

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE**  
**CARRERA DE PSICOLOGIA**



**PROYECTO DE GRADO:**

**MANUAL DE INTERVENCIÓN CLÍNICA PARA DISMINUIR  
LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER  
CERVICOUTERINO EN LA CIUDAD DE LA PAZ.**

**Postulante: María del Pilar Deuer Cenzano**

**Tutora: Lic. Patricia Flores**

**La Paz-Bolivia  
2010**

**Índice general.**

Dedicatoria	viii
Agradecimientos	ix
Resumen	2
Introducción	3
CAPITULO I	6
1.1 Planteamiento del problema.	6
1.2 Justificación	7
1.3 Pregunta de investigación.	9
1.3.1 Pregunta general.	9
1.3.2 Preguntas específicas.	9
1.4 Propuesta de investigación	10
CAPÍTULO II	
Marco Teórico	11
2.1 Estadísticas del Cáncer en Bolivia	11
2.2 Cáncer.	11
2.2.1 Tratamientos Para El Cáncer.	12
2.3 El cáncer cervicouterino.	18
2.3.1 Proceso de diagnóstico y evolución de la enfermedad.	20
2.3.2 Implicancias del cáncer en el estado de ánimo.	28
2.3.3 El cáncer y la depresión.	31
2.4 Tratamientos psicoterapéuticos en el cáncer.	34
2.4.1 Terapia cognitiva de Aaron Beck	34
2.4.2 La terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis	41
2.5 La Depresión	47
2.5.1 Categorización de la depresión	47

2.5.1.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante.	48
2.5.1.2 Trastorno distímico.	49
2.5.1.3 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo).	50
2. 5.2 Pensamientos automáticos.	51
2. 5.3 Visión de túnel.	52
 CAPÍTULO III	 54
MARCO METODOLÓGICO	54
3.1 Diseño Metodológico.	54
3.1.1 Tipo de investigación.	54
3.1.3 Variables de la investigación:	54
3.2 Procedimiento	55
3.4 Propuesta de la investigación:	56
 MANUAL DE INTERVENCIÓN CLÍNICA PARA DISMUIR LA DEPRESIÓN PARA PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO.	 57
Presentación	58
Introducción:	60
 I parte: Raport	 62
Sesión 1: Técnica del milagro.	63
Sesión 2 parte I: Cosas que me pasan también otros lo pasan	65
Hoja de trabajo. Sesión 2 Parte I.	66
Sesión 2. Parte II. Conociendo tus recursos personales.	72
Sesión 3: Parte I. Observando mis pensamientos.	73
Sesión 3: Parte II. Lo que no quiero Vs. Lo que tengo.	74
 II. Parte. Errores de procesamiento.	 75

Sesión 4. Parte I. conociendo los pensamientos distorsionados.	76
Hoja de trabajo. Sesión 4. Parte I.	77
Sesión 4. Parte II. Ya los conozco. Ahora a aplicarlos.	82
1ra Hoja de trabajo: Sesión 4 Parte II.	83
Clave de respuestas: 1ra Hoja de trabajo Sesión 4 Parte II	85
2da Hoja de trabajo: Sesión 4 Parte II.	86
Clave de respuestas. 2da hoja de trabajo Sesión 4: Parte II	88
Sesión 5: Parte I. ¿Y mis pensamientos distorsionados	89
Hoja de trabajo Sesión 5 Parte I.	91
Sesión 5: Parte II. Reflexionando sobre mis pensamientos distorsionados	93
Hoja de trabajo. Sesión 5 Parte II: Información sobre los errores de información.	
Base teórica Albert Ellis.	94
Cambios físicos: ¿Cómo me percibo?	98
Sesión 7. Parte I: Tiempo para hablar	99
Sesión 7: Parte II Comenzando a cuestionar lo que pienso: ABC	99
Hoja de trabajo. Sesión 7.	101
Sesión 8: Parte I. Tiempo para hablar.	104
Sesión 8: Parte II: Comenzando a cuestionar lo que pienso: ABC. II PARTE	102
Hoja de trabajo. Sesión 8.	98
III. Parte: Pensamientos automáticos.	105
Sesión 9: Tiempo para hablar.	106
Sesión 9: Parte II Es hora de relajarnos	106
Hoja de trabajo. Sesión 9 parte II. Técnica de relajación.	107
Sesión9: Parte III Reflejo sin reflexión: Los pensamientos automáticos	109
Sesión 10: Parte I. Tiempo para hablar.	110
Sesión 10. Parte II. Aprendiendo a reflexionar: Las premisas	110
Sesión 11: Parte I Tiempo para hablar.	112

Sesión 11: Parte II. Pensamiento Primitivo/Pensamiento maduro	112
IV. Parte: Mi presente-futuro	114
Sesión 12: Aprendiendo a Solucionar mis problemas	115
Hoja de trabajo. Sesión 12. Técnica SOLVE.	117
Sesión 13: Parte I Tiempo para hablar.	130
Sesión 13: Parte II. Planificando mis objetivos	130
Hoja de trabajo. Sesión 13. Parte II.	132
Sesión 13: Parte III. Paso a paso.	133
Sesión 13. Parte IV. Imaginando que ya lo ha logrado.	133
Sesión 14: Despidiendo la terapia.	135
3.5 Conclusiones y Recomendaciones.	136
GLOSARIO.	141
ANEXOS.	145
Anexo 1: Neoplasia Maligna del Cuello Uterino en las Américas Casos Nuevos y Defunciones por País Con tasas Estandarizadas por Edades por Cada 100.000 Habitantes en 2000	146
Anexo 2: Tasa de incidencia de de Cáncer cervicouterino América del Norte, Centro América, América del Sur	147
Anexo3: Ejemplo de examen mental.	148
Anexo 4: Cartas de validación del manual.	151
Bibliografía	155

**Índice Algoritmos**

Esquema 1: Algoritmo de sospecha de cáncer cervicouterino.	21
Esquema 2: Algoritmo de confirmación diagnóstica.	22
Esquema 3: Algoritmo de confirmación diagnóstica.	23
Esquema 4: Algoritmo de tratamiento I	24
Esquema 5: Algoritmo de tratamiento II	25
Esquema 6: Algoritmo de tratamiento III	26
Esquema 7: Algoritmo de tratamiento IV	27
Esquema 8: Algoritmo de seguimiento V	28

**Índice Dibujos**

Dibujo 1: Células tumorales	12
Dibujo 2: Forma de realizar la radiación externa.	14
Dibujo 3: Quimioterapia a partir de la inyección.	16
Dibujo 4: Quimioterapia intra arterial.	17
Dibujo 5: Aparato reproductor femenino: Cérvix, dónde se origina el cáncer.	18

*A José María, el loco maestro, el mejor.*

*A Don Álvaro, mi guía, mi Fortaleza.*

*A mis papás, por enseñarme a creer en mí, por hacerme*

*lo que soy ahora, por forjar mi vida.*

## AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar quiero agradecer a Dios. Mi luz, mi camino, mi sentido, mi TODO.*

*A María, José, José María... por todo... más de lo que las palabras pueden expresar.*

*A mis papás, por su apoyo incondicional, por siempre estar ahí conmigo. Siempre me apoyaron en todos mis proyectos por más locos que fueran. Me apoyaron a estudiar psicología cuando nadie más creía que lo haría... hicieron mis sueños realidad. Gracias por dar siempre todo de ustedes por nosotros. Sin ustedes no sería ni la mitad de lo que soy. ¡LOS AMO!*

*A mis hermanos, por su amor incondicional. GRACIAS por aguantarme, protegerme y guiarme. Verdaderamente ¡LOS AMO MUCHO!*

*A Nena, Andre, Camí... los mejores regalos que Dios me dio. Más que amigas, hermanas mías... no las cambiaría ni por un solo instante.*

*A Vane y Mateo: Chicos, verdaderamente fue un placer compartir todo este tiempo junto con ustedes, no hubiese elegido a nadie mejor para compartir este sueño. ¡LOS QUIERO MUCHO!*

*A Matí: Eres un ejemplo para mí. Forjaste lo que soy. Te debo la vida entera.*

*A Doc: Mi brazo derecho. Sin tí, nada.*

*A Marí, Ro, Tania, Anita... amigas mías, cada una de ustedes dejó huella en mí; sin ustedes la U no hubiese sido igual.*

*A la licenciada Paty Flores: Siempre me dio fuerzas para seguir, me hizo ver que el camino no era tan difícil. ¡GRACIAS!*

*Al Lic. Velasquez: NO TIENE IDEA de lo mucho que le agradezco por TODO.*

*Al Lic Erick, sin su ayuda y apoyo no podría haber terminado esto... ¡GRACIAS!*

*A la Licen Vale, Carmencita: Por creer en nosotros, por influir en mí... GRACIAS.*

*A la Licen Xime, Licen Paniagua, Licen Rakela: Por su confianza y apoyo.*

*A tí Gas: Me ayudaste a ser mejor persona y a amar psicología. Haber elegido la carrera ¡TE LO DEBO A TI!*

*A la Lícen Salazar: Nos has dado oportunidades de crecimiento muy grande... por todo, GRACIAS.*

*A la Universidad: Por acogerme y guiar mi sueño... ¡lasallista de corazón!*

## **MANUAL DE INTERVENCIÓN CLÍNICA PARA DISMINUIR LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA CIUDAD DE LA PAZ.**

### **RESUMEN:**

La presente investigación busca tener como resultado la creación de un manual bajo la línea cognitivo comportamental. Está dirigido a psicólogos que trabajan con pacientes con cáncer cervicouterino y cuyo objetivo es la disminución de la depresión.

El manual está dividido en 15 sesiones las cuales están basadas en la teoría de Beck y de Albert Ellis. Sin embargo, también se utiliza una actividad propia de la terapia centrada en soluciones.

Para realizar este manual, se hará un estudio teórico sobre la incidencia del cáncer cervicouterino en Bolivia, los tratamientos que se realizan para el cáncer, las consecuencias emocionales de la enfermedad, la depresión y sus características, la terapia cognitiva de Beck y la terapia emotivo-racional de Ellis.

## INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo busca tener como producto final la creación de un manual de aplicación clínica dirigido a psicólogos que trabajan con pacientes con cáncer cervicouterino con depresión. El manual busca brindar una herramienta mediante la cual los psicólogos dónde puedan encontrar diferentes actividades estructuradas pero susceptibles a adaptación acorde a las características propias del psicólogo y de la paciente.

Para la creación del manual se tendrá como base teórica a Aaron Beck quien sostiene que para la disminución de la depresión se debe trabajar sobre la triada cognitiva, los esquemas mentales y los errores de procesamiento. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983). También se tomará a Albert Ellis quien sostiene que las personas deben presentar metas alcanzables pero no basadas en creencias, demandas inflexibles ya que eso hace sufrir a la persona.(<http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/terapia-racional-emotiva/tre7.pdf>).

Las técnicas a utilizar en el desarrollo de las sesiones serán de Aaron Beck, (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983) Mac. Kay, Davis y Fanning (Mc Kay, Davis, & Fanning, 1985), Albert Ellis, (<http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/terapia-racional-emotiva/tre7.pdf>). También se tomará una técnica de la terapia centrada en soluciones y otra de relajación/visualización.

El manual plantea quince sesiones que están divididas en 4 capítulos acorde al tema central a tratar en esas sesiones. Estas pueden repetirse o ser disminuidas si las necesidades de la paciente así lo requieren, por tanto esa adaptación es dejada al criterio del psicólogo.

De forma general, las actividades del manual trabajarán de la siguiente manera:

Las primeras sesiones serán enfocadas a la operacionalización conductual de las expectativas de la paciente sobre la terapia, al entendimiento por parte de la paciente que algunos cambios emocionales son esperados por consecuencia de la enfermedad, a la identificación los recursos personales de la paciente, a hacer reflexionar a la paciente sobre la necesidad del cambio de los pensamiento que le provoca la depresión y a identificar cuáles de los recursos personales identificados le pueden ayudar en el afrontamiento de la enfermedad y en la disminución de la depresión. A partir de estas sesiones, se podrá conocer sobre la triada cognitiva la percepción que ella tiene sobre su pasado, (en la anamnesis, en el reconocimiento de recursos personales a partir de situaciones adversas enfrentadas con éxito en el pasado), también se trabajará percepción de su presente (identificación de pensamientos que le provocan depresión) y la percepción de su futuro (a partir de de la operacionalización conductual de las expectativas de la paciente sobre la terapia). En estas sesiones ya podrán ser identificados errores de procesamiento y demandas inflexibles.

Las siguientes sesiones serán enfocadas a trabajar los errores de procesamiento. En ellas se buscará que exista conocimiento y diferenciación sobre los pensamientos distorsionados en general y sobre los propios. Se buscará reflexionar con la paciente sobre la veracidad de sus pensamientos distorsionados. También se identificará sobre cuál es la autoimagen que presenta la paciente a partir de los cambios físicos que ha tenido consecuencia de los tratamientos y se buscará el cuestionamiento y modificación de pensamientos distorsionados. A partir de estas sesiones se podrá trabajar sobre los errores de procesamiento y la percepción de sí misma en el presente (triada cognitiva).

Posteriormente se trabajará sobre los pensamientos automáticos. Para ello se buscará identificar cuál es la palabra o frase taquigrafiada y qué pensamiento

conlleve esa. También se buscará identificar las premisas presentadas por la paciente. Finalmente, se realizará una comparación del cambio de pensamiento presentado desde la primera sesión hasta la actual. En estas sesiones se estará trabajando sobre los esquemas de pensamiento a partir de la identificación de la palabra o frase taquigrafiada y de las premisas.

Las últimas sesiones están dirigidas a brindar una herramienta de identificación de soluciones a los problemas para evitar que estos puedan llegar a ser posibles estímulos que mantengan o intensifiquen síntomas de depresión después de la terapia. Se buscará identificar las metas de la paciente a corto, mediano y largo plazo, concretizar las actividades necesarias para conseguir las metas y se buscará que la paciente aprehenda las metas que busca lograr para que exista mayor posibilidad de consecución. En estas sesiones se trabajarán sobre la percepción de su futuro (triada cognitiva) y el establecimiento y consecución de metas futuras.

A partir de todo lo trabajado en las sesiones se espera que los esquemas mentales hayan cambiando en consecuencia.

Es importante resaltar que el manual será validado por 3 psicólogos que serán tomados como expertos ya que trabajan o trabajaron con pacientes con cáncer. A partir de sus observaciones se harán modificaciones y enriquecimiento del manual.

## CAPÍTULO I

### 1.1 Planteamiento del problema.

El cáncer es una de las enfermedades que afecta a una importante parte de la población boliviana: 50-60 personas por cada 10000 habitantes presentan este diagnóstico (Lewis. J, 2004). Esto coloca a Bolivia como uno de los países con mayor incidencia de esta problemática (Ver anexo 2). La magnitud del problema en la ciudad de La Paz es de 32.2 % y en el Alto es de 43.8 % cada 100000 mujeres. (Ministerio de Salud y Deportes, 2004)

En psicología dentro del área de la salud existe la especialidad de la “psicooncología”. Esta área estudia tanto los factores psicológicos que influyen en la aparición del cáncer y su evolución así como las reacciones psicológicas del paciente oncológico (Alarcón, 2007). La especialidad es relativamente nueva, lo que dificulta a que no exista una metodología definida que guíe a las investigaciones (Cano, 2005). Esto provoca que exista una mayor dificultad en establecer un procedimiento estandarizado (pero adaptable a cada paciente) para realizar un tratamiento psicológico.

Acorde a investigaciones, la enfermedad afecta en el estado emocional de las pacientes causando depresión y ansiedad (Cano, 2005). Se ha establecido que existe una diferencia significativa entre los niveles de depresión entre personas con y sin cáncer no siendo tan significativo los niveles de ansiedad (Spijker, Trijsburg, Duivenvoor, 1997 en Cano 2005). Al disminuir la depresión, se mejora la calidad de vida y la adhesión al tratamiento.

Por ello la elaboración de un material para psicólogos en el cual se realice una recopilación de diferentes actividades, representaría una alternativa para el trabajo psicoterapéutico que pueda atender las necesidades específicas de estos pacientes.

Este debería ser un instrumento que presente actividades que sigan un orden lógico y que sean adaptables a las necesidades de cada paciente y a las características personales del/la psicólogo/a. En Bolivia de forma especial es necesaria la creación de este instrumento debido a la alta incidencia de cáncer cervicouterino que existe en este país.

A lo largo de la investigación, los conceptos básicos que serán utilizados son los siguientes:

Cáncer cervicouterino, depresión, pensamientos distorsionados o errores de procesamiento, esquemas de pensamiento, triada cognitiva, errores de información.

## **1.2 Justificación**

El diagnóstico de cáncer conlleva un cambio y afección en la imagen corporal, el miedo a la muerte, un cambio de planes en la vida de la paciente. Existe una constante preocupación por problemas económicos, las consecuencias en sus familiares, la esperanza de la recuperación definitiva, el miedo de la propagación del tumor, entre otros. Esto ocasiona diferentes niveles de tensión y angustia emocional aunque no todas las pacientes presentan el mismo grado de intensidad de los síntomas.

Acorde a investigaciones, la enfermedad afecta en el estado emocional de las pacientes causando depresión (Cano, 2005). En un porcentaje de 15-25%, depresión grave <http://www.cancer.gov/espanol>.

*“El padecer depresión no solo afecta el estado anímico del paciente sino que además influye notablemente en su adhesión al tratamiento y en la aceptación de la enfermedad”.* (Pineda y otros, 2004).

En Bolivia el cáncer cervicouterino ocasiona 9 muertes cada dos días. (Ministerio de Salud y Deportes en el periódico El Deber, 2005).

Si existe una incidencia tan grande de la enfermedad en el país, se conocen las afecciones a nivel psicológico y la influencia de la depresión en la adhesión y aceptación de la enfermedad así como en la calidad de vida, entonces se deduce la necesidad de trabajar a nivel psicológico con las pacientes para un mejor afrontamiento de la enfermedad y una mejora en la calidad de vida.

Es por ello que el primer aporte de esta investigación será para las pacientes ya que, a partir de la aplicación del manual, se espera la disminución de la depresión. Con base en los datos de las investigaciones realizadas (Pineda, 2004) al disminuir la depresión se favorecerá en la aceptación del diagnóstico y la adhesión al tratamiento, por tanto en la mejora de su calidad de vida.

Otro aporte para las pacientes será la concientización sobre los recursos psicológicos, conductuales y personales que ellas presentan. También se les enseñará actividades de fácil aplicación y útiles para el control de pensamientos e imágenes. Todo ello para que puedan evitar el mantenimiento de la depresión. En el manual existen actividades dirigidas a estos objetivos.

En un futuro a mediano plazo, el manual podría ser aplicado para pacientes con otro tipo de cáncer ya que la afección psicológica es muy similar.

Posteriormente, el manual podría ser una base para el trabajo con pacientes con enfermedades crónicas. Para ello, se debería investigar más a fondo sobre ellas y su afección en el estado anímico. Este podría ser otro aporte a largo plazo.

A nivel de Bolivia, se estaría aportando a los psicólogos que trabajan con pacientes con cáncer cervicouterino, ya que se les estaría brindando una herramienta alternativa de fácil aplicación que sigue un método específico y que a la vez es flexible a la adaptación a las características personales y a las del paciente.

A nivel de ciencia, se estaría aportando a la psicooncología ya que se contribuirá con una herramienta de intervención clínica que sigue un procedimiento específico para el trato de pacientes con cáncer.

### **1.3 Pregunta de investigación.**

#### **1.3.1 Pregunta general.**

¿Qué aspectos sobre la depresión en pacientes con cáncer habrá que tener en cuenta para la creación de un manual de aplicación clínica para disminuir la depresión en pacientes con cáncer cervicouterino?

#### **1.3.2 Preguntas específicas.**

- ¿Qué es el cáncer?
- ¿Cuáles son las consecuencias psicológicas que produce el proceso de cáncer en los pacientes que lo padecen?
- ¿Existen tipos de cáncer que afecten más psicológicamente?
- ¿Qué es la depresión?
- ¿Cuáles son las características de la depresión?
- ¿Cómo afecta la depresión en el proceso de la enfermedad de cáncer?

#### **1.4 Propuesta de investigación**

La presente investigación propone la realización de un manual de intervención clínica dirigido a psicólogos basado en la terapia cognitivo conductual que ayude en la disminución de la depresión en pacientes con cáncer de tipo cervicouterino.

## CAPÍTULO II

### Marco Teórico

#### 2.1 Estadísticas del Cáncer en Bolivia

Se entiende por incidencia de cáncer al número de casos que padecen la enfermedad y que aparecen durante un periodo de registro de una población específica.

En los años 1978-1982 se realizó una encuesta sobre la incidencia de los diferentes tipos de cáncer en la ciudad de La Paz-Bolivia (comprendiendo también a El Alto). Los resultados demostraron que existe una incidencia mayor de mujeres en relación al de hombres. Siendo la diferencia de 169.8 % en el caso de las mujeres contra un 102.9% en el caso de los hombres dónde la muestra fue de 100000 habitantes.

Gracias a la información brindada por el Ministerio de Salud y Deportes, de cada 100000 mujeres, el 151.38% de mujeres de entre 35 y 64 años de edad, mueren por cáncer de cuello cervico uterino. (Periódico El Deber, 2005). En un informe del Fondo de Población de Naciones Unidas (Unfpa), 9 mujeres cada dos días mueren de cáncer de cuello uterino en Bolivia (Periódico el El Deber, 2001).

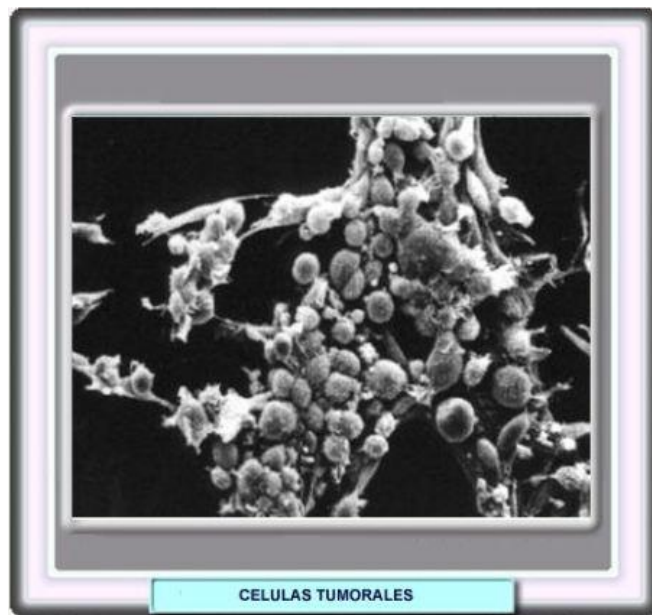
(Ver Anexo 1 y 2)

#### 2.2 Cáncer.

Se entiende por cáncer a un grupo de enfermedades dónde las células tienen un crecimiento que no respeta los límites cómo lo hacen las células normales. Este

crecimiento hace que necesiten mayor alimentación ocasionando que las células normales vayan muriendo por falta de nutrición. (Guyton & Hall, 2006).

**Dibujo 1:** Células tumorales.



### **2.2.1 Tratamientos Para El Cáncer.**

Existen diferentes tratamientos utilizados para la lucha contra la enfermedad del cáncer. Los tres más comunes son la radioterapia, quimioterapia y cirugía.

- Radioterapia: Consiste en dar grandes dosis de radiación para destruir las células cancerosas y evitar la propagación del cáncer.

Este tratamiento puede durar de 2 a 10 semanas y puede ser administrado 5 días seguidos una vez por día.

