



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UNA USUARIA CON
DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA
MALIGNA DE COLON, CON
TRASTORNO MIXTO ANSIOSO
DEPRESIVO EN UN INSTITUTO DE
SALUD ESPECIALIZADO DE LIMA

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

NICOLE JAHAIRA SARAVIA ROJAS

LIMA – PERÚ

2022

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Mónica Elvira Velasco Taipe

PRESIDENTE

Lic. Rosa Alejandra Pizarro Garrido

VOCAL

Mg. Rita Selene Orihuela Anaya

SECRETARIA

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

MG. ADOLFO AGUINAGA ÁLVAREZ

DEDICATORIA

A Dios, por ser esperanza y luz en mi camino.

A mi familia, por su apoyo incondicional, por la motivación constante y por acompañarme durante todos estos años de carrera. Han sido, son y serán un ejemplo de constante de lucha, de superación, amor y aceptación total.

A mis amigos, por darme ánimos y brindarme esperanza desde mucho antes de iniciar el proceso, especialmente en los momentos más difíciles, son un gran soporte.

A ti, por estar siempre conmigo y apoyarme en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi asesor, el Mg. Adolfo Aguinaga Álvarez, por la orientación durante el proceso del trabajo, por su escucha, su apoyo y su ánimo constante.

Gracias a la persona que inspiró este trabajo, agradezco la apertura y confianza brindada, espero te encuentres bien y sigas adelante. Gracias por compartir tu vida conmigo, el trabajo conjunto y el aprendizaje mutuo.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	
Abstract	
Introducción	1
Capítulo I: Experiencia Profesional y Contexto.....	4
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	4
1.1.1. Nombre de la organización	4
1.1.2. Misión	4
1.1.3. Visión	4
1.1.4. Objetivos estratégicos	4
1.1.5. FODA de la institución	5
1.1.6. Breve reseña o descripción.....	7
1.2. PUESTO DESEMPEÑADO	8
1.2.1. Denominación del puesto.....	8
1.2.2. Principales funciones	8
1.2.3. Organigrama.....	10
1.2.4. Descripción del área de trabajo	11
1.3. PLAN DE TRABAJO	12
1.3.1. Actividades del área	12
1.3.2. Investigación	15
1.3.3. Cursos y/o capacitaciones recibidas.....	15
1.3.4. Recursos del área de trabajo.....	15
1.3.5. Cronograma de actividades	17
1.4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	18

Capítulo 2: Marco Teórico	19
2.1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES	19
2.1.1. Neoplasia maligna de colon	19
2.1.2. Aspectos psicológicos del usuario oncológico.....	20
2.1.3. Trastorno mixto ansioso depresivo	23
2.1.4. Factores de riesgo en el desarrollo de depresión y ansiedad en usuarios oncológicos	23
2.1.5. Psico-oncología.....	25
2.1.6. Abordaje de la salud mental en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa-depresiva.....	26
2.2. MODELOS TEÓRICOS DE ABORDAJE	27
2.2.1. Enfoque Cognitivo Conductual.....	27
2.2.2. Terapia Racional Emotiva Conductual	28
2.2.2.1. Supuestos básicos de la TREC.....	28
2.2.2.2. Niveles de cognición.....	30
2.2.2.3. Irracionalidad y racionalidad.....	33
2.2.2.4. Demandas versus preferencias.....	34
2.2.2.5. Las emociones.....	34
2.2.2.6. Conductas adaptativas versus desadaptativas.....	35
2.2.2.7. Modelo ABC(DEF) de la TREC.....	36
2.2.2.8. Meta-perturbaciones o perturbaciones secundarias en el enfoque TREC.	38
2.2.3. Diferencia entre TCC y TREC.....	39

2.3. INTERVENCIÓN EN USUARIOS ONCOLÓGICOS CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA DEPRESIVA.....	39
2.3.1. Intervención bajo el enfoque de Terapia Racional Emotiva Conductual en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa-depresiva.	39
2.3.1.1. Técnicas de intervención.....	40
2.3.2. Intervención Cognitivo Conductual de Tercera generación en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa-depresiva	43
2.3.3. Intervención de otros enfoques psicológicos en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa-depresiva.....	46
2.4. ANTECEDENTES.....	47
2.4.1. Investigaciones internacionales.....	47
2.1.1. Investigaciones nacionales.	51
Capítulo 3: Metodología	55
3.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	55
3.1.1. Problema de estudio	55
3.1.2. Estrategias de evaluación y medición de la problemática.....	58
3.1.3. Procedimientos de la evaluación.....	63
3.1.4. Diagnóstico del problema	63
3.2. INTERVENCIÓN.....	74
3.2.1. Problema delimitado	74
3.2.2. Objetivos de la intervención.....	75
3.2.3. Selección y sustento de las técnicas empleadas	75
3.2.4. Ejecución: descripción del plan del trabajo	84
3.2.5. Cronograma de trabajo.....	86

3.2.6. Consideraciones éticas	103
3.2.7. Indicadores de logro	104
3.2.8. Monitoreo y evaluación de la intervención	104
Capítulo IV: Resultados	107
4.1. RESULTADOS.....	107
4.1.1. Descripción de los resultados hallados	107
4.1.2. Análisis de resultados.....	115
4.2. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA	119
4.2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención.....	119
4.2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados.	119
4.2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto.....	120
4.2.4. Demandas profesionales requeridas	121
4.2.5. Autoevaluación y autocrítica.....	124
Recomendaciones.....	128
Conclusiones	130
Referencias Bibliográficas	132
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	17
Tabla 2.....	67
Tabla 3.....	72
Tabla 4.....	86
Tabla 5.....	107
Tabla 6.....	108
Tabla 7.....	109
Tabla 8.....	110
Tabla 9.....	114

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	10
Figura 2	37
Figura 3	68
Figura 4	69
Figura 5	70
Figura 6	71
Figura 7	111
Figura 8	112
Figura 9	113

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo disminuir el nivel de ansiedad y las conductas disfuncionales presentes en una usuaria de 40 años con una presunción diagnóstica de Trastorno mixto ansioso depresivo mediante la reestructuración de los pensamientos irracionales presentes en ella. Como método de estudio, se utilizaron como estrategias de evaluación y medición la entrevista psicológica, observación de conducta, el examen mental, la anamnesis, el cuadro ABC, la historia clínica, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y, el Termómetro de distrés (TD) y la lista de problemas. Se concluye un diagnóstico presuntivo de Trastorno mixto ansioso-depresivo y, en la conceptualización del caso, se encontraron creencias irracionales expresadas en demandas hacia sí misma, hacia el mundo y hacia los demás generando en ella la emoción de ansiedad de intensidad elevada y conductas desadaptativas como gritar y el aislamiento social. Posteriormente, se detalla la intervención realizada bajo los lineamientos de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), haciendo uso de técnicas cognitivas, emocionales y conductuales propios del enfoque en mención. Asimismo, como instrumentos de evaluación de la intervención, se administra la entrevista semi-estructurada a la usuaria, el cuadro ABC y, el Termómetro de distrés (TD) y la lista de problemas. En cuanto a los resultados obtenidos, se logró el objetivo del estudio, ya que la usuaria formuló creencias racionales en remplazo de las irracionales, disminuyó su ansiedad de 9 puntos a 3 puntos, así como sus conductas desadaptativas. Finalmente, se concluye la eficacia de la intervención al evidenciarse los cambios

a nivel cognitivo, emocional y conductual en la usuaria, alcanzando los objetivos propuestos.

Palabras clave: Intervención cognitivo conductual, neoplasia maligna de colon, TREC, técnicas cognitivas, emocionales y conductuales.

Abstract

The present study aims to reduce the level of anxiety and dysfunctional behaviors present in a 40-year-old female patient with a presumptive diagnosis of mixed anxiety-depressive disorder by restructuring the irrational thoughts present in her. As a study method, the psychological interview, behavioral observation, mental examination, anamnesis, ABC chart, clinical history, Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), and the Distress Thermometer (TD) and the list of problems were used as evaluation and measurement strategies. A presumptive diagnosis of Mixed Anxiety-Depressive Disorder is concluded, and, in the conceptualization of the case, irrational beliefs expressed in demands towards herself, the world and others were found, generating in her the emotion of high intensity anxiety and maladaptive behaviors such as screaming and social isolation. Subsequently, the intervention carried out under the guidelines of Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT) is detailed, making use of cognitive, emotional and behavioral techniques typical of the approach in question. Likewise, the semi-structured interview with the client, the ABC chart, the Distress Thermometer (TD) and the list of problems were administered as evaluation instruments for the intervention. As for the results obtained, the objective of the study was achieved, since the user formulated rational beliefs instead of irrational ones, decreased her anxiety from 9 points to 3 points, as well as her maladaptive behaviors. Finally, the efficacy of the intervention is concluded by showing the cognitive, emotional and behavioral changes in the client, achieving the proposed objectives.

Key words: Cognitive behavioral intervention, malignant colon neoplasia, TREC, cognitive, emotional and behavioral techniques.

Introducción

La enfermedad del cáncer es considerada a nivel mundial como un problema de salud pública al presentar altas tasas de incidencia, mortalidad y discapacidad (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC], 2020). Según la Agencia Internacional de Investigación de cáncer (IARC, 2021a), en el año 2020, se estimaron 1 470 274 nuevos casos de cáncer en América Latina y el Caribe. Específicamente, en el Perú, se presentaron 69 849 nuevos casos de cáncer en el mismo año (IARC, 2021b).

La asistencia sanitaria brindada a los usuarios oncológicos comprende el cuidado y vigilancia de la salud mental al ser un factor indivisible de la salud global del individuo (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2018; Ministerio de Salud [MINSAL], 2018). En la actualidad, no se cuenta con información epidemiológica asociada a la salud mental en usuarios oncológicos en el Perú (INEN, 2018). Sin embargo, se sabe que en el contexto nacional los problemas de salud mental están asociados a los factores psicosociales y a trastornos mentales, siendo los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad los más resaltantes en la población (MINSAL, 2018).

Recibir un diagnóstico oncológico genera gran impacto en la vida de las personas, abarcando a su vez al entorno familiar y amical (Costa et al., 2016; Kleine et al., 2019). El impacto asociado a la salud mental y emocional del usuario oncológico ha sido ampliamente estudiado a nivel mundial, evidenciando su asociación a trastornos de adaptación y trastornos del estado del ánimo resultantes del ajuste psicológico al diagnóstico y proceso de tratamiento (Gorman, 2018; De

Vries y Stiefel, 2018). Los diversos cambios presentes en las múltiples áreas de vida de los usuarios oncológicos sumado al proceso de adaptación ubican a los individuos con dicho diagnóstico en una situación de vulnerabilidad, siendo imperativa la atención e intervención centrada en el cuidado de su salud mental con la finalidad de aliviar el malestar emocional presente y contribuir a su bienestar (Johnston et al., 2017; Close et al., 2019; Krakauer et al., 2021).

Dentro del campo psico-oncológico, diversos estudios mencionan la efectividad de la psicoterapia en esta población; dentro de estas, la terapia bajo el enfoque Cognitivo Conductual ha demostrado gran efectividad en la disminución de sintomatología física y psicológica como el dolor, la fatiga, la disminución del malestar emocional, disminución de la ansiedad y de la depresión, manejo del estrés, entre otros (Melton, 2017; Abrahams et al., 2017; Greer et al., 2019; Knoerl et al., 2016). Dentro del enfoque Cognitivo Conductual, la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) ha demostrado ser eficaz en casos de individuos con sintomatología ansiosa y depresiva, teniendo como enfoque de trabajo el ámbito cognitivo, emocional y conductual (Onuigbo et al., 2019; Eseadi, 2019; Quintero y Finck, 2018). Para la TREC, el malestar emocional del individuo está en gran medida determinado por las creencias irracionales, poco lógicas y disfuncionales que tenemos sobre las situaciones (Dryden y Neenan, 2014; MacLaren et al., 2020). En consecuencia, dichas creencias presentan un impacto en las emociones y conductas del individuo, siendo estas disfuncionales y desadaptativas. La intervención bajo este enfoque permite generar cambios a nivel cognitivo, al identificar y evaluar las creencias del usuario, analizándolas y reemplazando aquellas creencias irracionales que generan perturbación o malestar emocional, por

creencias racionales y lógicas; consecuentemente, las respuestas emocionales y conductuales serán remplazadas por respuestas funcionales, adaptativas y saludables logrando disminuir el malestar emocional del individuo (Dryden, 202; MacLaren et al., 2020).

Bajo esta premisa, el presente trabajo presenta como objetivo principal disminuir el nivel de ansiedad y las conductas disfuncionales presentes en la usuaria de estudio mediante la reestructuración de los pensamientos irracionales presentes en ella a través de la intervención basada en el enfoque de Terapia Racional Emotivo Conductual, ya que este modelo permite responder a la problemática presentada por la usuaria enfocado en el área cognitiva, emocional y conductual.

El trabajo presentado está dividido en cuatro capítulos, el primero titulado “Experiencia profesional y el contexto”, comprendiendo la descripción de la institución en la cual la usuaria fue evaluado, el puesto desempeñado dentro de la institución y la línea de investigación que orienta al estudio. El segundo capítulo denominado “Marco teórico”, integra aspectos conceptuales pertinentes al estudio, modelos teóricos empleados, así como antecedentes relevantes para el caso. El tercer capítulo nombrado “Metodología”, describe la contextualización del problema y la intervención implementada. El cuarto capítulo titulado “Resultados”, describe los resultados de la intervención y la reflexión de esta. Finalmente, el trabajo concluye con la redacción de las conclusiones y las recomendaciones para futuras investigaciones.

Capítulo I: Experiencia Profesional y Contexto

1.1.Descripción de la institución

1.1.1. Nombre de la organización

Instituto especializado de salud de Lima.

1.1.2. Misión

Velar por la promoción, protección y prevención de una atención integral al usuario oncológico, especialmente de aquellos con recursos económicos limitados; además de salvaguardar a nivel nacional una inspección técnica y administrativa de los servicios de asistencia médica en materia oncológica, y llevar a cabo labores de docencia e investigación inherentes a la institución.

1.1.3. Visión

Generar normativas y medidas de calidad que garanticen el acceso global e igualitario a los servicios de atención y control oncológico para disponer de un país exento de cáncer avanzado.

1.1.4. Objetivos estratégicos

- Objetivo específico uno: Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en la población peruana.
- Objetivo específico dos: Afianzar medidas preventivo-promocionales en temática oncológica en la población peruana.

- Objetivo específico tres: Acrecentar la calidad de asistencia médica brindada a los usuarios de la institución.
- Objetivo específico cuatro: Promover la actividad docente y científica asociada al cáncer a escala nacional.
- Objetivo específico cinco: Reformar la conducción institucional.
- Objetivo específico seis: Perfeccionar el control de riesgos frente a emergencias y desastres en la institución.

1.1.5. FODA de la institución

a. Fortalezas.

- Líder en el tratamiento de cáncer a nivel nacional.
- Intervención integral del usuario oncológico.
- Implementación de programas presupuestales.
- Personal administrativo y asistencial altamente capacitado.
- Centro referente de investigación científica en materia oncológica.
- Infraestructura en buena condición.
- Equipamiento de última generación para la prestación del servicio de atención.
- Asesoría y soporte técnico a nivel nacional.
- Gestión orientada al trabajo en equipo.
- Revisión constante del plan estratégico de la institución.

b. Oportunidades.

- Convenios internacionales en beneficio de la atención de los usuarios oncológicos.
- Apoyo de diversas ONG.

- Respaldo del Estado Peruano.
- Acceso factible para personas de bajos recursos económicos por medio del Seguro Integral de Salud.
- Actualizaciones en diagnóstico e intervención oncológica a nivel mundial.

c. Debilidades.

- Centralización
- Insuficiente personal asistencial.
- Espera excesiva por consultas médicas.
- Sobrecarga mental y emocional por parte del personal asistencial.
- Burocracia en los trámites.
- Exposición a enfermedades intrahospitalarias.
- Limitada comunicación entre departamentos.
- Saturación de la infraestructura.
- Dificultad de comunicación interpersonal entre los usuarios y el personal de la institución al no manejar las diversas variantes del quechua.
- Incremento de la demanda de atención oncológica excede la oferta brindada por la institución.

d. Amenazas.

- Cambio en las directrices del gobierno regional del Lima.
- Desarrollo de clínicas privadas como alternativas de atención y tratamiento oncológico.
- Poca adherencia al tratamiento por parte del usuario oncológico.
- Crisis económica.

- Riesgo de infección por parte de los usuarios fuera de la institución de salud complejiza el tratamiento brindado por esta.

1.1.6. Breve reseña o descripción

El Instituto de salud especializado expuesto en el presente trabajo fue fundado en el año 1939, presentando como objetivos principales la protección, promoción, prevención y asistencia integral a personas con diagnóstico oncológico, siendo la educación y la investigación pilares fundamentales en su gestión.

Durante sus primeros años, el nosocomio alcanza grandes avances científicos al mantener una perspectiva innovadora permanente, es así como obtiene diversos reconocimientos como el de la Organización de Estados Americanos (OEA), quien lo cataloga como referente educacional. Asimismo, en sus inicios, logra diversos convenios nacionales con instituciones educativas y marca hitos al obtener equipamiento que le permiten brindar un mejor servicio asistencial.

Posterior a ello, ante la creciente demanda de atención, la institución tuvo la necesidad de realizar cambios estructurales planificando la construcción de una nueva sede, la cual fue inaugurada en el año 1988. También, se da a conocer su descentralización del Ministerio de Salud, brindándole autonomía administrativa y técnica.

En los años posteriores, se refuerza el trabajo centrado en la prevención y promoción de la salud, teniendo como objetivo la disminución de la incidencia y mortalidad del cáncer en el país. Por ello, sus esfuerzos se centran en la educación, enfatizando actividades de autocuidado y el ejercicio de estilos de vida saludable con la finalidad de crear una cultura de prevención.

En el año 2002, se generan los primeros proyectos para la descentralización asistencial de la institución, creando diversos institutos regionales especializados en la materia, brindando así mayores oportunidades de un diagnóstico y tratamiento oportuno a la población. En los años posteriores, la institución continúa centrándose en mejorar su servicio de atención integral, adquiriendo diversos recursos tecnológicos que le permiten mejorar la calidad de su servicio. Finalmente, en el año 2006, la institución adquiere autonomía jurídica, económica, administrativa y normativa, asumiendo así nuevos retos en su ejecución.

1.2. Puesto desempeñado

1.2.1. Denominación del puesto

Interna de psicología

1.2.2. Principales funciones

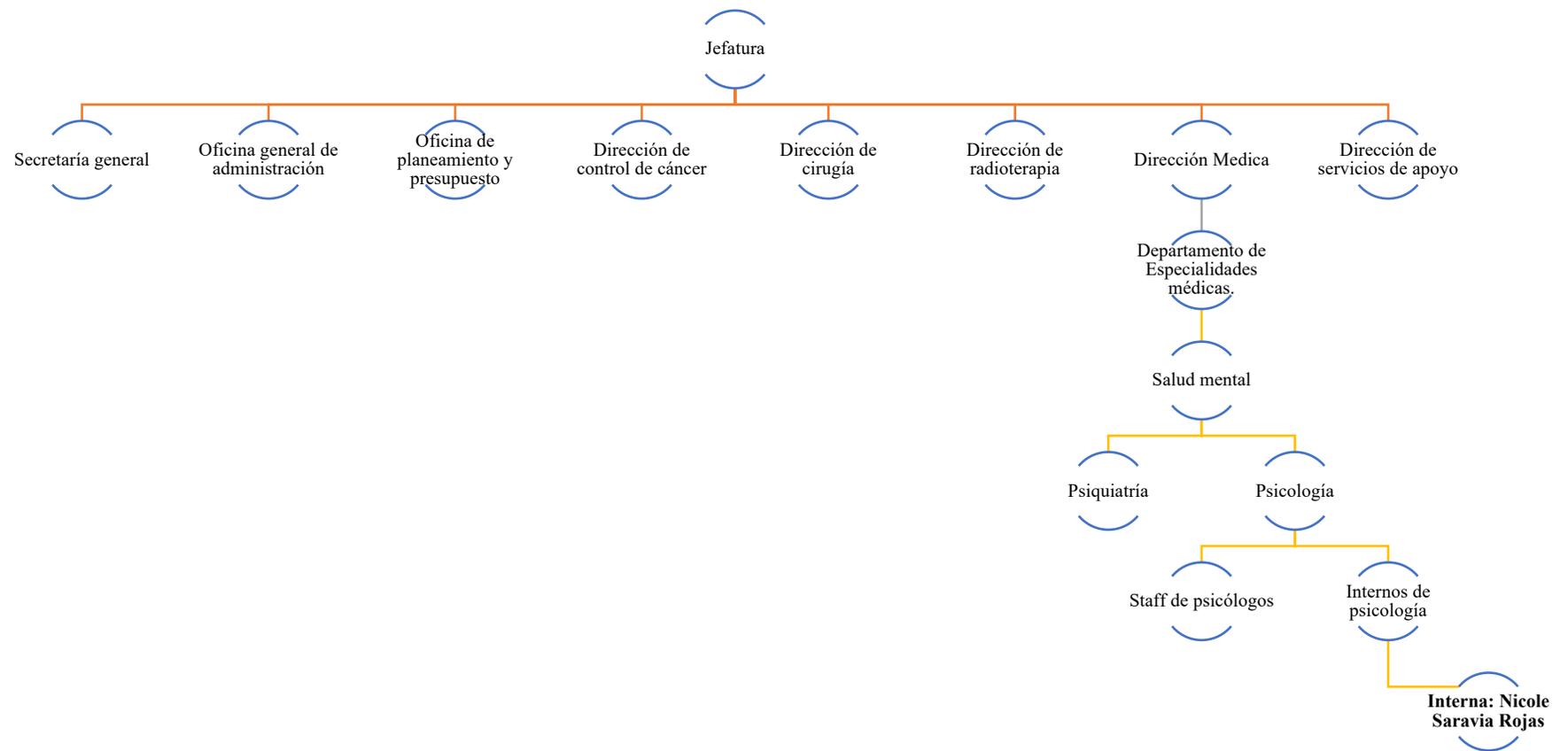
- Intervención en situaciones de crisis.
- Screening y evaluación psicológica del usuario en el área ambulatoria y de hospitalización.
- Evaluación y psicoterapia individual en consultorio dirigido a usuarios oncológicos: niños, adolescentes y adultos.
- Abordaje individual en hospitalización a niños, adolescentes y adultos; en las áreas de Emergencia, cuidados paliativos, quimioterapia, Pediatría, Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de tratamientos Intermedios (UTI) y TAMO.
- Orientación y consejería dirigida a usuarios hospitalizados y a su red de apoyo.

- Diseñadora y facilitadora de talleres socioemocionales dirigidos a usuarios ambulatorios y hospitalizados: pediátricos, adolescentes y adultos.
- Diseñadora y facilitadora de talleres socioemocionales dirigidos a familiares de usuarios ambulatorios y hospitalizados.
- Diseñadora y facilitadora de charlas y dinámicas grupales dirigidas al personal de salud.
- Elaboración de notas psicológicas de los usuarios atendidos en historia clínica.
- Presentación de casos clínicos.

1.2.3. Organigrama

Figura 1

Organigrama del Instituto especializado de salud de Lima



1.2.4. Descripción del área de trabajo

En cuanto al ambiente físico, el departamento de psicología estaba ubicado en el segundo piso del hospital y estaba compuesto por diversos ambientes: la recepción, dos consultorios y un ambiente común. Si bien, el espacio era iluminado y limpio, los diversos ambientes eran angostos, generando aglomeración de personas por momentos, ya que el personal y los usuarios se encontraban en un mismo espacio, dejando muy poca capacidad para una adecuada circulación. Del mismo modo, se podía visualizar en los consultorios material que no se encontraba adecuadamente ubicado o almacenado como colchonetas y cajas, lo que dificultaba aún más la circulación de las personas y daba la impresión de un ambiente más estrecho.

En cuanto a la relación entre los miembros del departamento, este se caracterizaba por un trato de respeto, resaltando la comunicación horizontal entre internos y supervisores (psicólogos), el compañerismo, la empatía, la escucha, confianza y solidaridad entre los internos de psicología. Adicionalmente, se puede resaltar la apertura de los supervisores al resolver dudas por parte de los internos y señalar del mismo modo, aspectos a mejorar o sugerencias asociadas al trabajo que el interno estaba realizando, así como el reconocimiento por una tarea o intervención bien ejecutada y la oportunidad de debate o sugerencias mutuas. Sin embargo, la comunicación con otros departamentos por parte de los internos era muy limitada, lo que dificultaba un trabajo en equipo con otras especialidades, con algunas excepciones.

1.3. Plan de trabajo

1.3.1. Actividades del área

- Evaluación y diagnóstico

Consiste en la observación de conducta, la entrevista clínica y pruebas de screening o cribado, mediante las cuales se obtienen los datos que permiten describir el aspecto cognitivo, aspecto emocional y aspecto familiar del usuario en el área ambulatoria y hospitalaria. Posterior a ello, se procede a realizar una impresión diagnóstica con la finalidad de brindar el soporte emocional que el usuario necesita y definir la intervención o plan de tratamiento a seguir en el área de hospitalización. De ser necesario y según cada caso, dicha evaluación se complementa con test psicológicos para un mejor diagnóstico.

En cuanto a las intervenciones brindadas en consultorio, adicionalmente a lo descrito con anterioridad, se realiza una historia clínica del usuario y se aplican test psicológicos tanto psicométricos como proyectivos. Finalmente, en el caso de niños y adolescentes, las actividades lúdicas forman parte del proceso de evaluación.

- Intervención terapéutica

Las intervenciones terapéuticas responden a las necesidades y objetivos que presenta el usuario al momento de la intervención. Por ello, se hace uso de diversas técnicas y herramientas que resulten ser las más eficaces para cada caso. Dichas intervenciones se realizan tanto en el área hospitalaria y de consultorio privado.

- Orientación y consejería:

Este tipo de intervención está enfocada en identificar situaciones que generan malestar emocional en el usuario y/o familiar. Al ser una intervención puntual, se busca brindar información necesaria y oportuna, buscando los recursos necesarios para orientar profesionalmente al usuario en el manejo de dichas dificultades o la solución de estas. Para ello, es necesario crear un ambiente de escucha activa y empatía donde el usuario tenga la libertad de expresar sus emociones y pensamientos. Con este tipo de intervención se pretende prevenir algún riesgo psicológico.

- **Tratamiento de problemas individuales y grupales**

Este tipo de intervención consiste en el trabajo individual y/o grupal acorde a las necesidades y objetivos del usuario y/o familia que puedan presentarse en el área de hospitalización y de consultorio externo. Dichos objetivos pueden estar asociados a factores intrahospitalarios o de la enfermedad, como a factores extrahospitalarios asociados a diversos aspectos de la vida del usuario como el área social, familiar, personal, laboral, entre otros. Estas intervenciones se pueden resumir en:

- ❖ Intervención en crisis.
- ❖ Evaluación y psicoterapia en consultorio y hospitalización.
- ❖ Dinámicas grupales en áreas de hospitalización.

- **Otras actividades**

- ❖ Elaboración de notas psicológicas en historia clínica; la cual consiste en la redacción de un resumen de la intervención realizada por parte del interno. Se detalla información específica y resaltante de la intervención, considerando los

datos de filiación del usuario, la observación y evaluación del área cognitiva, emocional, familiar, psicooncológica del usuario, la impresión diagnóstica, la intervención realizada y finalmente, el plan de tratamiento.

- ❖ Las supervisiones de lecturas consisten en la presentación de estudios asociados al área psicooncológica y su intervención según diversos enfoques o corrientes psicológicas. Se pretende contribuir al desarrollo y formación del interno de psicología mediante diversas alternativas de intervención propuestas.
- ❖ Las presentaciones mensuales de casos clínicos consisten en la elaboración de un informe considerando los datos de filiación del usuario, antecedentes médicos de este, el marco teórico asociado a la intervención realizada, la observación de conducta, la transcripción de la entrevista y/o intervención ejecutada, la impresión diagnóstica según el CIE 10, la intervención realizada, el plan de tratamiento y la bibliografía. Dicha actividad fomenta el debate e intercambio de ideas asociadas al manejo del caso y de posibles alternativas de intervención entre los internos y el supervisor encargado. Asimismo, el supervisor analiza lo expuesto por el interno, resaltando las fortalezas y logros alcanzados, así como las sugerencias de intervención para futuros casos.

1.3.2. Investigación

La investigación por parte del practicante de psicología abarca la búsqueda de material beneficioso para el proceso de intervención, el cual incluye las técnicas de entrevista, evaluación e intervención.

1.3.3. Cursos y/o capacitaciones recibidas

- Jornada de Capacitación para Internos de Psicología.
- Curso de Inmersión sobre Control y Prevención de Infecciones Intrahospitalarias 2018-A.
- I Congreso Internacional y II Congreso Peruano de Psicooncología 2018.

1.3.4. Recursos del área de trabajo

- **Recursos humanos**
 - Un psiquiatra.
 - Ocho psicólogos de Staff o supervisores.
 - 16 internos de psicología.
- **Recursos materiales**
 - Dos consultorios para la atención de usuarios.
 - Un ambiente común para la realización de exposiciones, presentaciones y debate de casos.
 - Material de evaluación psicológica: pruebas que miden aspectos como inteligencia, memoria, atención y/o aspectos emocionales.
 - Material de lectura: libros físicos y digitales.

