



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**“PROPUESTA DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO BASADO EN EL
ENFOQUE COGNITIVO EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE
CÁNCER DE MAMA EN SOLCA – CUENCA, EN EL PERÍODO
OCTUBRE 2008 – ENERO 2009”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autor: JUAN PABLO BUENO LEÓN

Director: Mst. MARIO EDUARDO MOYANO MOYANO

CUENCA, ECUADOR

2009

DEDICATORIA

A mis padres: Anita y Patricio,
a mis hermanos: Hernán Patricio y Felipe,
y a todos y cada uno de mis pacientes,
por su invaluable apoyo para mi realización tanto personal como profesional;
afectuosamente.

AGRADECIMIENTO

Deseo consignar mi imperecedera gratitud a la prestigiosa Universidad del Azuay, en la persona de su meritísimo Rector, Dr. Mario Jaramillo Paredes, por la excelencia que caracterizó a la formación que me brindara a través de mi carrera estudiantil; a los distinguidos señores decanos de la Facultad de Filosofía, así como a los directores de la Escuela de Psicología, a su personal docente y administrativo por su permanente apoyo.

Al Máster Mario Moyano Moyano, competente maestro y Director de tesis, quien con acierto, oportunidad y sapiencia me brindó su invaluable orientación y asesoría en la ejecución del proceso investigativo; así como al preclaro Personal del Hospital de SOLCA, de manera particular a su distinguido Director y a la Dra. María Caridad Alvarado Moreno, Directora del área psicológica, quienes hicieron factible la consecución de los objetivos previstos, mi agradecimiento inmarcesible.

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	1
Capítulo 1: “El Cáncer de Mama”	3
1.1 Introducción.....	3
1.2 Generalidades del Cáncer de Mama.....	3
1.2.1 Definición.....	4
1.2.2 Epidemiología.....	4
1.2.3 Factores de Riesgo.....	6
1.2.4 Diagnóstico del Cáncer de Mama.....	8
1.2.5 Tratamiento del Cáncer de Mama.....	11
1.3 Aspectos Psicológicos del Cáncer de Mama.....	15
1.3.1 Impacto Psicológico del Diagnóstico de Cáncer de Mama.....	15
1.3.2 Prevalencia de Alteraciones Psicológicas en Pacientes con Cáncer de Mama.....	18
1.3.3 Etiología de Alteraciones o Trastornos Psicológicos en Pacientes con Cáncer de Mama.....	18
1.3.4 Trastornos Psicológicos Generados tras el Diagnóstico de Cáncer de Mama.....	19
1.3.5 Intervenciones Psicológicas en Pacientes con Cáncer de Mama.....	24
1.4 Conclusión.....	27
Capítulo 2 “El Asesoramiento Psicológico”	29
2.1 Introducción.....	29
2.2 Enfoque Histórico.....	29
2.3 Definición de Asesoramiento Psicológico.....	31

2.4	Diferencias del Asesoramiento con otras Profesiones de Ayuda.....	34
2.5	Objetivos del Asesoramiento Psicológico.....	35
2.6	Elementos que Constituyen el Proceso de Asesoramiento Psicológico.....	36
2.6.1	Relación de Asesoramiento.....	37
2.6.2	El Asesor.....	38
2.6.3	El Asesorado.....	41
2.7	Aportaciones Teóricas.....	42
2.7.1	La Base Teórica en el Ejercicio del Asesoramiento Psicológico.....	42
2.7.2	Funciones de la Teoría.....	43
2.8	Intervención en Asesoramiento Psicológico.....	44
2.8.1	Factores que Influyen en el Proceso de Asesoramiento Psicológico.....	44
2.8.2	Etapa de Exploración o Evaluación.....	47
2.8.2.1	Entrevista Inicial en el Proceso de Asesoramiento Psicológico.....	47
2.8.2.2	La Observación en el Asesoramiento Psicológico.....	52
2.8.2.3	Aplicación de Test en el Asesoramiento Psicológico.....	53
2.8.3	Etapa de Planificación del Proceso.....	54
2.8.3.1	Planteamiento de Objetivos.....	54
2.8.3.2	Selección de Técnicas.....	55
2.8.4	Etapa de Ejecución.....	57
2.8.4.1	Habilidades para Mantener una Relación de Asesoramiento Positiva.....	58
2.8.4.2	Fenómenos de la Relación de Ayuda.....	60
2.8.4.3	Cierre del Proceso.....	61
2.9	Conclusión.....	63
 Capítulo 3 “El Asesoramiento Psicológico con Enfoque Cognitivo”		65
3.1	Introducción.....	65
3.2	Evolución del Asesoramiento Psicológico Cognitivo.....	66
3.3	Aspectos Centrales del Asesoramiento Cognitivo	71
3.4	Evaluación Psicológica en el Asesoramiento Cognitivo.....	72
3.4.1	Enfoque de Evaluación Cognitivo.....	73
3.4.2	Enfoque de Evaluación Constructivista.....	73
3.5	Asesoramiento Psicológico Cognitivo según Beck.....	76

3.5.1 Principios Fundamentales del Asesoramiento Psicológico según Beck.....	77
3.5.2 Objetivos del Asesoramiento Psicológico de Beck.....	78
3.5.3 Conceptualización de los Problemas de acuerdo al Modelo Cognitivo de Beck.....	78
3.5.4 Relación de Asesoramiento.....	80
3.6 Intervención en Asesoramiento Psicológica en base a la Terapia Racional Emotiva.....	81
3.6.1 Objetivos del Asesoramiento basado en la T.R.E.....	82
3.6.2 Principios Fundamentales de la T.R.E.....	83
3.6.3 Visión de la Naturaleza Humana.....	84
3.6.4 Relación de Asesoramiento en la T.R.E.....	85
3.6.5 Rol del Asesor de la T.R.E.....	86
3.6.6 Modelo ABC de Autoperturbación de la T.R.E.....	87
3.6.7 Evaluación Psicológica en el Asesoramiento según la T.R.E.....	90
3.6.8 Estrategias de Intervención.....	90
3.6.9 El Proceso de Cambio en el Asesoramiento según la T.R.E.....	93
3.7 Conclusión.....	96

Capítulo 4: “Programa de Asesoramiento Psicológico basado en el

Enfoque Cognitivo”	98
4.1 Introducción.....	98
4.2 Proceso de Asesoramiento Psicológico.....	98
Primera Etapa	
4.2.1 Fase Evaluativa.....	99
4.2.1.1 Entrevista Semiestructurada.....	101
4.2.1.2 La Observación.....	102
4.2.1.3 Evaluación Psicométrica.....	103
4.2.1.4 Historia Clínica.....	105
Segunda Etapa	
4.2.2 Planificación del Proceso.....	108
4.2.2.1 Establecimiento de Objetivos.....	108
4.2.2.2 Selección de Técnicas.....	109
A. Asesoría Informática.....	110

I.	Psicoeducación.....	110
II.	Biblioterapia.....	111
B.	Intervención Terapéutica.....	112
I.	Técnicas Cognitivas.....	112
II.	Técnicas Conductuales.....	114
C.	Atención Sintomática.....	117
Tercera Etapa		
4.2.3	Ejecución del Programa de Asesoramiento.....	120
4.2.3.1	Primera Sesión.....	120
4.2.3.2	Segunda Sesión.....	120
4.2.3.3	Tercera Sesión.....	121
4.2.3.4	Cuarta Sesión.....	121
4.2.3.5	Quinta Sesión.....	121
4.2.3.6	Sexta Sesión.....	122
4.2.3.7	Séptima Sesión.....	122
4.2.3.8	Octava Sesión.....	122
4.3	Conclusión.....	123

Capítulo 5: “Presentación de Resultados de la Propuestas de Asesoramiento Psicológico con Enfoque Cognitivo en Pacientes con Cáncer de Mama”..... 125

5.1	Introducción.....	125
5.2	Metodología.....	125
5.3	Presentación de Resultados.....	128
5.3.1	Presentación Cuantitativa de Resultados.....	128
A.	Resultados Inventario de Depresión de Beck.....	128
B.	Resultados Escala de Hamilton para la Ansiedad.....	130
C.	Resultados Inventario de Pensamientos Automáticos.....	132
5.3.2	Presentación Cualitativa de Resultados.....	137
Caso No. 1	“Oviedo”.....	137
Caso No. 2	“Alvear”.....	146
Caso No. 3	“León”.....	154
Caso No. 4	“Idrovo”.....	163
Caso No. 5	“Bravo”.....	172

Caso No. 6 “Gómez”.....	180
Caso No.7 “Heredia”.....	189
Caso No. 8 “Rivera”.....	197
Caso No. 9 “Guerrero”.....	205
Caso No. 10 “Silva”.....	214
Caso No. 11 “Jaramillo”.....	222
Caso No. 12 “Buestán”.....	230
Caso No. 13 “Morillo”.....	238
5.4 Conclusión.....	246
Conclusiones.....	248
Recomendaciones.....	253
Bibliografía.....	255
Referencias Electrónicas.....	257
Anexos.....	265
Anexo No. 1 Inventario de Depresión de Beck.....	265
Anexo No. 2 Escala de Hamilton para la Ansiedad.....	268
Anexo No. 3 Inventario de Pensamientos Automáticos.....	270
Anexo No. 4 Formulario de Autoayuda de la T.R.E.....	272
Anexo No. 5 Relajación Muscular Progresiva.....	275
Anexo No. 6 Evolución.....	277

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo fundamental, prestar Asesoramiento Psicológico a pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama en Solca – Cuenca; debido a que éste tipo de neoplasia constituye una de las más frecuentes en el medio, además que su determinación diagnóstica y al involucrar la afección de un órgano de gran representación personal y social, surgen múltiples alteraciones psicológicas, las mismas que de ignorarse pudieran desencadenar en psicopatologías o afectar, considerablemente, el pronóstico médico y la calidad de vida de la paciente. Por tal motivo, se ha profundizado en las distintas fases del Proceso de Asesoramiento Psicológico en general, y en el enfoque cognitivo, en particular; en base al cual se estableció una propuesta de intervención, considerando técnicas y métodos de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, la cual sirvió de sustento al proceso; el mismo que se considera apropiado para el tipo de alteraciones que presentan esta población de pacientes y consta de tres etapas fundamentales: evaluación, planificación del proceso y ejecución. La aplicación del programa de Asesoría permitió paliar considerablemente las consecuencias perturbadoras que el diagnóstico de cáncer de mama desencadenó, contribuyendo al proceso de adaptación a la enfermedad, a la vez que se propició a la paciente de medios para hacer frente a las futuras etapas del tratamiento médico.

ABSTRACT

The fundamental objective of this investigation is to give Psychological Counseling to patients recently diagnosed with breast cancer in SOLCA – Cuenca. Neoplasia constitutes one of the most frequent diagnoses and that its diagnostic determination produces multiple psychological alterations, which ignored would considerably affect the medical prognosis and the quality of life of the patient. For this reason, the psychological counseling has generally been deepened, and in the cognitive focus in particular. With this basis, an intervention proposal was established considering the techniques and methods of the Emotive Rational Therapy of Albert Ellis, which served as substance of the process. This therapy consists of three fundamental stages; evaluation, process planning and execution. The application of the process permitted considerable mitigation of the disturbing consequences that the diagnosis of breast cancer unleashes, contributing to the process of adaptation to the disease.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha despertado un interés creciente por conocer hasta qué punto determinadas características de personalidad, estados emocionales y factores psicológicos, en general, en combinación con los factores biológicos y ambientales, pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer de mama, así como a su influencia directa en el pronóstico y éxito del tratamiento.

La relación de factores emocionales con el estado de salud en general y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde la antigüedad. Hipócrates y Galeno ya asociaban cierto tipo de personalidad con el desarrollo de neoplasias. Sin embargo, no es hasta la década de los 50 cuando comienza a estudiarse de forma sistemática, mediante investigaciones científicas, la posible implicación que ejercen los distintos factores psicológicos tanto en la etiología y evolución del cáncer, como en la recuperación de la paciente.

Se podría concluir que la gran mayoría de trabajos empíricos pueden enmarcarse en cuatro áreas: a) búsqueda de un perfil premórbido de personalidad relacionado con el cáncer, b) estudio de la influencia de situaciones estresantes y emociones negativas tales como ansiedad, ira y depresión, c) análisis de los estilos de afrontamiento que las personas con cáncer ponen en marcha ante la enfermedad y su repercusión en la evolución de la misma y d) tipo de intervenciones psicológicas que pueden ser más efectivas para reducir el malestar emocional y los problemas de adaptación psicológica a la enfermedad que se derivan del padecimiento y tratamiento de esta.

A pesar del gran número de investigaciones que se han producido en estos últimos años, el tipo de intervención psicológica ideal que permita manejar los factores psicológicos desencadenados por la presencia de la enfermedad neoplásica y contribuir con el proceso de recuperación de la misma está todavía sometido a controversia. Varios estudios han aportado evidencia sobre las relaciones entre acontecimientos estresantes de la vida, apoyo social, actitudes de indefensión / desesperanza, malestar emocional, represión de emociones negativas y baja capacidad de afrontamiento y progresión del cáncer de mama.

Sin embargo, estos resultados únicamente dan una pauta del impacto psicológico consecuente a la aparición del cáncer de mama; no obstante, no se ha llegado a determinar un tipo de proceso psicológico que pudiera ser óptimo para manejar las variables psicológicas influyentes tanto en el pronóstico médico, como en la calidad de vida de las pacientes que sufren esta patología; manteniéndose por ello abierta la polémica y la necesidad de nuevas investigaciones, que aporten nuevos datos sobre la influencia de los factores psicológicos en el cáncer de mama y sobre el modelo psicoterapéutico adecuado para el caso, ya que al momento solamente se ha consensuado que la intervención debería incluir cada una de las etapas del tratamiento.

Por tanto, el objetivo fundamental de la presente investigación ha sido establecer una Propuesta de Asesoramiento Psicológico basado en el Enfoque Cognitivo destinada a pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama, prestando especial atención a los avances teóricos ya realizados, como son la determinación de las principales alteraciones psicológicas generadas tras el diagnóstico de cáncer de mama, considerar las estructuras de intervención psicológica de estudios anteriores, investigar sobre el asesoramiento psicológico en general, y sobre el modelo cognitivo en particular, como modelo de intervención considerado óptimo para la problemática en cuestión, con el fin de establecer un modelo base que favorezca la superación de la etapa de mayor perturbación psicológica como es la de diagnóstico para finalmente, reducir o mitigar el malestar emocional y favorecer un mejor ajuste psicológico al cáncer de mama, el mismo que fomentará un afrontamiento activo del futuro tratamiento y dispondrá de medios a las pacientes para superar las distintas etapas de la terapia oncológica.

CAPÍTULO 1

“EL CÁNCER DE MAMA”

1.1 Introducción:

El cáncer de mama es la neoplasia (tumor) diagnosticada con mayor frecuencia; aunque se trata de una enfermedad fácilmente curable, cuando se detecta en estadios precoces, presenta una alta tasa de recurrencias en más de un 20% de los casos. Habitualmente, a la paciente con cáncer de mama, se le suele asociar con trastornos o alteraciones psicológicas, los que se consideran un agente clave en la supervivencia de la paciente; incluso, últimamente hay estudios que definen, como de mal pronóstico, la existencia de trastornos psicológicos asociados. (Torras, M.; Pedregosa, M.; Catalá, M.; Paredes, E.; García Curado, A.; Masgrau, X.; Roig, I.; Modéjar, A. 2005).

Estos factores psicológicos han despertado gran interés entre los investigadores, debido a tres aspectos básicos surgidos en la década de los 70: en primer lugar, se dejó de ver al cáncer como, necesariamente, una enfermedad mortal; en segundo lugar, se realizó un esfuerzo por ofrecer a las pacientes un cuidado más humano y espiritual; y, en tercer lugar, se reconoció que ciertas variables psicológicas, como características de personalidad, estados emocionales y del estilo de vida constituían factores de riesgo para el origen, desarrollo y pronóstico del cáncer (Burón R., Rodríguez J.A., Linares V., López L., González A., Guadalupe L., 2008).

La investigación presente pretende conceptualizar de manera general, los aspectos médicos del cáncer de mama y enlazarlos con los distintos aspectos psicológicos que surgen de los mismos, prestando especial atención a la fase de diagnóstico, que es cuando las alteraciones psicológicas en las pacientes se generan con mayor frecuencia, fruto de su percepción y la de su familia sobre la enfermedad y sus estigmas.

1.2 Generalidades del Cáncer de Mama:

Como se mencionó, el cáncer de mama tiene una alta incidencia, ya que afecta a una de cada diez mujeres a nivel internacional. Constituye un problema médico y

también socioeconómico de gran importancia, debido a que afecta a menudo a mujeres adultas jóvenes, que tienen grandes responsabilidades familiares y económicas. Es muy necesario que las mujeres obtengan el máximo de información sobre esta enfermedad, para que puedan afrontarla con espíritu realista y positivo. El cáncer de mama es curable en la mayoría de los casos; se calcula que, aproximadamente, el 70% de las mujeres diagnosticadas de la enfermedad están vivas a los 10 años del diagnóstico, y la mayoría están curadas de su enfermedad (Martín, M.).

1.2.1 Definición:

El cáncer de mama es definido por el Registro de Tumores de Cuenca como “Un tumor maligno, en el cual las células de la glándula mamaria crecen sin control y con capacidad para invadir tejidos sanos adyacentes y a distancia” (Instituto del Cáncer – SOLCA Cuenca, 2007, Pág. 94).

Para ampliar el concepto de cáncer de mama se menciona una segunda definición:

“Es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas¹ de mama suponen más del 90% de los tumores malignos” (Martínez Tlahuel, J, 2007, Diagnóstico, Pág. 1)

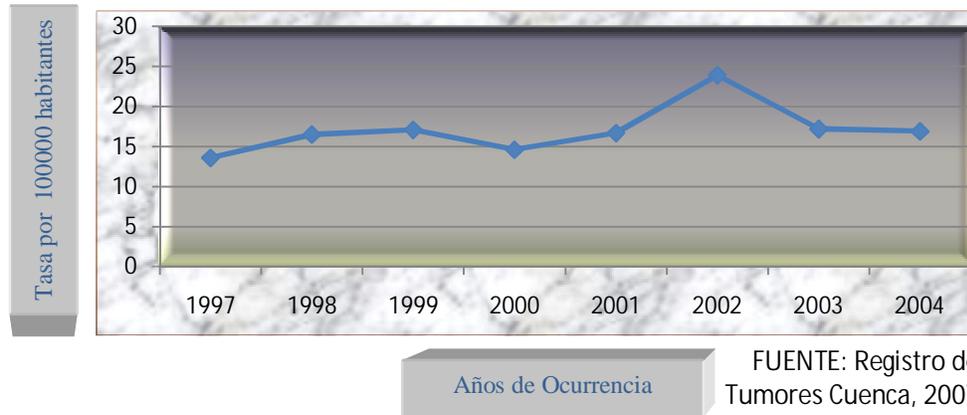
1.2.2 Epidemiología:

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública. A nivel mundial, en el año 2002 se presentaron 1'151.298 casos nuevos de cáncer de mama, 410.712 muertes y más de 4.4 millones de mujeres viven con este tipo de cáncer alrededor del mundo. (Martínez Tlahuel, J.L., 2007).

¹ Tumor maligno que se origina en el recubrimiento (células epiteliales) de los órganos. Al menos el 80% de todos los tumores cancerosos son carcinomas, y casi todos los cánceres del seno son carcinomas. (Diccionario del Cáncer de Seno, American Cancer Society, 2008).

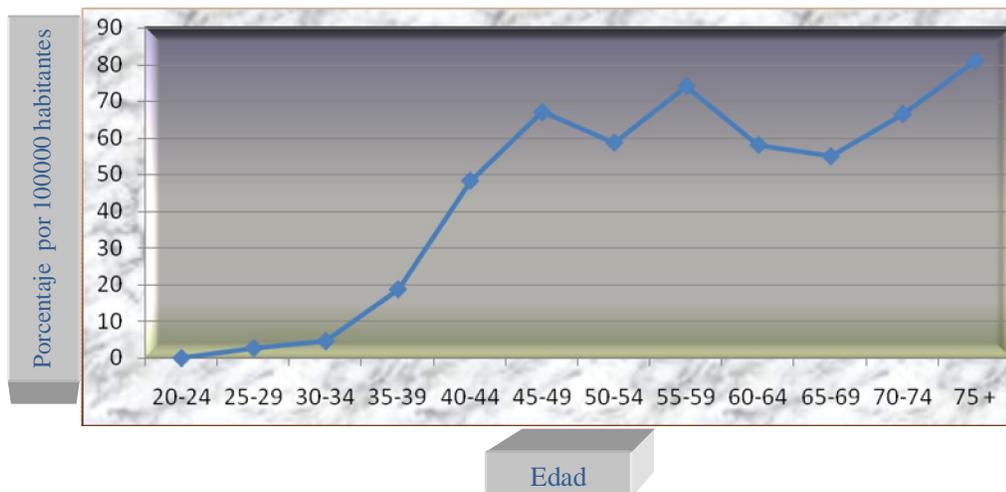
A nivel local, el cáncer de mama en las mujeres representa el 12.7% de todos los cánceres, según menciona el Instituto del Cáncer – SOLCA Cuenca (2007). En los últimos años, esta neoplasia presenta una tasa de incidencia con tendencia ascendente.

GRÁFICO No. 1.1
TASA DE INCIDENCIA POR CÁNCER DE GLÁNDULA MAMARIA,
SEGÚN AÑOS DE OCURRENCIA, CANTÓN CUENCA 1997 - 2004



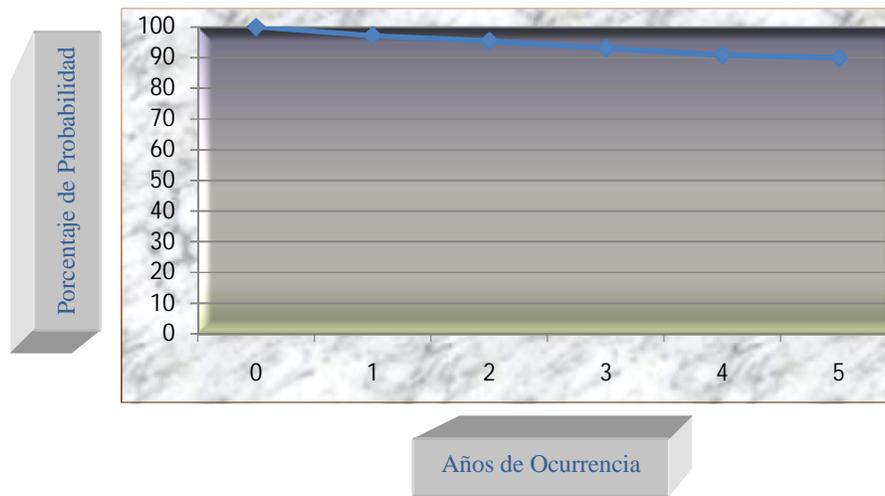
El Registro de Tumores de Cuenca, indica que la edad de inicio del cáncer de mama, en mujeres, es a partir de los 25 a 29 años, presentando la más alta incidencia a partir de los 75 años. (Instituto del Cáncer – SOLCA Cuenca, 2007).

GRÁFICO No. 1.2
INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA,
EN TASA POR 100000 HABITANTES,
SEGÚN GRUPOS DE EDAD, RESIDENTES EN EL CANTÓN CUENCA 2001 - 2004



En los últimos años, se considera que la tasa de incidencia de éste cáncer disminuye a nivel mundial, efecto que se atribuye a factores como: programas de detección oportuna y la disminución en la prescripción de la terapia de reemplazo hormonal. (Martínez Tlahuel, J. L., 2007). La probabilidad de supervivencia de las mujeres por cáncer de mama, a partir de la fecha de su diagnóstico a cinco años es del 90,0%.

GRÁFICO No. 1.3
PROBABILIDAD ACUMULADA DE SOBREVIVENCIA EN CÁNCER
MAMARIO, EN MUJERES, CANTÓN CUENCA 2000 – 2004



FUENTE: Registro de Tumores Cuenca, 2007.

1.2.3 Factores de Riesgo:

Se han identificado numerosos factores que pudieran estar relacionados con un mayor riesgo de padecer cáncer de mama. Se han considerado los agentes mencionados por DeVita, V., Hellman, S. y Rosenberg, S. (2000), quienes señalan que, a pesar de la distinción de distintos factores, aún cerca de la mitad de casos que desarrollan cáncer de mama, a nivel mundial, no tienen factores de riesgo identificables.

A. Factores Genéticos y Familiares: Se han identificado dos genes BRCA-1² o HER-1 y BRCA-2³ o HER-2, que cuando experimentan una mutación o

² Gen que produce un receptor que contribuye al crecimiento celular, el cual está presente en la superficie de las células normales del seno. Los cánceres que tienen este receptor en exceso tienden a ser más agresivos. (American Cancer Society, 2008).

³ Es una proteína y significa “receptor para el factor de crecimiento epidérmico tipo 2”; que al ser estimulado por factores de crecimiento, provoca la multiplicación de las células epiteliales (que

alteración, se asocian a un riesgo elevado de desarrollar cáncer de mama. Respecto a la historia familiar, esta neoplasia se considera hereditaria cuando existen varios familiares con la enfermedad. El riesgo aumenta, aproximadamente, de 1,5 a 3 veces cuando la madre o una hermana padecen de la enfermedad.

B. Factores Hormonales: DeVita & colaboradores (2000) señalan varios factores, entre los que cuentan: 1) La Menarquía Temprana: el riesgo de padecer cáncer de mama se reduce en un 20% por cada año de retraso de la menarquia. 2) Menopausia Tardía: La probabilidad de desarrollar la enfermedad es el doble en mujeres en las que la menopausia se produce después de los 55 años. 3) Embarazo: Las mujeres nulíparas presentan mayor riesgo. 4) La Edad del Primer Embarazo: Las mujeres cuyo primer embarazo a término es después de los 30 años presentan un aumento de riesgo para desarrollar este tipo de cáncer de dos a cinco veces; el aborto aumenta el riesgo para esta enfermedad. 5) El uso de hormonas exógenas (tratamientos de sustitución hormonal o anticonceptivos orales): El consumo prolongado de estrógenos aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

C. Factores Dietéticos: Eguino, A., García, G. & Yélamos, C. (2007) refieren que una dieta con poco contenido en fibra y rica en grasas animales y el sedentarismo, contribuyen a un mayor riesgo de cáncer de mama. Igualmente, señalan que la ingesta de alcohol de forma habitual aumenta el riesgo relativo de 1,4 por cada 24 gramos de alcohol consumidos, que corresponde, aproximadamente a dos copas.

D. Enfermedad Benigna de la Mama: Las alteraciones benignas de la mama se dividen en proliferativas y no proliferativas. Las consideradas no proliferativas, no se asocian a un mayor riesgo de cáncer de mama ya que son tumores benignos, mientras que las proliferativas provocan un aumento del riesgo, debido a que son aquellas lesiones en las que se aprecia un aumento importante en el número de células o alteraciones en las mismas.

recubren a los órganos y a las glándulas), permitiendo la renovación controlada del tejido en cuestión. (López, E, 2006, ¿Qué es el HER2?, Pág. 13).

E. Factores Ambientales: La exposición a radiaciones (explosiones nucleares o rayos X) después de los 40 años produce un aumento mínimo del riesgo de padecer cáncer, mientras que la exposición a edades tempranas, según DeVita y colaboradores (2000), conduce a un mayor riesgo. También consideran que la exposición a otros factores ambientales como a campos electromagnéticos o a pesticidas, pueden elevar el riesgo de adolecer de cáncer de mama.

Los distintos factores de riesgo destacados, coinciden con la gran mayoría de tratados sobre oncología y sobre el cáncer de mama específicamente, incluyendo el Registro de Tumores de Cuenca, publicado por el Instituto del Cáncer, Solca-Cuenca, lugar donde se realiza la presente investigación.

1.2.4 Diagnóstico del Cáncer de Mama:

El cáncer de mama en sus etapas iniciales es difícil diagnosticarlo, debido a que se presenta de manera asintomática. No obstante, en etapas más avanzadas, la mujer puede detectar síntomas variados que obligan a acudir al médico, entre los más comunes están según Eguino, A. & colaboradores (2007):

- Cambio del tamaño de alguna de las mamas.
- Irregularidades en el contorno.
- Menos movilidad de una de las mamas al levantar los brazos.
- Alteración en la piel de la mama: aparición de úlceras, cambios de color, etc.
- Cambios en el pezón, como la retracción del mismo (hundimiento).
- Dolor en la mama a la palpación.
- Aparición de un nódulo (nudo, quiste) en la axila.
- Aparición de un nódulo en la mama.

Para realizar un diagnóstico de cáncer de mama, el médico debe realizar una serie de pruebas, a fin de confirmar la presencia de malignidad. No obstante, el diagnóstico se complica cuando se trata de lesiones subclínicas o no palpables ya sea por su tamaño pequeño o localización profunda, según refiere la Asociación Médica Argentina (2006). Las pruebas diagnósticas más utilizadas actualmente se describen a continuación:

- A. Autoexploración mamaria:** Desde el punto de vista médico, se considera importante que la mujer conozca y reconozca sus propias mamas, a fin de que se encuentre en condiciones de detectar cualquier tipo de modificación en las mismas. (Sociedad Española de Oncología Médica).
- B. Exploración Clínica de la mama:** Se realiza en dos fases: la observación a través de la cual se valoran asimetrías, retracciones, desigualdad en la altura del pezón, ulceración, masas, cambio de coloración, aumento de la red venosa y edema. La exploración se complementa con la palpación, la cual permite detectar la existencia de la lesión, su naturaleza benigna o maligna, localización, forma y tamaño, características de la superficie, consistencia, movilidad, sensibilidad dolorosa, retracción de la piel. Tras la exploración, el médico se encontrará en condiciones de establecer si se trata de un tumor clínicamente sugestivo o no de malignidad (Hospital de la Mujer “Bertha Calderón Roque” 2007).
- C. Mamografía:** Es considerado el método más eficaz y mayormente utilizado para el diagnóstico de enfermedades de la mama. El radiólogo tomará las imágenes de éstas glándulas; para su efecto, cada mama es comprimida entre dos placas, ya que así se obtiene una imagen de todo el tejido mamario, además que la comprensión permite utilizar bajas dosis de rayos X. Finalmente el radiólogo revisa las imágenes obtenidas, si se detecta alguna sospechosa, solicitará más pruebas, a fin de conocer la naturaleza de dicha lesión. (The Patient Educational Institute, 2005).
- D. Ecografía:** Considerada como un complemento a la mamografía, en la cual se pueden detectar nódulos tanto sólidos como líquidos. Es muy útil, sobretodo en mujeres jóvenes, quienes suelen tener mamas densas. Permite caracterizar mejor los cambios de tejidos blandos. (Sociedad Española de Oncología Médica). Madjar, H. (2001) señala que para una evaluación mamaria completa, la mamografía siempre debe complementarse con la ecografía. El ecógrafo emplea ondas sonoras de alta frecuencia para generar imágenes en una pantalla, haciendo de la ecografía una prueba sencilla e indolora que se realiza de manera ágil. (Eguino, A. & colaboradores. 2007).

E. Resonancia Magnética Nuclear (RMN): Es un examen no invasivo y por lo general no doloroso, emplea un campo magnético potente, ondas de radio y una computadora para crear imágenes detalladas de los órganos, tejidos, huesos, y prácticamente el resto de las estructuras internas del cuerpo. De esta forma, las imágenes pueden examinarse en una computadora. La RMN de mama permite evaluar mejor muchas patologías que no pueden obtenerse mediante otras modalidades de diagnóstico por imágenes. Evalúa anomalías detectadas por la mamografía, identifica el cáncer de mama temprano, determina si el cáncer se extendió más adentro de la mama o de la pared torácica, determina cuánto se ha extendido el cáncer luego de la biopsia o tumorectomía y proporciona información adicional para tomar decisiones acerca del tratamiento a seguir. (American College of Radiology & Radiological Society of North America, 2007).

