



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN DEPRESIÓN LEVE EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO

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

CLAUDIA CECILIA ORTEGA FERNANDEZ

LIMA – PERÚ

2022

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. CARLOS ALBERTO LÓPEZ VILLAVICENCIO

Presidente

Mg. CECILIA PATRICIA CASTRO CHÁVARRY

Vocal

Mg. CAROLINA JESUSA MAYORCA CASTILLO

Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Mg. MARÍA ELENA APUMAYTA ROSAS

DEDICATORIA

A mi familia y docentes universitarios

AGRADECIMIENTOS

Deseo iniciar mi agradecimiento a la Mg. María Elena Apumayta, quien ha guiado este trabajo. Su paciencia, experiencia y orientaciones han ayudado a que esta investigación haya podido tomar forma.

Quiero agradecer también a la Universidad Peruana Cayetano Heredia, especialmente, a la Facultad de Psicología, por haberme brindado todos los conocimientos, habilidades y ética del trabajo académico, así como por su apoyo constante en los últimos años de carrera y posterior a la obtención del grado de bachiller; a las docentes Mónica Velasco y Patricia Iparraguirre, quienes gracias a su coordinación y esfuerzo han podido realizar el taller de trabajo de manera grupal; y a los docentes de pregrado del área clínica, quienes desde sus lecciones en aulas y la experiencia en campo han ido forjando mi interés y aprecio por la clínica y las personas a quienes nos dirigimos.

Por último, agradezco a mis padres y hermana, quienes siempre han estado apoyándome en todo, brindando alegría y seriedad a mi vida académica, con quienes puedo compartir metas y llenarlos de orgullo.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	
Abstract	
Introducción	1
Capítulo 1	3
Experiencia profesional y Contexto	3
1.1. Descripción de la institución	3
Capítulo 2	15
Marco teórico	15
Capítulo 3	27
Metodología	27
3.1. Contextualización del problema	27
3.2. Intervención	38
Capítulo 4	54
Resultados	54
4.1. Resultados	54
4.2. Reflexión de la experiencia.....	58
Recomendaciones.....	60
Conclusiones	61
Referencias bibliográficas.....	62

Lista de tablas

Tabla 1. Análisis FODA de la institución	4
Tabla 2. Cronograma de actividades en sede	14
Tabla 3. Problema delimitado por áreas.....	38
Tabla 4. Sesión modelo de intervención	42
Tabla 5. Cronograma de trabajo.....	49
Tabla 6. Monitoreo de la intervención	50
Tabla 7. Evaluación de la intervención	52

Lista de figuras

Figura 1. Organigrama de la institución.....	9
Figura 2. Análisis de la situación problema del caso.....	54

RESUMEN

Este trabajo busca presentar el desarrollo de un caso clínico de depresión leve realizado durante la rotación en una sede en un instituto nacional de salud, ubicado en Lima. El caso es de un paciente adulto mayor, diagnosticado con Linfoma no Hodgkin, en segundo estadio, quien al momento de llegar a consultorio externo no había comenzado aún su tratamiento oncológico, pues cursaba con un cuadro de tuberculosis que debía ser atendido en primera instancia antes de iniciar el tratamiento de radioterapia.

El objetivo principal es reforzar recursos internos cognitivos y emocionales para afrontar diagnóstico oncológico en el paciente con depresión leve. Para ello, la metodología se encuentra centrada en la Terapia Cognitiva Conductual; a partir de allí, se utilizaron las técnicas de escucha activa, psicoeducación, entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática, imaginación guiada, entrenamiento en técnicas de comunicación asertiva, validación de emociones, exploración de pensamientos y reestructuración cognitiva, diálogo socrático, programación y estructuración de actividades. Los resultados alcanzados han sido una disminución en la sintomatología depresiva, desde las áreas emocionales, cognitivas, conductuales y sociales, lo que logró en el paciente un afrontamiento más saludable a su diagnóstico oncológico.

Es posible concluir que la intervención desde la metodología elegida para este caso de depresión leve ha sido muy útil en situación de diagnóstico oncológico.

Palabra clave: cáncer, depresión, psicooncología, terapia cognitivo conductual

ABSTRACT

This paper aims to present the development of a clinical case of mild depression performed during a rotation at a national health institute located in Lima. The case is of a senior patient, diagnosed with a second stage non-Hodgkin Lymphoma, who at the time of arriving at the outpatient clinic had not yet begun his oncological treatment, as he had a tuberculosis condition that should be treated in the first instance before starting radiotherapy treatment.

The main objective is to reinforce internal cognitive and emotional resources to face oncological diagnosis in the patient with mild depression. For this purpose, the methodology is focused on Cognitive Behavioral Therapy; from there, the techniques of active listening, psychoeducation, training in diaphragmatic breathing techniques, guided imagination, training in assertive communication techniques, validation of emotions, exploration of thoughts and cognitive restructuring, Socratic dialogue, programming and structuring of activities were used. The results achieved have been a decrease in depressive symptomatology, from the emotional, cognitive, behavioral and social areas, which achieved in the patient a healthier coping with his oncological diagnosis.

It is possible to conclude that the intervention from the methodology chosen for this case of mild depression has been very useful in a situation of oncological diagnosis.

Key words: cancer, depression, psycho-oncology, cognitive behavioral therapy

INTRODUCCIÓN

El propósito de este estudio es mostrar el desarrollo de la evaluación e intervención psicológica en un paciente diagnosticado con linfoma no Hodgkin, llevado a cabo en un instituto nacional de salud. A nivel internacional, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud–OMS (2021) el diagnóstico de cáncer se encuentra como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, con un total de casi 10 millones de fallecimientos durante el año 2020. En el Perú, de acuerdo con el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2017), se evidenció un crecimiento en las tasas de incidencia para todos los tipos de cánceres para hombres y mujeres comparando los periodos entre 1968-1970 y 2004-2005. El crecimiento en los hombres fue de 152,2 a 174,0 por 100 000; y en las mujeres, de 166,8 a 187,0 por 100 000 (INEN, 2017). De manera más específica, en relación con el Linfoma no Hodgkin, hubo también un crecimiento en el registro de casos nuevos entre los años 2009 y 2018, de 535 a 610 (INEN, 2019). Al ser una enfermedad crónica, cuyos números de casos nuevos van en aumento a lo largo de los años, y que en ciertos casos puede evitarse su aparición, es necesario el poder reducir factores de riesgo y emplear estrategias de prevención basadas en evidencia científica. Esto permitirá reducir la carga de morbilidad en el paciente, así como de otras comorbilidades producto de un diagnóstico oncológico, como lo son la depresión, ansiedad u otro diagnóstico asociado a la salud mental.

Por ello, en esta investigación, se buscará mostrar la reducción de la sintomatología depresiva y el reforzamiento de recursos internos en un paciente oncológico, para ello se ha organizado el contenido en cuatro capítulos. En el primer

capítulo, se presenta la experiencia profesional y el contexto del ambiente laboral durante el cual ocurre el caso clínico. En el siguiente capítulo, se desarrolla el marco teórico de las variables de este trabajo, señalando además los antecedentes a nivel nacional e internacional. Por otro lado, el tercer capítulo comprende la metodología utilizada para analizar el caso clínico, e incluye la contextualización del problema y el planteamiento de la estrategia a utilizarse para la evaluación e intervención. En el último capítulo, se presentan los resultados obtenidos, junto a una reflexión acerca de la experiencia relacionada al caso, y las conclusiones y las recomendaciones en relación con la intervención realizada.

Capítulo 1

Experiencia profesional y Contexto

1.1. Descripción de la institución

La institución es un centro de salud especializado, público, dedicado al diagnóstico, tratamiento e investigación de enfermedades oncológicas. Su visión, según la página institucional en línea, es lograr una nación sin cáncer avanzado a partir de políticas y acciones que favorezcan la prevención y control de la enfermedad de manera universal y justa. Por otro lado, su misión, encontrada en el mismo sitio, es lograr una atención integral del paciente con diagnóstico oncológico a partir de la protección, promoción, prevención, realizar un manejo de los servicios sanitarios a nivel nacional de enfermedades neoplásicas y ejercer investigación y enseñanza dentro la institución. Los valores con los que esta empresa cuenta están relacionados con el Código de Ética de la Función Pública (Ley 27815, 2002). Mientras que los empleados deben cumplir ocho principios en sus labores (art. 6), que son el respeto, la probidad, la eficiencia, la idoneidad, la veracidad, la lealtad, la obediencia, la justicia, la equidad y la lealtad al estado de derecho, los principios propuestos en la empresa son, de manera específica, la calidad y la excelencia, la escuela, la sensibilidad social, las alianzas, la innovación y el compromiso. Además, dentro del plan estratégico de la institución, encontrado su misma página, se hallan los siguientes objetivos estratégicos:

- Reducir la mortalidad por cáncer en las neoplasias más frecuentes (mama, cuello uterino, estómago, pulmón, próstata) en la población peruana.

- Reducir la mortalidad por cáncer en las neoplasias más frecuentes (mama, cuello uterino, estómago, pulmón, próstata) en la población peruana.
- Promover la participación responsable de la sociedad organizada en el cuidado de salud de la población, fortaleciendo acciones colaborativas preventivo-promocionales en el continuo proceso salud enfermedad en materia oncológica.
- Promover la mejora de la calidad de los servicios oncológicos a nivel nacional con el desarrollo de la normatividad y la información estadística y epidemiológica.
- Impulsar el desarrollo de la investigación y la educación en materia oncológica a nivel nacional.
- Mantener y mejorar los procesos estratégicos, de soporte institucional y Sistema de Calidad en la institución.
- Mejorar la implementación del Sistema de gestión de riesgos ante emergencias y desastres en la institución.

Respecto a un análisis FODA de la institución durante el plazo de la experiencia laboral, realizado para este trabajo por la bachiller, muestra lo siguiente:

Tabla 1. *Análisis FODA de la institución*

Fortalezas	Oportunidades
Cuenta con un adecuado sistema organizacional	Reconocimiento por parte de la nación
Atención a pacientes en todos los niveles	Apoyo por parte del Estado peruano
Cuenta con apoyo de otras instituciones u organizaciones sin fines de lucro	Conexiones y convenios internacionales
Presenta diversos servicios de atención sanitaria	Pacientes de bajos recursos pueden acceder a la atención mediante el servicio Seguro Integral de Salud (SIS)
Personal altamente calificado	Institución ubicada de manera estratégica en la ciudad capital (acceso por diferentes líneas de transporte urbano)
Realiza capacitaciones continuas a personal	

Adecuado registro de atenciones, actualmente de manera virtual	Accesibilidad al instituto
Debilidades	Amenazas
Presencia excesiva de trámites burocráticos	Cambios en Ministerio de Salud afecta la toma de decisiones
Insuficientes albergues para familiares migrantes	Posible reducción en presupuesto a la institución por parte del Estado depende del gobierno de turno
Diferencia en la atención a pacientes dependiendo del sistema de salud al que pertenezcan	Demora del proceso de descentralización de la atención oncológica
Alta demanda de atención	Complicaciones en la salud de los pacientes o nuevos diagnósticos
Espacios destinados al trabajo en consultorio de psicología limitados o compartidos con otros profesionales	No adherencia al tratamiento por parte de los pacientes en su domicilio
Guía de atención en psicología desactualizada	Situación pandémica afecta en la aceptación de pacientes nuevos y en el monitoreo de los antiguos

Breve descripción y reseña

La institución, creada en 1939, se ubicó en un inicio en el distrito de Cercado de Lima del departamento de Lima. Más adelante, en 1983, se trasladó a su sede actual. Desde sus primeros años, esta ha buscado actualizarse en áreas como infraestructura, tratamiento y capacitaciones, y ha obtenido reconocimientos de organismos internacionales acerca de su capacidad de docencia oncológica. Es a partir de los años 2000 cuando se presentan los mayores cambios en la atención de pacientes oncológicos, como el enfoque en la prevención del cáncer mediante la promoción de la salud, un diagnóstico precoz y pronta atención en tratamiento para el manejo de la enfermedad, y ha tenido como estrategias clave educar y fomentar estilos saludables de vida. Así, llegó al 2003 con la instauración de la Semana Perú Contra el Cáncer, llevada a cabo en el mes de octubre, con el fin de crear conciencia en la ciudadanía. De igual manera, inició por esos años un proceso de descentralización a partir de la creación de centros atencionales oncológicos en otras sedes hospitalarias y en otras

regiones del país. Asimismo, desde el 2006 se da inicio a la actualización tecnológica de la institución a partir de la adquisición de modernos equipos biomédicos y de la promoción y prevención radial acerca del cáncer en emisoras nacionales.