- Materiales lúdicos para la intervención en usuarios pediátricos.
- Útiles de escritorio.
- Computadoras.
- Un televisor, donde se presentaban los casos clínicos y las supervisiones de lectura.

1.3.5. Cronograma de actividades

Tabla 1

Cronograma de actividades de prácticas pre-profesionales febrero 2018 – febrero 2019

ACTIVIDAD	PERIODO DE PRACTICAS PRE-PROFESIONALES: FEB 2018 – FEB 2019												
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Intervención en situaciones de crisis				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Screening y evaluación psicológica del usuario en el área ambulatoria y de hospitalización.							X	X	X	X			
Evaluación y psicoterapia individual en consultorio dirigido a usuarios oncológicos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Abordaje individual en hospitalización	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientación y consejería a usuarios y a familiares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diseñadora y facilitadora de talleres socioemocionales dirigidos a usuarios.				X	X	X	X	X	X	X			
Diseñadora y facilitadora de talleres socioemocionales dirigidos a familiares			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Facilitadora de charlas y dinámicas grupales dirigidas al personal de salud.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboración de notas psicológicas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Presentación de casos clínicos.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1.4.Línea de investigación

El presente trabajo se rige bajo la línea de investigación de “Bienestar psicológico y salud mental”, el cual consiste en el estudio y atención de los factores emocionales y mentales presentes en el individuo que intervienen e influyen en su bienestar psicológico, permiten su adaptación y promueven su calidad de vida (Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2019). En este sentido, el presente trabajo expone el estudio de aquellos factores cognitivos, emocionales y conductuales responsables del malestar emocional expuesto por la usuaria partícipe de este estudio. Posteriormente, en la intervención realizada, estos factores son atendidos a través de diversas técnicas que permiten aminorar el malestar emocional expuesto, además de proporcionar diversas herramientas que contribuyen al desarrollo del bienestar y calidad de vida de la usuaria.

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1. Aspectos conceptuales pertinentes

2.1.1. *Neoplasia maligna de colon*

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más comunes en la actualidad, siendo el tercer diagnóstico más común y el segundo más mortal en ambos sexos (Sawicki et al., 2021; Sung et al., 2021). Específicamente, en el Perú, esta enfermedad es la cuarta neoplasia con mayor incidencia para la población masculina y femenina (Globocan, 2020).

El cáncer colorectal se caracteriza por la división anormal o crecimiento descontrolado de células epiteliales ubicadas en la mucosa del colon o del recto (American Cancer Society, 2020). Dicho crecimiento de células resulta ser benigno en sus inicios; sin embargo, presentan el potencial para desarrollarse y mutar en un cáncer (American Cancer Society, 2020; Benson et al., 2021). A su vez, este grupo de células anormales puede diseminarse y viajar a través de vías como la linfa y la sangre, extendiéndose a otras zonas del organismo, invadiendo tejidos y órganos evidenciando un progreso de la enfermedad al cual se le denomina metástasis.

Un diagnóstico preciso de la enfermedad permite indicar un tratamiento adecuado y faculta la formulación de un pronóstico (Montminy et al., 2020; Benson et al., 2021). Por ello, es importante señalar el estadio de la neoplasia; es decir, precisar el crecimiento y avance del tumor dentro del organismo considerando la extensión de las células cancerígenas a través de la pared del colon, el compromiso de la linfa y la existencia de células cancerígenas fuera del colon (Benson et al., 2021; Sawicki et al., 2021). En el cáncer colorrectal se determinan cinco estadios:

el estadio 0 es aquel en el que existen células anormales en la capa interna del colon; en el estadio I, el cáncer se extiende a la segunda o tercera capa interna del colon; en el estadio II, el cáncer se extiende hasta o más allá de la de la cuarta capa del colon; en el estadio III, hay un compromiso de los ganglios linfáticos y finalmente, el estadio IV se refiere a la extensión del cáncer a otras áreas del cuerpo (Benson et al., 2021). Dentro de los tratamientos más utilizados, destacan la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia como parte del proceso de intervención (Lee et al., 2019; Montminy et al., 2020).

2.1.2. Aspectos psicológicos del usuario oncológico

El diagnóstico de cáncer conlleva un gran impacto en la vida de la persona que lo padece (Cabrera et al., 2017; Lang-Rollin y Berberich, 2018). El impacto psicológico y psicosocial deriva de los diversos cambios en las múltiples áreas de la vida del usuario, a nivel físico, emocional, sexual, espiritual, familiar, social, laboral, entre otros (Costa et al., 2016; Cabrera et al., 2017; Miaja et al., 2017; Grassi et al., 2017). Por lo tanto, dicha experiencia requiere de un ajuste psicológico, el cual la mayoría de usuarios realiza de manera satisfactoria, adaptándose y ajustándose a esta realidad; sin embargo, también es común encontrar que dicha experiencia puede generar un impacto profundo y duradero en la funcionalidad del individuo (Costa et al., 2016, McFarland y Holland, 2016; Gorman, 2018).

En cuanto al ámbito físico, es importante mencionar aquellos cambios asociados a los síntomas físicos, la disminución de la actividad funcional y de la autonomía y, los cambios relacionados a la imagen corporal derivados del

tratamiento o de los efectos secundarios de la enfermedad (Costa et al., 2016; Cabrera et al., 2017; Grassi et al., 2017; Lang-Rollin y Berberich, 2018). Del mismo modo, se ha evidenciado la asociación entre los síntomas físicos y el desarrollo de ansiedad y depresión, miedo a la recurrencia del cáncer, aislamiento social y un pobre bienestar personal en el usuario (Fu et al., 2013; Crist y Grunfeld, 2013, Costa et al., 2016).

En cuanto al ámbito emocional, el individuo experimenta una sensación de amenaza e incertidumbre hacia la vida, por lo que el estrés y un conjunto de emociones como miedo, angustia, enojo, culpa, tristeza y/o desesperanza están presentes y resultan esperables y naturales dentro del proceso de diagnóstico y tratamiento oncológico (Cabrera et al., 2017; Instituto Nacional de Cáncer, 2018; Gorman, 2018). El miedo y la angustia son reacciones naturales frente al proceso de diagnóstico, la espera de resultados y los cambios consecuentes en la vida del usuario y de su entorno familiar (Instituto Nacional de Cáncer, 2018; Whitaker et al., 2016). Asimismo, el enojo es una emoción esperable en esta situación, debido a que el usuario se encuentra buscando una razón por la cual se halla en esta situación (Amador et al., 2013; Instituto Nacional de Cáncer, 2018). La culpa, también puede estar presente y está asociada a la responsabilidad que siente el usuario ante la preocupación y angustia que pueden sentir sus familiares o el pensarse como una carga para su entorno familiar. Del mismo modo, la tristeza resulta una emoción común frente a este escenario ya que el usuario atraviesa una situación de pérdida y de decepción frente a los cambios que atraviesa o que atravesará en un futuro. Los sentimientos de soledad también pueden estar presentes en un escenario donde el usuario se siente incomprendido por su entorno o se ve

imposibilitado de participar de actividades sociales o disfrutar de sus actividades cotidianas. Del mismo modo, el usuario se puede sentir impotente, fuera de control o indefenso ya que se encuentra ante un escenario de incertidumbre; mientras más independiente sea, estas emociones pueden ser más intensas (Amador et al., 2013; Instituto Nacional de Cáncer, 2018). Es importante resaltar que, si bien los usuarios presentan estas reacciones emocionales, la mayoría logra ajustarse a esta nueva realidad; sin embargo, otros usuarios pueden presentar mayor dificultad (Grassi et al., 2017; Caruso et al., 2017; De Vries y Stiefel, 2018). Por ello, en la literatura se señala a los trastornos de adaptación, los trastornos afectivos, el estrés post traumático u otro tipo de condiciones mentales como las más frecuentes dentro de este grupo. Específicamente, existen estudios que señalan la prevalencia de ansiedad y depresión en dicha población (Costa et al., 2016; Niedzwiedz et al., 2019; Ardila et al., 2020).

En cuanto al ámbito espiritual, los valores personales, la perspectiva de uno mismo, el crecimiento personal, el propósito de vida o el significado de ella, la muerte y el duelo son variables y fluctuantes durante este periodo y posterior al alta de la enfermedad (Grassi et al., 2017; Lang-Rollin y Berberich, 2018).

A nivel intrapersonal, se observan cambios de rutinas, variaciones en los roles desempeñados, cambios en las relaciones familiares y sociales y, una disminución en el nivel de participación en el ámbito laboral y/o social (Grassi et al., 2017; Lang-Rollin y Berberich, 2018; McKeague y Maguire, 2021).

Bajo esta premisa, todos los cambios y factores estresantes detallados conllevan a diversas respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales por parte del usuario oncológico (McFarland y Holland, 2016; Grassi et al., 2017).

Dichas respuestas derivan de diversos factores internos como el rasgo de personalidad o el tipo de afrontamiento que posea, así como de rasgos externos como el apoyo social e instrumental que reciba, las variables médicas, las condiciones económicas, contextuales y socioculturales que lo rodean (Costa et al., 2016; Cabrera et al., 2017; Grassi et al., 2017).

2.1.3. Trastorno mixto ansioso depresivo

Según el manual de Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento décima edición (CIE-10), el Trastorno mixto ansioso depresivo se caracteriza por la presencia de síntomas de ansiedad y depresión sin que estos sobresalgan o destaquen claramente para su diagnóstico individual (World Health Organization, 2000). Es importante precisar que si el usuario presenta una sintomatología ansiosa o depresiva de intensidad muy elevada se debe de brindar ambos diagnósticos de manera individual y excluir este apartado. Incluye depresión ansiosa leve o no persistente.

2.1.4. Factores de riesgo en el desarrollo de depresión y ansiedad en usuarios oncológicos

Diversos estudios señalan la existencia de factores de riesgo involucrados en el desarrollo de la ansiedad y depresión en usuarios oncológicos; sin embargo, a su vez, se resalta la necesidad de contar con mayores estudios asociados a este campo para una sistematización adecuada (Niedzwiedz et al., 2019; Pitman et al., 2018).

En primer lugar, se señalan los factores personales o individuales que se asocian a características propias del individuo como la edad, el género, los

antecedentes genéticos o biológicos, estado de salud, entre otros (Niedzwiedz et al., 2019).

En segundo lugar, se encuentran aquellos factores asociados a la enfermedad oncológica y al tratamiento (Niedzwiedz et al., 2019). Dentro de estas encontramos el tipo y el grado de cáncer, la sintomatología de la enfermedad, el pronóstico, la recurrencia, el tipo de tratamiento y la respuesta por parte del usuario, así como el costo, el deterioro funcional, la experiencia de la enfermedad, entre otros.

En tercer lugar, tenemos aquellos factores relacionados al ámbito social y el contexto sociocultural (Niedzwiedz et al., 2019). De estos se desprenden el nivel educativo, la ocupación, el soporte social representado por el círculo más cercano del usuario, sistema de seguros de salud, el estigma social relacionado al cáncer y los eventos estresantes asociados al contexto sociocultural (Pitman et al., 2018; Niedzwiedz et al., 2019).

En cuarto lugar, se encuentran las respuestas psicológicas frente al diagnóstico oncológico como el estrés, emociones de desesperanza, incertidumbre, el enojo, miedo, la pérdida de control, preocupación por uno mismo y por los otros, los cambios de comportamiento y mecanismos de afrontamiento del usuario (Grassi et al., 2017; Niedzwiedz et al., 2019).

En quinto lugar, se detallan aquellos factores psicológicos de riesgo, como el antecedente de un diagnóstico psiquiátrico (Niedzwiedz et al., 2019). El diagnóstico oncológico y los procedimientos asociados pueden representar un detonante que agudice la sintomatología previa; factores de personalidad, conducta

suicida, el afrontamiento previo son componentes que resaltan dentro de este apartado (Pitman et al., 2018; Niedzwiedz et al., 2019).

Finalmente, la presencia de dichos factores de manera individual o en conjunto pueden facilitar el desarrollo de ansiedad y depresión en usuarios oncológicos (Grassi et al., 2017; Pitman et al., 2018; Niedzwiedz et al., 2019).

2.1.5. Psico-oncología

La psico-oncología surge en la década de 1970 como la disciplina encargada del estudio y abordaje de las respuestas emocionales presentes en los usuarios oncológicos, en su entorno familiar y el equipo médico implicado en el proceso de enfermedad (Cabrera et al., 2017; Lang-Rollin y Berberich, 2018). Esta disciplina presenta como objetivos la promoción y prevención de la salud, el tratamiento de enfermedades y/o condiciones mentales y, la adaptación y rehabilitación del usuario oncológico aliviando su malestar y optimizando su calidad de vida (Amador et al., 2013; Cabrera et al., 2017).

Los usuarios oncológicos presentan diversas necesidades psicológicas y sociales, por lo que la línea base de intervención incluye la psico-educación y el apoyo psicológico por parte de todo el equipo de trabajo (Amador et al., 2013). Adicionalmente, muchos de los usuarios requieren de una intervención más específica, por lo que se implementa el counselling y/o orientación psicológica; si existen otras necesidades que requieran atención prolongada o farmacológica, se integra la atención psiquiátrica y psicoterapéutica según sea el caso. La atención psicológica se enfocará en el tratamiento de aquellos individuos que presentan

dificultades para enfrentarse a los diversos estresores presentes en el curso de diagnóstico, tratamiento y supervivencia de la enfermedad.

2.1.6. Abordaje de la salud mental en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa-depresiva

Considerando la información detallada con anterioridad y las diversas necesidades presentes en el usuario oncológico, se evidencia la necesidad de una intervención integral que atienda aspectos físicos y mentales que mejoren la sintomatología presente en el usuario y contribuya a mejorar su calidad de vida y bienestar (Li et al., 2016; De Vries y Stiefel, 2018; Niedzwiedz et al., 2019; Ardila et al., 2020). Desde este punto de vista, en muchas ocasiones la atención brindada al usuario oncológico con sintomatología ansiosa – depresiva abarca el tratamiento farmacológico, intervenciones no farmacológicas o ambas según cada caso.

En cuanto a las herramientas no farmacológicas, estas están asociadas a las intervenciones realizadas por el área Psico-oncológica, entre ellas resaltan las intervenciones psicoterapéuticas, psicoeducativas, counseling, terapia de grupo, entre otros (Lang-Rollin y Berberich, 2018; Krakauer et al., 2021). Dentro de las descritas, las intervenciones psicoterapéuticas han sido señaladas como herramienta útil de intervención en usuarios oncológicos (Weitz et al., 2018; Pitman et al., 2018). El objetivo principal de la psicoterapia en el ámbito oncológico está enfocado en la adaptación del individuo al diagnóstico y tratamiento oncológico, potenciando sus recursos de afrontamiento frente al desarrollo de psicopatologías (Cabrera et al., 2017; Grassi et al., 2017). Asimismo, la psicoterapia comprende el tratamiento de sintomatología física, de aspectos emocionales e intervenciones

enfocadas en problemas familiares para la optimización del proceso de tratamiento, la contribución al estado de salud del usuario y la asistencia a problemas prácticos (Lang-Rollin y Berberich, 2018). Específicamente, dentro de la intervención en el ámbito emocional en casos de ansiedad y depresión, se ha observado la efectividad de la psicoterapia a corto y mediano plazo, aliviando la angustia emocional y permitiendo el desarrollo y fortalecimiento de herramientas frente al diagnóstico, contribuyendo al bienestar psicológico y a la calidad de vida del usuario (McFarland y Holland, 2016; Weitz et al., 2018; Niedzwiedz et al., 2019; Walker et al., 2021).

Es importante resaltar que las intervenciones brindadas a los usuarios tienen que respetar un modelo de intervención escalonado (Li et al., 2016; Lang-Rollin y Berberich, 2018). No todos los usuarios oncológicos requieren de atención psiquiátrica y psicológica; por tanto, es importante evaluar la severidad de cada caso con la finalidad de brindar la atención pertinente, prestando servicios psicoeducativos y de apoyo a todos los usuarios, una intervención de baja intensidad para aquella sintomatología leve y las intervenciones de mayor intensidad a aquella sintomatología moderada o severa.

2.2. Modelos teóricos de abordaje

2.2.1. *Enfoque Cognitivo Conductual*

La intervención bajo el enfoque de terapia Cognitivo Conductual presenta como base fundamental de su teoría que las reacciones emocionales y conductuales están mayormente determinadas por las evaluaciones, el diálogo interno, el procesamiento de información o significado que le damos a las situaciones o

acontecimientos que nos rodean y no por las situaciones en sí mismas (MacLaren et al., 2020; Beck, 2015; Hofmann et al., 2012). Es importante aclarar que la terapia Cognitivo Conductual no propone que el factor cognitivo es un causal exclusivo de las reacciones emocionales y conductuales, pero sí influye altamente en estas. Este enfoque pretende mejorar el funcionamiento del individuo así como contribuir a su bienestar emocional a través del estudio de las creencias, emociones y comportamientos relacionados a la angustia emocional, haciendo énfases en sus creencias ya que estas serán la base de la conceptualización y su posterior intervención (Beck, 2015). Dentro de este enfoque, la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aaron Beck son las más representativas (Amador et al., 2013).

2.2.2. Terapia Racional Emotiva Conductual

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) propuesta por Albert Ellis en el año 1955 surge ante el descontento del enfoque psicoanalítico predominante en esa época al considerarlo limitante en el método de intervención (Dryden y Neenan, 2014). Con su propuesta, Ellis deseaba poner énfasis en la racionalidad y la cognición inherente del ser humano (no tomados en cuenta por el enfoque psicoanalítico), sin dejar de lado las variables emocionales y conductuales propias del individuo (Dryden y Neenan, 2014; MacLaren et al., 2020).

2.2.2.1. Supuestos básicos de la TREC.

En primer lugar, la TREC menciona que la cognición es el determinante más importante de las emociones del ser humano (DiGiuseppe et al., 2014; Lega et al., 2017; MacLaren et al., 2020). En ese sentido, la TREC afirma que lo que

sentimos deviene de lo que pensamos y no de las situaciones pasadas, presentes o futuras imaginadas; estos son mas bien desencadenates, pero no consecuentes.

En segundo lugar, la TREC postula que las creencias irracionales representan el causal más importantes de la angustia y/o perturbación emocional y, de las conductas desadaptativas (DiGiuseppe et al., 2014; Lega et al., 2017; MacLaren et al., 2020).

En tercer lugar, la TREC menciona que la manera más efectiva para cambiar la angustia y/o perturbación emocional y las conductas desadaptativas del ser humano, es necesario cambiar los pensamientos irracionales asociados a esta (DiGiuseppe et al., 2014; MacLaren et al., 2020).

En cuarto lugar, la TREC indica que la irracionalidad de pensamientos y la psicopatología se debe a múltiples factores incluyendo aspectos genéticos y ambientales (DiGiuseppe et al., 2014; Lega et al., 2017; MacLaren et al., 2020). Para Ellis, el ser humano tienen una tendencia a pensar de manera racional e irracional.

En quinto lugar, la TREC distingue y clasifica las emociones en dos tipos, las emociones saludables asociadas a la funcionalidad y a la adaptación y, las emociones no saludables asociadas a lo disfuncional y a la desadaptación (DiGiuseppe et al., 2014; Lega et al., 2017; MacLaren et al., 2020). Las primeras se asocian a pensamientos racionales, mientras que las segundas se asocian a pensamientos irracionales.

En sexto lugar, la TREC le da más importancia a las influencias presentes que a las influencias del pasado (DiGiuseppe et al., 2014; Lega et al., 2017; MacLaren et al., 2020). En este sentido, la TREC menciona que el enfoque principal

es conocer aquellas creencias que el ser humano mantiene en la actualidad y son responsables del malestar emocional que siente.

En séptimo lugar, la TREC postula que es posible el cambio de los pensamientos a través de un trabajo enérgico (DiGiuseppe et al., 2014; MacLaren et al., 2020). El cambio de los pensamientos irracionales a racionales se llevará a cabo a través del reconocimiento, el análisis y la revisión continua de las propias creencias además del cambio del comportamiento y la disminución de la angustia emocional. La terapia ayuda a reducir la perturbación emocional mas no pretende eliminarla (MacLaren et al., 2020).

2.2.2.2. Niveles de cognición.

La Terapia Racional Emotiva Conductual expone tres niveles de cognición que se asocian a la perturbación emocional, siendo algunos de estos pensamientos más conscientes que otros (DiGiuseppe et al., 2014; Lega et al., 2017):

- a. **Inferencias o pensamientos automáticos:** son deducciones realizadas sobre un hecho, se refiere a la interpretación de la realidad. Son pensamientos superficiales, específicos, asumidos como una realidad y pueden llegar a ser irracionales. Aquí se ubican las distorsiones cognitivas.
- b. **Cogniciones evaluativas:** se refiere al significado que le brindamos a la percepción realizada, le damos un sentido. Esta evaluación deriva de nuestras demandas centrales o creencias nucleares. Para la TREC, la perturbación emocional del ser humano surge de las evaluaciones. Existen 4 tipos de evaluaciones irracionales (DiGiuseppe et al., 2014):

- **Visión catastrófica:** se refiere a la dramatización y/o exageración de determinados hechos o sucesos, visualizándolos o evaluándolos como una experiencia mala o la peor de nuestra experiencia. Se expresan usualmente en pensamientos como “es horrible...” o “sería terrible si...”.
 - **Demandas:** son las exigencias sobre cómo debería de ser la realidad, se refiere a cómo debería de funcionar o no el mundo, como deben o no comportarse los demás o uno mismo. Se expresan como “tiene que...” o “debería de...”.
 - **Intolerancia a la incomodidad:** se asocia a la exageración de la incomodidad, a no soportar la realidad, situaciones o eventos adversos que se presentan, se evalúan como una experiencia insoportable de sobrellevar. Estos usualmente se expresan en pensamientos como “es insoportable...”, “no tolero...” o “no soporto que...”.
 - **Auto condena:** referido al juicio de valor negativo global brindado a uno mismo, al otro o al mundo basado en un criterio arbitrario. Es la definición negativa o condena absoluta basada en un único comportamiento, característica o hecho. Usualmente se expresa como “si..., no valgo nada”.
- c. **Creencias nucleares o centrales:** son aquellos constructos con los que organizamos el mundo y a nosotros mismos, determinan nuestras evaluaciones y nuestras inferencias. Las creencias engloban nuestras reglas y normas de vida, son el núcleo de nuestro malestar emocional.
- Ellis (1975, citado por Lega et al., 2017) postula 12 creencias centrales:
- Es una necesidad extrema de la persona adulta ser amada y aceptada por todas las personas significativas en su vida.

- Para ser valioso uno debe de ser competente y autosuficiente en todos los aspectos de su vida.
- Ciertas personas son viles e infames y deben de ser castigadas por su maldad.
- Es terrible y catastrófico que las cosas no vayan como a uno le gustaría que fueran.
- La desgracia humana es causada por factores externos y uno no tiene ningún control de sus perturbaciones.
- Si algo es o puede ser peligroso, uno debe de estar terriblemente inquieto por ello y pensar constantemente en la posibilidad que esto ocurra.
- Evitar las responsabilidades y dificultades en la vida es más fácil que enfrentarlas.
- La necesidad de depender de los demás y de necesitar a alguien más fuerte en quien confiar.
- Nuestro pasado resulta determinante en nuestra conducta actual, algo que nos afectó en el pasado nos debe de seguir afectando en el presente y en el futuro.
- Debemos de sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.
- La idea de que existe una perfecta y única solución para los problemas de los seres humanos y que, si esta no se da, sería terriblemente catastrófico.
- La idea de que uno consigue el máximo de felicidad a través de la inactividad.

Ante lo expuesto, la intervención de la TREC se enfocará en las cogniciones evaluativas y/o creencias nucleares identificadas en el ser humano ya que de ellas surge la perturbación emocional (Dryden, 2021).

2.2.2.3. Irracionalidad y racionalidad.

Ellis postula que las creencias pueden ser racionales e irracionales (DiGiuseppe et al., 2014; Dryden y Neenan, 2014; MacLaren et al., 2020). La racionalidad de pensamiento está basada en la lógica, en lo evidente, lo empírico y lo coherente, supone la congruencia del individuo, le permite ser funcional, desarrollar conductas constructivas, sentir emociones saludables, permite su adaptación al entorno, contribuye a la consecución de sus metas, a su productividad, a su salud, a su bienestar y a su felicidad (MacLaren et al., 2020). Las creencias racionales en mención son aquellas creencias flexibles con el mundo, con los demás y con uno mismo como *“deseo ser aceptado, pero no tengo que serlo”*, tolerantes a la incomodidad como *“me es difícil no caerle a alguien, pero puedo tolerarlo”*, creencias no aterradoras como *“no pasa nada si no le caigo bien, no es lo peor que puede pasar”* y de aceptación incondicional como *“me acepto aunque no me acepten a mi”*.

Por el contrario, la irracionalidad de pensamiento se asocia a aquellos argumentos ilógicos, incoherentes y mágicos, supone la incongruencia del individuo, desarrolla conductas destructivas y emociones insanas, dificulta su adaptación al entorno, obstaculiza la consecución de sus objetivos, disminuye su productividad, su salud, su bienestar y su felicidad (Dryden y Neenan, 2014; MacLaren et al., 2020). Las creencias irracionales son creencias rígidas con el mundo, los demás y con uno mismo como *“debo de ser aceptado por los demás”*, intolerantes a la incomodidad como *“es insoportable no ser aceptado por los demás”*, de visión catastrófica como *“si los demás no me aceptan, es el fin del*

mundo” y de no aceptación o autocondena como *“si no le caigo bien a los demás, no soy valioso”*.

2.2.2.4.Demandas versus preferencias.

La TRE considera como principal componente de la perturbación emocional y conductual a las creencias absolutistas, mientras que las creencias flexibles son aquellas que conllevan a experimentar emociones sanas y funcionales (Lega et al., 2017). Las creencias absolutistas, son las exigencias que tenemos, expresadas en necesidades, obligaciones o pensamientos deberías dirigidas a uno mismo, a los demás y al mundo, mientras que las creencias flexibles son los deseos o preferencias que tenemos. Para la TRE, el ser humano está predispuesto a presentar preferencias que lo conllevan a la consecución de sus metas, pero a su vez tiende a cambiar sus preferencias en necesidades o exigencias basándose en supuestos (MacLaren et al., 2020).

2.2.2.5.Las emociones.

El modelo de la TREC considera a todas las emociones como válidas ya que cada una de ellas son parte de la experiencia humana (Lega et al., 2017; MacLaren et al., 2020). Sin embargo, el modelo de terapia realiza una distinción, clasificándolas como saludables y no saludables. Las emociones saludables y no saludables son clasificadas como tal en función a la consecución de los objetivos y los valores de la persona, por lo que, si se experimenta una emoción saludable, esta nos ayuda a alcanzar nuestras metas y a desarrollar conductas adaptativas (Dryden, 2021). Por el contrario, el experimentar una emoción no saludable conduce a desarrollar conductas desadaptativas que nos alejan y obstaculizan la consecución

de nuestras metas. Dentro de las emociones saludables encontramos el miedo, el enojo, la tristeza, el arrepentimiento, pudor, entre otros; mientras que dentro de las emociones no saludables encontramos la ansiedad, la ira, la depresión, la culpa, vergüenza, entre otros (Lega et al., 2017).

La TREC postula que presentar creencias irracionales conlleva a experimentar emociones no saludables y a conductas disfuncionales, por lo que, dentro del proceso terapéutico, las emociones no saludables forman parte del objetivo de cambio (Lega et al., 2017; MacLaren et al., 2020).

2.2.2.6. Conductas adaptativas versus desadaptativas.

Para la TREC, las conductas tienen una intención per se, de manera consciente o inconsciente están ligadas a estados emocionales, a estimular una respuesta en el entorno y a actuar o no de acuerdo con los valores y metas personales (Lega et al., 2017).

Las conductas adaptativas se asocian a la consecución de los objetivos personales relacionados al crecimiento personal y bienestar a largo plazo, al mantenimiento y desarrollo de valores (Lega et al., 2017). Por el contrario, las conductas desadaptativas son aquellas que dificultan el alcance de nuestras metas e impiden nuestro desarrollo. Según la TREC, una conducta adaptativa se relaciona a una emoción saludable y a una creencia racional, mientras que una conducta desadaptativa se asocia a una emoción no saludable y a creencias irracionales (MacLaren et al., 2020)

2.2.2.7. Modelo ABC(DEF) de la TREC.

El modelo ABC es utilizado como una herramienta de evaluación y conceptualización de la perturbación emocional del individuo (Lega et al., 2017). A diferencia de otros modelos ABC utilizados por otros enfoques cognitivos conductuales, el modelo ABC propuesto por la TREC presenta un distintivo situacional (Dryden, 2021). La premisa del ABC es comprender que la perturbación emocional no presenta como determinante principal a la situación o evento adverso (A) sino que esta perturbación emocional nace del sistema de creencias rígidas y extremas (B) que el ser humano tiene sobre este evento adverso y que causa una serie de consecuencias emocionales y conductuales (C).

El modelo ABC está conformado por (Dryden, 2021):

- “A”, *adversidad*: representa la percepción de un hecho o situación específica. La “A” hace referencia a las inferencias de la persona.
- “B”, *sistema de creencias*: representa la creencia racional o irracional (rígida y exigente). La “B” hace referencia a las evaluaciones y creencias centrales de la persona, la “B” es el determinante más importante de las consecuencias emocionales y conductuales (adaptativas o desadaptativas).
- “C”, *consecuencias*: representa la consecuencia emocional, conductual y cognitiva frente a la creencia sobre la percepción inicial (A). La “C” incluye emociones, reacciones fisiológicas, somáticas y conductas.