La radioterapia es uno de los tratamientos más utilizados en la lucha contra el cáncer y puede ser utilizado tanto en pacientes terminales (para reducir el tamaño del tumor y aliviar parcialmente el dolor que este provoca por el tamaño que tiene y la presión que provoca contra otros órganos), así como en pacientes no terminales para eliminar el tumor.

La radioterapia puede ser impartida todos los días para dividir la dosis que es necesaria dar. De esta forma se busca evitar lo más que se pueda, que esta afecte a las células sanas pues la dosis es baja y da tiempo que estas se recuperen del tratamiento.

No produce dolor físico pero si efectos secundarios que pueden causar malestar. La radioterapia puede administrarse antes, durante o después de una cirugía o de la quimioterapia para mejorar los resultados obtenidos.

Durante este tratamiento, algunas personas pueden trabajar durante todo el día, otras solo la mitad del tiempo y algunas no pueden hacerlo en absoluto pues la radioterapia ocasiona cansancio, debilidad, menor energía.

Una vez terminada la radioterapia, los pacientes deberán asistir a controles para determinar qué tan bien resultó el tratamiento y

buscará otros signos de cáncer a partir de otras pruebas cómo pruebas de sangre.

Puede ser impartido de dos formas:

- Radiación externa: Una máquina fuera del cuerpo de la persona dirige la radiación hacia el lugar del cáncer.

**Dibujo 2:** Forma de realizar la radiación externa.



- Radiación interna: La radiación es introducida dentro del cuerpo a las células cancerosas o está dirigida cerca de ellas.
- La quimioterapia: Es el tipo de tratamiento en el que utilizan medicamentos para la destrucción del cáncer.

La quimioterapia puede ser utilizada tanto para curar (destruir las células cancerosas), controlar (evitar la expansión del cáncer o promover un crecimiento más lento) o mejorar los síntomas del

cáncer (disminuir el tamaño del tumor y por tanto aliviar el dolor que este provoca).

La quimioterapia puede utilizarse en diferentes momentos, por ejemplo, la quimioterapia de tipo neoadyuvante que es utilizada cuándo es necesaria la reducción del tamaño del tumor antes de la intervención de radioterapia.

La quimioterapia de tipo adyuvante es aquella que se utiliza después de la cirugía o radioterapia para destruir las células que pudieron haber quedado aún. También puede ser utilizada cuándo el cáncer fue recurrente (volvió a aparecer) o cuándo es metastásico, (cuándo el cáncer se ha esparcido a otras partes del cuerpo).

La frecuencia y duración de las sesiones de quimioterapia dependen del objetivo de la misma (si es eliminación, control o mejoramiento de los síntomas), el tipo de cáncer, cómo reacciona el cuerpo del paciente ante la terapia. Por ello la quimioterapia es recibida por ciclos. Un ciclo es la cantidad de veces que el paciente debe ser sometido al tratamiento sin interrupción hasta terminar la dosis para poder tener un descanso entre terapia y terapia para la generación de su cuerpo de células nuevas.

El efecto colateral más común después de la quimioterapia es la fatiga. Los otros efectos dependerán de lo saludable que se encuentre el cuerpo que lo recibe, el tipo de cáncer que tiene, el

tipo de quimioterapia que haya recibido, cuánto haya crecido el tumor así como la dosis recibida.

Entre los efectos colaterales de la quimioterapia están la anemia, la caída del pelo, dolor, diarrea, cambio en la piel y en las uñas, náuseas, vómitos, cambios sexuales, sangrado, etc.

La administración de la quimioterapia puede ser de la siguiente forma:

- Inyección: La dosis puede ser aplicada en la cadera, en el brazo, uno de los muslos.

**Dibujo 3:** Quimioterapia a partir de la inyección.



- Intra arterial: Este tipo de quimioterapia va dirigida a la arteria que está directamente conectada con el cáncer.

**Dibujo 4:** Quimioterapia intra arterial

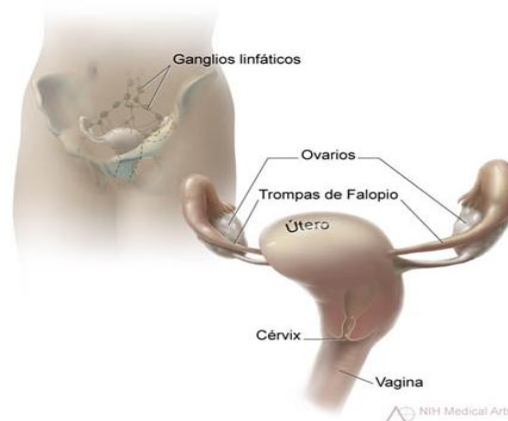
- Intraperitoneal: Cuando la dosis va dirigida directamente a los órganos con cáncer que se encuentran en la cavidad peritoneal como los intestinos, ovarios, hígado, estómago.
- Intravenosa: Cuando la quimioterapia está dirigida al interior de una vena.
- Tópico: cuando el tratamiento es realizado a partir de la aplicación de una crema que se puede frotar sobre la piel.
- Oral: cuando el tratamiento es realizado a partir de la ingesta de pastillas o líquidos ingeridos por la boca.
- Cirugía: Este tratamiento consiste en un acto quirúrgico en el cual se extirpa una parte o la totalidad del tumor.

Existen otros tratamientos nuevos como la terapia génica pero no se los tratará en esta investigación por no ser el tema principal de la misma.

### 2.3 El cáncer cervicouterino.

*“El Cáncer Cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal”.* (Ministerio de salud de Chile, 2006 pág. 3)

**Dibujo 5:** Aparato reproductor femenino: Cervix, dónde se origina el cáncer.



La progresión de las lesiones pre cancerosas van a ir variando acorde al grado de displasia. Por ejemplo, si una mujer tiene una displasia ligera, probablemente esta evolucione a una displasia severa en un periodo de 7 años aproximadamente. Si la paciente presenta una displasia severa, esta se convertirá en un cáncer invasor en el tiempo aproximado de 10 años. Si la persona presenta un cáncer invasor, el riesgo de que la paciente muera es de un 40 % en un período aproximado de 2-3 años. (Vega, Rivas et. al.)

El cáncer cervicouterino es uno de los pocos cánceres comunes en los que se puede relacionar causalmente entre agente-enfermedad. El virus VPH es el agente causal y puede presentarse en diferentes tipos: 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58, 59, siendo los más comunes el 16 y 18. (Lewis, et. al)

Este tipo de cáncer es una enfermedad muy prevenible y tratable si es detectado en una etapa temprana y pese a ello, presenta una gran incidencia y mortalidad a nivel de América Latina y el Caribe. (Lewis et. al)

En cuanto a factores que pueden estar relacionados con la presencia del cáncer cervicouterino, se ha hallado que las mujeres que fueron fumadoras tienen el doble de probabilidades de tener este cáncer en comparación a las “*testigos positivas de PVH*” (Lewis, et. al pág 11) . Así mismo, pacientes que consumieron anticonceptivos orales por 10 años o más, son más propensas a tener este cáncer

Esta enfermedad presenta mayor mortalidad a mayor edad de la paciente. Sin embargo, la incidencia se presenta en mayor proporción a mediana edad, es decir, de los 35-54 años. (Lewis, et. al)

### **2.3.1 Proceso de diagnóstico y evolución de la enfermedad.**

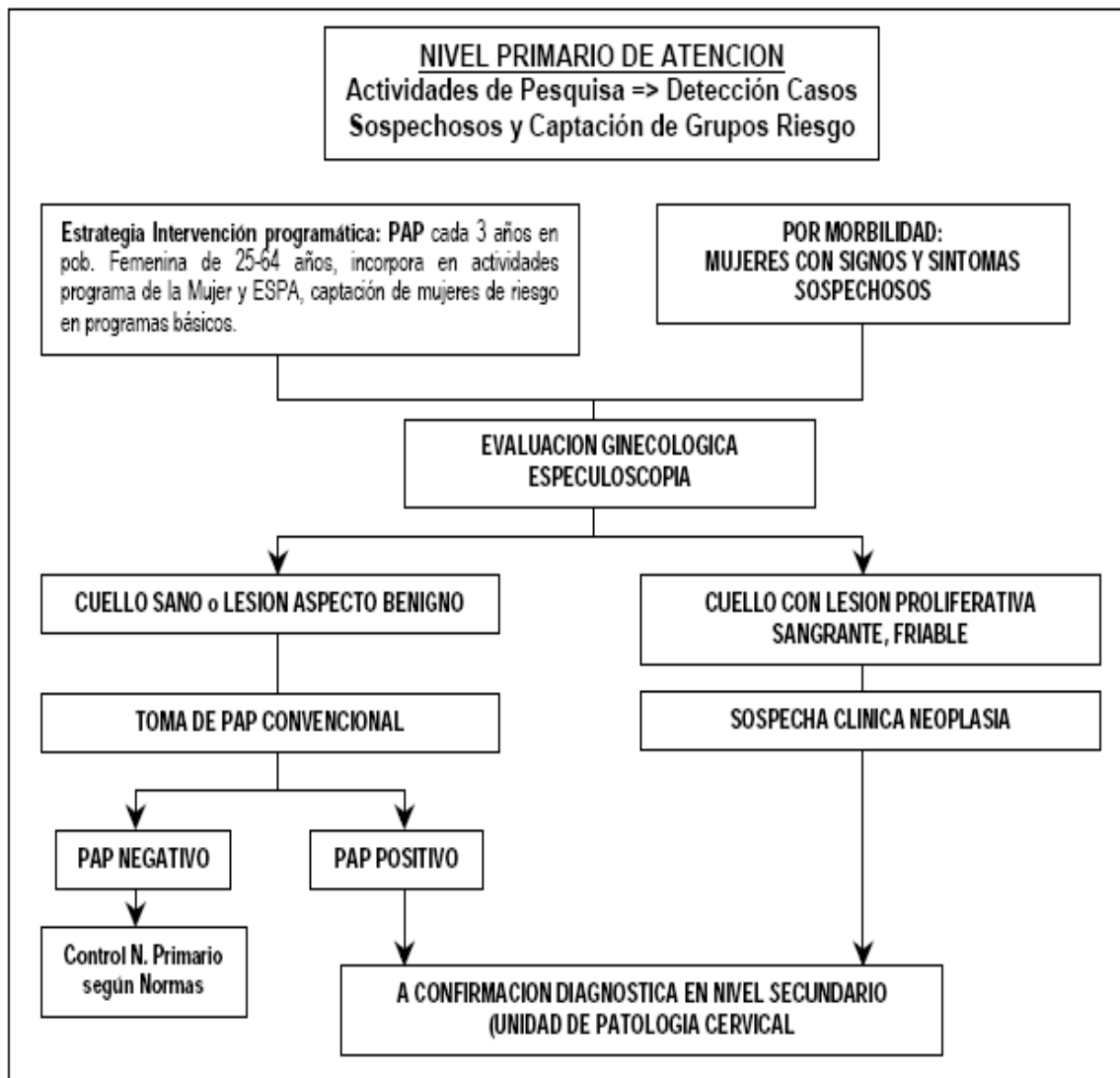
La prueba diagnóstica con mayor efectividad para el cáncer cervicouterino es la del PPA “Papanicolaou”. Las mujeres comienzan con su revisión médica del PPA comúnmente desde los 25 hasta los 64 años con una periodicidad de 3 años entre prueba y prueba.

El PPA consiste en una toma de células del cuello uterino para dividir los resultados en normales y anormales. Los resultados anormales responden a la identificación de células atípicas. Estas células atípicas tienen diferentes grados.

El grado 1 se refiere a que existe un cambio leve en la célula. Esto puede darse por irritaciones y generalmente desaparece sin tratamiento. El grado 2-3 se da cuando existen lesiones escamosas intra epiteliales y las células sufrieron cambios moderados y graves. Este diagnóstico requiere pruebas posteriores o un tratamiento. El grado 4 responde a que existe carcinoma invasor.

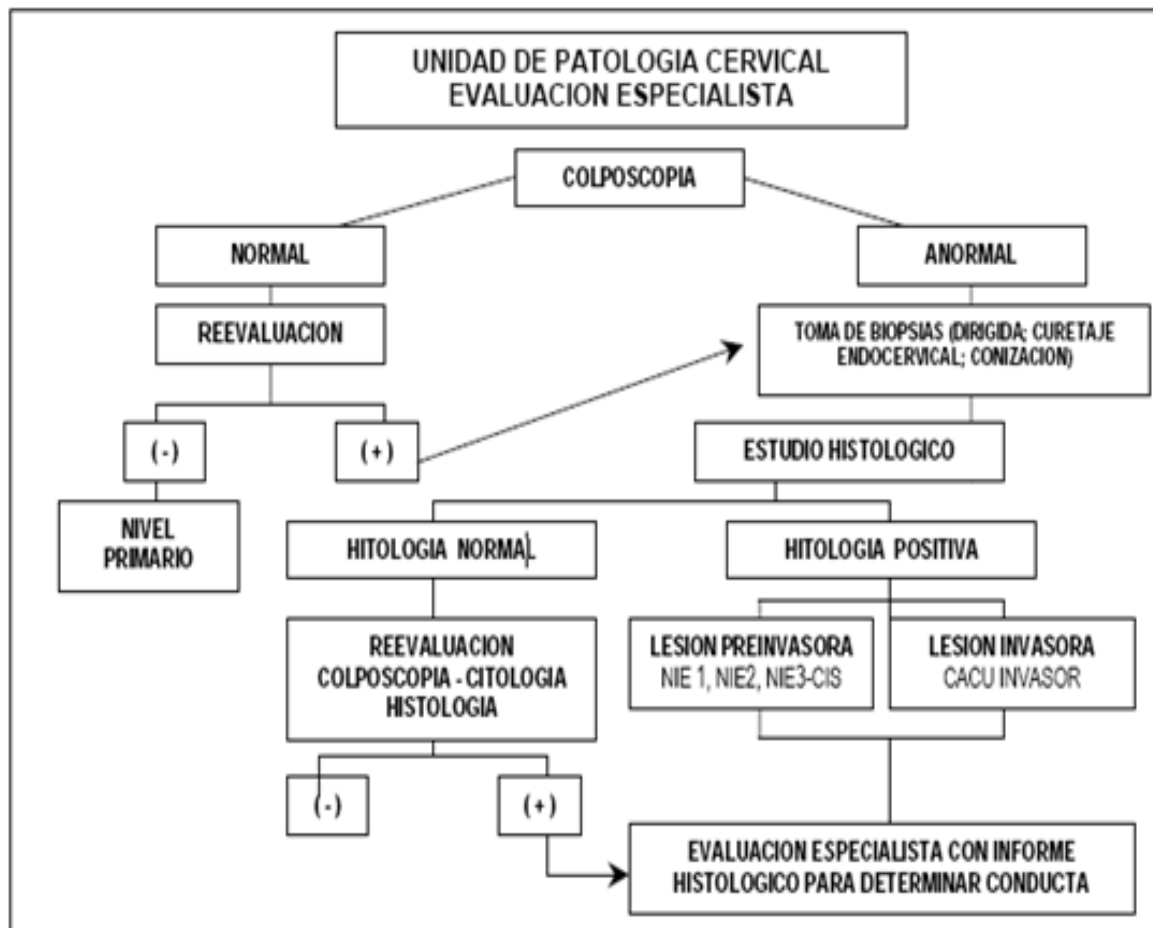
En los siguientes algoritmos, se observa cuál es el procedimiento diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento del cáncer cervicouterino.

**Esquema 1:** Algoritmo de sospecha de cáncer cervicouterino.



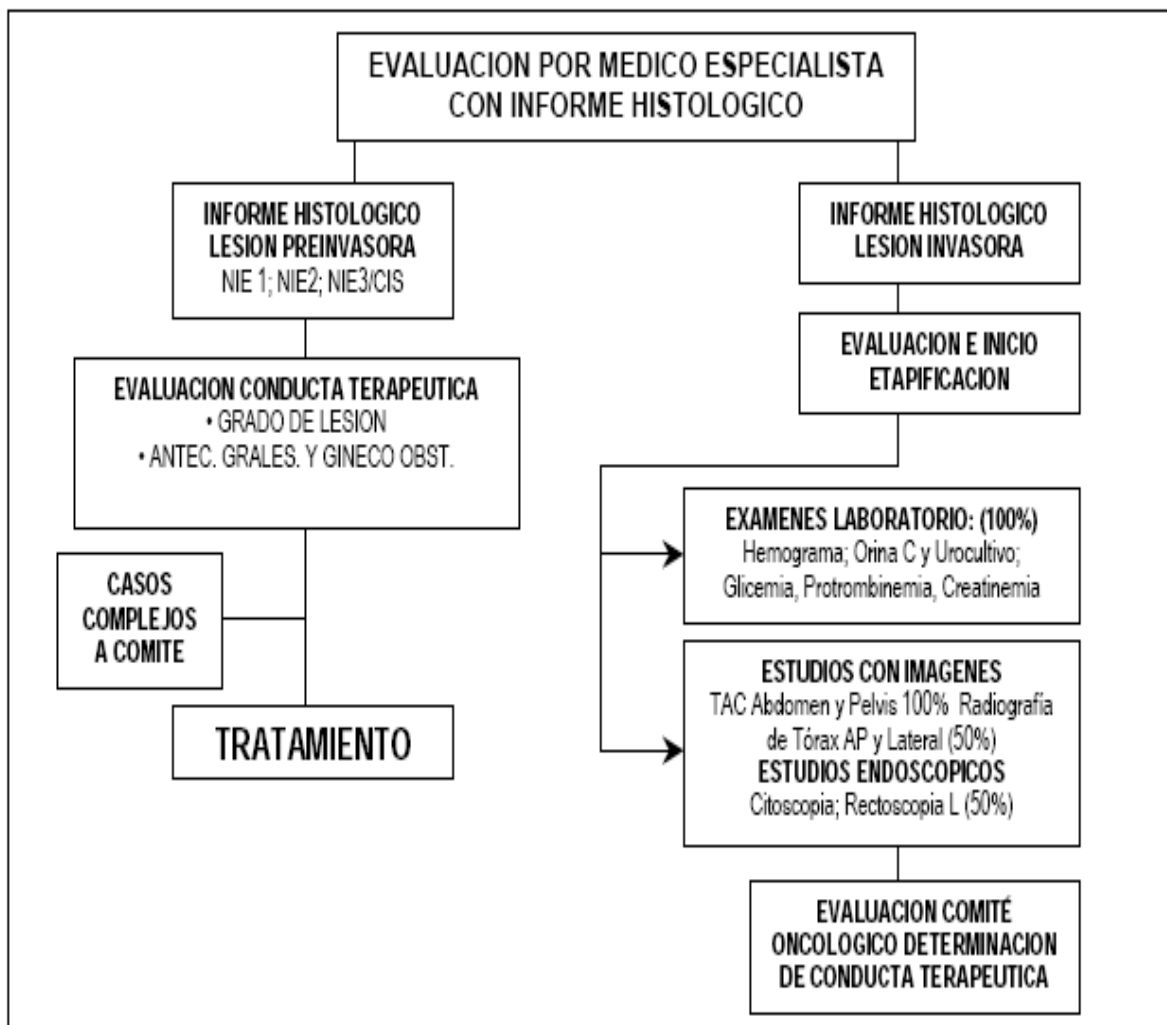
**Fuente:** Ministerio de Salud de Chile (2004)

**Esquema 2:** Algoritmo de confirmación diagnóstica.



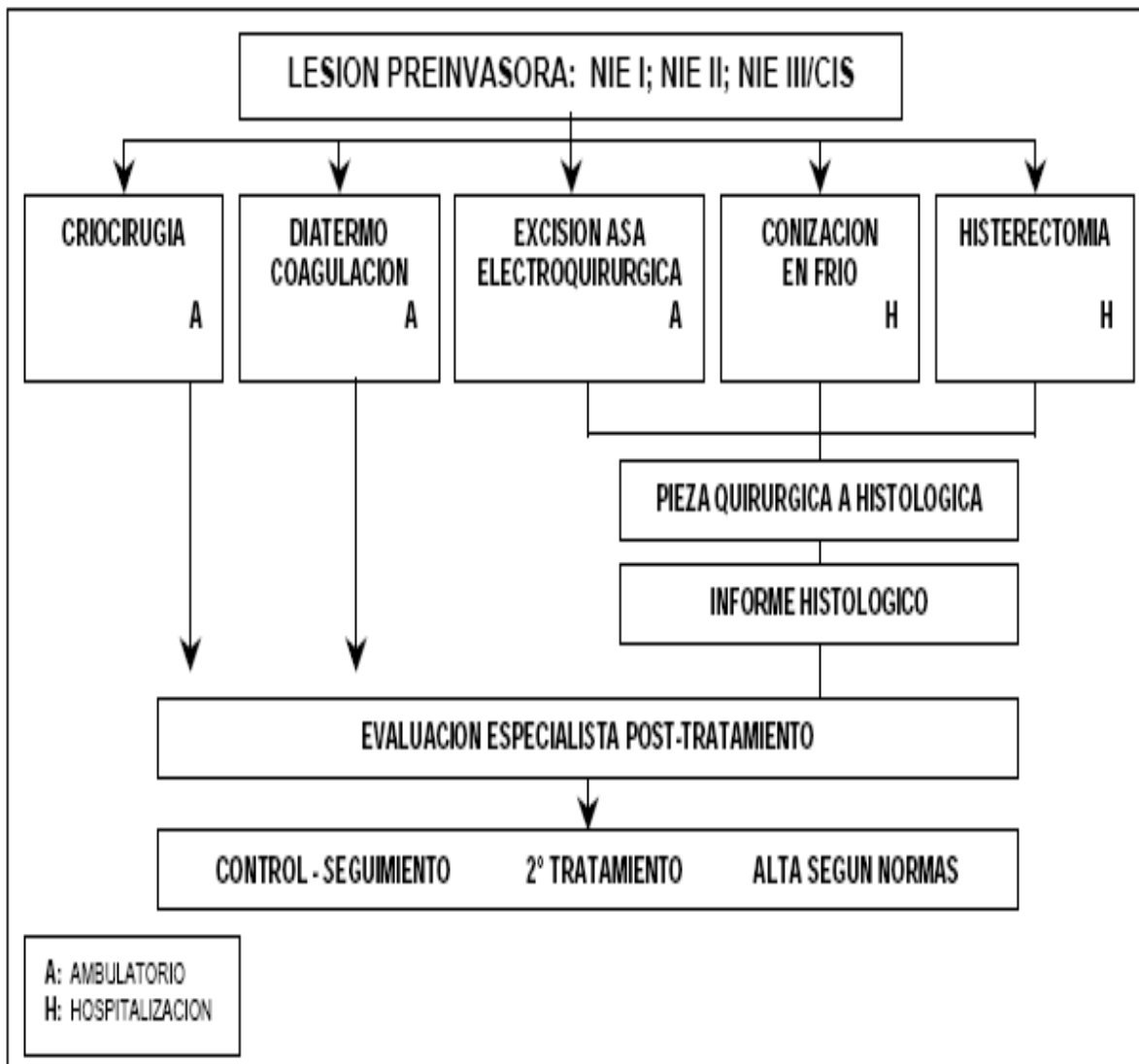
**Fuente:** Ministerio de Salud de Chile (2004)

**Esquema 3:** Algoritmo de confirmación diagnóstica.



**Fuente:** Ministerio de Salud de Chile (2004)

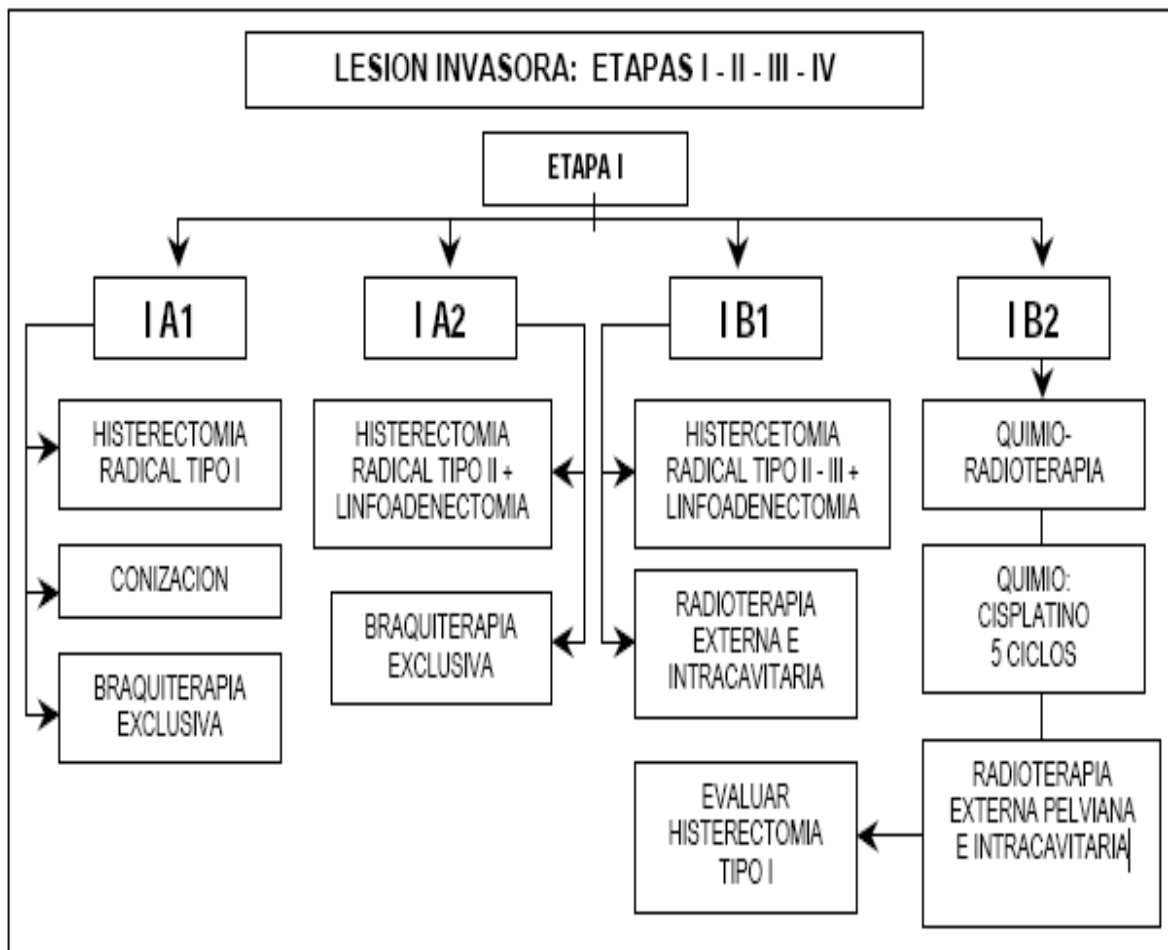
**Esquema 4:** Algoritmo de tratamiento I.