Puesto desempeñado

El puesto desempeñado fue el de interna de psicología del turno tarde, cuyas principales funciones estuvieron relacionadas a la prevención, la promoción, el diagnóstico, la intervención y el acompañamiento a las personas afectadas de cáncer y sus familiares. Se realizaron las siguientes actividades:

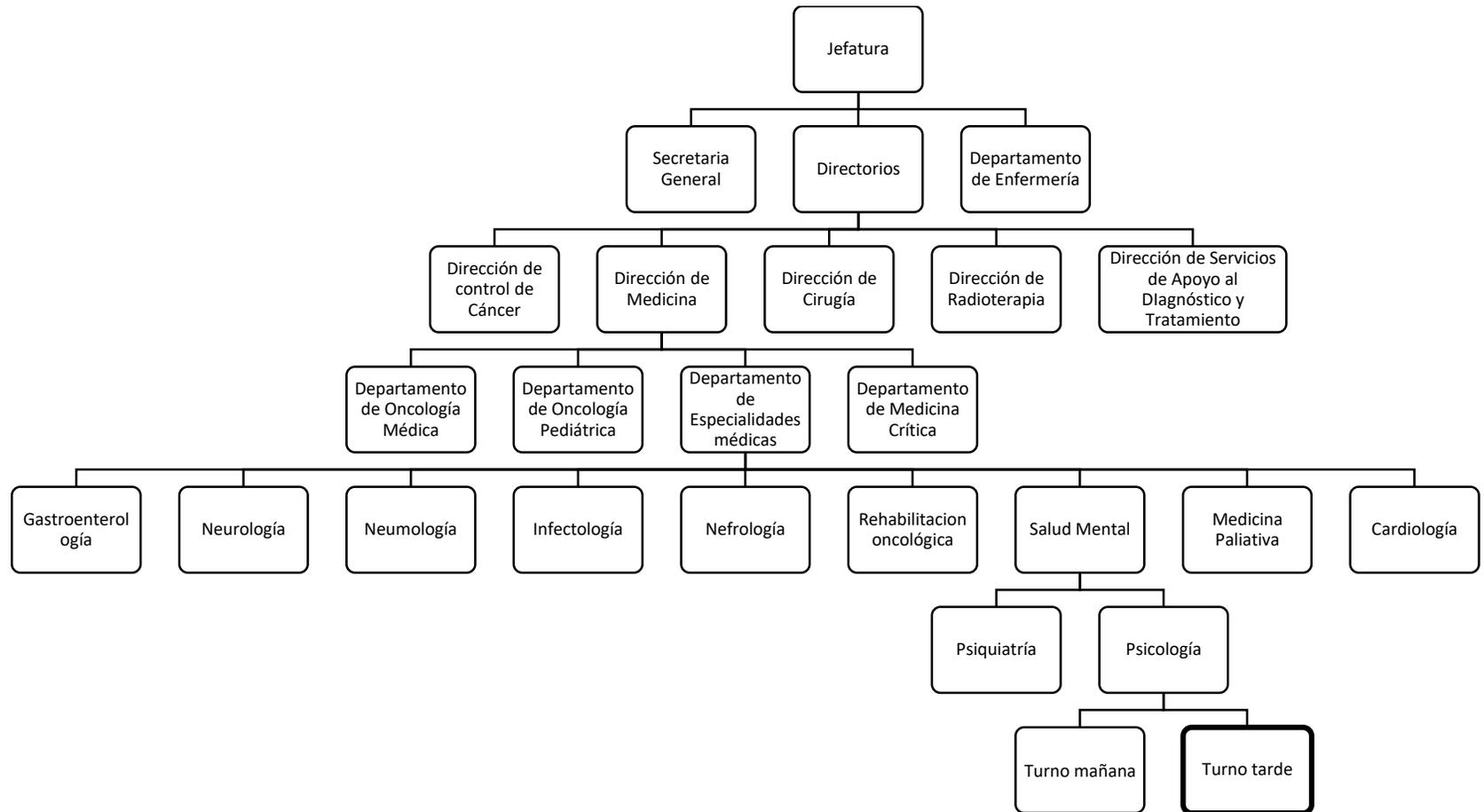
- Pruebas de screening o cribado y evaluación del estado emocional del paciente en hospitalización y tratamiento ambulatorio.
- Intervención individual a pacientes que se encuentren en hospitalización, en las diversas áreas del instituto.
- Evaluación e intervención individual en consulta externa: dirigido a pacientes oncológicos de los diferentes grupos de edades, y en el caso de menores de edad también a los padres o tutores.
- Orientación y consejería dirigida a pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- Soporte a paciente y familiar en situación de crisis: realizado, principalmente, cuando el paciente ha llegado al área de emergencia o ha recibido nueva información acerca de su diagnóstico, pronóstico o tratamiento, y al familiar cuando han ocurrido cambios súbitos en el estado de salud del paciente.

- Elaboración de materiales para la intervención en casos clínicos: al no contar con una guía de procedimiento para la atención de los pacientes en psicología o de pruebas fijas, se elaboran materiales para la evaluación e intervención, y, dependiendo del caso, se modifican según las características del paciente, contando con la supervisión de profesionales en psicología.
- Desarrollo de talleres psicoeducativos: diseño, elaboración de material y desarrollo de talleres dirigidos a familiares de pacientes hospitalizados, de consulta externa y tratamiento ambulatorio.
- Colaborar en el trabajo multidisciplinario de la institución: mediante el aporte acerca del estado emocional del paciente al personal sanitario, el desarrollo de la interconsulta al área de psicología y la orientación y consejería al personal de enfermería y personal técnico en el manejo de casos específicos.
- Exposición de casos clínicos: frente a profesionales en psicología y otros internos se lleva a cabo la presentación de casos clínicos, de las áreas de hospitalización o consulta externa, que requiera una opinión grupal acerca del avance del proceso de intervención con el paciente.
- Actualización en intervención psicológica en oncología: mediante la exposición frente a profesionales en psicología y otros internos, se llevaba a cabo la actualización en cuanto a diagnósticos, comorbilidad e

intervenciones psicológicas sobre el cáncer en los diferentes grupos humanos, en pacientes y familiares.

La división del área de salud mental, como se ve en la Figura 1 elaborada para este trabajo, se encontraba a cargo del psiquiatra, y a esta área pertenecía Psicología, cuyos responsables, que eran un jefe principal y uno anexo, estaban destinados a la coordinación de los turnos de mañana y tarde, ambos psicólogos clínicos, siendo el encargado del turno de tarde, además, un magíster en Psicología.

Figura 1. Organigrama de la institución



El área de salud mental, ubicada en el segundo piso del área de consulta externa de la institución, estaba conformada por la recepción, tres salas de consultorios, una sala común y un baño. Por su parte, el ambiente de la recepción no solo estaba destinado a la secretaria del área, quien se encargaba de la recepción y registro de pacientes y la búsqueda de historias clínicas, sino también a algunos pacientes y sus acompañantes para que esperasen los resultados, por eso había mobiliario como una mesa y sillas. En cuanto a las salas de consultorio, tanto las dos que se encontraban en el área de salud mental como la tercera sala situada en el primer piso de consulta externa, contaban con un escritorio amplio, una computadora con impresora anexada a ella, material de oficina, documentos de los profesionales en psicología, instrumentos de evaluación psicológicos y material didáctico para adultos y niños. En una de estas salas se realizó la intervención psicológica al paciente del presente trabajo. La sala común contaba con cuatro computadoras y una impresora, sillas para internos, casilleros para los profesionales e internos y material académico de consulta para internos. Otras áreas de trabajo se encuentran divididas de la siguiente manera: tratamiento ambulatorio, salas de espera de consulta externa y tratamiento en el primer piso, hospitalización adolescente en el tercer piso, hospitalización SEPIN-UTM en el sexto piso, hospitalización cirugía en el cuarto, quinto y sexto pisos, y hospitalización pediatría en el séptimo piso.

Plan de trabajo

1. Generalidades

1.1. Ubicación: Surquillo, Lima, Perú

1.2. Área y periodo de duración en la sede de trabajo: Departamento de Psicología, doce meses

1.3. Horario de permanencia en la sede: Cinco días a la semana de 13:00 a 19:00 horas (turno de tarde), y algunos sábados de 8:00 a 13:00 h

1.4. Horario de supervisión del asesor de la sede: De 6:00 p.m. a 7:00 p.m.

2. Actividades generales

2.1. Actividades del área

- Evaluación y diagnóstico. En los ambientes de consulta externa y de hospitalización, las actividades realizadas de observación conductual, entrevista semiestructurada y aplicación de pruebas de screening o cribado buscan obtener la información necesaria para conocer las características cognitivas, emocionales y sociales del paciente, en la situación en que se encuentre. Una vez obtenida dicha información, se brinda una impresión diagnóstica psicológica, además de ofrecer apoyo emocional y establecer junto con el paciente un plan de intervención a seguir. El número de intervenciones en el área de hospitalización dependerá, además, del tiempo en que este se encuentre dentro de la institución. Asimismo, en la consulta externa, se elabora un registro en historia clínica y se aplican otros instrumentos psicológicos para desarrollar una impresión diagnóstica más precisa.
- Intervención terapéutica. En los ambientes de consulta externa y de hospitalización, las intervenciones terapéuticas realizadas corresponden a

la situación específica del paciente, mediante el uso de necesarias técnicas y herramientas asociadas a la impresión diagnóstica desde diferentes perspectivas.

- Orientación y consejería. Las actividades de orientación y consejería pueden ser brindadas en todos los niveles del proceso de intervención. Al ocurrir esto desde el inicio de la intervención, se identifican algunos aspectos puntuales de la situación y se brinda información necesaria para orientar al paciente o familiar en el manejo de la dificultad que ese momento se presenta o en la búsqueda de posibles soluciones.
- Tratamiento de problemas individuales y grupales. Por un lado, las actividades en el trabajo individual se realizan tomando en consideración a las necesidades del paciente, tomando en cuenta los aspectos de este desde las áreas cognitiva, emocional, social, conductual, académico o laboral. Por otro lado, las actividades en el trabajo grupal se realizan tomando en consideración a las necesidades del paciente o familiares, después de un sondeo realizado a los mismos u otros pacientes o familiares, tomando en cuenta los aspectos asociados a las áreas cognitiva, emocional, social, conductual, académico o laboral del paciente o de los familiares. Tanto en la intervención individual como en la grupal se realizan las actividades dirigidas a situaciones de crisis, intervención psicoterapéutica en consulta externa y hospitalización, así como talleres grupales en hospitalización o en auditorio para en caso de atenciones ambulatorias.

2.2. Investigación

La investigación realizada dentro de la experiencia laboral en la institución se basó no solo en la revisión de material académico sobre las distintas áreas de las características psicológicas y de calidad de vida del paciente con cáncer, del familiar o del personal sanitario, sino también en la presentación de casos clínicos al finalizar la actividad laboral frente al equipo de psicología.

2.3. Proyección a la comunidad

Se llevó a cabo, principalmente, durante la semana de lucha contra el cáncer, en el mes de octubre, momento que busca crear conciencia en la población asistente sobre la importancia en la prevención de esta enfermedad a partir de cambios en la conducta para adoptar estilos de vida saludable. Desde el área de psicología se diseñan y facilitan los talleres dirigidos a los asistentes, y, además, se crean los materiales informativos y didácticos a ser distribuidos en asistentes y familiares de pacientes hospitalizados.

3. Recursos

3.1. Recursos humanos

El Servicio de Psicología cuenta con ocho profesionales de psicología colegiados, veinticinco psicólogos en formación y una secretaria.

3.2. Recursos materiales

De igual manera, este Servicio de Psicología cuenta con siete computadoras con acceso a Internet, cuatro impresoras anexas a las computadoras y una fotocopidora. Además, cuenta con muebles (escritorios, clósets, alacenas y casilleros) para el almacenamiento de materiales psicológicos, de consulta y didácticos, así como las

pertenencias de los integrantes del equipo de Psicología. También dispone de materiales de oficina en cantidades necesarias al uso (lapiceros, lápices, borradores, colores, plumones, pizarra acrílica personal, hojas bond), que son repartidos al inicio de cada rotación. Por último, posee material de bioseguridad descartables (mascarillas, guantes látex, mandil), que son repartidos a los internos al inicio de cada rotación y repuestos dependiendo de la situación, como es el caso de pediatría, adolescentes, SEPIN-UTM, y UCI, así como un dispensador de agua y vasos para el consumo del personal de Psicología y pacientes.