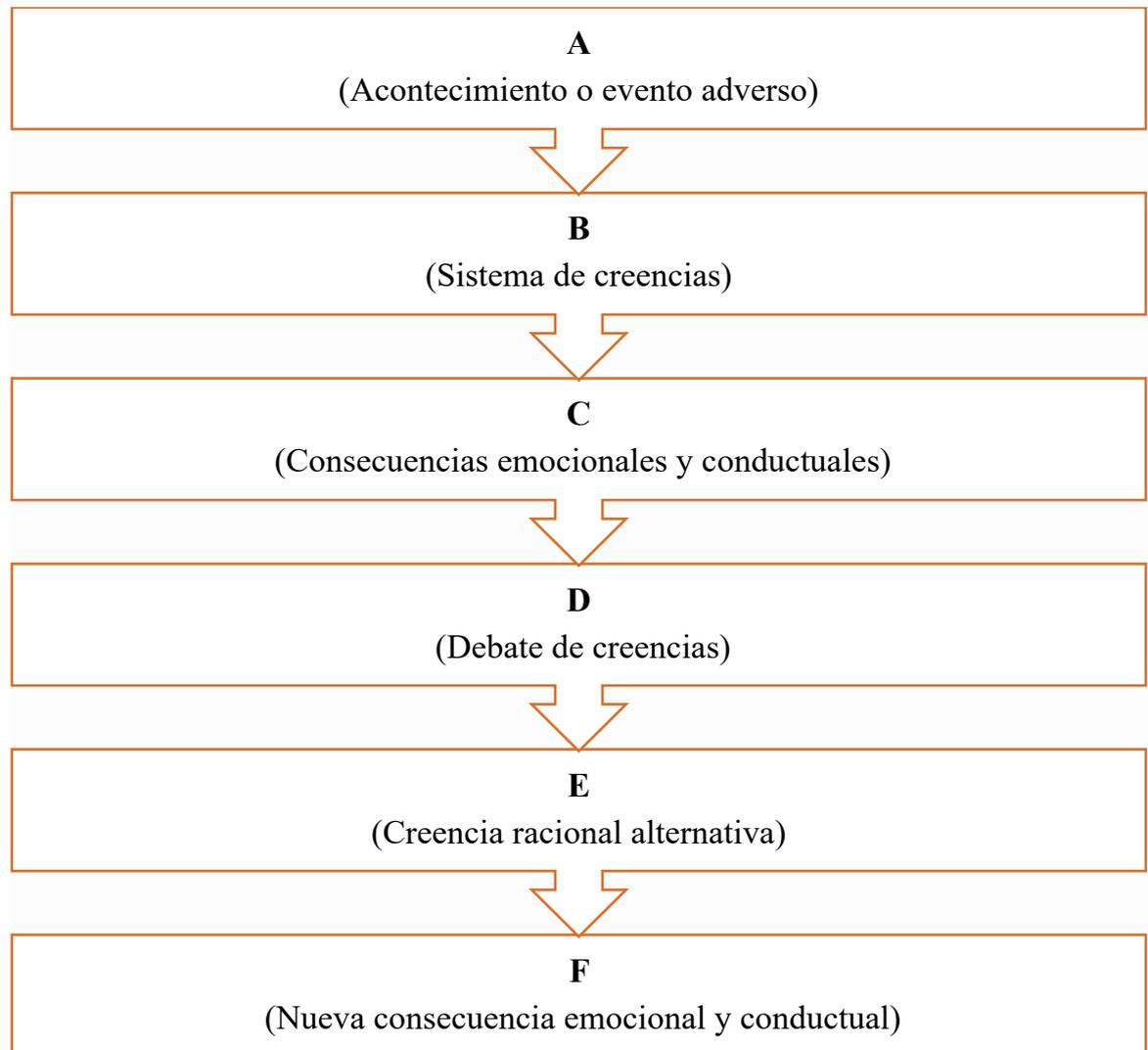
Las creencias irracionales identificadas serán el objetivo de la intervención siendo examinadas y puestas a prueba (Lega et al., 2017; MacLaren et al., 2020):

- “D”, *debate de creencias*: representa la confrontación o discusión de las creencias irracionales encontradas.

- “E”, *creencia racional*: representará la creencia lógica alternativa formulada posterior al debate “D”.
- “F”, *nuevas consecuencias*: representa las nuevas consecuencias emocionales y conductuales.

Figura 2

Modelo ABCDE



2.2.2.8. Meta-perturbaciones o perturbaciones secundarias en el enfoque TREC.

La TREC postula que, al momento de identificar una perturbación emocional, es muy probable que exista una perturbación sobre la perturbación inicial; a esto se le denomina meta-perturbación o perturbación secundaria (Dryden, 2021).

Las distorsiones secundarias se pueden dar por (Dryden, 2021):

- Consecuencia emocional inicial: la persona puede sentir perturbación emocional por la C emocional inicial. Esta “C emocional inicial” se convertirá en una “A secundaria”, reproduciendo en la persona una “B secundaria” que será el pensamiento evaluativo o significado que le da a esta “C emocional inicial”.
- Conductas desadaptativas iniciales: una persona puede sentir perturbación emocional por aquella C conductual inicial. Esta “C conductual inicial” será la “A secundaria”, reproduciendo una “B secundaria” que será el significado o la evaluación sobre esta “C conductual inicial”.
- Distorsiones cognitivas iniciales: la persona puede sentir perturbación emocional al enfocarse en una B inicial (distorsión cognitiva). Esta “B inicial” se convertirá en la “A secundaria”, reproduciendo una “B secundaria” que será la evaluación o significado que le da la persona a esta “B inicial”.

Es importante aclarar que, si bien las perturbaciones secundarias no están presentes en todos los usuarios, es oportuno verificar su presencia para una mayor probabilidad de éxito de la terapia (Lega et al., 2017; MacLaren et al., 2020).

2.2.3. Diferencia entre TCC y TREC

Según Lega et al (2009, citado por Lega et al., 2017) una de las principales diferencias entre la TREC y la TCC es la distinción y el énfasis en las creencias evaluativas del individuo al considerarlas el origen de la perturbación emocional. Por tanto, la TREC se enfocará en el debate lógico y empírico de dichas evaluaciones, mientras que la TCC centrará su trabajo en el debate de las inferencias halladas. Otra diferencia principal entre ambos enfoques es que la TREC busca la existencia de síntomas secundarios (la perturbación sobre la perturbación), por el contrario, la TCC trabajará con la perturbación primaria encontrada (MacLaren et al., 2020). Asimismo, un diferencial importante es el modelo ABC situacional de la TREC, en el que la (A) situación adversa es representada por una inferencia y el (B) sistema de creencias por evaluaciones, mientras que, para la TCC, los pensamientos en general (inferencias y evaluaciones) se ubican en el (B) sistema de creencias (Dryden, 2021).

2.3. Intervención en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa depresiva

2.3.1. Intervención bajo el enfoque de Terapia Racional Emotiva Conductual en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa-depresiva.

La Terapia Racional Emotiva Conductual en el contexto oncológico busca identificar las preocupaciones principales del individuo, centrándose en identificar y evaluar las emociones y conductas disfuncionales asociadas a estas preocupaciones y sus respectivas creencias irracionales (Amador et al., 2013). Estas creencias irracionales como “*debo de tener la aprobación y el amor de las personas*

significativas en mi vida”, adaptadas a la realidad del usuario oncológico se expresaría como *“sería horrible si mi pareja me deja por tener cáncer”*, esta creencia irracional a través del proceso reestructuración y construcción cognitiva será sustituida por una creencia racional expresada en términos de deseos o preferencias. Las técnicas emotivas y conductuales utilizadas a la par, permitirán la consolidación de estas creencias racionales. Por tanto, la intervención en el usuario oncológico se centrará en identificar y evaluar los factores cognitivos, emocionales y conductuales que intervienen en el desarrollo o mantenimiento de la sintomatología depresiva o ansiosa, reconociendo patrones de pensamiento para su posterior modificación (De Vries y Stiefel, 2018; Pitman et al., 2018).

2.3.1.1. Técnicas de intervención.

Dentro de las estrategias utilizadas en la intervención en usuarios oncológicos, destacan la psicoeducación o autoconsciencia, las técnicas cognitivas, las técnicas emocionales y las técnicas conductuales (DiGiuseppe et al., 2014). Asimismo, es importante señalar como parte de la intervención bajo este enfoque, la asignación de tareas o actividades para casa, estas permiten reforzar lo aprendido en las intervenciones terapéuticas y pueden ser cognitivas (como un debate de creencias), emocionales y conductuales (como los cutorregistros) (MacLaren et al., 2020; Onyedibe, 2020; Elyasi et al., 2021).

A continuación se detallarán las estrategias empleadas y la evidencia de su efectividad:

a. Psico-educación:

La psico-educación forma parte del protocolo de intervención con la finalidad de brindar al usuario herramientas para la comprensión de su enfermedad

y aspectos asociados a esta (Li et al., 2016; Cuervo et al., 2020). Asimismo, el proceso psico-educativo incluye enseñar al usuario las bases de la TREC, comprendiendo el modelo ABC, la diferencia entre creencias irracionales y racionales, entre otros (Hulbert-Williams et al., 2018; MacLaren et al., 2020). Estas serán las bases del proceso de cambio del individuo.

El proceso de psico-educación consiste en generar una mayor consciencia del usuario al identificar y comprender sus emociones, las creencias irracionales que conllevan a la perturbación emocional y aquellas creencias racionales que conllevan a la funcionalidad emocional y conductual (Dryden y Neenan, 2014). Es por ello, que las técnicas psicoeducativas se han implementado en la atención psicosocial de condiciones mentales como la ansiedad y depresión, debido al mejor funcionamiento del individuo, mejoras en su bienestar y una mayor eficacia en el manejo de la afección (Motlova et al., 2017; Sarkhel et al., 2020). En casos de usuarios con signos de ansiedad, la psicoeducación permite explicar al usuario el trastorno que padece, así como las alternativas de regulación del mismo a través de diversos recursos como folletos o videos relacionados a la condición (Sarkhel et al., 2020).

b. Técnicas cognitivas:

En cuanto a las técnicas cognitivas utilizadas dentro del proceso de intervención, la literatura evidencia el uso de la reestructuración cognitiva o debate de creencias irracionales como principal herramienta de intervención, seguido de técnicas como las auto-instrucciones y el alto al pensamiento (Bellver-Pérez et al., 2019; Cuervo et al., 2020; Landa-Ramírez et al., 2020; Onyedibe, 2020; Elyasi et al., 2021).

Diversos autores afirman la eficacia y efectividad de la reestructuración cognitiva como parte del proceso terapéutico o intervención individual frente a diversos problemas psicológicos (Eseadi et al., 2016; Gherman et al., 2017; Pardo, 2019). Se ha evidenciado la efectividad de la reestructuración cognitiva en usuarios que presentan sintomatología ansiosa, reduciendo la intensidad de esta, tal como se evidencia en el estudio de Moyano et al. (2019) donde se utilizó la reestructuración cognitiva como herramienta de intervención, evidenciando que el 60% de los usuarios disminuyeron su nivel de ansiedad moderada a leve y el 40% disminuyó de ansiedad severa a moderada. Asimismo, se ha evidenciado la efectividad del uso de la Terapia Cognitivo Conductual en usuarios con sintomatología depresiva, destacando la reestructuración cognitiva y/o modificación de pensamientos como parte del proceso psicoterapéutico, ya que disminuye el malestar emocional y le brinda al usuario una herramienta para el manejo y prevención de recaídas (Chilatra et al., 2021).

c. Técnicas emocionales:

En cuanto a las técnicas emocionales, destacan la imaginación racional emotiva como parte del proceso de internalización al cambio ya que permite la implementación y práctica de respuestas emocionales funcionales y coherentes con las creencias racionales creadas (Dryden y Neenan, 2014). Otras técnicas que se encuentra dentro de esta clasificación son la expresión de emociones y el diario emocional como parte del proceso de terapia (Onyedibe, 2020).

d. Técnicas conductuales:

En cuanto a las técnicas conductuales, se observa la implementación de técnicas como los ejercicios de respiración diafragmática, ejercicios de relajación como la imaginación guiada, la relajación muscular progresiva de Jacobson, ejercicios de visualización, la activación conductual y/o planificación de actividades, y listas de actividades placenteras en casos de sintomatología ansiosa, estrés, depresión, entre otros (Mulhaeriah et al., 2018; Abbasi et al., 2018; Bellver-Pérez et al., 2019; Cuervo et al., 2020; Landa-Ramírez et al., 2020; Onyedibe, 2020). Por ejemplo, Hayama e Inoue (2012), realizaron un estudio donde se evidenció una disminución de la tensión-ansiedad y fatiga en usuarios oncológicos al utilizar la respiración profunda como técnica de intervención. Dichos resultados se asemejan a los encontrados por Pouraboli et al. (2019), quienes realizaron un estudio donde se evidencia la disminución de ansiedad y estrés posterior al uso de la relajación muscular progresiva. Por su parte, Toussaint et al. (2021), evidenciaron en su estudio la eficacia del uso de la respiración profunda, la relajación muscular progresiva y la imaginación guiada en la disminución del estrés, a nivel psicológico como fisiológico.

2.3.2. *Intervención Cognitivo Conductual de Tercera generación en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa-depresiva*

Por otro lado, dentro de las terapias de tercera generación basados en el Enfoque Cognitivo Conductual, se encuentran las siguientes:

a. Mindfulness:

La atención Plena es el estado de la consciencia ubicada en el aquí y el ahora, observando, reconociendo y aceptando las emociones y contenidos mentales que surgen en el presente, sin juzgarlos ni controlarlos (Vonderlin et al., 2020). Como elementos fundamentales del Mindfulness, se encuentra la consciencia de las sensaciones corporales al atender la respiración, posiciones y acciones corporales; la consciencia emocional, al atender, reconocer y nombrar las emociones que sentimos y; la consciencia del contenido mental, enfocado en el reconocimiento del diálogo interno que mantenemos con nosotros mismos, enfocándonos en los mensajes y la tonalidad de voz que utilizamos (Zhang et al., 2021; Stritter et al., 2021). El trabajo desde este enfoque pretende que el individuo reconozca y nombre la emoción que siente, mientras que es consciente de las sensaciones corporales asociadas a esta emoción, así como de los contenidos mentales que están presentes a través de la meditación de la respiración, del escáner corporal, yoga, entre otros. En el campo oncológico, el Mindfulness ha mostrado tener efectos positivos en la disminución del estrés, el estado de ánimo, la ansiedad y la depresión (Chayadi, 2022; Romero et al., 2020). Asimismo, se encuentra que los usuarios oncológicos afirman presentar mayor calma, bienestar, manejo del estrés y de la ansiedad (Amador et al., 2013; Xunlin et al., 2020).

b. Terapia de Aceptación y compromiso (ACT):

La terapia de Aceptación y Compromiso busca que el individuo centre su accionar flexible en la consecución de sus objetivos orientados por sus valores personales, sin eliminar el contenido emocional y cognitivo por más incómodo que sea este (Restrepo y León, 2020). Para la ACT, los contenidos aversivos del ser

humano son parte de su naturaleza, por lo que no pretende cambiarlos; por el contrario, el no aceptarlos genera el malestar emocional (García Rasero y Tamayo Hernández, 2019). La ACT no pretende cambiar o modificar contenidos irracionales, sino diferenciar los contenidos emocionales y cognitivos de la persona, de la persona en sí misma. Busca que el individuo viva y experimente lo que siente y piensa, evaluando la persistencia o el cambio de sus reacciones, acciones o respuestas en función a la dirección u objetivo que se ha planteado (Amador et al., 2013).

Dentro del marco oncológico, se han encontrado resultados positivos asociados del ACT en la intervención en casos de ansiedad y depresión, flexibilidad psicológica, distrés, duelo, fase paliativa, entre otros (González-Fernández et al., 2018; García Rasero y Tamayo Hernández, 2019; González-Fernández y Fernández-Rodríguez, 2019; Molano, 2020). Presenta como principales herramientas de intervención el diálogo socrático, las metáforas, los ejercicios vivenciales y la reflexión, todas estas herramientas permiten al individuo evaluar lo que quiere y lo que está consiguiendo con su accionar. Sin embargo, dada la limitada bibliografía existente y la metodología diversa, es necesario mayores estudios con metodología robusta o investigaciones controladas que evidencien la efectividad de su intervención en este campo (García Rasero y Tamayo Hernández, 2019; González-Fernández y Fernández-Rodríguez, 2019; Molano, 2020).

c. Terapia de Autocompasión:

En un estudio realizado por Sadeghi et al. (2018), se halló evidencia significativa asociada a la disminución de niveles de ansiedad y depresión en usuarios con cáncer de mama posterior a la intervención realizada. A su vez, los

autores recomiendan a la terapia de autocompasión como intervención complementaria, ya que requiere de mayores estudios para demostrar su eficacia.

2.3.3. Intervención de otros enfoques psicológicos en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa-depresiva

Diversos estudios asociados a la intervención de Terapias artísticas y creativas han encontrados resultados favorecedores asociados a la ansiedad, depresión, estrés, dolor, fatiga y calidad de vida de los usuarios oncológicos (Tang et al., 2018; Kievisiene et al., 2020; Bosman, et al., 2021). Este tipo de enfoque utiliza el arte como herramienta terapéutica para la expresión emocional (Rabadán et al., 2017). Dentro de las técnicas utilizadas se puede detallar el movimiento como expresión emocional, representación emocional a través de imágenes, creación de una obra de arte como una pintura, una imagen libre o un libro, para su posterior reflexión (Bozcuk, et al., 2017; De Feudis, et al., 2019; Jalambadani y Borji, 2019; Jang et al., 2016; Radl et al., 2018; Rabadán et al., 2017). Sin embargo, debido a la heterogeneidad de la metodología presente en las investigaciones no es posible su generalización, por tanto, muchos autores recomiendan este enfoque como complementario, utilizándolo en momentos específicos como antes de una radioterapia o quimioterapia en caso de la musicoterapia (Rabadán et al., 2017; Tang et al., 2018; Kievisiene et al., 2020; Bosman, et al., 2021).

Por otro lado, la intervención sistémica no se restringe a la atención familiar per se, el trabajo puede estar destinado al abordaje individual desde una perspectiva sistémica utilizando recursos intergeneracionales e intrafamiliares (De Vries y Stiefel, 2018). Desde esta perspectiva, se le otorga un rol fundamental a la familia

y al entorno del usuario enfermo, ya que de estos ha adquirido creencias o mitos que influyen en su presente. La Terapia Narrativa se desarrolla desde este enfoque, propone al lenguaje como herramienta constructiva de la realidad, de nosotros mismos y de otros (White y Epston, 1990). Desde un enfoque sistémico, la Terapia Narrativa utilizada en el ámbito oncológico se centra en el lenguaje del usuario diagnosticado, cuestionando la relación del usuario con la enfermedad a través de conversaciones de externalización, re-autorización y ritualización para promover una perspectiva relacional saludable (Rajaei y Jensen, 2020; Rajaei et al., 2021; Sun et al., 2021). El enfoque además comprende el análisis y la deconstrucción de las narrativas dominantes del entorno como la familia, los profesionales de la salud y la sociedad, para que, posteriormente el usuario sea el experto de sus experiencias (Stiefel et al., 2017).

2.4. Antecedentes

2.4.1. Investigaciones internacionales

En cuanto a las investigaciones internacionales que demuestran la eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual en usuarios oncológicos y cuidadores con ansiedad y depresión, encontramos los estudios realizados por los siguientes autores:

Onyechi et al. (2016) realiza un estudio bajo el enfoque de Terapia Racional Emotiva conductual en Nigeria cuyo objetivo fue examinar los efectos de la intervención REHCT en las variables mencionadas utilizando una muestra conformada por 32 usuarios y 52 cuidadores divididos en: grupo experimental de usuarios y grupo experimental de cuidadores y, grupo control de usuarios y grupo

control de cuidadores. La intervención tuvo una duración de 10 semanas y adicionalmente, se brindaron 4 sesiones de seguimiento de 45 minutos cada una. Como instrumentos de medición se utilizaron el Cuestionario de suposiciones de usuarios con cáncer y cuidadores (CPFCAQ), el Cuestionario de ansiedad ante la muerte (DAQ) y la Escala de angustia psicológica de Kessler (K10) administrados en tres tiempos: al inicio del estudio, posterior a la intervención y posterior al seguimiento. En cuanto a la intervención, esta incluía como estrategias de tratamiento las técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, solución de problemas y terapia familiar. Como resultado, se evidenció un efecto significativo de la intervención en suposiciones problemáticas en el grupo experimental de usuarios ($F= 1081.90$, $p = 0,00$) y se mantuvo en la etapa de seguimiento ($F=15,919.26$, $p=0,00$) a diferencia del grupo control. Del mismo modo, en el grupo experimental de cuidadores se evidenció un efecto significativo posterior a la intervención ($F=831.45$, $p=0,00$) y en el seguimiento ($F=28,962.88$ $p= 0,00$) a diferencia del grupo control. En cuanto a los resultados asociados a la ansiedad ante la muerte, se evidenció un efecto significativo en el grupo experimental de usuarios posterior a la intervención ($F=851.80$, $p = 0,00$,) que se mantuvo en la etapa de seguimiento ($F=11,213.52$, $p = 0,00$) a diferencia del grupo control. Del mismo modo, en el grupo experimental de cuidadores se evidenció un efecto significativo posterior a la intervención ($F=608.83$, $p=0,00$) y en la etapa de seguimiento ($F=16,194.57$, $p=0,00$) a diferencia del grupo control. En cuanto a los resultados asociados a la angustia psicológica, se evidenció un efecto significativo en el grupo experimental de usuarios ($F= 1081.90$, $p = 0,00$) y se mantuvo en la etapa de seguimiento ($F=15,919.26$, $p=0,00$) a diferencia del grupo control. Del

mismo modo, en el grupo experimental de cuidadores se evidenció un efecto significativo posterior a la intervención ($F=963.96$, $p=0,00$) y en el seguimiento ($F=3741.25$, $p= 0,00$) a diferencia del grupo control. Es así como se concluye la efectividad de la intervención en las variables estudiadas.

Onyedibe, et al. (2020), realizaron una investigación en Nigeria con la finalidad de identificar la eficacia de la Terapia grupal Cognitivo Conductual (GCBT) en usuarias oncológicas con ansiedad y depresión. Para ello, se administró la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) a 31 usuarias antes y después de la intervención GCBT en el grupo experimental. La GCBT consistió en 12 sesiones de 90 minutos, en las que se utilizaron como técnicas de intervención la psicoeducación en el *modelo ABC-DEF* y en pensamientos irracionales propuesto por Ellis, la reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales encontrados, técnicas de autoexpresión (verbalización de emociones) y técnicas conductuales como ejercicio de relajación muscular progresiva y ejercicios de relajación. Los hallazgos demostraron una disminución significativa de ansiedad entre el grupo experimental y el grupo control ($d= -1.18$); y dos meses después, en la etapa de seguimiento, los niveles de ansiedad presentes en el grupo experimental eran significativamente menor a comparación del grupo control ($d= -1.46$). En cuanto a los niveles de depresión, se encontró una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control ($d= -1.30$), y dos meses después, en la etapa de seguimiento, los niveles de depresión presentes en el grupo experimental eran significativamente menores en comparación con el grupo control ($d= -1.65$).

Por otra parte, Martínez (2018) realiza una investigación en Panamá, cuyo objetivo de estudio fue comprobar la efectividad de la TREC en la disminución de

la ansiedad y del nivel del burnout en cuidadores de pacientes con diagnóstico con cáncer de FANLYC. Para ello, se administró una entrevista clínica, el Inventario de ansiedad estado (IDARE) y el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson a 6 cuidadores adultos. En cuanto a la intervención, este programa estuvo conformado por 10 sesiones grupales de 45 minutos (8 de estas de intervención), en las que se utilizaron como técnicas de intervención la psicoeducación en el modelo ABC de Ellis, la reestructuración cognitiva, autorregistros, técnicas de afrontamiento, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en relajación como la respiración diafragmática, respiración profunda, relajación muscular progresiva y, tareas para casa. Como resultado, se obtuvo una disminución de los niveles de ansiedad y del síndrome del Burnout en los cuidadores al lograr modificar sus pensamientos irracionales que presentaban.

Sheikhzadeh et al. (2021), realizan un estudio en Irán con el objetivo de comparar la eficacia del Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva (MBCT) y la Terapia Cognitiva Conductual (CBT) para la ansiedad, depresión y fatiga en usuarios con cáncer. Para ello, se administró a una muestra conformada por 60 participantes (dos grupos experimentales y un grupo control) el Inventario de ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de depresión de Beck (BDI) y la Escala de fatiga relacionada con el cáncer (CFS), antes y después de la intervención (8 sesiones semanales de 90 minutos cada una). La intervención consistió en impartir la CBT a un grupo experimental en la cual se utilizaron técnicas psicoeducativas asociadas a las emociones y a las creencias irracionales, reestructuración cognitiva y técnicas de relajación, entrenamiento en asertividad y planificación de actividades. En cuanto a la intervención de la MCBT realizada al otro grupo

experimental, este consistió en la aplicación de técnicas psicoeducativas asociadas a las emociones y a los fundamentos del mindfulness, además de técnicas del aquí y ahora, técnicas de autocuidado como ejercicios de respiración, lista de actividades de disfrute y de autoconsciencia. En cuanto a los resultados obtenidos, se observó una diferencia significativa para la depresión posterior a la intervención en el grupo de CBT ($t = 8,17$; $P < 0,001$; $d = 1,83$) y de MCBT ($t = 5,62$; $P < 0,001$; $d = 1,50$), sin encontrar diferencias significativas para el grupo control ($t = -1,64$; $P = 0,11$; $d = -0,16$). En cuanto a la ansiedad, se obtuvieron diferencias significativas para la ansiedad posterior a la intervención en el grupo de CBT ($t = 5,28$; $P < 0,001$; $d = 2,53$) y de MCBT ($t = 7,82$; $P < 0,001$; $d = 2,13$), sin encontrar diferencias significativas para el grupo control ($t = -1,03$; $P = 0,06$; $d = -0,17$). Basados en estos resultados, se concluye la eficacia de la intervención CBT y MCBT para la disminución de la ansiedad y depresión.

2.1.1. Investigaciones nacionales.

En cuanto a las investigaciones a nivel nacional, no se encontraron estudios asociados a la intervención bajo el enfoque de Terapia Racional Emotiva Conductual en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa-depresiva. Sin embargo, se consideraron estudios que detallan la intervención bajo este enfoque en diversas muestras en el contexto peruano con sintomatología ansiosa o depresiva.

En primer lugar, Nassar (2022) realiza un estudio de caso cuyo objetivo fue re-educar cognitiva, emocional y conductualmente a una usuaria adulta con ansiedad desde un enfoque de terapia Racional Emotivo Conductual. En cuanto a

la metodología, la intervención estuvo conformada por 16 sesiones brindadas una vez por semana de manera online utilizando técnicas TREC como la psicoeducación del modelo ABC, preferencias y demandas, hechos e interpretaciones; técnicas cognitivas como el debate de creencias irracionales, formulación de creencias racionales y material de lectura sobre ansiedad; técnicas emotivas como la imaginación racional emotiva, el sentido del humor y metáforas y, como técnicas conductuales la exposición y tareas para casa. Como resultado se obtuvo un cambio en las creencias de la usuaria logrando sustituir sus creencias irracionales (demandas absolutistas) por racionales (preferencias), manifestando consecutivamente un cambio emocional y conductual.

En segundo lugar, se detalla el estudio realizado por Guizado (2022) quien pretendió fomentar estrategias cognitivas, emocionales y conductuales en una usuaria de 23 años con ansiedad. La intervención estuvo conformada por 18 sesiones virtuales bajo el enfoque de Terapia Racional Emotivo Conductual. Las técnicas utilizadas dentro de esta intervención comprenden: técnicas cognitivas como la psicoeducación, refutación de creencias, autorregistros, auto instrucciones; técnicas emocionales como la imaginación racional emotiva; técnicas conductuales como reforzamiento positivo, técnicas de respiración profunda, respiración abdominal, técnicas de relajación muscular y, otras técnicas como la autocompasión, métodos semánticos e higiene de sueño. Finalmente, se obtuvo como resultados cambios a nivel cognitivo (cambio de pensamientos irracionales de catastrofización, baja tolerancia a la frustración y auto condena a pensamientos racionales), un cambio emocional (disminución de la ansiedad) y un cambio conductual (desarrollo de conductas adaptativas).

En tercer lugar, la investigación realizada por Lanza (2018), tuvo como objetivo constatar la TCC en la disminución de la depresión en los usuarios geriátricos pertenecientes a este nosocomio. Para ello, se contó con la participación de 40 individuos que fueron divididos en un grupo experimental (n=20) y un grupo control (n=20) a los que se le administró la escala de depresión geriátrica de Yesavage al inicio y final de la intervención. El programa de intervención estaba conformado por 5 sesiones grupales donde se utilizaron estrategias psico-educativas y técnicas conductuales. En cuanto a los resultados, inicialmente el grupo experimental mostraba una media de 9.3 y posterior a la intervención mostró una media de 6.6, encontrándose una diferencia significativa en el nivel de depresión ($p < 0.05$) a comparación del grupo control, en la que se halló una media de 9.5 al inicio del estudio y de 9.85 al finalizar la investigación. Finalmente, la autora concluye intervención cognitivo conductual fue favorable para la disminución de los niveles de depresión.