F. Aspiración o Biopsia con Aguja Fina: Consiste en un examen mediante el cual se obtiene células de la mama o una pequeña muestra de tejido, que al analizarlo en laboratorio, permite establecer un diagnóstico diferencial. Es una técnica simple, de bajo costo, es ambulatoria y posee una alta exactitud diagnóstica. (Sierra Díaz, C., Martínez de Larios, N. & Tafoya Ramírez, F. 2004). El procedimiento consiste en el empleo de una aguja fina, la cual unida a una jeringa o un sistema de aspiración, se la coloca en el nódulo, localizado ya sea por palpación o por imagen, para luego tirar del émbolo de la jeringa, efecto que produce el aspirado de las células que forman el nódulo, las cuales son analizadas al microscopio. (Eguino, A. & colaboradores. 2007).

G. Aspiración o Biopsia con Aguja Gruesa: Permite un diagnóstico histológico, con el reconocimiento de la arquitectura de la lesión, y con ello un diagnóstico mucho más fiable. Su capacidad para caracterizar un cáncer de mama tiene implicaciones en el manejo posterior de la lesión, ya que existe el riesgo de infravalorar la infiltración o invasión, debido a que pueden coexistir dos lesiones diferentes y, mediante esta aspiración se puede obtener material únicamente de una lesión. Entre sus beneficios se encuentra el ahorro de costes, estimándose, aproximadamente, una disminución del 50%, dependiendo del tipo de lesión.

(Pina, L., Apesteguía, L., de Luis, E., Sáenz Bañuelos, J., Zornoza, G., Domínguez, F. 2004).

H. Biopsia Quirúrgica: Descrita por La Sociedad Española de Oncología Médica como un procedimiento quirúrgico menor que puede requerir anestesia general, durante la cual se extrae la parte sospechosa junto con parte de tejido sano para ser evaluado por un patólogo; el diagnóstico de cáncer de mama se realiza a través del análisis microscópico de la muestra extraída, el mismo que determinará la malignidad o no del tumor, además de brindar información sobre sus características como son tamaño, tipo de células, etc. fundamentales para determinar el pronóstico y, de manera especial, el tratamiento posterior.

1.2.5 Tratamiento del Cáncer de Mama:

Factores pronósticos tales como la afectación ganglionar axilar, el tamaño del tumor y la presencia de receptores hormonales⁴, junto a la estadificación de la enfermedad una vez realizados los estudios, condicionan la utilización de diferentes modalidades terapéuticas, que van desde el tratamiento a nivel local, donde se encuentra la lesión, pasando por el empleo de tratamientos complementarios hasta el tratamiento de la enfermedad diseminada. El planteamiento terapéutico ideal se basa en una estrecha colaboración del equipo multidisciplinario, que permita evaluar y desarrollar el esquema de tratamiento apropiado. (Sociedad Valenciana de Cirugía, 2003).

A. Cirugía: Actualmente, las distintas modalidades terapéuticas buscan conservar la mama, debido a la similitud de resultados entre la cirugía radical y la conservadora más radioterapia. (DeVita & Colaboradores, 2000).

1) Cirugía Conservadora: Consistente en extirpar, únicamente, el tumor, parte de tejido sano y los ganglios linfáticos de la axila, ya que elimina igualmente lesiones subclínicas, permite mantener intacto el resto de la mama y conservarla estéticamente aceptable. (DeVita & Colaboradores, 2000). La operación requiere la confirmación histológica del tumor, lo cual puede requerir una ampliación de

⁴ Proteína localizada en la superficie de las células (o dentro del citoplasma celular) que se une a una hormona. Se pueden realizar pruebas de receptores hormonales en los tumores para determinar si pueden tratarse con hormonas o con sustancias semejantes. (Diccionario del Cáncer de Seno, American Cancer Society, 2008).

la zona extirpada, o bien una cirugía más radical como es la extirpación de la mama. No siempre es posible realizar este tipo de intervención, ya que depende de factores como localización del tumor, tamaño de las mamas, estética, etc. (Clínica Moncloa, 2004).

2) Cirugía Radical o Mastectomía: Profesionales de la Clínica Moncloa (2004) describen la intervención de la siguiente manera: Mediante este procedimiento se va a extirpar la mama y los ganglios de la axila. A veces, se incluye la extirpación del músculo pectoral menor y rara vez el mayor⁵. A través de la extirpación se pretende evitar la extensión de la enfermedad a tejidos alrededor y a distancia. Los riesgos más comunes de la intervención son infección o sangrado, colección de líquido en la herida, edema, dolor, inflamación grave, alteraciones locales de los nervios y la reintervención quirúrgica, la cual se realiza, generalmente, de urgencia, pero con riesgo mínimo de mortalidad. (Agència Valenciana de Salut).

B. Radioterapia: Se aplica a las pacientes con cáncer de mama en dos modalidades:

1) Radioterapia Externa:

“Es el empleo de radiaciones ionizantes con el objeto de destruir las células tumorales en el área de la cirugía. Su uso es imprescindible en el caso de haberse realizado una cirugía conservadora. Asimismo, puede emplearse en algunos casos como complemento a la mastectomía”. (Eguino, A. & colaboradores, 2007, Pág. 41).

La dosis necesaria al no poder aplicarse toda en una sola sesión, ya que produciría efectos secundarios graves, se la divide en dosis menores, que se aplican diariamente, teniendo una duración total del proceso completo de cinco a seis semanas. (Hospital Universitario Reina Sofía. 2004).

⁵ Músculos unidos al frente de la pared torácica y la parte superior de los brazos. El más grande se llama pectoral mayor, y el más pequeño se llama pectoral menor. Debido a que estos músculos están cerca de los senos, el cáncer se puede extender a ellos, aunque esto no es común que suceda. (Diccionario del Cáncer de Seno, American Cancer Society, 2008).

2) Radioterapia Interna: También conocida como braquiterapia. Se administra a través de materiales radioactivos (implantes) que se colocan dentro del tumor maligno o en la zona donde estuvo situado el mismo. La paciente, tendrá que permanecer en una habitación especial, ya que las fuentes radioactivas son emisoras de radiación, aunque siempre podrá mantener la comunicación con el personal médico. Su duración es de varios días, tras los cuales se retiran los implantes. Las principales complicaciones que produce la braquiterapia son: enrojecimiento de la piel y comezón, cansancio, aumenta la consistencia de la mama, generando molestias que desaparecen a las pocas semanas. (Eguino & colaboradores, 2007).

C. Quimioterapia: Pretende destruir células tumorales que se pudieron haber diseminado por distintos órganos. Se suele administrar como primera modalidad de tratamiento, en los casos que se pretende, en un inicio, reducir la masa tumoral (neoadyuvante). También se lo administra, posterior a la cirugía o radioterapia, como tratamiento complementario, (adyuvante). (San Martín, Ricardo).

1) Quimioterapia NeoAdyuvante: Se aplica, generalmente, de dos a cuatro ciclos. Consiste en la administración de fármacos que llegan rápidamente a todos los tejidos, que es donde ejecutan su acción, tanto sobre las células malignas como sobre las sanas. (Gutiérrez, J., Schwartz, R. & Bravo, M., 2006). Luego de su aplicación se valora si la paciente presenta o no reducción del tumor; para luego prolongar o no su aplicación. La quimioterapia neoadyuvante mejora el pronóstico al intentar el control precoz de las micrometástasis⁶, reduce el volumen tumoral, facilitando el tratamiento local y observa la respuesta del tumor al tratamiento. (Fernández, A., 2006).

2) Quimioterapia Adyuvante: Se utiliza luego del tratamiento quirúrgico. La dosis de fármacos dependerá de los niveles de glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas y también del funcionamiento de los riñones. Generalmente, se emplea la combinación de varios fármacos que se administren por vía intravenosa. Se administra en forma de ciclos, alternando períodos de tratamiento con períodos

⁶ Propagación de las células cancerosas en grupos que son tan pequeños que sólo se pueden ver bajo el microscopio. (Diccionario del Cáncer de Seno, American Cancer Society, 2008).

de descanso. Los ciclos pueden ser semanales, quincenales o trisemanales, dependiendo del tipo de fármacos a administrar. Antes de iniciar un nuevo ciclo, se realiza un control de sangre para asegurarse de que la quimioterapia no está dañando los riñones o alterando los niveles de hematíes⁷ y leucocitos de la sangre. (Eguino, A. & colaboradores, 2007).

Las dos modalidades de quimioterapia producen una serie de efectos colaterales, entre los más frecuentes se encuentran: Náusea, vómitos, diarreas, pérdida del apetito, alopecia, hipersensibilidad de la piel, úlceras en la cavidad bucal, anemia, infecciones y hemorragias. (Eguino, A. & colaboradores, 2007).

D. Hormonoterapia: Algunos tumores malignos se alimentan de estrógenos, por lo que su crecimiento y desarrollo están directamente influidos por ellos. La Hormonoterapia consiste en la administración de fármacos, generalmente por vía oral, que bloquean o alteran la acción de los estrógenos sobre las células malignas de la mama, impidiendo su proliferación, por lo que el tumor puede disminuir de tamaño, pudiendo incluso desaparecer. Las alteraciones secundarias que provoca esta terapia incluye: oleadas de calor, náuseas, sangrados vaginales y alteración en la menstruación. Es un tratamiento prolongado, pudiendo extenderse hasta cinco años, cuando se lo utiliza como terapia complementaria. (Estévez, L. 2007).

E. Anticuerpos Monoclonales: Tiene la capacidad de identificar sustancias en las células cancerosas o sustancias normales del cuerpo que pueden ayudar a crecer las células cancerosas. Estos anticuerpos se producen en laboratorio y se adhieren a dichas sustancias identificadas para destruir las células cancerosas, impidiendo su crecimiento o previniendo que se diseminen. Pueden usarse solos o para llevar medicamentos hasta las células cancerosas. (National Cancer Institute, 2008). El único efecto adverso que produce es cardiotoxicidad, que se controla con medicación. En el caso del cáncer de mama se utiliza el trastuzumab, que es un anticuerpo que actúa contra el gen HER2, el mismo que incrementa la

⁷ Célula de sangre o glóbulo rojo.

agresividad del tumor. (Slamon DJ., Leyland-Jones B., Shak, S. & Colaboradores, 2001.)

1.3 Aspectos Psicológicos del Cáncer de Mama:

Recibir un diagnóstico de cáncer de mama conlleva una cantidad variada de alteraciones, entre ellas, resaltan las psicológicas, debido a que la enfermedad produce un gran impacto emocional tanto para la paciente, como para su familia. La mayor parte de personas pasan por un shock emocional tras recibir la noticia de su diagnóstico, desencadenando en una gran agitación nerviosa, irascibilidad, culpa, temor, tristeza, en fin, un sin número de síntomas que pueden desencadenar en una alteración, o incluso un trastorno psicológico, los mismos que pueden tener un trasfondo cognitivo que las pacientes ignoran. En función de cómo sea capaz de afrontar la nueva situación, estos síntomas se resuelven con el paso del tiempo o se estructuran en un proceso psicopatológico que requerirá atención psicológica oportuna.

1.3.1 Impacto Psicológico del Diagnóstico de Cáncer De Mama:

Dentro del proceso del cáncer de mama Amayra , I., Etxeberria, A. & Valdosedra, M. (2001) destacan cuatro momentos críticos: el impacto de la comunicación diagnóstica, la fase de los tratamientos, la aparición de signos de recidiva y/o progresión de la enfermedad y la fase terminal. Por centrarse, la investigación presente, en la fase de diagnóstico, se abordará, únicamente, sobre la misma.

La sospecha de padecer cáncer, y el impacto psicológico que supone, dependen de las diferentes localizaciones de éste. (Bañados, B. & Tamblay, A. 2004). No obstante, en el cáncer mamario, la implicación emocional es mayor, en especial para las mujeres jóvenes, menores de 45 años y con un locus of control externo (Amayra, I. & colaboradores, 2001).

A. Percepción de Amenazas ante el Diagnóstico de Cáncer de Mama: El establecimiento de un diagnóstico de cáncer de mama, es considerado como la activación de una alarma, debido a su asociación con las amenazas e incertidumbres que genera. En este sentido, Bañados, B & Tamblay, A. (2004)

mencionan a Cohn y Lazarus (1979), quienes establecieron una lista de amenazas percibidas por la persona, tras su diagnóstico de cáncer de mama, estas son:

“A la vida, integridad corporal, incapacidad, dolor, necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, modificación de roles socio-profesionales, separación de la familia, hospitalización, tratamientos, incompreensión de la terminología médica en momentos de estrés, necesidad de depender de otros, perder la intimidad física y psicológica, tomar decisiones” (Pág. 101).

B. Estilos de Afrontamiento ante el Diagnóstico de Cáncer de Mama: Ante el diagnóstico, la paciente se ve en la urgente necesidad de responder a las amenazas mencionadas, buscando adaptarse de la mejor manera a la nueva realidad. En este momento crucial, salen a relucir los rasgos más sobresalientes y las defensas de la personalidad previa de la paciente, que orientan para establecer sus estrategias de afrontamiento, esto es, el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas e internas. Son los medios con los que cuenta la paciente para hacer frente al cáncer, el mismo que es evaluado como abrumador o desbordante de los propios recursos. Pérez, C. (2005) distingue dos estilos de afrontamiento:

- **Activos:** En los que las personas adoptan un talante luchador, aceptando el problema y adoptando una actitud optimista. La paciente se sirve del conjunto de herramientas que dispone para afrontar la enfermedad, son los recursos que consideran útiles, que a lo largo de su vida los ha ido adquiriendo y de los que echa mano, actualmente, para afrontar la enfermedad. Estos esfuerzos resultan efectivos en la resolución del problema o en el afrontamiento del mismo, proporcionan alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio; en definitiva disminuirán el estrés.

- **Pasivos:** Es una actitud muy frecuente en las pacientes tras el diagnóstico de cáncer de mama, tienden a la evitación o negación del problema, el fatalismo, la preocupación excesiva y la actitud de desesperanza y desesperación ante la enfermedad. La paciente opta por la pasividad, aún cuando dispone de recursos cognitivos y conductuales, que ignora, para

enfrentar la enfermedad; situación que exacerba los síntomas ya presentados, con gran posibilidad de generar nuevas alteraciones en la esfera psicológica.

C. Reacción Adaptativa Tras el Diagnóstico de Cáncer de Mama: La mayor parte de mujeres atraviesan por un proceso que caracteriza a la reacción adaptativa, la misma que depende de los estilos de afrontamiento de la paciente. Sí los recursos con los que cuenta, se consideran activos, encaminará a la paciente hacia una reacción adaptativa, la misma que consta de tres etapas descritas por Bañados, B. & Tamblay, A. (2004) de la siguiente manera:

- 1) Respuesta Inicial:** Caracterizada por la incredulidad o rechazo a la enfermedad, la paciente considera que se trata de un “diagnóstico equivocado”; presenta confusión, desesperación, desmoralización, visión catastrófica. Tiene una duración de dos a cinco días, aproximadamente. Amayra, I. & colaboradores (2001) la describen como un periodo de entumecimiento e incluso de alienación que les permite un cierto distanciamiento emocional de las implicaciones de la crisis.
- 2) Disforia:** Es una etapa crítica porque los síntomas psicológicos se presentan con gran intensidad. Se caracteriza por la presencia de ansiedad, estado de ánimo deprimido, anorexia, insomnio, alteraciones cognitivas de atención y concentración, alteración de las actividades cotidianas, se considera un proceso de transición, en el cual la paciente pasa de su vida anterior, a una nueva realidad. Tiene una duración de una a dos semanas.
- 3) Adaptación:** La paciente asimila la información recibida, la adapta a sus propios mecanismos de codificación e interpretación, confronta los aspectos presentados en los días o semanas anteriores, encuentra motivos por los cuales emprender un espíritu de lucha, finalizando, en la medida de lo posible, con la reanudación de las actividades cotidianas y se plantea nuevas metas. Esta etapa se considera un ajuste a la nueva situación y puede extenderse más de 14 días pudiendo incluso llegar a durar varios meses.

Al respecto Prieto Fernandez, A. (2004) refiere, que no todo el impacto emocional provocado por el diagnóstico de cáncer de mama debería ser calificado como

patológico, sino más bien como transitorio o adaptativo. Sus reacciones son, en sustancia, similares a las observadas en otras personas que afrontan situaciones de crisis, por lo tanto, consideradas como normales dentro del proceso de adaptación. Sin embargo, no todas las pacientes cursan por éste proceso de manera adaptativa, quedándose paralizadas en algún momento o fase, lo cual puede repercutir en la aparición de alteraciones o trastornos psicológicos.

1.3.2 Prevalencia de Alteraciones Psicológicas en Pacientes con Cáncer de Mama:

Algunos autores consideran a los síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, etc. asociados a la enfermedad oncológica. Sin embargo, Amayra, I. & colaboradores (2001) señalan que el porcentaje de trastornos psicológicos adaptativos se observan en menos del 30% de las pacientes, mientras que cerca de un 20% presentan un diagnóstico psicológico formal. La excepción a los datos mencionados, se encuentra en las mujeres de cáncer de mama con enfermedad avanzada; en este grupo la incidencia de trastornos psicológicos es, aproximadamente, del 77%.

Existen diferentes autores que distinguen la prevalencia de los principales trastornos como son:

- Insomnio: Entre el 38 y 61%. (Maté, J. & colaboradores, 2004).
- Ansiedad: Entre el 25 y 48%. (Maté, J. & colaboradores, 2004).
- Depresión: Prevalencia del 54,54% (Torras, M. & colaboradores, 2005).
- Estrés post- traumático: Prevalencia del 50%. (Amayra, I. & colaboradores, 2001).
- Baja Autoestima: el 57,1% presentan alteración en su noción de sí misma. (Bañuelos-Barrera P., Bañuelos-Barrera Y., Esquivel-Rodríguez M. & Moreno-Ávila, V., 2007).
- Delirium: Prevalencia del 25%. (Almanza Muñoz, J. 2001).

1.3.3 Etiología de las Alteraciones o Trastornos Psicológicos en Pacientes con Cáncer de Mama:

Respecto a la etiología, luego de excluidas posibles causas orgánicas, la intensidad, frecuencia y duración de la afectación emocional, que el diagnóstico de cáncer de

mama genera, parecen depender de la vulnerabilidad propia de cada paciente; además, de múltiples factores predecibles, entre los que se destacan:

“El deterioro de la condición física, la menor edad, una historia familiar o personal de morbilidad psiquiátrica, la baja eficacia de los estilos de afrontamiento adoptados ante demandas previas a la enfermedad (ej.: negación, evitación), el grado de interiorización de las metáforas e imaginario social del cáncer (ej.: dolor, sufrimiento, soledad), la experiencia indirecta previa con la enfermedad, la menor percepción de control sobre los acontecimientos (locus of control externo), el escaso grado de asimilación de la información médica proporcionada y la insatisfacción por el apoyo familiar, sanitario y social recibido”. (Amayra, I. & colaboradores, 2001, pág. 1).

Meza Rodríguez (2007) coincide con Amayra, I. & colaboradores al señalar como multifactorial a la etiología de alteraciones psicológicas, destacando los mismos factores como generadores de perturbación emocional, cognitiva y conductual.

1.3.4 Trastornos Psicológicos Generados tras el Diagnóstico de Cáncer de Mama:

No todas las pacientes que son diagnosticadas de cáncer de mama pasan correctamente por el proceso de adaptación antes mencionado, situación que genera trastornos psicológicos, que pueden influir en su calidad de vida y en los procesos médicos.

A. Ansiedad: Descrita como la forma de distrés más común en pacientes con cáncer. Se distinguen tres tipos de ansiedad: la ansiedad reactiva, la ansiedad relacionada con factores médicos y los trastornos ansiosos relacionados con ansiedad preexistente. En cualquiera de los tres tipos de ansiedad, la etiología más frecuente suele ser la amenaza a la integridad narcisística, el miedo a la mutilación, a la pérdida del control físico, a la pérdida de autonomía, a la muerte, la preocupación de dependencia y/o la angustia de abandono o separación. (Amayra, I. & colaboradores, 2001). Las personas más afectadas son las mujeres con edad inferior a 45 años cuyas preocupaciones principales incluyen: el no sobrevivir para ver crecer a sus hijos, la infertilidad, amenorrea y el impacto

psicosexual asociado al cambio en la apariencia física. (Maté, J. & colaboradores, 2004).

La ansiedad se considera adaptativa cuando es proporcional a la amenaza y si facilita la puesta en marcha de recursos de afrontamiento. La ansiedad es desadaptativa y por tanto problemática, cuando es desproporcionada o mayor que la amenaza, generando un aumento anómalo de la frecuencia e intensidad de los síntomas, se mantiene en el tiempo, produce efectos perjudiciales sobre las distintas áreas en las que se desenvuelve la paciente y en la adaptación. Los síntomas más comunes a través de los cuales se presenta la ansiedad son: “irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención/concentración, aprensión, disminución del rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta, entre otros muchos síntomas y signos posibles”. (Maté, J. & colaboradores, 2004, Ansiedad, Pág. 8).

B. Depresión: Definida por Maté, J. & colaboradores (2004) como: “Un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo al menos de 2 semanas de duración durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.” (Pág. 13).

Es una patología difícil de diagnosticar debido a síntomas propios del cáncer como fatiga, debilidad, pérdida de la libido, pérdida de interés o concentración y de motivación, que pudieran haberse exacerbado por factores orgánicos. Se considera, según Almanza Muñoz, J. (2001) que la mayor cantidad de casos corresponde a depresiones reactivas, de tal manera, que entre sus predictores se encuentran: historia previa de depresión, intentos de suicidio, abuso de sustancias, duelo reciente, fatiga, comorbilidad, anorexia, así como falla metabólica y nutricional.

Bañados, B. & Tamblay, A. (2004) mencionan los principales síntomas que determina la American Cancer Society (1996), para diagnosticar una depresión en pacientes oncológicos: estado de ánimo disfórico, apatía, llanto, anhedonia, sentimientos de desamparo, baja autoestima, culpa, retraimiento social y pensamientos de “deseo de muerte” o suicidio. Desgraciadamente, aún se

considera “normal” que alguien que sufre de cáncer esté deprimido. Sin embargo, al considerarse que esta enfermedad no siempre es motivo de depresión y que alrededor de la mitad de las pacientes con cáncer de mama presentan una depresión, no siempre una enferma requerirá tratamiento anti-depresivo farmacológico o psicoterapéutico. (Die Trill, M.).

C. Insomnio: Se presenta en la mayor cantidad de pacientes con cáncer, debido a una etiología multifactorial, entre ellas la propia ansiedad asociada a la enfermedad. Entre las causas principales se distinguen tres factores: predisponentes (historia previa de trastornos del sueño), precipitantes (estadio del cáncer, dolor e incertidumbre, la hospitalización), mantenedores (pobre higiene del sueño, deficiente nutrición, sedentarismo, fumar, deprivación alcohólica y consumo de cafeína). Puede afectar con aumento de fatiga, mayor intolerancia al dolor, depresión del sistema inmune, alteración emocional como irritabilidad, depresión y anhedonia. (Maté & colaboradores (2004).

El trastorno del sueño, insomnio, es definido como:

“La dificultad para conciliar o mantener el sueño. Sueño no reparador define aquella queja habitual y subjetiva del paciente cuando el insomnio no ha facilitado el descanso nocturno. Existen evidencias que indican cómo los pacientes oncológicos presentan más trastornos del sueño que las personas sanas, tanto en la dificultad para conciliar como para mantener el sueño”. (Maté, J. & colaboradores, 2004, Insomnio en el Paciente Oncológico, Pág. 3).

Para poder ser diagnosticado, debe establecerse su diagnóstico diferencial, es decir, no debe tener como etiología a otra psicopatología, a una enfermedad médica o al efecto de una sustancia, caso contrario será una alteración secundaria del sueño.

D. Estrés: El estrés puede influir sobre el funcionamiento del sistema inmunitario, de tal manera, que puede ser un generador de enfermedades cancerígenas, por ende, en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, puede empeorar su calidad de vida y su pronóstico médico. (Camps, C., Sánchez, P. & Sirera, R., 2006).

Es definido como “el desequilibrio físico y psicológico, causado por algún evento estresor”, en este caso el cáncer de mama. (Bañados, B. & Tamblay, A., 2004, Estrés, Pág. 60). Las personas sufren el mayor grado de estrés durante el proceso de diagnóstico, debido al alto grado de alteración que genera el cáncer de mama. (Valerio, M., 2008).

El estrés es un factor elemental al momento de iniciar el tratamiento oncológico, debido a que es un determinante en la respuesta de la paciente a los tratamientos, pues al ejercer influencia directa sobre el sistema inmune, el estrés es un determinante en la reducción de células neoplásicas, impidiendo su proliferación. De ahí que un adecuado y oportuno manejo del estrés, en la etapa de diagnóstico, se hace indispensable, con el fin de obtener los más óptimos resultados, mediante el tratamiento médico. (Bañados, B. & Tamblay, A., 2004).

E. Alteraciones en la Sexualidad: Los problemas sexuales se presentan, especialmente en mujeres con cáncer ginecológicos, entre ellas las de cáncer de mama. Las alteraciones sexuales se caracterizan, según Bañados, B. & Tamblay, A. (2004) por ser de comienzo agudo y surgen inmediatamente después del diagnóstico, el patrón clínico habitual de aparición es que las relaciones sexuales prácticamente se suspenden, suelen ser generalizadas, con alteraciones en la frecuencia de la conducta sexual e interrupción de más de una fase del ciclo de respuesta sexual y, existe temor al efecto de la mastectomía y de los tratamiento invasivos en órganos sexuales sobre la sexualidad. La esterilidad y las alteraciones funcionales sexuales son a menudo consecuencias inevitables.

Diversos estudios mencionados por Bañados, B & Tamblay, A. (2004) señalan que las principales repercusiones sexuales en mujeres con cáncer de mama son: Evitación de cualquier tipo de relación sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo, predominio de la pasividad sexual y la disminución de la actividad coital, disminución de la frecuencia de la estimulación de la mama como parte de la actividad sexual, entre otras.

F. Problemas de Relación: El diagnóstico de un cáncer de mama afecta también al entorno familiar y social. En el caso de familias donde predomina la comunicación y la cohesión lograrán una mejor adaptación; no obstante, si la familia tiene problemas, estos tienden a aumentar. Bañados, B. & Tamblay, A. hacen hincapié sobre lo que ellas denominan “la nocividad de la llamada técnica de distracción”, mediante la cual los miembros de la familia intentan evadir temas relacionados con la enfermedad, impidiendo a la paciente expresar sus preocupaciones, ansiedad, temores, etc., lo cual genera en la paciente sentimientos de abandono y desolación.

La enfermedad provoca que el patrón de sus relaciones familiares, sobre todo con sus hijos, llegue a ser menos controlado y más impulsivo, deteriorando la habilidad familiar de hacer frente a la enfermedad. En cuanto a la relación de pareja, se puede producir alteración de la comunicación, de la afectividad y de la sexualidad. La calidad de los soportes otorgados por el marido es un factor crítico en el bienestar psicológico y por lo tanto, en la recuperación. La retroalimentación del compañero, producirá menos alteraciones en la regulación narcisista de la autovaloración y autoestima.

En el área social, un elemento fundamental que condiciona la calidad de vida del enfermo oncológico es la conservación de los roles sociales que desempeñaba. El trabajo es muy importante para el bienestar emocional del paciente, para restablecer la autoestima y canalizar sentimientos. Mantener el empleo se asocia a mejor evolución. (2004).

G. Baja Autoestima: El diagnóstico de cáncer de mama determina un cambio en su propia imagen y en los roles desempeñados en la sociedad. Estos cambios producen en la paciente modificaciones negativas en la percepción de uno mismo como persona, a través de cuestionamientos críticos hacia sí mismo. Los efectos sobre la autoestima se presentan con mayor frecuencia e intensidad en mujeres mastectomizadas, que en las que recibieron tratamiento conservador. La autoestima es definida como: “El grupo de creencias y sentimientos que tiene una persona sobre sí misma en un momento dado, formado a partir de las

percepciones internas y de las demás personas”. (Bañuelos-Barrera, P. & colaboradores, 2007, Introducción, Pág. 3).

Bañuelos-Barrera, P. & colaboradores (2007) indican que el impacto sobre el autoestima se encuentra en niveles similares en prácticamente toda la población de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, sin importar el estadio o cronicidad de la enfermedad. La principal afectación sobre la autoestima en estas pacientes, lo describe Rojas May, G. (2006) de la siguiente manera:

“Muchas pacientes van a tener la percepción de que a partir del momento del diagnóstico dejaron de ser sexualmente atractivas, de que no volverán a ser capaces de experimentar ni dar placer, e incluso que su capacidad de ser amadas y amar está mermada definitivamente” (Pág. 2).

H. Alteraciones en la Autoimagen: La imagen corporal se ve en riesgo de sufrir importantes alteraciones tras el diagnóstico de cáncer de mama. Bañados, B. & Tamblay, A. señalan que los tratamientos conservadores de la mama, por ser menos desfigurantes, son más beneficiosos, debido a que producen menos alteración de la imagen corporal y mayor sensación de comodidad al desnudarse y al tratar de la sexualidad con su compañero. (2004).

La mama, al ser un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja, el riesgo de su extirpación provoca mayor desequilibrio psicológico. La alteración de la simetría corporal es interpretada por la mayoría de las pacientes como una deformidad, incluso una pequeña cicatriz, producto de la cirugía conservadora, puede llegar a tener una interpretación psicológica de magnitud muchas veces incomprendida, especialmente por parte de la pareja. Esta alteración física puede ejercer influencia, especialmente en mujeres jóvenes sin pareja estables o en aquellas que mantiene relaciones que eran conflictivas previo al diagnóstico de cáncer. (Rojas May, Gonzalo. 2006).

1.3.5 Intervenciones Psicológicas en Pacientes con Cáncer de Mama:

La gran cantidad de repercusiones psicológicas mencionadas que genera el diagnóstico del cáncer de mama, a corto y mediano plazo, hace que resulte imprescindible contar con un protocolo de intervención psicológica que permita

predecir, intervenir, manejar y resolver los distintos problemas a los que puedan enfrentarse las pacientes. El protocolo de intervención debería cubrir cada una de las etapas de la enfermedad que cursa la paciente y su familia, empezando por la fase de diagnóstico, considerada la que mayor alteración produce, proporcionando alivio emocional, así como herramientas necesarias para el afrontamiento de las siguientes etapas de la enfermedad y su tratamiento.

A. Psicoterapia: Esta modalidad de intervención psicológica puede realizarse tanto a nivel individual como grupal, permitiendo un manejo adecuado de los problemas psicológicos que el cáncer de mama genera, con el fin de lograr una adaptación a la enfermedad y, por ende, mejorar su calidad de vida.

1) Psicoterapia Individual: El modelo tradicional es la llamada “Terapia Psicológica Adyuvante” constituida en 1979 por la Asociación Americana de Psicología. Tiene como fin favorecer un mayor ajuste emocional por parte de la paciente y fomentar autonomía. Por lo general, está indicada para pacientes que presentan algún trastorno mental, que requiera de atención clínica individualizada. (Gil, F., 2000).

La terapia se realiza en un mínimo de doce sesiones, de una hora de duración. La relación terapéutica se basa en el empirismo colaborador⁸, término descrito por Beck. Se considera que el psicoterapeuta debe tener conocimientos médicos, en su enfoque debe poseer flexibilidad, debido a que el foco de atención suele cambiar a medida que evoluciona la enfermedad. (DeVita & colaboradores, 2000).