4. Cronograma de actividades

Tabla 2. *Cronograma de actividades en sede*

ACTIVIDAD	TIEMPO EN MESES											
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE
1. SEPIN-UTM	X	X	X									
2. Cirugía				X	X	X						
3. Emergencia y quimioterapia							X	X	X			
4. Pediatría										X	X	X
5. Caso clínico												X

Capítulo 2

Marco teórico

Cáncer

De acuerdo con Cruzado (2010), esta es una enfermedad multicausal, de distinto comportamiento en relación con el crecimiento de células al compararse con otras enfermedades. En este caso, según explica, la característica más común es la proliferación anormal de células, con capacidad de diseminación mediante los mecanismos de invasión (migración directa de células cancerosas en un tejido contiguo al infectado) o metástasis (viaje de las células cancerosas por medio del tejido linfático o del torrente sanguíneo). Los tipos más comunes de células afectadas son los de tipo carcinoma, ubicados en la superficie interna o externas del cuerpo; sarcomas, ubicados en tejidos de sostén como son el hueso, cartílago, tejido conectivo, músculo o grasa; linfomas, ubicados en tejidos de ganglios linfáticos y del sistema inmunológico; y leucemias, que es el crecimiento exponencial de células inmaduras que se acumulan en vasos sanguíneos.

En el Perú, el número de nuevos casos en el año 2018 fue de 3685 (3357 de linfomas no Hodgkin y 328 de Hodgkin), y el número de muertes fue de 1440 (1335 en no Hodgkin y 105 en Hodgkin). Esto los ubica en quinto lugar en frecuencia de cáncer, por debajo de las neoplasias de próstata, mama, estómago y cérvix.

En el país, existe una proporción similar entre hombres y mujeres, y un rango de edad de presentación muy amplio, con un promedio de 50 años.

Respecto a las causas, de acuerdo con el Código Europeo Contra el Cáncer, (cit. por Cruzado, 2010), se considera que es posible evitar alrededor del 70 % de tumores

malignos si la población adoptase hábitos de vida saludable. Entre los factores de riesgo que influyen en la aparición de diagnósticos oncológicos se encuentran el tabaco, la dieta alta en grasas saturadas, la baja en fibra, la ausencia de frutas y verduras, el consumo de alcohol, el contacto de superficies del cuerpo con sustancias tóxicas, el consumo de drogas o fármacos considerados carcinógenos, los riesgos ocupacionales (trabajos madereros, de limpieza de hollín, labores en centrales nucleares), las infecciones virales y las alteraciones del ADN.

El tratamiento del cáncer, clasificado en Cruzado (2010), pueden ser cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o inmunoterapia.

Depresión en cáncer

El cáncer, al ser un diagnóstico temido y altamente mortal, es una fuente de angustia constante para los pacientes y sus familiares. Un diagnóstico de esta enfermedad genera una mayor sensación de angustia que enfermedades no neoplásicas con peor pronóstico (Linden *et al.*, 2012). Los altos niveles de angustia mental durante periodos sostenidos de tiempo en pacientes con cáncer pueden provocar ansiedad, depresión o ambas (Brintzenhofe-Szoc *et al.*, 2009). Esta sintomatología mixta es muy frecuente, con dos tercios de los pacientes de cáncer con depresión que también expresan niveles clínicamente significativos de ansiedad (Colleoni *et al.*, 2000).

Un diagnóstico de depresión puede llevar a una menor calidad de vida y, a su vez, incrementar las posibilidades de muerte (Colleoni *et al.*, 2000); Pinquart y Duberstein, 2010). Así, se aprecia que la afectación del estado de ánimo y del bienestar mental en el proceso de enfermedad es considerado importante en el cuerpo médico y

en los pacientes, como indica porcentajes altos en la percepción de afectación por parte de oncólogo y pacientes (Lemon *et al.*, 2004).

Para Brintzenhofe-Szoc *et al.* (2009), el lugar de cáncer de origen influye también en los niveles de depresión, siendo este más común en pacientes de cáncer pancreático y pulmonar, y menor en cáncer a la piel.

Intervención psicológica en cáncer

Cruzado (2010) señala la importancia de la psicooncología como el campo interdisciplinar dedicado a la “prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos” (p. 22), así como a la optimización en el diálogo entre el personal sanitario. La intervención psicológica en cáncer es realizada, primordialmente, al paciente y familiares para el afrontamiento de manera adecuada del diagnóstico y tratamiento, y sus principales funciones son las siguientes:

- Prevención y promoción de estilo de vida saludables
- Evaluación clínica y de la salud
- Tratamiento de los problemas asociados al proceso de enfermedad
- Intervención al personal sanitario, con miras a la prevención del *burnout* a partir de la actualización en habilidades comunicativas
- Investigación de factores psicológicos implicados en cáncer

Investigaciones nacionales e internacionales

- Por un lado, la tesis *Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal* (Rojas, 2016), busca mostrar la relación entre las dimensiones del concepto calidad de vida relacionado con

el de la salud y el afrontamiento. Para ello, se le aplicó a un grupo de 38 pacientes adultos entre 31 a 70 años con diagnóstico de cáncer gastrointestinal los instrumentos de Calidad de Vida con referencia a la Salud y el inventario de estimación de COPE (estilos de afrontamiento). Se encontró que en este grupo existen niveles promedio y alto en las dimensiones de calidad de vida, exceptuando a las dimensiones de rol físico y de componente físico. De esta manera, se indicó que en la mayoría de ellos se percibe una buena calidad de vida. También, existen relaciones significativas entre la dimensión del estilo de vida evitativo de manera inversa al estilo de afrontamiento de desentendimiento conductual. Las dimensiones de estilo de vida como calidad de vida, salud mental y salud general se encuentran asociadas de manera directa a los estilos de afrontamiento de planificación y acudir a la religión. Además, respecto al afrontamiento se observó que la muestra hace un mayor uso del estilo centrado en la emoción y de la estrategia de acudir a la religión. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en la CVRS según antecedentes de enfermedad y en afrontamiento con las variables de sexo, estado civil y nivel de instrucción.

- Por su parte, Quezada (2020), en su tesis *Efectividad de las intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor en niños y adolescentes con cáncer*, pretende encontrar cuál es la efectividad de intervenciones no farmacológicas en niños con diagnóstico de cáncer infantil, enfocado en el manejo del dolor en los grupos de niños y adolescentes. Este trabajo,

realizado a partir de la revisión sistemática de diecinueve artículos en español, inglés y portugués, seleccionados luego de la evaluación mediante el sistema PRISMA de investigaciones publicadas, concluye que, frente al resto de intervenciones no farmacológicas, son las psicoterapias cognitivos-conductuales y las estrategias de actividades físicas las más comunes y aquellas que ofrecen una efectividad de nivel moderado en comparación con otros tipos de intervenciones.

- De igual manera, la investigación realizada por Cárdenas y Mendoza (2019), titulada *Depresión y resiliencia en pacientes oncológicos de un hospital de Huancayo-2019*, busca encontrar la relación, por un lado, entre la depresión y la resiliencia; y, por otro, entre la depresión y las diferentes dimensiones de resiliencia. Esto se realizó a partir de un estudio con metodología no experimental-transversal, en un grupo de 24 pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, mediante la aplicación de los instrumentos Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Los resultados fueron que una tercera parte de los pacientes presenta un nivel depresión leve, y menos de una décima parte presenta un nivel de depresión moderado. Además, encontraron que existe una correlación inversa entre los constructos de depresión y resiliencia, y entre la depresión y las dimensiones de resiliencia. Esto les permitió sugerir que las futuras investigaciones tuviesen una intervención enfocada en fortalecer la

resiliencia para ayudar a disminuir los niveles de depresión de los pacientes hospitalizados.

- Del mismo modo, Beltran (2019), en su investigación titulada *Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que asisten a consultorio externo de un Hospital, Arequipa 2019*, tiene como objetivo determinar el nivel de prevalencia de los factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos que asistan a consulta externa de un hospital. La muestra del estudio estuvo conformada por 92 pacientes mayores de 14 años. Fue evaluada mediante una entrevista y mediante la Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la cual cuenta con subescalas para evaluar ansiedad y depresión. Los resultados hallados arrojan una prevalencia a la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes de alrededor del 64,13 %, el 4,35 % presentó solo depresión y el 18,48 % no presentó ninguno de los síndromes. Respecto a los factores de riesgo, aquellos vinculados al diagnóstico de cáncer cuentan con una asociación con niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, como lo son el tipo de cáncer y el último tratamiento recibido con radioterapia, mientras que factores demográficos o factores sociales no evidenciaron asociación con niveles de ansiedad o depresión.
- Por otro lado, el propósito del artículo “Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama en un hospital público” (Berrospi-Reyna *et al.*,2017) tuvo como propósito conocer la

prevalencia y evaluar los factores asociados a sintomatología depresiva en una muestra de 385 pacientes en Lima, todas ellas mujeres con diagnóstico oncológico. Para ello, se empleó una metodología transversal analítica y se empleó el instrumento Escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9), que evalúa sintomatología depresiva, además de recolectar información sociodemográfica a partir de una entrevista. Los resultados indican que, del total de la muestra, existe una prevalencia de depresión de 21,29 %. A partir de un análisis bivariado, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el constructo de síntomas depresivos y los constructos de grado de instrucción, disnea, insomnio, dolor, síntomas gastrointestinales y síntomas generales, aunque un análisis multivariado indica solo encontrar la asociación entre los constructos de síntomas depresivos y síntomas gastrointestinales. Asimismo, los autores señalan que en pacientes de cáncer de mama se encuentra una alta frecuencia de sintomatología depresiva asociada a síntomas gastrointestinales, lo cual ha de ser tomado en cuenta por los profesionales de la salud en una futura intervención.

- En el caso de la investigación realizada por De la Puente Rojas y Pérez (2017), titulada *Terapia cognitiva basada en mindfulness en la reducción de estrés percibido y depresión en pacientes con cáncer de mama*, se espera comprobar qué tan efectiva es la terapia basada en *mindfulness* para lograr disminuir los niveles de estrés y depresión. Para ello, se elaboró un estudio con metodología experimental, y se eligieron a 26 mujeres diagnosticadas

con cáncer de mama y hospitalizadas, todas adultas (37 a 73 años); al grupo de estudio se le aplicaron los instrumentos psicológicos de Cuestionario de Estrés Percibido y de Inventario de Depresión de Beck-II. Los resultados mostraron que, gracias al programa de intervención terapéutica basada en *mindfulness*, bajo las técnicas de visualización y exploración guiada, relajación, exploración corporal y postura de yoga, se redujeron los niveles de estrés percibido y depresión, de manera significativa en el grupo experimental, quienes del total de pacientes, siendo 50 % con diagnóstico depresión moderada y 30 % con depresión severa, se logró posterior a la intervención alcanzar un porcentaje de pacientes con nivel de depresión mínima (50%) y niveles de depresión leve (30%), observándose el cambio positivo que tuvo el taller en sus diagnósticos.

- En el caso del artículo “Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis” (Jia *et al.*, 2017), se realizó un análisis sistemático en el que se obtuvieron 89 716 casos de 25 investigaciones, y se encontró que existe una pequeña asociación positiva entre la depresión y el riesgo de aparición general de cáncer. Asimismo, se identificó que la depresión puede aumentar el riesgo de desarrollar posteriormente cáncer de hígado y cáncer de pulmón, además de ello no se hallaron asociaciones significativas para cáncer de mama, próstata o colorrectal. De igual manera, sugieren estudios multinacionales y de muestras más grandes para seguir investigando y respaldar estas asociaciones, e incluir factores asociados como consumo de alcohol y tabaco en futuras investigaciones.

- El artículo “Anxiety and Depression in Cancer Patients: The Association with Religiosity and Religious Coping” (Ng *et al.*, 2017) menciona que en la literatura existente no se encuentra suficiente información acerca de la asociación entre la religiosidad y el afrontamiento religioso en pacientes con cáncer. En este análisis transversal, se examina la religiosidad usando el Índice de Religión de la Universidad de Duke, el afrontamiento religioso usando la Escala Breve de Afrontamiento Religioso, la ansiedad y la depresión basada en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria entre 200 pacientes con cáncer. Se estudió la asociación entre religiosidad y afrontamiento religioso con la ansiedad y la depresión. Los hallazgos mostraron que los sujetos con ansiedad o depresión utilizaron un afrontamiento religioso más negativo y tenían una menor religiosidad no organizativa. Por lo tanto, las medidas para reducir el afrontamiento religioso negativo y fomentar las actividades religiosas ayudarían a reducir la angustia psicológica en los pacientes con cáncer.
- El trabajo “Assessing anxiety and depression in cancer patients” (Milligan *et al.*, 2018) señala que la evidencia empírica alcanzada sugiere que la ansiedad y la depresión en los pacientes con cáncer están infradiagnosticadas y, posteriormente, esta población de pacientes recibe poco o ningún apoyo o intervención para abordar sus necesidades psicosociales. A menudo es difícil distinguir entre la angustia emocional normal que se experimenta después de un diagnóstico de cáncer, y la

ansiedad y la depresión, que pueden tener un impacto significativo en los mecanismos de afrontamiento y los resultados posteriores. En el Centro Nacional para la Atención e Investigación del Cáncer de Qatar se llevó a cabo un estudio cualitativo utilizando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). El motor del cambio fue proporcionar evidencia de la necesidad de incorporar una evaluación en el proceso de admisión de enfermería como un medio de detección temprana y remisión posterior para intervenciones más formales si fuera necesario. La evidencia de los datos de resultado apoyó la hipótesis de que la ansiedad y la depresión estaban presentes en un número significativo del grupo de muestra. Esto respaldaría la propuesta de detección temprana y remisión posterior. Varios pacientes encuestados expresaron depresión de moderada a grave, lo que puede tener un impacto negativo en los resultados.