**Fuente:** Ministerio de Salud de Chile (2004)

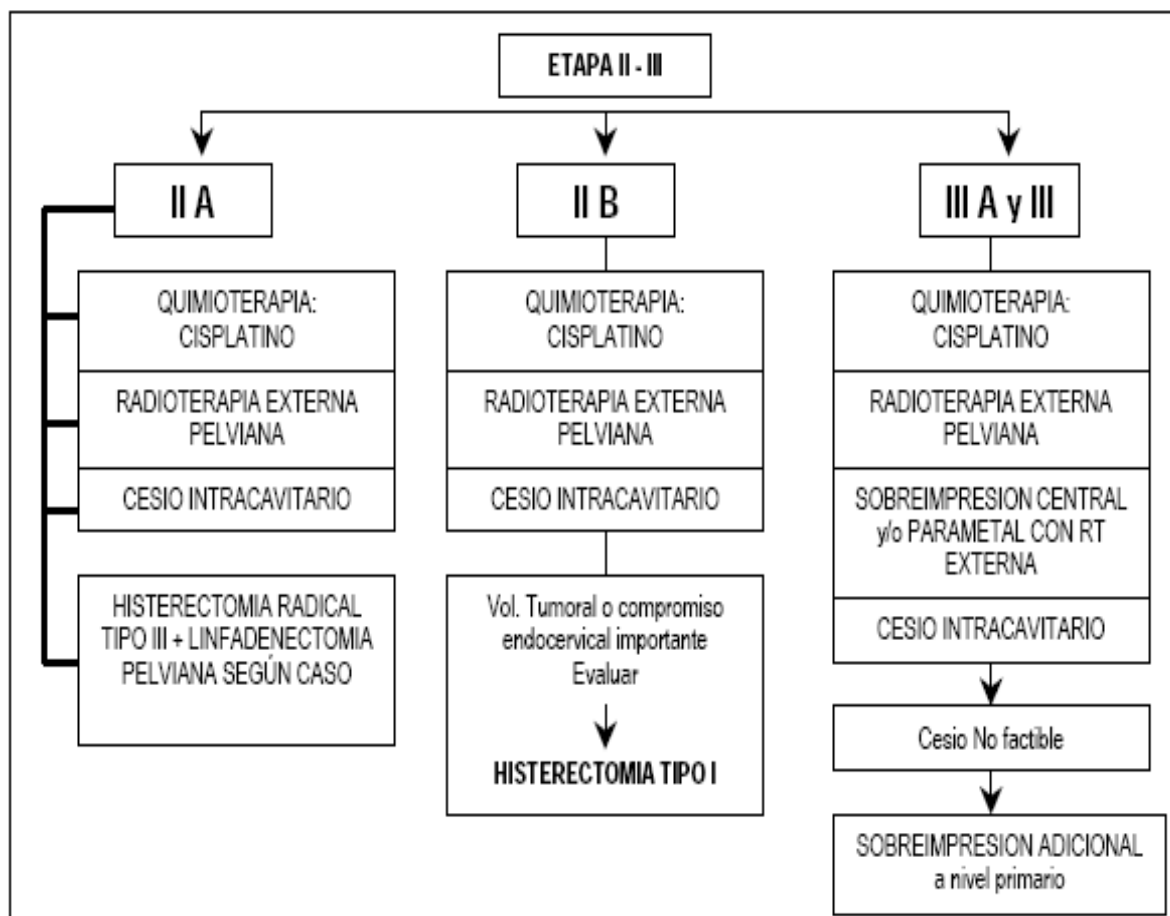
Esquema 5: Algoritmo de tratamiento

II

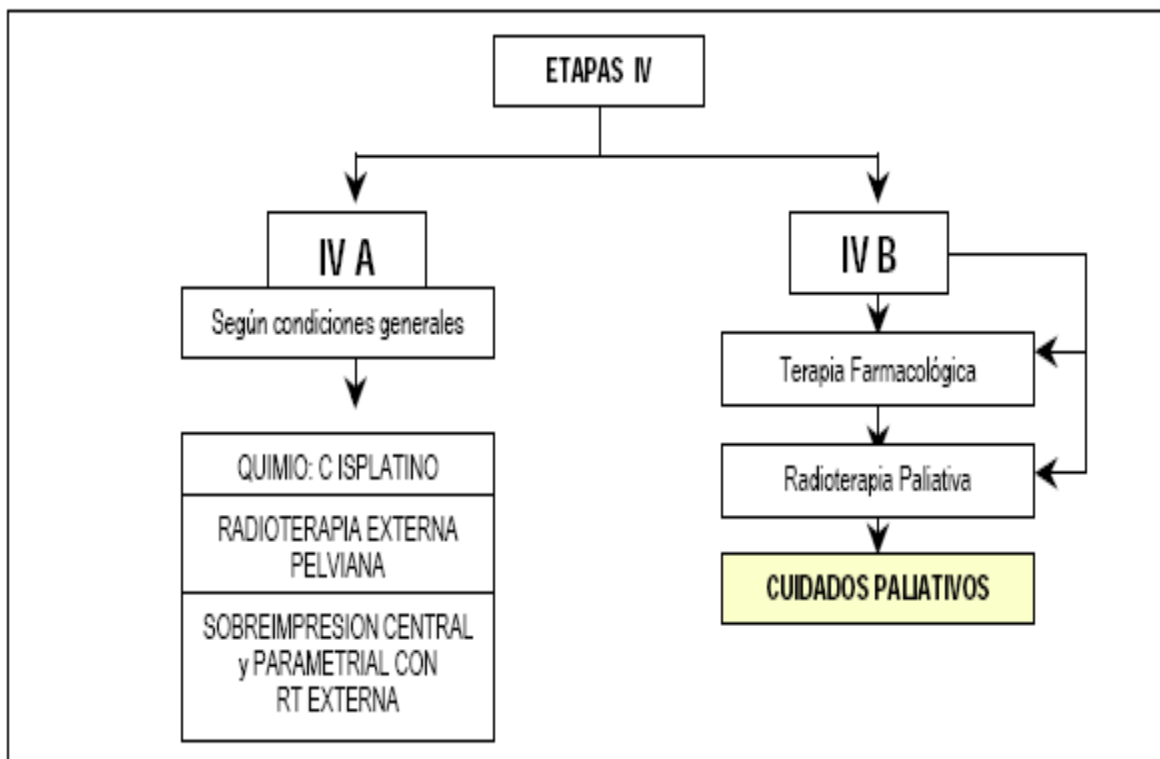


Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2004)

Esquema 6: Algoritmo de tratamiento III

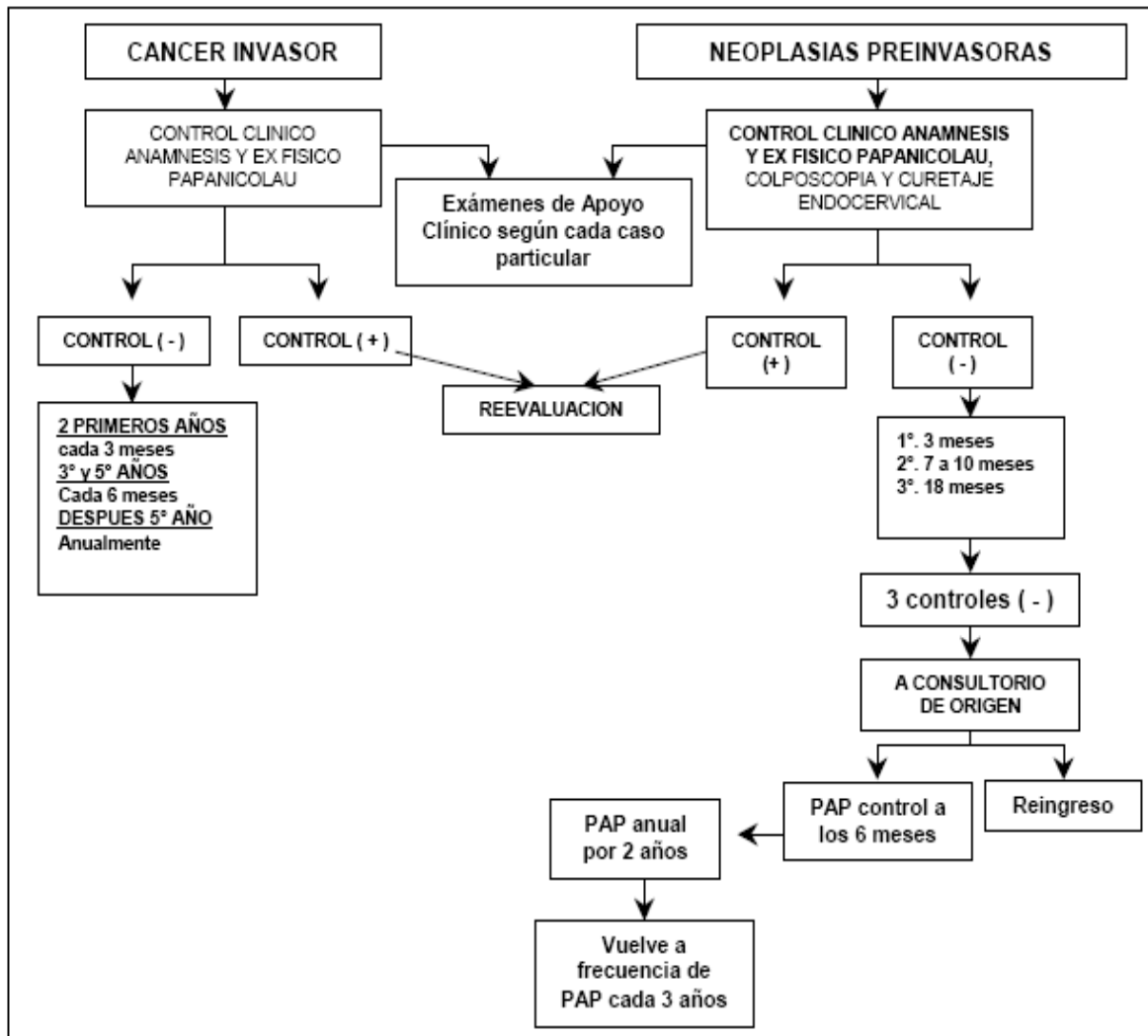


Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2004)

**Esquema 7:** Algoritmo de tratamiento IV

**Fuente:** Ministerio de Salud de Chile (2004)

Esquema 8: Algoritmo de seguimiento



Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2004)

### 2.3.2 Implicancias del cáncer en el estado de ánimo.

Durante el proceso del cáncer existen reacciones emocionales que las experimentan la mayoría de los pacientes que están diagnosticados. Por ejemplo, pueden tener crisis en las que les provoquen ataques de ira, depresiones, ansiedad, entre otras. (Brannon y Feist, 2000).

A nivel emocional, de pensamiento e imagen, el cáncer afecta a las personas reflejándose de la siguiente forma:

- Miedo a la muerte.
- Interrupción de planes de vida.
- Cambios en la imagen corporal y la autoestima.
- Cambios en su función social y su estilo de vida.
- Preocupaciones monetarias y legales.

Sin embargo, factores tales como el lugar de localización del tumor y la facilidad o dificultad de encontrarlo van a influir en el tipo de respuesta psicológica del paciente y su familia, e incluso afectará en ocasiones, en la actitud de los pacientes hacia los médicos. (Castiblanco y Delgado, 2001).

Si el cáncer está en un lugar visible y no afecta a los órganos internos, el paciente tiende a tener menos miedo y mayor esperanza ya que tiene la impresión de un mayor control y posibilidad de curación. Sin embargo si los tumores están asociados a órganos sexuales el estado de ánimo se verá más afectado ya que el cáncer está relacionado con la intimidad propia de la persona. (Castiblanco y Delgado, et. al)

Los cánceres más difíciles de superar desde el punto de vista psicológico son aquellos que requieren aceptación de la realidad de la enfermedad tanto por los sentimientos internos de preocupación por los diagnósticos, la opinión de los médicos y los resultados de las pruebas de laboratorio (DeVita, Hellman y Rosenberg, 1994 en Suárez, Baquero, Londoño y Low, s.a)

El tener el diagnóstico de cáncer, puede ser considerado como un estresor ya que puede provocar cambios emocionales como la depresión y la ansiedad. (Vega, Rivas et. al)

Acorde a cómo sea interpretada la enfermedad es que esta afectará con mayor o menor intensidad a las diferentes personas que lo padecen. Si una persona percibe que no presenta los suficientes recursos personales para poder hacer frente a esta enfermedad, entonces el nivel de ansiedad y/o depresión se verán más incrementados que una persona que percibe contrariamente. (Cano, A 2005)

En una revisión llevada a cabo por (Spijker, Trijsburg, Duivenvoor, 1997) en Cano et. al se halló que no existe evidencia de una diferencia significativa en los niveles de ansiedad entre las personas que tienen cáncer y las personas que no lo tienen. Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas de depresión entre las personas con y sin cáncer.

En investigaciones posteriores se determinó que existe un incremento de ansiedad y depresión si la personalidad pre mórbida ya presentaba rasgos de estos síndromes. Por otro lado, el apoyo social recibido influirá positiva o negativamente en el estado de ánimo de la paciente. (Cano, A, et. al)

En un estudio realizado por Almanza, Breitbart y Holland (2005) en el que se hizo un análisis de los trastornos mentales de pacientes oncológicos. Los resultados fueron que de 523 pacientes estudiados, el 38% tuvieron presencia de dolor durante el tratamiento. De estos, el 62% documentó trastorno depresivo, 43.7% tuvieron trastornos de adaptación, y 25% trastornos de ansiedad. De esta forma se puede observar que la coexistencia de dos

variables como ser el cáncer y el dolor pueden provocar una psicopatología necesitada de psicoterapia.

Spearman en Plata, Olivares, Guevara (2004) estableció que a mayor intensidad de dolor, habrá mayor depresión y pensamientos de catástrofe. De la misma forma, se encontró que la incapacidad funcional presenta una correlación con ansiedad y depresión.

La enfermedad afecta tanto a la autoimagen cómo el nivel de bienestar de la paciente. Esto conlleva a un proceso de aceptación a la realidad inmediata pero también el paciente deberá anticiparse a los cambios futuros por parte de la paciente. En el caso del cáncer cervicouterino, la paciente deberá lidiar con el sentimiento de incapacidad sexual. Vega, Rivas et. al.

### **2.3.3 El cáncer y la depresión.**

La depresión grave afecta de entre el 15 y el 25 % de los pacientes con cáncer. No existe una diferencia entre la incidencia presente en varones que la presente en mujeres. <http://www.cancer.gov/espanol>

En la fase terminal muchos de los pacientes afirman ser una “carga” para sus familiares y otros allegados, aunque objetivamente la dependencia de ellos sea mínima. <http://www.cancer.gov/espanol>

Es necesario realizar evaluaciones sobre la depresión a los pacientes durante toda la enfermedad ya que presentan periodos de mayor pesadumbre y tristeza. Es por ello que es necesario realizar un diagnóstico apropiado sobre

el grado de depresión que puede estar sintiendo la paciente para poder tomar las medidas necesarias: consejería, medicación, terapia. Por lo general se deriva a consejería a las pacientes con depresión leve, a terapia a las pacientes con depresión moderada y se recomienda medicación a las personas con depresión profunda. <http://www.cancer.gov/espanol>

En el Canadian National Palliative Care Survey se realizó una investigación en donde el 20.7 % de las pacientes presentaba depresión, y el 13, 1% presentaba ansiedad. Las pacientes que presentaban depresión eran las que menores redes sociales tenían, presentaban un nivel funcional menor y participaban menos en servicios religiosos. Todo esto repercutía negativamente en su calidad de vida. <http://www.cancer.gov/espanol>

En otro estudio realizado a 211 pacientes con cáncer terminal y esperanza de vida de menos de 6 meses de vida, se investigó la sensación de ser “una carga” para otro. Y se halló una correlación con cuatro variables: depresión, desesperanza, grado de fatiga, y calidad de vida actual. Un dato relevante es que no se encontró una relación entre la dependencia física y la sensación de ser una carga. Esto lleva a pensar que esta sensación proviene más de una aflicción psicológica y de asuntos existenciales que de otra cosa. Posteriores subanálisis revelaron el mismo hallazgo con mínimas variaciones en pacientes de otras unidades físicas.

Es importante tomar en cuenta que en el diagnóstico de la enfermedad, la paciente puede sufrir algunos de los síntomas que son propios de la depresión, sin embargo solo indican un proceso de adaptación esperado. Entre estos síntomas se encuentra el rechazo al diagnóstico, el tener

dificultades para poder dormir, tristeza, sentimiento de inutilidad, culpa, etc. Esta adaptación puede tomar días o semanas. Estudios afirman que por lo menos la mitad de los pacientes se adaptarán satisfactoriamente. Sin embargo, síntomas de ansiedad y depresión al inicio de la enfermedad, pueden predecir que estos se volverán a producir en 6 meses.  
<http://www.cancer.gov/espanol>

Entre las situaciones que ayudan en la adaptación al diagnóstico se encuentran que el paciente continúe activo realizando sus quehaceres diarios, evitar un cambio en el rol de desempeño normal cómo de conyugue, hijo, madre.

Cuándo los síntomas depresivos se mantienen durante un tiempo se puede estar hablando de algún tipo de depresión cómo es la distimia (trastorno afectivo mediante el cual la persona se siente desanimada de forma constante por lo menos dos años).

La paciente debe buscar lidiar con los sentimientos de inutilidad, desesperanza, invalidez, culpa. Es por ello que se debe evitar hacer auto declaraciones negativas cómo echarse la culpa. También se debe evitar ver todo como una catástrofe. Un estudio con 138 pacientes determinó que las pacientes que afrontan la enfermedad con menores índices de depresión y ansiedad son aquellas que se hacen reafirmaciones positivas. En esta misma investigación se encontró que existe un mejor afrontamiento por parte de las mujeres que afrontan con estrategias religiosas la enfermedad.  
<http://www.cancer.gov/espanol>

En el ámbito familiar de la paciente, es importante que tanto paciente como familiares puedan expresar abiertamente sus sentimientos. En un estudio realizado con 48 pacientes y 99 familiares adultos, se encontró que eso incide favorablemente para que disminuya la depresión y la ansiedad. <http://www.cancer.gov/espanol>

Otros factores que influyen en el aumento de la depresión en los conyugues es la edad avanzada, si es una pareja recién casada y si presentan una menor educación. <http://www.cancer.gov/espanol>

## **2.4 Tratamientos psicoterapéuticos en el cáncer.**

La psicoterapia puede ser dada tanto para prevenir un problema (orientación) o para tratarlo. Se ha encontrado que la psicoterapia es útil para tratar a pacientes con cáncer avanzado.

Existen diferentes indicadores que señalan la necesidad de realizar una intervención terapéutica temprana. Por ejemplo, si la persona presentó depresión anterior al diagnóstico, si la persona no presenta un buen sistema de apoyo social (por ejemplo, es soltero, no tiene muchos amigos, está en un ambiente laboral solitario). También si la persona tuvo indicios de creencias irracionales sobre la enfermedad (por ejemplo, todas las personas con cáncer mueren). Si la persona presenta un pronóstico más grave.

### **2.4.1 Terapia cognitiva de Aaron Beck**

El Doctor Aaron Beck junto con Albert Ellis fueron dos de los pioneros en el desarrollo de la terapia cognitiva.

La terapia de Aaron Beck para la disminución de la depresión se basa en el modelo S P R en donde S es el estímulo, P el procesamiento cognitivo y R la

respuesta que da la persona a ese estímulo. Estas respuestas pueden ser tanto a nivel emocional, conductual y/o fisiológico.  
<http://www.catrec.org/BECK.htm>

La teoría cognitiva sustenta que el procesamiento de la información desadaptativa y las creencias inexactas que tienen las personas son las que causan y mantienen la depresión. Por tanto, corregir los errores de procesamiento ayudará no solo en el tratamiento de esta enfermedad, sino que ayudará en la prevención futura para la persona. Hollon, Steven D. and DeRubeis, Robert J. (2009)

Acorde a Beck, existe lo que es la triada cognitiva de la depresión, es decir factores cognitivos que intervienen en la depresión de una persona. También influyen los esquemas de pensamiento y los errores de procesamiento,

- Triada cognitiva:

Son tres patrones cognitivos los cuales hacen que el paciente se considere a sí mismo en su presente, su futuro y sus experiencias pasadas de una forma idiosincrática.