La Psicoterapia se da en tres fases: la primera, busca aliviar síntomas emocionales y enseñar el modelo cognitivo. La segunda fase, tiene objetivos puramente cognitivos, a su vez se presta atención a los distintos problemas planteados por la paciente. Finalmente, la fase tercera aborda sobre la prevención

⁸ Empírica en el sentido que se han de establecer hipótesis y hacer que el propio enfermo las ponga a prueba, con lo que comprueba la irracionalidad de alguna de sus creencias y Colaborador en tanto en cuanto la relación se basa en la cooperación para la solución de los problemas expuestos por el enfermo. (Gil, F. 2000).

de recaídas y planificación del futuro, lo que se pretende es afianzar las distintas técnicas aprendidas. (Gil, F. 2000).

2) Psicoterapia Grupal: Proporciona oportunidades de recibir apoyo de personas que se encuentran o estuvieron en la misma situación y que han podido superar problemas similares. El ambiente de grupo ayuda a eliminar sentimientos de aislamiento y alienación, además permite detectar, que gran parte de sus reacciones, sobretodo, emocionales son normales y frecuentes; a su vez puede distinguir distintas estrategias y estilos saludables de adaptación a la enfermedad. (DeVita & colaboradores, 2000).

Los grupos, por lo general, están formados por pacientes con la misma enfermedad, que se encuentran en el mismo estadio o, por familiares en general. En inicio se temía que incluir pacientes con enfermedad avanzada podía producir efectos negativos en el grupo, sin embargo, en un estudio realizado por Spiegel y colaboradores se obtuvieron resultados exitosos en un grupo de pacientes con cáncer de mama en todos los estadios, desde mujeres recién diagnosticadas hasta aquellas con enfermedad terminal. La terapia grupal con pacientes oncológicos, sigue los mismos principios que los que se aplican a personas sanas. (DeVita & colaboradores, 2000).

B. Asesoramiento Psicológico: Es indicado para atender conflictos psicológicos que tiene la paciente para facilitar su adaptación a la enfermedad. Los problemas que aborda no están necesariamente categorizados como patologías clínicas, por lo cual se distingue de la psicoterapia, por el grado de alteración o cronicidad de las alteraciones que atiende, así como el tiempo de duración del proceso. (Gil, F. 2000).

Facilita un proceso de cambio a personas, para la promoción del bienestar individual y relacional. El rol del asesor es acompañar y facilitar a los pacientes para que se conecten con quienes son, con su esencia, hacia donde quieren ir, reconozcan sus recursos internos, descubran sus potencialidades y las desarrollen, dentro de las siguientes áreas: duelos, crisis vitales, conflictos personales, relacionales, laborales, etc. (Asociación Argentina de Counselors). El abordaje

sobre este tipo de intervención será descrito con mayor detalle y profundidad en los capítulos siguientes.

C. Intervenciones Psicofarmacológicas: Está orientada de manera particular a aliviar los síntomas físicos, es decir a las manifestaciones neurovegetativas de las distintas alteraciones como la depresión, ansiedad, estrés, el dolor físico, insomnio, entre otras. El efecto de los medicamentos se complementa con la intervención psicoterapéutica, detallada anteriormente.

La atención psiquiátrica debería prescribirse, únicamente, en casos agudos, donde se requiere reducir los síntomas de manera inmediata; sin embargo, se debe considerar que la medicación psiquiátrica debe poder permitir la terapia psicológica, pues medicación sin terapia no soluciona nada al paciente, solo mitiga los síntomas de manera parcial y temporal. (Cangas, Y.). La medicación se prescribe de acuerdo a la sintomatología presente, siempre considerando el tipo de medicamento y tratamiento, a nivel oncológico que se encuentre recibiendo cada paciente, así como también considerando los efectos de cada psicofármaco. (Maté, J. & colaboradores, 2004).

1.4 Conclusiones:

Tras el diagnóstico de cáncer de mama, la mujer, generalmente, pasa de un momento a otro a un estilo de vida diferente; además del impacto emocional, se ve obligada a cambiar hábitos, costumbres, abandonar proyectos y enfrentarse a situaciones desconocidas y amenazantes. Sin previo aviso y preparación, la paciente se ve en la necesidad de generar respuestas emocionales, cognitivas, conductuales ante situaciones que desconoce y teme. La perturbación psicológica es mayor en el caso del cáncer de mama, ya que está involucrado un órgano de gran representación social que afecta a la integridad propia de la mujer.

Al considerarse que el momento del diagnóstico del cáncer de mama sobrepasa los recursos de la paciente, ésta se encuentra en una situación en la que no sabe cómo reaccionar, en su actitud se ve influenciada por la connotación social del cáncer como representación de muerte, de incapacidad, de deterioro físico, de mutilación corporal, de mal pronóstico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y

una amenaza permanente, según el caso, tanto para las sobrevivientes, como para las madres, hermanas, hijas y nietas de éstas. Si a todo esto se suma, el desconocimiento de la etiología exacta de la enfermedad y el establecimiento de hipótesis que apuntan a diferentes causas relacionadas con aspectos psicológicos como el estrés, la dieta, ingesta de alcohol, el tabaquismo, etc. lo cual genera una dosis importante de culpa.

Ante lo expuesto, se considera que tras recibir la noticia de confirmación del diagnóstico, resulta imprescindible que las pacientes cuenten con un proceso de intervención psicológica, el mismo que les permita encaminarse hacia la utilización de recursos de afrontamiento saludables a fin de cursar adecuadamente por el proceso adaptación a la enfermedad, restableciendo su equilibrio psicológico. El proceso de Asesoramiento Psicológico se considera un modelo de intervención óptimo debido al escaso tiempo que transcurre entre el establecimiento del diagnóstico y el inicio del tratamiento oncológico, pudiendo abordar las complicaciones inmediatas suscitadas tras el diagnóstico y logrando una adecuada preparación a las acciones terapéuticas médicas futuras.

CAPÍTULO 2

“EL ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO”

2.1 Introducción:

El Proceso de Asesoramiento Psicológico es uno de los modelos más efectivos en lo que atañe en la atención y resolución de conflictos emocionales, cognitivos o conductuales, es coherente con los principios y características de la terapia psicológica breve: focalización del problema, brevedad en la duración del trabajo terapéutico y efectividad en los resultados. Se centra, de manera especial, en la prevención y abordaje de problemas de salud mental, a través de la educación y una intervención breve, trabaja con personas o grupos, que están experimentando situaciones conflictivas, en busca de estilos de vida saludables y productivos de acuerdo a la situación y/o problema que experimentan. Mediante el Asesoramiento se logra que los clientes puedan tomar decisiones más acertadas y adoptar nuevos patrones, más adaptativos, de pensar, de sentirse y de comportarse, promoviendo, no sólo la toma de decisiones, sino también el cambio en el paciente. (Rodríguez Ceberio, M. 2005).

La resolución y abordaje de conflictos específicos que enfrentan las personas, han sido efectiva mediante los distintos ámbitos el asesoramiento psicológico. Ha sido aplicado en instituciones educativas, centros de salud y asistencia social, en instituciones de rehabilitación social, en instituciones de salud, etc. Dentro de estas últimas, la efectividad del proceso ha sido clara en el abordaje de clientes que se enfrentan a diferentes padecimientos médicos.

2.2 Enfoque Histórico:

El desarrollo del asesoramiento psicológico refleja un cambio continuo, convirtiéndose en un movimiento dinámico. Se considera que siempre, en la historia de la humanidad, han existido asesores que ayudan a otros a resolver conflictos. El asesoramiento, desde la perspectiva psicológica, es una profesión relativamente nueva, creció fuera de la consejería y en oposición a la psicoterapia tradicional. (Gladding, S. 1996).

Se considera que su práctica tuvo inicio en los Estados Unidos, con Jesse Davis en 1898, lugar donde ha florecido como en ningún otro país, debido a su medio social, caracterizado por la creencia en la importancia del individuo; su campo de acción partió desde instituciones educativas. Shertzer & Stone (1972) destacan los principales estándares que han permitido el surgimiento y desarrollo de éste asesoramiento, estos son:

La Reforma Social, la misma que ante múltiples problemas que vivía la sociedad norteamericana entre 1890 y 1920, como corrupción, desocupación, pobreza, delincuencia, injusticia, etc. permitió buscar una solución para cada mal que sufría la sociedad. Así, el asesoramiento empieza a tener una orientación clínica al abordar las alteraciones psicológicas que eran concebidas como problemas sociales.

La *Orientación Vocacional*, la cual fue la primera modalidad que lo aplicó, de su práctica se han mantenido características del asesoramiento que se utilizan actualmente, ya sea en escuelas, clínicas, hospitales, centros psiquiátricos, etc.

La Psicometría tuvo influencia en el asesoramiento al conducirlo al estudio objetivo de las diferencias individuales, como sexo, raza, estatus social; sirvió de base para el desarrollo del concepto de personalidad basado en rasgos y factores; y dirigió la atención del asesoramiento al diagnóstico y evaluación de la desadaptación, entre otros aportes.

El *Movimiento de la Salud Mental* contribuyó al desarrollo de programas con el fin de mejorar la calidad de vida de quienes padecían trastornos mentales serios, permitió al asesoramiento centrarse en la necesidad de prevención, identificación y tratamientos con programas de intervención breve para personas con problemas mentales, además en escuelas, clínicas, hospitales públicos, etc.

El trabajo ejercido por Freud y el *Movimiento Psicoanalítico*, así como su teoría sobre la personalidad y origen de la enfermedad mental, ejercieron influencia sobre el asesoramiento al ofrecer una base heurística para explicar la personalidad y el

carácter motivado de la conducta, generando investigación en cuanto a diagnóstico individual, evaluación y tratamiento.

La *Psicoterapia Centrada en el Cliente* y los trabajos de Carl Rogers, en particular, considerados el mayor aporte al desarrollo del asesoramiento, permitieron a la psicología pasar de la psicometría a la psicoterapia. El asesoramiento dejó de atender tan sólo al diagnóstico y los test, llegando a centrarse en la calidad de la relación interpersonal, permitió a los asesores tener mayor conciencia de la unidad de la personalidad, de que se asesora a personas y no a problemas, de que los problemas de adaptación tiene repercusiones en otras áreas de la vida. Además, el trabajo y teoría de Rogers han proporcionado una mayor comprensión de los procesos y las técnicas del asesoramiento.

Hoy en día, en el campo del asesoramiento, se han creado nuevas organizaciones dedicadas a su práctica, han aumentado el número de publicaciones sobre su desempeño, el número de profesionales que lo ejercen ha crecido considerablemente. Gibson, Robert sostiene que el público en general, tiene preferencias por un proceso de asesoramiento, además de que se han perfeccionado y desarrollado nuevos instrumentos y técnicas. En la actualidad, los psicólogos que lo practican tienen una comprensión más elaborada de la conducta, poseen mayor conocimiento sobre sí mismos, sobre su relación con los clientes y su influencia sobre ellos. (1990).

Se han hecho progresos en la actualidad en cuanto al rol y la función que cumple el profesional. Se ha revisado y perfeccionado los programas de formación para ejercer el asesoramiento. Estos avances; no obstante, no aseguran, necesariamente, un futuro prometedor. Las diferencias de opinión entre asesores entre sí, así como también entre asesores y otros profesionales es probable que provoquen el surgimiento de nuevas funciones y especialidades (Gibson, R. 1990).

2.3 Definición de Asesoramiento Psicológico:

El asesoramiento psicológico es conocido como una rama de la psicología clínica, definido como una profesión de ayuda. Shertzer & Stone (1972) lo definen como: “Una relación en la que una persona se esfuerza por ayudar a otra a comprender y

resolver sus problemas de adaptación” (Pág. 43). De la definición expuesta, se destaca:

- “Que el tipo de adaptación se halla frecuentemente indicado (por ejemplo, asesoramiento personal, social, educacional);
- que se hace generalmente referencia a la ayuda que se presta a los “asesorados normales” pero que perceptiblemente penetra también en el campo de la psicoterapia, y
- que si bien ocasionalmente todos practican el asesoramiento, el término debería restringirse a los casos en que lo hacen las personas con formación profesional adecuada” (Shertzer & Stone, 1972, Pág. 43).

Para extender el concepto de Asesoramiento Psicológico, Gladding, S. (1996) ha extraído de los conceptos tanto de la Asociación Americana de Asesoramiento, así como de la Décimo Séptima División de la Asociación Americana de Psicología varios aspectos en los que coinciden sus definiciones, entre ellos:

- a. Es una profesión que practican quienes han completado una formación académica y poseen licencia y certificación para su ejercicio profesional.
- b. Se ocupa de asuntos personales, laborales, sociales, vocacionales, educacionales, etc., abordando asuntos referentes a adaptación, salud física y mental, matrimonio, familia, trabajo, rehabilitación, entre otros.
- c. Está dirigido a personas consideradas para funcionar dentro del margen de lo normal. Los clientes tienen conflictos situacionales que requieren de una intervención a corto plazo, no son considerados enfermos mentales, pero si estancados en una situación que provoca desequilibrio psicológico.
- d. Se basa en una teoría y se lleva a cabo en un ambiente estructurado.
- e. Es un proceso en el cual los clientes toman decisiones, y adquieren nuevos patrones de comportarse, de sentir y pensar. Por lo cual, promueve no sólo la toma de decisiones, sino el cambio en sus pacientes.

Se considera necesario ampliar el concepto de Asesoramiento, a fin de mejorar su entendimiento y diferenciarlo de otras prácticas psicoterapéuticas. En primer lugar, el concepto formulado por Martínez, C. & Valverde, C. (2004):

“Técnica basada en la Terapia Centrada en el cliente de Carl Rogers, fundador de la psicología humanista. Según Rogers, los seres humanos son básicamente buenos y tienen la capacidad de crecer, evolucionar y conocerse y, si se dan las condiciones ideales, encontrar respuesta a sus problemas. El Asesoramiento es una manera de comunicarse con el usuario en la cual el profesional le ayuda para desarrollar sus propios recursos para vivir mejor” (Counselling, Págs. 2 – 3).

Tourette-Turgis, C. (2002) lo entiende de la siguiente manera:

“El counselling es una forma de psicología situacional: es la situación que es causa del síntoma y no a la inversa. En este sentido, el counselling, forma de ayuda psicológico-social, designa una situación en la que dos personas entran en relación, acudiendo explícitamente una de ellas a la otra expresándole un pedido determinado con el fin de tratar, de resolver, o de asumir un problema o varios, que ésta última está teniendo...” (Definición, Para. 4).

Para Sosa Burgueño, R. (2006), el asesoramiento engloba lo expuesto a continuación:

“El Counseling es una profesión de ayuda que tiene como objetivos fundamentales la prevención, el cambio y el desarrollo personal. Su traducción oficial es "consultoría psicológica", y se caracteriza por tareas de asesoramiento, orientación y acompañamiento, además de aconsejar, a personas en situaciones de crisis o conflictos y en sus búsquedas del bienestar y sentido.

Esta es la definición más amplia de esta disciplina que surge con identidad propia hace más de 60 años y que tuvo un amplio desarrollo desde hace casi 15 años.

Diferenciándose de lo que comúnmente conocemos como "terapias" por el hecho de que su foco no es la enfermedad, ni lo patológico, sino la salud y la vida plena. El Counseling, poseedor innato de una Actitud Mental Positiva, llega con una fuerte impronta humanista, especialmente centrada en la persona, siendo ésta la orientación desarrollada por Carl Roger, la cual plantea una radical confianza en la

capacidad innata del ser humano para encontrar por si mismo los recursos necesarios para vivir su vida de la mejor manera posible.

Esta tendencia natural al crecimiento puede ser desplegada a partir del encuentro con otra persona (el profesional), capaz de establecer un vínculo que se caracterice por la ausencia de amenaza y por la presencia de empatía, aceptación y autenticidad. Entonces, el Counselor que se forma en esta orientación, además de su capacitación teórica y técnica, se entrena profundamente en la comprensión e incorporación de estas actitudes facilitadoras que crean las condiciones para que el crecimiento personal ocurra”. (2006, ¿Qué es el counseling?, Para. 1 – 4).

2.4 Diferencias del Asesoramiento con otras Profesiones de Ayuda:

Gladding, S. (1996) sostiene que para entender con mayor claridad el concepto de asesoramiento cabe distinguirlo de otras prácticas profesionales, así establece diferencias básicas entre la práctica del asesoramiento y la de la consejería y psicoterapia:

A. Consejería: Es el proceso de ayudar a las personas a tomar decisiones que afectan su vida. Se enfoca en ayudar a sujetos a escoger lo que ellos valoran más, a diferencia del asesoramiento el cual enfatiza en ayudar a generar cambios en sus vidas que permitan mejorar su estilo de vida. La mayor parte de trabajo en consejería se ha realizado en escuelas; la relación, comúnmente, es entre profesor y estudiante; es decir, se caracteriza por la ayuda a una persona de menor experiencia a encontrar dirección en su vida.

B. Psicoterapia: Por lo general, se enfoca en problemas psicológicos serios, asociados con lo intrapsíquico. Esencialmente, la psicoterapia aborda sobre: el pasado, más que el presente; el insight, más que el cambio y; la distancia y rol del terapeuta como un experto. Psiquiatras y psicólogos clínicos, generalmente, describen su labor profesional como “psicoterapia”; no obstante, si los pacientes reciben asesoramiento o psicoterapia, es determinado por los propios profesionales. Algunas teorías de asesoramiento, de igual manera, son aplicadas como terapias, pudiendo usarse en ambas modalidades de intervención.

Para distinguir entre psicoterapia y asesoramiento, se deben considerar dos aspectos: en primer lugar, la psicoterapia involucra una relación larga (20 a 40 sesiones) y se enfoca en un cambio reconstructivo; por otro lado, el asesoramiento tiende hacia una corta relación (6 a 12 sesiones) y se enfoca en la resolución de problemas situacionales. En segundo lugar, el asesoramiento es, usualmente, aplicado en ambientes diferentes a una institución de atención psicológica o psiquiátrica, encontrándose en escuelas, agencias comunitarias, clínicas, hospitales, etc.

2.5 Objetivos del Asesoramiento Psicológico:

Shertzer & Stone (1972) refieren que son numerosas las interrogantes sobre las metas que persigue un proceso de asesoramiento psicológico y sobre los resultados que cabe esperar del mismo; estos autores destacan cinco objetivos básicos que se buscan mediante el proceso de asesoría:

A. Lograr un Cambio de Conducta: Se recurre a Rogers, para quien lo que se pretende es que las experiencias, en cualquier ámbito de la vida, no se perciban como amenazadoras, que el sujeto reduzca su ansiedad y que sus metas persigan una armonía personal. El cambio se define como una reorientación de los patrones de conducta ante la frustración, temor, incertidumbre, etc. o como la adquisición de nuevos patrones, permitiendo alcanzar una vida más productiva y satisfactoria.

B. Conservar la Salud Mental: Ante cualquier conflicto, se pretende que el individuo logre la integración, adaptación e identificación positiva con sí mismo, con las demás personas y con el mundo. Alcanzar la salud mental, permite al sujeto aceptar sus responsabilidades, ser independiente y lograr la integración de su conducta. Hay quienes ven como meta del asesoramiento la prevención de problemas psicológicos, ya sea a nivel primario o secundario.

C. Resolver Conflictos: Generalmente la causa que conduce a la relación de asesoramiento es la resolución de un problema personal del paciente. Al respecto, Shertzer & Stone (1972) mencionan a Krumboltz quien refiere:

“La razón central de la existencia del asesoramiento se basa en el hecho de que la gente tiene problemas que no es capaz de resolver por sí misma. Acuden a los asesores porque se los ha llevado a creer que el asesor les prestará cierta ayuda para resolver sus problemas. El propósito central del asesoramiento, pues, es el de ayudar a cada cliente a resolver esos problemas que los llevan a pedir ayuda.” (Pág. 131).

D. Alcanzar la Eficacia Personal: Mediante el asesoramiento se permite alcanzar la eficacia personal debido a que propone llevar al máximo la libertad que para un sujeto es posible dentro de las limitaciones que él mismo y su ambiente establecen, además propone elevar al máximo la eficiencia del sujeto permitiéndole alcanzar el control de su ambiente y de las respuestas que éste provoca sobre sí mismo.

E. Adoptar Decisiones: Muchas veces el proceso pretende que el sujeto adopte decisiones trascendentes para su vida. La asesoría capacita al cliente a estimar las consecuencias probables de tales decisiones, es decir, lo ayuda a obtener información y, a esclarecer y determinar las características personales e intereses emocionales que interfieren en la adopción de decisiones o vincularse con ellas.

En resumen, la asesoría pretende ayudar al cliente a: lograr y conservar un grado de conciencia que le permita ser responsable de sí mismo; enfrentar situaciones amenazantes que surjan contra su persona y, de esta manera, capacitarle para poner en funcionamiento pleno su potencial particular de un modo que sea compatible con su propio estilo de vida y con los límites éticos que impone la sociedad.

2.6 Elementos que Constituyen el Proceso de Asesoramiento Psicológico:

Se ha señalado que los elementos comunes a casi todas las teorías es el establecimiento de una relación satisfactoria entre el asesor y el asesorado, por tanto,

se consideran a estos tres elementos (relación, asesor y asesorado) como constitutivos del proceso de asesoramiento, los mismos que forman parte de procesos análogos como es la psicoterapia.

2.6.1 La Relación de Asesoramiento: Se considera a la relación de asesoramiento como compleja, por ende, difícil de definirla. Se ha adoptado la definición que sostienen Shertzer & Stone (1972), formulada por Rogers:

“Mi interés por la psicoterapia me ha llevado a interesarme también por otro tipo de relación de ayuda. Con estos términos quiero significar toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada. El otro, en este sentido, puede ser un individuo o un grupo. En otras palabras, podríamos definir la relación de asesoramiento diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos”. (Pág. 24).

Se destacan las siguientes particularidades de la relación de asesoramiento, establecidas por los mismos autores:

- La relación tiene sentido, guarda relación con la situación dada.
- En la relación se expresa afecto, quienes participan revelan su yo.
- En la relación se manifiesta la persona total, los participantes demuestran autenticidad.
- La relación tiene lugar por consentimiento mutuo de los participantes.
- La relación se da porque el sujeto que la solicita necesita información, consejo, ayuda, comprensión y/o tratamiento por parte del profesional.
- La relación se lleva a cabo mediante comunicación e interacción.
- La relación de asesoramiento es una situación estructurada.
- Se caracteriza por el esfuerzo cooperativo de los participantes.

- El profesional que preside la relación es accesible y se muestra seguro.
- El objeto de la relación de asesoramiento es el cambio a nivel cognitivo, conductual o emocional.

2.6.2 El Asesor: La personalidad del asesor es un ingrediente crucial, debido a que es a él a quien, dadas su capacitación y obligación profesionales, le compete crear el clima de la relación de asesoramiento.

A. Características de Personalidad: Gladding, S. (1996) resalta a Rogers quien considera que la personalidad es tan importante como el conocimiento del asesor, añade que la efectividad de la intervención depende más de la personalidad, que de las técnicas aplicadas. Su afirmación se basa en que mientras el conocimiento y habilidad son importantes, la educación no puede cambiar las características básicas de una persona. La clave de su accionar radica en el uso apropiado de su propia personalidad de manera espontánea, creativa, empática y altruista.

Existen tipos específicos de personalidad que están atraídas y trabajan mejor en ciertos ambientes de atención psicológica. Al respecto, dicha hipótesis encuentra un soporte empírico en diversas investigaciones, cuyos resultados afirman que la personalidad de los profesionales en psicología está relacionada con la eficacia en su profesión. (Rodríguez Ceberio, M.; citado en www.escuelasistemica.com.ar).

B. Cualidades de un Asesor Efectivo: Un asesor psicológico efectivo es aquél que ha integrado satisfactoriamente tanto el conocimiento, como sus habilidades con su personalidad, alcanzando un equilibrio entre lo interpersonal y la técnica. Entre las cualidades de un asesor eficaz Gladding, S. (1996) destaca las siguientes:

- Competencia Intelectual: Debe tener conocimiento acerca de muchas teorías de ayuda, además el deseo y habilidades de aprender y pensar rápido.

- **Energía:** El proceso de Asesoramiento demanda mucha emocionalidad y energía física, por tanto, los asesores deberán tener la habilidad de ser activos en sus sesiones y sostenerla con cada uno de sus pacientes.
- **Flexibilidad:** Los Asesores efectivos no están ligados, únicamente, a un conjunto de respuestas específicas; sino que las adaptan a las necesidades de cada cliente.
- **Soporte:** Brindan apoyo a sus clientes cuando estos toman sus propias decisiones.
- **Buena Voluntad:** Deben desear trabajar en nombre de sus clientes en forma constructiva que éticamente promueva independencia.
- **Conocimiento del Self:** Consiste en un autoconocimiento, incluyendo actitudes, valores, sentimientos y la habilidad para reconocer cómo y qué factores de su personalidad podrían afectar la relación de ayuda.
- **Conciencia de las Experiencias Culturales:** Es la habilidad para estar cómodo y relacionarse bien con personas con las que difiere culturalmente.
- **Espontaneidad:** Capacidad para expresarse a sí mismo con naturalidad y sin conductas artificiales. (Cormier, W. & Cormier, S. 2000).
- **Apertura:** Hace referencia a la capacidad de ser abierto, de compartir con otros, es decir, de autorevelación. Información que el asesor comparte con el cliente sobre sí mismo. (Cormier, W. & Cormier, S. 2000).

C. Actitudes del Asesor: Se consideran varias investigaciones sobre la actitud del clínico y su repercusión, tanto sobre la relación terapéutica como sobre las respuestas del cliente. Waskow de su investigación concluyó que los asesores que introducen juicios de lo expresado por el cliente refuerzan la actitud de éste de hablar de sus sentimientos, y el asesor que emite más juicios es percibido como más enérgico. Lesser al investigar la influencia de la empatía sobre el progreso del asesoramiento, hipotetizó:

“el progreso del asesoramiento se halla relacionado positivamente con la comprensión empática que del cliente tiene el asesor, y el progreso del asesoramiento y la comprensión empática se hallan relacionados positivamente con el grado de similitud existente entre el concepto que el cliente y el asesor tiene de sí mismos.” (Shertzer & Stone, 1972, Pág. 180).

D. Cualidades no Intelectuales: Se menciona un estudio clásico de Kazienko y Neidt cuyos resultados revelan que respecto al concepto de sí mismo, los asesores eficaces se percibían como serios, confiables, pacientes, de hablar pausado; respecto a su motivación describieron que se preocupaban por poseer más seguridad; en cuanto a los valores, rechazaban la astucia y la perspicacia; en relación a los demás percibían a la gente como dotada de un grado adecuado de capacidad intelectual. Estos resultados coinciden con múltiples investigaciones que abordan sobre aspectos no intelectuales que caracterizan a clínicos efectivos. (Shertzer & Stone, 1972).

E. Cualidades Académicas del Asesor: La práctica del asesoramiento psicológico requiere de una formación profesional, que permita al clínico desempeñarse competentemente en su ejercicio. Gladding, S. (1996) distingue tres tipos sujetos que prestan ayuda a las personas en distintos ambientes y situaciones:

- No Profesionales: Pueden ser amigos, colegas, voluntarios no entrenados o supervisores que tratan de ayudar a aquellos que necesitan apoyo; poseen cierto grado de habilidad y creatividad.
- Paraprofesionales: Usualmente son trabajadores de servicio humano quienes han recibido algún tipo de entrenamiento formal en relaciones humanas pero trabajan como parte de un equipo en lugar de hacerlo individualmente.
- Profesionales: Son educados y entrenados, específicamente, para brindar asistencia psicológica, tanto preventiva como cuando ya se presenta el problema. Se incluyen en este grupo: consejeros, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas familiares y de pareja, etc. que poseen

licencia y certificación para ejercer la profesión. Poseen conocimientos específicos, manejan técnicas, habilidades, etc. que les permite abordar al cliente de manera óptima y eficaz.

F. Rol del Asesor: Se lo considera como un especialista agente del cambio. Wrenn define las funciones del asesor de la siguiente manera:

“La función del asesor en cualquier contexto es: a) crear una relación entre asesor y asesorado cuya cualidad más prominente es la de la confianza mutua; b) proporcionar alternativas en el proceso de autocomprensión y en los casos de elección de un curso de acción entre los que tiene por delante el cliente; c) intervenir en cierto grado en la situación en que se halla el cliente y en relación con los “otros importantes” que afectan la vida inmediata del cliente; d) orientar para la creación de un ambiente psicológico saludable para sus clientes y, por último, e) lograr un mejoramiento del proceso de asesoramiento mediante una constante autocrítica individual y dedicar abundante atención al mejoramiento del proceso mediante la investigación (Shertzer & Stone, 1972, Pág. 241).

2.6.3 El Asesorado: Sus características de personalidad están llegando a ser el foco de atención de los investigadores, ya que constituyen un elemento fundamental para el éxito del proceso de asesoramiento. Se describen las características de los clientes que Shertzer & Stone (1972) consideran como más trascendentales:

A. Expectativas: Los pacientes con expectativas de mejoría se desempeñan favorablemente durante el proceso. Se considera que las expectativas del cliente representan un factor importante en el mantenimiento y éxito del proceso de asesoramiento. Cuando las aspiraciones del cliente son recíprocas con las del clínico, el proceso se desenvuelve de mejor manera con un grado de satisfacción mayor tanto por parte del profesional, como por parte del paciente.

B. Necesidad de Cambio: La necesidad de cambio, al inicio del proceso de asesoramiento, experimentada por el paciente, al combinarse con la comprensión empática del terapeuta, se hallan directamente ligados con la mejoría, ya que el

manejo de estos dos factores, permite predecir la duración y éxito del asesoramiento.

C. Diferencias de Género: En un estudio Heilbrun revela que los varones, masculinos e independientes, presentan mayor dificultad para adaptarse al asesoramiento, debido a que encuentran difícil aceptar la posición subordinada de cliente. En cuanto a las mujeres, las que mejor se desenvolvían en el proceso se caracterizaban por ser más autónomas y dominantes, así como respetuosas y serviles.

D. La Introversión: Los sujetos que solicitan asesoramiento, por lo general, presentan una menor inclinación hacia una actitud de emisión de juicios y una tendencia hacia la introversión. La atención hacia las experiencias subjetivas y una mayor tolerancia a la ambigüedad predisponen a éstos sujetos a solicitar atención psicológica.

E. La Dependencia: Para Schuldt durante el proceso de asesoramiento, los pacientes mantienen sus expresiones de dependencia, mientras el profesional responda a las mismas; cuando el clínico las elude, las expresiones de dependencia tienden a desaparecer. Estas respuestas se presentan con mayor intensidad y frecuencia al inicio del proceso con tendencia a desaparecer hacia el final del mismo.

2.7 Aportaciones Teóricas:

Una teoría es un modelo o explicación que los psicólogos utilizan como guía para hipotetizar sobre la formación de problemas y posibles soluciones. En los inicios del asesoramiento existían sólo dos orientaciones teóricas: la de Williamson (directiva) y la de Rogers (no directiva); hoy en día, los asesores deciden qué teorías y métodos utilizar de acuerdo a su orientación profesional y las necesidades del cliente.

2.7.1 La Base Teórica en el Ejercicio del Asesoramiento Psicológico: La mayor parte de teorías, señalan Capuzzi, D. & Gross, D. (1995), se han desarrollado en

base a la experiencia y observación; no obstante, no existe teoría que sea aplicable y adecuada para todas las situaciones. En verdad, una sola teoría no será, ni siquiera, adecuada para un mismo cliente durante un periodo extenso de tiempo. Hansen, Stevic y Warner citan cinco requisitos de una buena teoría:

- Que sea clara, entendible y comunicable: Coherente y no contradictorio.
- Que sea comprensible: Que posea una amplia explicación.
- Que sea explícita: Que genere investigación.
- Que sea específica en relacionar estrategias con resultados deseables: Contiene los medios para conseguir el producto deseado.
- Que sea útil para los que ejercen. Provee guías para la investigación y práctica (Capuzzi, D. & Gross, D. 1995).