- En Canadá, Lupien *et al.* (2020) desarrollaron una investigación titulada “Stigma associated with parental depression or cancer: Impact on spouse and offspring's cortisol levels and socioemotional functioning”. Según indican, el estrés asociado con el cuidado de un cónyuge con una enfermedad mental puede afectar negativamente el estado de salud de los cuidadores y de sus hijos. Al estrés de la prestación de cuidados se suma el estigma que a menudo se coloca contra los cónyuges e hijos de personas con enfermedades mentales. A diferencia de las enfermedades mentales, muchos trastornos físicos, como el cáncer, pueden estar menos estigmatizados (como es el caso del cáncer de pulmón). En este estudio, los

autores buscan medir el estigma externalizado e internalizado, así como los marcadores de estrés psicológicos (síntomas depresivos y acontecimientos vitales estresantes) y marcadores fisiológicos (niveles basales de cortisol en saliva), dentro de un grupo de muestra de 115 esposos/esposas y 154 hijos de padres que presentaban un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, cáncer, o sin enfermedad (grupo de control). Los resultados muestran que las parejas y los hijos de familias con depresión parental presentan significativamente más estigma externalizado que los cónyuges e hijos de familias con cáncer parental o sin enfermedad. No se encontraron diferencias grupales en relación con el estigma internalizado. El análisis tampoco mostró una diferencia de grupo significativa ni para los cónyuges ni para sus hijos en la sintomatología depresiva, aunque los cónyuges del grupo de depresión de los padres informaron un mayor estrés laboral/familiar.

- Por último, el artículo “Condiciones familiares que favorecen la permanencia del acompañamiento el tratamiento de los pacientes oncológicos” (Solca *et al.*, 2020), tiene como propósito conocer las condiciones asociadas a la familia que puedan favorecer o no la adherencia al tratamiento. Para ello, este estudio de enfoque positivista, descriptivo con corte transversal, aplicó un instrumento de elaboración propia a 20 pacientes que reciben tratamiento por parte del hospital SOLCA de Portoviejo y un instrumento a 20 cuidadores principales de los pacientes que se encontraban acompañándolos. Como resultados se encontró que

existe un favorecimiento en la adherencia al tratamiento a partir de la permanencia del acompañamiento del familiar, y esto es debido a que se encuentran fortalecidas los aspectos de relaciones familiares y sociales, estable nivel socioeconómico, y del manejo emocional adecuado del grupo familiar.

Línea de investigación

De acuerdo con la Universidad Peruana Cayetano Heredia, este trabajo se encuentra dentro de la línea de investigación de Bienestar Psicológico y Salud Mental, puesto que la intervención psicológica realizada en el paciente oncológico toma en cuenta los factores internos de la persona (cognitivos, emocionales, sociales) asociados a su salud mental con el fin ayudar en la adaptación de la persona a su nuevo estado de salud y alcanzar el bienestar psicológico.

Capítulo 3

Metodología

3.1.Contextualización del problema

Paciente oncológico varón de 67 años de edad, nacido en el año 1949 en el departamento de Apurímac, reside en el distrito de San Borja, en casa de su cuñada (hermana de su esposa) porque debe realizar las atenciones en la institución. El paciente cuenta con estudios primarios completos y secundarios incompletos, su labor es la agricultura de sus tierras de cultivo en Abancay, donde vive originalmente con su esposa y su hija.

Asiste a consultorio de psicología de la institución por primera vez en el mes de setiembre del año 2016 (13-09-16), acompañado de su esposa, luego de ser diagnosticado en Abancay con Linfoma no Hodgkin folicular grado II y tuberculosis. El paciente refiere que “la noticia (diagnóstico oncológico) fue para mí como un baldazo de agua fría”, “me asustó saber que tenía que venir a Lima”, “me siento decaído, con bajos ánimos de hacer las cosas, a veces triste”. Por su parte, la esposa añade que el paciente además ha disminuido sus salidas y sus actividades domésticas o actividades relacionadas al cuidado personal. Según lo referido por el paciente, estos síntomas han empezado hace un mes posterior al diagnóstico médico realizado en Abancay. No recibe aún tratamiento de quimioterapia por ser necesario primero controlar el diagnóstico de tuberculosis hasta su segunda etapa.

En cuanto al área cognitiva, el paciente refiere ideas de incertidumbre asociados a una prognosis del diagnóstico oncológico (“me da miedo que avance el linfoma”, “no sé cuándo voy a iniciar la quimio”), de sorpresa (“me ha cambiado el mundo”), de

preocupación (“no sé si voy a salir de esto fácilmente”), y de incapacidad para hacer planes a corto, mediano o largo plazo y de poca apreciación hacia sí mismo (“me siento poco útil, no ayudo mucho en casa”).

Respecto al área emocional, el paciente refiere que a menudo se siente triste y apático, en algunas ocasiones con cierta labilidad emocional que llega al llanto, refiere además sentirse “nervioso” previo a la cita médica, dice: “Como que me tiemblan las manos, me siento congelado”. Refiere, además, tristeza por encontrarse lejos de su hogar. Asimismo, presenta sentimientos de preocupación, tristeza y culpabilidad al ver que su esposa realiza las actividades en lugar de él, acompañado de sensación de soledad por haber disminuido la frecuencia de sus conversaciones con ella, y por estar lejos de su hija.

A nivel conductual, el paciente manifiesta aislamiento, conductas de evitamiento y disminución de actividades domésticas. Por otra parte, la esposa indica que el paciente ha disminuido en el cuidado personal y no lo observa realizar ninguna actividad recreativa fuera de la habitación.

Por lo que concierne al área familiar, el paciente cuenta con un parcial apoyo social percibido: el apoyo instrumental es cumplido por su esposa mediante la coordinación, la prestación de ayuda material directa o servicio del apoyo *emocional* entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, constituyéndose en un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima y desempeñándose un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas. Por un lado, menciona que cuenta con el apoyo emocional por parte de su hija, aunque este se realice en pocas ocasiones y de manera

telefónica debido a la distancia. Por otro lado, señala que cuenta de manera parcial con el apoyo de su cuñada, del tipo instrumental.

Por último, en relación con el área de la psicooncología, el paciente cuenta con conocimiento y conciencia de su diagnóstico oncológico. Presenta débiles mecanismos internos de afrontamiento, como la espiritualidad, aunque sí capacidad de *insight*.

Evaluación del problema

Se utilizaron las siguientes herramientas de evaluación:

- Entrevista semiestructurada al paciente
- Entrevista semiestructurada a la pareja
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
- Inventario de Depresión de Beck

En primer lugar, el uso de la entrevista semiestructurada permite, mediante el contacto directo y la flexibilidad, obtener datos acerca del paciente y del motivo de consulta, y de esa manera determinar sus problemas y sus necesidades, así como los factores asociados a que se mantengan los problemas.

En segundo lugar, al realizar una entrevista semiestructurada con la pareja se obtiene información complementaria a lo ofrecido por el paciente, como es en la frecuencia de conductas, una observación externa acerca del estado emocional del paciente y más datos acerca de la dinámica entre pareja, entre otros datos que la pareja considera son necesarios brindar al entrevistador.

La elaboración de la anamnesis, teniendo como guía al modelo ofrecido por la institución, asegura el poder obtener información importante acerca del evaluado,

como el caso de filiación y de contacto; el motivo de consulta; sus antecedentes personales, por ejemplo, los datos relevantes a su desarrollo de infancia, adolescencia, y juventud, historia psicopedagógica durante la etapa escolar, historia laboral, antecedentes en consumo de sustancias, antecedentes psicopatológicos, antecedentes médicos, la historia familiar, cuáles son sus hábitos e intereses, y los agentes de soporte para la adherencia al tratamiento. Seguir un modelo de anamnesis permite lograr, a partir de lo mencionado por el paciente o familiar, una consolidación de la información previa al diagnóstico, relacionado al diagnóstico y la problemática que se presenta en ese momento.

Por otra parte, la observación de la conducta durante las sesiones de evaluación permite obtener información acerca del comportamiento de la persona y de su presentación frente a una situación de evaluación. Los detalles obtenidos están relacionados con la apariencia física, lenguaje verbal y no verbal, desplazamiento, estado físico, conductas repetitivas o signos de alarma.

En cuarto lugar, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) fue utilizada como instrumento de evaluación inicial, a partir de lo observado y lo expuesto por el paciente y familiar en consulta. Creada en 1983 por Zigmond y Snaith, la escala de 14 preguntas presenta dos subescalas de ansiedad y depresión, ambas independientes, las cuales responden a una escala tipo Likert de cuatro puntos (de 0 a 3), que busca evaluar los síntomas percibidos durante la última semana. La puntuación se realiza mediante la suma de cada pregunta, teniendo como rango por cada subescala de 0 a 21 y como puntuación global de 0 a 42, cuyos puntos de corte serían de 0 a 7 para un nivel normal, de 8 a 10 para un nivel dudoso, y de 11 en adelante para un nivel

clínico. La escala en su creación contó con validez convergente ($p < 0,05$), presenta sensibilidad de 0,74 a 0,84, y especificidad de 0,78 a 0,80, presenta una alta confiabilidad medida a partir de una consistencia interna (alfas entre 0,83 y 0,85) y de tipo test-retest ($r = 0,75$). En el Perú la adaptación a la institución fue llevada a cabo por Vilela (2018), y se obtuvo como evidencias de validez de contenido con índices altos y significativos ($p < .01$ y $p < .05$), validez de constructo reafirmando las dos subescalas, validez convergente de nivel alto ($>.80$) con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Por último, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) se utilizó como método de evaluación de la depresión a partir de lo mencionado en consulta y por lo ofrecido por el instrumento HADS. Este inventario presenta 21 ítems, que son evaluados en una escala de Likert de 4 puntos, de 0 a 3. El cuestionario otorga puntajes que van de 0 a 63, teniendo como puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. En relación con sus propiedades psicométricas, cuenta con buena consistencia interna con un alfa de Crombach entre 0,76-0,95, con una fiabilidad que se encuentra entre $r = 0,8$. En el Perú, Barreda (2019) reportó un nivel alto de consistencia interna con alfa de Crombach de 0,93, un nivel alto de validez de contenido con un valor de V de Aiken de 0,99 con 100% de ítems válidos, y un análisis de componentes principales que indica la validez de constructo indica una sola dimensión general para depresión de acuerdo a este instrumento.

Procedimiento de la evaluación

Desde el primer contacto con el paciente, durante el procedimiento de evaluación, así como durante el proceso de intervención, se buscó respetar los principios bioéticos. Por lo que se aplicaron instrumentos y técnicas que buscan lograr un mejor estado de bienestar del paciente. En ese sentido, se evaluó en todo momento el estado emocional del paciente y se consideró su condición física del momento, para no incurrir en algún tipo de daño o afectación. De igual manera, se le informó, desde la primera sesión en consultorio, que no se espera que se sienta obligado a participar una vez iniciadas las sesiones, sino que es posible frenar la sesión o la intervención en caso así lo desee, y que siempre existe la posibilidad de cambiar de evaluador. Brindada toda la información acerca de sus posibilidades de elección y del manejo de las sesiones en el consultorio, el paciente aceptó participar de las sesiones.

La evaluación fue llevada a cabo en dos sesiones, en el ambiente de consulta externa. En la primera sesión, se aplicaron los instrumentos de entrevista a paciente y entrevista a la pareja. En esta sesión se inició el proceso de registro de anamnesis y, además, se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, con el fin de obtener un screening del estado del paciente. En la segunda sesión, se pretendió, por un lado, continuar con la anamnesis, a partir de la entrevista con el paciente y la pareja; y, por otro, aclarar algunos puntos de la sesión anterior. En esa misma sesión, se aplicó el inventario de depresión de Beck. En ambas sesiones de evaluación se utilizó la observación de la conducta como técnica de evaluación.

Diagnóstico

Observación de conducta

El paciente se encuentra lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona, con aparente conservación de funciones cognitivas. Además, presenta un discurso claro y coherente, con un tono de voz bajo. También, mantiene poco contacto visual con la entrevistadora. Es consciente de la enfermedad y se muestra dispuesto a intervención. Se aprecia una facie de preocupación y e indicadores de labilidad emocional al expresar su situación actual.