- Visión negativa sobre sí mismo: La persona se autocrítica, subestima y se atribuye cosas negativas. El paciente tiende a sentirse con poca valía y a atribuir sus experiencias a un defecto desagradable de él mismo ya sea este psíquico, moral o físico. El paciente se concentra en estos defectos y eso lo hace inútil. Piensa que no tiene los atributos que considera necesarios para alcanzar la felicidad y la alegría.

- Interpretación negativa de sus experiencias: Sentimiento de derrotismo ante la vida. Tiene la visión que las exigencias externas son muy grandes y esto le ocasiona frustración. Interpreta las relaciones que tiene ya sea con personas o con objetos inanimados en términos de derrota o frustración.
- Visión negativa del futuro: Pensamiento basado en que sus sufrimientos serán indefinidos. Dificultades anticipadas. Piensa que las frustraciones, las penas serán interminables.

Existen otros dos factores que influyen de según Beck son los siguientes:

- Esquemas: Los esquemas son “patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones”. ( Baringoltz et. al). Esto hace referencia a cómo la persona conceptualiza la realidad.

Es la base para “localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas”. (Aaron Beck y otros, 1983, pág. 21)

Existen muchos esquemas que permanecen inactivos en la persona por mucho tiempo, sin embargo, la depresión puede ser un estímulo para activar esos esquemas. Cuando estos han sido activados, se van a retroalimentar de forma muy directa con los errores del procesamiento de información. A mayor intensidad de la

depresión, más difícil para la paciente utilizar esquemas más adecuados de interpretación del trastorno.

- Errores en el procesamiento de la información. Son distorsiones de pensamiento características de la depresión a los cuales el paciente otorga validez aunque presenten errores en su contenido.

Según Baringoltz et. al. y McKay y otros et. al, Las distorsiones son las siguientes:

- Inferencia arbitraria/interpretación del pensamiento: La paciente concluye algo aunque no tenga verdadera evidencia para esto. Este tipo de distorsión está relacionada con interpretar lo que los demás están pensando por una proyección que hace uno mismo en la otra persona. Por ejemplo, “si mi amiga me fue a visitar, es porque tiene pena de mi, piensa que soy muy débil”.
- Abstracción selectiva: La paciente se centra en un aspecto del contexto sin verlo de forma global.
- Generalización excesiva: La paciente crea una regla o llega a una conclusión a partir de uno o más incidentes de la realidad, generando relaciones válidas o inválidas. Las palabras que hacen referencia a este tipo de pensamientos son “nunca, siempre, todos, ninguno, nadie”. Esto ocasiona que la persona cree una ley que la limitará a ser feliz, limita a la persona a tener en cuenta solo ciertos aspectos de la realidad. Por ejemplo, “cómo me puse débil la anterior quimioterapia y no pude ir a trabajar, siempre voy a estar

débil después de cada quimioterapia y no querrán que continúe trabajando”.

- Maximización y minimización: “Distorsiones en la magnitud de una situación” (Baringoltz, et. al.) Por ejemplo: “el cáncer no es una enfermedad tan grave como dicen todos, no necesito ir al doctor a que me haga tratamientos, me curaré pronto”.
- Personalización: La paciente atribuye que los eventos externos están relacionados con ella aunque no haya alguna conexión que fundamente eso verdaderamente. Esta distorsión está muy relacionada con la comparación con los demás donde la persona está atenta a lo que está sucediendo y todo lo atribuye a sí misma. Por ejemplo, “mi marido está triste cuándo está conmigo pero no cuándo está con sus hijos porque yo soy una persona deprimente y aburrida”.
- Pensamiento absolutista dicotómico: La paciente clasifica su experiencia en polos opuestos. Bueno, malo, lindo, feo. No existen medios para ella. Debido a estos extremos, las emociones que siente el paciente son extremas y estas influyen en las etiquetas a las situaciones o a sí mismos. Por ejemplo, una paciente puede estar decidida a soportar con valentía la enfermedad, cuándo observa signos de debilidad y cansancio físico, cree que es la mujer más débil que existe.

- Etiquetamiento: La paciente pone un rótulo a la situación, a personas o a sí mismo. Hace juicios sobre una persona, cosa o situación, muchas veces sobre generalizando o no basándose en la realidad. Ese juicio afecta en su comportamiento. Por ejemplo, “el doctor es un aprovechador y siempre querrá cobrarme extra de los medicamentos”. La etiqueta es de aprovechamiento y el comportamiento será de hostilidad.
  
- Visión catastrófica: La paciente presenta pensamientos precedidos por las palabras “y si” en dónde la paciente se adelanta a hechos o conclusiones que no necesariamente son ciertas. Por ejemplo “¿Y si un día se equivocan en la dosis que me tienen que administrar en quimioterapia y me ponen en mayor cantidad y eso provoca “X” cosa?”
  
- Falacia de control: La paciente puede presentar esta distorsión de dos formas diferentes, la primera forma es la de sentirse impotente porque no tiene el control de nada de lo que le sucede, o sentirse omnipotente y creer que tiene el poder de influir en todo. En el primer caso, la persona se siente una víctima pasiva de todo lo que le sucede, se siente impotente y frustrada porque no puede hacer nada en contra de ello. Por ejemplo, “no importa lo que haga, nada hará que mejore mi tristeza ”En el segundo caso, la persona se siente la responsable de todo lo que le sucede a sí misma y a las personas a su alrededor. Por ejemplo, la paciente evitará expresar sus sentimientos debido a que si se siente triste, todos se sentirán tristes.

- Falacia de justicia: La paciente se basa en la aplicación de las normas legales a las relaciones interpersonales en base a lo que ella piensa que está bien. Por ejemplo, “mi familia debería comprenderme y aceptar cuándo tengo mis cambios de humor, no tendrían por qué enojarse, después de todo, yo estoy pasando un momento muy duro”.
- Razonamiento emocional: La paciente cree que todo lo que siente es porque en realidad es así. Por ejemplo, si la persona se siente débil, es porque es débil, si la persona se siente incapaz, es porque es incapaz.
- Falacia de cambio: La paciente supone que la otra persona tendría que cambiar y adaptarse a uno mismo. Por tanto la actitud que uno adopta es la de presionar a los demás para que cambien. Por ejemplo, “Se que llegas cansado de tu trabajo, pero yo me siento débil así que debes ser vos quien me sirva en todo lo que necesite”.
- Culpabilidad: La paciente piensa que una persona o ella misma es la responsable de una situación focalizando su atención en ello. Por ejemplo, “por mi culpa es que tengo esta enfermedad”.
- Los debería: La paciente pone una o más reglas inflexibles bajo las cuales todos tendrían que regirse los demás. Cómo la mayoría de las personas no lo hace porque no las conoce, la paciente se irrita y da malos tratos las personas. Por ejemplo, “todos deberían tener más cuidado al tratarme”.

porque estoy enferma, por tanto si subo a un minibús y el ayudante me trató no tan delicadamente cómo yo “merezco”, entonces me molesto y lo trato mal”.

- Tener razón: Esta distorsión se relaciona con que la persona piensa que lo que cree, es, nadie más tiene la razón. Lo que vale es su opinión y su visión del mundo. Por ejemplo, “el tener cáncer hace que no pueda trabajar nunca más, por más que me digan otras personas lo contrario”.
- Falacia de la recompensa divina: Hacer las cosas, o aguantar sufrimientos esperando recompensas. El problema de este pensamiento es que si no existe esa recompensa, la persona puede ir haciéndose resentida. Por ejemplo, “si yo aguanto todos estos dolores, seguro Dios me sanará pronto”

Estas características ocasionan un trato recíproco, es decir, gracias al tipo de comportamiento adoptado por la persona con depresión (falta de motivación, lentificación motora, aislamiento, etc.) ocasiona que las personas próximas ala paciente se alejen de ella por el tipo de respuestas que les brinda. A su vez este alejamiento hace que exista una retroalimentación entre lo que se está pensando “me siento rechazado” y la realidad “marginación” ya que cómo se aísla, las personas ya no lo invitan a eventos sociales cómo antes por tanto, la paciente alimenta sus pensamientos depresivos.

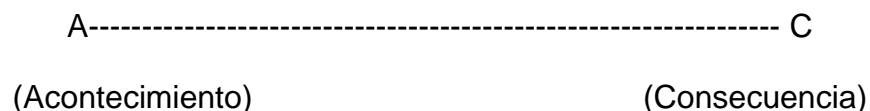
#### **2.4.2 La terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis**

Esta teoría, al igual que la teoría de Beck, se basa en la importancia de las cogniciones como mediadores para emitir una respuesta conductual.

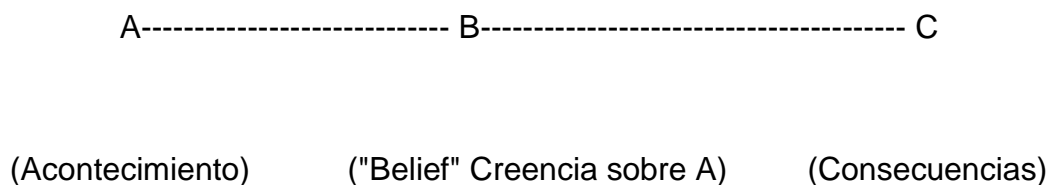
Para Ellis, el pensamiento, el afecto y la conducta son variables que están interrelacionadas y por tanto la variabilidad de una, afecta en la otra. Esta teoría se basa en que las perturbaciones emocionales pueden ser causadas por creencias, demandas inflexibles y valoraciones. Estas creencias irracionales son las principales componentes de los trastornos psicológicos que a su vez, si se los “convierte en ideas racionales”, son la base de la salud psíquica. Por tanto se busca en terapia y en la vida cotidiana que las creencias irracionales que son exigencias “debería”, sean reemplazadas por creencias racionales que son preferencias “me gustaría que”. <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

Ellis habla también sobre la importancia de que los hombres se pongan metas y se esfuercen racionalmente para alcanzarlas. Estas metas él las divide en metas de supervivencia y felicidad. La felicidad puede ser dividida a su vez en sub metas que son la aprobación o afecto, los éxitos y la competencia personal en diversos asuntos y el bienestar físico, emocional o social. Si las metas personales son exigentes, absolutistas, irracionales, eso hace sufrir a la persona. En contra posición, si la persona persigue metas no exigentes, no absolutistas sienten mayor felicidad. <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

Una de las bases de la teoría de Ellis es el A-B-C del funcionamiento psicológico. Esta teoría desarrolla postulados como el que la mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional a su conducta centrado en los eventos externos. Por ejemplo “Por culpa del cáncer yo soy infeliz”. El esquema que se sigue es más o menos el siguiente:



El modelo que propone Ellis presenta un intermediario básico entre el acontecimiento y la conducta que es el pensamiento. Por ejemplo, “Se que tengo cáncer y los tratamientos me impiden hacer algunas cosas que antes hacía, sin embargo trataré de seguir saliendo con mis amigas para no cambiar tanto mi rutina anterior al cáncer”. El esquema planteado por Ellis es el siguiente:



Se resalta la importancia de las creencias en dónde las distorsiones cognitivas, las creencias irracionales son las mediadoras de las consecuencias. Por tanto no son los acontecimientos externos (a menos que sean eventos extremos como un terremoto o un dolor extremo físico) los que producen las consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas. Por tanto, es la persona, en base a la valoración personal que realice sobre estos eventos que en última instancia, producen las consecuencias a los eventos. (Lega, 2002)

Los acontecimientos externos serán valorados en tanto impliquen a las metas de la persona. Si las metas son planteadas de forma que el pensamiento es absolutista provocan consecuencias psicológicas no favorables. Por tanto depende de qué tipo de procesamiento de la información realice la persona para que exista un perfil de salud psicológica o un trastorno psicológico. <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) en <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm> propone tres creencias irracionales primarias que son:

- Referente a la meta de aprobación-afecto: “Tengo que ser querida por todas las personas importantes para mí”.
- Referente a la meta éxito-competencia personal: “Debo producir en mi trabajo, la misma cantidad de productos que antes de las quimioterapias lo hacía”.
- Referente a la meta de bienestar: “No debo sufrir para conseguir lo que quiero”.

Estas creencias irracionales son las que hace que la persona sea más vulnerable a sufrir un trastorno emocional.

De estas creencias primarias, se derivan las creencias secundarias que son la base para el procesamiento irracional de la información:

- Referente al valor aversivo de la situación: Tremendismo: "Esto es terrible, lo peor”.
- Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: INSOPORTABILIDAD: "Imposible soportarlo, es demasiado para mí”.
- Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento: CONDENA: "Soy la peor persona, ¡Cómo pude haberme enfermado!”.

Otro factor que influye en las consecuencias emocionales son las distorsiones cognitivas. Estas evaluaciones no son tan centrales como las creencias irracionales.

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

Para tener una salud psicológica estable, es necesario que el terapeuta cognitivo diferencie entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El que existan emociones negativas no necesariamente las convierte en creencias irracionales. Lo que diferencia a estas emociones es la base cognitiva. Por ejemplo, una misma emoción “tristeza” puede derivarse de creencias racionales - emoción apropiada. Por ejemplo, “Estoy triste porque me peleé con mi esposo, pero sé que cuando llegue a casa, podremos hablar y arreglar las cosas”. O puede derivarse de creencias irracionales / emoción inapropiada. Por ejemplo: “No debería haberme peleado con mi esposo, soy la peor esposa, seguro ya no me querrá”.<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

En el caso del cáncer, es diferente sentir dolor a sentir culpa. Por ejemplo: Me duele ver a mi esposo sufriendo por mi enfermedad, preferiría que no sufriera. Es diferente a sentir culpa “No debí enfermarme, ahora mi esposo está triste y todo es mi culpa”.

Para cambiar las emociones inapropiadas por las apropiadas se puede cambiar las exigencias por preferencias, por ejemplo “me gustaría que las personas que quiero me quisieran”. En las creencias irracionales secundarias, se debe evaluar lo negativo sin llegar a la intolerancia. Por ejemplo, No me gusta sufrir, pero no es insoportable. La salud psicológica sería el buscar tener creencias racionales y actuar en consecuencia a ello. Esto contribuiría a que

se consigan metas personales con mayor probabilidad.<http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

Se debe diferenciar entre la adquisición de las creencias irracionales y el mantenimiento de ellas. Para la adquisición influye la tendencia innata a la irracionalidad (por eso es un ejercicio el cambio de ideas irracionales a las ideas racionales).Influye también el aprendizaje de la persona, por ejemplo, los modelos socio familiares. Para el mantenimiento se destacan tres factores:

- Baja tolerancia a la frustración: La persona quiere cambios inmediatos.
- Mecanismos de defensa psicológica: “No me gusta sufrir, esto no debería pasarme”.
- Síntomas secundarios: “estar perturbados por la perturbación”. Por ejemplo, me causa ansiedad el estar ansioso.

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

Para el cambio en terapia se puede trabajar en tres focos principales:

- Aspectos situacionales o del ambiente implicados en el trastorno emocional: Facilitar un ambiente reforzante a la persona con mala autoestima.

- Consecuencias emocionales, conductuales, cognitivas o somáticas del trastorno. Por ejemplo, medicar a un paciente con depresión mayor, auto reforzamiento positivo por sus logros aunque sean pequeños.
- Evaluaciones cognitivas implicadas en el trastorno emocional tanto en las creencias irracionales como en distorsiones cognitivas.

Se puede trabajar con estas tres bases en una terapia.

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

## **2.5 La Depresión**

Se entiende por depresión al conjunto de síntomas que afecta a la esfera afectiva en donde la persona siente una “tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático”. Alberdi, Taboada, Castro, Vázquez, (2006) La depresión comúnmente se presenta en comorbilidad con la ansiedad.

Existen criterios comunes para poder identificar la depresión acorde a los manuales diagnósticos CIE-10 y DSM-IV.

### **2.5.1 Categorización de la depresión**

La división de la depresión acorde al DSM-IV es la siguiente:

### **2.5.1.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante.**

Para el diagnóstico de este trastorno es necesario que existan 5 síntomas de los que se expondrán. Los dos primeros síntomas deben estar presentes mínimamente dos semanas y deben afectar a la actividad del paciente, con relación a la actividad previa:

- Estado de ánimo disfórico o depresivo la mayor parte del día y la mayoría de los días.
- Disminución o pérdida de la capacidad del placer, del interés en la mayoría de las actividades la mayoría de los días.
- Aumento o pérdida de peso por aumento o disminución del apetito.
- Hipersomnias o Insomnio la mayor parte de los días.
- Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi a diario.
- Falta de energía vital, sensación de fatiga casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad, culpabilidad sobre algún hecho específico, casi todos los días.
- Disminución de capacidades cognitivas: atención, razonamiento. Casi todo el tiempo y la mayoría de los días.

- Pensamientos de muerte, planes de suicidio.

Estos síntomas no deben ser causados por los efectos de medicamentos, enfermedades orgánicas (por ejemplo, el hipotiroidismo) o cualquier sustancia que esté tomando el paciente. Para este diagnóstico no debe haber un diagnóstico de un trastorno afectivo mixto, trastorno esquizo afectivo o esquizofrénico.

Los síntomas deben afectar en diferentes áreas a la persona como su vida familiar, laboral, social, etc. Cabe resaltar que es importante tener en cuenta el nivel de afectación en cuanto a intensidad, frecuencia y magnitud.

#### **2.5.1.2 Trastorno distímico.**

El trastorno está caracterizado porque la persona está crónicamente triste, es decir, con una magnitud no muy profunda pero con sintomatología presente por lo menos de 2 años en adultos y 1 año en niños y adolescentes.

- Apetito disminuido o aumentado.
- Hipersomnia o insomnio.
- Falta de energía vital.
- Autoestima baja.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.

- Sentimientos de desesperanza.

En este trastorno puede haber periodos asintomáticos pero no pueden ser superiores a dos meses seguidos para su diagnóstico. No debe haber habido un episodio de depresión mayor durante los dos primeros años del inicio de esta enfermedad en el caso de adultos y un año en el caso de niños y adolescentes. Caso contrario, se hablaría de un trastorno depresivo mayor crónico en remisión parcial.

Puede darse el caso de un trastorno de depresión doble cuándo después de dos años de la remisión de la depresión distímica, el paciente presenta depresión mayor.

La persona no debió haber tenido episodios de bipolaridad ni un trastorno ciclotímico. Se debe descartar esquizofrenia, enfermedades médicas, trastorno delirante u consumo de sustancias tóxicas.

Finalmente, es importante describir si existen síntomas atípicos y si la edad en que comenzó fue temprana (antes de los 21 años) o comenzó en una edad tardía (después de los 21 años).

### **2.5.1.3 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo).**

Depresión reactiva: Esto hace referencia a la aparición de síntomas ante una situación estresante después de tres meses de su presencia. Debe haber habido un deterioro y una afectación

significativa en sus actividades interpersonales, sociales y/o laborales.

### **2. 5.2 Pensamientos automáticos.**

Beck los define como s “reflejo, sin reflexión o razonamiento previo, y se graban como planeables y válidos” Beck, 1976 en McKay y otros (1985). Para Ellis es una “auto charla” que influye en cómo se percibe la realidad.

Mc Kay y otros (et. al) mencionan que las características de los pensamientos automáticos son las siguientes:

- Mensajes específicos discretos: La persona no necesariamente los razona pero si los piensa.
- Pensamientos automáticos parecen taquigrafiados: Los mensajes son cortos o de una sola palabra cómo miedo; muerte; tonto; no puedo soportarlo”. En ocasiones estos mensajes van acompañados con imágenes breves y con una breve reconstrucción del pasado, por ejemplo, una mujer se acuerda el momento en que le dijeron su diagnóstico y las lágrimas de sus hijos.
- Adjudicación de valor certero a los pensamientos: Los pensamientos son creídos por las personas de forma cómo si hubiesen sido percibidos por los sentidos. Cómo son creídos, no son cuestionados.
- Espontaneidad de los pensamientos: Aparecen sin que se los piense.

- **Expresión de obligación:** En ocasiones, estos pensamientos pueden expresarse en forma de “deber, tener, haber”. Por ejemplo, “no tendría que pasarme esto a mi”; “Debería vivir mejor mi enfermedad”. Esta expresión de obligación precipita un sentimiento de culpa ya que la realidad es otra.
- **Dramatización de los pensamientos automáticos:** Esto significa sobre dimensionar algún estímulo lo que genera estrés en la persona. Por ejemplo, Estímulo: Mi hijo está triste. Pensamiento: Seguro es por mi culpa que está en depresión profunda, lo dejé traumatado por mi enfermedad. Pensamiento automático: Hijo traumatado.
- **Idiosincracia:** Cada pensamiento se basa en la subjetividad de la persona, es decir a su razonamiento y a su propia experiencia
- **Dificultad de desviación:** Los pensamientos pasan “inadvertidos” en el diálogo interno, parecen “tener voluntad propia”. Estos pensamientos desencadenan otros pensamientos de retroalimentación.
- **Aprendizaje de los pensamientos automáticos:** El ambiente condiciona los pensamientos automáticos. Por ejemplo, “Eres fuerte, no tienes que llorar”.

### **2. 5.3 Visión de túnel.**

La visión de túnel es el resultado de centrar la atención en un solo aspecto, en dónde se tiene como base al grupo de pensamientos distorsionados. Estos pensamientos originan preocupación y crean una “especie de túnel” lo que

ocasiona que solo perciban sus pensamientos automáticos y se centren en un solo aspecto de su ambiente. Por ejemplo, la persona se centra en la tristeza de sus hijos y no en los momentos felices que pasa con ellos aún después del diagnóstico.

## **CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Diseño Metodológico.**

#### **3.1.1 Tipo de investigación.**

Se entiende por tipo de investigación al modelo o patrón que será utilizado para realizar una investigación. La presente será de tipo cualitativa ya que se basa en la recolección de datos sin medición numérica.

El alcance que tendrá será de tipo descriptiva y proposicional.

Descriptiva debido a que busca recoger información sobre las consecuencias psicológicas de las pacientes que presentan cáncer cervicouterino. La recolección de datos será dada a partir de una indagación teórica.

Será proposicional debido a que como producto final, fruto de la investigación, se propondrá un manual de aplicación clínica.

#### **3.1.3 Variables de la investigación:**

Al no ser una investigación experimental, no se tomarán variables independiente y ni dependiente. Sin embargo, se asignarán una variable que ayude en la justificación del manual. Esta variable es:

Variable 1:

El grado de aplicabilidad manual.

### 3.2 Procedimiento

Para realizar esta investigación, se ha dividido la misma en 4 fases diferentes, cada una con objetivos específicos.

- La 1ra fase se basa en una recopilación teórica que tendrá como objetivo el de puntualizar qué tipo de información deberá ser tomada como relevante para la elección de las actividades en el desarrollo del manual.

Se realizará una indagación teórica sobre la definición del cáncer, las características psíquicas de las pacientes con cáncer, las características de la depresión, los diferentes tipos de depresión, las terapias cognitivas, etc. Todo esto ayudará a entender un poco sobre las necesidades propias de la paciente para poder realizar un manual que la ayude psíquicamente para una mejor adhesión del tratamiento y por tanto mejor calidad de vida.

- La 2da fase se basa en la interacción con las pacientes. Para ello se pedirá permiso a un hospital de la ciudad de La Paz que trabaje con pacientes con cáncer para que se pueda hablar con las pacientes de forma constante.