Posterior a lo expuesto en este capítulo, los diversos enfoques de intervención y los estudios sistemáticos muestran al enfoque Cognitivo Conductual como uno de los modelos más utilizados y estudiados dentro del campo psico-oncológico debido a su efectividad en casos de estrés, ansiedad, depresión y angustia emocional (Hulbert-Williams et al., 2018; Quintero y Finck, 2018; Bellver-Pérez et al., 2019; Sun et al., 2019; Ardila et al., 2020; Cuervo et al., 2020; Hamedi et al., 2020). Específicamente, la Terapia Racional Emotiva Conductual ha demostrado ser efectiva en casos de angustia psicológica y sintomatología ansiosa – depresiva en usuarios oncológicos y sus cuidadores (Onyechi et al., 2016; Eseadi, 2019; Onyedibe, 2020; Martínez, 2018). Debido a esta razón, en este estudio se

escogió el enfoque de Terapia Racional Emotiva Conductual como modelo de intervención.

Capítulo 3: Metodología

3.1.Contextualización del Problema

3.1.1. *Problema de estudio*

El problema de estudio descrito a continuación se contextualiza en el año 2018, se ha respetado la temporalidad mencionada por lo que los datos presentados a continuación no han sido modificados.

La evaluada es una usuaria de 40 años, procedente de Lima Metropolitana y con residencia en el distrito de Jesús María. La usuaria cuenta con estado civil de conviviente, de religión católica, cuenta con grado de instrucción técnico superior y se desempeña como estilista independiente. En cuanto a su estado de salud, ella se encuentra en fase de seguimiento o inicio de remisión del cáncer; es decir, recibe controles periódicos para evaluar y controlar su estado estable actual.

En cuanto al motivo de consulta, la usuaria refiere: *“Me siento sola, me duele que no estemos unidos (familia). Estoy preocupada por mi hija menor, no quiero que sea como su hermana mayor, a veces pienso que lo será porque cuando se junta con ella, cambia su actitud... Yo grito, siento algo dentro que no pudo controlar y luego me siento muy mal, yo no quiero reaccionar así, así que para no hacer eso me voy, me encierro en mi cuarto o en el baño y no quiero saber nada de nadie... Es horrible porque esto me pone muy mal, muy triste, ya no sé qué hacer y me pongo a llorar, siento que a veces me estalla la cabeza, siento que me agito, mi corazón late rápido, no puedo dormir y estoy comiendo más y más y sé que eso tampoco me hace bien, pero no sé qué hacer...esto también me preocupa porque*

yo debo de estar bien por mi enfermedad, ya estoy terminando y no quiero que nada me afecte, la doctora me dice que no tengo que estresarme y esas cosas”

Asimismo, menciona “lo que más me fastidia es que cuando yo planifico las cosas, tienen que ser así, porque es la forma correcta de hacerlas, pero mi hija, la mayor, no me hace caso, al igual que con mi mamá también, ella también es así, todos, mi mamá y mi hermanas, por eso mi hija (mayor) es así, no hacen lo que deberían de hacer, eso me molesta muchísimo, mi hija la ve y no quiero que copie sus actitudes, yo la corrijo y me hace caso, pero cuando está con su hermana, se comporta un poco no sé, rebelde, luego vuelve conmigo y todo está bien, pero me estresa igual... Sé que ellos me apoyan, se preocupan por mí, mi mamá me ayudó mucho con mi hija y con mi casa cuando me enfermé, pero todo esto ya igual me fastidia mucho”

Finalmente expone “yo quiero sentirme mejor, no me quiero sentir así, quiero mejorar, quiero dejar de comportarme así, de gritar y demás, por mí, porque quiero sentirme mejor y para mi familia también, a veces le grito a mi hija o reacciono muy mal con su papá cuando hace lo mínimo, pero en verdad quiero sentirme mejor”.

Basado en lo descrito por la usuaria, se realiza la delimitación del problema descrito a continuación:

En cuanto al área cognitiva, la usuaria presenta pensamientos anticipatorios y catastróficos asociados al ámbito familiar “no quiero que sea como su hermana mayor, a veces pienso que lo será porque cuando se junta con ella, cambia su actitud”. Además, presentar demandas o pensamientos deberías hacia sí misma “yo

debo de estar bien por mi enfermedad” y hacia los demás “todos...no hacen lo que deberían de hacer”.

En cuanto a las reacciones fisiológicas presentes, la usuaria manifiesta dificultades para conciliar y mantener el sueño *“no puedo dormir”*. Alude agitación, dolor muscular y de cabeza, así como aumento de ingesta de alimentos *“estoy comiendo más y más”*.

En cuanto al área emocional, la usuaria refiere sentimientos de tristeza, acompañado de labilidad emocional con tendencia al llanto *“esto me pone muy mal, muy triste, ya no sé qué hacer”*, así como emoción de cólera y angustia asociada a dinámica familiar actual y relación conflictiva con madre y hermanas *“no hacen lo que deberían de hacer, eso me molesta muchísimo”*. Además, alude sentimientos de soledad *“me siento sola, me duele que no estemos unidos”*. Por otro lado, se aprecia en la usuaria preocupación acerca del efecto que pudiera tener el malestar emocional que padece sobre el tratamiento oncológico que recibe *“me preocupa porque yo debo de estar bien por mi enfermedad”*. A nivel conductual, la usuaria presenta conductas evitativas como el aislamiento *“me encierro en mi cuarto o en el baño y no quiero saber nada de nadie”* y conductas como levantar la voz y gritar *“yo grito, siento algo dentro que no pudo controlar”*.

En cuanto al área familiar, la usuaria informa contar con un soporte socio familiar representado por pareja e hija menor de tipo instrumental y emocional y; parcial soporte socio familiar representado por madre y hermanos de tipo instrumental y emocional, siendo su hija mayor un principal estresor familiar.

En cuanto al área psico-oncológica, la usuaria presenta parcial conocimiento y consciencia de enfermedad. Presenta mecanismos internos de afrontamiento, espiritualidad, motivación intrínseca y capacidad de insight.

La usuaria llega a consultorio de psicología por cuenta propia, solicitando el servicio de terapia psicológica para aliviar el malestar emocional presente. Es importante resaltar que, si bien la usuaria manifiesta que médico tratante como parte de su plan de tratamiento recomienda que ella acuda al servicio de psicología, es decisión de la usuaria seguir la recomendación, debido a que esta no se encuentra en condición de hospitalizada ni se ha desarrollado una interconsulta con el servicio. Asimismo, dentro de las recomendaciones del médico tratante no se consideró consulta con el servicio de psiquiatría. Es oportuno aclarar que, si bien no hay una comunicación directa con el médico tratante, el especialista de psicología que atiende a la usuaria tiene acceso a historia clínica de usuaria permitiendo conocer el curso y tratamiento de enfermedad. Finalmente, de esta manera se evidencia el trabajo multidisciplinar brindado a la usuaria, ya que se consideró además de la atención médica, la atención de su salud mental.

3.1.2. *Estrategias de evaluación y medición de la problemática*

Para la evaluación, se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos de evaluación:

- Entrevista psicológica
- Observación de conducta.
- Examen mental
- Anamnesis – Historia Psicológica.

- Cuadro ABC
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
- Termómetro del estrés y la lista de problemas (TD)

En primer lugar, se utiliza la entrevista semi-estructurada como técnica transversal a lo largo de toda la evaluación e intervención. En esta técnica se integra el examen mental, la observación de conducta, la anamnesis, entre otras. La entrevista semi-estructurada permite obtener información relevante de la usuaria (Hernández y Mendoza, 2018). Si bien, el especialista cuenta con un formato de entrevista antes de iniciar la sesión, la flexibilidad de una entrevista semi-estructurada, permite profundizar aquellos aspectos importantes verbalizados por la usuaria.

En segundo lugar, se utilizó la anamnesis – Historia psicológica propia de la institución especializada, como método de exploración de los datos importantes del usuario. Esta estrategia de evaluación incluye: los datos de filiación, el motivo de consulta, observación de conducta y antecedentes personales como la etapa pre-peri y post natal, enfermedades y/o condiciones previas, dinámica familiar, historia educativa, vida afectiva y sexual, hábitos y/o pasatiempos, antecedentes de atención mental y antecedentes familiares. Dichos aspectos permiten consolidar e integrar mejor lo expresado por la usuaria, además de permitir una mejor evaluación de la situación actual del mismo.

En tercer lugar, se utiliza como herramienta de evaluación el cuadro ABC ya que permitirá evaluar la perturbación emocional de la usuaria (MacLaren et al., 2020). El cuadro ABC, propuesto por Ellis, permite realizar la conceptualización

del caso al identificar “A” situación adversa, “B” las creencias racionales o irracionales y “C” las consecuencias emocionales y conductuales del individuo (funcionales o disfuncionales). Dado que la TREC postula que la perturbación emocional es causada por las creencias irracionales del individuo ante una situación, el cuadro ABC permite el estudio, análisis y cambio de aquellas creencias causantes del malestar emocional del individuo (Dryden y Neenan, 2014; DiGiuseppe et al., 2014).

En cuarto lugar, el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI) se utilizó como método de evaluación debido a lo expresado por la usuaria a nivel cognitivo, emocional y conductual. Dicho instrumento fue elaborado por Beck et al. (1988), con el objetivo de evaluar la sintomatología ansiosa en adultos y adolescentes con un mínimo de 13 años. El instrumento de auto informe consta de 21 ítems los cuales se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos, que van desde “Nada en absoluto” a “Gravemente”. El inventario obtiene un puntaje máximo de 63, donde un puntaje menor a 8 no muestra ansiedad, un puntaje entre 8 y 15, muestra niveles bajos de ansiedad, un puntaje entre 16 y 25, representa ansiedad moderada y puntajes mayores a 26, indican ansiedad severa (Beck y Steer, 2011). En cuanto al análisis psicométrico, el BAI muestra originalmente un puntaje de .92 evidenciando una alta consistencia interna, mientras que se obtuvo un puntaje de 0.75 para el test-retest, confirmando su alta confiabilidad. Para este estudio, se administró la versión española del BAI realizado por Sanz y Navarro en el 2003, cuya confiabilidad fue de .88, encontrando una validez discriminante significativa de .58 y validez de contenido al representar el 45% de criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad y 78% de crisis de angustia (Sanz y Navarro, 2003). En el

contexto peruano, no se ha realizado la validación del BAI y por ende, no existe una adaptación al contexto oncológico. En el presente trabajo, se consideró la administración del presente instrumento de medición debido a los síntomas descritos por la usuaria y a los signos que se observaron durante la entrevista, con ello se pretende identificar el nivel de ansiedad presente en la usuaria.

En quinto lugar, el Inventario de Depresión de Beck versión II (Beck Depression Inventory II; BDI-II), se utilizó como método de evaluación debido a lo expresado por la usuaria a nivel cognitivo y emocional. El BDI-II fue elaborado por Beck et al. (1996) con el objetivo de evaluar la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes mayores de 13 años. El Inventario de auto informe está compuesto por 21 ítems, los cuales se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos. El instrumento obtiene un puntaje que varía del 0 al 63, donde un puntaje menor a 13 no muestra depresión, un puntaje entre 14 y 19, muestra niveles de depresión leve, un puntaje entre 20 y 28, muestran depresión moderada, y puntajes mayores a 29, indican depresión severa. En cuanto al análisis psicométrico, el BDI II presentó una confiabilidad de .92 y .93 evidenciando una alta consistencia interna, así como un puntaje de .93 para el test-retest, confirmando así su alta confiabilidad. Para este estudio, se utilizó la versión española realizada por Sanz, Navarro y Vázquez, la cual presentó una alta consistencia interna de .89 y validez de contenido al representar los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor y distimia (Sanz et al., 2003). En el contexto peruano, al momento de la intervención presentada en este trabajo, no se había realizado la validación del BDI-II en el contexto peruano ni al contexto oncológico. Para este estudio, se consideró la administración del presente instrumento de medición derivado de la

sintomatología descrita por la usuaria, con ello se pretende identificar el nivel de depresión presente en ella.

En sexto lugar, el Termómetro de distrés y la lista de problemas, conforman una herramienta muy utilizada en el campo oncológico cuyo objetivo es identificar fuentes de angustia que tienen origen en el ámbito mental, físico, social o espiritual (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2020). El tipo de respuesta de este instrumento es en escala Likert del 0 (sin angustia) a 10 (angustia extrema), teniendo como punto de corte establecido el número 4; sin embargo esto varía según población (Donovan et al., 2014; Van der Geest et al., 2018; NCCN, 2020). Adicionalmente, la lista de problemas del NCCN es una lista complementaria de 39 ítems de posibles problemas clasificados en 5 categorías: problemas prácticos, familiares, físicos, emocionales y preocupaciones espirituales/religiosas; que permite identificar los posibles orígenes del distress o angustia (NCCN, 2020). El TD y la lista de problemas fue creado por Roth et al. (1998) y por el NCCN (Riba et al., 2019); se halló una alta validez utilizando el análisis ROC de un área bajo la curva entre .75 y .80 con una sensibilidad entre 76% y 83% y una especificidad de 59 y 86% (Jacobsen et al., 2005; Ransom et al., 2006; Dolbeault et al., 2008; Shim et al., 2008). En este estudio, se utilizó la adaptación mexicana del TD y la lista de problemas el cual mostró una alta validez convergente al presentar un valor de .631 para el área bajo la curva, un 93% de sensibilidad, un 76% de especificidad, un 82% de valor predictivo positivo y un 90% de valor predictivo negativo, con un punto de corte de 4 (Almanza et al., 2008). Este instrumento no se encuentra adaptado al contexto peruano ni al contexto oncológico; sin embargo, es utilizado en el campo de la psico-oncología en el Perú debido a la fiabilidad demostrada. Este

instrumento de medición se utilizó debido a la angustia mencionada por la usuaria con la finalidad de conocer su intensidad y los problemas asociados a esta.

3.1.3. *Procedimientos de la evaluación*

En la primera sesión, se tiene como objetivo recabar el motivo de consulta; por ello, se inicia la entrevista semi-estructurada a la usuaria y la anamnesis de esta. En la segunda sesión, se pretende continuar con la anamnesis, la administración del Inventario de Depresión de Beck - II (BDB-II), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el termómetro del estrés y la lista de problemas. Finalmente, en la tercera sesión, se finaliza la conceptualización del problema utilizando el cuadro ABC.

3.1.4. *Diagnóstico del problema*

Como se señaló anteriormente, los datos presentados están contextualizados en el año 2018, se ha respetado la temporalidad mencionada. En consecuencia, la información descrita a continuación no ha sido modificada.

- Resultados de las técnicas e instrumentos empleados
 - **Observación de conducta:** la usuaria se encuentra con disposición y actitud positiva hacia la intervención psicológica, manteniendo el contacto visual con la especialista. Se observa facie de preocupación y presenta labilidad emocional con tendencia al llanto al verbalizar el motivo de consulta. Utiliza un lenguaje fluente, coherente y claro, con volumen de voz audible. Durante abordaje se evidencia indicadores de ansiedad como el movimiento consecutivo de manos y pies.
 - **Examen mental:** la usuaria se encuentra LOTEPE (lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona) con funciones cognitivas conservadas, de

atención y memoria acorde a su edad cronológica. Presenta un tipo de pensamiento abstracto. Presenta pensamientos catastróficos y demandas asociados al ámbito familiar, causando en ella emociones de tristeza, angustia e irritabilidad, sentimientos de soledad y cambios conductuales como el aislamiento y gritos. Asimismo, a nivel fisiológico presenta tensión muscular, dolores de cabeza, agitación y alteración del sueño, apetito y libido. Sin embargo, la usuaria no evidencia descuido en aseo personal, mantiene funcionalidad, mantiene intereses, no presenta dificultades de atención o concentración, ideas de culpa asociadas a la baja productividad o funcionalidad diaria, inutilidad o pensamientos suicidas. La usuaria presenta conocimiento de enfermedad oncológica. Evidencia recursos internos de motivación intrínseca, capacidad de insight y espiritualidad que han favorecido su adaptación al diagnóstico y adherencia al tratamiento y recursos por reforzar de apertura a vínculos sociales.

Cabe resaltar que los cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual presentados en la usuaria mantienen una temporalidad de siete meses aproximadamente, cuyo aumento ha sido paulatino al igual que el incremento de su intensidad.

- **Resumen de anamnesis o historia familiar:** En la etapa prenatal, perinatal y post natal no se evidencian eventos significativos. En el periodo de infancia, la usuaria refiere ausencia emocional de padre, menciona una “buena relación” con sus hermanos y madre; siendo esta última una figura significativa. Posteriormente, en la adolescencia, la usuaria describe a esta etapa como “divertida, pero con responsabilidades”, derivado del inicio

temprano en el ámbito laboral a la edad de 15 años y presentar el rol de cuidadora hacia sus hermanos.

En cuanto al ámbito familiar, la usuaria es la primera de cuatro hermanos, menciona mantener una relación tensa con parte de sus hermanos y su madre de larga data. La usuaria presenta una relación estable de 14 años con pareja con quien convive, siendo este el segundo vínculo amoroso que ha mantenido hasta la actualidad; menciona recibir un continuo soporte emocional e instrumental por parte de este, especialmente en la etapa de diagnóstico y de tratamiento oncológico. Es madre de dos hijas de 21 y 12 años respectivamente, menciona una relación distante y conflictiva con hija mayor (desde mayo 2017) con la cual no convive, derivado del desacuerdo y preocupación que tiene sobre el estilo de vida de hija mayor (relaciones amorosas disfuncionales y consumo de sustancias psicotrópicas). La usuaria detalla que, debido a factores laborales, su hija mayor fue criada en su mayoría por la madre de la usuaria. En cuanto a la relación con hija menor con quien convive, la usuaria manifiesta presentar una buena relación en general; sin embargo, detalla la presencia de algunas diferencias en los últimos meses, menciona que al igual que pareja, ha sido un soporte durante la etapa de enfermedad oncológica.

En cuanto a su etapa escolar, la usuaria fue una estudiante promedio, presentando una inclinación por las artes y deportes, refiere “*fue una buena época, divertida*”. En cuanto a la etapa laboral, la usuaria refiere que trabajó desde temprana edad (15 años) como vendedora, posterior a ello, se desempeñó como estilista a la edad de los 20 años, independizándose a los

32 años al tener su propio negocio relacionado a ese rubro. A finales del 2017, debido al diagnóstico oncológico, el tratamiento y los cuidados mencionados por su especialista, deja de laborar durante varios meses, reincorporándose finalmente en mayo del 2018.

En cuanto a los hábitos e intereses, la usuaria mantiene pasatiempos asociados a sus gustos personales direccionados en su mayoría al ámbito laboral y a actividades religiosas.

En cuanto a los antecedentes médicos, en noviembre del 2017, la usuaria presenta los primeros síntomas de neoplasia, siendo evaluada y posteriormente diagnosticada en diciembre de 2017. En enero de 2018, recibe tratamiento oncológico de cirugía y quimioterapia, continuando con controles posteriores por los departamentos de medicina, abdomen y nutrición. Finalmente, inicia terapia psicológica en agosto del 2018; no detalla antecedentes de atención psiquiátrica o psicológica, ni antecedentes familiares de importancia.

- **Modelo ABC:** En la Tabla 2, se puede observar el cuadro ABC de la usuaria, se le pregunta la situación problema y a partir de ahí, se exploran e identifican las inferencias de la usuaria (A) encontrando distorsiones cognitivas como deberías, sobregeneralización y visión catastrófica. Se evidencia evaluaciones (B) de demandantes y la presencia de las emociones (C) de ansiedad y tristeza como consecuencia de las evaluaciones y creencia irracional presentes, así como las respuestas fisiológicas de dolor de cabeza, agitación, tensión muscular y, conductas de llanto, gritar, aumento del apetito y aislamiento social.

Tabla 2

Cuadro ABC de la usuaria

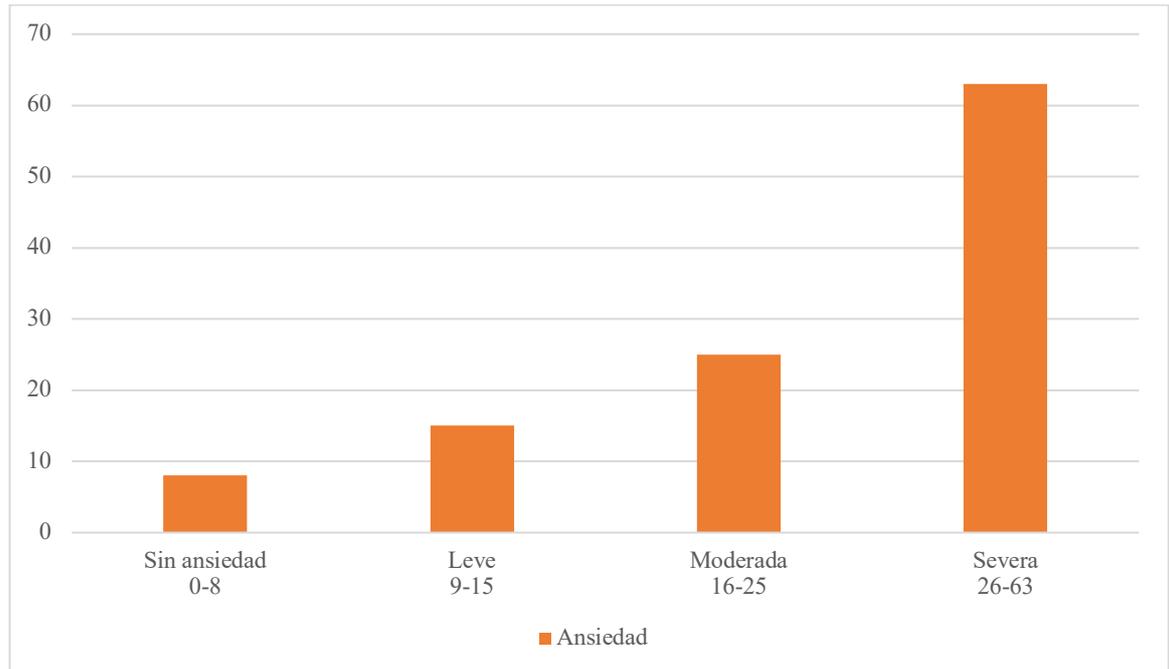
A	B	C
<p>Situación: Mi hija pasa más tiempo con su hermana y ya no me hace caso como antes.</p> <p><i>Inferencias:</i> Deberías, visión catastrófica, sobregeneralización. “Va a ser como su hermana”. “No me hacen caso...todos”.</p>	<p><i>Evaluaciones:</i> Demandas: – Hacia el mundo: “Yo planifico las cosas y tienen que ser así, porque así están bien” – Hacia los demás: “Ella debería de hacerme caso y hacer lo que yo digo” – Hacia sí misma: “Yo debo de estar bien” Visión catastrófica: “Sería terrible, va a ser como su hermana”.</p> <p><i>Creencia irracional:</i> La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fueran “Es horrible que las cosas no sean de esta manera”</p>	<p><i>Emoción:</i> Ansiedad (9) Tristeza (8)</p> <p><i>Fisiológico y conductual:</i> Llanto Dolor de cabeza Agitación Tensión muscular Gritar Aumento del apetito Aislamiento social</p>

Nota. A es el evento adverso, B sistema de creencias y C representan las consecuencias emocionales y conductuales de la usuaria.

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):** En la Figura 3, la usuaria al obtener un puntaje de 20 puntos se ubica dentro de la categoría de Ansiedad Moderada.

Figura 3

Niveles de ansiedad según el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

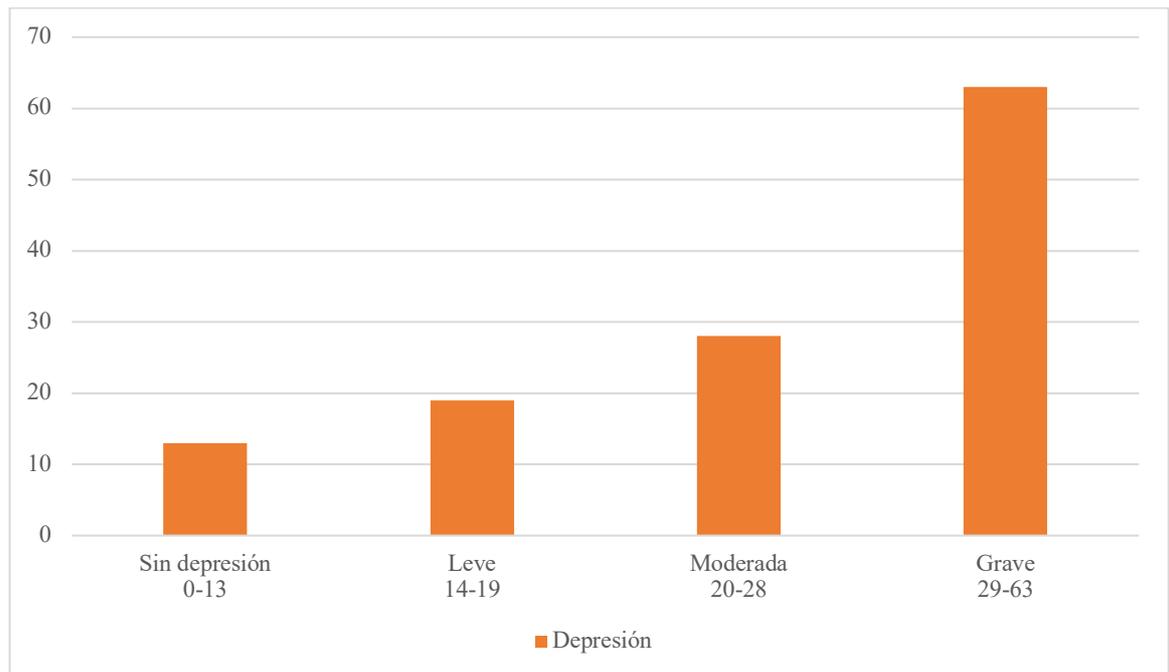


Nota. La figura representa los niveles de ansiedad según el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

- **Inventario de Depresión de Beck (BECK-II):** En la Figura 4, la usuaria al obtener un puntaje de 15 puntos se ubica dentro de la categoría de depresión leve.

Figura 4

Niveles de depresión según el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

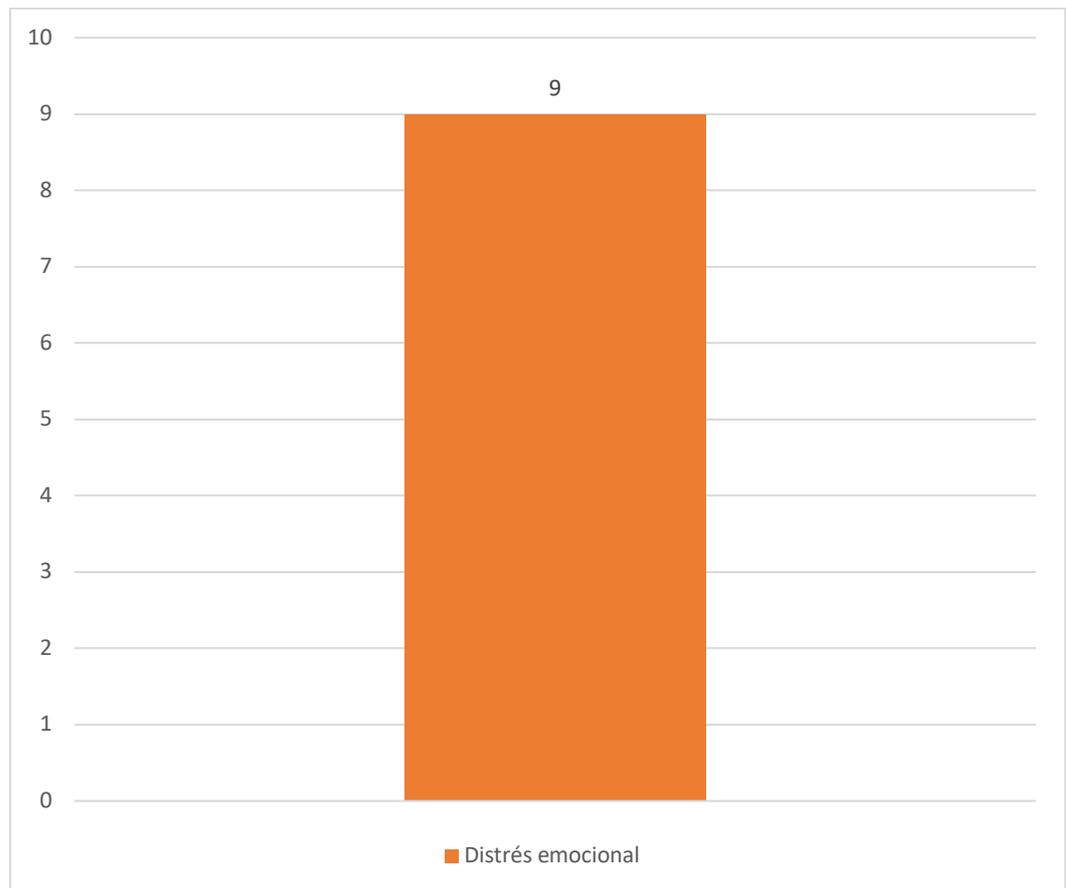


Nota. La figura representa los niveles de depresión según el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

- **Termómetro del distrés y la lista de problemas:** En la Figura 5, se puede interpretar que la usuaria informa un distrés de 9 puntos.