En adición, Gibson, R. señala que una buena teoría es la que concuerda con la filosofía personal de ayuda del profesional, acoplándose al profesional y cliente, como la ropa se adapta al cuerpo de cada persona. (1990).

2.7.2 Funciones de la Teoría: La teoría es el fundamento del asesoramiento psicológico, ayuda a explicar lo que sucede en la relación de ayuda y asiste al profesional a predecir, evaluar y mejorar los resultados. (Capuzzi, D & Gross, D. 1995). Entre las distintas funciones de la teoría, Gladding, S. (1996) destaca seis que han sido formuladas por Boy y Pine:

- Permite encontrar unidad y relación dentro de la gran diversidad de la existencia.
- Exige a los asesores examinar las relaciones que debería mirarse de diferente manera.
- Proporciona al profesional límites o normas operacionales, bajo las cuales deben conducir su trabajo; y ayuda a evaluar su desenvolvimiento profesional.

- Permite a los asesores centrarse en aspectos relevantes, explicándoles en qué deben abordar.
- Ayuda a los asesores psicológicos a asistir a sus clientes en la modificación efectiva de su comportamiento.
- Permite evaluar tanto los antiguos como los nuevos aportes al proceso de asesoramiento psicológico, debido a que las aportaciones anteriores son la base de las nuevas investigaciones y contribuciones.

2.8 Intervención en Asesoramiento Psicológico:

Una intervención en asesoramiento psicológico está constituida por tres etapas fundamentales: exploración, establecimiento de objetivos y acción. Por lo general, todo tipo de intervención de ayuda, a nivel psicológico, inicia con el establecimiento de la relación terapeuta– paciente, asesor – cliente, etc. dependiendo del tipo de intervención; la misma que se ve influenciada por múltiples factores que afectan en el posterior manejo del proceso (Gladding, S. 1996).

2.8.1 Factores que Influyen en el Proceso de Asesoramiento Psicológico: El inicio del proceso es considerado fundamental para el trabajo posterior, debido a que en él se determinan las bases para el resto de la intervención, además de que en él se establece la relación de ayuda, la cual permitirá manejar los conflictos presentes y alcanzar los resultados deseados. Los factores más influyentes en la relación de ayuda son:

A. Estructura: Según Capuzzi, D. & Gross, D. tanto clientes como psicólogos suelen tener percepciones diferentes acerca del propósito y naturaleza del asesoramiento, esta discrepancia puede inhibir el proceso, a no ser que se haga uso de alguna estructura, la cual es definida como un entendimiento o pacto entre el asesor y el cliente con las características, condiciones, procesos y parámetros a seguirse durante la intervención. La estructura ayuda a clarificar la relación entre el cliente y el psicólogo, proporcionándole dirección a la misma; protege los derechos, roles y obligaciones de los clientes y profesionales; y asegura el éxito

de la intervención. En general, la estructura proporciona una guía de trabajo por donde debe conducirse.

La estructura se da en todas las etapas del proceso, debe establecerse en función de una orientación teórica, así como de la naturaleza de la problemática del cliente y de su personalidad. Es necesario que el psicólogo sea flexible y, que continuamente negocie la naturaleza de la estructura con sus clientes. Una forma de estructurar el proceso, se basa en brindar información al cliente sobre asesoría y sobre su forma de trabajo, estableciendo normas, a manera de un contrato. (1995).

B. Iniciativa: Se la entiende como una motivación para el cambio. Gladding, S. (1996) cita a Ritchie (1986) quien refiere que la mayoría de psicólogos y teorías de asesoramiento asumen que los clientes serán cooperativos. Efectivamente, muchos acuden voluntariamente y están dispuestos a trabajar; sin embargo, otros clientes son más reservados. Cuando el profesional carece de iniciativa, a menudo no sabe qué hacer con ellos; esta intolerancia se puede evitar entendiendo la dinámica de trabajo con pacientes resistentes y reacios, la misma que empieza siendo empático.

Entre las diversas formas de superar la resistencia cuentan: a) anticipar la ira, frustración y los mecanismos de defensa de los clientes; b) demostrar aceptación, paciencia, comprensión y no juzgar; c) utilizar la persuasión debido a que el asesor ejerce influencia sobre los clientes; y d) ayudar a obtener iniciativa a través de la confrontación, al recalcar, exactamente, lo que el cliente está haciendo. Capuzzi, D. & Gross, D. (1995) recomiendan además, el uso de técnicas pragmáticas como silencio, reflexión, cuestionamiento y descripción como manera de vencer la resistencia del cliente.

C. Escenario Físico: El Asesoramiento Psicológico puede tener lugar en, prácticamente, cualquier escenario físico que cumpla con los requisitos necesarios para poder trabajar sin interrupciones. Entre las condiciones externas

que destacan Shertzer & Stone (1972), que se deben considerar en asesoría, se encuentran:

1) Distancia: El espacio entre psicólogo y paciente puede afectar la relación, pues los sujetos difieren en el nivel de comodidad de interacción con otros. Este nivel de comodidad está influenciado por la cultura, género, y el tipo de relación; sin embargo, se ha señalado que una distancia de un metro entre el clínico y el cliente resulta cómodo. Esta distancia puede variar debido al tamaño de la oficina, el mobiliario y el espacio disponible.

2) Privacidad: Independientemente de cómo esté organizada la oficina, el clínico no debe ser interrumpido mientras conduce una sesión. Para desarrollar confianza, el cliente debe tener la plena seguridad de que goza del derecho de privacidad tanto auditiva como visual, lo cual concuerda con las normas éticas que señalan: “La relación de asesoramiento y la información que de ella surge deben conservar el carácter confidencial”. (Pág. 380).

3) Ambiente Físico: Debe favorecer la comodidad y relajación del asesorado, atendiendo a aspectos que pueden contribuir a reducir tensiones y permitir que surjan sentimientos de calidez, elementos que facilitan el rapport y la relación de asesoramiento. Capuzzi, D. & Gross, D. (1995) añaden que en el consultorio hay objetos que mejoran la apariencia y ayudan al proceso sin distraer al cliente, tales como luz suficiente, colores bajos, armonía y muebles cómodos.

D. Cualidades de los Clientes: El asesoramiento comienza con las primeras impresiones, es decir, la forma en que cliente y el psicólogo se perciben. Los clientes más exitosos son llamados YAVIS, (por sus siglas en inglés) son jóvenes, atractivos, verbales, inteligentes y exitosos. Las conductas no verbales de los clientes son muy importantes, pues constantemente emiten mensajes sobre su forma de pensar y sentir (Gladding, S. 1996).

E. Actitudes del Asesor: Okun, B. (2001) lista cinco características que los asesores deben poseer: a) conocimiento de sí mismo; b) honestidad; c) congruencia; d) habilidad de comunicar y; e) conocimiento. Se suman, además tres atributos que permiten al psicólogo poseer mayor influencia sobre su paciente: a) experiencia; b) atractivo, percepción de una similitud entre él y el cliente y; c) confianza, sinceridad a fin de ganarse la confianza del cliente.

F. La Relación de Asesoramiento: Prácticamente todas las teorías y enfoque resaltan que la relación de ayuda constituye la base del proceso, considerándose una condición necesaria para provocar el cambio deseado. Se la considera como una influencia recíproca entre el psicólogo y el paciente (Shertzer & Stone, 1972).

2.8.2 Etapa de Exploración o Evaluación: Pretende lograr una comprensión completa del caso, enfatiza en el entendimiento de los problemas fundamentales del paciente, con el fin de establecer un diagnóstico que guíe la segunda etapa del proceso (Balarezo, L. 1995).

2.8.2.1 Entrevista Inicial en el Proceso de Asesoramiento Psicológico: El proceso comienza con una entrevista, en la cual, según Gladding, S. (1996) se sientan las bases para el resto del asesoramiento, por lo que se la considera de suma importancia. Es una estrategia evaluativa, en la cual tanto el asesor, como el cliente deciden si continuar o no con la relación; decisión que se basa en el análisis individual del clínico, quien considera si está en condiciones de manejar los problemas del cliente siendo abiertos, honestos y confrontativos; así como también influye el criterio del cliente, quien debe establecer si se siente cómodo con el profesional y si ha empezado a desarrollar confianza en su psicólogo.

A. Clientes versus Asesores en la Entrevista Inicial: La clasificación de las entrevistas iniciales depende de la demanda u origen, así se encuentran aquellas que son iniciadas por clientes y las iniciadas por los clínicos. Cuando la

entrevista es requerida por un cliente, el profesional, por lo general, desconoce el propósito, por lo cual debe estar atento al discurso del paciente, especialmente, si no ha reunido información antes de la sesión. Sí la entrevista es solicitada por el psicólogo, éste debe comunicar al paciente la razón por la cual se la realiza. (Gladding, S. 1996).

B. Comenzar la Primera Entrevista: No existe un lugar exacto donde las entrevistas se deberían iniciar; no obstante, Capuzzi, D. & Gross, D. recomiendan empezar buscando la comodidad del cliente, independientemente, del lugar donde se realice la entrevista (1995). Una bienvenida cálida y sonriente es la mejor manera de empezar una entrevista inicial y, a partir de ahí recolectar información y profundizar en aspectos relevantes. Una conversación inicial, podría contribuir a “romper el hielo”, para posteriormente continuar con observaciones como “dígame en qué lo puedo ayudar” o “me interesaría saber qué es lo que le sucede”, las mismas que permitirán el abordaje de los problemas que presenta el cliente (Okun, B. 2001).

Se considera que los clínicos deben prestar atención a la persona del cliente, para lo cual deben estar vigilantes a los siguientes elementos, que indica Gladding, S. (1996) que le permitirán un mejor manejo y más rápido establecimiento de la relación de asesoramiento:

1) El rapport: Ivey sugiere dos habilidades que permiten la elaboración del rapport: a) una conducta de atención, y b) habilidades de observación hacia el cliente. El psicólogo debe atender lo que el cliente piensa, siente y cómo se comporta. El establecimiento temprano y el mantenimiento del rapport es vital para obtener el máximo de información, así como para el éxito del proceso. Una forma de elaborar el rapport es invitando al cliente a enfocarse en razones por las cuales busca ayuda.

El establecimiento del rapport se ve influenciado por ciertos factores que Cormier, W. & Cormier, S. (2000) señalan que el terapeuta debe manejarlos, a fin de afianzar la confianza del paciente, tanto en él, como en el proceso:

- Los Valores: Mantenerse neutral en cuanto a sus propios valores y no influir sobre los del paciente, sino sólo cuando se considere estrictamente necesario.
- Características éticas: Referido al código de ética del psicólogo. Está relacionado con el bienestar, la confidencialidad y los derechos del paciente.
- Objetividad emocional: Relacionada con el manejo de la transferencia y contratransferencia, es decir, cuando el paciente o el asesor se implican emocionalmente de una manera tan fuerte, que pierden la objetividad y pierden de vista el fin del proceso de asesoramiento.

2) La Empatía: Se adopta la definición de Rogers, quien describe la empatía como la habilidad del psicólogo para entrar en el mundo del cliente y experimentar ese mundo como si fuera propio. La empatía necesita de dos habilidades específicas: la percepción y la comunicación. Un psicólogo efectivo percibe la cultura de referencia desde la cual el cliente actúa, siente y piensa; no obstante, si no puede transmitir dicha experiencia, padece de un gran limitante para desarrollar empatía, pues dentro del asesoramiento, la habilidad de comunicar juega un rol vital en la relación.

En la entrevista inicial el clínico deberá transmitir “empatía primaria”, la cual es definida como la habilidad de responder a los mensajes del cliente, de tal forma que sea compatible y compartida, tanto por él mismo como por el paciente, y que éste perciba que su discurso ha sido comprendido por el psicólogo.

3) La Atención: Requiere pericia en el arte de escuchar y observar, lo cual permite al clínico conocer y comprender la esencia de los contenidos y sentimientos expuestos por el paciente. Es decir, la atención se basa en la capacidad de escuchar, a través de la cual el asesor sostiene, amplía y profundiza su conocimiento sobre el cliente. Sin embargo, no basta con escuchar, pues el encuentro entre paciente y psicólogo es una confrontación, ambos se observan e influyen mutuamente, sobretodo respecto a lenguaje no verbal; el reconocimiento

que hace el clínico de la expresión física del cliente conduce a éste último a la convicción de que se lo atiende y comprende.

C. Recolección de Información: Okun, B. (2001) recomienda realizar intervenciones de escucha activa formulando preguntas, tales como: “vamos a hablar de cómo está afectando éste problema a tu vida” o “¿puedes hablarme de tu problema y que has estado pensando al respecto?”; a través de las cuales el psicólogo comunica apoyo y comprensión, al mismo tiempo que dirige el foco de la conversación hacia el problema y los efectos del mismo; además de que permite fluidez y continuidad en la comunicación, facilitando más información de la que puede obtener la pregunta, sin emitir juicios o confrontaciones.

El clínico responderá al paciente mediante preguntas y peticiones de clarificación. Dentro de las preguntas Gladding, S. (1996) destaca las cerradas que se centran en aspectos puntuales de la vida del sujeto, y las preguntas abiertas que comienza con qué, cómo o podría. Las peticiones de clarificación es una respuesta que el clínico utiliza para asegurarse de entender lo que el cliente intenta decir, estas peticiones requieren que el cliente repita o reelabore el material expuesto.

1) Técnicas para Facilitar la Comunicación del Asesorado: Son estrategias que resaltan Shertzer & Stone (1972) de las que se sirve el clínico para incitar al cliente a comunicar sobre su vida en general, así como también para profundizar sobre algún asunto en particular, o que no haya sido comprendido con precisión.

a) *Reformulación del contenido:* Hace referencia a las incitaciones del asesor que buscan reformular lo expresado por el cliente con el fin de lograr un entendimiento más preciso de la información.

b) *Interrogación:* Implica el esfuerzo de clínico por conseguir la mayor cantidad de información del cliente. Por lo general, se formulan preguntas abiertas que estimulan al sujeto a hablar libremente. Busca obtener cierta información específicamente necesaria y orientar la conversación hacia asuntos fructíferos.

- c) *Reflejo de Sentimientos*: Rogers define esta técnica como un intento por comprender las cosas desde el punto de vista del cliente y por comunicar lo que se ha comprendido. Se aplica reformulando la esencia de las actitudes del cliente, mostrando como en un espejo lo que el cliente emite de manera verbal o conductual.

- d) *Reafirmación*: Se la utiliza como una recompensa o agente de refuerzo. Se la aplica con el fin de incentivar la exploración de ideas o sentimientos, o la puesta a prueba de conductas diferentes que lleva a cabo el profesional. Son frases que emite el clínico que buscan reforzar patrones adaptativos del cliente, compensar la realización de una tarea, tranquilizar al paciente explicándole métodos de tratamiento, estimar una curación posible, etc.

- e) *Interpretación*: Implica dos tipos de información: externa o resultados de tests; y datos interpersonales que se obtiene a través de la comunicación. Esta técnica identifica y define las estructuras de relaciones y explica los significados que hay detrás de las manifestaciones verbales del sujeto. Permite al sujeto tomar conciencia de sus sentimientos y actitudes y lograr una integración de sentimiento y acción.

El psicólogo debe permitir que la comunicación fluya libremente, con lo cual se eliminan tensiones en el sujeto y se alivia la ansiedad. Para lograrlo el clínico deberá adoptar una posición no directiva y ausente de crítica. Igualmente, las manifestaciones empáticas, sirven de recurso útil para facilitar la comunicación del paciente (Balarezo, L. 1995).

D. Conceptualización del Problema del Cliente: En la mayoría de casos, Okun, B. (2001) refiere que los pacientes no profundizan sobre los asuntos reales que los motivan a acudir a consulta hasta desarrollar confianza en el profesional; en otras ocasiones, en verdad, presentan gran cantidad de preocupaciones que comparten con el clínico; por lo tanto, se debe estar atento y responder con cuidado al discurso del cliente, con el fin de no desviarse por temas vagos e irrelevantes. Se debe dedicar el tiempo necesario con la finalidad de indagar a profundidad el

problema hasta determinar la naturaleza del mismo y hasta qué punto el cliente es capaz de resolverlo. Una vez identificado el problema se aborda sobre los efectos del mismo en la vida del paciente, se analizan sus procesos de pensamiento, emociones y conductas, animando al cliente a expresarlos sin temor a ser juzgado, lo cual fomenta la relación de ayuda, generando un ambiente seguro para el asesorado.

E. Cierre de la Entrevista Inicial: La entrevista inicial tiene como fin, según Balarezo, L. ofrecer un esbozo de la vida del paciente, enlazarlo con la problemática actual y formularlo de manera clara y comprensible. Recopila la información necesaria para estructurar la historia clínica, la cual comprende los datos recogidos, además de los resultados de reactivos psicológicos. (1995). Como parte del cierre se determina la estructura del proceso, en la cual se acuerda con el paciente, como ya se mencionó, términos como horarios, duración, número de sesiones, roles de cada participante, etc. dejándose espacio abierto a posibles modificaciones, las mismas que se implementarán de acuerdo a las necesidades del cliente (Okun, B. 2001).

2.8.2.2 La Observación en Asesoramiento Psicológico: Se centra en las conductas no verbales del paciente y la respectiva interpretación de las mismas. Cormier, S. & Cormier, W. (2000) la consideran clave ya que el comportamiento revela emociones y cogniciones, constituyendo parte de las expresiones personales del cliente. A través de la observación, el terapeuta se percata de mensajes que se consideran válidos, aunque no se emitan intencionadamente. El clínico debe enlazar la información tanto verbal como no verbal, a fin de elaborar un todo organizado que permita definir la situación del paciente de manera coherente.

El asesor debe estar atento, según Cormier, S. & Cormier, W. (2000) a movimiento kinestésicos, como son ojos, boca, expresiones faciales, cabeza, brazos y manos, piernas, y, del cuerpo en general, e interpretarlos de acuerdo a la situación y estilos propios de cada paciente, así como a aspectos paralingüísticos como tono de voz, fluidez en la expresión y ritmo del discurso; se debe prestar

atención a las proxemias, es decir, la distancia física que mantiene el paciente, posición, contacto físico; en la observación además, se debe valorar lo relativo al medio, cómo reacciona el cliente al ambiente del consultorio; y el tiempo, cuánto tarda en responder, o si divaga por asuntos aislados.

2.8.2.3 Aplicación de Test en Asesoramiento Psicológico: Hay quienes sostienen que el empleo de test es pernicioso para un proceso de asesoramiento, o se lo considera de limitado valor, debido a que genera dependencia por parte del cliente respecto del asesor; además, los datos de los test generan prejuicios en el psicólogo, y carecen de validez y confiabilidad en grado suficiente. No obstante, para Shertzer & Stone, el desarrollo progresivo de los test ha permitido defender su utilización con miras a la consecución de fines variados, tales como:

- a) Ayudar al clínico a decidir si las necesidades del cliente pueden ser abordadas por su persona.
- b) Pueden aplicarse test con fines informales: ayudar al paciente a obtener información sobre sus capacidades, aptitudes, intereses, etc.
- c) Permitir al asesor tener una visión más clara de la problemática del sujeto.
- d) Contribuir a determinar qué métodos, enfoques, instrumentos y técnicas son adecuados para cada caso.
- e) Ayudar a los clientes a tomar decisiones, como por ejemplo un test de intereses para seleccionar su carrera o profesión.
- f) Evaluar la eficacia de un proceso de asesoramiento psicológico.

Para aplicar un test, el clínico debe tener conocimiento tanto teórico como práctico sobre el mismo, ha de explorarse a fondo los motivos que lo llevan a la aplicación de determinado test, el psicólogo debe cerciorarse de que el paciente comprende lo que la prueba mide, resaltando las limitaciones y virtudes del test, lo cual optimiza el empleo de material psicométrico, obteniendo resultados más positivos. (1972).

2.8.3 Etapa de Planificación del Proceso: Conocida también por Capuzzi, D & Gross, D. (1995) como determinación de metas. Una vez explorada la problemática, sus causas y repercusiones, se procede a concretar metas específicas sobre las cuales trabajar durante el proceso, resultando imprescindible para evitar improvisaciones y aplicaciones subjetivas e intuitivas (Balarezo, L.1995).

Esta etapa consta de dos momentos básicos: el establecimiento de objetivos y la selección de estrategias. Es la última parte de la construcción de la relación de ayuda, en la cual el clínico asiste al cliente a comprender su problemática de una manera clara y objetiva, y a identificar metas que desee alcanzar. Esta fase provee de dirección al proceso, ya que determina las estrategias que permitan alcanzar los objetivos planteados (Gladding, S. 1996).

2.8.3.1 Planteamiento de Objetivos: Se realiza a manera de acuerdo entre psicólogo y cliente, a fin de obtener el máximo de colaboración y de adecuar las expectativas del paciente, mediante el cual se establecen objetivos que pueden ser inmediatos o a largo plazo; ambos participantes deben reconocer la factibilidad de cada objetivo, dada la naturaleza y condiciones del asesoramiento. Lo importante es que tanto clínico, como paciente, sepan por qué mantienen la relación de ayuda y qué fines persiguen con la misma (Okun, B. 2001).

Las metas son variables, dependiendo de la problemática a tratar; por lo general, refiere Balarezo, L. (1995) se centran en aliviar síntomas, modificar patrones cognitivos o conductuales disfuncionales, adquirir estrategias conductuales, apoyo emocional, resolución de conflictos, etc.; están orientados hacia las áreas de preocupación del cliente y deben determinarse en base a una teoría. Cuando se plantean los objetivos, se debe valorar junto con el cliente cómo se van a lograr cada uno.

Gladding, S. (1996) destaca siete criterios, que enuncian Dyer & Vriend para juzgar metas efectivas: son un acuerdo mutuo entre psicólogo y cliente, son específicas, son aptas para la conducta, son orientadas al logro y al éxito, son

medibles y cuantificables, son observables, y son comprensibles; además, de que deben estar sujetos a posibles modificaciones.

2.8.3.2 Selección de técnicas: Tiene como fundamento los objetivos planteados previamente, sin embargo, Balarezo, L. (1995) sostiene que su determinación está en función de una serie de factores como son características del paciente y del asesor, orientación teórica del clínico, la índole de problemática a tratar, condiciones de la relación de ayuda, etc. La determinación de las técnicas es un proceso análogo a la toma de decisiones, inicialmente se consideran todas las alternativas posibles, de las cuales se seleccionan la técnica o combinación de estrategias que se estimen más aptas y eficaces para el caso. La participación del paciente es indispensable, a fin de que comprenda el enfoque a emplearse, los motivos y consecuencias, actividades que requiere y cualquier información adicional que fomenten su participación activa y colaborativa. (Okun, B. 2001).

A. Criterios para Seleccionar Estrategias: Se destacan siete criterios para escoger las técnicas que optimicen las posibilidades de ayuda a los clientes para resolver sus conflictos, los mismos que son expuestos por Cormier, S. & Cormier, W. (2000):

- 1) *Características y Preferencias del Asesor:* El clínico debe contar con un amplio repertorio de destrezas terapéuticas para satisfacer las necesidades de su cliente; sin embargo, debe hacer uso de sus habilidades, su comodidad y valores para determinar la estrategia más adecuada; su experiencia y actitud ante las distintas técnicas son factores que influyen en sus preferencias.
- 2) *Documentación de las Estrategias:* Los diferentes datos documentados sobre las técnicas permiten al clínico informarse sobre experimentos realizados y problemas abordados con cada estrategia. La documentación debería considerarse para escoger una técnica. Cuando el cliente no está de acuerdo con determinada estrategia se tendrían que considerar otros criterios adicionales.

- 3) *Factores Ambientales:* Aspectos del entorno terapéutico o del medio natural del cliente pueden ejercer influencia al momento de determinar qué estrategia aplicar. Estos factores hacen referencia al tiempo, costos, equipo, etc. Se debe considerar el tiempo que el clínico dispone para dedicar al paciente en cada sesión, de igual manera, las características físicas del consultorio pueden limitar ciertas técnicas como la relajación, si no se dispone de un sillón cómodo. El entorno del paciente influye directamente en la selección de estrategias, al aportar refuerzos o resistencia.

- 4) *Naturaleza del Problema del Cliente:* Precisa de una evaluación global y una definición operativa del conflicto del paciente. El clínico deberá tener conocimiento sobre la naturaleza del sistema de respuestas del cliente, con el fin de determinar qué estrategia se ajusta al problema y a las características del paciente. Los resultados son óptimos cuando se trata con métodos que coinciden con el patrón particular de respuesta del cliente (sistema de respuesta cognitivo, conductual o somático).

- 5) *Naturaleza de los Resultados:* La naturaleza de las metas planteadas determinan el tipo de estrategia a aplicar. Así por ejemplo para las metas que reflejan aspectos de cambio, tales como adquisición, incremento o reducción de conductas, se aplican mejor estrategias de entrenamiento en destrezas, modelado, desensibilización sistemática, etc. Para metas que reflejan reestructuración de respuestas cuentan técnicas como reestructuración cognitiva, reelaboración, inculcación al estrés, etc.

- 6) *Características y Preferencias del Cliente:* El clínico deberá incluir en las decisiones la opinión del cliente, ya que la preferencia del asesorado por un determinado plan de acción permite una mayor colaboración obteniendo resultados positivos en el proceso. El psicólogo deberá considerar además las características del cliente que pueden influir sobre alguna técnica; por ejemplo, en procedimientos como la desensibilización sistemática es imprescindible la capacidad del cliente para generar y mantener imágenes mentales; por ende, el

asesor deberá previamente valorar si el paciente es capaz de generar imágenes claras y realistas.

7) *Señales y Patrones Diagnósticos*: La selección de técnicas dependerá directamente de los signos y síntomas que presente el paciente. Las señales y patrones diagnósticos surgen en las entrevistas de evaluación, cuando el clínico intenta conectar las técnicas con las necesidades del cliente; el psicólogo detecta ciertas señales y patrones, y en base a ellos decide qué estrategia terapéutica adoptar.

B. Características de una Estrategia Adecuada: El clínico deberá disponer de suficiente pericia para determinar las estrategias más útiles y aplicables a cada caso. Sin embargo, las estrategias son apropiadas para cualquier caso, independientemente de los criterios de selección, cuando: a) Son de fácil ejecución, b) coinciden con las características y preferencias del profesional que aplica, c) corresponden a las características del problemas, d) son positivas, en lugar de negativas, e) favorecen el desarrollo de destrezas de automanejo, f) fortalecen en el cliente expectativas de eficiencia y logro personal, g) son de aplicación factible y práctica, h) no generan problemas adicionales al paciente ni a su entorno, i) no sobrecargan de responsabilidades al paciente ni a su entorno, y j) no repiten o plantean soluciones previas que puedan favorecer posteriormente la insatisfacción (Cormier, S. & Cormier, W. 2000).

2.8.4 Etapa de Ejecución: Conocida también como “aplicación técnica” o “acción”, según Balarezo, L. (1995) y Gladding, S. (1996), respectivamente. Es la fase más larga, se deriva de las dos anteriores y concierne al trabajo que se realiza con el fin de alcanzar las metas trazadas, mediante las técnicas acordadas.

Según Balarezo, L.(1995) una vez definidas las técnicas, se procede a su aplicación, la cual se da de manera sistemática, es decir, sujeta a delineamientos claros y precisos planteados en la etapa anterior. De acuerdo a las circunstancias y a las necesidades del paciente, es posible realizar modificaciones en el

planteamiento de objetivos y en el señalamiento de técnicas; por tanto, el clínico deberá mantener una postura crítica, abierta y flexible que le permita rectificar cualquier elemento.

Los cambios que se realicen en el transcurso del proceso deberán ser aprobados también por el cliente; muchas veces la intuición del clínico y de acuerdo a las circunstancias hace que se requiera otra estrategia, cuando ya se ha empezado con alguna técnica. Se debe ser cauteloso al momento de introducir nuevas técnicas, considerando, principalmente, el nivel de comodidad del cliente, la capacidad del terapeuta para aplicarlo, así como también aspectos de la relación de ayuda como tiempo disponible, naturaleza del problema, entre otros (Okun, B. 2001).

2.8.4.1 Habilidades para Mantener una Relación de Asesoramiento Positiva: Al tratarse de una etapa prolongada, el clínico deberá manejar una serie de factores que pudieran influir en la relación de ayuda, a fin de evitar que se desvíe de los motivos específicos que persigue el proceso de asesoramiento. Gladding, S. (1996) describe las siguientes habilidades que permitirán al clínico trabajar adecuadamente, al mismo tiempo que mantiene la relación de ayuda de manera positiva:

A. Cambiar Percepciones: Los clientes, a menudo, perciben que su situación es seria y sin solución. Su discurso, lleno de percepciones e interpretaciones personales, es visto, comúnmente, como correcto y preciso; no obstante, constituye una forma de entender la realidad desde una sola óptica. La labor del clínico consiste en ayudar al cliente a cambiar sus objetivos irrealistas, ofreciéndole la oportunidad de explorar pensamientos y deseos en un ambiente seguro, de aceptación y sin temor a ser juzgado. Las percepciones suelen cambiar a través de la reformulación, en la cual se ofrece al cliente otro punto de vista, más adaptativo y positivo, sobre la naturaleza de su situación, proporcionándole una forma diferente de responder a la misma. Para Cormier, S. & Cormier, W. (2000) la reformulación o reestructuración reduce la resistencia y ayuda a canalizar la energía del cliente hacia nuevas conductas.

B. Guiar o Dirigir: El cambio de percepciones del cliente requiere de un alto grado de habilidad de persuasión y la guía o dirección del psicólogo. Existen diferentes guías que los clínicos pueden aplicar, las cuales dependerán de la base teórica en la que sustente su práctica, así como de la etapa del proceso que atraviese. Existen guías mínimas como “si le escucho”, por ser más comprensivas y menos riesgosas; son apropiadas al inicio para construir una relación, dentro de estas se encuentran el silencio, la aceptación, el parafraseo. Por otro lado, las guías máximas como la confrontación, la persuasión por ser más desafiantes y directivas deberán ser aplicadas cuando exista una relación sólida.

C. Responder con Enfoques Múltiples: Las personas tienen preferencias en la forma de procesar la información a través de sus sentidos; por tanto, los asesores deben recordar que los individuos reciben información, la cual es percibida de diferente manera, debido a que los estilos particulares de procesarla influyen en la percepción y la conducta del sujeto. Por tanto, el clínico debe responder en el mismo idioma del cliente, en este sentido, tiene que considerar que las respuestas afectivas se enfocan en los sentimientos de los clientes, las respuestas conductuales se enfocan en acciones y las respuestas cognitivas se enfocan en los pensamientos.

D. Autorevelación: Se considera un fenómeno muy complejo, que ha generado múltiples estudios. Se recurre a Jourard, para quien autorevelación consiste en el hecho de darse a conocer a otra persona a través del compartir información personal. La revelación personal del cliente es necesaria para el éxito del proceso; sin embargo, cierto grado de revelación del psicólogo influye en la relación, pues los clientes tienden a confiar más en los asesores que revelan su información personal.

E. Humor: Hace referencia a las respuestas del profesional con contenido cómico o bromista, respecto a una pregunta del cliente o a una situación específica. Se considera que la introducción de éste tipo de respuesta permite disminuir tensiones, reducir la resistencia de un cliente, así como ayudar al paciente a

distanciarse del dolor. El humor puede contribuir a la exploración de pensamientos creativos y ayuda a hacer más fácil la exploración de aspectos difíciles de la vida.