En esta fase se buscará observar qué tipo de pensamientos tienen las pacientes sobre su enfermedad, cuál es su percepción sobre el futuro, sobre sus expectativas de vida. Se les preguntará cómo lidian con la enfermedad, es decir, qué tipo de tratamientos están recibiendo o ya han recibido y cómo buscan afrontar la enfermedad,

etc. Estos resultados serán únicamente para tener mejor conocimiento sobre las pacientes con cáncer cervicouterino y por tanto ayudar en el desarrollo del manual. Esta interacción favorecerá en la justificación, no serán utilizados como resultados,

Esta fase es muy importante ya que se podrá tener conocimiento cercano sobre las necesidades de las pacientes, no solo teórico.

- La 3ra fase se basa en la creación del manual fruto de la revisión teórica y la interacción con las pacientes. Este manual buscará ser una herramienta para los psicólogos mediante la cual puedan responder a las necesidades psíquicas propias.

El manual se basará en 2 modelos teóricos cognitivos que manejan la depresión.

- La 4ta fase se basa en la validación de contenido del manual. Para ello se le pedirá a 3 psicólogos de prestigio que hayan trabajado con pacientes con cáncer para que puedan revisar el manual y realizar sus observaciones y recomendaciones. En base a estas, se realizarán modificaciones en el mismo para tener un producto final.

### **3.4 Propuesta de la investigación:**

Fruto de la investigación, se propone el manual que está a continuación:

## **MANUAL DE INTERVENCIÓN CLÍNICA**

**PARA DISMUIR LA DEPRESIÓN PARA PACIENTES CON  
CÁNCER CERVICOUTERINO.**



**Presentación:**

El diagnóstico de cáncer conlleva un afrontamiento a un cambio de vida en el que la paciente deberá incorporar a su rutina cambios como las constantes idas a los médicos, las operaciones, las quimioterapias, las radioterapias, entre otros lo que provoca cambios fisiológico y físico,

Ante este cambio hay personas que reaccionan aumentando su nivel de estrés, otras aumentando su nivel de depresión. Si bien es sabido que no todas las personas reaccionan de la misma forma, las investigaciones dicen que es más significativo el porcentaje de personas que reaccionan con depresión que las que reaccionan con estrés.

Acorde a las investigaciones, el 15 % -25% de las pacientes con cáncer presentan depresión. Dentro de las terapias utilizadas para disminuir la depresión, se halló que la terapia cognitivo comportamental y la terapia de apoyo son las que más ayudan a este tipo de pacientes que tengan depresión leve y moderada. Técnicas como la relajación y la visualización placentera también influyen positivamente.

Sin embargo, para el tratamiento de la depresión con episodios de depresión profunda, se observó que la medicación farmacológica es la que produce buenos resultados.

Es por ello que el presente manual está dirigido a psicólogos quienes trabajan con pacientes con cáncer. El objetivo es el de brindar una herramienta de aplicación clínica en dónde encontrará diferentes actividades divididas en 16 sesiones. Estas actividades están pensadas para la disminución de la depresión a partir de la modificación de esquemas mentales, la triada cognitiva y los errores de procesamiento basándonos en la teoría de Beck. También serán tomados en cuenta los pensamientos automáticos y el ABC de la terapia emotivo-racional de Abert Ellis.

Acorde al desarrollo de las sesiones y las necesidades propias de la paciente, se sugiere trabajar el tema del perdón tanto a ella misma cómo a 3ros.

Se debe tomar en cuenta que las actividades de este manual son susceptibles a la adaptación de las necesidades de las pacientes. Por ejemplo, si una paciente requiere mayor profundización de un tema más que en otro, se puede utilizar mayor cantidad de sesiones para tratar ese tema. Por otro lado, si la paciente no requiere tanta profundización en ciertos temas, se podrían disminuir algunas sesiones. De la misma forma, este manual es susceptible a la adaptación del terapeuta acorde a su ritmo de trabajo.

**Introducción:**

Antes de la aplicación del manual, se recomienda realizar un examen mental a la paciente para recabar información que ayude a tener un diagnóstico diferencial. Se puede utilizar de modelo, el examen mental del Anexo 1.

Otra recomendación que se sugiere, es tener en cuenta los siguientes aspectos que son relevantes para el diagnóstico diferencial de la depresión en pacientes con cáncer.

- Si bien se debe tener en cuenta las características propias de la depresión como ser el estado de ánimo, los pensamientos, etc. no se debe tomar en cuenta la sintomatología física como apoyo para el diagnóstico ya que estas pueden ser fruto de efectos colaterales del tratamiento del cáncer.
- Se debe buscar determinar si los síntomas físicos son fruto del tratamiento del cáncer o es fruto de la depresión.
- Sustituir los síntomas físicos de etiología incierta por otros no somáticos.
- La tristeza es experimentada de forma periódica desde el diagnóstico, el proceso del tratamiento hasta que (en los casos que puedan ser tratados), se curen definitivamente.
- Cuando las pacientes se enteran de su diagnóstico, reaccionan con sentimientos de incredulidad, negación o desesperación. En ocasiones, presentan problemas para dormir, pierden el apetito, se sienten angustiadas y están preocupadas por el futuro. Aunque

estos síntomas posteriormente van disminuyendo a medida de que la persona se adapta al diagnóstico.

Existen diferentes indicadores que señalan la necesidad de realizar una intervención terapéutica temprana. Por ejemplo, si la persona presentó depresión anterior al diagnóstico, si la persona no presenta un buen sistema de apoyo social (por ejemplo, es soltero, no tiene muchos amigos, está en un ambiente laboral solitario). También si la persona tuvo indicios de creencias irracionales sobre la enfermedad (por ejemplo, todas las personas con cáncer mueren). Si la persona presenta un pronóstico más grave.

Finalmente, la(s) sesión(es) de anamnesis y report están sobre entendidas que se deberán realizar antes de comenzar con la “sesión 1” descrita en el manual.

I parte:

Raport



**Sesión 1:****Técnica del milagro.**

**Objetivo:** Operacionalización conductual de las expectativas de la paciente sobre la terapia.

**Actividad:** Aplicación de la técnica “la pregunta milagro”

**Materiales:** -----

**Desarrollo:** Por ello se propone la técnica de “la pregunta milagro”. Esta consiste en pedirles a las pacientes que imaginen que la sesión se termina, ellas vuelven a su casa y continúa el día cómo transcurre usualmente. Cuando se van a dormir, se produce un milagro, de repente todos los problemas por los que habían ido a consulta se resuelven no cómo en la vida real, sino sin esfuerzo. Cuando despierten, “¿Qué cosas notarías diferente por la mañana que le va haría pensar que ese “milagro” ha sucedido?”.

**Fuente de las técnicas:** Terapia breve

**Consideraciones de aplicación de la técnica:** Para realizar esta técnica, se debe tener en cuenta 5 aspectos sobre los objetivos planteados por las pacientes que se deben tener en cuenta para que el terapeuta vaya dirigiendo:

Los objetivos planteados deben ser relevantes para la paciente. Por ello es la paciente la que debe sugerirlos, no el terapeuta. La restricción de los objetivos se pueden establecer cuando este presente un riesgo para la persona o para aquellos que la rodean.

Los objetivos deben ser concretos. Cuanta mayor operacionalización en conductas de las metas, mejor. Por ejemplo, si la paciente dice “ser mejor madre” el terapeuta buscará ayudarle a establecer repercusiones prácticas a partir de preguntas cómo “¿en qué se notarías que es mejor madre?, ¿qué harías si es que fuese mejor madre?, etc,

Los objetivos deberán ser alcanzables. Aunque el terapeuta no hace sugerencia de qué metas se puede plantear la paciente, si lo hace sobre las repercusiones conductuales para que estas sean alcanzables. Por ejemplo, si la paciente dice que se curaría del cáncer, el terapeuta deberá sugerir poner otra meta aclarando que hay cosas que no están en sus manos ni en el de ella misma. Otro ejemplo podría ser que la paciente sugeriría que si sucediera el milagro, ya no estaría triste nunca más. Ahí se puede “negociar” esa meta considerando que es muy improbable que nunca se ponga triste. Por ello se le podría sugerir que piense conductas que puede realizar para manejar su tristeza para que esta no se convierta en una depresión por ejemplo.

Se deberá guiar para que los objetivos sean formulados en positivo. Por ejemplo, en lugar de decir “ausencia de tristeza”, se buscará que diga “presencia de comportamientos que me ayuden a manejar mejor la tristeza”. También se puede buscar que la paciente busque repercusiones positivas, por ejemplo, “va a comenzar a ocurrir más que le diga a mi marido que los amo” en lugar de “dejaré de ser fría con mi marido”.

Finalmente los objetivos deberán estar descritos interaccionalmente. En este sentido se buscará que las pacientes describan quienes creen notarían el cambio, cómo creen que se sentiría ante ese cambio.

Se debe mencionar que investigaciones han probado que cuando los objetivos están bien definidos, la terapia presenta mayores probabilidades de terminar exitosamente. Shazer, 1988 en Rodríguez Mojerón A; Beyebach, M. (S.A). De la misma forma, la definición de objetivos se convierten en facilitadores de la acción ya que la paciente compara su estado actual con los objetivos especificados por ella, esto genera tendencia a actuar en la dirección que la paciente ha elegido y el terapeuta ha validado.

**Fuente de la información:** Rodríguez Mojerón A; Beyebach, M. (s.a).

**Tiempo aproximado de la sesión:** 60 minutos.

## **Sesión 2:**

### **Parte 1:**

#### **Cosas que me pasan también otros lo pasan.**

**Objetivo:** Entendimiento por parte de la paciente que algunos cambios emocionales son esperados por consecuencia de la enfermedad.

**Actividad:** Explicación breve sobre qué es el cáncer, cuáles son sus consecuencias psicológicas y las características de la depresión.

**Materiales:** Hoja de trabajo adjunta.

**Desarrollo:** Se verificará qué conocimiento previo presenta la paciente sobre el cáncer y sus consecuencias a nivel emocional. A partir de ello, se le dará información básica sobre la enfermedad en sí. No se pretende realizar una explicación médica sino una explicación informativa que permita entender por el proceso que está pasando. Posteriormente, se le dará una explicación breve sobre la afección emocional del cáncer haciendo incapié en la depresión. Se buscará no mencionar la palabra “depresión” durante la explicación para evitar etiquetamientos que podrían ser perjudiciales en terapia.

**Consideraciones de aplicación de la técnica:** En las hojas adjuntas se presenta información sobre el cáncer, sus consecuencias psicológicas y las características de la depresión. La información presenta datos estadísticos y características sobre la depresión que son más para el conocimiento del terapeuta el cual deberá adaptar la información para la explicación al paciente.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 15-20 minutos.

## Hoja de trabajo.

### Sesión 2 parte I.

#### Cáncer:

Se entiende por cáncer a un grupo de enfermedades dónde las células tienen un crecimiento que no respeta los límites cómo lo hacen las células normales. Este crecimiento ocasiona que necesiten mayor alimentación por lo que las células normales van muriendo por falta de nutrición. (Guyton & Hall, 2006).

#### Implicancias del cáncer en el estado de ánimo:

El cáncer afecta a las personas reflejándose en los siguientes pensamientos:

- Miedo a la muerte.
- Interrupción de planes de vida.
- Cambios en la imagen corporal y la autoestima.
- Cambios en su función social y su estilo de vida.
- Preocupaciones monetarias y legales.

En la Canadian National Palliative Care Survey se realizó una investigación en dónde el 20.7 % se las pacientes presentaba depresión, y el 13, 1% presentaba ansiedad. Las pacientes que presentaban depresión eran las que menores redes sociales tenían, presentaban un nivel funcional menor y participaban menos en servicios religiosos. Todo esto repercutía negativamente en su calidad de vida.  
<http://www.cancer.gov/espanol>

Factores tales como el lugar de localización del tumor y la facilidad o dificultad de encontrarlo van a influir en el tipo de respuesta psicológica del paciente y su familia, e incluso afectará, en ocasiones, en la actitud de los pacientes hacia los médicos. (Castiblanco y Delgado, 2001). Si el cáncer está en un lugar visible y no afecta a los órganos internos, el paciente tiende a tener menos miedo y mayor esperanza ya que tiene la impresión de un mayor control y posibilidad de curación. En contraposición, si

los tumores están asociados a órganos sexuales, va a afectar de mayor manera ya que se trata de la intimidad propia de la persona. (Castiblanco y Delgado, et. al)

Los cánceres más difíciles de superar desde el punto de vista psicológico son aquellos que requieren aceptación de la realidad de la enfermedad basándose en los propios sentimientos de preocupación en los diagnósticos de los médicos y en los resultados de las pruebas de laboratorio (DeVita, Hellman y Rosenberg, 1994 en Suárez, Baquero, Londoño y Low, s.a)

Acorde a cómo sea interpretada la enfermedad, es que esta afectará de una mayor o menor forma a las diferentes personas que lo padecen. Si una persona percibe que no tiene los suficientes recursos para poder hacer frente a esta enfermedad, entonces el nivel de ansiedad y/o depresión se verán incrementos. (Cano, A, 2005)

En una revisión llevada a cabo por Spijker, Trijsburg, Duivenvoor (1997) en Cano et. al se halló que no existe evidencia de una diferencia significativa en los niveles de ansiedad entre las personas que tienen cáncer y las personas que no lo tienen. Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas de depresión entre las personas con y sin cáncer.

En investigaciones posteriores se determinó que existe un incremento de ansiedad y depresión si la personalidad pre mórbida ya tenía rasgos de los estos. De la misma forma, influirá el apoyo social recibido. Cano, A et. al

En un estudio realizado por Almanza, Breitbart y Holland (2005) se hizo un análisis de los trastornos mentales en pacientes oncológicos. Los resultados fueron que 523 pacientes de los que fueron estudiados, el 38% tuvieron presencia de dolor

durante el tratamiento. De estos, el 62% documentó trastorno depresivo, 43.7% tuvieron trastornos de adaptación, y 25% trastornos de ansiedad. De esta forma se puede observar la coexistencia del cáncer y del dolor con una psicopatología necesitada de psicoterapia.

La enfermedad afecta tanto a la autoimagen cómo el nivel de bienestar de la paciente. Esto conlleva a un proceso de aceptación a la realidad inmediata pero también el paciente deberá anticiparse a los cambios futuros por parte de la paciente. En el caso del cáncer cervicouterino, la paciente deberá lidiar con el sentimiento de incapacidad sexual. Vega, Rivas et. al.

### **La depresión:**

Se entiende por depresión al conjunto de síntomas que afecta a la esfera afectiva en dónde la persona siente una “tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático”. (Alberdi, Taboada, Castro, Vázquez, 2006) La depresión comúnmente se presenta en comorbilidad con la ansiedad.

La depresión grave afecta de entre el 15 y el 25 % de los pacientes con cáncer. Y se da en la misma proporción en hombres como en mujeres.  
<http://www.cancer.gov/espanol>

Es importante tomar en cuenta que en un inicio al diagnóstico, la paciente puede sufrir algunos de los síntomas que son propios de la depresión, sin embargo solo indican un proceso de adaptación esperado al diagnóstico. Entre estos síntomas se encuentra el rechazo al diagnóstico, el tener dificultades para poder dormir, tristeza, sentimiento de inutilidad, culpa, etc. Esta adaptación puede tomar días o semanas. Estudios afirman que por lo menos la mitad de los pacientes se adaptarán satisfactoriamente. Sin embargo, síntomas de ansiedad y depresión al inicio de la

enfermedad, pueden predecir que estos se volverán a producir en 6 meses. <http://www.cancer.gov/espanol>

Entre las cosas que ayudan en la adaptación al diagnóstico se encuentra que los pacientes continúen activos realizando sus quehaceres diarios, evitar un cambio en el rol de desempeño normal cómo de cónyuge, hijo, madre)

Es importante buscar lidiar con los sentimientos de inutilidad, desesperanza, invalidez, culpa. Es por ello que se debe evitar hacer auto declaraciones negativas cómo echarse la culpa, se debe evitar ver todo como una catástrofe. Un estudio con 138 pacientes determinó que las pacientes que afrontan la enfermedad con menores índices de depresión y ansiedad, son aquellas que se hacen reafirmaciones positivas. Otro aspecto que se encontró en esta misma investigación existe un mejor afrontamiento por parte de las mujeres que afrontan con estrategias religiosas la enfermedad. <http://www.cancer.gov/espanol>

Dentro de lo que es la familia, es importante que tanto paciente como familiares puedan expresarse abiertamente sobre sus sentimientos. En un estudio realizado con 48 pacientes y 99 familiares adultos, se encontró que eso incide favorablemente para que disminuya la depresión y la ansiedad. <http://www.cancer.gov/espanol>

Otros factores que influyen en el aumento de la depresión en los cónyuges es si la edad de estos es avanzada, si son parejas recién casadas, si presentan una menor educación. <http://www.cancer.gov/espanol>

### **Pensamientos automáticos:**

Las personas usualmente interpretan, juzgan y etiquetan la realidad en buena, mala, temible, agradable, etc. eso acorde a la experiencia que tuvieron. Estas etiquetas nacen del diálogo interno que cada persona tiene. Este diálogo ha sido llamado cómo “auto charla” por Albert Ellis y cómo pensamientos automáticos por Aaron Beck. Beck, 1976 en McKay y otros (1985).

Mc Kay y otros (et. al) mencionan que las características de los pensamientos automáticos son las siguientes:

- Mensajes específicos discretos: La persona no necesariamente los razona pero si los piensa.
- Pensamientos automáticos parecen taquigrafiados: Los mensajes son cortos o de una sola palabra como "miedo; muerte; tonto; no puedo soportarlo". En ocasiones estos mensajes van acompañados con imágenes breves y con una breve reconstrucción del pasado, por ejemplo, una mujer se acuerda el momento en que le dijeron su diagnóstico y las lágrimas de sus hijos.
- Adjudicación de valor certero a los pensamientos: Los pensamientos son creídos por las personas de forma cómo si hubiesen sido percibidos por los sentidos. Cómo son creídos, no son cuestionados.
- Pensamientos automáticos son espontáneos.
- Expresión de obligación: En ocasiones, estos pensamientos pueden expresarse en forma de "deber, tener, haber". Por ejemplo, "no tendría que pasarme esto a mi"; "Debería vivir mejor mi enfermedad". Esta expresión de obligación precipita un sentimiento de culpa ya que la realidad es otra.
- Dramatización de los pensamientos automáticos: Esto significa sobre dimensionar algún estímulo lo que genera estrés en la persona. Por ejemplo, Estímulo: Mi hijo está triste. Pensamiento:

Seguro es por mi culpa que está en depresión profunda, lo dejé traumatado por mi enfermedad.

- **Idiosincracia:** Cada pensamiento se basa en la subjetividad de la persona.
- **Dificultad de desviación:** Los pensamientos pasan “inadvertidos” en el diálogo interno, parecen “tener voluntad propia”. Estos pensamientos desencadenan otros pensamientos de retroalimentación.
- **Aprendizaje de los pensamientos automáticos:** El ambiente condiciona los pensamientos automáticos. Por ejemplo, “Eres fuerte, no tienes que llorar”.

### **Visión de túnel.**

La visión de túnel es el resultado de centrar la atención en un solo aspecto, en dónde se tiene como base al grupo de pensamientos distorsionados y se rechaza a los demás pensamientos que esté en contra de esto.

Estos pensamientos originan preocupación y esta crea una “especie de túnel” lo que ocasiona que solo perciban solo sus pensamientos automáticos y se centren un solo aspecto de su ambiente, por ejemplo, la persona se centra en una sola estrategia de su afrontamiento, cómo la huída, la negación, etc.

## **Sesión 2:**

### **Parte II.**

#### **Conociendo tus recursos personales.**

**Objetivo:** Identificación los recursos personales de la paciente.

**Actividad:** Realización de una lista con los recursos personales de la paciente.

**Materiales:** -----

**Desarrollo:** Se le pedirá a la paciente que piense en ocasiones anteriores en la que afrontó situaciones adversas resolviendo un problema de su vida cotidiana, por ejemplo, pérdida del trabajo. En cada una de las situaciones, se le pedirá a la paciente que identifique qué pensó o porqué buscó la solución que le dio a su problema y que ella piensa que obtuvo resultados positivos. La respuestas que se esperan tener son por ejemplo “trato de encontrar siempre alternativas de solución a un problema”, “siempre fui una mujer que no se rinde ante los problemas”, “quería cambiar la situación actual”, etc. Después de esto, el terapeuta deberá ayudar a inferir sobre el recurso utilizado. Continuando con los ejemplos anteriores, en el primer caso el recurso utilizado podría ser la creación de alternativas, en el segundo caso, el recurso utilizado podría haber sido la perseverancia. Finalmente los recursos identificados serán escritos para utilizarlos en la siguiente sesión.

**Consideraciones en el desarrollo de la técnica:** En las situaciones descritas por la paciente pudieron haber sido utilizados más de un recurso para la solución de un problema, se deberá identificar todos ellos.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 25-30 minutos

**Tiempo aproximado de la sesión:** 60 minutos

### **Sesión 3:**

#### **Parte I:**

#### **Observando mis pensamientos**

**Objetivo:** Hacer reflexionar a la paciente sobre la necesidad del cambio de los pensamientos que le provoca la depresión para lograr un mayor compromiso con la asistencia regular a terapia.

**Actividad:** Realizar una analogía sobre la perturbación emocional interna de la paciente que le provoca la evocación de pensamientos, imágenes y sentimientos a partir de la observación de pelotas que representan cada uno de sus evocaciones.

**Materiales:** Marcadores, 12 pelotas livianas de aproximadamente de 20-30-40 cm de grosor (3 por tamaño). Papeles rectangulares en blanco de unos 10 cm de ancho por 10 cm de largo. Cinta adhesiva.

**Desarrollo:** Pedir a la paciente que piense en qué pensamientos, sentimientos o imágenes cuando son evocadas le provoca depresión y que anote cada uno de ellos en un papel. Una vez anotados, se le pedirá que los ordene progresivamente acorde a la intensidad emocional que les provoque para después pegarlos en los globos, (a mayor intensidad, más grande la pelota en las que sea pegado el papel). Posteriormente se le irá pasando uno por uno las pelotas hasta que la paciente esté agarrando todos. Por la cantidad de pelotas pasadas, se le dificultará el poder sostenerlas sin hacerlas caer. Es entonces que se le explicará la analogía: Cada pelota representa un pensamiento que le perturba, y así cómo le es difícil sostenerlas todas al mismo tiempo, es más difícil lidiar con ellos internamente ya que les afecta en cómo se sienten, en sus relaciones interpersonales y familiares, etc. Es por ello que existe la necesidad de la modificación cognitiva para la mejora personal.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 20-30 minutos

**Sesión 3:****Parte II****Lo que no quiero Vs. Lo que tengo.**

**Objetivo:** Identificar cuáles de los recursos personales identificados le pueden ayudar en el afrontamiento de la enfermedad y en la disminución de la depresión.

**Actividad:** Coloquio.

**Materiales:**-----

**Desarrollo:** Realizar un coloquio con la paciente en la que se pueda comparar cuáles de los recursos personales identificados le pueden ayudar a disminuir los pensamientos e imágenes que le provoquen depresión y a afrontar la enfermedad.

**Tiempo de la actividad:** 20-30 minutos.

**Tiempo aproximado de la sesión:** 60 minutos.

**II Parte.**  
**Errores de procesamiento**



**Sesión 4:****Parte I:****Conociendo los pensamientos distorsionados**

**Objetivo:** Conocimiento y diferenciación sobre los pensamientos distorsionados.

**Actividad:** Explicación sobre qué son, cuáles existen y ejemplificación de cada pensamiento distorsionado (según Beck).

**Materiales:** Hoja de trabajo.

**Desarrollo:** Explicar a la paciente sobre qué son los pensamientos distorsionados y cuáles existen. Brindar ejemplos de cada uno de ellos para que posteriormente ella pueda identificarlos.