Figura 5

Termómetro del distrés de la usuaria

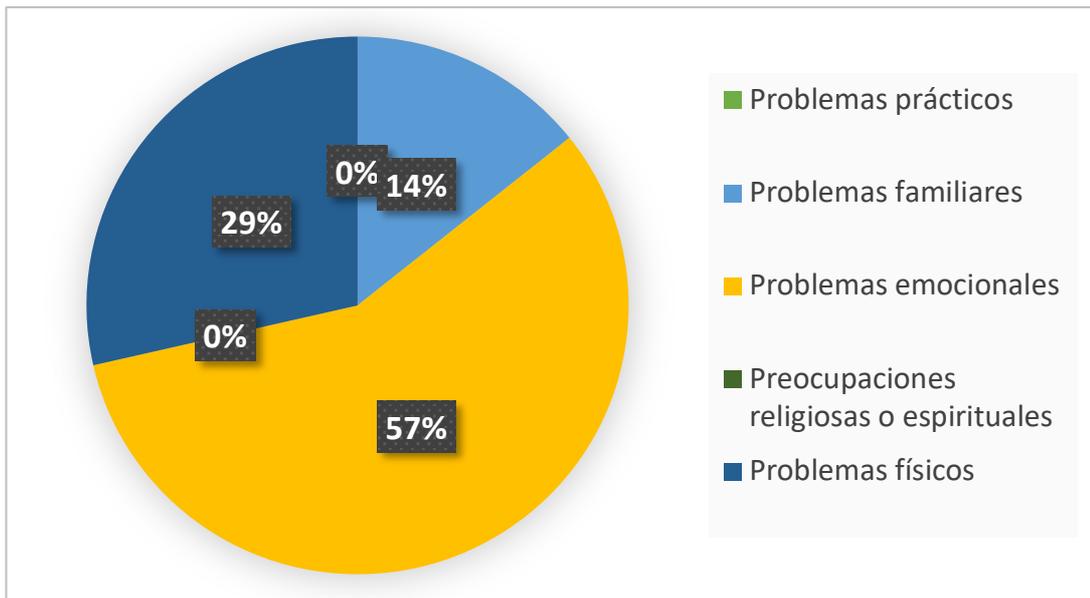


Nota. La figura representa el nivel de distrés o angustia emocional experimentada por la usuaria.

En la Figura 6, se observa la lista de problemas de la usuaria. En primer lugar, está enfocada a problemas emocionales (57%), seguido de problemas físicos (29%) y; en tercer lugar, a los problemas familiares (14%).

Figura 6

Lista de problemas de la usuaria



Nota. El gráfico representa las áreas que conforman la lista de problemas, se observa el porcentaje de distrés estimado por la usuaria para cada una de ellas.

En la Tabla 3, se observa que los problemas emocionales de la usuaria comprenden: miedo, tristeza, preocupación, nerviosismo. En cuanto a los problemas físicos, estos engloban la alimentación y problemas para dormir y, los problemas familiares están enfocados en la relación con los hijos.

Tabla 3

Fase de evaluación: Lista detallada de los problemas presentes en la usuaria

Clasificación de la lista de problemas	Detalle de la lista de los problemas por áreas	Lista de problemas presentes en la usuaria
Problemas prácticos	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado de los hijos. - Casa - Seguridad financiera - Transporte - Escuela/Trabajo 	
Problemas familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Relación de pareja - Relación con los hijos 	<ul style="list-style-type: none"> - Relación con los hijos
Problemas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Miedo - Nerviosismo - Tristeza - Preocupación - Pérdida de interés en las actividades habituales 	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo - Nerviosismo - Tristeza - Preocupación
Preocupaciones religiosas o espirituales		
Problemas físicos	<ul style="list-style-type: none"> - Apariencia - Baño/vestido - Respiración - Cambios en la orina - Constipación - Diarrea - Alimentación - Fatiga - Sensación de debilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Problemas para dormir

- Fiebre
 - Movilidad
 - Indigestión
 - Memoria/concentración
 - Dolor en boca
 - Náusea
 - Nariz seca/congestión
 - Dolor
 - Problemas sexuales
 - Piel seca/comezón
 - Problemas para dormir
 - Hormigueo en manos o pies
-

- Diagnóstico presuntivo

a. A nivel psicopatológico

Posterior a la delimitación del problema y a los resultados obtenidos, se concluye como presunción diagnóstica del caso un Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2) según la clasificación del CIE 10. La conclusión diagnóstica deriva de lo evaluado en la usuaria, encontrándose en ella la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva sin cumplir con los criterios suficientes o necesarios para un diagnóstico individual para ansiedad o depresión.

b. Conceptualización del caso (cuadro ABC)

Ante la situación (A): Mi hija pasa más tiempo con su hermana y ya no me hace caso como antes, se observa en la usuaria (A) inferencias o pensamientos automáticos de deberías, visión catastrófica y sobre generalización. Sobre estas, la usuaria presenta (B) evaluaciones irracionales de demandas hacia el mundo “*Yo planifico las cosas y tienen que ser así, porque así están bien*”, hacia los demás “*Ella debería de hacerme caso y hacer lo que yo digo*” y hacia sí misma “*Yo debo de estar bien*” y; de visión catastrófica “*Sería terrible, va a ser como su hermana*”.

Asimismo, presenta la creencia irracional de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen “*Es horrible que las cosas no sean de esta manera*”. Estas evaluaciones y creencias nucleares generan consecutivamente (C) consecuencias emocionales y conductuales desadaptativas. A nivel emocional presenta una ansiedad de 9 puntos (donde 0: sin ansiedad y 10: extrema ansiedad) manifestándose a nivel fisiológico a través de dolor de cabeza, agitación y tensión muscular y; a nivel conductual, la usuaria presenta conductas disfuncionales de gritar y de aislamiento social.

– Recomendaciones

- Psicoterapia individual bajo el enfoque racional emotivo conductual (TREC).
- Terapia familiar orientada al logro de los objetivos terapéuticos en la usuaria.

3.2. Intervención

3.2.1. Problema delimitado

La problemática principal mencionada por la usuaria en consulta está asociada al ámbito cognitivo, emocional y conductual.

A nivel cognitivo la usuaria presenta pensamientos evaluativos de demandas hacia el mundo “*Yo planifico las cosas y tienen que ser así, porque así están bien*”, hacia los demás “*Ella debería de hacerme caso y hacer lo que yo digo*” y hacia sí misma “*Yo debo de estar bien*”; así como la evaluación de visión catastrófica “*Sería terrible, va a ser como su hermana*”. Asimismo, encontramos en la usuaria la creencia irracional de la idea de que es tremendo y catastrófico el

hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen “*Es horrible que las cosas no sean de esta manera*”. Consecuentemente, a nivel emocional, la usuaria presenta la emoción disfuncional de ansiedad manifestándose a nivel fisiológico a través de dolor de cabeza, agitación, aumento del apetito y tensión muscular, mientras que, a nivel conductual, la usuaria presenta conductas disfuncionales de gritar y aislamiento social.

3.2.2. *Objetivos de la intervención*

a. Objetivo principal

Disminuir el nivel de ansiedad y las conductas disfuncionales presentes en la usuaria mediante la reestructuración de los pensamientos irracionales presentes en ella.

b. Objetivos específicos

- A nivel cognitivo, reestructurar los pensamientos irracionales sustentadas en los deberías hacia el mundo, hacia los demás y hacia sí misma de la usuaria.
- A nivel emocional, disminuir los niveles de ansiedad de la usuaria.
- A nivel conductual, promover el autocontrol y manejo de conductas desadaptativas de aislamiento y gritarle a los demás de la usuaria.

3.2.3. *Selección y sustento de las técnicas empleadas*

En primer lugar, se hizo uso de técnicas generales de intervención, como la escucha activa, la validación emocional y el interés genuino representado por una postura abierta y empática. Todas ellas permiten construir la alianza terapéutica entre terapeuta y usuaria, creando un clima seguro que facilita que esta última comunique el contenido emocional y mental con el que se trabajará en el proceso

de intervención (DiGiuseppe et al., 2014; Dryden, 2021). Estas herramientas resultan fundamentales ya que de no existir este vínculo de confianza, el proceso de intervención y los resultados de este puede verse afectados. Asimismo, se hizo uso de técnicas Psico-educativas con la finalidad de educar a la usuaria en su afección o condición mental, así como facilitar el aprendizaje emocional por parte de esta, incluyendo la identificación emocional, su intensidad, su expresión y su funcionalidad (MacLaren et al., 2020; Dryden, 2021). De igual modo, la psico-educación incluye generar autoconsciencia en la usuaria, abarcando principalmente la identificación de pensamientos y la filosofía asociada a la Terapia Racional Emotiva, lo que sentará las bases para el proceso de intervención y el proceso de cambio de la usuaria (Dryden, 2021).

En segundo lugar, en cuanto a las técnicas específicas de intervención, estas están asociadas al abordaje concreto de la problemática de la usuaria. A continuación, las técnicas empleadas:

a. Técnicas conductuales:

Las técnicas conductuales permiten a la usuaria consolidar un aprendizaje mediante la acción; es decir, la usuaria lleva a la práctica lo aprendido en terapia, generando a su vez consciencia y permitiendo su regulación mediante la acción (Ángeles et al., 2012). A continuación, las técnicas conductuales empleadas:

- *Registro conductual*: Se trata de registrar conductas específicas que permitirán a la usuaria generar consciencia y obtener información sobre su estado actual, su avance a lo largo del tratamiento. En este caso se utilizó el registro conductual enfocado en la conducta de gritar y el aislamiento reproducido por

la usuaria con la finalidad de generar conciencia y confirmar su avance a lo largo de las sesiones.

– *Registro de autoconciencia*

- *Registro ABC*: permite generar autoconciencia en la usuaria, identificando sus pensamientos (B) y, las emociones y conductas (C) que presenta frente a una situación adversa (A) (DiGiuseppe et al., 2014). En este trabajo, esta herramienta se utilizó para la identificación, el análisis y reflexión de los patrones y funcionalidad de los pensamientos, emociones y conductas de la usuaria, se utilizó en terapia, así como actividad dejada para casa.

- Técnicas corporales:

- *Respiración abdominal*: este método permite que una persona tenga un mayor control sobre su respiración (respuesta automática), facilitando su ejercicio en situaciones de estrés o ansiedad (Ángeles et al., 2012). Este método permite una respiración profunda y enlentecida contraria a la hiperventilación en situaciones de ansiedad o estrés, influyendo en la relajación del individuo al incrementarse el dióxido de carbono en la sangre, lo que reduce la actividad cortical, los latidos del corazón, entre otros. Dicha actividad se reforzó con algunas preguntas que parten del Mindfulness, como “¿Cómo siento mi cuerpo? ¿Qué parte de mi cuerpo se siente tenso?”. Esta técnica se utilizó, debido a que causa efectos directos en la sintomatología ansiosa de la usuaria,

enlenteciendo su respiración y ritmo cardiaco, permitiendo así su regulación.

- *Relajación muscular progresiva de Jacobson*: es un método de relajación enfocada en los músculos del cuerpo, creando y liberando tensión a consciencia, identificando sensaciones y reconociendo los niveles de tensión en el cuerpo a nivel general (todo el cuerpo) o específico (grupos musculares) (Ángeles et al., 2012). Esta técnica es utilizada en casos de estrés o sintomatología ansiosa como en el caso propuesto, ya que la usuaria muestra tensión a nivel corporal; esta técnica permitirá liberar tensión, influyendo en su regulación emocional.

b. Técnicas emocionales:

Estas técnicas están enfocadas en generar consciencia de las emociones, entendiéndolas como fuente de información, comprendiendo su funcionalidad y su intención adaptativa (MacLaren et al., 2020). Asimismo, las técnicas emocionales permiten identificar su intensidad y frecuencia, además de poner en práctica estrategias de regulación emocional. En el presente trabajo, se utilizaron las siguientes técnicas emocionales:

- *Imaginación racional emotiva*: permite a la usuaria identificar respuestas emocionales más saludables frente a una situación problema (MacLaren et al., 2020). Se inicia pidiendo a la usuaria imaginar una situación activadora que genere una emoción no saludable, luego, se le pide que cambie dicha emoción o que baje la intensidad de la misma frente a la misma situación, se prosigue preguntando a la usuaria sobre el motivo por el cual se propició el cambio como

“¿qué causó el cambio?, ¿qué pasaba por tu mente en esta ocasión?, ¿qué pensaste para que se dé este cambio?” y finalmente, se le brinda el feedback enfatizando lo que causó el cambio. Esta técnica se utilizó para reforzar la conexión B-C; es decir, para que se dé cuenta de la influencia del pensamiento en la emoción que pueda estar sintiendo, siendo la más beneficiosa la creencia racional por las consecuencias emocionales más saludables.

- *Autorrevelamiento*: esta herramienta tuvo como objetivo brindarle a la usuaria esperanza en la superación del problema que enfrenta. El autorrevelamiento se utiliza como técnica de una superación racional del problema, en el que el terapeuta hace uso de una situación propia, exponiendo emociones o pensamientos similares a los presentados por la usuaria, brindando evidencia lógica y funcional de superación, aliviando el malestar y generando motivación. Esta técnica se utilizó para que la usuaria pueda darse cuenta de que es posible el cambio de la emoción disfuncional de la ansiedad.
- *Juego de roles*: en esta técnica, se crea una situación simulada, en el que la usuaria asume el rol de terapeuta y el terapeuta asume el rol la usuaria (DiGiuseppe et al., 2014). El terapeuta (con el rol de la usuaria) verbaliza las creencias irracionales de la usuaria con la finalidad de que esta (ahora terapeuta), pueda confrontar sus propias creencias irracionales. Se justifica el uso de esta herramienta para evaluar el proceso de cambio de creencias (reestructuración cognitiva) en la usuaria y su consolidación. Esta técnica permite a la usuaria observar, analizar y practicar su propia confrontación o debate de sus creencias irracionales y la formulación de creencias racionales.

- *Registros de autorregulación* (Ángeles et al., 2012):
 - *Registro de escalas de estado de ánimo*: permite a la usuaria identificar qué emoción está sintiendo a su vez que permite identificar su intensidad. Posterior a ello, se realiza un análisis de este ejercicio y de las variaciones que se presentaron en esta escala mediante interrogantes como “¿qué pasó?, ¿qué de diferente sucedió para que se diera este cambio?”, generando autoconsciencia y reflexión. Este ejercicio permite que la usuaria realice la conexión B-C (pensamientos y emociones/conductas), identificando los pensamientos asociados a la emoción que siente.
 - *Lista de actividades de disfrute*: se utiliza con la finalidad de aliviar el malestar emocional. Al realizar actividades que sean de agrado de la usuaria, permitirá que sienta emociones más cómodas, contrarrestando las emociones incómodas como ansiedad. Además, permite prestar atención a aspectos positivos y a su vez genera motivación y esperanza. Es una técnica utilizada en casos de usuarios con sintomatología depresiva o ansiosa ya que se ha demostrado su efectividad e influencia al cambio. Se hace uso de esta técnica como alternativa de regulación emocional, ya que permite contrarrestar emociones como la ansiedad.

c. Técnicas cognitivas

Dentro de las técnicas cognitivas, se utilizó la reestructuración cognitiva como herramienta principal durante el proceso de intervención. Esta herramienta se

acompaña del cuadro ABC, permitiendo un mejor análisis de la relación de una situación, pensamientos, emociones y conductas para su posterior reflexión.

- *Reestructuración cognitiva*: abarca la exploración de información relevante de la persona evaluada, identificando el evento (A), pensamientos (B) y emociones y conductas (C), realizando posteriormente una asociación entre las tres (MacLaren et al., 2020). Además, abarca educar a la usuaria sobre el ABC, sobre la diferencia entre pensamientos de emociones, diferencias entre los hechos y las interpretaciones, así como identificar los pensamientos automáticos y las demandas que presenta.

Posterior a ello, se procede a buscar evidencia que avale o fundamente los pensamientos irracionales identificados, se realiza un análisis de las ventajas y desventajas o la funcionalidad de estas, mediante preguntas como “*¿este pensamiento, me ayuda a lograr mis objetivos?, ¿esto que estás pensando, te ayuda o te impide el cambio?, ¿si continúas pensando así, te ayudará a sentirte mejor?*” (MacLaren et al., 2020). Asimismo, también dicho análisis se enfoca también en la C de la usuaria, realizando interrogantes como “*¿te ha ayudado en algo, seguir reaccionando así?*”.

Finalmente, la tercera parte de la reestructuración cognitiva consiste en la confrontación (D), una vez identificada la creencia irracional se procede a generar una reflexión en la usuaria sobre el beneficio, funcionalidad, veracidad de estas, haciendo uso de preguntas como “*¿es lógico pensar que, porque sucedió esto, siempre será así?, ¿qué tan probable es que esto suceda?, ¿existirá otra forma de interpretar o evaluar esta situación que no sea esta?*” (MacLaren et al., 2020).

Existen cuatro tipos de estilos de debate de las creencias irracionales (DiGiuseppe et al., 2014):

- **Didáctico:** enfocada en brindar una nueva información a la usuaria, se trata de explicar conceptos. El rol de terapeuta es bastante activo, por lo que se recomienda utilizarlo mesuradamente, ya que los usuarios adquieren un rol pasivo.
- **Socrático:** el objetivo es generar en la usuaria la reflexión y análisis de sus creencias, por lo que el terapeuta realiza diversas interrogantes con la finalidad de que la usuaria por cuenta propia identifique y compruebe la evidencia, lógica y funcionalidad de sus creencias. Desde este punto, la usuaria adquiere un rol activo y el terapeuta la acompaña y guía este proceso.
- **Metafórico:** sirve para esclarecer conceptos y facilitar el entendimiento de nuevos conceptos utilizando historias, personajes históricos, como ejemplo de la irracionalidad o racionalidad presente en la usuaria.
- **Humorístico:** pretende utilizar el humor como herramienta de aceptación de uno mismo, además de poner en manifiesto la irracionalidad de pensamiento de una manera saludable y armónica.

Del mismo modo, se utilizan diversos argumentos en los debates (MacLaren et al., 2020):

- **Lógicos:** busca que la usuaria identifique la lógica o la inconsistencia de sus pensamientos como “*¿Es lógico pensar que tu hija solamente por no tender su cama va a ser como su hermana, se*

va a comportar como ella, va a tener las mismas amistades y relaciones?”

- Empíricos: se enfoca en buscar las evidencias y los hechos de los pensamientos de la usuaria, busca evidenciar la falsedad de los pensamientos irracionales, como “*¿Qué evidencia tienes de que tu hija va a ser como su hermana?*”
- Funcionales: busca que la usuaria evalúe las ventajas y desventajas de su creencia. Se enfoca en analizar las consecuencias a largo plazo de pensar cómo piensa y si le permite o no alcanzar sus objetivos como “*Pensar de esa manera, ¿te ha ayudado a conseguir que tu hija te haga caso?*”

Posteriormente, se pretende además la construcción de pensamientos racionales, basados en la lógica y evidencia (E). Esta técnica se realizó con la usuaria, generando autoconsciencia, análisis o reflexión y la construcción de pensamientos racionales que generen un bienestar en ella (MacLaren et al., 2020). Dicha técnica se utilizó para confrontar sus pensamientos irracionales y construir pensamientos racionales. Esta es la base de la intervención ya que, al generar un cambio a nivel cognitivo, se obtiene consecuentemente un cambio a nivel emocional y conductual (F).

- *La biblioterapia*: se utilizó como técnica de reforzamiento, esta consiste en brindarle información a la usuaria mediante separatas o fichas recomendadas en sesión y como actividad para casa (Ángeles et al., 2012). Se utilizó esta técnica para reforzar técnicas de respiración y relajación,

brindando fichas con imágenes e instrucciones de los pasos a seguir para realizar eficazmente dichas técnicas.

- *El audio terapia:* se utilizó como técnica de reforzamiento durante sesiones, consistía en la grabación de las consignas acordadas entre la terapeuta y la usuaria durante las sesiones (Ellis y MacLaren, 2005, citado por MacLaren et al., 2020). La usuaria se llevaba la grabación de las confrontaciones de sus pensamientos irracionales como ejemplo para realizar dicho ejercicio en casa.

3.2.4. Ejecución: descripción del plan del trabajo

La usuaria acudió al servicio de Psicología para agendar una cita psicológica. La secretaria del servicio le agendó y brindó la información necesaria sobre la cita: mi nombre como encargada de la intervención, la fecha y la hora de la sesión. Adicionalmente, se le brindó información el costo de la sesión y los medios de pago.

En el estudio presentado, la intervención estuvo conformada por 18 sesiones brindadas una vez por semana teniendo una duración entre 60 a 75 minutos aproximadamente. La intervención inició en agosto del 2018 y finaliza en diciembre del mismo año.

A continuación, se detallará la sesión modelo:

Sesión modelo:

- Primera sesión:

En primera instancia, se inició con la presentación y el encuadre terapéutico; es decir, se estructuró y organizó la intervención: se le explicó a la usuaria la

duración de las sesiones, los horarios, tolerancia de espera, los roles y funciones dentro de la terapia (Rodríguez, 2020).

En segunda instancia, se exploró el motivo de consulta y se profundizó en este utilizando la técnica de escucha activa y la validación emocional, se contuvo emocionalmente a la usuaria y se realizó la exploración de emociones y pensamientos. Adicionalmente, se realizó la evaluación psicológica. En tercera instancia, se concluyó con el cierre de la sesión, realizando un resumen de lo conversado, se resolvieron dudas o cuestionamientos por parte de la usuaria y se realizó la despedida.

- Sesiones de intervención:

En primer lugar, se revisaron las actividades dejadas en la última sesión y se resolvieron las dudas que tenía la usuaria sobre lo hablado en la última intervención o aquellas dudas que se originaron de las actividades dejadas.

En segundo lugar, se utilizaron técnicas emocionales, conductuales y cognitivas según el progreso de la usuaria para llegar objetivo acordado.

En tercer lugar, se realizó el resumen de la sesión, se detallaron las actividades o tareas para casa, se realizó el feedback correspondiente, se respondieron dudas o cuestionamientos por parte de la usuaria y se concluyó con la despedida.

3.2.5. Cronograma de trabajo

Tabla 4

Cronograma de trabajo de la intervención.

Nº de sesión	Objetivo	Actividades	Materiales	Tiempo
Sesión I	<ul style="list-style-type: none"> - Generar alianza terapéutica. - Iniciar evaluación psicológica. - Brindar herramientas para la gestión emocional en la usuaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semi-estructurada, utilizando técnicas de escucha activa, rapport, empatía, etc. - Examen mental. - Iniciar la Amamnesis – Historia clínica. - Practicar técnica de respiración abdominal: se le enseña los movimientos de la respiración abdominal y se le entrega una ficha instructiva de la respiración abdominal (<i>biblioterapia</i>). - <u>Actividad para casa:</u> Con la ficha brindada (<i>biblioterapia</i>) se le indica que practique la respiración abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Anamnesis - Lápiz - Ficha instructiva de la respiración abdominal. 	75 minutos aproximadamente

Sesión II	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar alianza terapéutica. - Continuar evaluación psicológica. - Acordar objetivo de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tarea: se le pregunta a la usuaria como se sintió antes y después de la respiración abdominal, si la actividad le fue útil o no y, se refuerza su práctica (autoconsciencia). - Anamnesis – Historia clínica. - Aplicación del BDI-II, BAI y TD. - Preguntarle a la usuaria que objetivo se desea trabajar: <i>“qué te gustaría trabajar en el proceso de terapia”</i>. - <i>Autorrevelamiento:</i> se le comparte a la usuaria que la terapeuta (yo) también ha experimentado ansiedad y lo que se hizo para que se de el cambio, ejemplificando con ello que el cambio es posible. - <u>Actividad para casa:</u> Lista de actividades de disfrute, continuar la práctica de técnica de respiración abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos de pruebas - Lápiz 	65 minutos
-----------	---	---	--	------------

Sesión III	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el conocimiento inicial del modelo ABC en la usuaria. - Fomentar la consciencia e identificación emocional en la usuaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar actividad dejada: se le pregunta a la usuaria sobre sus actividades de disfrute: <i>¿Qué realizaste? ¿cómo te sientes después de hacerla?, etc.</i> - Conceptualización del caso (Cuadro ABC): aquí se realiza la exploración para identificar A, B y C mediante preguntas como: <i>¿cómo te sientes con esta situación?, ¿cómo reacciona tu cuerpo?, “¿qué hiciste al sentirte así?”, ¿qué pensabas en ese momento?, ¿qué te decías a ti misma cuando te sentiste y reaccionaste de esa manera?, etc.</i> Utilizando esta exploración y basándonos en las respuestas de la usuaria, se explica el modelo ABC y la conexión entre sus componentes, ej: <i>¿Todas las veces que ha ocurrido lo mismo, te has sentido siempre así?, si te ha pasado antes, pero no te has</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de registro ABC, registro de escala de ánimo y registro conductual. 	75 minutos aproximadamente
------------	---	--	--	----------------------------

		<p><i>sentido así, entonces, ¿Cuál ha sido la diferencia?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se psicoeduca y diferencia emoción y pensamiento. - Se brinda a la usuaria a través de la psicoeducación emocional información asociada a la tristeza y ansiedad (Onyedibe et al., 2020)¹. - <i>Actividad para casa:</i> realizar un registro de escalas del ánimo y registro conductual durante la semana. 		
Sesión IV	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsar la consciencia emocional y de conductas en la usuaria y la conexión entre estas. - Promover la regulación emocional en la 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tarea: se revisa el registro emocional y conductual de la usuaria dejado en la sesión anterior y, utilizando la técnica de psico-educación emocional, se refuerzan los conocimientos de la tristeza y la ansiedad y, la diferencia de emoción de pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas de registro dejadas en actividad para casa. - Escala de ánimo. 	65 minutos aproximadamente

¹ En el estudio realizado por Onyedibe et al. (2020), posterior al establecimiento del rapport y a la administración de instrumentos psicológicos, se introduce el modelo ABC de Ellis y se realiza psicoeducación emocional respectiva.

	<p>usuaría mediante la práctica de herramientas de gestión emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza ejercicios de respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson (Onyedibe et al., 2020; Guizado, 2022)²³. - Se realiza lista de actividades de disfrute (conjuntamente con la usuaria): ver tutoriales de belleza, salir a caminar, hablar con una amiga, etc. - <u>Actividad para casa:</u> Registrar durante la semana, las emociones y conductas presentadas. Practicar ejercicios de respiración abdominal, relajación muscular progresiva de Jacobson y la ejecución de actividades de disfrute cuando experimente ansiedad. 		
Sesión V	- Generar la autoconciencia de pensamientos,	- Se revisa actividad dejada para casa: se le pregunta <i>¿qué herramienta te funcionó más?</i> ,	- Hojas de registro ABC.	65 minutos

² En el estudio de Onyedibe et al., (2020), posterior (en la siguiente sesión) a la psicoeducación emocional, introduce la técnica de relajación muscular progresiva como una herramienta para la gestión emocional frente a la ansiedad. Asimismo, incita a los participantes de su estudio a practicarlo a su conveniencia.

³ Guizado (2022), en su trabajo introduce en la sesión número cuatro el ejercicio de respiración abdominal como herramienta de gestión emocional.

	emociones y conductas en la usuaria e impulsar mediante el modelos ABC.	<p><i>¿cómo te sentiste después de practicar esta herramienta?, ¿cuánta ansiedad sentías después de?;</i> para evaluar la efectividad de las herramientas para la gestión emocional de la ansiedad en la usuaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se refuerza la psicoeducación de los componentes del ABC, específicamente se refuerza la conexión B-C con ayuda de una vivencia propia de la usuaria (se recurre a la conceptualización). - <u>Actividad para casa:</u> Hojas de registro ABC donde la usuaria registre principalmente sus pensamientos. 		
Sesión VI	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la autoconsciencia de pensamientos, emociones y conductas en la usuaria. - Motivar la identificación de 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la tarea dejada para casa: se utiliza el registro ABC traído de casa para reforzar su comprensión (conexión B-C) a través de preguntas como : <i>si cien personas se encuentran exactamente en la misma</i> 	- Hojas de registro ABC	65 minutos

	<p>pensamientos irracionales en la usuaria.</p>	<p><i>situación ¿absolutamente todas ellas se sentirían igual que tu? ¿cuál crees que sea la diferencia si se encuentran exactamente frente a lo mismo?.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducar a la usuaria en pensamientos irracionales diferenciando los hechos de las interpretaciones, las demandas de las preferencias (Guizado, 2022)⁴. - <u>Actividad para casa:</u> Registro ABC: se le pide a la usuaria que registre sus pensamientos cuando sienta ansiedad y que identifique hechos e interpretaciones, preferencias y demandas. 		
Sesión VII	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la identificación de pensamientos irracionales en la usuaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de actividad dejada: con el registro ABC de la usuaria, se evalúa y corrige con ella las interpretaciones versus 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas de registro ABC 	65 minutos

⁴ Guizado (2022), utiliza la técnica de psicoeducación de pensamientos irracionales, hechos versus interpretaciones posterior a la conceptualización y a la explicación del modelo ABC a la participante de su estudio.