Resumen de anamnesis

En cuanto a los antecedentes médicos, el paciente refiere haber pasado por una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) hace cinco años en la ciudad de Cuzco. Si bien recibió inhaladores como tratamiento, dejó el tratamiento hace dos años al momento de la entrevista. Tuvo un diagnóstico de “hepatitis B” hace 30 años, pero no precisa el tratamiento especificado. El paciente menciona que ha sido consumidor asiduo de tabaco antes del diagnóstico oncológico, y que no presenta antecedentes psicopatológicos.

Respecto a los antecedentes de atención en la institución, luego de ser derivado del centro de salud en Apurímac, el paciente señaló que ingresó el 02 de agosto de 2016 por el área de Medicina para que lo evaluaran, debido a que presentaba además indicadores de enfermedad de tuberculosis. El 07 de setiembre del mismo año, se confirmó el diagnóstico de tuberculosis y se le indicó un esquema de tratamiento para dicha enfermedad. Cinco días después, el 12, debido a que existían demoras en el inicio del tratamiento de tuberculosis por problemas extramédicos en el establecimiento de origen, los departamentos de Medicina y Neumología establecieron la posibilidad de iniciar el tratamiento para la tuberculosis.

En lo que concierne a su desarrollo inicial, infancia, adolescencia y juventud, contó haber presentado dificultades en la dinámica familiar, y que a los 16 años decidió abandonar la casa para poder trabajar en otra área y con un familiar materno. Menciona que su dinámica familiar fue disfuncional, debido a que como su padre tenía un trabajo inestable, vivía por “temporadas” con su mamá, quien se encontraba a cargo del cuidado de cinco hijos. Asimismo, contó que los problemas familiares estaban asociados a las dificultades económicas, la violencia conyugal y hacia los hijos por parte del padre, y una crianza “muy estricta” por parte de la madre. A los 16 años, salió de hogar, buscó su primer empleo y empezó a vivir con un familiar materno por dos años, aproximadamente, y luego, vivió solo. Por otra parte, manifestó no haber tenido mayores dificultades durante su adolescencia o juventud, pues considera que él, al ser un poco tímido y tener tono de voz bajo, para evitar que lo molestasen en el colegio “no se metía con nadie”. Añadió que desde niño le ha sido difícil iniciar una amistad con las personas, especialmente, con las del sexo opuesto.

Por lo que se refiere a los agentes de soporte para el inicio y adherencia al tratamiento, el paciente cuenta con un adecuado soporte, encontrado en su esposa y cuñada, desde la perspectiva de apoyo instrumental y emocional.

Con referencia al estado físico, el paciente señaló que tiende a dormir mucho, presentar poco apetito y ha disminuido sus actividades sexuales con su esposa.

Resultado de instrumentos aplicados

En lo concerniente a la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, se obtuvo un puntaje de 7 para la subescala de ansiedad, que indica un nivel dentro de lo normal, y de 13 para la subescala de depresión, lo cual podría estar indicando un caso clínico.

En cuanto al Inventario de Depresión de Beck, el paciente obtuvo un puntaje de 11, que corresponde a un nivel de depresión leve.

Se puede considerar, según la clasificación CIE-10, un Episodio Depresivo Leve (F32.0), en que se presenta lo siguiente:

Un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”, como son la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. (WHO, 2000, p. 97).

En el aspecto de características generales, el episodio depresivo debe cumplir con lo siguiente:

Durar al menos dos semanas, no haber presentado síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco en ningún periodo de la vida del individuo, y el criterio de exclusión usado con más

frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico (WHO, 2000, p. 97).

Para ser considerado un Episodio Depresivo Leve (F32.0, según CIE-10) se consideran las características mencionadas previamente, y también debe presentar, por lo menos, dos de los tres siguientes síntomas:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

De igual manera, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.

7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso (WHO, 2000, p. 98).

Recomendaciones

A partir de lo obtenido en la evaluación y la conclusión del diagnóstico se pueden sugerir ciertas estrategias que pueden ser útiles para la resolución del problema.

Cruzado (2010) menciona las siguientes:

- Técnicas en control de la activación
- Imaginación guiada
- Técnicas de exposición
- Programación de actividades y administración del tiempo
- Expresión emocional
- Escritura expresiva
- Técnicas cognitivas
 - Identificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias
 - Modificación de cogniciones
- Detención del pensamiento, reposición de los pensamientos y control de las preocupaciones
- *Mindfulness* o conciencia plena
- Estrategias de la terapia de aceptación y compromiso
- Terapia del arte
- Terapia del humor

3.2. Intervención

Problema delimitado

Después de realizar las evaluaciones necesarias y haber llegado a un posible diagnóstico, el problema planteado en este trabajo ha sido dividido en tres dimensiones (Tabla 3).

Tabla 3. *Problema delimitado por áreas*

Área emocional	Área cognitiva	Área conductual	Área social
Tristeza Ansiedad Culpabilidad	Pensamientos de incertidumbre asociado a diagnósticos: “El cáncer me parece algo imposible de soportar” “No sé hasta cuándo voy a estar con esto” “No sé cuándo comenzaré mi tratamiento de quimio, me demoro mucho” Pensamientos asociados a baja autoestima: “Poco útil”, “no ayuda”	Aislamiento Conductas de evitación Disminución de cuidado personal y de actividades	Dificultad de comunicación con esposa Poca asertividad (familia y personal médico)

Objetivos de la intervención

Antes de haber realizado la intervención psicológica del paciente con presunción diagnóstica episodio de depresión leve, se le comunicaron los resultados encontrados y se establecieron con él los objetivos a ser desarrollados durante el tiempo que durase la actividad.

Objetivo general

Reforzar recursos internos cognitivos y emocionales para afrontar diagnóstico oncológico en paciente con depresión leve.

Objetivos específicos

- Fomentar la comprensión saludable de enfermedad oncológica
- Impulsar la identificación y expresión de emociones de manera adaptativa
- Desarrollar estrategias de manejo en sintomatología ansiosa
- Establecer la creación de plan de vida y de metas
- Promover el desarrollo de comunicación asertiva y mejorar la dinámica entre paciente y pareja

Indicadores de logro

Por un lado, en el área emocional, los indicadores están asociados a una reducción del nivel de la emoción obtenido por el screening al inicio de la intervención, a un nivel que sea manejable la emoción. Siguiendo una escala de termómetro emocional que va de un nivel 1 (bajo) a un nivel 10 (alto), se busca reducir los niveles emocionales a niveles 3 o menor, medido a partir de la autopercepción del estado emocional del paciente.

Con respecto al área cognitiva, los indicadores de logro están asociados al cambio en los pensamientos distorsionados que presenta el paciente. Desde la perspectiva de Beck, se espera que los indicadores de logro sean la manifestación de por lo menos un pensamiento alternativo, más funcional.

Por otro lado, en el área conductual, los indicadores de logro están asociados a la disminución en la frecuencia de conducta de aislamiento del paciente, además del incremento del cuidado personal y de actividades recreativas. Sobre la disminución en la conducta de aislamiento, podrá observarse en el logro con el incremento de las salidas que el paciente realiza de su habitación de manera espontánea (por lo menos 1 vez al día), incremento en la cantidad de salidas fuera de la residencia en Lima por iniciativa propia (mínimo de 3 veces a la semana), cumplimiento del aseo personal (por lo menos 1 baño cada dos días, cambio diario de prenda interior, cambio diario de prendas de vestir), incremento en las actividades domésticas del hogar (planchado de ropa semanal, aseo de baño compartido semanal, preparación de alimentos por lo menos 1 vez por semana, todo ello registrado), establecer por lo menos una actividad recreativa individual. El registro de estos logros conductuales, conversados en las primeras sesiones y establecidos durante las sesiones de intervención, se realizaron a partir de una ficha de registro de actividades cotidianas (véase Anexos), que permitía revisar si la actividad había sido realizada en la semana o no.

Por último, en el área social, los indicadores de logro están asociados al aspecto de la comunicación asertiva. Se pretenderá que realice un mínimo de una pregunta al médico por cada consulta que tenga en la institución, que pueda ser quien inicie por lo menos un tema de conversación a diario con la esposa (a parte del diagnóstico oncológico) y que pueda mantenerlo por 10 minutos. Establecer por lo menos una actividad recreativa individual y establecer por lo menos una actividad recreativa en pareja.

Los registros de estos logros se realizaron mediante la evaluación de la experiencia relatada por el paciente en la sesión siguiente durante la entrevista, y también en las hojas-diario que el paciente entregaba en la sesión siguiente a la actividad asignada (tareas).

Descripción del procedimiento

Plan de intervención

La intervención se desarrolló a lo largo de 5 sesiones entre los meses de setiembre, a noviembre. Todas estas se realizaron en una de las salas de consulta externa. Durante las intervenciones, se contó con la asesoría del jefe de turno para la revisión de los logros alcanzados por sesiones. Siguiendo el formato de sesión como se aprecia en la Tabla 4, las sesiones se desarrollaron en las siguientes fechas:

- 1° sesión (S1): 30 de setiembre
- 2° sesión (S2): 11 de octubre
- 3° sesión (S3): 20 de octubre
- 4° sesión (S4): 09 de noviembre
- 5° sesión (S5): 16 de noviembre

A diferencia de las sesiones 2-5, en la primera se estableció un encuadre con el paciente y la pareja acerca de cómo se desarrollarían las siguientes, y se estableció el número de sesiones teniendo en cuenta la situación del paciente y sus necesidades de programación (regresaría a su ciudad a finales de noviembre o inicios de diciembre). Teniendo en cuenta esta diferencia de la primera sesión, todas las demás se realizaron

bajo una estructura establecida en relación con la distribución de ciertas actividades a lo largo de la hora de sesión en el consultorio (Tabla 4).

Tabla 4. Sesión modelo de intervención

Tiempo	Actividad
10 minutos	Evaluación de estado emocional y exploración de lo comprendido la sesión anterior mediante una retroalimentación y revisión de tareas
20-30 minutos	Intervención psicoterapéutica basado en teoría cognitivo-conductual
10 minutos:	Creación de material para trabajar en casa lo desarrollado en sesión
10 minutos	Retroalimentación de sesión y aclaración de dudas

Técnicas empleadas

- Escucha activa: De acuerdo con Gómez *et al.* (2011), es una habilidad que, a pesar de la existencia de varias definiciones, muchas de ellas concuerdan en que está relacionada con la comprensión y el cuidado, siendo esta una competencia fundamental para que se pueda desarrollar de manera correcta una comunicación. Para Mesquita y Carvalho (2014), esta estrategia de comunicación resulta imprescindible para la comprensión de la otra persona; es una actitud positiva de calidez, interés y el respeto, y, por ende, es considerado terapéutico. La ejecución de esta técnica se llevó a cabo desde antes de las sesiones de intervención: desde la primera interacción con el paciente en consultorio en las sesiones de evaluación se procuró crear confianza y *rapport* en el bachiller mediante una constante escucha con atención, la síntesis de ideas y sentimientos expresados por el paciente. Asimismo, demostrándose demostró actitudes optimistas, aunque realistas del contexto de las sesiones, y se pusieron en práctica las cualidades propias del psicólogo como la empatía, la calidez, la preocupación genuina y la idoneidad.

- Psicoeducación: Montiel y Guerra (2016) consideran importante la integración de educativo-preventivos y también psicológicos para así afianzar las capacidades de afronte ante el diagnóstico, tratamiento y secuelas. De esta manera, se proporcionaría una mejora a la optimización de la calidad de vida óptima y una ayuda a la reducción de vulnerabilidad frente al cáncer. La ejecución de esta técnica se llevó a cabo mediante la exploración de conocimientos actualizados acerca de su diagnóstico oncológico y del proceso terapéutico psicológico. Del mismo modo, se desarrolló esta técnica mediante la instrucción respecto a su diagnóstico psicológico, del modelo cognitivo y del proceso de la intervención psicológica, todo esto llevado a cabo según la sesión de intervención en la que se encontraba el paciente.

- Entrenamiento en técnica de respiración diafragmática: Cruzado (2010) menciona que la respiración diafragmática es parte del conjunto mayor de técnicas de control de la activación, que sirven para reducir la tensión muscular; la actividad del sistema simpático; lograr un estado de calma; ayudan en la conciliación del sueño, en poder centrarse en las sensaciones corporales del momento dejando de lado la atención a posibles rumiaciones y funciona como una estrategia de afrontamiento. La intervención de esta técnica se llevó gradualmente en una misma sesión, de manera que se entrenó al inicio en el control del diafragma durante la inspiración, la retención, y la espiración del aire, elevando la posición inicial de una mano desde el vientre, pasando por el estómago y terminando en el pecho. Luego, se repitió el ejercicio hasta llegar a un número especificado por el especialista.