F. Confrontación: Se la concibe, erróneamente, como un ataque; sin embargo, desde el punto de vista técnico, la confrontación es conocida como una invitación al cliente, la misma que lo ayuda a examinar, modificar o controlar un aspecto de su conducta que es utilizado de manera inapropiada; ayuda a ver claramente y entender de manera objetiva su situación, las consecuencias y cómo pueden asumir la responsabilidad de modificar dicha circunstancia emitiendo conductas que busquen el cambio, de tal manera que adquiera una forma de vida más efectiva.

2.8.4.2 Fenómenos de la Relación de Ayuda: Dentro del proceso de asesoramiento psicológico, el clínico deberá mantenerse alerta de toda señal; tanto emocional, como cognitiva o conductual, propia o del cliente que pudiera desviar su participación de los objetivos que se persiguen durante la intervención:

A. Transferencia: Es la proyección de sentimientos, actitudes o deseos pasados o presentes del cliente hacia el psicólogo. El concepto proviene del psicoanálisis que, originalmente, enfatiza en las emociones de la infancia. Sin embargo, hoy en día, la transferencia, según Capuzzi, D. & Gross, D. (1995) es considerada dentro de las distintas corrientes psicológicas y puede estar basada en experiencias del presente. El clínico crea una imagen en el cliente, a la cual éste último reacciona de acuerdo a sus costumbres, cultura y condiciones actuales. La forma en que el clínico se siente, habla, como se ve, y sus gestos generan una reacción en el cliente.

La transferencia puede ser: a) directa cuando el cliente ve al asesor como su madre o padre; b) indirecta es difícil reconocerla; sin embargo, es revelada en el discurso del cliente; c) negativa cuando el cliente le acusa al clínico de actuar negativamente hacia él/ella; y d) positiva es la admiración del cliente hacia el

clínico. Tanto la negativa como la positiva son formas de resistencia. (Gladding, S.1996).

B. Contratransferencia: Es la proyección emocional del clínico hacia el comportamiento del cliente; por ejemplo, podría manifestar un comportamiento hacia el cliente como lo hacía hacia su hermana. Para conceptualizar el problema de la contratransferencia, Gladding, S. (1996) recomienda considerar dos aportes: a) el clásico, ve a la contratransferencia negativamente y como una reacción inconsciente directa o indirecta del asesor al cliente; y b) la concibe como una herramienta de diagnóstico para la comprensión de motivaciones inconscientes del cliente. No obstante, varios autores coinciden en considerarla como un fenómeno tanto positivo como negativo. Es vital superar la contratransferencia, debido a que puede generar consecuencias negativas tanto al cliente como al proceso. Además, es importante reconocer que se la está experimentando, para descubrir las razones que lo generaron y así poder eliminarla.

2.8.4.3 Cierre del Proceso: Considerado por Okun, B. (2001) como un momento que debe ser manejado con cautela, debido a que puede generar nuevos conflictos en el paciente. Se suele decir que el cierre del proceso concuerda con la forma que el clínico termina cada sesión, por lo general, caracterizada por la comunicación verbal, minutos antes de finalizar, de que el tiempo está por agotarse, lo cual permite recapitular lo abordado, así como planear la nueva cita.

A. Diferentes Maneras de Terminación del Proceso: Okun, B. (2001) señala que el cierre del proceso puede darse de cuatro formas:

- 1) Tanto cliente como psicólogo consideran haber alcanzado los objetivos trazados, es un cierre positivo, aunque como toda ruptura de relación implica un grado moderado de tristeza, razón por la cual debe incluir un espacio para expresión de emociones.
- 2) El clínico finaliza el proceso antes de haber alcanzado las metas establecidas, por lo general se da en instituciones donde el personal cambia con rapidez, cuando el

cliente o el asesor, debido a normas internas, carecen de facilidad para continuar. El clínico debe comunicar las razones por las cuales se finaliza el proceso, lo cual suele generar enfado en el paciente y culpabilidad en el psicólogo. Lo ideal sería derivar al sujeto a otro profesional antes del cierre.

- 3) Una tercera parte exige y determina la finalización, por ejemplo en intervenciones de asistencia sanitaria que permiten un número limitado de sesiones que determina un administrador. Si bien, el cierre suele ser positivo para los objetivos del plan de asistencia sanitaria, no considera los intereses del paciente, ni el criterio del clínico.
- 4) El cliente es quien decide poner fin a la relación de ayuda prematuramente, suele suceder cuando el proceso le resulta incómodo y lo asusta. El clínico debe estar atento a toda sospecha de que el paciente ponga fin a la relación y averiguar el origen de tales intenciones del cliente.

B. Pasos para Realizar el Cierre del Proceso de Asesoramiento Psicológico:

Okun, B. (2001) ha conceptualizado cuatro pasos que permiten facilitar y reforzar los resultados del proceso de asesoramiento, así como manejar el cierre del mismo.

- 1) *Valoración del logro de los Objetivos:* De manera conjunta, psicólogo y cliente valoran si los síntomas o conflictos presentados en un inicio han disminuido o desaparecido. Implica un espacio en el que el paciente lista los cambios adquiridos a nivel conductual, cognitivo y emocional en sus distintas áreas de desenvolvimiento.
- 2) *Cierre de Aspectos Relacionales:* Proporciona al cliente una oportunidad para expresar emociones entorno a la finalización del proceso; si se considera oportuno, el asesor también puede compartir su sentir al respecto. Esto fomenta la capacidad para afrontar, de forma adaptativa, separaciones de personas significativas.

- 3) *Preparación para la Independencia y Generalización de Aprendizajes:* Incluye la planificación del futuro que se traza el paciente, en base a los temas abordados en el proceso, ¿cómo va a aplicar las estrategias adquiridas en su vida? Establecer una manera de contrato, es un recurso útil debido a que el cliente se compromete consigo mismo a seguir las directrices que se plantea durante ésta etapa del proceso.

- 4) *La Finalización:* Constituye el cierre definitivo del proceso, incluye conversaciones intrascendentes, se concuerda si va a realizarse un seguimiento y la manera como se lo va a efectuar. Existen profesionales que extienden el periodo de finalización alargando el tiempo entre sesiones, citando a la persona por periodos cada vez más prolongados de tiempo; a fin de reducir la ansiedad que el cierre implica.

2.9 Conclusión:

Una intervención en Asesoramiento Psicológico es considerada una herramienta básica que permite abordar conflictos específicos que producen malestar y perturbación en el sujeto. El Asesoramiento ha surgido paulatinamente, con altibajos en su desarrollo. Se destaca a la Psicoterapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers, como uno de sus principales pilares en su establecimiento como profesión de ayuda; así como también la reforma social en los Estados Unidos, que pretendía atender diferentes conflictos sociales, no considerados psicopatológicos, de atención breve y urgente.

El Asesoramiento es un proceso estructurado, similar a la psicoterapia; no obstante, se diferencia de esta última en la naturaleza de la problemática que aborda, así como en la duración del proceso. Los distintos asuntos abordados en una intervención en Asesoramiento, no caen, necesariamente, dentro de una etiqueta psicopatológica; sin embargo, involucra cantidad de situaciones y conflictos, que generan un sin número de síntomas que producen malestar en el sujeto, los mismos que, en caso de no resolverse, pudieran, a mediano o largo plazo, desencadenar en una patología psicológica. En cuanto a su duración, el Asesoramiento se muestra flexible, adecuándose a la naturaleza del problema y del cliente. Por lo general, al abordar

sobre asuntos específicos, el proceso se extiende hasta la resolución del conflicto, su afrontamiento adaptativo, o la disminución significativa de síntomas desencadenantes del mismo.

Constituye un proceso que consta de tres etapas básicas: evaluación, establecimientos de metas, y etapa de ejecución. Estas fases permiten conceptualizar el problema de una manera clara y comprensible a través del establecimiento de un diagnóstico, determinar objetivos específicos en base a la evaluación previa, así como seleccionar las técnicas más apropiadas para alcanzar las metas trazadas, y finalmente, aplicar las estrategias psicológicas en un esfuerzo conjunto con el cliente.

Al tratarse de un proceso complejo, debe ser dirigido por un profesional que haya recibido una preparación, tanto teórica como práctica, a fin de que pueda manejar multitud de fenómenos y aspectos complejos que involucra la relación de ayuda como son la transferencia y la contratransferencia, así como también que tenga la pericia para elaborar y mantener una relación de ayuda positiva, que disponga de conocimiento para aplicar de manera efectiva las distintas técnicas terapéuticas y que posea la habilidad de terminar el proceso eficazmente sin generar conflictos en el cliente; en fin, la asesoría debe ser dirigida por quien tenga el conocimiento y la disposición para realizar todos los esfuerzos en beneficio del sujeto que requiere los servicios profesionales del psicólogo.

CAPÍTULO 3

“ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO CON ENFOQUE COGNITIVO”

3.1 Introducción:

La intervención en Asesoramiento Psicológico basado en el enfoque cognitivo permite abordar y eliminar distorsiones en el procesamiento de la información, generadas por eventos mórbidos o por patrones disfuncionales de interpretación, que conllevan a una equívoca concepción del mundo, de sí mismo y de los demás. Cumple los mismos principios que la Terapia Cognitiva, caracterizándose por ser un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que aborda distintas alteraciones tales como: ansiedad, depresión, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. 2006).

El asesor psicológico cognitivo, según Beck, A. & colaboradores (2006), ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. El proceso se sirve de estrategias cognitivas y conductuales, que permiten eliminar los pensamientos erróneos, mediante técnicas de aprendizaje. Se considera que la modificación del contenido de las estructuras cognitivas influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta, por lo tanto mediante asesoramiento un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregirlas para producir una mejoría clínica.

El rol del psicólogo cognitivo consiste en animar al paciente a identificar, observar y evaluar sus pensamientos de una manera objetiva. Se intenta mitigar las alteraciones emocionales, y generar una productiva relación entre el profesional actuante y el paciente. Esta breve descripción constituye una idea somera de la básica concepción terapéutica cognitiva, la misma que tiene como pilares fundamentales la Terapia

Racional Emotiva, así como también la Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión.

3.2 Evolución del Asesoramiento Psicológico Cognitivo:

El desarrollo de las psicoterapias cognitivas se ha visto influenciado por distintos modelos que permitieron una conceptualización más amplia del mundo y del comportamiento humano, así como también un abordaje más preciso de las distintas alteraciones a nivel psicológico. Entre los orígenes de la psicoterapia cognitiva cuentan:

- *El Psicoanálisis:* Cano, J. & Ruíz, J. (1999) resaltan a Freud, quien describe dos modos de funcionamiento mental: el "Proceso primario" que concierne al funcionamiento mental inconsciente, y el "Proceso secundario" de naturaleza preconscious y consciente, y que concierne a las funciones denominadas tradicionalmente como cognitivas (pensamiento, memoria, etc.), guiadas por el principio de realidad. Para él, el segundo modo de funcionamiento deriva del primero, ya que al margen de los procesos conscientes, racionales y reflexivos existen otros procesos más inconscientes, emocionales y menos racionales que operan independientemente de los anteriores. Lo que Freud sustentaba refiere Caro, I. (1997), es que la mayor parte de la actividad humana no estaba dirigida conscientemente, sino que era el resultado de conflictos inconscientes, por tanto, esta motivación inconsciente de la conducta produjo un gran impacto en las distintas corrientes.

Más contemporánea es la influencia de Karen Horney, quien habla de la "Tiranía de los deberías" o exigencias culturales y familiares internalizadas en las estructuras superyoicas, que juegan un papel relevante en las neurosis, lo cual es retomado por Albert Ellis en la década de los 60's, al hablar de las creencias irracionales. Para Horney, esas exigencias tendrán un carácter defensivo ante la angustia generada por un conflicto entre los deseos inconscientes insatisfechos del niño y el temor a ser rechazado y abandonado. Esos "Deberías" encaminan

los esfuerzos del individuo a lograr una seguridad neurótica o falsa, a costa de sus deseos (Cano, J. & Ruíz, J. 1999).

- *Psicología de Aprendizaje y Terapia de Conducta:* Su influencia constituyó un cambio, según Caro, I. (1997) el centro de estudio se desplazó desde la introspección y el estudio de la mente, hacia el desarrollo y examen de los principios de adquisición y cambio de conducta. Se desplazó a la mente no porque no fuera importante, sino porque no podía observarse por otros individuos, siendo considerada como “la caja negra” del ser humano. Si bien los condicionamientos, tanto clásico, basado en el aprendizaje por asociación; como operante, basado en el aprendizaje por consecuencias, fueron la corriente más influyente en los años 30; paulatinamente perdieron importancia debido a que sus resultados no mostraron diferencias significativas con otras intervenciones; además, mientras las técnicas conductuales funcionaban la mayoría de veces, no lo hacían siempre. Estas deficiencias produjeron hipótesis sobre la ignorada caja negra, la cual, se suponía, ejercía mayor influencia de la que se creía.

- *El Aprendizaje Social:* Las investigaciones de Albert Bandura demostraron tres hallazgos importantes: a) que las contingencias ambientales no sólo influyen en la conducta humana, sino que los seres humanos también pueden influirse contingentemente a sí mismos y a los demás; b) que los refuerzos percibidos eran más reforzadores que los refuerzos reales no percibidos como tales; y c) que los sujetos no tenían que ser reforzados directamente para realizar una conducta, sino que era suficiente observar a otra persona siendo reforzada para realizar una conducta. Estos tres hallazgos otorgaron la importancia necesaria a la llamada “caja negra”, la cual ejercía una influencia crucial para el condicionamiento, el cual no era un proceso automático, sino mediado por la cognición humana (Caro, I., 1997).

- *La Psicología Soviética:* En base a los trabajos de psicólogos soviéticos como Luria y Vigotsky, se descubrió en una investigación que cuando los niños abordaban una tarea, se hablaban a sí mismos sobre cómo realizar dicha tarea; este discurso privado es considerado un regulador de la conducta. Al respecto,

Meichenbaum en los años 70 desarrolló una teoría de acuerdo a la cual, los sujetos primero se dan cuenta de su conducta y de su diálogo interno sobre su comportamiento, entonces se les entrena para emitir una conducta incompatible y diálogos internos (hablarse de distinta manera); finalmente, se les entrena en exhibir esas nuevas conductas en su entorno y a pensar en forma diferente sobre su nueva conducta.

Se consideran dos aspectos de la teoría de Meichenbaum: a) es una teoría conductual, debido a que asume que la gente primero actúa y luego piensa; b) asume que los diferentes sistemas terapéuticos no son más o menos verdaderos, sino que son constructos explicativos que ayudan a los clientes a pensar sobre sus problemas de manera diferente. (Cano, J. & Ruíz, J. 1999).

- *La Psicología Cognitiva*: Sus dos grandes representantes son Albert Ellis y Aaron Beck.

Caro, I. (1997) refiere que Ellis al darse cuenta de la lentitud del psicoanálisis, encontró un método más rápido que ayudara a cambiar a sus pacientes. Su original Terapia Racional, pretendía que los pacientes identifiquen sus distorsiones en el pensamiento y los capacitaba para discutirlos. Posteriormente, su terapia se convirtió en Terapia Racional Emotiva en los años 50, y recientemente en Terapia Racional Emotiva Conductual, T.R.E.(C). Una de sus más importantes contribuciones fue la distinción entre creencias racionales y creencias irracionales. Las racionales, se caracterizan por ser preferenciales y útiles para obtener lo que el sujeto persigue; por otro lado, la irracionales son de naturaleza dogmática y absolutista y evita o impide que el sujeto obtenga lo que quiere. Otra contribución, que ha tenido gran impacto en el ámbito psicológico, ha sido el desarrollo del método ABC que conceptualiza la naturaleza del comportamiento humano, el mismo que será explicado posteriormente.

Aaron Beck, al igual que Ellis, inicialmente fue un psicoanalista. Dado su interés por estudiar la depresión, intentó mostrar que ésta patología estaba relacionada con la ira y la hostilidad invertida; encontró que los sueños de los depresivos se caracterizaban por temas de pérdida o tristeza. En base a estos descubrimientos,

desarrolló el modelo cognitivo de la depresión (tríada) en el año 1979, el cual se caracteriza por el contenido negativo de las cogniciones sobre uno mismo, el mundo y el futuro; añade, que la depresión supone un proceso cognitivo distorsionado, similar a las creencias irracionales de Ellis. La terapia de Beck tiene como fin identificar y cambiar los pensamientos distorsionados, siendo una modalidad menos directiva y más idiosincrásica que la T.R.E.(C) (Caro, I. 1997).

Los diversos modelos de psicoterapia cognitiva, especialmente, de Ellis y Beck, se han centrado de manera inicial en el abordaje de distintas patologías clínicas, como es el caso de la depresión, ansiedad, fobias, etc.; para posteriormente abarcar asuntos clínicos no catalogados, de manera particular, como psicopatologías; no obstante, producen alteración en el sujeto, afectando su desenvolvimiento a nivel académico, laboral, social, familiar, etc. (Caro, I. 1997).

- *El Constructivismo:* Es considerado como un punto de vista filosófico que argumenta que la realidad, más que representacional, está socialmente construida (Caro, I. 1997). Michael Mahoney por el año 1995 elevó el constructivismo a un lugar prominente dentro de la terapia; gracias al influjo de la teoría de la información, la teoría de la comunicación, la teoría general de sistemas y sobretodo el desarrollo de los ordenadores, la psicología en general se hace cognitiva, al concebir al ser humano no como un mero reactor a estímulos ambientales, sino como un constructor activo de su experiencia, un "procesador activo de la información" (Cano, J. & Ruíz, J. 1999).

El modelo teórico cognitivo resultante es el "Procesamiento de información", cuyas características son expuestas por Mahoney de la siguiente manera:

1. "La conducta humana está mediada por el procesamiento de información del sistema cognitivo humano.
2. Se distingue entre procesos (operaciones mentales implicadas en el funcionamiento cognitivo) y estructuras (características permanentes del sistema cognitivo).

3. Se proponen cuatro categorías generales de procesos cognitivos: atención (selectividad asimilativa de los estímulos), codificación (representación simbólica de la información), almacenamiento (retención de la información) y recuperación (utilización de la información almacenada).
4. Se destacan tres estructuras cognitivas: Receptor sensorial (recibe la información interna y externa), una memoria a corto plazo (que ofrece una retención a corto plazo de la información seleccionada) y una memoria a largo plazo (que ofrece una retención permanente de la información)". (Cano, J. & Ruíz, J. Psicología Cognitiva. 1999, Para. 6)

En resumen, la persona no es un reactor al ambiente, como lo señala el conductismo, o a fuerzas organísmicas biológicas, como refiere el modelo psicodinámico, sino un constructor activo de su experiencia, con carácter intencional o propositivo.

- *El Asesoramiento Psicológico Cognitivo*. Se considera, según Gladding, S. (1996), que su concepto se remite a la definición de la Terapia Cognitiva, sin mayor diferencia. Por tanto, se adopta la definición planteada por Clark (1995):

“Una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión. Ya que la terapia cognitiva considera a un grupo hiperactivo de conceptos desadaptativos como la característica central de los trastornos psicológicos, entonces, corregir y abandonar estos conceptos mejora la sintomatología. El terapeuta y el paciente colaboran en identificar las cogniciones distorsionadas, que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad”. (Caro, Isabel. 1997, Pág. 39).

3.3 Aspectos Centrales del Asesoramiento Cognitivo: Como regla general, las terapias cognitivas, refiere Gladding, S. (1996) se desarrollan de manera satisfactoria con clientes que presentan las siguientes características:

- Poseen capacidad intelectual en un nivel elevado.
- Son personas que poseen tolerancia a elevados niveles de estrés funcional.
- Tienen la capacidad de identificar pensamientos y sentimientos.
- No son pacientes psicóticos o no son inhabilitados intelectualmente por los problemas presentes.
- Poseen la capacidad de completar tareas sistemáticas asignadas.
- Tienen un amplio repertorio de habilidades y respuestas conductuales.
- Tienen la capacidad de procesar la información en un nivel visual y auditivo.

Como es sabido, los diversos aportes cognitivos son frecuentemente aplicados con clientes que padecen alteración de las funciones mentales, como es el caso de la depresión. No obstante, también son aplicados con sujetos que no poseen ninguna disfunción visualmente perceptible, pero sufren de una alteración a nivel de pensamientos automáticos y esquemas cognitivos.

Para llegar a un cambio, las teorías de asesoramiento cognitivo enfatizan en la modificación del pensamiento del individuo. Algunas veces, los sujetos mejoran con el solo hecho de expresar sus pensamientos a través de la escritura; sin embargo, éste tipo de resolución es temporal, debido a que tiende a desaparecer, razón por la cual no se aplica usualmente. Por éste motivo, se considera que un plan sistemático funciona mejor, el cual está constituido por un conjunto de estrategias que propone el asesor cognitivo. Para que el plan propuesto por el clínico sea exitoso dos procesos deben ocurrir: a) una relación debe establecerse entre cliente y psicólogo, y b) las estrategias cognitivas de cambio deben ser implementadas. Respecto al segundo proceso Gladding, S. (1996) señala que las estrategias cognitivas de cambio deben involucrar los siguientes pasos:

- Utilizar guías estandarizadas para comprender de manera concreta los eventos o situaciones de la vida de las personas.
- Asimilar los pensamientos de los clientes, respecto a dichos eventos, de forma precisa y clara.
- Buscar un significado para encontrar y cuestionar los pensamientos disfuncionales.
- Implementar nuevas vías de pensamiento que sean realistas y productivas.

3.4 Evaluación Psicológica en el Asesoramiento Cognitivo: Caro, I. (1997)

sostiene que por lo general, los instrumentos de evaluación contienen elementos tanto cognitivos, como conductuales, razón por la cual, resulta difícil definir qué sistema teórico es el predominante. Además, se debe considerar la diferencia entre evaluación y diagnóstico psicológico, debido a que ciertos autores señalan que existen instrumentos que no son válidos para el diagnóstico pues solo determinan la intensidad o frecuencia de ciertos síntomas. Lo ideal sería contar con métodos de evaluación que involucren y pongan de manifiesto tanto lo cualitativo, como lo cuantitativo.

Siempre se debe tener en consideración que los objetivos de la evaluación son describir, explicar y predecir, con finalidades ya sean de investigación o terapéuticas. Respecto a esta última, se debe recalcar la diferencia conceptual entre diagnóstico y evaluación psicológica; siendo el diagnóstico una estimación de la realidad del sujeto en sentido transversal, mientras que la evaluación psicológica es a nivel longitudinal, por tanto, involucra conocer la realidad del sujeto actualmente como línea base, así como las alteraciones producidas a lo largo del tiempo en frecuencia e intensidad.

Dentro del asesoramiento cognitivo, se distinguen dos enfoques de evaluación psicológica: el cognitivo propiamente dicho y el constructivista, los cuales son descritos por Caro, Isabel (1997) de la siguiente manera:

3.4.1 Enfoque de Evaluación Cognitivo: Caracterizado por mantener la objetividad de sus procedimientos evaluativos, entendiendo que producen un efecto neutro y que no alteran el proceso de pensamiento del sujeto. La evaluación, por lo general, se realiza sobre valoración de frecuencias de respuesta o grado de creencia de un conjunto de ítems individuales; el momento evaluado suele ser en el presente o un pasado cercano. Se presenta en formato de cuestionarios, los cuales son estandarizados y elaborados con criterios estrictos de fiabilidad y validez, realizando una interpretación de resultados, fundamentalmente, cuantitativa.

Entre los principales instrumentos de evaluación cuentan: el Inventario de depresión de Beck, Cuestionario de Ideas Irracionales de Albert Ellis, Escala de Depresión Autoaplicada de Zung, Inventario de Cogniciones desarrollado por Beck, Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollon & Kendall, Cuestionario de Pensamiento Automáticos Positivos de Ingram & Wisnicki, Inventario de Ansiedad de Beck, Cuestionario de Preocupación del Estado de Penn, Escala de Desesperanza de Beck & cols., y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Ruíz & Lujan.

3.4.2 Enfoque de Evaluación Constructivista: Establece un claro solapamiento entre el proceso evaluativo y el terapéutico, al considerar que cualquier evaluación implica un proceso que genera cambio; por tanto, debe ser dirigido a promover la reconstrucción personal. La evaluación no está orientada hacia determinadas proposiciones, sino que pretende evaluar el sistema de constructos entendido como un conjunto interconectado, razón por la cual, cualquier creencia debe ser interpretada desde el sistema total que la sustenta, más no de manera aislada. En este sentido, la evaluación pretende establecer la relación existente entre diferentes constructos; de esta manera, no se centra en un momento específico, sino que intenta reconstruir la etiología y el desarrollo de una experiencia determinada. El fin del análisis es determinar los constructos que utilizan los sujetos para ordenar sus experiencias.

Como resultado de la valoración se interpreta desde un punto de vista amplio, evitando los diagnósticos específicos. Su formato de evaluación es, por lo general, de entrevistas, las cuales son menos definidas que los cuestionarios; busca resaltar tanto la puntuación cuantitativa como cualitativa. Implica una variedad de métodos como son los estructurales que pretenden establecer la organización del sistema de creencias del sujeto y la estructura implícita, y los métodos orientados al proceso que se centran en el flujo y cambio de las construcciones a través del tiempo. Caro, I. (1997) describe brevemente algunas de estas técnicas:

- A. Escalamiento:** Desarrollada por Hinkle en 1965, consiste en una entrevista estructurada simple que pretende examinar los constructos personales que el paciente utiliza para construir su realidad. El proceso se va desarrollando, a medida que el sujeto emite afirmaciones, a las cuales el asesor responde con preguntas que buscan extraer ventajas, preferencias, contrastes; y a cada nueva afirmación se plantean nuevamente preguntas, hasta que el sujeto no pueda establecer más implicaciones, como resultado se obtiene una escalera de implicaciones. Cuando el sujeto no puede argumentar más, se supone que se ha llegado a un último objetivo para él, lo cual sugiere que se ha aproximado al núcleo del constructo.

- B. Escalamiento dialéctico:** Se aplica cuando el sujeto presenta sensación de conflicto, de tal manera que le es imposible realizar el escalamiento normal, anteriormente mencionado. Como método alternativo, el escalamiento dialéctico consiste en un conjunto de implicaciones supraordenadas en que los constructos contrapuestos se unen en un orden de síntesis o de integración superior. Una modalidad de aplicación consiste en indicar al sujeto que intente, partiendo de los primeros constructos, encontrar alguna nueva alternativa que suponga una integración de los constructos aparentemente contrapuestos, de tal forma, que los constructos queden unidos por algún sentido personal que los integre.

- C. Sentido hacia abajo:** Se la utiliza para establecer relaciones de cadenas implícitas en una situación dada. Se parte de la identificación de pensamientos

automáticos que surgen en el sujeto ante una situación estresante; posteriormente, se procede a interrogar al sujeto el significado y la repercusión de cada pensamiento para él, repitiendo el proceso en cada respuesta que realice, de tal manera, se consigue establecer nexos existentes entre las premisas iniciales y las conclusiones finales. Por último, se debaten los nexos existentes entre creencias, permitiendo al sujeto ser consciente de la incorrección de sus conclusiones.

D. Autocaracterización: Emplean significados narrativos con fines terapéuticos. Supone plantear al sujeto que describa su carácter en tercera persona, como si alguien que nos conociera perfectamente lo hiciera, con lo cual se pretende observar el papel que tiene el paciente en relación a la estructura del mundo que él mismo realiza. Se la considera útil en las primeras sesiones, cuando el terapeuta intenta entender al sujeto en sus propios términos.

E. Fluir de la Conciencia: Desarrollada por Mahoney en 1991, hace referencia a la asociación que realizan los sujetos sobre sus pensamientos, sensaciones, imágenes, memorias y sentimientos; parecida a la técnica de asociación libre, sin embargo, es más permisiva al considerar a las defensas como poseedoras de un carácter de defensa mismo, más que de ocultación o engaño. Es una técnica menos directiva y se enfatiza en el discurso del paciente, ignorando cualquier interpretación que el asesor podría derivar.

F. Zigzagueo sistémico: Se la aplica para evaluar y clarificar la posición de cada uno de los miembros de un sistema relevante, que se define como la posición integrada que cada persona toma en el nivel de construcción y acción; es decir, valora lo que cada sujeto piensa sobre sí mismo, en relación a los demás, así como también lo que cada uno piensa que los demás piensan de él. Por otra parte, evalúa las conductas o comportamientos conectados directamente con dichas construcciones y que confirman o rechazan sus hipótesis acerca de sí mismo y de los demás. Es un método que requiere alto grado de directividad, el asesor dirige al paciente preguntando acerca de los constructos y acciones asociadas de cada

miembro, lo cual hace que se genere un zigzag de preguntas hacia cada miembro.

3.5 Asesoramiento Psicológico Cognitivo según Beck: Gladding, S. (1996) hace una introducción a éste modelo de intervención en asesoramiento de la siguiente manera: Sostiene que Aaron Beck, un psiquiatra de Filadelfia, desarrolló un aporte cognitivo acerca de los desordenes mentales, enfatizó la importancia de las cogniciones en su teoría, especialmente, del rol que cumplen los pensamientos disfuncionales en las distintas alteraciones psicológicas.

Como director del Centro para terapia Cognitiva en la Universidad de Pennsylvania del departamento de Psiquiatría, Beck no solo ha continuado modificando su teoría sino también la ha sometido a prueba. Ha encontrado que su modelo cognitivo es efectivo como un tratamiento de corto plazo, especialmente para depresión y ansiedad. En estos casos, existen interpretaciones y expectativas erróneas sobre los distintos acontecimientos de la vida de los individuos que llevan a efectos dolorosos de la tristeza y ansiedad, como son la evitación e inhibición. El asesor con orientación cognitiva que es entrenado en el método de Beck trata de ayudar a los clientes a convertir sus interpretaciones de los eventos en más realistas a través de menos generalización.

El modelo teórico de Beck, señala Gladding, S. (1996), pone énfasis en los siguientes puntos: a) no trata de desaprobar creencias pero deja que los clientes examinen sus pensamientos de manera funcional; y b) emplea perfiles específicos y planes de tratamiento para desordenes como depresión y ansiedad. El modelo de Beck es exploratorio y colaborador en el trabajo con clientes, razón por la cual se requiere probar empíricamente las creencias de los sujetos que surgen ante los eventos de sus vidas; por este motivo, en lo que se refiere a los clientes, son vistos como investigadores de sus vidas con el fin de que puedan comprender que sus creencias son disfuncionales y que les producen perturbación.

En resumen, Beck se enfoca en la importancia de modificar los pensamientos en el tratamiento de desordenes mentales. Para él existen seis tipos de interpretación

de los sucesos, llamadas “distorsiones cognitivas” que los asesores deberán considerar. Estas distorsiones en el procesamiento de la información que resalta Beck son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico.

3.5.1 Principios Fundamentales del Asesoramiento Psicológico según Beck:

Gladding, S. (1996) refiere que el modelo teórico de asesoramiento psicológico de Beck sigue los mismos principios que se aplican a la psicoterapia, principios que son descritos por Beck de la siguiente manera:

“La terapia cognitiva, es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un sujeto están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema, “Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracasado”. Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal.

Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología; pensamos que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas”. (Beck, A., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. 2003. Pág. 13).

3.5.2 Objetivos del Asesoramiento Psicológico de Beck: Las metas que se persigue en un proceso de asesoramiento basado en el enfoque cognitivo de Beck, están orientadas hacia la puesta a prueba de los pensamientos erróneos del cliente. Se plantean los siguientes objetivos:

“La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) controlar los pensamientos automáticos negativos; 2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; 4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y 5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias”. (Beck, A. & colaboradores, 2003, Pág. 13).