		<p>hechos y las preferencias de las demandas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforzar psicoeducación en pensamientos irracionales (demandas versus preferencias, hechos versus interpretaciones). - <i>Actividad para casa:</i> Se le indica a la usuaria que realice un registro ABC de las demandas hacia sí misma. 		
Sesión VIII	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la identificación de los pensamientos irracionales e iniciar el debate de las demandas encontradas. - Promover la regulación emocional en la usuaria mediante la práctica de herramientas de gestión emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar actividad dejada: se revisa conjuntamente con la usuaria los pensamientos irracionales hacia sí misma encontrados por ella y la conexión con C (autoconsciencia). - Identificar y debatir los pensamientos irracionales de la usuaria (demandas hacia sí misma) a través del diálogo socrático, utilizando argumentos lógicos, empíricos y funcionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas de registro - Registro ABC. 	60 minutos

		<ul style="list-style-type: none"> - Ejecutar ejercicios de respiración abdominal (Onyedibe et al., 2020)⁵. - <i>Actividad para casa:</i> Ejecutar las herramientas de gestión emocional aprendidas frente a la emoción de ansiedad (ejercicio de respiración abdominal, relajación muscular progresiva y actividades de disfrute). Identificar con ayuda del cuadro ABC los pensamientos irracionales cuando se sienta ansiosa. 		
Sesión IX	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar la identificación de las demandas de la usuaria y generar su debate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar actividad dejada: se revisa conjuntamente con la usuaria las demandas (hacia los demás) encontradas. - Identificar y debatir pensamientos irracionales (demandas hacia los demás) a través del diálogo socrático 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas de registro - Registro ABC. 	70 minutos aproximadamente

⁵ En su intervención, Onyedibe et al, (2021) recalca que se puede recurrir a las herramientas conductuales para la gestión emocional cuando sea necesario; en su intervención, la relajación muscular progresiva (practicada en primeras sesiones) es practicada también en la sesión 10 y 11. En el trabajo presentado, la respiración abdominal es una de las herramientas utilizadas para la gestión emocional, esta herramienta conductual (practicada en las primeras sesiones) se utiliza también en la octava sesión.

		<ul style="list-style-type: none"> utilizando argumentos lógicos, empíricos y funcionales - Audioterapia: se graba el debate. - <u>Actividad para casa</u>: Hojas de registro ABC: se le pide a la usuaria que identifique y registre las demandas que tiene hacia los demás. Utilización de los audios de la confrontación durante la sesión (audioterapia) como práctica para casa: Se le pide a la usuaria que escuche el audio de la confrontación en sesión para que intente analizar por sí misma sus propios pensamientos irracionales. 		
Sesión X	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la identificación de las demandas de la usuaria y generar su debate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la actividad dejada: se revisa conjuntamente con la usuaria lo realizado en casa, qué argumentos utilizó, cuáles tuvieron más impacto, se refuerza y se señalan argumentos adicionales (lógicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas de registro - Celular (se utiliza para grabar el debate) 	65 minutos

		<p>y funcionales) para el debate de los pensamientos señalados por la usuaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Audioterapia, se realiza la grabación sobre el debate realizado con anterioridad. - <i>Actividad para casa:</i> Revisión de la grabación del debate durante sesión. Registro ABC de las demandas y debate 		
Sesión XI	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la identificación de las demandas de la usuaria y generar su debate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la actividad dejada: se revisa el registro de las demandas hacia el mundo y los argumentos que la usuaria utilizó y que generaron mayor impacto. - Identificación y debate de pensamientos irracionales a través del diálogo socrático asociadas a demandas hacia el mundo. - <i>Actividad para casa:</i> Audioterapia. Registro ABC utilizando un evento activador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas de registro - Celular (se utiliza para grabar el debate) 	60 minutos

Sesión XII	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar la identificación de las demandas de la usuaria y generar su debate. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la actividad dejada: se revisa y se ayuda a la usuaria con el debate de los pensamientos irracionales identificados por esta. - Audioterapia: se realiza la grabación sobre la actividad realizada en sesión. - <u>Actividad para casa:</u> Revisión en casa de la grabación del debate en sesión que servirá como ejemplo de debate. Se le pide a usuaria que realice un registro ABC sobre evento activador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folletos - Celular (se utiliza para grabar el debate) 	65 minutos
Sesión XIII	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsar la formulación de pensamientos racionales en la usuaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de tarea para casa: se revisa y se debate los pensamientos irracionales encontrados conjuntamente con la usuaria. - Psicoeducar a la usuaria en pensamientos racionales (reforzar lo previamente hablado sobre las preferencias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Celular (se utiliza para grabar el debate) - Hoja de registro 	60 minutos

		<ul style="list-style-type: none"> - Se elabora en conjunto con la usuaria, pensamientos alternativos, caracterizados por la flexibilidad y la lógica sobre las demandas que tenía. - <u>Actividad dejada para casa:</u> Revisar la grabación (audioterapia de la elaboración de los pensamientos alternativos formulados en sesión) para la formulación de sus propios pensamientos alternativos racionales frente a una situación activadora (registro ABC). 		
Sesión XIV	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar la formulación de los pensamientos racionales en la usuaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa la actividad dejada para casa: se evalúa con la usuaria los pensamientos alternativos racionales formulados por ella, se pregunta como llegó a esa conclusión, qué argumentos utilizó. - Identificación y confrontación de pensamientos irracionales y la formulación de pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> - Celular (se utiliza para grabar el debate) - Hoja de registro ABC. 	60 minutos

		<p>alternativos sobre demandas hacia los demás.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se utiliza la imaginación racional emotiva para que la usuaria observe el impacto de los pensamientos racionales y la conexión con la emoción (en comparación a las demandas) (Guizado, 2022)⁶. - <i>Actividad para casa:</i> Realizar un registro ABC de un evento activador con la formulación de pensamientos alternativos. 		
Sesión XV	<ul style="list-style-type: none"> - Promover en la usuaria la consciencia y ejecución de las estrategias aprendidas en el proceso terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar tarea para casa: se revisa conjuntamente con la usuaria los pensamientos alternativos formulados por ella y se observa la lógica y funcionalidad de los mismos. - Se utiliza el juego de roles como técnica de entrenamiento para el debate de pensamientos irracionales ante situaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro ABC. 	60 minutos

⁶ Guizado (2022), utiliza en la catorceava sesión y en posteriores la técnica de imaginación racional emotiva para enfatizar la relación e impacto de los pensamientos racionales en las emociones de su usuaria de estudio.

		<p>generadoras de ansiedad y formular el pensamiento alternativo (Nassar, 2022)⁷.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se utiliza la técnica de imaginación racional emotiva para visibilizar los avances a nivel emocional y conductual por parte de la usuaria. - <u>Actividad para casa:</u> Se le pide a la usuaria que elabore un cuadro ABC de una evento activador con pensamientos racionales alternativos, sus consecuencias emocionales y conductuales. 		
Sesión XVI	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar en la usuaria la consciencia y ejecución de las estrategias aprendidas en el proceso terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de la tarea dejada: se evalúa conjuntamente con la usuaria los pensamientos racionales propuestos ella en su actividad a través de diálogo socrático y se observa la consecuencia emocional y conductual de esta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas - Lápiz 	60 minutos

⁷ Nassar (2022), utiliza la técnica de role playing en sus últimas sesiones como parte de sus técnicas para debatir las exigencias de su usuaria de estudio.

		<ul style="list-style-type: none"> - A través del diálogo socrático se evalúan las ventajas y desventajas de las respuestas conductuales ejercidas y sus consecuencias. - <u>Actividad para casa:</u> Se le pide a la usuaria que registre en un cuadro ABC una situación activadora y que registre alternativas de pensamiento racional con su consecuencia emocional y conductual. 		
Sesión XVII	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar el desarrollo de pensamientos racionales en la usuaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa tarea dejada para casa: se evalúan en conjunto las alternativas de pensamiento (racional) realizadas por la usuaria con sus respectivas consecuencias emocionales y conductuales. - Se utiliza el juego de roles ante situaciones actuales generadoras de ansiedad: la misma usuaria identifica y debate sus propios pensamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de registro ABC. 	60 minutos

Sesión XVIII	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar en la usuaria la autoconsciencia y ejecución de las estrategias aprendidas. - Evaluar la diferencia entre el inicio y el final de la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se compara el ABC inicial con el ABC actual. - Se refuerzan las herramientas aprendidas a nivel cognitivo, emocional y conductual (se le pregunta a la usuaria por las diferencias para que se realice el cambio). - Se aplica TD y la lista de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de registro ABC. - Protocolo de prueba. 	60 minutos
--------------	--	--	---	------------

3.2.6. Consideraciones éticas

En cuanto a los principios éticos considerados para este estudio se tiene los siguiente:

En cuanto al principio de autonomía, se respetó la independencia de la usuaria en la participación voluntaria del proceso expuesto en este trabajo.

En cuanto al principio de beneficencia, el objetivo de la intervención realizada está enfocada en el alivio del malestar o angustia emocional de la usuaria, consecuentemente, ello contribuirá en la salud mental y el bienestar emocional de la usuaria y su entorno.

En cuanto al principio de justicia, se garantiza el cumplimiento de este fundamento en el trato igualitario e indiscriminado de la usuaria, recibiendo un trato digno y de respeto.

En cuanto al principio de no malificencia, se certifica la evaluación de los posibles daños que la usuaria puedan sufrir. Por ello, se garantiza que los instrumentos administrados y la intervención implementada en este estudio han sido utilizada en poblaciones similares a esta, donde no se han detallado daños o perjuicios.

Finalmente, es importante mencionar que toda información brindada por la usuaria será tratada con la respectiva confidencialidad del caso, evitando brindar o detallar información que permita identificar a la usuaria o a la entidad donde se realizó el estudio. La información obtenida será utilizada con fines netamente educativos.

3.2.7. Indicadores de logro

En el área cognitiva, se evidencia:

- Transformar las demandas hacia sí misma por preferencias.
- Transformar las demandas hacia los demás por preferencias.
- Transformar las demandas hacia el mundo por preferencias.

En cuanto al área emocional, se describe:

- Disminución significativa de la intensidad emocional de la ansiedad.

En el área conductual, la usuaria registra:

- Disminución significativa de la conducta desadaptativa de gritar.
- Disminución significativa de la conducta desadaptativa de aislamiento social.

3.2.8. Monitoreo y evaluación de la intervención

En cuanto al ámbito cognitivo, se utiliza el registro ABC como técnica de monitoreo ya que te permite identificar la A: situación generadora de malestar emocional, la B: creencias asociadas a esta (evaluaciones y creencias irracionales) y C: las emociones y las conductas asociadas a esta. De esta manera se puede observar como la usuaria identifica sus propias creencias irracionales y formula pensamientos racionales frente a las mismas situaciones, observando así las diferencias entre pensamientos. Asimismo, los registros ABC dejados para casa, permiten observar los avances de la usuaria, en estos se le pide a la usuaria que registre sus pensamientos, emociones y conductas frente a una situación generadora de malestar, permiten visibilizar la identificación que realiza la usuaria sobre sus

demandas hacia sí misma, hacia los demás y hacia el mundo; como realiza el debate de creencias irracionales a través de su propio diálogo socrático, la evaluación lógica y el análisis de consecuencias que ha realizado y como formula sus propios pensamientos racionales, estas tareas se revisan en cada sesión para registrar los avances que está teniendo, observando las diferencias en comparación a los ABC iniciales.

En cuanto al monitoreo asociado al ámbito emocional, se utilizó el termómetro emocional con la finalidad de identificar la intensidad de la emoción de ansiedad a lo largo de toda la intervención. Se le pregunta a la usuaria: *del 0 al 10, ¿cuánta ansiedad sientes?*

En cuanto al ámbito conductual, se utilizan las hojas de registro conductual como técnica monitoreo, ya que te permite medir cuantas veces la usuaria repite la conducta de gritar y de aislarse socialmente a la semana, observando así su aumento o disminución.

En cuanto a la evaluación de la intervención, se utilizó la entrevista semiestructurada, el cuadro ABC y el termómetro del distrés y la lista de problemas (TD). Se realizó una entrevista semi-estructurada a la usuaria, haciendo uso de varias de las preguntas utilizadas en la entrevista semi-estructurada inicial, con ello, se buscaba identificar los logros alcanzados por parte de la usuaria asociado a los objetivos planteados. Asimismo, se compara el ABC inicial (creencias irracionales, ansiedad de intensidad elevada y las conductas desadaptativas) de la usuaria con el ABC final (creencias racionales, ansiedad de intensidad leve y las conductas adaptativas) en este se puede evidenciar el cambio de creencias, la disminución de la emoción de ansiedad y la disminución de la conducta de gritar y de aislarse

socialmente. Finalmente, se administró el termómetro del distrés y la lista de problemas como parte del método de evaluación para identificar la diferencia desde el inicio de la intervención hasta el final de esta.

Capítulo IV: Resultados

4.1. Resultados

4.1.1. Descripción de los resultados hallados

En el ámbito cognitivo, se puede apreciar en la Tabla 5 las múltiples creencias irracionales de la usuaria expresadas en demandas hacia sí misma, hacia los demás y hacia el mundo. Se evidencia una mayor presencia de demandas hacia los demás, seguido de demandas hacia sí misma y finalmente demandas hacia el mundo.

Tabla 5

Demandas de la usuaria

Demandas hacia sí misma	Demandas hacia los demás	Demandas hacia el mundo
<i>“Tengo que estar bien por mi enfermedad”</i> <i>“Yo no me puedo estresar por mi enfermedad”</i> <i>“Yo debo de estar bien”</i>	<i>“Ella debería de hacerme caso y hacer lo que yo digo”</i> <i>“Mi hermana debe de ayudarme porque yo estoy enferma”</i> <i>“Mi hermana tiene que poner más de su parte”</i> <i>“Mi mamá no tiene que por que contradecirme”.</i> <i>“Si yo le digo que tienda la cama lo tiene que hacer”</i> <i>“Si yo le mando a hacer algo, lo debe de hacer en ese momento”</i> <i>“Yo sé lo que es mejor, por eso</i>	<i>“Yo planifico las cosas y tienen que ser así, porque así están bien”</i>

*tienen que hacerlo
de esa manera*

En cuanto al primer indicador del ámbito cognitivo, en la Tabla 6, se observa en la primera columna las creencias irracionales expresadas en demandas hacia sí misma de la usuaria y en la segunda columna se describen las creencias racionales expresadas en preferencias o deseos hacia sí misma. Para la obtención de este resultado, se utilizó la psicoeducación asociada al reconocimiento de pensamientos irracionales, específicamente de las demandas y los pensamientos racionales, así como al uso de la técnica de reestructuración cognitiva que permite evidenciar la poca funcionalidad, la falta de lógica y evidencia de las demandas de la usuaria y permite a su vez la formulación de creencias racionales expresadas en preferencias o deseos basadas en la lógica, evidencia y la funcionalidad.

Tabla 6

Demandas hacia sí misma versus preferencias

Demandas hacia sí misma	Preferencias
<i>“Tengo que estar bien por mi enfermedad”</i>	<i>“Me gustaría estar bien la mayoría del tiempo, si me siento un poco ansiosa es normal, no significa que me voy a enfermar más”</i>
<i>“Yo no me puedo estresar por mi enfermedad”</i>	<i>“Es imposible estar bien todo el tiempo, no se puede, me he sentido ansiosa y no es que mi tratamiento haya dejado de funcionar”</i>
<i>“Yo debo de estar bien”</i>	<i>“Entiendo que es imposible estar bien todo el tiempo, a veces me voy a sentir mal, triste, tensa o angustiada y eso es así, es parte de y no dura para siempre”</i>

En cuanto al segundo indicador del ámbito cognitivo, en la Tabla 7, se observa en la primera columna las creencias irracionales expresadas en demandas hacia los demás de la usuaria y en la segunda columna se describen las creencias racionales expresadas en preferencias o deseos. Se obtuvo este resultado al impartir en la usuaria los conceptos asociados a las demandas y los pensamientos racionales, así como el uso de la técnica de reestructuración cognitiva o el debate de creencias que permite un análisis lógico y empírico de las demandas que tiene la usuaria sobre los demás (hija menor, madre y hermana) y permite a su vez la formulación de creencias racionales basadas en la evidencia y la lógica. Asimismo, se utilizó la imaginación racional emotiva, los autorregistros ABC y la audioterapia para la identificación de las demandas hacia los demás, para el debate de estas y la formulación de las preferencias.

Tabla 7

Demandas hacia los demás vs preferencias

Demandas hacia los demás	Preferencias
<i>“Ella debería de hacerme caso y hacer lo que yo digo”</i>	<i>“Me gustaría que mi hija me hiciera caso en todo lo que le digo, pero eso es imposible, aunque me fastidie, entiendo que no depende de mí”</i>
<i>“Mi hermana debe de ayudarme porque yo estoy enferma”</i>	<i>“Me agradecería que me ayude cada vez que se lo pido, pero entiendo que no es así”</i>
<i>“Mi hermana tiene que poner más de su parte”</i>	<i>“No todos van a actuar como yo lo haría, cada uno es distinto”</i>
<i>“Mi mamá no tiene que por que contradecirme”</i>	<i>“Me gustaría que mi mamá no se meta cuando estoy hablando con mis hijas, pero ella es así, no la puedo cambiar”</i>
<i>“Si yo le digo que tienda la cama lo tiene que hacer”</i>	<i>“El que yo le dé una indicación a mi hija y que no lo haga en ese</i>

<i>debe de hacer en ese momento”</i>	<i>momento, no significa que no lo vaya a hacer”</i>
<i>“Yo sé lo que es mejor, por eso tienen que hacerlo de esa manera”</i>	<i>“Me gustaría que mi hija haga lo que le digo cuando se lo digo, pero entiendo que esté ocupada”</i>
	<i>“Me gustaría que lo hagan a mi manera porque a mí me ha resultado bien, pero eso no significa que ellos lo tengan que hacer igual, somos distintos”</i>

En cuanto al tercer indicador del ámbito cognitivo, en la Tabla 8, se observa en la primera columna las creencias irracionales expresadas en demandas hacia el mundo que tiene la usuaria y en la segunda columna se describen las creencias racionales expresadas en preferencias o deseos. Este resultado se obtuvo debido a la psicoeducación de pensamientos irracionales y pensamientos racionales brindada a la usuaria y al uso de la técnica de reestructuración cognitiva o el debate de creencias que evidencia la falta de lógica y funcionalidad de las demandas hacia el mundo de la usuaria y permite a su vez la formulación de creencias racionales basadas en la evidencia y la lógica. Se emplearon además el juego de roles, los registros ABC y la audioterapia como reforzamiento para la identificación de demandas, para el debate de estas y la formulación de preferencias.

Tabla 8

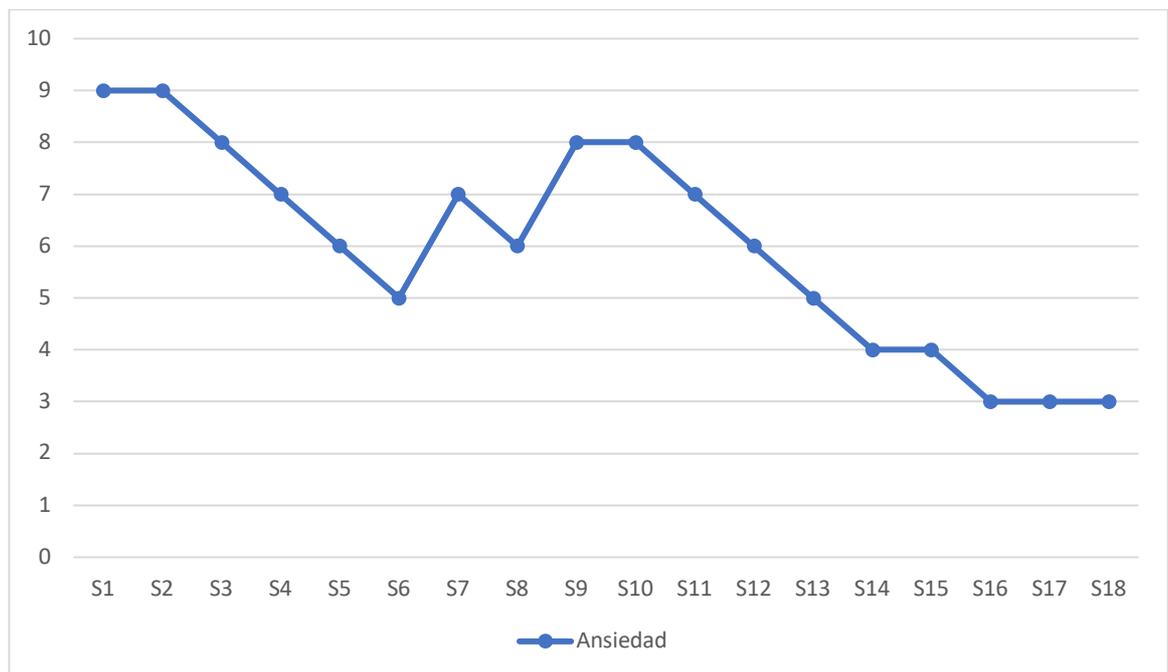
Demandas hacia el mundo versus preferencias

<i>Demandas hacia el mundo</i>	<i>Preferencias</i>
<i>“Yo planifico las cosas y tienen que ser así, porque así están bien”</i>	<i>“Desearía que las cosas fueran como yo quiero, pero sé que las cosas no serán así siempre”</i>

En cuanto al ámbito emocional, en la Figura 7, se puede observar una disminución significativa de la intensidad emocional de ansiedad a lo largo del proceso de intervención. La ansiedad reportada por la usuaria en la Sesión 1 puntúa en un nivel de 9 y concluye en la Sesión 18 con un nivel de 3. Este resultado se obtuvo posterior a la intervención en psico-educación emocional asociado a la ansiedad enfatizando su identificación y la fisiología relacionada a esta; y la ejecución de los ejercicios de respiración abdominal y relajación muscular progresiva durante las sesiones y la práctica de estas en casa por parte de la usuaria permitiendo su disminución.

Figura 7

Registro emocional de la ansiedad durante sesiones

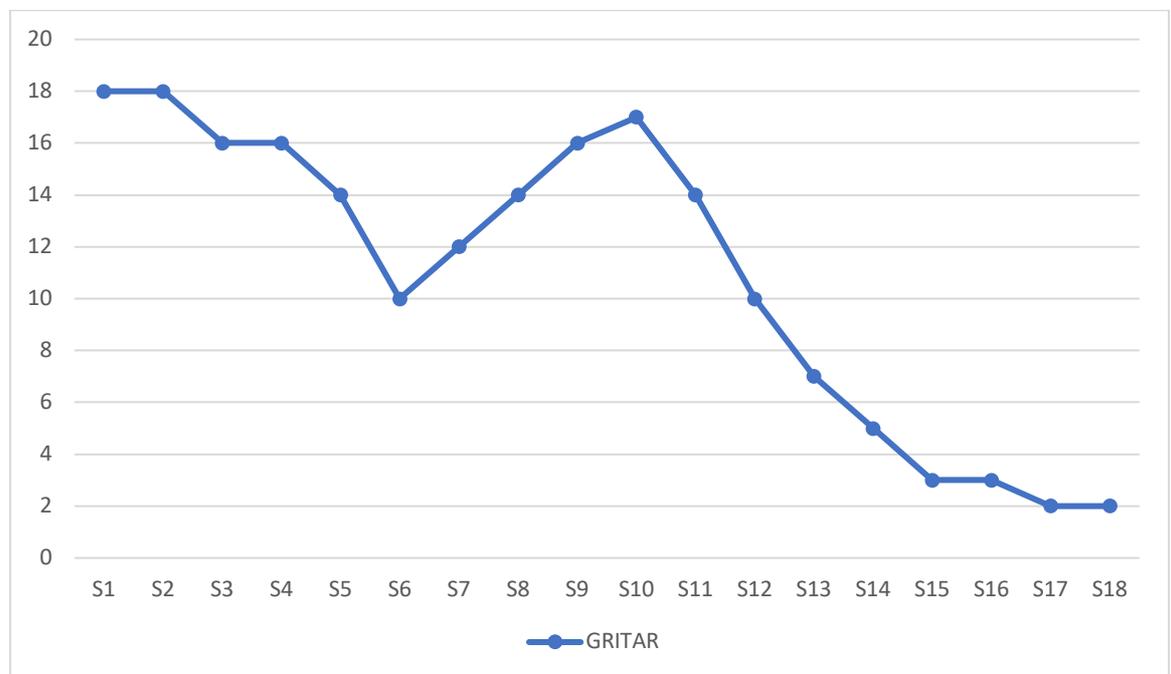


En cuanto al ámbito conductual, en la Figura 8, se observa los resultados asociados al indicador relacionado a la disminución significativa de la conducta desadaptativa de gritar. Este resultado se obtuvo debido al entrenamiento de

solución de problemas, donde se pone en evidencia los pros y los contras de la conducta desadaptativa de gritar. Del mismo modo, el realizar una lista de actividades de disfrute, permite a la usuaria tener opciones de conductas más adaptativas y ejecutarlas en remplazo de la conducta de gritar. Asimismo, al presentar pensamientos racionales y una menor ansiedad, la usuaria presenta menor probabilidad de ejecutar la conducta desadaptativa de gritar.

Figura 8

Registro conductual de la conducta desadaptativa de gritar durante sesiones



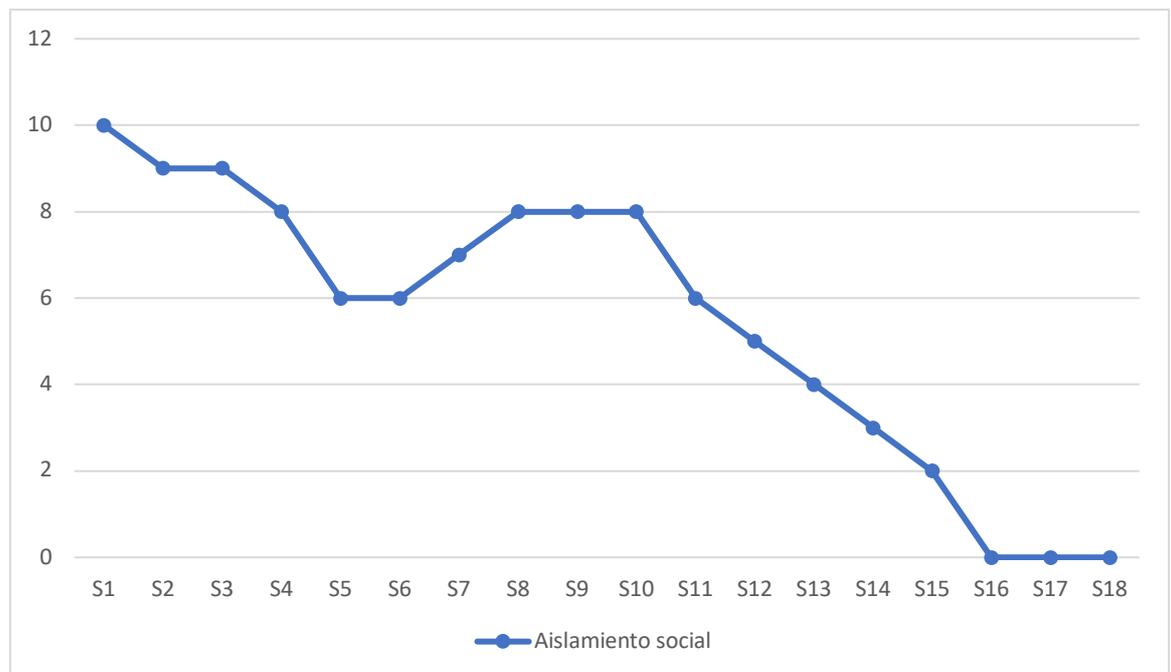
Nota. En la parte inferior de la figura, se observa el número de sesiones mientras que, en la columna de la izquierda, se puede visualizar la cantidad de veces que la usuaria realizaba la conducta de gritar a la semana.

En cuanto al ámbito conductual, en la Figura 9, se observa los resultados asociados al indicador relacionado a la disminución significativa de la conducta desadaptativa de aislamiento social. Este resultado se obtuvo debido al entrenamiento de solución de problemas, donde se pone en evidencia los pros y los

contras de la conducta desadaptativa de aislamiento social. Del mismo modo, el realizar una lista de actividades de disfrute, permite a la usuaria tener opciones de conductas más adaptativas y ejecutarlas en remplazo de la conducta de aislarse socialmente, como el llamar a un amigo o dar un paseo en el parque. Asimismo, el formular pensamiento racionales y presentar menor ansiedad disminuye la probabilidad de que se presente la conducta desadaptativa de gritar.

Figura 9

Registro conductual de la conducta desadaptativa de aislamiento social durante sesiones



Nota. En la parte inferior de la figura, se observa el número de sesiones mientras que, en la columna de la izquierda, se puede visualizar la cantidad de veces que la usuaria ejercía la conducta de aislarse a la semana.

En la Tabla 9 se puede observar en la primera columna “A” el evento adverso o situación activadora de la usuaria, frente a esta situación, en la segunda columna, se describen los “B” pensamientos irracionales (evaluaciones y creencia

irracional) encontrados en un inicio y en la tercera columna “C” se describe la intensidad de la emoción y las conductas disfuncionales. En la cuarta columna, “D”, se observa los pensamientos racionales alternativos (a los pensamientos irracionales iniciales) posterior a la reestructuración cognitiva utilizando argumentos lógicos, funcionales y empíricos y; en la quinta columna “E”, se detalla la intensidad de la emoción de ansiedad disminuida (ahora de 3) y las conductas funcionales derivadas del cambio cognitivo de la usuaria evidenciando así un cambio a nivel cognitivo, emocional y conductual. Este resultado se obtuvo gracias a la confrontación de pensamientos irracionales, así como la práctica de estrategias emocionales y conductuales.