- Imaginación guiada: Por otra parte, Cruzado (2010) identifica a esta técnica como la “creación consciente, voluntaria, de representaciones mentales de objetos, lugares, personas o a sí mismo con el objetivo de producir cambios saludables con la ayuda del psicólogo” (p. 163). En el área oncológica se utiliza también para el manejo de la ansiedad mediante la creación de escenas de calma y bienestar, para la reducción del miedo, lograr una sensación de control, adaptarse y enfrentarse a los tratamientos oncológicos, y también para el estímulo de estrategias de afrontamiento. Durante la intervención, esta técnica se llevó a cabo junto al entrenamiento en técnica de respiración diafragmática, teniendo en cuenta las preferencias del paciente para la elección de escenas de calma.

- Entrenamiento en técnicas de comunicación asertiva: Para este entrenamiento se empleó, además de la técnica de psicoeducación sobre los estilos de comunicación que existen y sobre la asertividad en diversos contextos de interacción, la técnica de *role-playing* o dramatizaciones, que en el caso del paciente se destinó a la elaboración en conjunto de posibles escenarios de interacción entre el paciente y el médico, y entre el paciente y su esposa, en los posibles diálogos que se presenten en esas interacciones, en la exploración de aquello que desee expresar en esa interacción y de las alternativas de expresión de ideas y deseos.

- Validación de emociones: Linehan (cit. por Quintero, 2015) señala que desde el actuar del terapeuta, se brinda al paciente información acerca del sentido y entendimiento de sus respuestas emocionales, teniendo en cuenta su historia o situación actual. Es el terapeuta quien se encarga de aceptar las emociones y devolverlas al

paciente en forma de aceptación. Con esta herramienta se identificaron las respuestas y se las consideró seriamente, sin menospreciarlas, desde una actitud sin juicios ni realizando respuestas despectivas. Además, se empleó un enfoque terapéutico de la aceptación y compromiso. En este caso, se apuntó a la enseñanza de reconocer la emoción del momento, asumir la presencia de un riesgo, vivir el aquí y el ahora, y poder establecerse metas deseadas.

- Técnicas cognitivas: En Cruzado (2010) se menciona que desde las técnicas cognitivas se parte de que no son las circunstancias las que ocasionan los malestares emocionales y la acción de las personas de manera directa, sino que es la manera en cómo se procesa y valora la situación la que determina la respuesta de la persona.

- La exploración de pensamientos y reestructuración cognitiva: De acuerdo con Vásquez (2003) y Cruzado (2010), es mediante la entrevista que se pueden explorar los pensamientos automáticos que se presentan. Para llevar esto a cabo es necesario que las preguntas formuladas sean directas y claras, es posible acompañarlas del diálogo socrático y usar la imaginación para la visualización de una situación de quimioterapia ambulatoria, mediante el uso del *role-playing*, y posteriormente realizado por el paciente mediante una conducta de autorregistro. Según Landa-Ramírez *et al.* (2014), el terapeuta deberá debe ser muy claro al explicarle al paciente, que la ansiedad tiene componentes cognitivos, comportamentales y emocionales y por tal razón, es necesario identificar cuáles de estos se encuentran presentes en el paciente para poder ayudarlo a disminuirlo” (p. 154). La modificación de supuestos, creencias o reglas irracionales, son necesarias para lograr el cumplimiento de la intervención

clínica, por lo que es necesario que luego de identificarlas, sean desafiadas frente a lo que en verdad ocurre en la realidad. En ese sentido, se desarrollaron estas técnicas de la siguiente manera:

- ❖ Se identificaron pensamientos automáticos frente a una situación presentada por el paciente y asociados a su diagnóstico oncológico
- ❖ Se identificó una emoción (o varias) asociadas a un pensamiento automático elegido.
- ❖ Se ayudó al paciente a que cuantificase dicha emoción a partir de otorgarle un grado, que en este caso se consideró que ubicase a la emoción entre 1 y 10, siendo 1 poco intensa y 10 una emoción sumamente intensa.
- ❖ Se utilizó el debate socrático (explicado más adelante) para la evaluación de estos pensamientos automáticos y la reacción del paciente frente a estos pensamientos.
- ❖ Se categorizaron los pensamientos automáticos, de acuerdo con los errores de pensamiento de la teoría de Beck.
- ❖ Se le enseñó, para poder lograr un cambio en los pensamientos disfuncionales, la creación de un registro de estos pensamientos (véase en Anexos). Esto le permitió al paciente analizar la situación por la que estaba pasando y que le generaba algún tipo de angustia, reconocer los pensamientos que se presentaban. Así, pudo desarrollar pensamientos alternativos más adaptativos.

○ Debate socrático: Frankl (cit. por Salomón, 2014) apunta que esta estrategia es un estilo psicoterapéutico de diálogo que busca mediante “preguntas, señalamientos, descripciones y la relación misma, ayudar al consultante a tomar conciencia de su libre voluntad” (p. 62). El paciente es llevado a que pueda brindar una respuesta por sí mismo frente a una situación. En este caso, la intervención se desarrolló con la orientación del bachiller. Así, las preguntas realizadas fueron útiles para examinar juntos un pensamiento poco funcional, evaluar la realidad de este pensamiento o la utilidad para un afronte/adaptación a su situación y para componer un pensamiento alternativo, más adaptativo para el paciente.

• Programación y estructuración de actividades: Cruzado (2010) apunta que frente al estado bajo de ánimo se encuentra presente la sensación de no poder realizar actividades domésticas, laborales, de autocuidado, o de placer. Para ello, es importante primero realizar un registro semanal como línea de base que pueda, posteriormente, ser utilizado como herramienta de observación de los cambios. Se indican los tipos de actividades (autocuidado, domésticas, laborales o de placer) con una sigla o con algún color. El poder realizar esta actividad permite que la persona se sienta mejor consigo misma después de ejecutar las actividades que ha planificado. En la intervención, junto al paciente se desarrolló esta actividad mediante la creación de una ficha de registro de actividades cotidianas (véase en Anexos). En esta, el paciente, en primera instancia, reconoció la distribución de tiempo dedicado a las actividades diarias y luego de haber establecido algunas metas o planes a corto y mediano plazo (teniendo en cuenta sus deseos y responsabilidades), se estableció un horario semanal de actividades.

Cronograma de trabajo

El trabajo realizado con el paciente, establecido de manera general finalizada la etapa de evaluaciones y de manera específica iniciada la etapa de intervención, contó con objetivos propios por cada sesión a ser trabajada. Estos, a su vez, estuvieron asociados a actividades en las que se emplearon las técnicas descritas previamente. En la Tabla 5, se encuentra el detalle de la distribución de actividades por sesiones, el material utilizado y duración de cada sesión.

Tabla 5. Cronograma de trabajo

Sesión	Objetivo (s)	Actividades	Materiales	Tiempo
1	Lograr establecer un acuerdo mutuo con el paciente acerca de sus atenciones futuras Evaluar el estado emocional Enseñar el modelo de teoría cognitiva conductual Iniciar modelo de registro de pensamientos	Entrevista y psicoeducación Retroalimentación Exploración emocional y validación de emociones Diálogo expositivo, psicoeducación Exploración de pensamientos	Hojas y lápiz Termómetro emocional	60 min
2	Identificar y debatir los pensamientos distorsionados Asignar tarea para el hogar: elaboración de modelo ABC de Ellis Asignar tarea para el hogar: realizar de actividades que quisiera realiza en casa	Columnas paralelas Debate socrático Reestructuración cognitiva Elaborar modelo de ABC Ellis Listado de actividades a realizar en hogar	Hojas y lápiz	60 min
3	Continuar con el debate de los pensamientos distorsionados Establecer metas a corto plazo Asignar tarea para el hogar: listado de dificultades al momento de comunicarse	Psicoeducación Listado columnas paralelas Debate socrático Reestructuración cognitiva Programación de actividades Estructuración de actividades diarias	Hojas y lápiz	60 min
4	Enseñar técnicas de relajación Enseñar acerca de comunicación asertiva Asignar tarea para la casa: registro de intervenciones asertivas	Respiración diafragmática Imaginación guiada Psicoeducación <i>Role-playing</i> Modelo de registro de intervenciones	Hojas y lápiz	60 min
5	Evaluar técnica de relajación Elevar la autoestima Realizar cierre de la intervención	Respiración diafragmática Imaginación guiada Debate socrático Se reconoce los logros Comparar cambios Presentación de nuevo psicólogo a cargo	Hojas y lápiz	60 min

Monitoreo y evaluación de la intervención

Durante las sesiones de intervención programadas, además de las técnicas programadas para la sesión, se realizó un registro del estado emocional del paciente. Este estado emocional fue evaluado desde la percepción del paciente durante la sesión en relación con su situación (oncológica y psicológica), y se midió a partir del uso de un termómetro emocional. Asimismo, para evaluar la continuidad del paciente en su adherencia a la intervención psicológica, se dejaron tareas para que fuesen resueltas en casa y devueltas en la siguiente sesión, el cumplimiento o no de estas indicaba la adherencia a las actividades realizadas. Este monitoreo de la intervención puede apreciarse en la Tabla 6.

Tabla 6. *Monitoreo de la intervención*

	S1	S2	S3	S4	S5
Termómetro emocional					
Tristeza	8	6	4	3	3
Ansiedad	5	5	3	3	1
Culpabilidad	7	5	3	2	2
Cumplimiento de tareas					
Tareas asignadas	sí	sí	sí	sí	sí

En cuanto a una evaluación de la intervención psicológica realizada (Tabla 7), se utilizaron los indicadores de logro como Percepción del estado emocional asociado a condición actual del paciente, Pensamientos distorsionados, conductas de aislamiento, de aseo personal, de actividades recreativas, conductas de comunicación asertiva en ambiente hospitalario (médico) y en ambiente familiar (esposa). Se muestra, además, cómo se encontraba anteriormente el indicador previo a la intervención, cuál

fue la técnica utilizada para lograrlo y cuál fue el cambio encontrado en el indicador posterior a la intervención. Cada uno de estos indicadores han sido medidos a partir de un tipo de registro escrito elaborado por el paciente, que han sido señalados antes en la descripción de las técnicas empleadas.

Tabla 7. Evaluación de la intervención

Área emocional					
Indicador	Inicio de intervención		Final de intervención	Técnica	
Percepción del estado emocional	Tristeza	8/10	Tristeza	3/10	Escucha activa Validación emocional Respiración diafragmática Imaginación guiada Registro diario (termómetro emocional)
	Ansiedad	5/10	Ansiedad	1/10	
	Culpabilidad	7/10	Culpabilidad	2/10	
Área cognitiva					
Indicador	Inicio de intervención		Final de intervención	Técnica	
Pensamientos distorsionados	“El cáncer me parece algo imposible de soportar” (catastrófico)		“La enfermedad tiene un curso largo y el tratamiento también, puedo manejarlos con ayuda del hospital”	Escucha activa Exploración de pensamientos y reestructuración cognitiva Diálogo socrático Registro de pensamientos	
	“No sé hasta cuando voy a estar con esto” (sobregeneralización)		“El tratamiento para cáncer iniciará cuando se controle la tuberculosis, y eso será en unos meses”. “Lo estoy controlando con mis visitas al hospital”.		
	“Poco útil” (categorización) y “No ayudo (en casa)”, “me siento inútil a veces” (imperativo)		“De acuerdo a mi físico y mi como me siento ayudo a la casa, y tengo una rutina, y si no lo cumplo en ese día, no está mal, hago lo que puedo o lo hago otro día”		
Área conductual					
Indicador	Inicio de intervención		Final de intervención	Técnica	
Conducta de aislamiento	No realiza salidas de su habitación		Realiza por lo menos tres salidas de su habitación	Respiración diafragmática Programación y estructuración de actividades (registro)	

	No realiza salidas espontáneas fuera de su residencia	Realiza salidas fuera de su residencia todos los días	Respiración diafragmática Programación y estructuración de actividades (registro)
Cumplimiento del aseo personal	No realiza baño diario por su propia iniciativa	Realiza un baño diario por iniciativa propia	Psicoeducación Programación y estructuración de actividades (registro)
	No realiza cambio de prendas interiores a diario	Realiza cambio de prendas interiores a diario	
Actividades domésticas	No realiza actividades domésticas en la residencia	Planifica y realiza el planchado de ropa semanal Planifica y realiza el aseo de baño compartido semanal Planifica, prepara alimentos dos a 3 veces por semana	Programación y estructuración de actividades (registro) Psicoeducación
Actividad recreativa individual	No realiza ninguna actividad recreativa individual	Planifica y realiza actividades de dibujo y coloreo a diario, Planifica el inicio de lectura asociado a botánica	Programación y estructuración de actividades (registro) Psicoeducación
Área social – Comunicación Asertiva			
Indicador	Inicio de intervención	Final de intervención	Técnica
Preguntar al médico	No interviene durante las citas médicas	Prepara preguntas y realiza algunas durante la cita	Técnicas de comunicación asertiva <i>Role-playing</i> Respiración diafragmática
Conversación con esposa	No se comunica con su esposa fuera del diagnóstico oncológico	Ha planificado temas de conversación con esposa, aunque estas duran menos de 10 minutos	Programación y estructuración de actividades (registro)
Actividad recreativa en pareja	No realiza actividades recreativas con su esposa	Han iniciado el ver novelas juntos y comentarlas, han empezado a jugar cartas.	