3.5.3 Conceptualización de los Problemas de acuerdo al Modelo Cognitivo de Beck: Se considera como pilar fundamental de la teoría de Beck el modelo que propone para explicar la depresión, en el cual se postulan tres conceptos básicos que son descritos por Beck, A. & colaboradores (2003):

A. Tríada Cognitiva: Consiste en tres patrones de pensamiento principales que inducen al cliente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus expectativas de un modo idiosincrásico. Respecto a sí mismo, el sujeto tiende a verse de manera negativa, atribuye cualquier desperfecto a un error suyo, considera que carece de atributos que permitan alcanzar la felicidad. En relación a sus expectativas, igualmente, atribuye una visión negativa; percibe que el mundo le impone demandas exigentes y obstáculos insuperables; interpreta sus interacciones con el mundo de manera negativa, en términos de derrota o frustración. Por último, mantiene una visión negativa acerca del futuro; anticipa solamente dificultades o considera que su sufrimiento actual perdurará indefinidamente. Todos los síntomas y signos del síndrome depresivo como consecuencia de patrones negativos de pensamiento.

B. Organización Estructural del Pensamiento: Son los llamados esquemas cognitivos, que explican por qué el sujeto mantiene actitudes que provocan sufrimiento. Todo evento está compuesto por gran cantidad de estímulos, a los cuales el sujeto atiende selectivamente, los combina y conceptualiza la situación. Cada persona conceptualiza las situaciones de diferente manera, sin embargo, las personas mantienen ciertos patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado evento, patrones que reciben el nombre de esquemas. Los esquemas determinan el modo como un sujeto estructura sus experiencias y son activados por estímulos ambientales, definiendo la manera de responder de la persona.

En estados de alteración psicológica, las conceptualizaciones de los pacientes se distorsionan de tal forma que se ajustan a esquemas distorsionados prepotentes; a medida que estos esquemas se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto cada vez más amplio de estímulos que mantienen escasa relación lógica con ellos; razón por la cual el paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y, es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

C. Errores Cognitivos: Son las llamadas “distorsiones cognitivas”. Son errores sistémicos que se dan en el pensamiento y mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia en contra de sus interpretaciones. Por lo general, se presentan seis tipos de distorsión del pensamiento, las cuales son:

1. Inferencia Arbitraria: Hace referencia al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción Selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. **Generalización Excesiva:** Hace referencia al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. **Maximización y minimización:** Son errores que se caracterizan por evaluar la significación o magnitud de un evento.
5. **Personalización:** Se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
6. **Pensamiento absolutista o dicotómico:** Se mantiene en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. Respecto a sí mismo, en el caso de la depresión, el cliente selecciona categorías del extremo negativo.

3.5.4 Relación de Asesoramiento: La relación de ayuda implica tanto al paciente como al clínico y se basa en dos fenómenos básicos que contribuyen al proceso y se orientan hacia la colaboración, la misma que constituye la base del trabajo; tales fenómenos son descritos por Beck & Colaboradores (2003) de la siguiente manera:

- *Confianza Básica:* Los pacientes que desarrollan confianza tanto en el psicólogo, como en el proceso, tienden a mostrar progresos en la transferencia positiva, ya que desean tener un objeto bueno que les ayude cuando están en dificultades, siendo más tolerantes. En un inicio el clínico deberá valorar la importancia de la autonomía, la necesidad de estructuración, la formalidad, el interés y la importancia de poner límites a la situación, mostrándose más interesado e implicado en la situación. Una vez desarrollada la confianza, el clínico anima al cliente a tomar la iniciativa y espera que el paciente emprenda más cosas por sí solo.
- *Rapport:* Consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. El paciente percibe al clínico como alguien que sintoniza con sus sentimientos y actitudes, que es simpático, empático y comprensivo, que le

acepta con sus defectos, con quien puede comunicarse sin tener que explicar ni detallar sus sentimientos y actitudes. El rapport proporciona seguridad y comodidad a los participantes. El psicólogo que acepta a su paciente, no aprueba todo cuanto éste dice, sino que únicamente no le juzga, lo cual permite al cliente desprenderse de su máscara social y genera una relación más auténtica.

3.6 Intervención en Asesoramiento Psicológico en base a la Terapia Racional

Emotiva (T.R.E.): Cano, J. & Ruíz, J. (1999) describen la evolución que tuvo la labor de Albert Ellis hasta llegar a estructurar la T.R.E. Se inició como psicoanalista, con énfasis en la teoría de Karen Horney. Revisando los resultados de su trabajo, estimó que el 50% de sus pacientes mejoraban; sin embargo, no estaba satisfecho con estas cifras ni con la teoría psicoanalítica que fundamentaba su labor. Sus puntos de cuestionamiento se centraban en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. Para ello acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque "neofreudiano", obteniendo un 63% de mejoría en sus pacientes, lo cual se había conseguido con menos tiempo y menos entrevistas; no obstante, aún observaba que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta ("Inshigts") sin que la modificasen necesariamente.

Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "autodoctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía como fin, no solo tomar conciencia de este autodoctrinamiento en creencias irracionales, sino también una sustitución activa por creencias más racionales que posean el carácter de preferenciales, en lugar de exigentes y absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta. Durante el periodo entre 1950 y 1965 publica una serie de obras mediante las cuales exponía su teoría; en 1962 publica su primer libro relevante en el campo de la psicoterapia "Razón y Emoción en Psicoterapia" donde expone extensamente su modelo de la T.R.E. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones

clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras, que tenían como eje central convertirse en "métodos de autoayuda". (1999).

3.6.1 Objetivos del Asesoramiento Psicológico basado en la T.R.E.: Las metas principales de la T.R.E. refiere Gladding, S. (1996) se enfocan en ayudar a las personas a darse cuenta que pueden vivir sus vidas de una manera más racional y productiva; además, en ayudarlas a cambiar hábitos que derrotan al yo como el pensamiento y conducta. La T.R.E. ayuda a los clientes a ser más tolerantes acerca de ellos mismos y de otros, y a conseguir metas personales. Estas metas son cumplidas a través de la enseñanza a los clientes a pensar de forma racional para que, de ese modo, estén en capacidad de cambiar conductas y ayudarles a aprender nuevas formas de actuar. De manera general, Ellis, A. (2000) señala que su teoría pretende alcanzar el logro de la salud mental y la felicidad, para lo cual plantea los siguientes objetivos:

- a) Animar al paciente a tener y expresar intensos sentimientos cuando algo vaya mal en su vida, enfatizando en la diferencia entre sentirse preocupado, enfadado, triste, frustrado, etc. de manera apropiada, y sentirse deprimido, ansioso, enfurecido, etc. en forma inapropiada y destructiva.
- b) Enseñar al sujeto a enfrentarse a situaciones difíciles y a sentirse mejor cuando se encuentre con ellas. Le demuestra cómo puede mejorar y sentirse mejor cuando se neurotiza y atormenta a sí mismo.
- c) Explicar al paciente lo que puede hacer, específicamente, para aumentar sus posibilidades de autocontrol.
- d) Seguir y promover el pensamiento científico, la razón y la realidad, evitando dosis de misticismo, religiosidad y utopismo.
- e) Ayudar al sujeto a conseguir un cambio filosófico profundo y una actitud radicalmente nueva hacia la vida, en lugar de una actitud eternamente optimista que ayudaría temporalmente.
- f) Mostrar cómo el propio sujeto crea sus problemas emocionales y conductuales presentes, cómo sigue alterándose innecesariamente y lo que puede hacer para evitarlo.

- g) Explicar el origen de su perturbación mediante la teoría del ABC, la cual le enseña que los estímulos o acontecimientos (A) no son los principales responsables de sus consecuencias emocionales o conductuales (C); sino que es su sistema de creencias (B) el principal causante de su malestar.
- h) Enseñar al paciente a mantener sus deseos, voluntades, preferencias, objetivos y valores presentes, y a abandonar sus exigencias e imposiciones excesivas, absolutistas y dogmáticas que son la causa de su perturbación.
- i) Enseñar a ser racional en un mundo altamente irracional, a ser tan feliz como le sea posible bajo algunas de las condiciones más difíciles e imposibles.

3.6.2 Principios Fundamentales de la T.R.E.: Para Ellis cada persona es el principal responsable de su vida y su destino, aunque existen influencias ambientales y biológicas, estas no ejercen control sobre el ser humano, ya que los procesos de pensamiento median entre estos factores ambientales y biológicos, y nuestras emociones. Cada sujeto percibe, piensa, siente y actúa de manera simultánea y puede aprender a controlar lo que siente y hace, al cambiar o controlar lo que piensa. Para Ellis, las personas nacen con tendencia a ser tanto racionales como irracionales; por tanto, tienen la tendencia innata a realizarse como personas o a perturbarse la vida, respectivamente. Los constructos fundamentales de la T.R.E. han sido postulados por Ellis de la siguiente manera:

1. “La causa de los problemas está en las creencias irracionales que generan disfunciones.
2. Las personas pueden cambiar su sistema de creencias aprendiendo a refutar sus creencias irracionales.
3. Las personas están genética y culturalmente predispuestas a la toma de decisiones, la creatividad, el establecimiento de relaciones sociales y el disfrute de sus vidas, pero también tienen tendencias innatas a la autodestrucción, la evasión, el egoísmo y la intolerancia.
4. Los trastornos emocionales tienen su origen en los pensamiento irracionales de las persona, en su resistencia a aceptar la realidad, en su empeño porque las

cosas sean como tiene que ser y en su aislamiento en sí mismas.” (Okun, B., 2001, Pág. 185).

3.6.3 Visión de la Naturaleza Humana: La T.R.E asumen, según indica Gladding, S. (1996) que las personas son racionales e irracionales, sensibles y locas. De acuerdo con Ellis, esta dualidad biológica es innata y aparecerá a no ser que otra forma de pensar sea aprendida. Los pensamientos irracionales pueden incluir el invento de ciertos pensamientos fruto de la conceptualización de cada sujeto sobre un evento específico. Balarezo, L. (1995) refiere a Ellis, quien cita 11 creencias irracionales comunes que son, generalmente, provocadoras de perturbación emocional (Págs. 85 – 91):

- “Creer que es necesario ser amado y aprobado por todo el mundo en todo lo que se hace”.
- “Creer que uno debe ser por entero competente, apto y eficaz en todos los aspectos posibles”.
- “Creer que ciertas personas son malas, villanas y malvadas y que deben ser severamente castigadas”.
- “Creer que es terrible, horrendo y catastrófico que las cosas no marchen de la manera que uno quisiera”
- “Creer que la desdicha personal siempre tiene causa externa y que uno es incapaz de controlar las aflicciones o sentimientos negativos”.
- “Creer que ante algo que es o puede ser peligroso o terrible, uno debe ocuparse intensamente de ello y sentirse trastornado”.
- “Creer que es más fácil evitar las dificultades y las responsabilidades de la vida, que poner en práctica formas de autodisciplina más satisfactorias”.
- “Creer que el pasado es de total importancia y que si alguna vez afectó profundamente la vida nuestra, lo hará indefinidamente”.
- “Creer que la gente y las cosas deberían ser diferentes y que es catastrófico no encontrar soluciones perfectas a la realidad”.

- “Creer que la felicidad humana puede lograrse por medio de la inercia y la inacción o gozando de sí mismo pasivamente y sin comprometerse”.
- “Creer que necesitamos alguna cosa más fuerte o mayor que nosotros mismos en que confiar”.

Ellis no se ocupa del abordaje de las etapas de desarrollo de los individuos, pero considera que los niños son más vulnerables que los adultos a las influencias externas y a los pensamientos irracionales. Por naturaleza, sostiene que los seres humanos son manejables y altamente sugestionables. Las personas tienen dentro de sí el control sobre sus pensamientos, sentimientos y acciones, pero deben darse cuenta de qué es lo que se están diciendo a sí mismos para obtener control sobre sus vidas, esto se refiere a la consciencia; lo inconsciente no está incluido en el concepto de humanidad de Ellis. (Roca, E.; 2007).

3.6.4 La Relación de Asesoramiento en la T.R.E.: Este modelo de intervención propuesto por Ellis anima al cliente, le sugiere alternativas, elogia sus conductas positivas, confronta sus incoherencias de manera directa y abierta; en esto se basa la relación de ayuda, la cual es de carácter cognitivo y directivo, ya que el clínico exhorta, frustra y da instrucciones al paciente para conseguir que este último analice sus pensamientos y aprenda a reestructurar racionalmente su sistema de creencias mediante el debate. El éxito de la relación depende en gran medida del psicólogo, de la fuerza que éste ejerza y de su capacidad para comunicar esa potencia; aspectos considerados prioritarios antes que establecer una relación cálida, empática y recíproca, los cuales deberán manejarse en un segundo plano. (Okun, B. 2001).

Para Ellis la relación de ayuda no es un aspecto importante del asesoramiento, efectivamente, él frecuentemente discute que una relación personal es caracterizada por calidez, afecto o amor hacia el otras persona, lo cual considera innecesario o insuficiente para desarrollar un proceso de asesoramiento efectivo. (Capuzzi, D. & Gross, D. 1995).

El asesor de la T.R.E. acepta a su cliente de manera incondicional, con sus potencialidades e imperfecciones, sin mantener necesariamente una relación cálida. Su papel se desenvuelve en identificar y señalar las deficiencias conductuales del sujeto, permitiéndole ser consciente del carácter irracional o erróneo de su comportamiento, sin emitir juicios de valor, haciendo uso de la confrontación como método terapéutico. La relación se ve enriquecida por la disciplina del cliente, para lo cual el asesor anima al sujeto a aplicar una autodisciplina; manteniendo la misma mediante técnicas como las conversaciones dialécticas, la biblioterapia y ayudas audiovisuales. Se considera que la confrontación debe ser aplicada cuidadosamente, debido a que puede resultar ofensiva, ya sea cuando la relación de ayuda no se ha establecido firmemente, o cuando clientes por motivos de género, raza, etnia, clase social u orientación sexual han sufrido discriminación. Muchos pacientes consideran que se les culpa por sus emociones o conductas. (Okun, B. 2001).

3.6.5 Rol del Asesor de la T.R.E.: El papel que cumple el asesor es puntualizado por Gladding, S. (1996), quien señala que en los aportes de la T.R.E. los asesores son directos y activos, son instructores que enseñan y corrigen las cogniciones de los clientes. Es por este motivo, que el clínico debe estar atento al discurso ilógico o disfuncional de su cliente; una vez identificados los pensamientos irracionales, conjuntamente con el paciente debe cuestionar dichas creencias como por ejemplo: “yo nunca mejoraré”.

Menciona a Ellis quien identifica algunas características deseables para los profesionales de la T.R.E. entre las que cuentan: el clínico necesita ser brillante, tener conocimientos, ser empático, persistente, científico, interesado en ayudar a otros y haberse sometido a una autoaplicación de la TRE. El instrumento principal con el que cuenta el asesor de la TRE es la evaluación del pensamiento del cliente, para lo cual algunos test formales pueden ser aplicados para medir los pensamientos racionales e irracionales, pero el proceso de evaluación se realiza de manera más efectiva y satisfactoria dentro de una sesión asesor - cliente, identificando y profundizando en las diversas irracionalidades que el sujeto emite en su discurso. Como regla general, los clínicos que practican la TRE no deben

fiarse completamente por los criterios diagnósticos del DSM IV, debido a que al trabajar con las cogniciones de los pacientes, debe centrarse más en ellas, las cuales son muy variables.

3.6.6 Modelo ABC de Autoperturbación de la T.R.E.: Ellis, A. (2000) expone su teoría del comportamiento humano, en la cual cada letra representa un elemento constitutivo del modelo teórico, el mismo que es descrito por el propio autor de la siguiente manera:

La “A” representa un acontecimiento activador, que suele ser algún suceso que bloquea o frustra los objetivos, deseos o preferencias importantes de las personas. Por ejemplo: Ud. quiere un trabajo, pero no pasa la entrevista y no le admiten. La “A” es el hecho de haber fracasado en la entrevista y de que le hayan rechazado.

Dentro de la teoría del ABC, las personas parten de sus objetivos, deseos o preferencias, los cuales son representados por la letra “G”; entonces los sujetos empiezan a actuar en base a ellos. Ellis recalca que los humanos poseen objetivos o deseos innatos que los mantienen activos en su existir, como son el deseo de sobrevivir y ser feliz. La manera como busca o satisface sus deseos es idiosincrasia de cada persona.

Cada uno apunta a sus objetivo (G); sin embargo, cuando uno se encuentra con “A” teniendo ciertas metas, tiende a sentirse triste, ansioso, furioso, temeroso, etc., y actúa en base a su estado emocional, por lo general, caracterizado por un comportamiento disfuncional. Esta perturbación emocional, así como su conducta consecuente implican el punto “C” que son las consecuencias de “A” y “B”; Roca, E. (2007) recalca que “C” se presenta disfuncional, debido a que los objetivos vitales de uno se ven bloqueados por la presencia de “A”.

La mayor parte de las personas, cuando ven frustrados sus objetivos por “A” y presentan “C” disfuncionales y perturbadoras, tienden a culpar a “A” de “C”. No obstante, Ellis enfatiza que, si bien “A” contribuye a, no es la causa directa o real de “C”; ya que si se retoma el ejemplo anterior, sí cien personas fueran rechazadas en una entrevista de trabajo, todas tendría que sentirse deprimidas o

frustradas; sin embargo, cada persona reaccionará de diferente manera, de acuerdo a sus estilos propios de interpretación del acontecimiento, así como en concordancia con sus estilos de afrontamiento. En este sentido, se recurre al filósofo Epícteto, quien expuso lo siguiente en el siglo I a.C.: “No son las mismas cosas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas”. (Ellis, A. 2000, Pág. 64).

Entonces, ¿Cómo pueden las personas prevenir o reparar su malestar y sufrimiento? Este elemento es considerado la base de la perturbación que padecen las personas; se lo designa con “Bs” y constituyen las creencias, cogniciones, pensamientos, puntos de vista, valores o significados; las cuales muchas veces no son conscientes. Para lograr entenderlas con claridad y utilizarlas con el fin de cambiarse a sí mismo, lo mejor es formularlas consciente y verbalmente; de tal manera que también puede acceder a los pensamientos que están en el origen del sufrimiento humano, lo cual se considera una de las virtudes de la T.R.E. Se establece una distinción entre las creencias que son saludables y las que generan malestar:

1. *Creencias Racionales*: Simbolizadas con las letras “Rbs”, hacen referencia a los pensamientos que ayudan a sentirse de una manera apropiada y a comportarse eficazmente. Se subdividen en pensamientos fríos y cálidos. Los primeros, por lo general, son descripciones hechas con calma sobre los acontecimientos que suceden en la propia vida de cada persona, una creencia fría del ejemplo anterior sería: este entrevistador me está mirando con cara de pocos amigos y es posible que no me apoye para conseguir este trabajo. Los segundos, pensamientos cálidos, incluyen creencias racionales que expresan deseos, preferencias, anhelos; lo que hacen es valorar o evaluar lo que pasa en términos de los objetivos básicos de cada persona. Ejemplo: cómo me gustaría conseguir este trabajo, no me gusta que este entrevistador ponga cara de pocos amigos y me gustaría que dejara de fruncir el ceño y en lugar de eso sonriera abiertamente. Estas creencias cálidas, refiere González García, E. (2001), no son de naturaleza dogmática y se basan en la probabilidad en lugar de en la certeza.

2. *Creencias Irracionales:* Se las designa con “Ibs”, son pensamientos que provocan sentimientos inapropiados y, por ende, que la persona se comporte de una manera ineficaz; razón por la cual se consideran obstáculos que interfieren en su búsqueda por alcanzar sus objetivos. Por lo general, estas “Ibs”, inician con pensamientos fríos, ejemplo: parece que no le gusta a este entrevistador; así como también con pensamientos cálidos, ejemplo: ojalá le gustara y odio no gustarle y que no me dé este trabajo. Sin embargo, posteriormente, estos pensamientos “sanos” se convierten en creencias calientes que valoran intensamente los diferentes eventos y son de carácter absolutista, dogmático e impositivo, ejemplo: no importa lo que haga, *tengo* que conseguir gustarle al entrevistador y que me dé este trabajo; si no será *horrible, no podré soportarlo*. Si pierdo este trabajo eso demostrará que soy una persona incompetente, sin ningún valor, que nunca será capaz de conseguir y mantener un buen puesto.

Cuando uno mantiene esas “Ibs” de manera rígida y se aferra a ellas, tenderá a hacerse sufrir a sí mismo innecesariamente y es probable que vaya contra algunos de los objetivos que persigue. Por lo general, estas “Ibs” son imposiciones que comprenden pensamientos que implican frases características del tipo “tendría que”, “debería, y “tengo que” (Gonzalez, García, E. 2001). Las personas presentan gran cantidad de “Ibs”; las mismas que se derivan de tres “debo” básicos que Ellis, A. (2000, Pág. 73) ha logrado condensar:

- “Debo hacer las cosas bien y/o ganarme la aprobación de las personas significativas para mí o si no soy una persona incompetente.
- Los demás deben tratarme con justicia y consideración y no frustrarme demasiado, o, de lo contrario, son despreciables.
- Mis condiciones de vida deben proporcionarme las cosas que quiero y tienen que mantenerme a salvo del dolor o si no la vida es insoportable y no puedo ser feliz en absoluto.”

La intervención en asesoramiento, de acuerdo a la T.R.E. se basa en el abordaje de estas “Ibs”, permitiendo al paciente entrenarse para reconocerlas e

identificarlas, para posteriormente, eliminarlas mediante diferentes técnicas que el modelo propone, en manera particular, el debate “D”, que es el cuestionamiento de las “Ibs” que permiten reconocer su carácter irracional, el cual permitirá generar nuevos pensamientos más realistas, que constituyen una nueva filosofía “E” o una nueva forma de entender o percibir los distintos acontecimientos. (Ellis, A. 2000).

3.6.7 Evaluación Psicológica en Asesoramiento según la T.R.E.: El proceso de evaluación, por lo general, implica la aplicación de los dos enfoques anteriormente descritos, la T.R.E. se sirve de cuestionarios que permiten valorar los pensamientos disfuncionales de los sujetos, en términos de frecuencia e intensidad; es decir, aplica el enfoque de evaluación cognitivo, lo cual proporciona una pauta cuantitativa para establecer el futuro diagnóstico. No obstante, la principal herramienta con la que cuenta el clínico que practica la T.R.E. son los pensamientos del cliente, los mismos que se revelan en su discurso durante las sesiones de evaluación por diversos medios que el enfoque constructivista proporciona. Por ende, el método de evaluación más importante con el que cuenta el asesor es el discurso del paciente, a través del cual puede profundizar, detallar, indagar a profundidad el origen de las diversas creencias irracionales que se encuentran en la base de la perturbación del paciente (Okun, B. 2001).

3.6.8 Estrategias de Intervención en la T.R.E.: Son diversas técnicas la que describe la T.R.E., las dos principales son la enseñanza o psicoeducación y la disputa o debate racional emotivo. Antes de lograr cualquier cambio, los clientes deben tener muy claro los conceptos básicos de la T.R.E. y lograr una comprensión de cómo sus pensamientos están conectados con sus emociones y conductas. Como proceso la T.R.E. es altamente didáctica y directiva. Gladding, S. (1996) detalla a continuación las principales técnicas del modelo cognitivo de Ellis:

A. Psicoeducación: Se la aplica, generalmente, durante las primeras sesiones, posterior a la evaluación. Tiene como finalidad permitir al cliente conocer la anatomía de una emoción, es decir, que sus emociones son resultado de sus

pensamientos, más no de las situaciones o eventos de la vida. La Psicoeducación explica, con ejemplos de pensamientos, emociones, conductas y situaciones propias del cliente, cómo cada sujeto se perturba a sí mismo con las creencias irracionales que genera tras diversos acontecimientos. El aprendizaje del modelo de autoperpetuación del ABC, es la principal tarea en esta etapa.

B. Debate Racional Emotivo: Conocido también como disputa. Está orientado a cuestionar los pensamientos y creencias del sujeto, proceso que se da en tres formas: Cognitiva, Imaginaria y conductual, considerándose que el proceso es más efectivo cuando las tres formas son utilizadas.

- La disputa o debate cognitiva involucra el uso de preguntas directas, razonamiento lógico y la persuasión. En cuanto a las preguntas directas, tienen como objeto retar al cliente a probar que su respuesta es lógica. Algunas veces se utiliza la interrogación “¿por qué?”, la misma que se utiliza raramente en asesoramiento, debido a que pone a las personas en posición defensiva y cierra toda exploración. Otra forma de disputa cognitiva involucra el uso de silogismos, los cuales ayudan a los clientes y asesores a entender las falacias inductivas y deductivas que sostienen las emociones del sujeto.

- La disputa imaginaria depende de la habilidad del cliente para imaginarse y emplear una técnica conocida como imaginación racional emotiva (I.R.E.). Esta puede ser aplicada de dos formas: a) Se le solicita al cliente que imagine una situación donde el/ella comúnmente se disguste. El cliente examina lo que se dice cuando se está imaginando tal situación. Luego el clínico pide al sujeto que imagine la misma situación nuevamente pero que en esta ocasión sea más moderado en lo que dice. b) El asesor pide al cliente que imagine una situación en donde el cliente se sienta o se comporte de diferente forma de lo que suele hacer en realidad, luego se le permite al cliente que examine el discurso utilizado en la situación imaginada. La tarjeta de control emocional es un elemento que ayuda al cliente a reforzar y expandir la práctica de I.R.E. En alguna situación problemática un cliente puede referirse a la tarjeta y

cambiar la cualidad de sentimientos de la situación. En la siguiente sesión el cliente discute el uso de la tarjeta en la reestructuración cognitiva de pensamientos para hacerlos racionales.

- En cuanto a la disputa conductual se refiere al practicar un comportamiento opuesto al que usualmente presenta el cliente. Algunas veces la disputa conductual puede llegar a tener la forma de biblioterapia donde el cliente lee un libro de autoayuda, otras veces puede incluir role playing y el completar una tarea asignada en donde el cliente realiza tareas que antes consideraba que eran imposibles de hacer. El sujeto lleva la tarea realizada a la próxima sesión de asesoramiento, donde junto con el psicólogo la evalúan.

C. Ánimo y Confrontación: Otras dos técnicas poderosas de la T.R.E. son la confrontación y ánimo o motivación. Los asesores de la T.R.E. animan a sus clientes a abandonar procesos de pensamiento disfuncionales y probar la T.R.E. para eliminar su perturbación. El clínico algunas veces tiene que retar a los clientes que se aferran a su irracionalidad, sin embargo, dicen pensar racionalmente. Otras veces el psicólogo motiva al sujeto a continuar trabajando desde una base de la T.R.E. a pesar de estar desanimados. La confrontación debe ser usada de la forma que Ellis la aplica: confrontar y atacar las creencias del cliente; no obstante, el clínico debe de percatarse de ser empático e insistente al mismo tiempo.

D. Terapia Racional Conductual (T.R.C.): Es una interesante variación de la T.R.E. que fue formulada por Maxie Maultsby que enfatiza el cambio cognitivo de una forma más conductual que Ellis. Esto consiste en verificar el evento activador como si uno tuviera una cámara para poder ser objetivo. La técnica consiste en asignar tareas a los clientes, quienes la completan con un autoanálisis racional, donde ellos escriben todos los eventos significantes de su vida, junto con sus pensamientos y sentimientos asociados a ellos. Estas creencias son evaluadas de acuerdo al grado de racionalidad y cambiados de acuerdo a las reglas del comportamiento racional.

3.6.9 El Proceso de Cambio en el Asesoramiento según la T.R.E.: La intervención en asesoramiento de la T.R.E. pretende generar un cambio profundo en el sujeto, el mismo que es definido como una solución elegante a los problemas, la misma que consiste en:

“Adquirir una especie de profundo cambio filosófico de modo que, después de finalizada la terapia, raramente se perturben seriamente por ninguna de las adversidades que puedan experimentar; y si vuelven a recaer, puedan utilizar rápidamente los procedimientos de la T.R.E. para resurgir de nuevo.” (Caro, I. 1997, Pág. 95).

A. Principios del Cambio: De acuerdo a la T.R.E. Capuzzi, D & Gross, D. (1995) destacan los principios esenciales del cambio que incluyen:

- La confrontación directa por parte del asesor hacia los pensamientos irracionales y creencias del cliente, el psicólogo ataca dichas creencias y de ahí procede a enseñar, entrenar al cliente cómo cambiar o eliminar estas ideas irracionales.
- Obtener una sucesión de insights como:
 1. Entender que aunque el cliente se perturbó emocionalmente en el pasado, ahora presenta el mismo malestar debido a que se encuentra continuamente adoctrinado con las mismas creencias irracionales escogidas en el pasado.
 2. Darse cuenta que la atribución de causas a eventos externos crea disturbios emocionales cuando los clientes asumen la responsabilidad de sus ideas, emociones y conductas.
 3. Aprender cómo aceptarse a uno mismo, sin culpa, a pesar del hecho de ser el propio cliente la causa principal del problema.
 4. Debido a que las creencias irracionales y la tendencia a pensar de manera equívoca se han convertido en la manera habitual de proceder del sujeto, convirtiéndose en un patrón de respuesta reforzado por uno mismo; se requiere trabajar duramente para corregir tales errores en el

procesamiento de la información, debido a que se encuentran arraigados en el sujeto.

- Después de obtener insight, el cliente deberá trabajar activa y enérgicamente en el presente para aplicar los conocimientos adquiridos a fin de solucionar sus problemas. La continua práctica del pensamiento racional y el refuerzo de modos adaptativos de comportamiento asegura el mantenimiento y éxito del cambio tanto cognitivo como conductual.

El cambio terapéutico es visto por Ellis como un proceso gradual que incluye las siguientes fases: 1) Identificar los pensamientos irracionales; 2) obtener insight de cómo las creencias irracionales están asociadas y son generadoras de emociones dolorosas y conductas desadaptativas; 3) Confrontando estas creencias ilógicas, se logra demostrar al cliente el carácter irracional de las mismas, así como su rol en la aparición de su tristeza o malestar emocional; 4) abandonando tales pensamientos irracionales y negativos, y remplazándolos con otros empíricos y racionales se desarrolla una filosofía de vida más racional, la cual deberá ser reforzada con la practica repetida, así como con conductas adaptativas que proporcionen autorecompensa (Capuzzi, D & Gross, D. 1995).

B. El Proceso de Cambio propiamente dicho: La T.R.E. se caracteriza por ser directiva, estructurada, y una intervención caracterizada por la confrontación. El asesoramiento es un proceso reeducativo donde el cliente es instruido en cómo desechar ideas irracionales y adquirir y aplicar pensamientos lógicos y métodos para resolver problemas de manera adaptativa. Por consiguiente que el proceso de asesoramiento, en términos generales, incluye las siguientes fases que Capuzzi, D. & Gross, D. (1995) señalan:

1. *Establecimiento del rapport:* Se refiere a obtener la confianza mutua por parte del cliente y del clínico así como en el proceso de asesoramiento.
2. *Identificación del problema:* Se descubren esas creencias irracionales asociadas con los sentimientos de angustia del cliente y conductas distorsionadas.