Tabla 9

Comparación del pensamiento, emoción y conductas iniciales y posteriores al tratamiento

A	B	C	E	F
Situación: Mi hija pasa más tiempo con su hermana y ya no me hace caso como antes.	<i>“Yo planifico las cosas y tienen que ser así, porque así están bien”</i>	Ansiedad (9)	<i>“Desearía que las cosas fueran como yo quiero, pero sé que las cosas no serán así siempre”</i>	<i>Ansiedad (3)</i>
“Sería terrible, va a ser como su hermana”	<i>“Ella debería de hacerme caso y hacer lo que yo digo”</i>	Llorar Dolor de cabeza. Dolor en el pecho. Agitación. Tensión muscular.	<i>“Me gustaría que mi hija me hiciera caso en todo lo que le digo, pero eso es imposible, aunque me fastidie, entiendo que no depende de mí”</i>	<i>Conversar Llamar a un amigo Salir a caminar Salir con su pareja.</i>
“Tengo que estar bien por mi enfermedad”	<i>“Yo debo de estar bien”</i>	Aumento del apetito Gritar Aislamiento social		
“No me hacen	<i>“Es horrible estar así”</i> <i>“Es horrible que las cosas no sean de esta manera”</i>			

caso...todos

“Entiendo que es imposible estar bien todo el tiempo, a veces me voy a sentir mal, triste, tensa o angustiada y eso es así, es parte de y no dura para siempre”

“No es cómodo sentirse así, pero puedo tolerarlo”

“Es complicado cuando las cosas no son como lo deseas, pero puedo soportarlo”

Nota. A es el evento adverso, B es el sistema de creencias, C son las consecuencias emocionales y conductuales, E son las creencias alternativas racionales y F es el cambio emocional y conductual.

4.1.2. Análisis de resultados

En cuanto al análisis de los resultados obtenidos, el objetivo principal de intervención se alcanzó; es decir, la usuaria presenta una disminución del nivel de ansiedad y las conductas disfuncionales mediante la restructuración de los pensamientos irracionales presentes en ella evidenciado en la comparación de los registros ABC utilizados durante las sesiones y dejados como actividad para casa

para su posterior revisión. Este hallazgo, concuerda con lo expuesto por DiGiuseppe et al. (2014), quienes manifiestan que una emoción no saludable como la ansiedad y una conducta disfuncional como el gritar y el aislamiento social responden a creencias irracionales; por tanto, el cambio de estas creencias irracionales por unas creencias racionales, generará un cambio a nivel emocional y conductual. Asimismo, los resultados obtenidos, se asemejan a lo encontrado por Martínez (2018), quien al realizar una intervención bajo el enfoque TREC en cuidadores de pacientes oncológicos con ansiedad y burnout, logra disminuir su nivel de ansiedad y burnout al utilizar como técnicas de intervención la psicoeducación en el modelo ABC de Ellis, la reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, respiración profunda, relajación muscular progresiva y, tareas para casa; mismas técnicas utilizadas en la intervención presentada en este trabajo.

En cuanto al primer objetivo específico, se logró la reestructuración de los pensamientos irracionales sustentados en los deberías (hacia el mundo, hacia los demás y hacia sí misma) de la usuaria ya que posterior a la intervención, la usuaria logró identificar, debatir sus creencias irracionales, así como formular sus propios pensamientos racionales en su reemplazo. Este logro se obtuvo al hacer uso de técnicas psicoeducativas que le permiten a la usuaria identificar y diferenciar los pensamientos racionales de los irracionales, hechos de interpretaciones, demandas de preferencias; el uso de la reestructuración cognitiva de los pensamientos irracionales identificados, el registro ABC, juego de roles y tareas para casa; y se corroboró con los registros ABC utilizados en sesión y dejados como actividad para casa para su posterior revisión. Este hallazgo se asemeja a lo encontrado por Nassar

(2022), quien hace uso de técnicas psicoeducativas del pensamiento racional e irracional, del debate de creencias, registros ABC y tareas para casa para identificar y reemplazar las creencias irracionales por racionales de su usuario con ansiedad. Por otra parte, Llamo (2022), realiza una intervención cognitivo conductual hacia una usuaria con depresión, implementando el uso de la reestructuración cognitiva de las creencias irracionales a través del debate socrático, funcional, didáctico, metafórico y humorístico logrando que la usuaria formule pensamientos racionales los cuales a su vez, aminoraron sus reacciones emocionales. En el ámbito oncológico, los resultados obtenidos se asemejan a lo encontrado por Moyano et al. (2019), quienes evidencian la efectividad de la reestructuración cognitiva en la disminución de la sintomatología ansiosa; o lo hallado por Chilatra et al. (2021), quienes utilizaron la reestructuración cognitiva como técnica de intervención en usuarios oncológicos con sintomatología depresiva evidenciando la disminución de su malestar. De esta manera, se evidencia la efectividad de la reestructuración cognitiva en diversos casos además de su efecto en la disminución de reacciones emocionales no saludables.

En cuanto al segundo objetivo específico asociado al ámbito emocional, la usuaria logró disminuir los niveles de ansiedad. Inicialmente, la usuaria presentaba una ansiedad de 9 puntos y, posterior a la intervención, la usuaria manifestaba una ansiedad de 2 puntos evidenciando así un cambio significativo. Este resultado derivó de la implementación de la psicoeducación sobre la ansiedad, así como la práctica de los ejercicios de respiración, la relajación muscular de Jacobson y el cambio a nivel cognitivo reemplazando sus demandas por preferencias. Este hallazgo se asemeja a lo encontrado por Llamo (2022) quien en su estudio de caso

utilizó la psicoeducación sobre la ansiedad así como la práctica de los ejercicios de respiración y relajación muscular de Jacobson para la disminución del nivel de ansiedad que presentaba su usuaria. Resultados similares encontró Guizado (2022), quien utilizó el enfoque TREC en un caso de ansiedad, utilizando la reestructuración cognitiva de creencias irracionales, la relajación muscular de Jacobson, la respiración abdominal y la respiración profunda para la disminución de la ansiedad. Es importante mencionar que MacLaren et al., (2020) manifiestan que el cambio a nivel cognitivo, permitirá un cambio a nivel emocional, sustentando así los resultados obtenidos.

En cuanto al tercer objetivo específico enfocado en promover el autocontrol y manejo de conductas desadaptativas de aislamiento y gritarle a los demás de la usuaria, se concluye su logro debido a la disminución de ambas conductas al finalizar la intervención. Este hallazgo se produce ante el cambio cognitivo y emocional en la usuaria al presentar creencias racionales expresadas en preferencias y una disminución de la ansiedad, además del uso la técnica del entrenamiento en solución de problemas y las actividades de disfrute. Estos resultados se ajustan a lo postulado por MacLaren et al., (2020), quienes manifiestan que la modificación de uno de los componentes del sistema integrado de la TREC significará un cambio en los otros dos, como en este caso. Además, una conducta desadaptativa se asocia a creencias irracionales, por tanto, el cambio de las creencias irracionales por racionales significará la ejecución de conductas adaptativas tales como presenta la usuaria al finalizar la intervención (Lega et al., 2017).

En el ámbito oncológico, los resultados obtenidos a su vez se asemejan a los hallazgos encontrados por Onyedibe et al. (2020), Sheikhzadeh, et al. (2021),

Onyechi et al., (2016) donde se utilizó un enfoque de intervención cognitivo conductual en usuarios oncológicos con sintomatología ansiosa y depresiva observando la disminución de la sintomatología ansiosa, depresiva, la fatiga y angustia psicológica. Es importante aclarar que dichas intervenciones contaron con el uso de técnicas como la psico-educación, la reestructuración cognitiva, las técnicas de respiración y relajación, imaginería guiada, juego de roles, entre otros; muchas de ellas utilizadas en la intervención presentada (Onyedibe et al., 2020; Sheikhzadeh et al., 2021; Onyechi et al., 2016; Nassar, 2022; Lanza, 2018; Guizado, 2022).

4.2. Reflexión de la experiencia

4.2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

No se tienen datos psicométricos post test asociados a la medición de la ansiedad y la depresión. En este sentido, no se aplicó posterior a la intervención el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ni el Inventario de Depresión de Beck versión II (BDI-II).

4.2.2. Impacto en la institución con los resultados hallados.

La intervención realizada y los resultados obtenidos responden a la misión del Instituto de salud especializado orientado a la atención integral del usuario oncológico. Asimismo, la efectividad de la intervención queda como registro para la Instituto de salud especializado de la necesidad presente en su población y la importancia del cuidado de su salud mental. La población oncológica al ser considerada población vulnerable necesita de una intervención integral, donde la

atención de la salud mental sea parte prioritaria de los programas de atención. Desde esta perspectiva, la intervención brindada a la usuaria visibiliza una problemática y refuerza la necesidad del cuidado de la salud mental de esta población, así como evidencia el alivio del malestar emocional posterior a la intervención.

En cuanto al impacto asociado a la usuaria, la intervención genera en ella un cambio a nivel cognitivo, al disminuir sus demandas y generar en su reemplazo preferencias; un cambio a nivel emocional, disminuyendo su nivel de ansiedad; y un cambio a nivel conductual, disminuyendo sus conductas desadaptativas, generando otras más funcionales que la ayuden a conseguir sus metas. Finalmente, la usuaria incorpora diversas estrategias y herramientas para lidiar y enfrentar diversos escenarios y situaciones complejas, facilitando su adaptación al entorno, contribuyendo a su bienestar y desarrollo.

4.2.3. Aporte en el área psicológica y en el contexto

En cuanto al aporte realizado a la Psicología Clínica, la intervención ejecutada presenta evidencia de la efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual en una usuaria con sintomatología ansiosa depresiva. Asimismo, este estudio representa una fuente de información para futuras investigaciones de la práctica clínica asociadas al campo psico-oncológico o estudios de caso similares al presentado.

En cuanto al aporte asociado a la Institución, el caso presentado se registra en la biblioteca digital del servicio de Psicología con la finalidad de conservar diversos modelos o guías de intervención para futuros internos del servicio. Esta biblioteca, contiene todos los casos presentados durante el periodo de internado; en

este se puede visualizar diversos enfoques de intervención en diversos casos. Cada documento contiene la historia clínica del usuario atendido, la evaluación realizada para el caso, el diagnóstico diferencial y el diagnóstico presuntivo final. Asimismo, en este documento se detalla la intervención realizada, los objetivos propuestos, el cronograma de las sesiones a detalle, las técnicas utilizadas y el resultado de la intervención. Además, se describen las consideraciones futuras y la bibliografía utilizada para el desarrollo del caso. Por tanto, al ser un documento completo, sirve de guía para futuras intervenciones, el interno a criterio puede utilizar las evaluaciones utilizadas, técnica de intervención o pueden profundizar en la bibliografía señalada. Del mismo modo, el número de intervenciones realizadas se registra en el estadístico de atención del servicio de Psicología, indicador cuantificable del trabajo realizado por el departamento de Salud Mental, validando el aporte al instituto de salud especializado.

Finalmente, en cuanto al aporte enfocado en el contexto de la usuaria, el cambio suscitado representa una mejora de los vínculos familiares y sociales que mantiene la usuaria, aumenta la probabilidad de generar nuevos vínculos sociales y disminuye la probabilidad de conflicto.

4.2.4. Demandas profesionales requeridas

Durante todo el proceso de intervención, se desarrollaron y potenciaron diversas habilidades y competencias terapéuticas necesarias para cubrir las necesidades y demandas que el caso presentaba.

Dentro de las habilidades y competencias terapéuticas que se desarrollaron, se tienen:

La habilidad de pensamiento analítico y sistémico fueron una de las competencias desarrolladas. Esta habilidad me permitió identificar información o aspectos clave descritos por la usuaria que daban forma y/o mantenían la problemática descrita por ella como por ejemplo temporalidad del problema, aspectos cognitivos, emocionales y conductuales involucrados en su mantenimiento, entre otros. Así como prestar atención al entorno y/o contexto que intervenía en el problema.

Otra competencia que se desarrolló durante este proceso fue la autoaceptación, lo que significó comprender que cada ser humano tiene su propio proceso y que no necesariamente la sesión planificada se iba a llevar a cabo como se había pensado inicialmente, ya que esto va a depender también de cómo se encuentra la usuaria en el momento de la intervención, si viene con un objetivo en específico, si lo que se está explicando o el mensaje que se desea transmitir no ha llegado del todo y se necesita reforzar por ejemplo la conexión B-C. Ante estas situaciones, se realiza un análisis y se identifican los factores asociados a dicho resultado, planteando así los siguientes pasos en la intervención. Asimismo, parte del desarrollo de esta competencia consistió en pedirle un feed-back a la usuaria, permitiendo conocer su perspectiva y el análisis propio de la intervención que se está llevando a cabo.

Dentro de las habilidades y competencias terapéuticas que se potenciaron, se tienen:

Una competencia que se potenció durante el proceso de intervención fue la habilidad comunicativa. Esta habilidad resultó fundamental al momento de brindar un mensaje o información a la usuaria, en este sentido se priorizó utilizar un

lenguaje verbal claro y sencillo, estando atenta a las expresiones faciales, gestos y la postura que se mantenía frente a la usuaria.

Otra habilidad que se pulió más en el proceso de intervención fue la capacidad para generar aprendizaje y cambio en el otro. Esta habilidad se puso en práctica al momento de brindar la psicoeducación a la usuaria en el modelo ABC, diferenciar los pensamientos racionales e irracionales, las demandas de las preferencias. Específicamente, esta habilidad se perfeccionó al momento del debate de creencias ya que al pretender estimular el análisis y reflexión en la usuaria se requirió del uso de preguntas y cuestionamientos que cada vez fueron más específicos.

Se entrenó más la capacidad de investigación, ello se reflejó al buscar información que fuera de utilidad en el proceso de intervención. Por ello, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la población oncológica y los factores asociados a la salud mental de esta. Del mismo modo, se recibieron capacitaciones y seminarios sobre la salud mental de la población oncológica y la intervención en casos específicos, lo que permitió tener una mejor perspectiva y realizar un mejor análisis del caso.

Por otro lado, se afinó la competencia de la proactividad, ello se vio reflejado al tener un plan de tratamiento, además de anticiparme a posibles necesidades de la usuaria por lo que se realizaron consultas a diversos psicólogos del servicio para indagar en técnicas de intervención permitiéndome tener un plan de acción ante estos posibles escenarios.

Asimismo, se perfiló la prudencia al momento de proponer la intervención, en especial, al momento de validar la historia de vida de la usuaria y realizar la

reestructuración cognitiva. Es decir, escuchar sin juzgar su sistema de creencias y ser empáticos al momento de confrontar los pensamientos irracionales identificados. Asimismo, las propuestas brindadas durante el proceso terapéutico (las técnicas empleadas) deben de ser diferentes a los mecanismos ya utilizados por la usuaria dado que no sería prudente ofrecerle una alternativa que ya utilizó y no funcionó. En este proceso, dicha competencia se fue afinando y manejando de mejor manera.

Dentro de las técnicas de intervención, se afinó la técnica de reestructuración cognitiva, específicamente de la formulación de preguntas clave o preguntas poderosas que generan reflexión en la usuaria para que evalúe la funcionalidad de cada una de las creencias irracionales trabajadas. Este proceso fue una oportunidad para agilizar dicho razonamiento, lo que me permitió además brindar una mejor intervención. Asimismo, el manejo del tiempo fue un aspecto que se perfeccionó, así como la directividad al momento de guiarla en el proceso de intervención, sin generar alguna incomodidad en la usuaria.

4.2.5. Autoevaluación y autocrítica

La intervención presentada tuvo lugar en el periodo de prácticas preprofesionales. Frente a este escenario, considero que se pusieron en práctica todos los conocimientos, competencias y habilidades que se tenía hasta entonces. Este proceso permitió adquirir mayor conocimiento y manejo del espacio terapéutico. Asimismo, fue importante contar con la orientación y supervisión de psicólogos que contribuyeron al proceso brindado.

En cuanto a las propuestas de mejora en la evaluación, se resalta la importancia de considerar las perturbaciones secundarias presentes en la usuaria en la conceptualización. La TREC señala la importancia de indagar las posibles meta perturbaciones existentes en el individuo al momento de explorar la perturbación emocional (Lega et al., 2017; Dryden, 2021). Asimismo, se señala la importancia de iniciar el abordaje en la perturbación secundaria y, posteriormente, centrarnos en la perturbación primaria para una mayor probabilidad de éxito al evitar que el individuo se distraiga en la perturbación secundaria (Lega et al., 2017; MacLaren et al., 2020). En la intervención presentada, el pensamiento irracional expuesto por la usuaria “*yo debo de estar bien*”, representa una perturbación secundaria; este pensamiento evaluativo generaba en la usuaria ansiedad, por lo que la usuaria sentía ansiedad por sentir ansiedad; por ende, debió de conceptualizarse de tal manera. En el abordaje presentado, a pesar de ser la primera demanda abordada, este pensamiento evaluativo fue ubicado como una demanda más dentro de la perturbación emocional inicial, no como un B secundaria. A pesar de ello, en la intervención se alcanzaron los objetivos propuestos.

Otra propuesta de mejora en la fase de evaluación es tomar mayor consideración de los factores de riesgo en el desarrollo de la sintomatología ansiosa-depresiva con la finalidad de incluir en el abordaje el desarrollo de más recursos y factores protectores en la usuaria para hacer frente a los factores de riesgo.

En cuanto a las propuestas de mejora en la intervención, se resalta la importancia de brindar mayores herramientas para la gestión emocional en la usuaria como la técnica de respiración profunda, utilizada por Guizado (2022); la meditación, utilizada por Nassar (2022) o el trabajo en imaginación (Onyechi et al.,

2016). Asimismo, otras herramientas que favorecen autorregulación son los ejercicios de respiración 4-7-8, la respiración de yoga, la respiración con labios fruncidos, el escaneo corporal para la relajación muscular, la visualización guiada, entre otras (Rhoton y Gentry, 2021). Todos estos ejercicios generarán una respuesta de relajación en los músculos de nuestro cuerpo, desacelerando el ritmo cardiaco, así como nuestra respiración si estamos agitados (como sucede cuando sentimos ansiedad), en esos casos estos ejercicios resultan útiles ante la activación fisiológica.

Otra propuesta de mejora en el proceso de intervención está enfocada en la implementación del humor como estilo adicional de debate. Para la TREC es importante implementar técnicas humorísticas como aforismos, exageraciones o paradojas como complemento al debate cognitivo empleado ya que ayuda a quitar el dramatismo a algunos pensamientos irracionales de manera razonable (Ángeles et al., 2012). En esta intervención, se realizó el debate de creencias irracionales a través de argumentos lógicos, empíricos y funcionales, con estos se logró realizar el cambio de creencias; sin embargo, este estilo también sería de gran utilidad. Adicionalmente, se consideraría importante el entrenamiento en asertividad para una mejor comunicación de deseos, emociones y opiniones de la usuaria y, para minimizar conflictos (Lega et al., 2017). Esta herramienta fue utilizada por Onyendibe et al. (2020) o Onyechi et al. (2016) en sus respectivas intervenciones en casos de ansiedad.

En cuanto a los logros obtenidos, se señala el alcance de los objetivos propuestos en el proceso de intervención, general y secundarios. La usuaria logró disminuir su nivel de ansiedad y las conductas disfuncionales mediante la

reestructuración de los pensamientos irracionales presentes en ella. Este logro se obtuvo al utilizar técnicas cognitivas, emocionales y conductuales que permitieron generar este cambio. Este proceso permitió a su vez pulir técnicas de evaluación y de intervención, así como el desarrollo de competencias a nivel profesional y personal.

En cuanto a la institución, esta podría destinar mayores espacios para la atención psicológica en consultorio mejorando así el servicio brindado a los usuarios oncológicos. Asimismo, sería importante que se realice un filtro de los casos que requieren de atención psicológica debido a que muchos de los casos que llegan a consultorio son complejos.

Recomendaciones

- Al momento de la intervención (agosto 2018) no se contaba con instrumentos adaptados a la población de estudio en el Perú; sin embargo, instrumentos como el Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9) para medir depresión (De La Flor, 2020) y, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión (HADS) para medir ansiedad y depresión (Patilla, 2018), ya se encuentran adaptados a la población oncológica, por lo que se pueden considerar como instrumentos para la medición de sintomatología ansiosa y/o depresiva en usuarios oncológicos.
- Se recomienda el uso de escalas cortas al evaluar a usuarios oncológicos hospitalizados ya que es importante considerar su estado de salud al momento de la evaluación (De La Flor, 2020). Ante estas situaciones, escalas cortas pero eficaces como el PHQ-9 resultan adecuadas para el contexto y la necesidad existente.
- Se recomienda continuar con la adaptación de instrumentos psicológicos al ámbito psico-oncológico, especialmente de aquellas afecciones más comunes como la ansiedad y la depresión (Instituto Nacional del cáncer [NIH], 2022a). Entre los más resaltantes tenemos la Escala de depresión de autoevaluación de Zung, el Termómetro del estrés emocional (TD) y la lista de problemas (utilizado en este estudio), el Inventario breve de síntomas (BSI-18) para medir ansiedad, depresión, somatización y sufrimiento en general y; el Perfil de estados de ánimo (POMS) (NIH, 2022a, 2022b).
- En la fase de diagnóstico, se recomienda explorar perturbaciones secundarias en los usuarios al momento de realizar la conceptualización del

caso. Para la TREC es imperativo identificar la existencia de perturbaciones secundarias ya que, al momento de intervenir, se abordarán primero las meta perturbaciones y luego las perturbaciones iniciales para garantizar una mayor probabilidad de éxito en la intervención (MacLaren et al., 2020; Dryden et al., 2021; Lega et al., 2017).

- En la fase de intervención, se recomienda implementar técnicas de gestión emocional como respiración profunda (Guizado, 2022) o el trabajo en imaginación (Onyechi et al., 2016) utilizadas en la intervención TREC (Ángeles et al., 2012). Además de otros ejercicios de regulación como la respiración 4-7-8 o el escaneo corporal para la relajación muscular (Rhoton y Gentry, 2021) que facilitarán la autorregulación.
- En la fase de intervención, se recomienda el uso de técnicas humorísticas como las exageraciones o paradojas como un estilo más del debate del pensamiento irracional, esta técnica en específico permite quitar el dramatismo y facilita la aceptación incondicional (Ángeles et al., 2012). Nassar (2022), en su estudio de caso, añade esta técnica y la utiliza consecutivamente para debatir los pensamientos irracionales de su usuaria obteniendo óptimos resultados.
- Se recomienda añadir el entrenamiento en asertividad como herramienta de reforzamiento para una mejor comunicación y hacer frente a situaciones de conflicto (Lega et al., 2017).
- Se recomienda la implementación de un plan de intervención ante recaídas

Conclusiones

Se concluye el logro del objetivo general enfocado en disminuir el nivel de ansiedad y las conductas disfuncionales presentes en la usuaria mediante la reestructuración de los pensamientos irracionales presentes en ella. A través de los registros ABC, se evidencia el cambio de las creencias irracionales de la usuaria (demandas) por creencias racionales (preferencias), generando un cambio a nivel emocional y conductual.

Específicamente, respecto a los objetivos específicos, se tiene lo siguiente:

- En cuanto al primer objetivo específico, se logró la reestructuración de los pensamientos irracionales sustentados en los deberías de la usuaria mediante la psicoeducación de las creencias racionales e irracionales, el cuadro ABC y el debate de creencias irracionales de manera empírica, lógica y funcional, el juego de roles y las tareas dejadas para casa. El cambio se evidencia en los registros ABC utilizados durante las sesiones y aquellos dejados como actividad para casa.
- En cuanto al segundo objetivo específico, la usuaria logró disminuir su nivel de ansiedad mediante la psicoeducación en ansiedad, el uso de técnicas de relajación y de respiración, así como el cambio de creencias irracionales por racionales, dicho cambio se evidenció en el registro emocional de la ansiedad en cada sesión.
- En cuanto al tercer objetivo específico, la usuaria logró el autocontrol y el manejo de conductas desadaptativas de aislamiento y la conducta de gritar a los demás mediante el cambio a nivel cognitivo y emocional, así como el entrenamiento en solución de problemas y actividades de disfrute que

permitieron que la usuaria disminuya sus conductas desadaptativas visualizadas en los registros conductuales.

Referencias Bibliográficas

- Abbasi, B., Mirzakhany, N., Oshnari, L. A., Irani, A., Hosseinzadeh, S., Tabatabaei, S. M., y Haghghat, S. (2018). The effect of relaxation techniques on edema, anxiety and depression in post-mastectomy lymphedema patients undergoing comprehensive decongestive therapy: A clinical trial. *PLoS ONE* 13(1), e0190231. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190231>
- Abrahams, H. J. G., Gielissen, M. F. M., Donders, R. R. T., Goedendorp, M. M., van der Wouw, A. J., Verhagen, C. A. H. H. V. M., y Knoop, H. (2017). The efficacy of Internet-based cognitive behavioral therapy for severely fatigued survivors of breast cancer compared with care as usual: A randomized controlled trial. *Cancer*, 123(19), 3825-3834. <https://doi.org/10.1002/cncr.30815>
- Agencia Internacional de Investigación de cáncer (marzo de 2021a). *Latin America and the Caribbean. Source: Globocan 2020*. Organización Mundial de la Salud. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/904-latin-america-and-the-caribbean-fact-sheets.pdf>
- Agencia Internacional de Investigación de cáncer (marzo de 2021b). *Peru. Source: Globocan 2020*. Organización Mundial de la Salud. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>
- Almanza Muñoz, J. D., Juárez, I. R y Pérez, S. P. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos

con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 62(5), 209-217.

<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=55340>

Amador Sastre, B., Arranz Castillo de Albornoz, P., Barreto Martín, P., Bayón Pérez, C., Capilla Ramirez, P., Costa Cabanillas, M., Cerspo López, M., Cruzado Rodríguez, J., Die-Trill, M., Fernández Liria, A., González Ordi, H., Hospital Moreno, A., Luciano Soriano, C., Manne, S., Muñoz San José, A., Myers, S., Olivares Crespo, M., Páez Blarrina, M., Palao Tarrero, Á.,... Yélamos Agua, C. (2013). *Manual de psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Pirámide.

American Cancer Society. (2020). Colorectal Cancer Facts y Figures 2020-2022.

American Cancer Society. Recuperado de

<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2020-2022.pdf>

Ángeles, R. M., Díaz, M.I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ardila, Y., Soler, K. y Herrera, L. (2020). *Revisión sistemática de literatura*

Ansiedad y depresión en pacientes oncológico. Recuperado de

https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17876/1/2020_depresio_n_ansiedad.pdf

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: The Beck Anxiety Inventory. *J Consult Clin Psychol*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Inventario de Ansiedad de Beck*. BAI. (Adaptación española de J. Sanz). Buenos Aires: Pearson.
- Beck, J. S. (Ed. y Trad.). (2015). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*.
<https://books.google.com.pe/books?id=7EHjCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Bellver-Pérez, A., Peris-Juan, C., y Santaballa-Beltrán, A. (2019). Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.001>
- Benson, A. B., Venook, A. P., Al-Hawary, M. M., Arain, M. A., Chen, Y.-J., Ciombor, K. K., Cohen, S., Cooper, H. S., Deming, D., Farkas, L., Garrido-Laguna, I., Grem, J. L., Gunn, A., Hecht, J. R., Hoffe, S., Hubbard, J., Hunt, S., Johung, K. L., Kirilcuk, N., ... Gurski, L. A. (2021). Colon cancer, Version 2.2021. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 19(3), 329-359. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.0012>

- Bosman, J. T., Bood, Z. M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M. A. G., y van Laarhoven, H. W. M. (2021). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. In *Supportive Care in Cancer*, 29, 2289-2298. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05869-0>
- Bozcuk, H., Ozcan, K., Erdogan, C., Mutlu, H., Demir, M., y Coskun, S. (2017). A comparative study of art therapy in cancer patients receiving chemotherapy and improvement in quality of life by watercolor painting. *Complementary Therapies in Medicine*, 30, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.11.006>
- Cabrera Macías, Y., López González, E., López Cabrera, E. y Arredondo Aldama, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200007&lng=es&tlng=es.
- Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M. B., Sabato, S., y Grassi, L. (2017). The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. In *International Review of Psychiatry*, 29(5), 389-402. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1288090>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (octubre de 2020). *Análisis de la situación del Cáncer en el Perú, 2018*. Ministerio de Salud. https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf

- Chayadi, E. Baes, N. y Kiropoulos, L. (2022) The effects of mindfulness-based interventions on symptoms of depression, anxiety, and cancer-related fatigue in oncology patients: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 17(7): e0269519. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269519>
- Chilatra Parra, M. A., Guio Salazar, D. E. y Vera Valenzuela, J. S. (2021). *Análisis sistemático de la literatura eficacia de la terapia cognitiva conductual en pacientes diagnosticados con depresión* [Tesis de Pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/33903>
- Close, A. G., Dreyzin, A., Miller, K. D., Seynnaeve, B. K. N., y Rapkin, L. B. (2019). Adolescent and young adult oncology—past, present, and future. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 485-496. <https://doi.org/10.3322/caac.21585>
- Costa, D. S. J., Mercieca-Bebber, R., Rutherford, C., Gabb, L., y King, M. T. (2016). The Impact of Cancer on Psychological and Social Outcomes. *Australian Psychologist*, 51(2), 89-99. <https://doi.org/10.1111/ap.12165>
- Crist, J. V., y Grunfeld, E. A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(5), 978–986. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/pon.3114>
- Cuervo, N. M., Silva, P. Z., Medina, D. A. R., Flores, J. R. L., Ramírez, A. M. L., y Domínguez Trejo, B. (2020). Terapia cognitivo-conductual grupal sobre la sintomatología depresiva-ansiosa y temperatura nasal en mujeres con cáncer

de mama: Estudio piloto. *Psicooncología*, 17(2), 255-271.
<https://doi.org/10.5209/psic.70290>

De Feudis, R. L., Graziano, G., Lanciano, T., Garofoli, M., Lisi, A., y Marzano, N. (2019). An art therapy group intervention for cancer patients to counter distress before chemotherapy. *Arts and Health*, 1-14.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2019.1608566>

De La Flor Valdivia, Martín. (2020). Validación de la versión peruana del cuestionario sobre la salud del paciente (phq-9) para tamizaje de depresión en pacientes adultos con cáncer de un hospital público especializado de lima metropolitana. [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/9023>

De Sousa, C. R., y Da Costa Padovani, R. (2021). Assertive skills: a comparison of two group interventions with Brazilian university students. *Psicologia: Reflexao e Critica*. <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00188-7>

De Vries, M., y Stiefel, F. (2018). Psychotherapy in the oncology setting. In *Recent Results in Cancer Research*, 145-161. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_9

DiGiuseppe, R. A., Doyle, K. A., Dryden, W., y Backx, W. (2014). *A Practitioner's guide to rational-emotive behavior therapy* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Dolbeault, S., Bredart, A., Mignot, V., Hardy, P., Gauvain-Piquard, A., Mandereau, L., Asselain, B., y Medioni, J. (2008). Screening for psychological distress in two French cancer centers: feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliative & supportive care*, 6(2), 107–117. <https://doi.org/10.1017/S1478951508000187>

Donovan, K. A., Grassi, L., McGinty, H. L., y Jacobsen, P. B. (2014). Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science. *Psycho-oncology*, 23(3), 241–250. <https://doi.org/10.1002/pon.3430>

Dryden, W. (Ed.). (2021). *New Directions in Rational Emotive Behaviour Therapy*. Routledge.