Capítulo 4

Resultados

4.1. Resultados

Siguiendo un análisis ABC que pueda explicar cómo las cogniciones que se presentan frente a una situación de enfermedad y de migración en este caso pueden desencadenar en emociones y conductas basadas en estas percepciones, se puede apreciar la situación previa a la intervención (Figura 2).

Figura 2. Análisis de la situación problema del caso

Evento(s) activador(es)	Cogniciones	Consecuencias
<p>Externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migración a ciudad capital • Dificultades con pareja <p>Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad oncológica • Diagnóstico por tuberculosis • Pensar en su diagnóstico. • Recordar las discusiones de pareja • Recordar situación de desplazamiento por diagnóstico. 	<p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “No sé hasta cuando voy a estar con esto” • “No sé cuándo comenzaré mi tratamiento de quimio, me demoro mucho” • “El cáncer me parece algo imposible de soportar” • “Poco útil” • “No ayuda (en casa)” 	<p>Externos:</p> <p>Conductual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento en cuarto • Disminución de cuidado personal y de actividades • Permanencia de enfermedad • Sobreprotección por esposa <p>Emocional (expresión):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llanto <p>Internos:</p> <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza 8/10 • Ansiedad 5/10 • Culpabilidad 7/10 <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para dormir • Pérdida de apetito <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “No ayuda mucho” • “Me siento inútil a veces”

- Cognitivos

Ejemplo de pensamiento distorsionado	Ejemplo de pensamiento adaptativo
“El cáncer me parece algo imposible de soportar”	“La enfermedad tiene un curso largo y el tratamiento también, puedo manejarlos con ayuda del hospital”

- Pensamientos asociados a la situación de la enfermedad actual adaptativos
 - “La enfermedad tiene un curso largo y el tratamiento también, puedo manejarlos con ayuda del hospital”.
 - “El tratamiento para cáncer iniciará cuando se controle la tuberculosis, y eso será en unos meses”. “Lo estoy controlando con mis visitas al hospital”.
- Pensamientos asociados a su rutina doméstica adaptativos
 - “De acuerdo a mi físico y mi cómo me siento ayudo a la casa, y tengo una rutina, y si no lo cumpla en ese día, no está mal, hago lo que puedo o lo hago otro día”
- Alteraciones emocionales
 - Mediante uso de termómetro emocional, se observó la disminución de los niveles de tristeza y ansiedad:

Tristeza: Inicial: 8/10 – Final: 3/10

Ansiedad: Inicial: 5/10 – Final: 1/10

Culpabilidad: Inicial: 7/10 – Final: 2/10
- Alteraciones conductuales

Previa a la intervención	Posterior a la intervención
Aislamiento en habitación	Realiza actividades de rutina médica y actividades de recreación individual y con otras personas

Descuido en medidas de higiene y presentación	Realiza conductas de autocuidado de manera rutinaria
---	--

- Incremento de actividades de autocuidado, mediante la creación y el uso de horario semanal y adecuación a metas:
 - Inicio: conductas de autocuidado limitadas o derivadas a la esposa.
 - Término: conductas de autocuidado llevadas de manera rutinaria. Realiza actividades de mantenimiento y abastecimiento del hogar. También incluye actividades de recreación en plan individual como de pareja.
- Mejora en la comunicación asertiva

Previa a la intervención	Posterior a la intervención
Rehusar a conversar con esposa sobre emociones	Conversaciones fluidas con esposa y explicar con facilidad emociones

El paciente menciona que es más “suelto” para hablar con su esposa acerca de los pensamientos y las emociones, así como lo que desea hacer en relación con sus metas.

Retomando el análisis ABC que asocia pensamiento, emoción y conducta, se puede apreciar entonces que los resultados obtenidos en los cambios cognitivos, detallados en la Tabla 7, no sólo se mantienen al nivel de la hoja de registro de cogniciones o en la hoja de trabajo para reestructuración cognitiva (ambos en Anexos), sino que pueden apreciarse también en los cambios que existen a nivel de su conducta y en su socialización.

- Análisis de los resultados hallados según fuentes

Los resultados favorables obtenidos en esta intervención psicológica, a partir de un enfoque cognitivo conductual, tienen correlación por lo encontrado en la investigación de Quezada (2020). Para Quezada, la efectividad desde psicoterapias cognitivo-conductuales alcanzaba un nivel moderado en comparación con otros tipos de intervenciones o de psicoterapias de otro enfoque, para casos de pacientes oncológicos. Por su parte, Cwikel *et al.*(2000) señalan que este tipo de intervención psicosocial para pacientes oncológicos ha mostrado resultados positivos más consistentes en comparación con otros enfoques de intervención, añadiendo además que este cuenta con dos tipos de objetivos. El primero de ellos es el abordaje de problemas psicológicos asociados al diagnóstico, tratamiento, periodo de seguimiento; y el segundo es el manejo de efectos secundarios del tratamiento oncológico como náusea, vómito, dolor, insomnio, incontinencia y disfunción sexual. En este caso, se trabajó, principalmente, el primer tipo de objetivo de la teoría, y el segundo tipo fue abordado desde una intervención de psicoeducación preventiva para el tratamiento a futuro. Además, la intervención desde la teoría cognitiva conductual ha mostrado eficacia, pues ha disminuido niveles de estrés, ansiedad, depresión, dolor, fatiga, insomnio, y ha promovido estrategias de afrontamiento más adaptativas en el paciente oncológico. Esto se observa en el caso abordado.

Asimismo, investigadores como Cruzado (2010), Salomón (2014), Landa-Ramírez *et al.* (2014), Linehan (1993), Mesquita y Carvalho (2014), Montiel y Guerra (2016), en las descripciones de las técnicas cognitivas conductuales para una intervención en depresión, han podido corroborar en estos resultados positivos obtenidos: la utilidad de las técnicas empleadas en el presente caso es posible apreciarla

en el cambio de los estados emocionales del paciente y en las conductas adquiridas que ayuden a poder adaptarse a su nueva condición de salud.

4.2. Reflexión de la experiencia

Durante la experiencia laboral, las limitaciones encontradas pueden verse en que, al iniciar las sesiones en un turno de tarde, el paciente, además de atenderse por los servicios médicos durante las mañanas, deba quedarse más horas para ser atendido en el turno asignado. Esto, probablemente, genere cansancio. Sin embargo, se manejó al establecer un contrato conductual verbal y al hacer las intervenciones de la manera más interesante y útil posible. Asimismo, a pesar de que las 5 sesiones de intervención programadas se establecieron teniendo en cuenta los posibles viajes fuera de Lima, el proceso de intervención (continuidad semanal) tuvo que ser paralizado en dos oportunidades, debido a que tuvo que viajar a su ciudad de origen por temas administrativos o médicos. Este hecho disminuyó el ritmo de trabajo. Sin embargo, se pudo rescatar el proceso de intervención con reprogramaciones de citas, y por el cumplimiento de las tareas dejadas para la casa y una revisión de las sesiones antes de la partida del paciente. Una limitación del proceso de intervención fue que no se estableció un proceso de intervención psicológica de la esposa del paciente, debido al horario y actividades que ella manejaba. Pero si bien no se desarrolló un trabajo terapéutico durante las sesiones de evaluación de las características del caso, sí fue posible mantener una comunicación con ella y, además, se realizaron actividades de escucha activa, contención emocional y psicoeducación en cuanto a su condición de cuidadora principal. Otra limitación al proceso fue la continuidad con el seguimiento de los resultados obtenidos, puesto que el tiempo designado a la actividad laboral en la

institución terminó antes de que el paciente pueda retornar de su viaje, lo cual se manejó mediante elección y preparación de otro psicólogo acerca del caso quien pueda realizar sesiones futuras con el paciente, y la presentación de éste con el paciente indicando así el interés por observar cambios y manejarlos en conjunto con el equipo terapéutico.

El impacto en la institución se apreció en la exploración posterior con internas y psicólogos licenciados del caso llevado, así como el ser fuente de información, junto con la experiencia de otros casos y de otros internos. Esto permitió en la creación posterior de una guía de procedimientos en pacientes con ansiedad en el año 2018, tomando además ejemplos de intervenciones de otros psicólogos. El aporte al área psicológica en la actualidad se encuentra en considerar realizar las intervenciones de evaluación de manera oportuna en pacientes que presenten comorbilidades, a pesar de que aún no hayan iniciado el tratamiento. De igual manera, el aporte que se brinda es la experiencia de desarrollar materiales en conjunto con el paciente; es necesario que él cumpla con las tareas para la casa, de esta manera se cuenta con un registro del avance. Respecto a las demandas profesionales requeridas para este caso, se consideró necesario efectuar una búsqueda acerca del diagnóstico de tuberculosis y de sus estadios, cómo lo puede entrevistar un personal sanitario y de qué manera ambientar el consultorio. Esto se logró gracias al material didáctico que se encontraba en la sala de reuniones y a una charla con una de las jefas de enfermería de UTM, quien cuenta con mayor experiencia de cuidados de bioseguridad. Por otro lado, para el proceso de reestructuración cognitiva, se pidió la colaboración de un especialista en terapia cognitivo-conductual, que consistió en la asistencia a una capacitación de un día con el objetivo de elaborar un plan a corto plazo.

Recomendaciones

Por lo que respecta al desarrollo del caso, en el aspecto de la evaluación, se aconseja contar con instrumentos que la institución ya esté utilizando como parte de un protocolo de evaluación a pacientes. De esta manera, se pueden comparar los niveles de la sintomatología presentados frente a otros pacientes, además del fortalecimiento del aspecto de investigación en la sede, respecto al diagnóstico del paciente, de ser posible.

Por otra parte, se sugiere incluir la perspectiva de los profesionales de salud que estén atendiendo al paciente, pues así será posible comprender de manera más holística cómo se presenta en él su proceso adaptativo a la institución o al diagnóstico oncológico, además de ya contar con la experiencia relatada tanto por él como por la familia y cuidadores.

Por último, se recomienda que se pueda hacer uso de las nuevas tecnologías disponibles de manera que, en caso haya dificultad para que el paciente pueda acercarse físicamente a la institución para cumplir con sus sesiones en psicología, no se pierda la continuidad del trabajo terapéutico y exista más vías de comunicación con el paciente.

Conclusiones

- Se consiguieron reforzar los recursos internos cognitivos y emocionales para afrontar diagnóstico oncológico en el paciente con depresión leve.
- Asimismo, se logró una comprensión saludable de enfermedad oncológica a partir de la psicoeducación en diferentes etapas de la intervención.
- Del mismo modo, el paciente ha alcanzado a identificar y expresar sus emociones de manera adaptativa. Esto fomentó el desarrollo de mejores habilidades de comunicación asertiva y de mejora en la dinámica con la pareja, a partir de la actividad de planificación y la dinámica de *role-playing*.
- El paciente ha controlado y manejado sus pensamientos, por lo que le fue posible adquirir estrategias de manejo de la ansiedad a partir de la respiración diafragmática y la reestructuración cognitiva.
- Se establecieron con el paciente las bases de un plan de vida y metas realistas.

Referencias bibliográficas

Barreda, D. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39-52.

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/1658>

[0](#)

Beltran, K. (2019). *Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que asisten a consultorio externo de un Hospital, Arequipa* [tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional – Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8226>

Berrosپی-Reyna, S., Herencia-Souza, M., & Soto, A. (2017). Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama en un hospital público de Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*, 34(2), 95-100.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-

[59172017000200004&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200004&lng=es&tlng=es)

Bostanci, N., & Buzlu S. (2012). Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10), 5313-5318.