**Consideraciones en el desarrollo de la técnica:** En las hojas adjuntas, se presenta información sobre los pensamientos distorsionados y ejemplos de cada uno de ellos. El psicólogo deberá adaptar la información para darle a la paciente.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 15-20 minutos.

### Hoja de trabajo. Sesión 4 parte I.

Según Baringoltz (s.a) y McKay y otros (1985), Las distorsiones y sus son las siguientes:

- Inferencia arbitraria/interpretación del pensamiento: El paciente concluye algo aunque no tenga verdadera evidencia para esto. Este tipo de distorsión está relacionada con interpretar lo que los demás están pensando por una proyección que hace uno mismo en la otra persona. Por ejemplo, si esta amiga me está viniendo a visitar más desde que tengo la enfermedad, es porque tiene pena de mí, piensa que soy muy débil. Esta interpretación puede ser errónea pues puede que la amiga vaya por que se preocupa y quiere darle su apoyo, no por pena.
- Abstracción selectiva: El paciente se centra en un aspecto del contexto sin verlo de forma global. Por ejemplo: Recuerda solo los momentos en que vio a su esposo preocupado por el dinero para su tratamiento y no los momentos en los que llega a casa tranquilo porque le pagaron en el trabajo y podrá aportar para su quimioterapia.
- Generalización excesiva: El paciente crea una regla o llega a una conclusión a partir de uno o más incidentes de la realidad, generando relaciones válidas o no. Las palabras que hacen referencia a este punto son “nunca, siempre, todos, ninguno, nadie”. Esto ocasiona que la persona cree una ley que la limitara a ser feliz. Por ejemplo, “Vi a mi hijo preocupado por mi salud el otro día, no podrá superarlo nunca y todo por mi culpa”.

- Maximización y minimización: “Distorsiones en la magnitud de una situación” (Baringoltz, et. al). Por ejemplo, “Como me sentí triste al entrar en el hospital, siempre me voy a sentir triste de ahora en adelante, mi vida terminará así”.
- Personalización: El paciente atribuye que los eventos externos están relacionados con él aunque no haya alguna conexión que fundamente eso verdaderamente. Esta distorsión está muy relacionada con la comparación con los demás. Por ejemplo, “el doctor recibe a las otras pacientes con una sonrisa, pero a mí no, será que tengo el peor diagnóstico de todos y no me lo quiere decir”. Esta comparación debe ser probada a partir de los hechos, por tanto, la persona está atenta a lo que está sucediendo y todo lo atribuye a sí misma.
- Pensamiento absolutista dicotómico: El paciente clasifica su experiencia en polos opuestos. Bueno, malo, lindo, feo. No existen medios para él. Debido a estos extremos, las emociones que siente el paciente son extremas y estas influyen en las etiquetas a las situaciones o a sí mismos. Por ejemplo, una paciente puede estar decidida a soportar con valentía la enfermedad al inicio de ella, cuándo observa signos de debilidad y cansancio físico fruto de los tratamientos, cree que es la mujer más débil que existe.
- Etiquetamiento: Poner un rótulo a la situación, a personas o a sí mismo. Es hacer un juicio sobre una persona, cosa o situación muchas veces sobre generalizando o no basándose en la realidad y que ese juicio afecte en el comportamiento. Por ejemplo, el doctor es un aprovechador y siempre querrá cobrarme extra de los

medicamentos. Por tanto cada vez que le pida un medicamento, su comportamiento será de hostilidad.

- **Visión catastrófica:** Este pensamiento está precedido por las palabras “y si” en dónde la persona se adelanta a hechos o conclusiones que no necesariamente son ciertas. Por ejemplo, ¿y si un día se acaba el dinero de mi familia y tienen que vender la casa para pagar mi tratamiento y ellos se quedan en la calle y les arruino la vida?”
- **Falacia de control:** Esta distorsión puede presentarse de dos formas diferentes, la primera forma es el de sentirse impotente porque no tiene el control de nada de lo que le sucede. Por ejemplo, “Nada de lo que haga por sentirme mejor me ayuda, mi vida será triste por la enfermedad de ahora en adelante”. La segunda forma es sentirse omnipotente y creer que tiene el poder de influir en todo. Por ejemplo, “Si yo entro en el hospital triste, todas las pacientes se sentirán tristes, no puedo expresar mis sentimientos para evitar que esto suceda”.
- **Falacia de justicia:** Esta falacia se basa en la aplicación de las normas legales a las relaciones interpersonales. Por tanto la persona aplica las normas en base a lo que o ella piensan que está bien. Por ejemplo, mi familia debería comprenderme y aceptar cuándo tengo mis cambios de humor, no tendrían por qué enojarse, después de todo, yo estoy pasando un momento muy duro.
- **Razonamiento emocional:** Creencia que todo lo que uno siente, es porque la realidad es así. Por ejemplo, si la persona se siente débil,

es porque es una persona débil, si la persona se siente incapaz, es porque es una incapaz.

- Falacia de cambio: Supone que la otra persona tendría que cambiar para adaptarse a uno mismo. Por tanto la actitud que uno adopta es la de presionar a los demás para que cambien. Por ejemplo, “Mi familia debería estar más atenta a lo que yo necesito y adelantarse a mis necesidades antes que se los pida”.
- Culpabilidad: Pensar que una persona es el/la responsable de una situación focalizando su atención en ello. Por ejemplo, “Yo soy una mala persona. Por mi culpa mis hijos sufren”.
- Los debería: Consiste en que una persona pone una o más reglas inflexibles bajo las cuales todos tendrían que regirse. Como la mayoría de las personas no lo hace o no las conoce, estas le irritan y le provoca malos tratos con las personas. Por ejemplo, “Todos deberían tener más cuidado al tratarme porque estoy enferma, por tanto si subo a un minibús y el ayudante me trató no tan delicadamente como yo “merezco”, entonces me molesto y lo trato mal, es lógico”.
- Tener razón: Esta distorsión se relaciona con que la persona piensa que lo que cree, es, nadie más tiene la razón. Lo que vale es su opinión y su visión del mundo. Por ejemplo, “Yo sé que me tienen pena todas las personas. No importa cuánto traten de disimularlo, esto es así”.

- Falacia de la recompensa divina: Hacer las cosas, o aguantar sufrimientos esperando recompensas. El problema de este pensamiento es que si no existe esa recompensa, la persona puede ir haciéndose resentida. Por ejemplo, “Yo soporto estos dolores porque sé que la siguiente vez que vaya al médico, me dirá que ya estoy curada”.

Estas características del paciente con depresión presenta un modelo recíproco. Esto hace referencia a que el tipo de comportamiento adoptado por la persona a raíz de sus pensamientos, (falta de motivación, lentificación motora, aislamiento, etc.) hacen que las personas próximas al paciente, se alejen de él/ella por el tipo de respuestas que les brinda. A su vez este alejamiento hace que exista una retroalimentación entre lo que se está pensando “me siento rechazado” y la realidad “marginación” ya que cómo se aísla, las personas ya no lo invitan a eventos sociales cómo antes, por tanto, el paciente alimenta sus pensamientos depresivos.

**Sesión 4:****Parte II:**

**Ya los conozco. Ahora a aplicarlos.**

**Objetivo:** Aplicación del aprendizaje sobre los pensamientos distorsionados.

**Actividad:** Aplicación de las 2 hojas de trabajo adjuntas.

**Materiales:** Hojas de trabajo.

**Desarrollo:** Brindar las hojas de trabajo adjuntas para que la paciente aplicar los con los pensamientos distorsionados antes identificados.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 15-20 minutos.

**Tiempo aproximado de la sesión:** 45 minutos.

**1ra Hoja de trabajo: Sesión 4 Parte II.**

- Desde lo de Lisa, nunca he vuelto a confiar en una pelirroja. ( ) Filtraje.
- Realmente pocas personas de aquí parecen más listas que yo. ( ) Pensamiento polarizado.
- Si fueras sexualmente más liberal, podríamos tener un matrimonio feliz. ( ) Sobre generalización.
- He trabajado mucho para criar a estos chavales y mira como me lo agradecen ( ) Interpretación del pensamiento.
- Si no estás conmigo, estás contra mí. ( ) Visión catastrófica.
- Pude haber disfrutado de la excursión a no ser por el pollo que estaba quemado. ( ) Personalización.
- Me siento deprimido, la vida no tiene sentido. ( ) Falacia de control.
- No puedes luchar contra el sistema. ( ) Falacia de justicia.
- Tu defecto es que todos los meses te encuentras en un aprieto. ( ) Culpabilidad.
- Fue un perdedor desde el primer día ( ) Debería.

que se presentó aquí.

No es justo que salgas y te diviertas mientras yo me quedo haciendo los trabajos de la casa.

( ) Razonamiento emocional.

Siempre está sonriendo pero sé que no me quiere.

( ) Falacia de cambio.

No me importa lo que pienses, lo volvería a hacer exactamente de nuevo.

( ) Etiquetas globales.

No nos hemos visto en dos días y creo que nuestra relación se está desmoronando.

( ) Tener razón.

No deberías preguntar nunca a la gente cuestiones personales.

( ) Falacia de recompensa divina.

**Fuente de las hojas de trabajo:** Mc. Kay, M y otros (1985)

**Clave de respuestas: 1ra Hoja de trabajo Sesión 4 Parte II**

Sobre generalización.

Personalización

Falacia de cambio.

Falacia de recompensa divina.

Pensamiento polarizado.

Filtraje.

Razonamiento emocional.

Falacias de control.

Culpabilidad.

Etiquetas globales.

Falacia de la justicia.

Interpretación del pensamiento.

Tener razón.

Visión catastrófica.

Debería.

**2da Hoja de trabajo: Sesión 4 Parte II.**

En el próximo ejercicio, haga un círculo alrededor de la distorsión que se ejemplifica en cada párrafo. Puede haber más de una respuesta correcta.

La máquina de lavar se ha parado. La madre, que tiene unos mellizos que todavía usan pañales, dice “Siempre sucede lo mismo. No lo soporto más, ya me ha fastidiado el resto del día”

Sobre generalización.

Razonamiento emocional.

Ser exacto.

Falacias de control.

Filtraje.

“Miró por encima de la mesa y dijo: “Es interesante”. Supe que estaba deseando con todas sus fuerzas terminar el almuerzo para irse de mi lado”.

Culpabilidad.

Pensamiento polarizado.

Debería.

Interpretación de pensamiento.

Falacia de control.

“No podemos dejar que lo haga. No hay nadie más loco que un viejo loco”.

Personalización.

Etiquetas globales.

Falacia de cambio.

Razonamiento emocional.

Falacia de recompensa divina.

“Tanto que me dijiste que midiera mis acciones antes de que derrumbara el mercado, y ahora se ha ido al pique. Sobreviví entonces y sobreviviré ahora. Tengo confianza en mí mismo, por esto sé que todo se arreglará”.

Falacia de la justicia.

Interpretación del pensamiento.

Falacias de control.

Tener razón.

Razonamiento emocional.

Un hombre estaba intentando conseguir que su novia fuera más afectuosa y le ayudara. Se irritaba cada noche si ella no le preguntaba cómo le había ido el día, o no le prestaba atención inmediata. La culpaba de las riñas, y le decía que podría mudarse a Alaska porque “se comportaba como témpano”.

Debería.

Falacia de cambio.

Sobre generalización.

Visión catastrófica.

Culpabilidad.

**Clave de respuestas. 2da hoja de trabajo Sesión 4: Parte II**

a, e.

d

b

d, e

a, b, e.

**Fuente de las hojas de trabajo: Mc. Kay, M y otros (1985)**

## Sesión 5:

### Parte 1:

#### ¿Y mis pensamientos distorsionados?:

**Objetivo:** Identificación y concientización de los pensamientos distorsionados propios de la paciente.

**Actividad:** Repaso sobre lo hablado de los pensamientos distorsionados. Identificación de cuáles de los pensamientos distorsionados presenta la paciente a partir de Hoja de trabajo

**Materiales:** Hojas de trabajo.

**Desarrollo:** Se hará un breve repaso sobre lo que eran los pensamientos distorsionados, su división y se le dará un ejemplo sobre cada uno de ellos. Posteriormente, se presente y explique las hojas de trabajo adjuntas para que ella la realice.

Una vez presentada la hoja de trabajo, se le pedirá a la paciente que piense en una situación que le provoque una emoción que le perturba (Por ejemplo, rabia). Posteriormente se le pedirá que escriba el nombre de la emoción y después que escriba en qué situación o a raíz de qué suceso es que le viene esa emoción. Por ejemplo, cuándo voy al médico, siento miedo. En la parte de abajo, se le pedirá que detalle la situación o el evento por el que está perturbado. Por ejemplo, “Entro al hospital, voy hacia el consultorio, observo a las otras pacientes que están esperando su diagnóstico.”. En la parte de abajo, se le pedirá que anote cuál es el pensamiento que se le viene durante esa situación. Por ejemplo, “Siento miedo porque pienso que el médico me puede decir que el cáncer se ha propagado...”. Después se le pedirá a la paciente que vuelva a leer qué es lo que ha escrito y redondee cuáles son las distorsiones que ha empleado. En la última parte de la hoja de trabajo existen unas columnas, en la primera columna se pondrá cuál fue la distorsión encontrada, en la

segunda columna, se pondrá cuál fue la frase, u oración en la que ha encontrado esa distorsión. En la última columna, se reescribirá la frase u oración sin la distorsión.

Se le pedirá que identifique por lo menos 4 ejemplos, con cada ejemplo se deberá llenar todas las hojas de trabajo. Se buscará que no se resuelva el ejercicio de forma mecánica o rápida, sino que a medida que vaya identificando sus pensamientos distorsionados, pueda ir reflexionando sobre el momento en que los piensa, etc.

**Consideraciones de aplicación de la técnica:** Si la paciente presenta todavía dudas sobre los pensamientos distorsionados, se buscará resolverlas antes de darle la hoja de trabajo.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 25 minutos.

**Hoja de trabajo Sesión 5 Parte I.**

Nombre de la emoción:

---

Descripción de la situación o suceso:

---

---

Escribir una descripción detallada de la situación o evento por el que está perturbado. Escríbalo como si se lo contara a un amigo íntimo

---

---

---

---

---

Escribir lo que se piensa durante la situación o evento

---

---

---

---

Léase cuidadosamente lo que ha escrito y rodee con un círculo las distorsiones empleadas.

Filtraje.

Sobre generalización.

Pensamiento polarizado.

Interpretación del pensamiento.

Visión catastrófica.

Personalización.

Falacias de control.

Falacias de justicia.

Culpabilidad.

Debería.

Razonamiento emocional.

Falacias de cambio.

Etiquetas globales.

Tener razón.

Falacia de recompensa divina.

Para cada distorsión que se descubra: Realice una lista de distorsiones en la columna A; en la columna B escriba la frase u oración usada que incluya la distorsión; en la columna C vuelva a escribir la frase u oración sin la distorsión

A

B

C

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

—  
**Fuente de las hojas de trabajo: Mc. Kay, M y otros (1988)**

## Sesión 5

### Parte II

#### ***Reflexionando sobre mis pensamientos distorsionados.***

**Objetivo:** Reflexionar con la paciente sobre la veracidad de sus pensamientos distorsionados.

**Actividad:** Coloquio.

**Materiales:** Hoja de trabajo (optativo)

**Desarrollo:** Al finalizar la actividad anterior, se hará una revisión de los resultados y se discutirán los resultados en un coloquio. Este coloquio deberá estar orientado a hacer reflexionar sobre los propios pensamientos distorsionados y su veracidad tomando en cuenta, por ejemplo, los errores de información presentados por Albert Ellis. (Los “debería”, “tengo que”, etc).

Se adjunta una hoja con la explicación sobre los errores de información presentado por Ellis si el psicólogo desea leerlo.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 35 minutos.

**Tiempo aproximado de la sesión:** 60 minutos.

## Hoja de trabajo. Sesión 5 parte II.

### Información sobre los errores de información. Base teórica Albert Ellis.

Para Ellis, el pensamiento, el afecto y la conducta son variables que están interrelacionadas y por tanto la variabilidad de una, afecta en la otra. Esta teoría se basa en que las perturbaciones emocionales pueden ser causadas por creencias, demandas inflexibles y valoraciones. Estas creencias irracionales son las principales componentes de los trastornos psicológicos que a su vez, si se los “convierte en ideas racionales”, son la base de la salud psíquica. Por tanto perturban a la persona, son inconsistentes en su realidad empírica. Lo que se busca que estas creencias irracionales que son Exigencias, sean creencias racionales que son Preferencias.

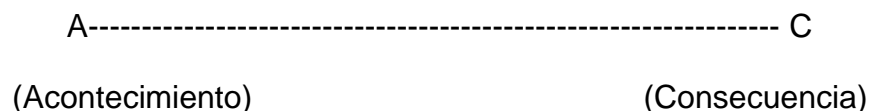
Ellis habla también sobre la importancia de que los hombres se pongan metas y se esfuercen racionalmente para alcanzarlas. Estas metas él las divide en metas de supervivencia y felicidad. La felicidad puede ser dividida a su vez en sub metas que son la aprobación o afecto, los éxitos y la competencia personal en diversos asuntos y el bienestar físico, emocional o social.

Si las metas personales son exigentes, absolutistas, irracionales, eso hace sufrir a la persona. En contra posición, si la persona persigue metas no exigentes, no absolutistas sienten mayor felicidad.

Si las metas personales son exigentes, absolutistas, irracionales, eso hace sufrir a la persona. En contra posición, si la persona persigue metas no exigentes, no absolutistas sienten mayor felicidad.

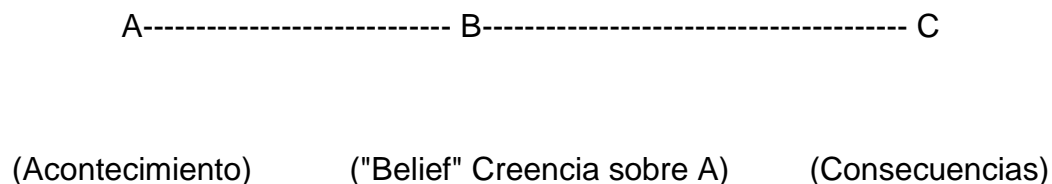
Una de las bases de la teoría de Ellis es el A-B-C del funcionamiento psicológico. Este habla que la mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional a

su conducta centrado en los eventos externos siguiendo más o menos el siguiente esquema:



Este esquema podría ser ejemplificado acorde a si las consecuencias son emocionales presentes: Por ejemplo, A: Pelea con el cónyuge. C: Tristeza/ Enojo. O consecuencias emocionales pasadas o históricas: Por ejemplo, A: Aplazo en el colegio. C: Depresión. También pueden ser consecuencias conductuales: Por ejemplo A: Diagnóstico de cáncer. C: No ir a los controles médicos. Pueden ser consecuencias espaciales: Por ejemplo: A: Humillación pública. C: Evitación social. Pueden ser acontecimientos externos: A: Rechazo amoroso. C: Pensamiento de minusvalía. Pueden ser acontecimientos internos. A: Recuerdos negativos C: Autocrítica. <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

El modelo que propone Ellis responde al siguiente esquema:



En este modelo los acontecimientos se pueden dividir también en temporales, pasados/actuales, emocionales y espaciales, sin embargo se resalta la importancia de las creencias en dónde las distorsiones cognitivas, las creencias irracionales son las mediadoras de las consecuencias. Por tanto no son los acontecimientos externos (a menos que sean eventos extremos como un terremoto o un dolor extremo físico) los que producen las consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas. Por tanto, es la persona, en base a la valoración personal que realice sobre estos eventos que en última instancia, producen las consecuencias a los eventos. (Lega, 2002)

Estos acontecimientos serán valorados en tanto impliquen a las metas de la persona. Si las metas son planteadas de forma que el pensamiento es absolutista provocan consecuencias psicológicas no favorables. Por tanto, depende de qué tipo de procesamiento de la información realice la persona, que harán que exista un perfil de salud psicológica o un trastorno psicológico.

Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) en <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm> propone tres creencias irracionales primarias que son:

- Referente a la meta de aprobación-afecto: “Tengo que ser querida por todas las personas importantes para mí”.
- Referente a la meta éxito-competencia personal: “Debo producir el doble de productos en el trabajo, así se verá lo buena profesional que soy”.
- Referente a la meta de bienestar: “No debo sufrir para conseguir lo que quiero”.

Estas creencias irracionales son las que hace que la persona sea más vulnerable a sufrir un trastorno emocional.

De estas creencias primarias, se derivan las creencias secundarias que son la base para el procesamiento irracional de la información:

- Referente al valor aversivo de la situación: Tremendismo: "Esto es terrible, lo peor”.
- Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: INSOPORTABILIDAD: "Imposible soportarlo, es demasiado para mí”.

- Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento: CONDENA: "Soy una perdedora por no haber conseguido ese trabajo".

Para cambiar las emociones inapropiadas por las apropiadas se puede cambiar las exigencias por preferencias, por ejemplo "me gustaría que las personas que quiero me quisieran". En las creencias irracionales secundarias, se debe evaluar lo negativo sin llegar a la intolerancia. Por ejemplo, No me gusta sufrir, pero no es insoportable.

Es importante diferenciar entre la adquisición de las creencias irracionales y su mantenimiento. Para la adquisición influye la tendencia innata a la irracionalidad (por eso es un ejercicio el cambio de ideas irracionales a las ideas racionales).Influye también el aprendizaje de la persona, por ejemplo, los modelos socio familiares.

**Fuente Bibliográfica:** <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

**Sesión 6:****Cambios físicos: ¿Cómo me percibo?**

**Objetivo:** Identificar cuál es la autoimagen que presenta la paciente a partir de los cambios físicos que ha tenido consecuencia de los tratamientos.

**Actividad:** Pedir que describa cómo es que se percibe.

**Materiales:** Espejo de piso.

**Desarrollo:** Parar a la paciente frente a un espejo de piso o un espejo de medio cuerpo. Pedirle que se observe a sí misma y diga qué es lo que ve, cómo se siente.Cuál es su percepción de los cambios físicos a raíz de los tratamientos, cómo se siente, qué piensa. Durante esa sesión se le pedirá a la paciente que diga cosas buenas sobre ella, ya sea a nivel físico o de percepción de sus capacidades internas.

En esta sesión, se le dará la tarea que se observe frente a un espejo todos los días en su casa durante 30 minutos. Durante este tiempo, se le pedirá que piense en todas las cosas positivas que tiene (físicas y los recursos positivos).

**Consideraciones en la aplicación de la técnica:** Se debe tener cuidado al aplicar esta técnica de realizar un buen cierre con la paciente ya que la autoimagen es algo que en muchas pacientes está muy afectado.

**Tiempo aproximado de la sesión:** 60 minutos.

**Sesión 7:****Parte I:****Tiempo para hablar**

**Objetivo:** Determinar cuál es la percepción de su autoimagen

**Actividad:** Coloquio.

**Materiales:** -----

**Desarrollo:** Se hablará con la paciente sobre las percepciones que tuvo sobre su autoimagen en la anterior sesión y en la tarea. Si la paciente alega no tener muchas características buenas, ayudar a discernirlas acorde a los recursos personales identificados. Se buscarán pensamientos distorsionados y se ayudará en la modificación de ellos.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 15 minutos.