Dryden, W., y Neenan, M. (2014). *Rational Emotive Behaviour Therapy: 100 Key Points and Techniques* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315749464>

Elyasi, F., Taghizadeh, F., Zarghami, M., Moosazadeh, M., Abdollahi Chirani, S., y Babakhanian, M. (2021). Cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on anxiety, depression, and quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy: A clinical trial. *Middle East Journal of Cancer*, 12(2), 236-248. <https://doi.org/10.30476/mejc.2020.83225.1149>

Eseadi, C. (2019). Rational-emotive behavioral intervention helped patients with cancer and their caregivers to manage psychological distress and anxiety symptoms. *World Journal of Clinical Oncology*, 10(2), 62-66. <https://doi.org/10.5306/wjco.v10.i2.62>

- Eseadi, C., Anyanwu, J. I., Ogbuabor, S. E., y Ikechukwu-Illomuanya, A. B. (2016). Effects of cognitive restructuring intervention program of rational-emotive behavior therapy on adverse childhood stress in Nigeria. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34(1), 51–72. doi.org/10.1007/s10942-015-0229-4
- Fu, M. R., Ridner, S. H., Hu, S. H., Stewart, B. R., Cormier, J. N., y Armer, J. M. (2013). Psychosocial impact of lymphedema: A systematic review of literature from 2004 to 2011. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1466–1484. doi:http://dx.doi.org/10.1002/pon.3201
- García Rasero, A. M., y Tamayo Hernández, J. A. (2019). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 16(1). <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.63651>
- Gherman, A., Alionescu, A., y Sucală, M. (2017). Cognitive restructuring for psychological insulin resistance. A randomized clinical intervention. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 17(1), 129–137. doi:10.24193/jebp.2017.1.8
- Globocan (2020). *Cancer today: Estimated number of new cases in 2020, Peru, females, all ages*. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=604&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B

[%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc
other=1&half_pie=0&donut=0#collapse-group-0-1](#)

González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, M. D., y Pérez-Álvarez, M. (2018). Treating anxiety and depression of cancer survivors: Behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. *Psicothema*, 30(1), 14–20.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2017.396>

González-Fernández, S., y Fernández-Rodríguez, C. (2019). Acceptance and Commitment Therapy in Cancer: Review of Applications and Findings. In *Behavioral Medicine*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1452713>

Gorman, L. M. (2018). *Psychosocial Impact of Cancer on Individual, Family and Society*. Recuperado de <https://www.ons.org/sites/default/files/2018-10/Psychosocial%20Nursing%20Care%20Along%20the%20Cancer%20Continuum%20Sample%20Chapter%20%281%29.pdf>

Grassi, L., Spiegel, D., y Riba, M. (2017). Advancing psychosocial care in cancer patients. In *F1000Research*, 6, 2083.
<https://doi.org/10.12688/f1000research.11902.1>

Greer, J. A., Jacobs, J., Pensak, N., MacDonald, J. J., Fuh, C.-X., Perez, G. K., Ward, A., Tallen, C., Muzikansky, A., Traeger, L., Penedo, F. J., El-Jawahri, A., Safren, S. A., Pirl, W. F., y Temel, J. S. (2019). Randomized Trial of a Tailored Cognitive-Behavioral Therapy Mobile Application for Anxiety in

Patients with Incurable Cancer. *The Oncologist*, 24(8), 1111-1120.
<https://doi.org/10.1634/theoncologist.2018-0536>

Guizado Marcelo, Carmen Gianella. (2022). *Intervención bajo el enfoque Racional emotivo conductual en un caso de ansiedad*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
<https://hdl.handle.net/20.500.12866/11662>

Hamedi, V., Hamid, N., Beshlideh, K., Marashi, S. A., y Sheikh Shabani, S. E. H. (2020). Effectiveness of Conventional Cognitive-Behavioral Therapy and Its Computerized Version on Reduction in Pain Intensity, Depression, Anger, and Anxiety in Children with Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(4), e83110.
<https://doi.org/10.5812/ijpbs.83110>

Hayama, Y., y Inoue, T. (2012). The effects of deep breathing on “tension-anxiety” and fatigue in cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*.
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2011.10.001>

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill- educación.
<http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292>

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. In

Cognitive Therapy and Research, 36(5), 427-440.

<https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Hulbert-Williams, N. J., Beatty, L., y Dhillon, H. M. (2018). Psychological support for patients with cancer: Evidence review and suggestions for future directions. In *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(3), 276-292. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000360>

Instituto Nacional de Cáncer. (20 de agosto de 2018). *Los sentimientos y el cáncer*.

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (22 de noviembre de 2018). *Guía de práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en pacientes adultos con cáncer*. <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/11/RJ-674-2018.pdf>

Instituto Nacional del cáncer. (12 de mayo de 2022a). *Depresión (PDQ®)–Versión para profesionales de salud*.

https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq#_6

Instituto Nacional del cáncer. (17 de febrero de 2022b). *Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®)–Versión para profesionales de salud*.

https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq#_741_toc.

- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S. B., Zabora, J., Baker, F., y Holland, J. C. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer*, *103*(7), 1494–1502. <https://doi.org/10.1002/cncr.20940>
- Jalambadani, Z., y Borji, A. (2019). Effectiveness of Mindfulness-Based Art Therapy on Healthy Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *6*(12), 193-197. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon-36-18>
- Jang, S. H., Kang, S. Y., Lee, H. J., y Lee, S. Y. (2016). Beneficial Effect of Mindfulness-Based Art Therapy in Patients with Breast Cancer—A Randomized Controlled Trial. *Explore: The Journal of Science and Healing*, *12*(5), 333-340. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.06.003>
- Johnston, E. E., Rosenberg, A. R., y Kamal, A. H. (2017). Pediatric-specific end-of-life care quality measures: an unmet need of a vulnerable population. *Journal of Oncology Practice* *13*(10), e874-e880. <https://doi.org/10.1200/JOP.2017.021766>
- Kievisiene, J., Jautakyte, R., Rauckiene-Michaelsson, A., Fatkulina, N., y Agostinis-Sobrinho, C. (2020). The Effect of Art Therapy and Music Therapy on Breast Cancer Patients: What We Know and What We Need to Find out - A Systematic Review. In *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2020/7390321>

- Knoerl, R., Lavoie Smith, E. M., y Weisberg, J. (2016). Chronic Pain and Cognitive Behavioral Therapy: An Integrative Review. In *Western Journal of Nursing Research*, 38(5), 596-628. <https://doi.org/10.1177/0193945915615869>
- Krakauer, E. L., Kane, K., Kwete, X., Afshan, G., Bazzett-Matabele, L., Ruthnie Bien-Aimé, D. D., Borges, L. F., Byrne-Martelli, S., Connor, S., Correa, R., Devi, C. R. B., Diop, M., Elmore, S. N., Gafer, N., Goodman, A., Grover, S., Hasenburg, A., Irwin, K., Kamdar, M., ... Fidarova, E. (2021). Essential Package of Palliative Care for Women With Cervical Cancer: Responding to the Suffering of a Highly Vulnerable Population. *JCO Global Oncology*, 7, 873-885. <https://doi.org/10.1200/go.21.00026>
- Landa-Ramírez, E., Greer, J. A., Sánchez-Román, S., Manolov, R., Salado-Avila, M. M., Templos-Esteban, L. A., y Riveros-Rosas, A. (2020). Tailoring Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety Symptoms in Mexican Terminal Cancer Patients: A Multiple Baseline Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27, 54-67. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09620-8>
- Lang-Rollin, I., y Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 13-22. <https://doi.org/10.4183/aeb.2011.294>
- Lanza Pacheco, D. Y. (2018). *Terapia Cognitivo Conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Manuel Núñez Butrón Puno, marzo-mayo 2017*. [Tesis de

Licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano].
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7128>

Lee, Y. H., Kung, P. T., Wang, Y. H., Kuo, W. Y., Kao, S. L. y Tsai, W. C. (2019). Effect of length of time from diagnosis to treatment on colorectal cancer survival: A population-based study. *PLoS ONE*, *14*(1), e0210465.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210465>

Lega, L., Sorribes, F. y Calvo, M. (2017). Terapia Racional Emotiva Conductual. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

Li, M., Kennedy, E. B., Byrne, N., Gérin-Lajoie, C., Katz, M. R., Keshavarz, H., Sellick, S., y Green, E. (2016). Management of Depression in Patients With Cancer: A Clinical Practice Guideline. *Journal of oncology practice*, *12*(8), 747–756. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.011072>

Llamo Fernández, Alfonso Roy. (2022). *Terapia cognitivo conductual para la depresión de una joven adulta*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Federico Villareal].

<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/5830/TESIS%20LLAMO%20FERNANDEZ%20ALFONSO%20ROY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MacLaren, C., Doyle, K. A., y DiGiuseppe, R. (2020). Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) Theory and Practice. In *Contemporary Theory and Practice in Counseling and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.4135/9781071800386.n9>

- Martínez Alonzo, Jestanni Mahel. (2018). Terapia Racional Emotiva Conductual para Ansiedad y síndrome de Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC. [Tesis de Maestría, Universidad de Panamá]. <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/1485>
- McFarland, D. C., y Holland, J. C. (2016). The management of psychological issues in oncology. *Clinical Advances in Hematology and Oncology*, 14(12), 999-1009
- McKeague, B., y Maguire, R. (2021). “The effects of cancer on a family are way beyond the person who’s had it”: The experience and effect of a familial cancer diagnosis on the health behaviours of family members. *European Journal of Oncology Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101905>
- Melton L. (2017). Brief Introduction to Cognitive Behavioral Therapy for the Advanced Practitioner in Oncology. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 8(2), 188–193. <https://doi.org/10.6004/jadpro.2017.8.2.6>
- Miaja, M., Platas, A., y Martinez-Cannon, B. A. (2017). Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, & body image in young breast cancer patients & their partners. In *Revista de Investigacion Clinica*, 69(4), 204-209. <https://doi.org/10.24875/RIC.17002279>
- Ministerio de Salud. (junio de 2018). *Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

- Molano Ortiz, S. (2020). *Efectividad de la terapia de aceptación y compromiso (act) en pacientes con cáncer, una revisión sistemática*. [Tesis de Maestría, Fundación Universitaria Konrad Lorenz]. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/4182>
- Montminy, E. M., Jang, A., Conner, M., y Karlitz, J. J. (2020). Screening for Colorectal Cancer. In *Medical Clinics of North America*, 104(6), 1023-1036. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.08.004>
- Motlova, L. B., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Coverdale, J. H., Guerrero, A. P. S., Louie, A. K., y Roberts, L. W. (2017). Psychoeducation as an Opportunity for Patients, Psychiatrists, and Psychiatric Educators: Why Do We Ignore It? In *Academic Psychiatry*, 41, 447-451. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0728-y>
- Moyano, M. E., Pucha, E. A., y Vázquez, M. G. (2019). Eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de JACOBSON frente a reestructuración cognitiva de BECK en pacientes que presentan ansiedad en CENTERAVID. Recuperado de <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8838/1/14468.pdf>
- Mulhaeriah, Afiyanti, Y., Achmad, E. K., y Sangkala, M. S. (2018). Effectiveness of Relaxation Breathing Exercise on fatigue in gynecological cancer patients undergoing chemotherapy. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 331-335. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.004>

Nassar Cahuas, Thamara. (2022). *Terapia racional emotiva online en un caso de ansiedad de un centro de psicoterapia especializado*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11785>

National Comprehensive Cancer Network. (2020). Clinical Practice Guidelines in Oncology Guidelines - Distress During Cancer Care. *Clinical Practice Guidelines in Oncology Guidelines*. Recuperado de <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/distress-patient.pdf>

Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., y Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer*, 19(1), 943. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>

Onuigbo, L. N., Eseadi, C., Ebifa, S., Ugwu, U. C., Onyishi, C. N., y Oyeoku, E. K. (2019). Effect of Rational Emotive Behavior Therapy Program on Depressive Symptoms Among University Students with Blindness in Nigeria. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 31, 17-38. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0297-3>

Onyechi, K. C. N., Onuigbo, L. N., Eseadi, C., Ikechukwu-Ilomuanya, A. B., Nwaubani, O. O., Umoke, P. C. I., Agu, F. U., Otu, M. S., y Utoh-Ofong, A. N. (2016). Effects of rational-emotive hospice care therapy on problematic assumptions, death anxiety, and psychological distress in a sample of cancer patients and their family caregivers in Nigeria. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 13(9), 929.
<https://doi.org/10.3390/ijerph13090929>

Onyedibe, M. C. C., Nkechi, A. C., y Ifeagwazi, C. M. (2020). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on anxiety and depression in nigerian breast cancer patients. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(2), 223-232.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7487730>

Pardo Cebrián, R. (2019). *El debate en reestructuración cognitiva: análisis de los mecanismos terapéuticos de cambio clínico*. [Tesis de Doctorado].
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/689733/pardo_cebrian_reb_ea.pdf?sequence=1

Patilla Vila, C. (2018). Adaptación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Temática Psicológica*, 14(14), 69–75.
<https://doi.org/10.33539/tematpsicol.2018.n14.1811>

Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., y Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ (Online)*, 361. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>

Pouraboli, B., Poodineh, Z. y Jahani, Y. (2019). The effect of relaxation techniques on anxiety, fatigue and sleep quality of parents of children with Leukemia under Chemotherapy in South East Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(10), 2903-2908.
<https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.10.2903>

- Quintero, M. y Finck, C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en latinoamérica y españa: Una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1). <https://doi.org/10.5209/PSIC.59174>
- Rabadán, J., Chamarro, A., y Álvarez, m. (2017). Terapias artísticas y creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. Revisión sistemática. *Psicooncología*, 14(2-3). <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.57079>
- Radl, D., Vita, M., Gerber, N., Gracely, E. J., y Bradt, J. (2018). The effects of Self-Book© art therapy on cancer-related distress in female cancer patients during active treatment: A randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2087-2095. <https://doi.org/10.1002/pon.4758>
- Rajaei, A. y Jensen, J. F. (2020). Empowering Patients in Integrated Behavioral Health-Care Settings: A Narrative Approach to Medical Family Therapy. *Family Journal*, 28(1), 48-55. <https://doi.org/10.1177/1066480719893958>
- Rajaei, A., Brimhall, A. S., Jensen, J. F., Schwartz, A. J., y Torres, E. T. (2021). Striving to Thrive: A Qualitative Study on Fostering a Relational Perspective Through Narrative Therapy in Couples Facing Cancer. *American Journal of Family Therapy*, 49(4), 392-408. <https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1820402>
- Ransom, S., Jacobsen, P. B., y Booth-Jones, M. (2006). Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients. *Psycho-oncology*, 15(7), 604–612. <https://doi.org/10.1002/pon.993>

- Restrepo, D. y León, V. (2020). *Técnicas de tercera generación como intervención psicoterapéutica en pacientes oncológicos*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia].
<http://hdl.handle.net/20.500.12494/20431>
- Riba, M. B., Donovan, K. A., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., Buchmann, L. O., Clark, M. M., Collins, M., Corbett, C., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D. B., Handzo, R., Hoofring, L., Huang, C. H., Lally, R., Martin, S., McGuffey, L., Mitchell, W., ... Darlow, S. D. (2019). Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 17(10), 1229–1249. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0048>
- Rhoton, R. y Gentry, J. (2021). *Trauma Competency for the 21 st Century: A Salutogenic Active Ingredients Approach to Treatment*. Outskirts Press.
- Rodríguez Ceberio, M. (2020). *¿Y dónde está el encuadre? La terapia fuera de los límites del consultorio*. Recuperado de <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/328>
- Romero, R., Penas, R., García-Conde, A., Llombart, P., Pérez, S., & Marco, J. H. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Spanish Oncology Patients: The Bartley Protocol. *Psicothema*, 32(4), 508–515.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2019.320>
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I. y Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate

carcinoma: a pilot study. *Cancer*, 82(10), 1904–1908.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(19980515\)82:10<1904::aid-cnrc13>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(19980515)82:10<1904::aid-cnrc13>3.0.co;2-x)

Sadeghi, Z. H., Yazdi-Ravandi, S., y Pirnia, B. (2018). Compassion-focused therapy on levels of anxiety and depression among women with breast cancer: A randomized pilot trial. *International Journal of Cancer Management*, 11(11):e67019. <https://doi.org/10.5812/ijcm.67019>

Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288

Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de beck (BAI) en estudiantes universitarios [The psychometric properties of a spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in a university students sample]. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59–84.

Sarkhel, S., Singh, O. P., y Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 63(6), 521-522.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19

Sawicki, T., Ruszkowska, M., Danielewicz, A., Niedźwiedzka, E., Arłukowicz, T., y Przybyłowicz, K. E. (2021). A review of colorectal cancer in terms of

epidemiology, risk factors, development, symptoms and diagnosis. In *Cancers*, 13(9), 2025. <https://doi.org/10.3390/cancers13092025>

Sheikhzadeh, M., Zanjani, Z., y Baari, A. (2021). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety, depression, and fatigue in cancer patients: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(3), 271-280. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i3.6252>

Shim, E. J., Shin, Y. W., Jeon, H. J., y Hahm, B. J. (2008). Distress and its correlates in Korean cancer patients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psycho-oncology*, 17(6), 548–555. <https://doi.org/10.1002/pon.1275>

Stiefel, F., Nakamura, K., Terui, T., y Ishitani, K. (2017). Collusions Between Patients and Clinicians in End-of-Life Care: Why Clarity Matters. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(4), 772-782. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.011>

Stritter, W., Everding, J., Luchte, J., Eggert, A., y Seifert, G. (2021). Yoga, Meditation and Mindfulness in pediatric oncology – A review of literature. In *Complementary Therapies in Medicine*, 63. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102791>

Sun, L., Liu, X., Weng, X., Deng, H., Li, Q., Liu, J., y Luan, X. (2021). Narrative therapy to relieve stigma in oral cancer patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, e12926. <https://doi.org/10.1111/ijn.12926>

- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., y Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tang, Y., Fu, F., Gao, H., Shen, L., Chi, I., y Bai, Z. (2018). Art therapy for anxiety, depression, and fatigue in females with breast cancer: A systematic review. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1506855>
- Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., Offenbacher, M., Kohls, N., Hirsch, J., y Sirois, F. (2021). Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation, Deep Breathing, and Guided Imagery in Promoting Psychological and Physiological States of Relaxation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. <https://doi.org/10.1155/2021/5924040>
- Universidad Peruana Cayetano Heredia. (2019). *Líneas de Investigación vigentes*. Recuperado de <https://fapsi.cayetano.edu.pe/facultad/coordinacion-de-investigacion-ciencias-y-tecnologia.html>
- Van der Geest, I., van Dorp, W., Pluijm, S., y van den Heuvel-Eibrink, M. M. (2018). The distress thermometer provides a simple screening tool for selecting distressed childhood cancer survivors. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 107(5), 871–874. <https://doi.org/10.1111/apa.14251>

- Vonderlin, R., Biermann, M., y Bohus, M. (2020). Mindfulness-Based Programs in the Workplace: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Mindfulness* 11, 1579–1598. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01328-3>
- Walker, Z. J., Xue, S., Jones, M. P., y Ravindran, A. V. (2021). Depression, Anxiety, and Other Mental Disorders in Patients With Cancer in Low- and Lower-Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JCO Global Oncology*. <https://doi.org/10.1200/go.21.00056>
- Weitz, E., Kleiboer, A., Van Straten, A., y Cuijpers, P. (2018). The effects of psychotherapy for depression on anxiety symptoms: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(13), 2140-2152. doi:10.1017/S0033291717003622
- Whitaker, K. L., Cromme, S., Winstanley, K., Renzi, C., y Wardle, J. (2016). Emotional responses to the experience of cancer 'alarm' symptoms. *Psycho-oncology*, 25(5), 567–573. <https://doi.org/10.1002/pon.3964>
- White, M., y Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. Norton.
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.
- Xunlin, N., Lau, Y., y Klainin-Yobas, P. (2020). The effectiveness of mindfulness-based interventions among cancer patients and survivors: a systematic review

and meta-analysis. In *Supportive Care in Cancer*, 28, 1563-1578.

<https://doi.org/10.1007/s00520-019-05219-9>

Zhang, D., Lee, E. K. P., Mak, E. C. W., Ho, C. Y., y Wong, S. Y. S. (2021).

Mindfulness-based interventions: An overall review. In *British Medical*

Bulletin, 138(1), 41-57. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>

Anexos

Anexo 1. Anamnesis- Historia clínica.

HISTORIA PSICOLÓGICA

N° HC:

1.- DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos :
Sexo :
Edad :
Lugar de Nacimiento :
Lugar de Procedencia :
Grado de Instrucción :
Ocupación :
Número de Hijos :
Lateralidad :
Dirección/ Teléfono :
Religión :
Informante :
Dpto. Medico :
Dx :

2.- MOTIVO DE CONSULTA:

Auto:

Informante:

3.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTA:

3.- ANTECEDENTES PERSONALES.

3.1.-Etapa Pre Natal/ Etapa Peri Natal/.Etapa Post Natal.

3.2.- Enfermedades y operaciones/ caídas/golpes/Medicamentos.

3.3.- Constelación familiar/ composición/ Dinámica familiar.

3.4- Historia Educacional/ Técnico/ Superior.

3.5 Vida afectiva y sexual

3.6.- Hábitos/ Pasatiempos/:

3.7.- Funciones Vitales:(Ánimo, Apetito, Sueño, Libido)

3.8. Asistió antes a Psicología, Psiquiatría. (Si) (No) Motivo

3.9. Antecedentes Familiares. (Enfermedades psiquiátricas, alcohol, drogas, violencia familiar, Hipertensión, diabetes, síndrome de Down..etc.).

a. Materno.

b. Paterno

Anexo 2. Protocolo de Inventario de depresión de Beck (BDI-II).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

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 mi.
- 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.

- 0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 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 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro 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. 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.

14. Desvalorización

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

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. 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.

Puntaje Total:

Anexo 3. Protocolo de Inventario de ansiedad de Beck (BAI).



Fecha:

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

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

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

Anexo 4. Protocolo de Termómetro de distrés y lista de problemas.



TD

UNIDAD DE SALUD MENTAL
SERVICIO DE PSICOLOGÍA

ÁREA: _____

Nº DE HISTORIA: _____

FILIACIÓN:
APELLIDOS Y NOMBRES:
CUIDADOR:

EDAD: SEXO:
TELÉFONO DE CONTACTO:

MOTIVO DE CONSULTA:
DESCRIPCIÓN BREVE:

Instrucciones:

1. Por favor encierre en un círculo el número (0 al 10) que mejor describa qué tanto distrés ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.

2. Por favor indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SÍ o NO para cada uno.

Distrés extremo



Sin distrés

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas prácticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas físicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidados de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baño/vestido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escuela/trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación de pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de debilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memoria/Concentración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de interés en las actividades habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz seca/congestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupaciones religiosas o espirituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel seca/comerzón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemígnico en manos o pies

Otros problemas: _____

INTERPRETACIÓN CLÍNICA:

SUGERENCIAS:

Anexo 5. Modelo ABCDEF de la usuaria

Cuadro ABC(DEF) de la usuaria

A	B	C	D	E	F
Situación: Mi hija pasa más tiempo con su hermana y ya no me hace caso como antes.	<i>“Yo planifico las cosas y tienen que ser así, porque así están bien”</i> <i>“Ella debería de hacerme caso y hacer lo que yo digo”</i>	Ansiedad (9) Llanto Dolor en el pecho Gritar Aislamiento social	¿Qué es lo peor que puede pasar si no se dan las cosas como yo espero? ¿Qué es lo peor que me ha pasado cuando no me han salido las cosas como esperaba? ¿Pensar así me ha ayudado de alguna manera? ¿Pensar así ha hecho que las cosas salieran como esperaba? ¿Es lógico pensar que todos tienen que hacerme caso? ¿Acaso yo hago caso a todo lo que me dicen? ¿Es lógico pensar que estaré bien todo el tiempo? Conozco a varias personas que se han sentido ansiedad y no por eso se han enfermado. ¿Acaso no tengo derecho a sentirme mal por un momento? ¿Es lógico pensar que me sentiré bien todo el tiempo? El hecho de que me sienta ansiosa durante un momento, no significa que me pasará algo malo, las emociones no duran para siempre. Me he sentido ansiosa antes y no por eso me he enfermado ¿Me ayuda en algo	<i>“Desearía que las cosas fueran como yo quiero, pero sé que las cosas no serán así siempre”</i> <i>“Me gustaría que mi hija me hiciera caso en todo lo que le digo, pero eso es imposible, aunque me fastidie, entiendo que no depende de mí”</i> <i>“Entiendo que es imposible estar bien todo el tiempo, a veces me voy a sentir mal, triste, tensa o angustiada y eso es así, es parte de y no dura para siempre”</i> <i>“No es cómodo sentirse así, pero puedo tolerarlo”</i> <i>“Es complicado cuando las cosas no son como lo deseas, pero puedo soportarlo”</i>	<i>Ansiedad (3)</i> <i>Conversar</i> <i>Llamar a un amigo</i> <i>Salir a caminar</i> <i>Salir con su pareja.</i>
<i>“Sería terrible, va a ser como su hermana”</i>	<i>“Yo debo de estar bien”</i> <i>“Es horrible estar así”</i>				
<i>“Tengo que estar bien por mi enfermedad”</i>	<i>“Es horrible que las cosas no sean de esta manera”</i>				
<i>“No me hacen caso... todos”</i>					

pensar de esta
manera?
¿Acaso me ha
pasado algo
terriblemente malo
cuando las cosas no
han salido como
esperaba?

Nota. A es el evento adverso, B es el sistema de creencias, C son las consecuencias emocionales y conductuales, D es el debate de los pensamientos irracionales, E son las creencias alternativas racionales y F es el cambio emocional y conductual.

Anexo 6. Conceptualización: perturbación secundaria de la usuaria.

A	B	C
<p>Situación: Mi hija pasa más tiempo con su hermana y ya no me hace caso como antes.</p> <p>Inferencias: Deberías, visión catastrófica, sobregeneralización. “Va a ser como su hermana”, “No me hacen caso...todos”.</p>	<p><i>Evaluaciones:</i> Demandas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacia el mundo: “Yo planifico las cosas y tienen que ser así, porque así están bien” - Hacia los demás: “Ella debería de hacerme caso y hacer lo que yo digo” <p>Visión catastrófica: “Sería terrible, va a ser como su hermana”</p> <p><i>Creencia irracional:</i> La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fueran “Es horrible que las cosas no sean de esta manera”</p>	<p><i>Emoción:</i> Ansiedad (9)</p> <p><i>Fisiológico y conductual:</i> Llanto. Dolor de cabeza. Agitación. Tensión muscular. Gritar Aumento del apetito Aislamiento social</p>

A1	B1	C1
<p>Ansiedad (9)</p> <p>Llanto. Dolor de cabeza. Agitación. Tensión muscular. Gritar Aumento del apetito Aislamiento social</p>	<p><i>Evaluaciones:</i> “Es horrible estar así” “Yo debo de estar bien”</p>	<p>Ansiedad (9)</p> <p>Llanto. Dolor de cabeza. Agitación. Tensión muscular. Gritar Aumento del apetito Aislamiento social</p>

A1 es el evento secundario, B1 es el pensamiento secundario y la C1 son las consecuencias secundarias.