarlos. Entrenar en solución de problemas como estrategia de afrontamiento. Reconocimiento y valoración de logros	Reestructuración cognitiva Entrenamiento en solución de problemas Escucha activa Escala conductual Relajación jacobson	60 minutos
9	Desensibilización sistemática a situaciones estresoras.	Desensibilización sistemática Escala conductual	60 minutos
10	Desensibilización sistemática Exploración en satisfacción vital	Desensibilización sistemática Rueda de la vida Diálogo socrático	60 minutos

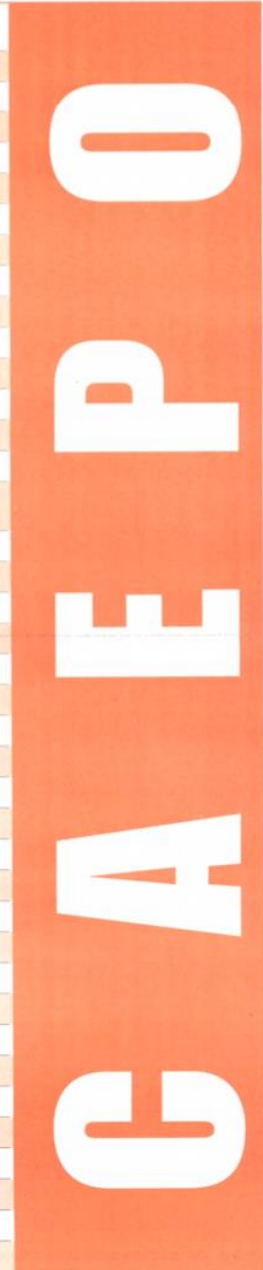
ANEXO 3

Cuestionario de afrontamiento al estrés. CAEPO

Nombre y apellidos: _____
 Centro: _____ Fecha: _____

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR O ACTUAR 0 Nunca 1 Algunas veces 2 Muchas veces 3 Casi siempre

1	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21	Procuró ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25	Procuró controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32	Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuró evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39	Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.	0	1	2	3
40	Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3



ANEXO 4

Cuestionario de ansiedad de Beck



Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Estado civil: _____ Profesión: _____ Estudios: _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY, marcando una X en el espacio correspondiente de la columna de cada síntoma.

	NADA EN ABSOLUTO	LEVEMENTE, no me molestó mucho	MODERADAMENTE, fue muy desagradable pero podía soportarlo	GRAVEMENTE, casi no podía soportarlo
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor				
3. Debilidad en las piernas				
4. Incapacidad para relajarme				
5. Miedo a que suceda lo peor				
6. Mareos o vértigos				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Sensación de estar aterrorizado				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Estar asustado				
18. Indigestión o molestias en el abdomen				
19. Sensación de irme a desmayar				
20. Rubor facial (sonrojarse, ponerse colorado)				
21. Sudoración (no debida al calor)				

ANEXO 5

Escala conductual de tensión en relación a las 10 sesiones: Elaboración propia

El evaluado señala entre 1-10 el nivel de sensación de tensión, siendo 0 nada de tensión y siendo 10 máxima tensión.

Sesión	Tensión corporal 0 - 10
1	9/10
2	9/10
3	7/10
4	7/10
5	5/10
6	4/10
7	3/10
8	5/10
9	4/10
10	3/10