**Sesión 7:****Parte II:****Comenzando a cuestionar lo que pienso: ABC**

**Objetivo:** Cuestionamiento y modificación de pensamientos distorsionados.

**Actividad:** Enseñanza del ABC. Hacer 1-2 ejemplos.

**Materiales:** Hoja de trabajo.

**Desarrollo:** Se le explicará a la paciente la técnica propuesta por Albert Ellis ABC y el objetivo de esta técnica (cuestionamiento y modificación de los pensamientos distorsionados). Donde "A" representa un acontecimiento que le provoca una

emoción que le perturba. Por ejemplo, ir al médico. “B” son los pensamientos que nacen a raíz del acontecimiento. Por ejemplo, seguro me va a decir que el cáncer se ha propagado. Y “C” es la consecuencia emocional de ese acontecimiento. Por ejemplo, miedo. Posteriormente se le presentará la hoja de trabajo adjunta y se le pedirá que realice un ejemplo. Al finalizar ese ejemplo, se realizará un coloquio-debate sobre la veracidad de ese pensamiento y las consecuencias negativas de tener una emoción que le perturbe. Fruto de ese debate, deberá surgir un “pensamiento racional”, y por tanto una “emoción apropiada”. Realizar 2 ejemplos más.

Al finalizar la sesión, se le dará nuevamente la tarea de observarse al espejo durante 30 minutos y decirse las cosas buenas que ella tiene.

**Consideraciones en la aplicación de la técnica:** Se deberá tomar en cuenta que fruto del debate, ni el pensamiento o el sentimiento deberán haber cambiado de forma polarizada. Es decir, Si antes del coloquio-debate la paciente indicaba tener “rabia”, después del coloquio-debate sería extraño que la paciente se sienta tranquila y feliz. Si sería algo propio del coloquio-debate que disminuya la intensidad del sentimiento o que se racionalice más el pensamiento.

Se recomienda que en el área de los pensamientos, se pueda identificar la distorsión con la paciente (cómo se hizo en el ejercicio de la sesión 4) para realizar el debate en base a ello. De la misma forma, se recomienda que la paciente describa todos los pensamientos que tiene a raíz de los acontecimientos descritos.

**Fuente de la técnica:** Albert Ellis (1955)

**Tiempo aproximado de la actividad:** 45 minutos.

**Tiempo aproximado de la sesión:** 60 minutos.

**Hoja de trabajo Sesión 7.**

**A:** Acontecimiento:

---

---

---

**B:** Pensamientos:

---

---

---

**C:** Consecuencias:

---

---

---

---

---

**DEBATE-COLOQUIO.**

**D:** Pensamiento racional.

---

---

---

---

**E:** Sentimiento adecuado.

---

---

---

**Sesión 8:****Parte I:*****Tiempo para hablar.***

**Objetivo:** Determinar cuál es la percepción de su autoimagen

**Actividad:** Coloquio.

**Materiales:** -----

**Desarrollo:** Se hablará con la paciente sobre las percepciones que tuvo sobre su autoimagen en la anterior sesión y en la tarea. Si la paciente alega no tener muchas características buenas, ayudar a discernirlas acorde a los recursos personales identificados. Se buscarán pensamientos distorsionados y se ayudará en la modificación de ellos.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 15 minutos.

**Sesión 8:****Parte II:*****Comenzando a cuestionar lo que pienso: ABC. II PARTE***

**Objetivo:** Cuestionamiento y modificación de pensamientos distorsionados.

**Actividad:** ABC. Hacer 2-4 ejemplos.

**Materiales:** Hoja de trabajo.

**Desarrollo:** Presentación de la hoja de trabajo. Desarrollo y consideraciones sobre la aplicación de la técnica igual que en la anterior sesión.

En esta sesión, se le dará la tarea de realizar un ejemplo aplicando la técnica ABC para la siguiente sesión (el ejemplo puede ser con acontecimientos diarios o con acontecimientos que incluyan a la enfermedad). Se le pedirá que continúe con la

tarea de mirarse al espejo pero ya no habrá coloquio de ello a menos que ella lo requiera.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 45 minutos

**Tiempo aproximado de la sesión:** 60 minutos.

**Hoja de trabajo Sesión 8.**

**A:** Acontecimiento:

---

---

---

**B:** Pensamientos:

---

---

---

**C:** Consecuencias:

---

---

---

---

---

**DEBATE-COLOQUIO.**

**D:** Pensamiento racional.

---

---

---

---

**E:** Sentimiento adecuado.

---

---

---

**III parte:**  
**Pensamientos automáticos.**



**Sesión 9:****Parte 1:*****Tiempo para hablar.***

**Objetivo:** Cuestionamiento y modificación de pensamientos distorsionados.

**Actividad:** Coloquio-debate sobre el ABC realizado.

**Materiales:** Tarea realizada por la paciente.

**Desarrollo:** Revisión del ejemplo realizado por la paciente. Coloquio-debate de cuestionamiento y modificación del pensamiento distorsionado.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 10-15 minutos.

***Sesión 9:*****Parte II*****Es hora de relajarnos.***

**Objetivo:** Despejar la mente de la paciente.

**Actividad:** Ejercicio de relajación.

**Materiales:** Hoja de trabajo.

**Desarrollo:** Seguir las instrucciones de la hoja de trabajo.

**Consideraciones en la aplicación de la técnica:** Pedir a la paciente que apague su celular o lo ponga en silencio (no vibrador), para evitar que esto perjudique al desarrollo de la técnica.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 15 minutos.

## Hoja de trabajo. Sesión 9 parte II.

### Técnica de relajación

Tres serán las posiciones ideales para este ejercicio.

A) Una de ellas puede ser tumbado en la cama, con la espalda recta, cuello y hombros relajados y palmas de las manos hacia abajo.

B) Sentado en una silla, con el cuerpo relajado, los pies cruzados en la zona de los tobillos y las manos apoyadas encima de las piernas de la siguiente manera: las palmas hacia arriba, mano derecha debajo de la mano izquierda. Los dedos gordos pueden tocarse o no.

C) Sentado en una superficie recta, con las piernas cruzadas en la típica posición de yoga o loto o si no eres tan flexible, simplemente con ellas cruzadas.

Manos en el centro de la siguiente manera:

las palmas hacia arriba, mano derecha debajo de la mano izquierda.

Los dedos gordos pueden tocarse o no.

Respira profundamente 3 veces para relajarte.

Si puedes, que sea como la fase final del ejercicio controlando la respiración.

Cuando ya estés relajado visualiza que te encuentras en un cine al aire libre.

De esos que tienen una gran pantalla al aire libre y que puedes ir en coche o sentarte en una silla.

Detállalo todo muy bien.

Observa cuánto medirá la pantalla, si es coche o facilitan sillas, qué colores hay, ...

Después de fijarlo en tu mente vuelve a respirar profundamente otras 3 veces y siente como un aire puro entra en tu cuerpo refrescándote y limpiándote de manera que una luz blanca te va llenando a medida que inspiras.

A la vez observa como a medida que espiras muy lentamente, se van disipando tus tensiones, tus dudas y tus miedos.

Cuando ya te sientas como nuevo observa cómo en la pantalla se van reflejando uno a uno todos tus pensamientos, los acontecimientos del día, las disputas, los buenos momentos, lo que te preocupa, lo que tienes miedo.

Tómalo con mucha calma.

Y mientras se van reflejando siente que se pierden, que se van disipando, que cada vez se van haciendo más y más borrosos hasta desaparecer. Se trata de que tu simplemente seas un observador, un individuo que va a ver esa película sin desesperarse por lo que vea y sin que le afecten las escenas que se reflejan.

Es una película como otra cualquiera y que tras un rato termina y desaparece.

Cuando hayas conseguido hacer desaparecer cada uno de esos pensamientos o escenas de tu película estarás preparado para irte a dormir o para meditar...

Es posible que las primeras veces te resulte difícil, pero con constancia llegará a ser un mecanismo completamente natural y muy positivo.

**Fuente de la técnica:**

[http://www.formarse.com.ar/ejercicios/ejercicios\\_relajacion.htm](http://www.formarse.com.ar/ejercicios/ejercicios_relajacion.htm)

## Sesión 9

### Parte III

#### ***Reflejo sin reflexión: Los pensamientos automáticos***

**Objetivo:** Identificación sobre cuál es la palabra o frase taquigrafiada y qué pensamiento conlleva esa.

**Actividad:** Reconstrucción mental del estímulo que les genera tristeza.

**Materiales:** -----

**Desarrollo:** Una vez relajadas, se le pedirá a la paciente que piense en cuál es uno de los estímulos que le genera mayor tristeza. Posteriormente, se le pedirá que, cómo se hizo en la hoja de trabajo de la sesión 4, describa la situación y que se detenga a pensar qué palabra taquigrafiada se le viene cuándo está en esa situación. Por ejemplo, “muerte”, “miedo”, etc. Cuándo se hayan identificado las palabras o frases, se le pedirá que las anote en una hoja en blanco. Se las utilizará en la siguiente sesión. Si a la paciente se le presentan imágenes mentales en lugar de pensamientos, también deberán ser anotados tal cual lo percibe.

10 minutos antes de finalizar la sesión se debe procurar tener un pequeño coloquio asegurándose que la paciente no se vaya con angustia a raíz de la actividad.

Al finalizar la sesión pedir a la paciente que realice un ejemplo del ABC para la siguiente sesión.

**Fuente de la técnica:** McKay, M y otros (1985)

**Tiempo aproximado de la actividad:** 30-35 minutos.

**Tiempo aproximado de la sesión:** 60 minutos.

**Sesión 10:****Parte I:*****Tiempo para hablar.***

**Objetivo:** Cuestionamiento y modificación de pensamientos distorsionados.

**Actividad:** Coloquio-debate sobre el ABC realizado.

**Materiales:** Tarea realizada por la paciente.

**Desarrollo:** Revisión del ejemplo realizado por la paciente. Coloquio-debate de cuestionamiento y modificación del pensamiento distorsionado.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 10-15 minutos.

**Sesión 10:****Parte II:*****Aprendiendo a reflexionar: Las premisas***

**Objetivo:** Identificación de premisas.

**Actividad:** Aplicación de la hoja de trabajo.

**Materiales:** Hoja de trabajo.

**Desarrollo:** Se leerá una de las palabras o frases taquigrafiadas identificadas la anterior sesión y se le pedirá a la paciente que piense en esas palabras y que explique por qué piensa eso (se puede ayudar utilizando la siguiente pregunta "Cuándo ocurre \_\_\_\_\_, ¿qué significa?")

## Sesión 10

### Parte III

#### ***Reflejo sin reflexión: Los pensamientos automáticos***

**Objetivo:** Identificación sobre cuál es la palabra o frase taquigrafiada y qué pensamiento conlleva esa.

**Actividad:** Reconstrucción mental del estímulo que les genera tristeza.

**Materiales:** -----

**Desarrollo:** Una vez relajadas, se le pedirá a la paciente que piense en cuál es uno de los estímulos que le genera mayor tristeza. Posteriormente, se le pedirá que, cómo se hizo en la hoja de trabajo de la sesión 4, describa la situación y que se detenga a pensar qué palabra taquigrafiada se le viene cuándo está en esa situación. Por ejemplo, “muerte”, “miedo”, etc. Cuándo se hayan identificado las palabras o frases, se le pedirá que las anote en una hoja en blanco. Se las utilizará en la siguiente sesión. Si a la paciente se le presentan imágenes mentales en lugar de pensamientos, también deberán ser anotados tal cual lo percibe.

10 minutos antes de finalizar la sesión se debe procurar tener un pequeño coloquio asegurándose que la paciente no se vaya con angustia a raíz de la actividad.

Al finalizar la sesión pedir a la paciente que realice un ejemplo del ABC para la siguiente sesión.

**Fuente de la técnica:** McKay, M y otros (1985)

**Tiempo aproximado de la actividad:** 30-35 minutos.

**Tiempo aproximado de la sesión:** 60 minutos.

**Sesión 11:****Parte I:*****Tiempo para hablar.***

**Objetivo:** Cuestionamiento y modificación de pensamientos distorsionados.

**Actividad:** Coloquio-debate sobre el ABC realizado.

**Materiales:** Tarea realizada por la paciente.

**Desarrollo:** Revisión del ejemplo realizado por la paciente. Coloquio-debate de cuestionamiento y modificación del pensamiento distorsionado.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 10-15 minutos.

**Sesión 11:****Parte II*****Pensamiento Primitivo/Pensamiento maduro***

**Objetivo:** Comparación del cambio de pensamiento presentado desde la primera sesión hasta la actual.

**Actividad:** Comparación de los pensamientos primitivos y maduros.

**Materiales:** Papelógrafos (u hojas en blanco) y marcadores.

**Desarrollo:** En la sesión, se dividirá el papelógrafo (o las hojas en blanco) en dos columnas: En la primera se pondrá de título “pensamientos primitivos” y en la segunda columna se pondrá “pensamientos maduros”. En columna de pensamientos primitivos se pondrán cuáles eran los pensamientos distorsionados que presentaba la paciente y en la segunda los mismos pensamientos modificados a raíz del ABC, las premisas y los coloquios. Por ejemplo, Pensamiento primitivo: “Gracias a mi enfermedad, mis hijos estarán deprimidos siempre”/Pensamiento maduro “Mi enfermedad afecta a mis hijos, pero estoy segura que van a salir adelante, así los eduqué yo”.

Al finalizar esta actividad, se reflexionará sobre el cambio que va teniendo la paciente y cómo se va acercando a las metas propuestas en la sesión 1.

**Fuente de la técnica:** Beck, A (1983)

**Tiempo aproximado de la actividad:** 30 minutos.

**Tiempo aproximado de la sesión:** 45 minutos.

**Parte IV**  
**Mi presente-mi futuro**



## Sesión 12:

### ***Aprendiendo a Solucionar mis problemas.***

**Objetivo:** Brindar una herramienta de identificación de soluciones a los problemas para evitar que estos puedan llegar a ser posibles estímulos que mantengan o intensifiquen síntomas de depresión después de la terapia.

**Actividad:** Identificación de alternativas de solución a problemas específicos de las pacientes.

**Materiales:** Hojas de trabajo.

**Desarrollo:** Se aplicará la técnica de solución de problemas SOLVE que está en la hoja de trabajo.

El procedimiento de la técnica es el siguiente: Primero identificar cuáles hechos suponen una preocupación o un problema (de la enfermedad u otros). Para ello, en la hoja de trabajo existen una serie de alternativas de posibles preocupaciones o problemas. La paciente deberá marcar con una X en aquellas con las que se sienta identificada. En estas opciones, la paciente podrá elegir en una categorización desde el “No me molesta en absoluto” hasta “Me molesta mucho”.

En segundo paso, se observará cuál de las categorías presenta mayores respuestas “Me molesta mucho”, entonces se le pedirá a la paciente que vaya a la siguiente parte de la técnica que dice “perfilar problema”. Allí deberá decir qué personas están implicadas en ese problema y otras características que describan al problema en la hoja de trabajo se presenta la guía). Como 3er paso, se irá al siguiente punto que busca objetivar el problema. Para ello se debe llenar acorde a las instrucciones.

En un 4to paso, el paciente deberá presentar un total de 3 alternativas diferentes para resolver los problemas planteados.

Como 5to paso, se deberá dar una puntuación positiva y negativa a las alternativas presentadas acorde a la posibilidad de aplicación, los resultados posibles que puede causar esa alternativa, etc. Al finalizar, se sumará la puntuación de cada alternativa y se hará un “balance” sobre cuál de las alternativas convendría aplicar y se prevé mejores resultados.

Al finalizar la sesión, se le dará cómo tarea el de aplicar la alternativa de solución para su problema. En la siguiente sesión, se hará una evaluación de los resultados obtenidos y sugerencias sobre mejor aplicación de alternativas.

Se podrá repetir el proceso con más de un problema.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 45 minutos

## Hoja de trabajo sesión 12:

### Técnica SOLVE

Marque en cada situación, la casilla que describa mejor en qué medida se trata para usted de un problema. Si tiene dificultades para determinar si una situación es un problema significativo para usted, imagínese en esta situación. Incluya imágenes, acciones y sonidos que le hagan parecer real. En esta situación, ¿se siente colérico?, ¿se siente deprimido?, ¿se siente ansioso?, ¿se siente confundido? Atención a estas emociones. Si se experimenta cólera, depresión, ansiedad o confusión probablemente se encuentre ante una situación problemática; algo hay en su forma de responder que no funciona bien. Marque la casilla adecuada:

A. No me molesta en absoluto: No tiene nada que ver conmigo.

B. Me molesta un poco: Afecta ligeramente mi vida y constituye un pequeño gasto de energías.

C. Me molesta bastante: Posee un claro impacto en mi vida.

D. Me molesta mucho: Altera enormemente mi vida cotidiana y afecta profundamente mi bienestar.

**A B C**

#### Salud

Trastornos del sueño

Problemas sobre el peso

Sentirse físicamente cansado

Trastornos del estómago

Problemas físicos crónicos

Dificultades para levantarse por la mañana

Alimentación y dieta pobre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Economía

Dificultad para hacer llegar el dinero a fin de mes

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dinero insuficiente para las necesidades básicas  
Aumento creciente en las deudas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gastos inesperados  
Dinero insuficiente para el ocio y las aficiones  
No hay fuente fija de ingresos  
Demasiadas cargas financieras

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Trabajo

Trabajo monótono y aburrido  
Relaciones difíciles con el jefe o superior  
Prisas y con estrés  
Deseo de un trabajo o carrera distintos  
Necesidad de mayor experiencia o formación  
Temor de perder el trabajo  
Dificultades para entenderse con los compañeros de trabajo  
Paro (huelga)  
Condiciones de trabajo desagradables  
Necesidad de mayor libertad en el trabajo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Vivienda.

Vecinos indeseables  
Demasiado lejos del trabajo o escuela  
Demasiado pequeña  
Condiciones desagradables  
Cosas que precisas una reparación  
Malas relaciones con el propietario

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Relaciones sociales

Tímido o vergonzoso con el sexo opuesto  
No tener muchos amigos  
Poco contacto con el sexo opuesto

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sentirse solo  
No entenderse bien con algunas personas  
Fracaso o estar fracasando en una aventura amorosa

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sentirse abandonado  
 Falta de amor o afecto  
 Vulnerable a las críticas de los demás  
 Desear más intimidad con la gente  
 No comprendido por los demás  
 No saber realmente, cómo llevar una conversación  
 No encontrar la pareja adecuada

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ocio

No disfrutar de la suficiente diversión  
 Mediocre en el deporte o el juego  
 Poco tiempo libre  
 Querer más oportunidades para disfrutar del arte o la expresión  
 Pocas ocasiones para disfrutar la naturaleza  
 Deseo de viajar  
 Necesidad de unas vacaciones  
 Incapacidad para pensar en algo divertido que hacer

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Familia.

Sentirse rechazado por la familia  
 Desacuerdo en casa con el conyugue  
 No llevarse bien con uno, o más, de los niños  
 Sentirse atrapado en una situación familiar dolorosa  
 Inseguridad-temor a perder la pareja  
 Incapaz de ser abierto y honesto con los miembros de la familia  
 Deseo sexual fuera de la pareja  
 Conflicto con los padres  
 Tener distintos intereses que el cónyuge  
 Roces familiares  
 Ruptura matrimonial

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problemas de los niños en la escuela.  
 Miembro de la familia enfermo  
 Excesivas discusiones en casa  
 Cólera, resentimiento hacia el cónyuge  
 Estar irritado por las costumbres de un miembro de la

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

familia

Estar preocupado por algún miembro de la familia


**Otros:** (Si algunas situaciones concretas no enumeradas anteriormente interfieren de forma significativa en su vida, escríbalas y evalúelas.)

.....

.....

.....

.....

## 2. Perfil del problema

Situación (de la lista de problemas o, brevemente, con palabras propias)

Quién está implicado---otras personas

---

Qué sucede---qué ha sucedido o dejado de suceder que le molesta a usted

---

Dónde sucede---lugar

---

Cuándo sucede--- momento durante el día, frecuencia, duración

---

Cómo sucede---las reglas que parece seguir, estados de ánimo implicados

---

Por qué sucede---razones que uno mismo o los demás dan para justificar el problema en el momento en que se presenta

---

Respuestas---escriba un resumen de lo que usted hace o deja de hacer  
Dónde lo hago---lugar

---

Cuándo lo hago---tiempo en re condicionar, duración de la respuesta

---

Cómo lo hago---tiempo en reaccionar, duración de la respuesta

---

Cómo me siento – emociones de cólera, depresión, confusión, etc.

---

Porqué lo hago...pensamientos sobre ello, teorías, explicaciones, razonamientos

---

Qué quiero-objetivos que si cumplieran, significarían que el problema está solucionado.

---

El problema real no

es \_\_\_\_\_

Quien está implicado (Por ejemplo, en una pelea con el marido, está implicado el  
marido)

el problema real

es \_\_\_\_\_

Dónde responde usted (Por ejemplo, sigue peleando cuándo está en la calle con su  
marido)

El problema real no

es \_\_\_\_\_

Qué ha sucedido que le molesta (Por ejemplo, la pelea en sí)

el problema real

es \_\_\_\_\_

Cuando responde usted (Por ejemplo, en la pelea con el marido usted le grita cuándo  
él está enojado en lugar de esperar a que se calme)

El problema real no

es \_\_\_\_\_

Como sucede (Por ejemplo, primero el marido le dice...después dice....)

el problema real

es \_\_\_\_\_

Como se siente usted (Por ejemplo, rabia después de la pelea )

El problema real no

es \_\_\_\_\_

Por qué sucede (Comenzó la pelea por un problema económico)

el problema real

es \_\_\_\_\_

Por qué responde usted del modo que lo hace (pensamientos, teorías, racionalizaciones. Por ejemplo “no debería faltarnos el dinero, es por su culpa”)

El problema real no

es \_\_\_\_\_

La situación (Por ejemplo, la pelea)

el problema real

es \_\_\_\_\_

Cómo responde (Por ejemplo, gritando a su esposo )

3. Haga una lista con las alternativas.

Objetivo

A. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo

B. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo

C. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 4. Valorar las consecuencias

Estrategia: \_\_\_\_\_

Consecuencias positivas	Puntuación	Consecuencias negativas	Puntuación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Total: _____		Total: _____	

#### Valorar las consecuencias

Estrategia: \_\_\_\_\_

Consecuencias positivas	Puntuación	Consecuencias negativas	Puntuación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Total: _____		Total: _____	

Valorar las consecuencias

Estrategia: \_\_\_\_\_

Consecuencias  
positivas

Puntuación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consecuencias  
negativas

Puntuación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

**5. Evaluar los resultados.**

**Sesión 13:****Parte I.*****Tiempo para hablar.***

**Objetivo:** Evaluación de los resultados obtenidos al aplicar las alternativas planteadas.

**Actividad:** Coloquio sobre los resultados de la tarea.

**Materiales:** ----

**Desarrollo:** Se tendrá un coloquio sobre la aplicación de las alternativas planteadas en la anterior sesión. Se evaluarán los resultados (última hoja de la técnica SOLVE) y se plantearán recomendaciones sobre las alternativas.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 10 minutos.

**Sesión 13.****Parte II.*****Planificando mis objetivos***

**Objetivo:** Identificación de metas de la paciente a corto, mediano y largo plazo.

**Actividad:** Aplicación de la hoja de trabajo

**Materiales:** Hoja de trabajo.

**Desarrollo:** Pedir a la paciente que piense en qué metas quisiera llegar a conseguir a corto, mediano y largo plazo. Después de realizado esto, se le pedirá que los

clasifique en las categorías de S: superior, es decir prioridad de muy importante. M prioridad de importante pero puede esperar. I prioridad de puede esperar.