3. *Planteamiento de metas:* Involucra la meta principal que es el cambio de las consecuencias desadaptativas tanto emocionales como conductuales que son generadas por ideas y creencias irracionales. El psicólogo debe obtener del cliente un compromiso para alcanzar las metas planteadas.
4. *Explicación del modelo ABC al cliente:* El clínico se encarga de explicar la hipótesis básica del modelo ABC, con énfasis particular en clarificar la conexión entre las creencias irracionales y el disturbio emocional y conductual.
5. *Mostrar al cliente la irracionalidad de sus creencias:* El asesor demuestra al cliente que sus creencias no pueden ser evaluadas como empíricas y lógicas, mediante el método científico y que ellas solo llevan a conductas distorsionadas, tristeza e inestabilidad emocional.
6. *Mostrar al cliente que él mantiene su perturbación por el hecho de aferrarse a pensamientos ilógicos:* El clínico provee al cliente ejemplos de cómo su propio lenguaje contribuye al mantenimiento de percepciones y pensamientos irracionales y provocan inestabilidad emocional.
7. *Disputar y atacar estas creencias irracionales:* El cliente es animado a abandonar ideas ilógicas y reemplazarlas con creencias racionales.
8. *Enseñar al cliente cómo pensar lógicamente y empíricamente:* A través de la asignación de tareas el asesor coacciona al cliente a poner en práctica diariamente las ideas racionales adquiridas, surgidas de la disputa de los pensamientos irracionales.
9. *Discutir las creencias más utilizadas en la sociedad:* El cliente es asistido para desarrollar y practicar una filosofía de vida más racional, la cual conlleva a una eliminación y prevención futura de inestabilidad emocional.

C. Criterios para Evaluar el Cambio: Debido a que la T.R.E. se plantea metas específicas, Capuzzi, D. & Gross, D. (1995) señalan que el asesoramiento termina cuando, tanto el psicólogo, como el cliente coinciden que las metas han sido obtenidas. Los criterios para evaluar exitosamente el resultado de la intervención incluyen: a) la habilidad del cliente para pensar y comportarse en

formas racionales, b) asumir responsabilidad de sus pensamientos y acciones, c) aceptarse sí mismo completamente, d) entender los principios de la T.R.E., e) vivir independientemente, adoptar conductas arriesgadas y minimizar estrés personal y ambiental.

Los profesionales de la T.R.E. basan su juicio del éxito del cambio en asesoramiento, esencialmente en el discurso del cliente, las observaciones del propio clínico y la evaluación del pensamiento racional del cliente y conductas adaptativas, para lo cual se emplean también instrumentos de diagnóstico como test o cuestionarios psicológicos.

3.7 Conclusión:

El proceso de intervención en asesoramiento cognitivo, se muestra como una opción terapéutica de primera opción para el abordaje de paciente que presentan perturbación psicológica motivada por múltiples agentes causantes; sin embargo, su padecer no entra dentro de la etiqueta psiquiátrica, como es el caso de la esquizofrenia, por ejemplo. Dentro del modelo cognitivo resaltan dos posturas básicas, la Terapia Cognitiva de Beck y la T.R.E. de Ellis, las mismas que han sido pilares fundamentales para el desarrollo de otros modelos dentro del campo cognitivo.

En cuanto al modelo de asesoramiento psicológico propuesto por Aaron Beck, es un proceso que implica los mismos principios que se aplican a la psicoterapia; no obstante, difiere en el tipo de alteración que aborda, debido a que dentro del asesoramiento, los conflictos a tratar no caen, necesariamente dentro de una etiqueta psicopatológica. El modelo de Beck se caracteriza por el trabajo con las llamadas “distorsiones cognitivas”, las mismas que son la causa principal de la perturbación de los pacientes tanto a nivel emocional, como conductual.

El modelo teórico de Albert Ellis, constituye una herramienta básica para abordar a pacientes que presentan conflictos generados por acontecimientos estresantes o activadores, como es el hecho de padecer cáncer de mama, ya que presenta los medios precisos para conceptualizar la situación de una manera más racional y

adaptativa, generando consecuencias más saludables que contribuyan a la solución o afrontamiento adecuado del conflicto, sin necesidad de perturbarse. El modelo de Ellis, se basa en su teoría del ABC, la cual permite entender la perturbación psicológica de distinta manera, a la vez que proporciona soluciones eficaces y efectivas, las mismas que son a corto plazo y permiten el abordaje de la situación conflictiva.

CAPÍTULO 4

PROGRAMA DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO BASADO EN EL ENFOQUE COGNITIVO

4.1 Introducción:

El Proceso de Asesoramiento Psicológico se considera una herramienta indispensable dentro del programa de asistencia multidisciplinar, que se presta a pacientes oncológicos en el Instituto del Cáncer – Solca (Cuenca). La presente propuesta de asesoría, busca atender, desde una óptica cognitiva, las distintas necesidades psicológicas de las pacientes tras su diagnóstico de cáncer de mama, con el fin de paliar alteraciones en las esferas conductual, emocional y sobretodo cognitiva; fruto del impacto diagnóstico que genera el cáncer.

La alta incidencia de alteraciones en el área psicológica en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, consecuencia del desconocimiento o de patrones cognitivos o conductuales disfuncionales, impide un adecuado manejo de la situación en la que la paciente se encuentra, conduciendo a posteriores alteraciones secundarias. No obstante, estas consecuencias psicológicas generadas por el impacto diagnóstico de cáncer de mama, pueden ser mitigadas con un adecuado abordaje, mediante el proceso de Asesoramiento Psicológico. Las guías a elaborarse ofrecen una síntesis de la investigación realizada sobre el proceso de Asesoramiento y del criterio del investigador, serán aplicadas a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el Instituto del Cáncer – Solca (Cuenca), durante el período octubre 2008 – enero 2009, siendo un instrumento útil para la evaluación y tratamiento de las alteraciones psicológicas y los distintos síntomas asociados a las mismas.

4.2 Proceso de Asesoramiento Psicológico:

El Proceso de Asesoramiento Psicológico permite manejar y mitigar, en un porcentaje bastante elevado, dichas alteraciones psicológicas, promoviendo una mejor calidad de vida, una adherencia adecuada al tratamiento y todos los procesos médicos, entre otros fines. La Elaboración de las Guías de Asesoramiento Psicológico constituye un instrumento de ayuda para los clínicos que trabajen con

pacientes con cáncer de mama, pudiendo ampliarse al tratamiento de pacientes oncológicos en general.

Dentro del proceso de Asesoramiento Psicológico basado en el enfoque cognitivo se destacan tres etapas fundamentales: evaluativa, de planificación del proceso y de ejecución; las mismas que serán detalladas en las secciones siguientes.

GUÍA No. 1		
ETAPAS DEL PROCESO DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO		
Primera etapa	EVALUACIÓN	a. Entrevista Semiestructurada b. Observación c. Evaluación Psicométrica (Tests, cuestionarios, etc.). d. Historia Clínica
Segunda etapa	PLANIFICACIÓN DEL PROCESO	a. Establecimiento de Objetivos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar sobre el Cáncer 2. Abordar conflictos psicológicos. 3. Atender síntomas b. Selección de Técnicas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Asesoría Informática 2. Intervención Terapéutica 3. Atención Sintomática
Tercera etapa	EJECUCIÓN	a. Primera Sesión e. Quinta Sesión b. Segunda Sesión f. Sexta Sesión c. Tercera Sesión g. Séptima Sesión d. Cuarta Sesión h. Octava Sesión

PRIMERA ETAPA

4.2.1 Fase Evaluativa:

Tiene como fin fundamental determinar un diagnóstico claro, una comprensión adecuada del caso, en el que se incluye la situación médica de la paciente y las repercusiones de la misma, las alteraciones en la esfera cognitiva mediante la

detección de distorsiones cognitivas relacionadas con el cáncer y la información relativa al ámbito familiar, social, laboral, etc. y cómo éstos se relacionan con el cáncer; estilos de afrontamiento, patrones cognitivos, entre otros; que permitirán al clínico agruparlos para establecer un diagnóstico o conceptualizar acertadamente la problemática de la paciente.

Por lo tanto, la fase evaluativa, recoge toda la información disponible que la paciente proporciona, a través de las distintas estrategias de recolección y procesamiento de datos.

GUÍA No. 2	
ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN	
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	<ul style="list-style-type: none"> a. Datos Personales: Información Demográfica. b. Motivo de Consulta: Demandas de la paciente. c. Psicobiografía: Historial psicológico de la paciente. d. Expectativas
OBSERVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> a. Comportamiento no Verbal de la paciente.
VALORACIÓN PSICOMÉTRICA	<ul style="list-style-type: none"> a. Inventario de Depresión de Beck b. Escala de Hamilton para la Ansiedad c. Inventario de Pensamientos Automáticos d. Otros
HISTORIA CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> 1. Datos de Filiación 2. Motivo de Consulta: Explícito e Implícito 3. Psicobiografía: Historial de la Enfermedad <ul style="list-style-type: none"> Historial Personal y Social Historial Marital, Familiar y Sexual 4. Resultados de Reactivos Psicológicos 5. Diagnóstico: Formal e Informal 6. Pronóstico 7. Recomendaciones

Éstas y otras técnicas permiten explorar la realidad psicológica de la paciente, a fin de conceptualizar la problemática, es decir, integrar la información significativa y utilizarla para establecer hipótesis sobre los distintos problemas de la cliente.

4.2.1.1 Entrevista Semiestructurada:

W. Cormier & S. Cormier (2000) señalan que la entrevista es el instrumento de evaluación más frecuente. Está destinada a recoger información sobre la persona, sus antecedentes, especialmente los que se relacionan con la problemática actual. Dentro del enfoque cognitivo y de la Terapia Racional Emotiva (T.R.E.) en particular, la información del pasado se utiliza con el fin de analizarla, ya que pudiera estar contribuyendo a la situación que ahora se presenta, pero se la desplaza a un segundo plano; centrándose principalmente en el aquí y ahora. Al comunicar sobre el cáncer y los distintos elementos de la vida de la paciente que se enlazan y se ven afectados por la enfermedad, la entrevista se convierte en una estrategia terapéutica al proporcionar espacios para realizar catarsis y ventilar sentimientos, temores, etc. que pueden estar reprimidos en la paciente. Esta es otra de las razones por las que se analiza el pasado, con el fin de que la paciente exprese cualquier emoción surgida en épocas anteriores.

GUÍA No 3									
ASPECTOS A CONSIDERARSE DURANTE LA PRIMERA ENTEVISTA									
Establecer Rapport	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambiente Agradable 2. Bienestar del Paciente 3. Confidencialidad 4. Objetividad Emocional 5. Comprensión aptitud 								
Atributos del Asesor	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Competencia Intelectual</td> <td style="width: 50%;">5. Energía</td> </tr> <tr> <td>2. Flexibilidad</td> <td>6. Buenos deseos</td> </tr> <tr> <td>3. Competencia</td> <td>7. Apoyo</td> </tr> <tr> <td>4. Conocimiento de sí mismo</td> <td></td> </tr> </table>	1. Competencia Intelectual	5. Energía	2. Flexibilidad	6. Buenos deseos	3. Competencia	7. Apoyo	4. Conocimiento de sí mismo	
1. Competencia Intelectual	5. Energía								
2. Flexibilidad	6. Buenos deseos								
3. Competencia	7. Apoyo								
4. Conocimiento de sí mismo									
Conductas del Asesor que favorecen la Relación de Ayuda	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Empatía</td> <td style="width: 50%;">4. Apertura</td> </tr> <tr> <td>2. Congruencia</td> <td>5. Compromiso</td> </tr> <tr> <td>3. Espontaneidad</td> <td>6. Aceptación Positiva</td> </tr> </table>	1. Empatía	4. Apertura	2. Congruencia	5. Compromiso	3. Espontaneidad	6. Aceptación Positiva		
1. Empatía	4. Apertura								
2. Congruencia	5. Compromiso								
3. Espontaneidad	6. Aceptación Positiva								

La tarea de la entrevista cognitiva es una estrategia informativa en la que se destacan los siguientes puntos referenciales, con el fin de obtener la información de manera sistemática para poder analizarla y conceptualizarla adecuadamente:

- Datos de filiación: incluye información demográfica de la paciente como son: edad, estado civil, lugar y fecha de nacimiento, lugar de residencia, número de hijos, profesión, situación laboral, religión, etc.
- Motivo de consulta: recoge las razones por las cuales la paciente requiere asistencia psicológica, si es consciente o no de sus síntomas. El terapeuta debe estar atento a toda información que la paciente exprese tanto explícitamente, como también de manera implícita.
- Psicobiografía: Atiende al historial personal de la paciente, antecedentes relacionados a la enfermedad, se valoran miedos, preocupaciones ante el cáncer, los desencadenantes de los mismos; en general, todo lo referente a la problemática del cáncer y sus consecuencias en las distintas áreas en las que se desenvuelve, enfatizando en la valoración cognitiva de la paciente ante el diagnóstico, sus esquemas, distorsiones cognitivas que pueden estar afectando el cuadro psicológico.

De igual manera, se abordan antecedentes psicológicos y acontecimientos relevantes, que pudieron haber influido o que influyen actualmente en el rendimiento de la paciente a nivel académico, laboral, social, familiar, etc. Se busca información sobre la dinámica familiar, pudiendo realizarse un genograma junto con la paciente, para valorar el nivel de apoyo familiar y social que recibe, las relaciones de los miembros de la familia con los que vive, conflictos interpersonales, etc.

4.2.1.2 La Observación:

Se la considera una estrategia básica en la valoración cognitiva de la paciente, en la que el foco de atención del terapeuta se centra en las diversas conductas no verbales de la paciente y la respectiva interpretación de las mismas. A través de la observación el terapeuta se percata de mensajes que se consideran válidos, aunque no se emitan intencionadamente. El terapeuta debe enlazar la información tanto verbal como no verbal, a fin de elaborar un todo organizado, que permita definir la situación de la paciente de manera coherente. Dentro del enfoque cognitivo, se considera que

la paciente emite significados o pensamientos automáticos, a partir de conductas o emociones expresadas en la sesión, a lo cual el terapeuta cognitivo debe atender.

La observación permitirá recoger información oculta pero significativa sobre la realidad de la paciente, la misma que debe interpretarse de acuerdo a la situación y al tópico a tratarse en ese momento. Dentro de la información que proporciona se encuentra, por lo general, el motivo de consulta implícito por el cual la paciente acude a sesión (Cormier, S. & Cormier, W. 2000).

4.2.1.3 Evaluación Psicométrica:

El día consecutivo a la primera entrevista, se procede a valorar algunas variables predictivas desde el enfoque cognitivo, como son el caso de ansiedad, depresión, y, debido a que el enfoque de asesoramiento que se prestará es cognitivo, se valorarán las distintas cogniciones o distorsiones que pueda tener la paciente fruto del impacto diagnóstico de cáncer de mama. Estas evaluaciones se realizarán mediante cuestionarios objetivos, en los que no intervienen la subjetividad del evaluador, dejándose espacio abierto para profundizar la evaluación en cualquier otra área que el profesional considere necesaria.

a) Inventario de Depresión de Beck (ANEXO 1): Es un cuestionario elaborado por Aaron Beck en 1961, tiene como objetivo evaluar la gravedad del cuadro depresivo. Como refieren Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz & Bousoño (2004) el inventario consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de la melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Se la considera la escala de depresión que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría y el enfoque que presta el proceso de Asesoramiento propuesto. La forma de administración es autoaplicada. En la consigna se le pide al sujeto que en cada uno de los 21 ítems marque con una señal el número que se encuentra a la izquierda de la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

Para la corrección e interpretación se obtiene la puntuación total a través de la sumatoria de los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por la paciente. Para la interpretación, los puntos de corte establecidos para graduar el síndrome depresivo son los siguientes:

NORMAL.....	0 a 9
DEPRESIÓN LEVE.....	10 a 18
DEPRESIÓN MODERADA.....	19 a 29
DEPRESIÓN GRAVE.....	30 a 40
DEPRESIÓN EXTREMA.....	41 a 63

b) Escala de Hamilton para la Ansiedad (ANEXO 2): Fue creada por M. Hamilton con el fin de valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de 14 ítems y la forma de administración es heteroaplicada. Bobes & colaboradores (2004) la describen como una escala que evalúa los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad e incluso contiene un ítem que valora específicamente el ánimo deprimido. El marco de referencia temporal son los tres últimos días en todos los ítems, con excepción del último en el cual se valora la conducta presente.

Bobes & colaboradores (2004) citan a Ballenger y Lewis quienes crearon instrucciones sencillas para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente con el fin de aumentar la fiabilidad. Éstas instrucciones dicen:

1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.
2. Determine para ese síntoma estos tres aspectos: gravedad, frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
3. Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.

Para la corrección, se obtiene una media global de ansiedad, sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte para la interpretación son:

NO ANSIEDAD.....	0 a 5
ANSIEDAD LEVE.....	6 a 14
ANSIEDAD MODERADA/GRAVE....	15 en adelante.

c) Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz & Lujan, 1991) (ANEXO 3):

Es una compilación de pensamientos elaborada por Ruíz y Lujan el año 1991, en México. Tiene como fin detectar los principales pensamientos automáticos agrupados en 15 distorsiones cognitivas. En lo que se refiere al ámbito de aplicación, se puede administrar el inventario desde los 12 años de edad en adelante y de forma individual o colectiva. Comprende en su versión final de un total de 45 ítems, que exploran la variable de Distorsiones Cognitivas que se dan en forma de significados que guían nuestras emociones y conductas y aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional.

De los 45 ítems del inventario, 3 representan cada uno de los 15 tipos de Distorsiones Cognitivas, permitiendo obtener una puntuación por cada tipo de distorsión que resulta de sumar los 3 ítems que comprende cada una. Las categorías diagnósticas están basadas en las puntuaciones directas; se toman como criterios: “a menor puntaje” muestran ausencia de Distorsiones Cognitivas y “a mayor puntuación” presentan tendencia a padecer dichas alteraciones cognitivas.

4.2.1.4 Historia Clínica: Con su elaboración se permitirá reunir toda la información de la paciente, de manera sistematizada y ordenada, incluyendo un diagnóstico en el cual se conceptualiza la problemática de manera clara y coherente. Es decir, permitirá la recolección y valoración de datos que fundamenten el diagnóstico, proporcionando una estimación de una posible evolución y orienta a una terapia.

GUÍA No. 4	
ELEMENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	
1. Datos personales	Datos de filiación Datos demográficos.
2. Motivo de Consulta	Implícito: Lo que el asesor logra indagar. Explícito: Razones que la paciente expone.
3. Psicobiografía	Historial relacionado con la enfermedad Historial personal y social Historial familiar, marital y sexual.
4. Resultados de Reactivos Psicológicos	Inventario de Depresión de Beck Escala de Hamilton para la Ansiedad Inventario de Pensamientos Automáticos.
5. Diagnóstico	Formal Informal
6. Pronóstico	Posible Evolución
7. Recomendaciones	Aspectos a considerar

a) Datos Personales: Recopila información básica del paciente, como datos demográficos tales como nombre, edad, lugar y fecha de nacimiento, religión, estado civil, número de hijos, profesión, etc. Estos datos se recogen mediante una ficha estandarizada.

b) Motivo de Consulta:

Explícito: Hace referencia a todo cuanto la paciente refiere en la primera entrevista, relativo a sus razones por las que asiste a sesión, necesidades, síntomas, conflictos, etc. Citar entre comillas, si se anota frases textuales del cliente.

Implícito: Información que el asesor indaga durante la primera sesión, a pesar de que la paciente no la mencione, incluye aspectos no verbales. Es preciso, desde la óptica cognitiva, detallar los significados que la paciente atribuye al diagnóstico de cáncer de mama y su relación con las áreas familiar, social, laboral, académica, etc.

c) Psicobiografía:

Historial Relacionado con la Enfermedad: Incluye información relativa al problema actual, el cáncer de mama. Al abordar sobre el cáncer permite a la paciente realizar un proceso de catarsis a fin de ventilar emociones que pudieran estarse reprimiendo.

Historial Personal y Social: Recoge datos referentes a acontecimientos relevantes de la vida de la paciente, antecedentes psicológicos (problemas, tratamientos, resultados), historial académico y laboral (relaciones, empleos, grado de satisfacción), apreciar los significados que atribuye a los eventos de su vida.

Historial Familiar, Marital y Sexual: Aborda información relativa a la familia o convivientes, puede estructurarse a partir de un genograma (incluye tipo de relaciones, patrones de comunicación, conflictos en el núcleo familiar, etc.). Se añade descripción de cada miembro. Se recolecta información de su vida matrimonial, relación con el cónyuge.

d) Resultados de Reactivos Psicológicos: Incluirá puntajes e interpretaciones de cada una de las escalas aplicadas, así como de cualquier otro test, cuestionario o instrumento de evaluación utilizado, en razón de los requerimientos propios de cada paciente.

e) Diagnóstico: En base a la información recogida se define el diagnóstico posible o aproximado.

Dx. Formal: Concretiza en lo que se refiere al problema, el cáncer de mama y sus consecuencias, como son alteraciones cognitivas, emocionales, conductuales, conflictos en el área familiar, social, laboral, etc. Puede tratarse, si reúne los criterios diagnósticos, de cualquier trastorno clínico a nivel psicológico; ante lo cual se deberá describir el mismo con síntomas o manifestaciones clínicas.

Dx. Informal: Recopila información relativa a la personalidad de la paciente, descripción de patrones de comportamiento, afectivos y sobretodo, de patrones o estilos cognitivos; las distintas formas de percibir e interpretar los acontecimientos, a las demás personas y respecto a sí mismo. Se incluyen mecanismos de defensa detectados y rasgos de personalidad que predominen en la paciente.

- f) Pronóstico:** Hace referencia a una predicción o juicio de mayor o menor probabilidad que establece el clínico, luego de realizada la evaluación y definido el problema de la paciente, respecto a la evolución futura o a cambios en el sujeto ante el proceso de asesoramiento.
- g) Recomendaciones:** Incluye aspectos específicos de la paciente que pudieran influir de manera positiva o negativa en el proceso y que es necesario considerarlos, a fin de reforzarlos o manejarlos adecuadamente para viabilizar de una manera óptima la asesoría.

SEGUNDA ETAPA

4.2.2 Planificación del Proceso:

Está destinada al establecimiento de metas, que el clínico, junto con la paciente, buscarán alcanzarlas mediante el proceso de asesoramiento. La labor del terapeuta en ésta fase es crucial, requiriendo de una competencia intelectual, a fin de seleccionar las técnicas de intervención más adecuadas para alcanzar las metas trazadas. Por lo tanto, en esta fase de Planificación del Proceso distinguimos dos momentos: el establecimiento de objetivos y la selección de técnicas para alcanzar los mismos.

4.2.2.1 Establecimiento de Objetivos: Los objetivos establecidos para la propuesta de Asesoramiento Psicológico basado en el enfoque cognitivo son:

a) Objetivo General: Aplicar un programa de Asesoramiento psicológico basado en el enfoque cognitivo, a fin de atender a las pacientes con cáncer de mama en sus momentos post diagnóstico, con el objeto de mejorar su calidad de vida y contribuir con el proceso de adaptación a la enfermedad.

b) Objetivos Específicos:

- Proporcionar un proceso de Asesoría que permita tener una clara orientación sobre la enfermedad y su tratamiento, a través de lo cual se facilita la adherencia de la paciente y de su familia al cáncer. Permitirá eliminar falsas creencias respecto a la enfermedad y al tratamiento.

- Facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad y al tratamiento, mediante el manejo y modificación de esquemas cognitivos, proporcionando nuevos patrones de pensamiento que permitan adoptar una actitud radicalmente nueva hacia la vida y la enfermedad. Así como también, adquirir nuevas estrategias de afrontamiento, que permitan a la paciente enfrentarse de manera activa y efectiva a la enfermedad y al tratamiento, y a otros conflictos vitales.
- Manejar el impacto emocional fruto del diagnóstico, fomentando una adecuada expresión emocional, así como brindar estrategias de autocontrol, con el fin de reducir reacciones emocionales desadaptativas.

GUÍA No. 5		
ETAPA DE PLANIFICACIÓN DEL PROCESO DE ASESORAMIENTO		
	Objetivos del Proceso	Selección de Técnicas
Asesoría Informativa	Orientar sobre el Cáncer de Mama	Psicoeducación Biblioterapia
Intervención terapéutica	Modificar Esquemas Cognitivos, así como también Patrones Conductuales Disfuncionales.	Técnicas Cognitivas Técnicas Conductuales
Atención Sintomática	Mejorar el autocontrol y expresión emocional.	Imaginación Racional Emotiva Risoterapia Relajación Muscular Progresiva Respiración Profunda

4.2.2.2 Selección de Técnicas:

La elección de las estrategias de intervención, va de la mano de los objetivos planteados. El ojo clínico del asesor desempeña un rol fundamental para seleccionar las técnicas más adecuadas a cada objetivo y a cada caso en particular.

GUÍA No. 6		
SELECCIÓN DE TÉCNICAS		
Asesoría Informática	a) Psicoeducación: b) Biblioterapia:	Aprendizaje experiencial acerca de la problemática actual. Prescripción de material bibliográfico relativo al problema actual.
Intervención Terapéutica	a) TÉCNICAS COGNITIVAS: - Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales. - Debate Racional Emotivo. - Entrenamiento en Autoinstrucciones. - Distracción Cognitiva. - Reestructuración Cognitiva. b) TÉCNICAS CONDUCTUALES: - Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad. - Entrenamiento en Resolución de Conflictos. - Desensibilización Sistemática.	Albert Ellis, 1957. Albert Ellis, 1956. Albert Ellis, 1960. Albert Ellis, 1960. Albert Ellis, 1967. Creada en los Años 60. D`Zurilla, 1980. Wolpe, 1958.
Atención Sintomática	- Imaginación Racional Emotiva. - Risoterapia. - Relajación Muscular Progresiva. - Respiración Profunda o Diafragmática	Albert Ellis, 1965. N. Cousins, años 70. Jacobson.

A. Asesoría Informática: Está dirigido principalmente a orientar, tanto a la paciente como a sus familiares, sobre la enfermedad, opciones de tratamiento, consecuencias del mismo, etc. eliminando creencias erróneas sobre el cáncer y su tratamiento; para lo cual se pueden aplicar técnicas como las siguientes:

I. Psicoeducación: Se lo define de la siguiente manera: “Es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que padece y la mejor

forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Está basada en educar al paciente, proporcionándole información sobre la enfermedad, la medicación y sus efectos secundarios” (Andress, 2007, Pág. 4). Es un recurso útil que le permite a la paciente conocer y hacer frente a las distintas etapas y complicaciones del tratamiento médico.

Los efectos positivos de la Psicoeducación dependen del contenido de la información. Respecto al contenido se refiere:

“que debe incluir al menos:

1. Diagnóstico y características clínicas del cáncer.
2. Características de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, las razones por las que se aplican y los efectos benéficos que comportan.
3. Efectos colaterales de los tratamientos, tipos e incidencia y estrategias o medios para disminuir o paliar los efectos negativos: prótesis, posible caída del cabello, náuseas, vómitos, etc.” (Buceta, J. & Bueno, A. 1996, Pág. 511).

La información debe ser específica y concreta, se la proporcionará mediante una conversación, pudiendo complementarse con otras técnicas, que permitan a la paciente tener una visión más amplia de la enfermedad. La información ha de estar adecuada a los estilos de afrontamiento propios de cada paciente.

II. Biblioterapia: “Es un término derivado de las palabras latinas libro y tratamiento. "Biblio", es la raíz etimológica de palabras usadas para designar todo tipo de material bibliográfico, y "terapia", significa cura o restablecimiento” (Martín A, Díaz A & Zaballa P, 2005, para 1).

Tiene como objetivo ofrecer la lectura de libros como forma de adquirir conceptos nuevos y cambiar las creencias de la paciente respecto al cáncer. En este proceso, la paciente es guiada por el clínico, que conoce tanto el problema como la historia de la persona, con conocimientos específicos para prescribir materiales bibliográficos relativos a la enfermedad y herramientas para enfrentarla; ambos llevan a cabo discusiones con objeto de promover la integración de sentimientos y pensamientos a fin de suscitar la autoafirmación, el autoconocimiento o la rehabilitación. Es el terapeuta el componente que hace de la biblioterapia una técnica de asesoramiento (Martín, A & colaboradores, 2005).

“Para actuar correctamente, el biblioterapeuta debe poseer algunas cualificaciones:

1. Una comprensión profunda de la naturaleza tanto médica, como psicológica del cáncer.
2. Una comprensión del contenido del libro prescrito en cuanto al tema tratado se refiere.
3. Capacidad para formular hipótesis, en cuanto al impacto que este material tendrá sobre la solución del problema” (Martín, Díaz & Zaballa, 2005, Cuando el bibliotecario se convierte en Doctor, para 3).

B. Intervención Terapéutica: Sigue el modelo de reestructuración cognitiva propuesto por Ellis, cuyo objetivo es identificar creencias irracionales, relacionadas con las preocupaciones derivadas de la situación de la paciente, para sustituirlas por pensamientos más adaptativos. Incluye la adquisición de estrategias a fin de resolver diferentes conflictos en los múltiples ámbitos en los que se desenvuelve la paciente, así como para enfrentarse a las distintas etapas del tratamiento médico.

I. Técnicas Cognitivas: Están orientadas a trabajar con los esquemas cognitivos de las pacientes, a fin de modificarlos por filosofías más realistas y adaptativas, que permitan a la paciente una adecuada interpretación de la realidad, eliminando falsas creencias que pudieran estar ocasionando perturbación emocional y, con ello generando comportamientos ineficaces.

a. Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales: Técnica creada por Ellis en 1957. Se le pide a la paciente que identifique y anote sus creencias negativas respecto a la enfermedad y que indique su intensidad. En primer lugar debe identificar sus emociones, y en base a éstas, determinar el tipo de pensamientos o creencias que tiene y registrarlos. Las creencias irracionales se caracterizan por ser dogmáticas e inflexibles. La exploración de las mismas, parte de la base teórica propuesta por Albert Ellis (2000), en la cual todas las personas hemos adquirido en el transcurso de la vida, creencias que damos por válidas de forma indefectible, se nos han vuelto idiosincrásicas; y generan

malestar emocional por razones absurdas que desde la lógica no se pueden sostener. Este entrenamiento requiere mucha serenidad y paciencia de parte del evaluador, pues en ella está una de las claves importantes del abordaje: la selección de las ideas que deben de ser refutadas. (Cano, J. & Ruiz J., 1999).

Es útil para pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, para identificar sus pensamientos, los mismos que parten del proceso de duelo generado tras el diagnóstico.

b. Debate Racional Emotivo o Técnica de Persuasión Verbal: Así mismo, es una técnica derivada de la T.R.E. de Albert Ellis en 1956, en la que se plantea un debate entre paciente y terapeuta, con el que se requiere determinar la validez o no de las creencias que la paciente tiene respecto al cáncer, comprendiendo de manera más objetiva su situación. Consiste en desnudar ante los ojos del consultante la carencia de lógica y funcionalidad de su sistema de pensamiento. Esta es una labor difícil. Ellis (2000) indica que debe realizarse una confrontación sutil, que no sea directa; como un proceso de preguntas y respuestas orientado a que la persona por sí misma pueda descubrir la falta de validez de su pensamiento. Ello conlleva a un cuidado particular: lograr que el individuo entienda que es su creencia la que es disfuncional, no su persona.

Para determinar la validez o no de los pensamientos, Ellis (2000) señala que se recurre al método científico, el cual le proporciona preguntas claves para debatir sus creencias, tales como: ¿Es esta creencia realista y factible?, ¿Es lógica?, ¿Es flexible y no rígida?, ¿Puede falsearse esta creencia?, ¿Demuestra que actuaré bien y conseguiré resultados buenos y satisfactorios por el solo hecho de tenerla? O también debatirlas con preguntas escépticas como: ¿Dónde está la prueba de que deba...?, ¿Por qué la gente tiene...?, ¿Dónde está escrito que mi vida tenga...?

Ellis (2000) añade que la clave está en cuestionar activamente las creencias, considerándose efectivo cuando disminuye la perturbación o malestar emocional.

- c. Entrenamiento en Autoinstrucciones:** Consiste en repetir una serie de frases que hagan referencia al objetivo a conseguir con el fin de reforzar su creencia. Estas frases o mensajes que se repiten surgen del debate realizado en la técnica anterior, sustituyen a las creencias irracionales, permitiendo a la paciente tener una nueva filosofía o visión sobre el cáncer y los procesos o tratamientos, basados en creencias racionales, las cuales buscan reforzarse a fin de convertirse en un patrón de interpretación (Cano, J. & Ruiz J., 1999).