- Brintzenhofe-Szoc, K., Levin, T., Li, Y., Kissane, D., & Zabora, J. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, *50*, 383–391.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.4.383>
- Cárdenas, L., & Mendoza, C. (2019) *Depresión y resiliencia en pacientes oncológicos de un hospital de Huancayo-2019* [tesis de licenciatura, Universidad Peruana de los Andes]. Repositorio Institucional – Universidad Peruana de los Andes.
<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1343>
- Colleoni, M., Mandala, M., Peruzzotti, G., Robertson, C., Bredart, A., & Goldhirsch, A. (2000). Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*, *356*, 1326–1327.
doi: 10.1016/S0140-6736(00)02821-X
- Cruzado, J. (2000). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Editorial Síntesis.
- Cwikel, J., Behar, L., & Rabson-Hare, J. (2000). A comparison of a vote count and a meta-analysis review of intervention research with adult cancer patients. *Research on Social Work Practice*, *10*(1), 139–158.
<https://psycnet.apa.org/record/2000-13066-008>
- De la Puente Rojas, M., & Pérez, A. (2017). *Terapia cognitiva basada en mindfulness en la reducción de estrés percibido y depresión en pacientes con cáncer de mama* [tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional – Universidad Católica de Santa María.
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6546>

- Del Carpio Lazo, A., & Del Carpio Sanz, A. (2017). Dinámica familiar y depresión en pacientes oncológicos con quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoclásicas (IREN) Arequipa 2014. *VÉRITAS*, 18(1), 7-10.
https://fchs.unsa.edu.pe/trabajosocial/wp-content/uploads/sites/4/2020/07/Articulo_Cientifico_revista_indexada_investigacion_Yaneth_Aleman.pdf#page=7
- Gómez, A., Gómez, I., & Rodríguez, A. (2011). Técnicas de comunicación creativas en el aula: escucha activa, el arte de la pregunta, la gestión de los silencios. *Educación y Futuro*, (24), 153-177.
<https://psycnet.apa.org/record/2000-13066-008>
- Gorozabel, L., Loor, L., & De los Ángeles, M. (2020). Condiciones familiares que favorecen la permanencia del acompañamiento en el tratamiento de los pacientes oncológicos de Solca, Portoviejo. *Socialium*, 4(2), 233-256.
<https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2020.4.2.575>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN. (2017). *Datos Epidemiológicos*.
<https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
- (2019). *Casos nuevos de cáncer registrados en INEN, periodo 2009-2018 (ambos sexos)*.
<https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/12/INEN-2009-2018.pdf>

- Izquierdo-González, M., González-Pérez, U, Alerm-González, A., & Jáuregui-Haza, U. (2008). Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(2)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000200014#:~:text=La%20calidad%20de%20vida%20del%20grupo%20de%20mujeres%20en%20estudio,con%20igual%20tiempo%20de%20so brevida.
- Jia, Y., Li, F., Liu, Y., Zhao, J., Leng, M., & Chen, L. (2017). Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 149, 138-148.
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Otros/Estudio-cancer-de-mama-y-emociones.pdf
- Landa-Ramírez, E. Greer, J. A., Vite-Sierra, A., Sánchez-Román, S., & Riveros-Rosas, A. (2014). Descripción de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. *Psicooncología*, 11(1), 151-162.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44924
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. (2009). Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *Journal of Cancer Survivorship*, 3(2), 117-127.
- Lemon, J., Edelman, S., Kidman, A. (2004). Perceptions of the “Mind-Cancer” relationship among the public, cancer patients, and oncologists. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(4), 43-58.
https://doi.org/10.1300/J077v21n04_03
- Ley N° 27815. Ley del Código de Ética de la Función. (22 de julio de 2002).

<https://www.gob.pe/de/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/828190-27815>

Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders*, 141(3), 343-351.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>

Lucien, S., Roy, D., Raymond, C., Leclaire, S, Wan, N., Labelle, R., Giguère, C., & Ouellet-Morin, I. (2020). Stigma associated with parental depression or cancer: Impact on spouse and offspring's cortisol levels and socioemotional functioning. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1822-1837.

<https://doi.org/10.1017/S0954579420001431>

Mesquita, A., & Carvalho, E. (2014). Therapeutic Listening as a health intervention strategy: an integrative review. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1123-1131.

<https://www.scielo.br/j/reesp/a/5WwTvQ5q7F6qvhBrDMLWBcG/?lang=en>

Milligan, F., Martínez, F., Abdel, S., Abdelrehim, S., Joby, B., Sultan, J., Sukumaran, S., De León, A., Sayed, S., & Samson, S. (2018). Assessing anxiety and depression in cancer patients. *British Journal of Nursing*., 27(10), S18-S23.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.10.S18>

Mishel, M., Hostetter, T., & King, B., Graham, V. (1984). Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer. *Cancer nursing*. 7(4), 291-299. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6564913/>

- Mitchell, A., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, *14*(8), 721-732.
<http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045%2813%2970244-4.pdf>
- Montiel, V., & Guerra V. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, *42*(2), 332-336.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200016&lng=es&tlng=es.
- Ng, G. C, Mohamed, S., Sulaiman, A. H., & Zainal, N. Z. (2017). Anxiety and depression in cancer patients: the association with religiosity and religious coping. *Journal of religion and health*, *56*(2), 575-590.
<https://doi.org/10.1007/s10943-016-0267-y>
- Organización Mundial de la Salud – OMS (21 de setiembre de 2021). *Cáncer*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Pinquart, M., & Duberstein, P. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological medicine*, *40*(11), 1797-1810.
doi: 10.1017/S0033291709992285
- Quintero, P. J. (2015) Validación ¿qué es y cómo practicarla? *PsyCiencia*.
<https://www.psyciencia.com/validacion-emocional-que-es-y-como-practicarla/>
- Quezada, A. (2020). *Efectividad de las intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor en niños y adolescentes con cáncer. Revisión documental*

[tesis de bachillerato, Universidad Nacional mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional – Universidad Nacional mayor de San Marcos.

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16594>

Rojas, R. (2016). *Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal* [tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional – Pontificia Universidad Católica del Perú

<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7086>

Salomón, A. (2014). Diálogo socrático en logoterapia. *Avances en Psicología*, 22(1), 61-74.

<https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/273>

Universidad de Montevideo (2020). *Comunicación asertiva y Cuidados paliativos*.

<https://um.edu.uy/noticias/comunicacion-asertiva-y-cuidados-paliativos>

Vásquez, C. (2009). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Editorial Síntesis

Vilela, A. (2018). *Adaptación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018* [tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional – Universidad César Vallejo.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/50560>

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

Anexos

MODELO DE ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Apellidos y Nombres**
- **Edad**
- **Fecha y lugar de nacimiento**
- **Instrucción**
- **Sexo**
- **Estado Civil**
- **Ocupación**
- **N° De Hijos**
- **Tiempo de residencia en la ciudad de Lima**
- **Dirección**
- **Teléfono**
- **Informante**
- **Fecha y lugar de diagnóstico**
- **Fecha de entrevista**

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. ANTECEDENTES PERSONALES

- a. Datos relevantes de su desarrollo inicial, infancia, adolescencia y juventud.
- b. Escolaridad – Historia psicopedagógica
- c. Historia sexual
- d. Historia laboral
- e. Antecedentes de consumo de alcohol, drogas, conductas delictivas.
- f. Antecedentes psicopatológicos.
- g. Enfermedades o accidentes anteriores
- h. Infecciones oportunistas
- i. Funciones biológicas (sueño, apetito).
- j. Hábitos e intereses

IV. HISTORIA FAMILIAR

V. AGENTES DE SOPORTE PARA LA ADHERENCIA

VI. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

VII. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

VIII. PLAN DE TRABAJO

IX. APRECIACIÓN

FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

(BDI-II)

1. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

TÍTULO	Inventario de depresión de Beck-II
VERSIÓN ORIGINAL	En inglés: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)
AUTOR(ES)	Aaron Beck, Robert Steer, Gregory Brown
AÑO DE ELABORACIÓN	1961,1996
ESTANDARIZACIÓN	Perú: Novara, Sotillo y Warton (1985). Nishida (1998).
FORMA DE APLICACIÓN	Individual o colectiva
POBLACIÓN	De 13 años en adelante. Población normal y pacientes psiquiátricos.
DURACIÓN	Sin límite de tiempo, de duración entre 5 y 10 minutos. En pacientes con depresión severa o trastornos obsesivos suelen requerir más tiempo que el promedio.

El instrumento BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de presencia de la depresión en población y de la gravedad de la depresión en pacientes psiquiátricos. Esta versión del instrumento busca evaluar los síntomas asociados a los criterios diagnósticos de los trastornos de depresión encontrados en el manual DSM-IV y CIE-10. Estos síntomas evaluados son los siguientes:

Tristeza	Pesimismo	Fracaso
Pérdida de placer	Sentimientos de culpa	Sentimientos de castigo
Disconformidad con uno mismo	Autocrítica	Pensamientos o deseos suicidas
Llanto	Agitación	Pérdida de interés
Indecisión	Desvalorización	Pérdida de energía
Cambios en los hábitos de sueño	Irritabilidad	Cambios en el apetito
Dificultad de concentración	Cansancio o fatiga	Pérdida de interés en el sexo

Los ítems se encuentran distribuidos en el instrumento BDI-II de la siguiente manera:

Variable	Dimensiones	Ítems
Depresión	Somático-Motivacional	6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21
	Cognitivo-Afectivo	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10

2. PUNTUACIÓN

El instrumento BDI-II presenta 21 ítems, los cuales son evaluados en una escala de Likert de 4 puntos, de 0 a 3. Si una persona ha marcado más de dos opciones en un ítem, se considera la puntuación más alta.

Respecto a los ítems 16 y 18, estos también se puntúan de 0 a 3, considerando que presentan 7 categorías; el manual recomienda registrar la categoría elegida por la persona, debido a su valor diagnóstico.

3. CALIFICACIÓN

No se aplica el proceso de transformación de puntuaciones para este instrumento.

4. INTERPRETACIÓN

El cuestionario arroja puntajes que van de 0 a 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Nombre: **Estado Civil:** **Edad:**

Sexo:

Ocupación: **Educación:**

Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2 Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3 Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4 Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5 Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que

debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6 Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7 Disconformidad con uno mismo

- 4 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 5 He perdido la confianza en mí mismo.
- 6 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 7 No me gusto a mí mismo.

8 Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9 Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10 Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Llora más de lo que solía hacerlo
- 2 Llora por cualquier pequeñez.

- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13 Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

14 Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a

dormirme.

15 Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

16 Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

17 Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

18 Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

19 Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

20 Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

21 Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

Puntaje Total:

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA

Este cuestionario se ha construido para saber cómo te sientes. Lee cada una de las frases y marca la respuesta que más se ajusta a cómo te sentiste durante los últimos siete (7) días.

1. Me siento tenso o nervioso			
Todos los días	Muchas veces	A veces	Nunca
2. Todavía disfruto las cosas como antes			
Muchísimo	No mucho	Un poco	Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo malo me va a suceder			
Definitivamente, y es muy fuerte	Sí, pero no es muy fuerte	Poco, pero no me preocupa	Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas			
Al igual que siempre lo hice	No tanto ahora	Casi nunca	Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones			
La mayoría de veces	Con bastante frecuencia	A veces, aunque no muy a menudo	Sólo en ocasiones
6. Suelo sentirme alegre			
Nunca	No muy a menudo	A veces	Casi siempre
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado			
Siempre	Por lo general	No muy a menudo	Nunca
8. Me siento como si estuviera más lento para pensar y/o realizar mis actividades diarias			
Por lo general, en todo momento	Muy a menudo	A veces	Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como hormigueo en el estómago			
Nunca	En ciertas ocasiones	Con bastante frecuencia	Muy a menudo
10. He perdido interés por mi aspecto físico y/o cuidado personal			
Totalmente	No me preocupa tanto como debería	Podría tener un poco más de cuidado	Me preocupo igual que siempre
11. Me siento tan inquieto que no puedo dejar de moverme			
Mucho	Bastante	No mucho	Nada
12. Veo las cosas con optimismo			
Igual que siempre	Menos de lo que se acostumbraba	Muchos menos de lo que acostumbraba	Nada
13. Tengo sentimientos repentinos de pánico			
Frecuentemente	Bastante a menudo	No muy a menudo	Nada
14. Puedo disfrutar de un buen libro, la radio, un programa de televisión o alguna actividad que antes solía hacer.			
A menudo	A veces	No muy a menudo	Rara vez

**HOJA DE AUTORREGISTRO DE RELACIONES FUNCIONALES BASADO EN
MODELO ABC DE ELLIS**

Fecha	Hora	Dónde y con quién estoy	Qué me preocupa	Qué siento	Qué pienso	Qué hago	Qué ocurre luego con la persona a mi lado

**HOJA DE TRABAJO PARA LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN
PENSAMIENTOS DISTORSIONADO**

Fecha	Situación	Emoción	Pensamiento inmediato (distorsionado)	Pensamiento adaptativo	Resultado
	Situación que describe la emoción o flujo de pensamientos, recuerdos, o ensoñaciones que conducen a la emoción negativa.	Especificar la emoción Valorarla 0-10	Escribir el pensamiento automático que se encuentra asociado a la emoción Valorar este pensamiento 0-100%	Escribir una respuesta más racional, adaptativa Valorar la creencia 0-100%	Revalorar la emoción 0-100 % Qué se puede hacer