**Fuente de la técnica:** McKay, M y otros (1985)

**Tiempo aproximado de la actividad:** 10 minutos.

**Hoja de trabajo. Sesión 13. Parte II**

**Planificación de objetivos**

Clasificarlos en S, M, o I

Objetivos permanentes (Ítems de la categoría superior, media o inferior)

---

---

---

---

---

---

---

Objetivos en un año

---

---

---

---

---

---

---

Objetivos en un mes

---

---

---

---

---

---

---

## Sesión 13

### Parte III:

#### *Paso a paso.*

**Objetivo:** Concretizar las actividades necesarias para conseguir las metas

**Actividad:** Coloquio sobre las actividades necesarias para lograr las metas propuestas.

**Materiales:** Bolígrafos, hojas en blanco.

**Desarrollo:** Se hará un coloquio cuyo objetivo busque concretizar estos objetivos a partir de acciones que debe realizar. Se tratará de especificar las actividades necesarias para llegar a esos objetivos. Se partirá desde los objetivos con mayor importancia de realizarlos por los de menos.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 20 minutos.

## Sesión 13.

### Parte IV

#### *Imaginando que ya lo ha logrado.*

**Objetivo:** Aprender las metas que busca lograr.

**Actividad:** Relajación y visualización de las metas planteadas.

**Materiales:** Música tranquila.

**Desarrollo:** Primero se aplicará la técnica de relajación utilizada en la otra sesión. Una vez relajada la paciente sin que abra los ojos, se la leerá lentamente las metas escritas y las actividades que hará para lograrlos. Se le dirá que se imagine que ya ha alcanzado esos objetivos, se le harán preguntas como “¿Cómo se siente ahora que ha alcanzado el objetivo? ¿Qué está haciendo? ¿A quién se parece? ¿Qué es lo que le rodea? ¿Qué le dice la gente? ¿Cómo responden a su logro las personas que son más importantes que son más importantes para usted?” .Se finalizará la sesión con eso.

**Tiempo aproximado de la actividad:** 10 minutos.

**Tiempo aproximado de la sesión:** 50 minutos.

**Sesión 14:*****Despidiendo la terapia.***

**Objetivo:** Repaso de todo lo aprendido.

**Actividad:** Repaso de las técnicas enseñadas, de los recursos personales identificados, repaso sobre el cambio realizado a nivel de pensamiento, repaso las alternativas de solución de problemas.

Coloquio sobre cierre de programa

**Materiales:** Hojas en blanco, bolígrafos, folder, mesas, sillas.

**Desarrollo:** Repaso de las técnicas enseñadas, de los recursos personales identificados, repaso sobre el cambio realizado a nivel de pensamiento, repaso las alternativas de solución de problemas.

**Tiempo aproximado de la sesión:** 60 minutos.

### 3.5 Conclusiones y Recomendaciones.

El cáncer es el crecimiento indiscriminado de ciertas células propias de un órgano que posteriormente puede propagarse a otras partes de la persona.

Los tratamientos para el cáncer son varios, entre los que destacan la quimioterapia, la radioterapia y las operaciones quirúrgicas. La quimioterapia y la radioterapia presenta efectos colaterales como ser las náuseas, la caída del cabello (quimioterapia), la expulsión de un olor particular del cuerpo (radioterapia). También provocan fatiga corporal entre otras consecuencias fisiológicas y físicas.

Existen tipos de cáncer que afectan de forma particular a los pacientes. Ellos son aquellos que están relacionados con los órganos sexuales ya que tienen que ver con la intimidad propia de la persona. Otro factor que afecta de forma particular a las pacientes y a sus familias es si el cáncer se encuentra en un lugar visible o no ya que a la paciente le da mayor sensación de control y de esperanza.

El cáncer cervicouterino es el crecimiento indiscriminado de las células en el cérvix de la mujer. Este tipo de cáncer es muy prevenible y tratable si es detectado a tiempo. Este cáncer no debería ser tratado ni con radioterapia o quimioterapia si existiese un control regular por parte de la mujer. La forma de detección y prevención más común es el PVH que las mujeres lo deberían realizar desde los 25-64 años en un periodo de 3 años entre prueba y prueba.

Sin embargo, Bolivia es uno de los países con mayor incidencia en este tipo de cáncer muriendo 9 mujeres cada 2 días.

Las reacciones emocionales más comunes en pacientes con cáncer son la depresión y la ansiedad, siendo mayor el nivel de depresión que se presenta en estas pacientes. Del 15-25% de los pacientes presentan depresión grave.

Existen ciertos factores que influyen en el desarrollo de esos trastornos emocionales como que la paciente debe haber tenido algún tipo de depresión previa al diagnóstico de la enfermedad, no debe tener una red social amplia o debe existir poca comunicación entre los miembros de la familia o su red social.

La depresión afecta en la adherencia al tratamiento y a la calidad de vida de la persona.

Por otro lado, entre las grandes preocupaciones de las pacientes se encuentra el problema monetario, ya que los tratamientos son costosos, muchas veces ellas no pueden trabajar por la enfermedad y son sus familiares los que llevan esa responsabilidad.

En las pacientes se presenta el miedo a que el tumor se siga propagando o que haya resurgido aún después de que hayan pasado la enfermedad.

Las están muy pendientes de si se van a sanar o no. En ocasiones y a pesar del diagnóstico médico, tienen la esperanza que Dios las cure.

En ocasiones las pacientes presentan pensamientos de culpabilidad y de castigo; culpabilidad por no haber ido al médico antes y castigo porque creen que su enfermedad es fruto de algún error que ellas podrían haber realizado en su vida.

Muchas pacientes presentan sentimientos de ser una carga para sus familiares u otras afirman que si están luchando contra la enfermedad es por sus hijos.

El afrontamiento a la enfermedad es mejor cuándo la persona presenta creencias religiosas. Son signos de mal afrontamiento que pueden llevar a la depresión el cambiar el rol que se cumplía antes (dejar de estar con el cónyuge por no querer ser vista). Otro signo de mal afrontamiento y que puede llevar a la depresión, es discontinuar con sus actividades cotidianas. Está claro que no podrán desarrollarlas todas por el tema de agotamiento y falta de fuerza física, pero eso no significa un impedimento total para realizar las cosas.

Fruto de la investigación se pudo desarrollar un manual que responda a las necesidades de la paciente ya que se toma en cuenta las repercusiones psicológicas de la enfermedad y se las busca trabajar a partir de ciertas actividades estructuradas. Sin embargo, las actividades planteadas son flexibles a las necesidades de la paciente y a las características propias del psicólogo. Ya depende de la aplicación que el psicólogo haga al manual, para poder adaptarse a la vivencia de la paciente, su educación, la indagación en ciertos temas, etc.

El manual pudo ser validado en cuanto al contenido después de una minuciosa revisión y corrección de 3 expertos en el área por tanto se pudo comprobar que existe un buen nivel de aplicabilidad.

Entre las recomendaciones que se pueden realizar está que se trabaje conjuntamente entre los psicólogos y los médicos oncólogos. El ser humano es un ente bio psico social y es necesario que todas sus necesidades sean cubiertas. España, por ejemplo, es uno de los países con gran desarrollo en esta área y si Bolivia presenta un índice tan alto de afección, con mayor razón se debería realizar este trabajo conjunto.

Se sugiere desarrollar trabajos terapéuticos de prevención con las pacientes a las que se las va a diagnosticar o que recién están diagnosticadas. Por ejemplo, estos trabajos pueden ir para desarrollar o potenciar recursos de afrontamiento efectivo ya que a partir de ello, se podría evitar que muchas pacientes caigan en la depresión.

No se debería esperar a ver cuál es la evolución psicológica de la paciente para recién derivarla a un psicólogo, se podría prevenir trastornos depresivos, de adaptación y ansiosos si es que hubiese un trabajo conjunto. De esta forma se estaría ayudando en una mejor adhesión al tratamiento y mayor calidad de vida.

Por otro lado, esta investigación puede ser un preámbulo para otras investigaciones sobre el mismo tema basándose en áreas diferentes. Por ejemplo, se podría investigar sobre la afección psicológica en el desarrollo de la enfermedad.

Se sugiere trabajar el duelo con la familia y la paciente tanto en cáncer terminal cómo en cáncer no terminal. Cuando no es cáncer terminal, se debería trabajar el duelo sobre algunas facultades perdidas. Por ejemplo, no poder trabajar. También se

En el caso de que sea cáncer terminal, se debería ayudar a que la paciente pueda “cerrar” todo antes de su partida. Es decir, en el caso que tenga hijos pequeños, que establezca con quién los va a dejar por ejemplo. A nivel psicológico, se debería trabajar en la terapia del perdón tanto a ella misma cómo a otras personas. Sería bueno que se la ayude a morir con la mayor paz interna sin “temas” pendientes.

A nivel familiar, se debe hacer una preparación para el momento de la pérdida del ser querido. Se les puede ayudar a afrontar mejor ese momento a partir del acompañamiento, de terapias grupales con otros familiares que estén pasando por lo mismo, etc.

Se sugiere el trabajo con las familias de los pacientes, ya que las investigaciones han demostrado que una relación familiar con buena comunicación, favorecería en la reducción de la ansiedad.

Es importante también, trabajar con el cuidador del paciente enfermo ya que muchas veces, es esta persona la que puede sufrir trastornos emocionales.

Se debería realizar constantes entrevistas o pruebas de depresión a las pacientes ya que a lo largo del tratamiento existen recaídas emocionales lo que puede afectar en que la paciente continúe con su tratamiento.

Se sugiere realizar una prueba que mida la depresión en pacientes con cáncer cervicouterino tomando en cuenta las características de diferenciales de diagnóstico. Que esta prueba sea validada en Bolivia para presentar una gran herramienta de diagnóstico.

**GLOSARIO:**

ABC: Herramienta utilizada en la terapia emotivo racional para la identificación y modificación pensamientos irracionales y Sentimientos inadecuados.

Área de tratamiento/ Campo de tratamiento: lugar dónde se realizará la radioterapia.

Cáncer: Grupo de enfermedades dónde las células que tienen un crecimiento no respetan los límites cómo las células normales.

Cáncer cervicouterino: El Cáncer Cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

Cirugía: Este tratamiento consiste en un acto quirúrgico en el cual se extirpa una parte o la totalidad del tumor.

Criterio de Confirmación Diagnóstica: Es el informe histológico positivo para Cáncer Cervicouterino, o lesión intra-epitelial, emitido por el Servicio de Anatomía Patológica.

Curso de tratamiento: Proceso desde la primera hasta la última sesión de radioterapia que recibe el paciente.

Depresión: Tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático

Esquemas: Patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones

Errores de procesamiento: son las distorsiones de pensamiento propios de la persona con depresión. El paciente otorga validez a sus pensamientos aunque estos presenten errores en su contenido.

Papanicolaou: La prueba diagnóstica con mayor efectividad para el cáncer cervicouterino que consiste en una toma de células del cuello uterino para la primera identificación de células normales o anormales en la mujer.

Psicología de la Salud: Disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar

Quimioterapia: Tipo de tratamiento en base a medicamentos y con diferentes modos de aplicación utilizado para la lucha contra el cáncer.

Quimioterapia aplicada tópicamente: Tratamiento realizado a partir de la aplicación de una crema que se puede frotar sobre la piel.

Quimioterapia en inyección: Quimioterapia dónde la dosis puede ser aplicada en la cadera, en el brazo, uno de los muslos.

Quimioterapia Intraarterial: Quimioterapia va dirigida a la arteria que está directamente conectada con el cáncer.

Quimioterapia intraperitoneal: Quimioterapia dirigida directamente a los órganos como los intestinos, ovarios, hígado, estómago (cavidad peritoneal)

Quimioterapia Intravenosa: Quimioterapia dirigida al interior de una vena.

Quimioterapia oral: Tratamiento realizado a partir de la ingesta de pastillas o líquidos ingeridos por la boca.

Radioterapia: Tipo de tratamiento que se basa en la implementación de una dosis de radiación que busca eliminar o disminuir los tumores.

Simulación: Cita que se tiene con el doctor para determinar en qué lugar se realizará la radioterapia.

Trastorno de depresión mayor: Trastorno depresivo con aparición de síntomas de por lo menos 2 semanas o más.

Trastorno distímico: Trastorno depresivo con aparición y continuidad de síntomas de 2 años para adultos y un año para niños y adolescentes.

Triada cognitiva: Visión negativa sobre sí mismo. Interpretación negativa de sus experiencias. Visión negativa del futuro.

Neoplasia: Tejido nuevo.

## **ANEXOS**

**Anexo 1: Neoplasia Maligna del Cuello Uterino en las Américas Casos Nuevos y Defunciones por País Con tasas Estandarizadas por Edades por Cada 100.000 Habitantes en 2000**

País	Casos Nuevos	Defunciones	Tasa de Incidencia	Tasa de Mortalidad
Argentina	2953	1585	14,2	7,6
Bahamas	31	13	22,1	9,3
Barbados	54	27	30,4	13,6
Belice	30	11	39,6	16,8
Bolivia	1807	661	58,1	22,2
Brasil	24445	8815	31,3	11,6
Canadá	1608	650	8,2	2,8
Chile	2321	860	29,2	10,6
Colombia	5901	2339	32,9	13,7
Costa Rica	424	197	25,0	12,1
Cuba	1586	730	23,8	10,6
República Dominicana	1290	495	38,4	15,8
Ecuador	2231	892	44,2	18,6
El Salvador	1041	387	40,6	15,8
Guatemala	1432	566	39,6	16,8
Guyana	184	69	51,1	20,6
Haití	2428	1326	93,9	53,5
Honduras	833	329	39,6	16,8
Jamaica	489	209	43,4	18,4
México	16448	6650	40,5	17,1
Nicaragua	997	392	61,1	26,1
Panamá	389	158	31,2	13,1
Paraguay	768	281	41,1	15,8
Perú	4101	1575	39,9	15,8
Puerto Rico	252	114	10,3	4,3
Suriname	77	31	43,8	18,2
Trinidad y Tobago	215	97	33,3	15,0
Estados Unidos	13230	6417	7,8	3,3
Uruguay	307	163	13,8	7,6
Venezuela	3904	1454	38,3	15,2

Anexo 2: Tasa de incidencia de de Cáncer Cervicouterino América del Norte, Centro América, América del Sur



**Anexo3:** Ejemplo de examen mental.**EXAMEN DEL ESTADO MENTAL.**

Nombre: .....

Ocupación: .....-Edad: .....

**1 ASPECTO GENERAL Y CONDUCTA :**

<i>Aspecto</i>	<i>Conducta</i>	SI	NO
Atuendo _____	Coopera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene corporal _____	Franco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Abierto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirada y expresión _____	Temeroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Hostil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posturas _____	Reticente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2 CARACTERISTICAS DEL LENGUAJE :**CuantitativasHabla incesantemente Habla normal Habla escasa Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cualitativas

- Prolijidad
- Auto referencia
- Perseveración
- Inconsecuencia
- Incoherencia
- Incongruencia
- Neologismos
- Balbuceo
- Tartamudeo

### 3 ESTADO DE ANIMO Y AFECTO :

Depresión   
 Elación   
 Euforia   
 Cólera   
 Susplicacia   
 Felicidad   
 Culpa

Miedo   
 Ansiedad   
 Pánico   
 Hostilidad   
 Calma   
 Tristeza   
 Aflicción

¿ Es el estado de ánimo el adecuado para el contenido del pensamiento? \_\_\_\_\_

¿ Se halla al nivel de intensidad apropiado ? \_\_\_\_\_

(continúa .....)

### 4 CONTENIDO DEL PENSAMIENTO.

Alucinaciones y Percepciones Defectuosas: \_\_\_\_\_

Ideas Delirantes y Malinterpretaciones: \_\_\_\_\_

Ideas Obsesivas y Fóbicas: \_\_\_\_\_

### 5 FUNCIONES DEL SENSORIO:

Orientación:

Memoria y Aprendizaje:

Tiempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persona: \_\_\_\_\_

Atención y Concentración:

Lugar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Base de información e Inteligencia:

\_\_\_\_\_

## 6 AUTOCOGNICION Y JUICIO :

¿Entiende los proverbios? \_\_\_\_\_

¿Hace analogías? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Impresión Dx: \_\_\_\_\_

Pronóstico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Anexo 4:** Cartas de validación del manual

La Paz, 17 de diciembre, 2010

Panel de evaluación

Universidad La Salle

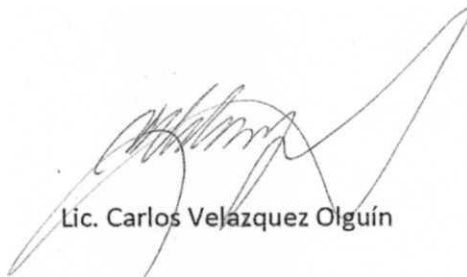
PRESENTE

Ref: Validación de "Manual de intervención clínica p-rn la disminución de la depresión en  
pacientes con cáncer cervicouterino.

A quien corresponda:

De mi mayor consideración. Después de haber revisado minuciosamente el Manual titulado "Manual de intervención clínica para la disminución de la depresión en pacientes con cáncer cervicouterino" de la universitaria María del Pilar Deuer Cenzano de CI 1119911 CH y habiendo ella corregido oportunamente mis observaciones, certifico la validación de dicho manual.

Sin otro particular, me despido muy cordialmente:



Lic. Carlos Velazquez Olguín

La Paz, 27 de diciembre, 2010

Señores:

Panel de evaluación

Universidad La Salle

PRESENTE

Ref: Validación de contenido del "Manual de intervención clínica para la disminución de la  
depresión en pacientes con cáncer cervicoutc: ino.

A quien corresponda:

De mi mayor consideración. Después de haber revisado minuciosamente el Manual titulado "Manual de intervención clínica para la disminución de la depresión en pacientes con cáncer cervi co uteri no" de la universitaria María del Pilar Deuer Cenzano de CI 1119911 CH y habiendo ella corregido oportunamente mis observaciones, certifico la validación de contenido dicho manual.

Sin otro particular, me despido muy cordialmente:



Lic. Sherezada Exeni Ballivian

La Paz, 27 de diciembre, 2010

Señores:

Panel de Evaluación

Universidad La Salle


**PRESENTE**

**Ref: Validación de contenido del "Manual de intervención clínica para la disminución de la depresión en pacientes con cáncer cervicouterino."**

A quien corresponda:

De mi mayor consideración. Después de haber revisado minuciosamente el Manual titulado "Manual de intervención clínica para la disminución de la depresión en pacientes con cáncer cervicouterino" de la universitaria María del Pilar Deuer Cenzano de CI 1119911 CH y habiendo ella corregido oportunamente mis observaciones, certifico la validación de contenido dicho manual.

Sin otro particular, me despido muy cordialmente:



Msc. JUANNE BRANER E  
MAT. PROF. B-03/00

**Bibliografía:**

- Alarcón, A (2007). Psicooncología. Recuperado el 2 de enero, 2011 del sitio Web <http://blogdelcancer.blogspot.com/2007/06/psicooncologia.html#comment-form>
- ALBERDI, J; TABOADA, O; CASTRO, C; VÁZQUEZ, C. Segas A Coruña. 2006.GUÍAS CLÍNICAS.España.6(11)
- Almanza, J; Breitbart, W; Holland, J. (2005)Neurol Neurocir Psiquiat. *Trastornos Mentales En Una Población De Pacientes Oncológicos Ambulatorios Con Dolor Relacionado Con El Cáncer*. 38(4), p. 123-128 de [www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2005/nnp054b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2005/nnp054b.pdf)
- BARINGOLTZ.Terapia Cognitiva Y Depresión.*Revista Depra. s.a*
- BAQUERO, L; LONDOÑO, C; LOW C.Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. *Universidad del Bosque. s.a.*
- BECK, A; RUSH, J; SHAW, BRIAN; EMERY, G. Editorial Desclee de Brouwer, S.A. 1983. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN.España
- Cada día mueren 2 a 3 mujeres por cáncer cervicouterino.(2005, 27 de mayo).*El Deber*.

- CONTRERAS, F; ESGUERRA, G; ESPINOSA, J.C; GÓMEZ, V. Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Tratamiento de Hemodiálisis. *Universidad Santo Tomás, 2007.de* [http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15\\_169-179.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf)
- Feixas, G. (2003) Una Perspectiva Constructivista de la Cognición: Implicaciones para las Terapias Cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, núm. 56 de [www.terapiacognitiva.net/.../Una%20perspectiva%20constructivista%20de%20la%20cognición](http://www.terapiacognitiva.net/.../Una%20perspectiva%20constructivista%20de%20la%20cognición).
- Font, A y Cardoso, A. (2009), Afrontamiento en Cáncer de Mama: Pensamientos, Conductas y Reacciones Emocionales. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 6, Núm. 1, pp. 27-42 de [revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0909120027A.PDF](http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0909120027A.PDF)
- Guyton, A; Hall, J. (2006) *Tratado de Fisiología Médica*. Elvieser. 11va edición.
- Hernández, S; Fernandez, C; Baptista, P. (2006) *Metodología de la Investigación*. Mc. Graw Hill. 4ta edición.
- Hollon, S; DeRubeis, R. (2009). Mediating the Effects of Cognitive Therapy for Depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38:1, 43 – 47
- Lega, L; Caballo, V.; Ellis, A. (2006) *Teoría y Práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Siglo veintiuno de España editores. 2da edición. de [www.copao.com/Gaceta/files/gaceta46.pdf](http://www.copao.com/Gaceta/files/gaceta46.pdf)

- Lewis, M; (2004). Análisis de la Situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe. OPS de [www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf](http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf)
  
- Mc Kay, M; Davis, M; Fanning, P. (1985). *Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés*. España. Ediciones Martínez Roca
  
- Ministerio de Salud de Chile. (2004). *Protocolo AUGE. Diagnóstico y Tratamiento Cáncer Cervicouterino*. Comisión Nacional de Cáncer Cervicouterino de [ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/4/5/054-Chile\\_Cacu.pdf](http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/4/5/054-Chile_Cacu.pdf)
  
- Pérez, M; García J.M. (2001). *Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Depresión Psicothema*. Vol. 13, nº 3, pp. 493-510
  
- Phillip Rubin.(2003)*Oncología clínica. Enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes*. Edit. Elsevier Espana S.A Octava edición en [books.google.com.bo/books?isbn=8481746274](http://books.google.com.bo/books?isbn=8481746274).
  
- (2009). *“El Deber”* Santa Cruz
  
- Plata, E; Castillo, E; Guevara, U. (s.a) Evaluación de Afrontamiento, Depresión, Ansiedad e Incapacidad Funcional en Pacientes con Dolor Crónico. *Revista mexicana de anestilología*. en [pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v38n2/v38n2a05.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v38n2/v38n2a05.pdf)
  
- Vega, A; Rivas, N; (1998). Universidad Centroamericana.
  
- Rodríguez Mojerón A; Beyebach, M. (s.a)Terapia sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas en Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones en [webpersonal.uma.es/~aromore/recursos.pd](http://webpersonal.uma.es/~aromore/recursos.pd)

- Vargas-Mendoza, Jaime Ernesto (2007) *Examen del estado mental*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C en [www.conductitlan.net/examen\\_estado\\_mental.pdf](http://www.conductitlan.net/examen_estado_mental.pdf)
- <http://www.alliance-cxca.org/>
- <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/radioterapia-y-usted.pdf>
- <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/quimioterapia-y-usted.pdf>
- <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/terapia-racional-emotiva/tre7.pdf>
- <http://www.catrec.org/BECK.htm>
- National Cancer Institue. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/depresion/Patient/page2>
- [http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Grupos\\_Trabajo/Aeproser/Psicologia.pdf](http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Grupos_Trabajo/Aeproser/Psicologia.pdf)
- [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual\\_psiqiatr%C3%ADa/cap-4.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiqiatr%C3%ADa/cap-4.htm)