Esta estrategia permite a la paciente convencerse de las nuevas conclusiones o de la nueva visión que tiene sobre la realidad, sobre su estado o enfermedad, adquiriendo una nueva filosofía básica, basada en la realidad, que evita perturbarse emocionalmente.

- d. Distracción Cognitiva:** Es una técnica que invita a la paciente al uso de tareas distractoras que frenen la fijación de creencias e invadan los pensamientos de la paciente (leer, escuchar música, relajarse, etc.). Va de la mano de la técnica conductual: programación de actividades. Promueve un aumento de la motivación de la paciente, permitiendo mantener el foco de atención en aspectos que la distraigan o entretengan, dejando en un segundo plano los pensamientos o creencias respecto del cáncer. Las actividades que se realicen deben ser de gusto o preferencia de la paciente, a fin de que se inmiscuya en las mismas de manera voluntaria (Cano, J. & Ruiz J., 1999).

- e. Reestructuración Cognitiva (ANEXO 4):** Es una síntesis de las técnicas anteriores; creada por A. Ellis, en 1967 en la cual la paciente, al llenar un Formulario de Autoayuda, pueda aplicar los principios de la T.R.E. y solucionar su problema en cualquier situación que le produzca perturbación, sin necesidad de acudir donde el terapeuta. (Ellis, A. 2000).

- II. Técnicas Conductuales:** Están dirigidas a atender distintos conflictos interpersonales de la paciente, en los diversos ámbitos en los que se desenvuelve, así como reforzar hábitos o estrategias de afrontamiento propios de la paciente, con el propósito de proporcionar recursos para enfrentar nuevas situaciones

conflictivas de manera adaptativa, evitando mantener una actitud pasiva ante las mismas.

- a. Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad:** Para la realización de esta técnica es posible utilizar el modelamiento. Se emplean para modificar las expectativas de autoeficacia en situaciones sociales de las pacientes, desarrollando sus habilidades en este terreno. El terapeuta presenta diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales; la paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora.

Si bien, el modelado es susceptible de ser utilizado a través de múltiples variantes técnicas, es posible ofrecer a partir del trabajo de diversos autores una secuencia básica en su aplicación, que incluiría nueve pasos elementales señalados por Peñate Quintana, M. (2004):

1. Establecimiento de los objetivos terapéuticos, a corto, medio y largo plazo.
2. Jerarquización (dificultad progresiva), en caso necesario, de las conductas a modelar.
3. El terapeuta proporciona instrucciones específicas al cliente sobre los aspectos clave a los que debe atender durante el proceso de modelado: estímulos situacionales presentes, dimensiones relevantes de la conducta del modelo, consecuencias que se derivan tras la realización de la conducta.
4. El modelo ejecuta las conductas previamente establecidas y describe verbalmente qué está haciendo y las consecuencias anticipadas de su comportamiento.
5. El terapeuta solicita al cliente que describa la conducta realizada por el modelo, sus antecedentes y sus consecuentes.
6. Instruir al cliente para que lleve a la práctica lo observado en la sesión.
7. Apoyar al cliente durante la realización (señales verbales o guías físicas) y proporcionar feedback positivo.
8. Realizar los ensayos de conducta necesarios hasta la consolidación de la conducta.
9. Planificación de tareas terapéuticas entre las sesiones.

- b. Entrenamiento en Resolución de Conflictos:** Técnica creada por D'Zurilla en la década de los 80. Tiene como objetivo resolver las dificultades que se presenten en las pacientes a lo largo del enfrentamiento con la enfermedad (conflictos profesionales, matrimoniales, de relación, sexuales, o relacionado con el propio proceso de tratamiento). La Intervención básica en resolución de conflictos se realiza con los siguientes pasos, según González García, E (2001):
1. Explicación del tratamiento: Breve resumen de la estrategia. Si bien ésta consta de varios pasos, se adaptará a la idiosincrasia de quien consulta.
 2. Orientación del problema: Se evalúa el estilo resolutivo del consultante. Se le ayuda a distinguir si es un estilo facilitativo o desajustado. Se dejan sentadas las bases para que el problema se afronte como una capacidad de crecimiento personal.
 3. Definición y formulación del problema: El enfoque que se adopta parte de toda la información relevante, identificando obstáculos, reconociendo otros problemas irresueltos que pueden estar contribuyendo al conflicto actual.
 4. Se hará una distinción importante sobre el problema: si su definición está centrada en una meta o en la emoción. Cuando la situación no es modificable se trabajará sobre las reacciones emocionales; si es modificable, se plantean metas realistas, alcanzables. Se especifica el poder de esa meta para modificar el problema.
 5. Elaboración de soluciones alternativas: Se elabora tantas soluciones como sea posible, sin importar cuáles y cómo se usarán. La cantidad de soluciones propuestas se realiza con una leve suspensión del juicio crítico, ya que la producción de soluciones variadas permite que la elección de la definitiva, sea de mayor calidad.
 6. Toma de decisiones: Se procede a leer todas las soluciones descartando aquellas que implican algún riesgo o no parecen viables. Se le pide al consultante que anticipe los resultados de cada solución posible. Luego se analiza la posibilidad de aplicación de cada una hasta encontrar la más beneficiosa y eficaz.
 7. Aplicación y verificación de las soluciones: El terapeuta asume un rol menos directivo. El plan de soluciones ya habrá sido sometido a distintos pasos que permiten garantizar los resultados. Una vez solucionado el problema se

realiza un recuento del proceso para proceder a la generalización del aprendizaje.

c. Desensibilización Sistemática: Es uno de los métodos que se utilizan para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad; fue desarrollada por Wolpe en 1958. Se induce en la paciente un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular y, luego se le expone a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad. Incrementa la sensación de control personal sobre los procesos médicos, ya que el terapeuta tan sólo sugiere u orienta, pero no es la pieza nuclear, sino la propia paciente. Luego se van presentando estímulos sucesivamente más “fuertes”, que son tratados en forma semejante. Este método ha dado el poder de superar un gran número de hábitos neuróticos, a menudo en poco tiempo (Avero, P., Capafóns, J. & Sosa, C. 1997) La técnica implica cuatro conjuntos de operaciones diferentes:

1. Adiestramiento en relajación muscular profunda,
2. Establecimiento del uso de una escala que mida la respuesta de ansiedad subjetiva en métodos cuantitativos,
3. Construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de respuestas de ansiedad, y
4. Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad que constituyen las jerarquías.

La escena está lista para aplicar el procedimiento de desensibilización cuando la paciente ha adquirido la capacidad de calmarse mediante la relajación. Mientras la paciente está sentada o acostada cómodamente con los ojos cerrados, el terapeuta procede a producir un estado de relajación tan profundo como sea posible, usando palabras como: “Ahora todo su cuerpo se hace cada vez más pesado, y todos sus músculos se relajan” (Avero, P. & colaboradores, 1997).

C. Atención Sintomática: Son estrategias que promueven un adecuado control y expresión emocional, empezando por el reconocimiento, por parte de la paciente, de sus síntomas y sus posibilidades de modificación, permitiendo reducir niveles de ansiedad, manejo del estrés, síntomas depresivos, con el fin de mejorar la

calidad de vida, minimizando el impacto emocional del diagnóstico de cáncer de mama, permitiendo también a las pacientes ventilar sentimientos.

I. Imaginación Racional Emotiva: Desarrollada por Ellis, donde la paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional. Es una variante de la visualización como medio de enfrentarse a las situaciones más temidas por la paciente y lograr su inversión. Invita a la imaginación con el fin de lograr identificar y controlar los pensamientos ante situaciones perturbadoras, esto permitirá a su vez paliar el efecto de sus emociones negativas inapropiadas como son la ansiedad, la depresión, autoestima negativa, ira, etc. (Ellis, 2000).

II. Risoterapia: Se basa en potenciar el crecimiento personal, el buen estado de ánimo y las defensas del organismo, con el objetivo de enseñar a las personas a generar cambios positivos en su conducta y actitud para mejorar su calidad de vida. Originalmente fue desarrollada por Norman Cousins en los años 70. Ayuda a la paciente y a su familia, de manera sustancial, a lograr un afrontamiento activo, además de promover una adaptación más adecuada al cáncer; además de favorecer su reinserción social y familiar. El cáncer y muchas veces los tratamientos con quimioterapia y las mismas operaciones quirúrgicas, provocan no sólo sufrimiento físico, sino también un deterioro psicológico y problemas para asumir y aceptar la enfermedad.

Científicamente, se ha comprobado que la risa franca, aporta múltiples beneficios: rejuvenece, elimina el estrés, tensiones, ansiedad, depresión, etc. Aporta aceptación, comprensión, alegría, relajación, abre los sentidos, ayuda a transformar las pautas mentales. Se utiliza la risa con el fin de eliminar bloqueos emocionales, físicos, mentales, sexuales, como proceso de crecimiento personal. Se crea un espacio para estar con uno mismo, vivir el aquí y ahora, estar en el presente, ya que cuando se ríe es imposible pensar, ayuda a descubrir dones, abrir horizontes, vencer miedos y aprender a vivir una vida positiva, intensa, sincera y total. (Equipo Redacción Punto Vital, 2007).

III. Relajación Muscular Progresiva (ANEXO 5): Esta técnica elaborada por Jacobson, consiste en tensar deliberadamente los músculos que se activan en una situación de ansiedad o temor para posteriormente relajarlos conscientemente. Con el tiempo y mucho entrenamiento se puede llegar a estar completamente seguro de que es posible relajarse o no, incluso en situaciones que ahora considere imposibles. (Sorkari).

Entre los beneficios que produce están:

“Disminuir el sufrimiento y ayudar a controlar el dolor, mejorar la calidad de vida, aumentar la sensación de dominio y control sobre la situación de enfermedad, mejorar la adaptación a la enfermedad, reducir el estrés y aliviar la ansiedad y la depresión.” (Valente, 2006, Pág. 6).

IV. Respiración Profunda o Diafragmática: Es una respiración profunda que libera la tensión y da lugar a la respuesta de relajación. La respiración diafragmática es la que consiste en tomar aire sin levantar los hombros y llevarlo a la parte inferior de los pulmones, ahí se encuentran las costillas flotantes que por ser móviles permiten el ingreso de mayor cantidad de aire y por consiguiente la facilidad para hablar más. Promueve en las pacientes la eliminación de los síntomas de estrés y propicia un sentido de control propio. A continuación se brinda el método a aplicarse para aprender a respirar diafragmáticamente:

1. Con los dedos índice y pulgar toque las últimas costillas de ambos lados.
2. Inspire lenta y profundamente sin levantar los hombros, tratando de llevar el aire a la parte inferior de los pulmones.
3. En la parte inferior se halla un músculo llamado “diafragma” el cual actuará como pistón cuando usted comience a hablar.
4. Su voz debe salir al compás del aire expirado; si habla fuerte, hará presión en el diafragma; si habla despacio, distenderá el diafragma.
5. Recuerde, mientras más aire inspire más tiempo y fuerza tendrá para hablar.

TERCERA ETAPA

4.2.3 Ejecución del Programa de Asesoramiento:

La fase de ejecución o terapéutica, se cumple en un rango de 6 a 8 sesiones, en las cuales se alcanzará las metas establecidas, mediante la administración de las distintas técnicas propuestas, dejándose espacio para la aplicación de cualquier otro tipo de técnica que el terapeuta considere necesario. El programa se basará en una sesión diaria, debido a que las pacientes son rápidamente insertadas en el tratamiento médico; se aplicará una propuesta diseñada e implementada por el investigador. En el orden determinado por el autor, las sesiones seguirán el siguiente esquema:

4.2.3.1 Primera Sesión:

Luego de establecido el rapport y conformada la relación de ayuda o de asesoramiento, se inicia el programa abordando asuntos relativos a la enfermedad y las repercusiones en los distintos ámbitos de la vida de la persona. Para su efecto se dispone de técnicas de orientación como son la Psicoeducación o la biblioterapia, pudiendo complementarse entre las dos. Aportar material biblioterapéutico en esta sesión es conveniente, a fin de resolver dudas, sobre el mismo, en una sesión posterior. En un segundo plano, se presta atención a los principales síntomas, sobre todo emocionales, que padece la paciente, se enseñan y practican técnicas de autocontrol, como son la relajación muscular progresiva o la respiración profunda o diafragmática.

4.2.3.2 Segunda Sesión:

Desde ésta en adelante, se iniciará con una breve recapitulación de lo abordado en la cita anterior, así como con la revisión de tareas asignadas para casa. Se complementa la tarea psicoeducativa de la sesión anterior, la cual se amplía hacia la familia. Se acogen sus dudas e inquietudes, las cuales se las resuelve dentro de la misma sesión, con el objeto de orientarlas, a fin de que contribuyan como una herramienta más para la paciente. Se imparte también, tanto para la paciente como para la familia, estrategias de afrontamiento y autocontrol a fin de aliviar síntomas y resolver conflictos que pudieran estar influyendo significativamente en la dinámica familiar o propia de la paciente; para lo cual se cuenta con técnicas cognitivas y conductuales como Resolución de Conflictos, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad, Distracción Cognitiva, Relajación, etc.

4.2.3.3 Tercera Sesión:

Enseñar el modelo cognitivo de Ellis, y su teoría del ABC, la conexión entre creencias automáticas, emoción y conducta. Se inicia con la práctica del Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales, lo cual permitirá a la paciente identificar sus emociones; se practica durante la sesión y además se establece la práctica del mismo entrenamiento como tarea para la casa. Se continúa con el proceso de resolución de conflictos o adquisición de habilidades conductuales, con el fin de reducir síntomas emocionales, pero que son producto de situaciones secundarias al cáncer.

4.2.3.4 Cuarta Sesión:

Se incentiva a la paciente a debatir sus creencias irracionales que generan su perturbación emocional; para el efecto se dispone de la Técnica de Persuasión Verbal y, a partir de ello, se enseña a sacar nuevas conclusiones o pensamientos más adaptativos, racionales; para lo cual se pueden utilizar técnicas como la propuesta: Entrenamiento en Autoinstrucciones. Se plantea tareas para la casa en base a las técnicas practicadas en la sesión. Las tareas se centran en pensamientos relativos al cáncer de mama, para en un segundo plano abarcar pensamientos relativos a otras áreas.

4.2.3.5 Quinta Sesión:

Práctica del proceso completo de la Terapia Racional Emotiva, mediante el aprendizaje del uso del formulario de autoayuda de la T.R.E (Anexo 5). Esta técnica disponible de Reestructuración cognitiva, permitirá reforzar las distintas fases, ya aprendidas, del proceso de la T.R.E., con el fin de convertir en un patrón de interpretación cognitiva en la paciente, previniendo nuevas perturbaciones. Se lo puede aplicar de manera combinada con la técnica de la Imaginación Racional Emotiva, a fin de ampliar el proceso de reestructuración cognitiva a otros ámbitos.

Con el objeto de no perder de vista el sentido de control propio sobre sí mismo y la enfermedad, se continúa practicando las técnicas de atención sintomática como la Risoterapia, la Relajación Muscular Progresiva y la Respiración Profunda. Tareas

para la casa, en las cuales se llenará el formulario de autoayuda de la T.R.E. en base a otras creencias que pudieran estar perturbando a la paciente.

4.2.3.6 Sexta Sesión:

Práctica nuevamente de la reestructuración cognitiva, a fin de afianzar su aprendizaje y que la paciente sea capaz de aplicarla en cualquier otra situación que pudiera generar perturbación. Se busca atender cualquier conflicto que no haya sido tratado durante el proceso o que haya surgido recientemente, para lo cual se cuenta con las técnicas conductuales de Resolución de Conflictos o Habilidades Sociales.

4.2.3.7 Séptima Sesión:

Se realiza el cierre donde se pone énfasis especial en la prevención de recaídas, recordando a la paciente de las estrategias que dispone para evitar nuevas perturbaciones o para hacer frente a cualquier situación, tanto desde el punto de vista cognitivo como conductual y emocional. Junto con la paciente, se establece metas a largo plazo, a fin de mantener un objetivo vital que ayude a la paciente a mantenerse activa y orientada a lo largo de la vida.

4.2.3.8 Octava Sesión:

Este programa se acoplará a las características y necesidades de cada paciente en particular, pudiendo extenderse desde seis sesiones hasta una octava. De manera preliminar, esta sesión será abierta, y en ella se podrá abordar cualquier asunto propuesto por la misma paciente, o sobre cualquier otra necesidad que el terapeuta considere. Para el efecto se dispone de técnicas ya descritas anteriormente.

GUÍA No. 7	
CLAVES PARA CADA SESIÓN	
Primera Sesión	- Impacto Emocional de la enfermedad. - Alivio sintomático. - Psicoeducación.
Segunda Sesión	- Orientación familiar sobre el Cáncer. - Recursos de afrontamiento de la paciente y su familia. - Alivio sintomático.
Tercera Sesión	- Aprendizaje del Modelo Cognitivo del ABC. - Adquisición de Estrategias de Afrontamiento.
Cuarta Sesión	- Adquisición de nueva filosofía. - Feedback nueva filosofía.
Quinta Sesión	- Práctica del modelo ABC completo. - Alivio de Síntomas.
Sexta Sesión	- Prevención de recaídas. - Reforzar Estrategias.
Séptima Sesión	- Cierre. - Establecimiento de metas a largo plazo.
Octava Sesión	- Sesión abierta.

El registro diario del proceso que se cumple con cada paciente, se recoge en la Guía de Evolución, en la que se detalla la fecha de la sesión, el estado en el que se encuentra la paciente, así como la actividad realizada y las estrategias utilizadas. (ANEXO 6).

4.3 Conclusión:

El programa propuesto para abordar a pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, es una herramienta útil para los clínicos que se desenvuelven profesionalmente con pacientes oncológicos. La propuesta permite abordar los diferentes conflictos presentados tras el diagnóstico de cáncer de mama, permitiendo a la paciente lograr un control emocional, así como encarar la situación con estilos de afrontamiento activos, preparándose para las etapas posteriores, tanto de la enfermedad como del tratamiento. El programa diseñado para estos fines es considerado óptimo, puesto

que permite brindar apoyo psicológico tras el diagnóstico, considerado el momento de mayor estrés emocional, y además prepara a la paciente mediante la adquisición de distintas estrategias de afrontamiento para encarar futuros problemas vitales, relacionados o no con la enfermedad.

Considerando que gran parte del sufrimiento emocional, así como las perturbaciones a nivel conductual en pacientes con cáncer de mama, tienen su origen en alteraciones a nivel cognitivo, la propuesta de Asesoramiento Psicológico aborda la problemática del cáncer desde una óptica cognitiva, basada en la T.R.E. de Albert Ellis, la cual permite conceptualizar la perturbación en el procesamiento de la información y enlazarla con las consecuencias a nivel emocional y conductual. Este modelo adoptado como base del proceso, se considera no sólo una herramienta útil para el clínico que trabaja con este tipo de pacientes, sino un recurso óptimo para las pacientes con el propósito de lograr una adaptación rápida a la enfermedad, así como una preparación oportuna para los tratamientos venideros.

CAPÍTULO 5

“PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA PROPUESTA DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO CON ENFOQUE COGNITIVO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA”

5.1 Introducción:

La propuesta de asesoramiento psicológico basado en el enfoque cognitivo, se muestra como una herramienta terapéutica básica, dentro de la atención clínica a pacientes oncológicos, entre los cuales resaltan por su elevada población y por su mayor alteración emocional desencadenada tras su diagnóstico, las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama; quienes, debido al involucramiento de un órgano de gran representación personal y social, generan elevados niveles de perturbación psicológica, que pudieran perjudicar al desarrollo y pronóstico de la enfermedad y tratamiento.

El diagnóstico del cáncer de mama supone una amenaza a la integridad física de la mujer y a la vida misma, provocando un sin número de reacciones psicológicas normales, no obstante, producen malestar intenso y una gran preocupación, teniendo a menudo la percepción de estar padeciendo un trastorno psicológico grave, afectando su calidad de vida. Es preciso, por lo tanto, disponer de un proceso de asesoramiento profesional que esclarezca y proponga mecanismos para resolver el malestar eficazmente, encaminando a las pacientes hacia la adaptación y aceptación de la enfermedad, así como también proporcionando herramientas para afrontar de manera activa los futuros tratamientos médicos. Caso contrario, la desatención de los conflictos psicológicos generados, pueden desencadenar en psicopatologías que tienden a intensificarse, afectando la calidad de vida de la paciente, así como su pronóstico médico.

5.2 Metodología:

- **Características de la Muestra:** La muestra con la cual se trabajó durante la investigación está integrada por trece pacientes del total de la población de

pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA – Cuenca, la misma que estaba integrada por 15 mujeres. De las dos pacientes con quienes no se trabajó, la primera pidió su transferencia a SOLCA – Quito para continuar con el tratamiento en esa institución, la segunda abandonó tratamiento tras su biopsia quirúrgica por motivos desconocidos.

El grupo que formó parte de la investigación, está integrado por trece pacientes, ubicadas dentro de un rango de edad de 33 a 77 años, con una media de edad de 57,76 años. De la muestra cuatro pacientes pertenecen a la provincia de El Oro, seis pacientes son procedentes de diferentes cantones de la provincia del Azuay y tan sólo tres son residentes en Cuenca. Respecto a su estado civil, dos pacientes son viudas, una vive en unión libre y las demás son casadas. Entre sus antecedentes, el total de las pacientes han presentado eventos estresores generadores de perturbación psicológica, como son fallecimientos de familiares cercanos, separaciones, tiempos conflictivos económicos o de relación en sus hogares, entre otros.

- **Procedimiento:** La propuesta realizada trata de un programa de naturaleza paliativa, el cual se aplicó en cuanto la paciente fue diagnosticada con el fin de prevenir la aparición o aumento de problemas psicológicos como consecuencia del impacto diagnóstico. Las pacientes fueron reclutadas en el momento de ingreso a la hospitalización para someterse a cirugía.

El proceso inició con un primer contacto en cuanto la paciente fue hospitalizada para someterse a cirugía, éste encuentro inicial se realizó en la habitación donde se encontraba la paciente hospitalizada en SOLCA, el día anterior a la biopsia, con el fin de establecer un rapport y realizar una explicación del proceso de Asesoramiento Psicológico que se llevó a cabo. La intervención en sí, inició el día en que la paciente fue dada de alta, situación en la que estuvo libre de molestias o efectos secundarios frutos de la cirugía o de los medicamentos y de la hospitalización misma. El proceso contó con una breve fase de valoración psicológica, teniendo como punto central la valoración cognitiva. Por el impacto de la enfermedad, se buscó también incluir una fase catártica.

Por éste motivo en éste primer día se abordó a la paciente en cuanto abandonó hospitalización, iniciando con una entrevista semiestructurada.

La fase evaluativa finalizó el día consecutivo a ésta primera sesión en el que se valoró algunas variables predictivas con la aplicación de cuestionarios como son el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de ansiedad de Hamilton y el Inventario de Pensamiento Automáticos de Ruíz y Lujan. Los mismos que permitieron tener una concepción más amplia de la situación psicológica en la que se encontraba la paciente. Se pretendió terminar esta sesión, estableciendo de manera conjunta los objetivos del proceso, enfatizando como meta primordial un cambio en la filosofía básica del paciente, el mismo que se alcanzó mediante técnicas cognitivas derivadas de la Terapia Racional Emotiva de Ellis.

De acuerdo al proceso de tratamiento médico, la paciente acude a SOLCA durante una semana, posterior a la biopsia, para realizarse las curaciones (proceso de controlar la herida, cambiar gasas, hacer una limpieza total para evitar infecciones, etc.); es durante ésta semana donde se la abordó para continuar con la aplicación del proceso de Asesoramiento Psicológico. Se consideró que en el lapso de esa semana se dispondría del tiempo necesario para completar la intervención. El programa de Asesoramiento continuó, luego de la evaluación psicológica, con una fase terapéutica, consistente en la explicación a la paciente del programa de intervención, basado en un proceso psicoeducativo y en el modelo racional emotivo de Ellis, con énfasis en su teoría del ABC, lo cual fue complementado con técnicas conductuales y de alivio sintomático, las cuales se aplicaron de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

El proceso terminó con la práctica de la paciente de las estrategias adquiridas, a fin de aplicarlas en la vida diaria, logrando con ello el cambio deseado. Se realizó una evaluación final, a fin de verificar la eficacia del Asesoramiento propuesto; dicha evaluación tuvo características similares a la inicial, realizada al comienzo del proceso, consistiendo en una entrevista semiestructurada, en la cual se valoraron, pensamientos automáticos, nuevos patrones de procesamiento de información, finalizando con la aplicación de las mismas escalas utilizadas en la evaluación inicial.

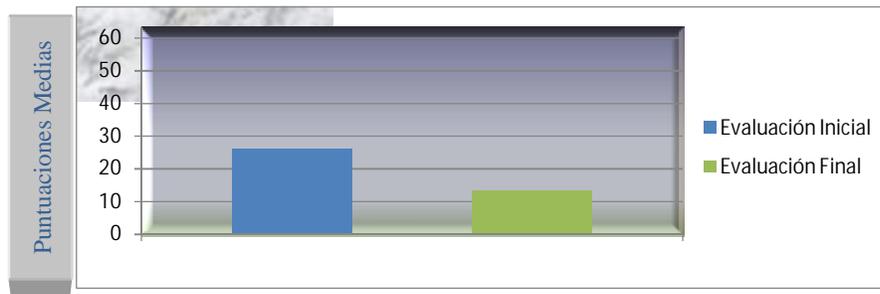
5.3 Presentación de Resultados:

El programa de asesoramiento psicológico basado en el enfoque cognitivo, aplicado a la población de pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama durante el período Octubre 2008 – Enero 2009, ha revelado múltiples datos e información precisa que se destacan tanto de manera cuantitativa como cualitativa, resaltando en logros alcanzados en cuanto a autocontrol y orientación respecto a la enfermedad lo cual, permitirá generar patrones de respuesta adaptativos para las consecutivas etapas del tratamiento oncológico.

5.2.1 Presentación Cuantitativa de Resultados: En cuanto a la evaluación, tanto previa, como consecutiva al proceso de asesoramiento psicológico, se aplicó tres escalas que miden los niveles de depresión y ansiedad fruto del impacto emocional desencadenado tras el diagnóstico de cáncer de mama, así como también una Escala de Pensamientos Automáticos, debido a que la propuesta de Asesoramiento de basa en el enfoque cognitivo. La investigación arroja los siguientes resultados:

A. Resultados Inventario de Depresión de Beck: En cuanto a éste inventario, en la evaluación inicial las pacientes que conformaron el proceso de investigación obtuvieron una puntuación media de 26.153, que corresponde a un nivel de Depresión Moderada, acercándose a Grave. En relación a la evaluación final, la media alcanzada por las pacientes fue de 13.23, puntuación que corresponde a un nivel de Depresión Leve. (Gráfico No. 5.1).

GRÁFICO No. 5.1
Puntuaciones Medias en Inventario de Depresión de Beck
en Pacientes Recién Diagnosticadas de Cáncer de Mama, Oct. 2008 – Ene 2009

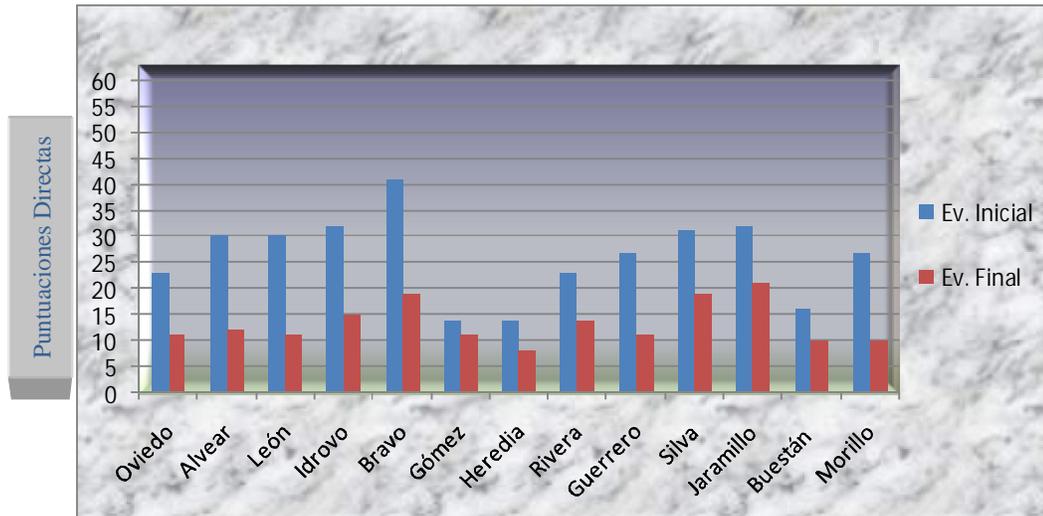


Los datos revelados en la Tabla No. 5.1 y representados en el gráfico No. 5.2 demuestran una disminución significativa de los niveles depresivos, en cada una de las pacientes que formaron parte de la investigación presente, alcanzando como puntuación máxima en la evaluación inicial de 41 en el caso Bravo, y obteniendo niveles adaptativos de depresión en la evaluación final con una puntuación directa menor de 8 en el caso Heredia.

TABLA No. 5.1
Puntuaciones Directas en Escala de Depresión de Beck, en Pacientes
Recién Diagnosticadas con Cáncer de mama, Oct 2008 – Ene 2009

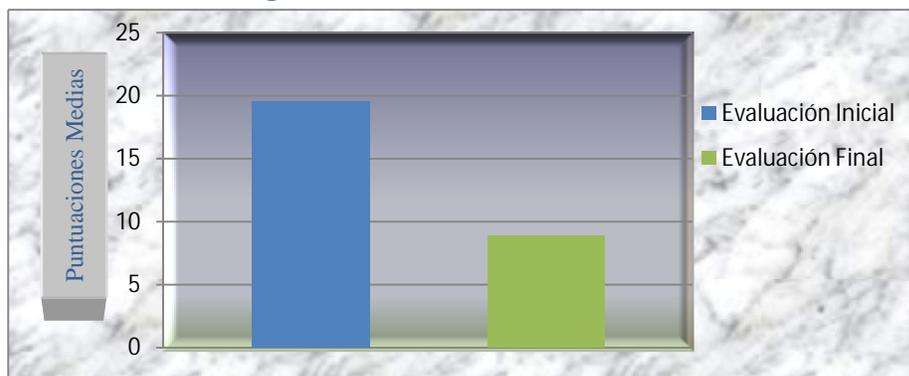
Pacientes	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Oviedo	23	11
Alvear	30	12
León	30	11
Idrovo	32	15
Bravo	41	19
Gómez	14	11
Heredia	14	8
Rivera	23	14
Guerrero	27	11
Silva	31	19
Jaramillo	32	21
Bustán	16	10
Morillo	27	10

GRÁFICO No. 5.2
Resultados Inventario de Depresión de Beck en Pacientes
Recién Diagnosticadas con Cáncer De Mama, Oct 2008 – Ene 2009



B. Resultados Escala de Hamilton para la Ansiedad: Al respecto las pacientes que se sometieron al proceso de asesoramiento presentan en la evaluación inicial como puntuación media 19,53 la misma que corresponde a un nivel de Ansiedad Moderada/Grave. En relación a la valoración final, los resultados apuntan un descenso significativo de los síntomas de ansiedad, al puntuar una media de 8,84, equivalente a un nivel Leve de Ansiedad. (Gráfico No. 5.3).

GRÁFICO No. 5.3
Puntuaciones Medias en Escala de Hamilton para la Ansiedad
en Pacientes Recién Diagnosticadas de Cáncer de Mama, Oct 2008 – Ene 2009



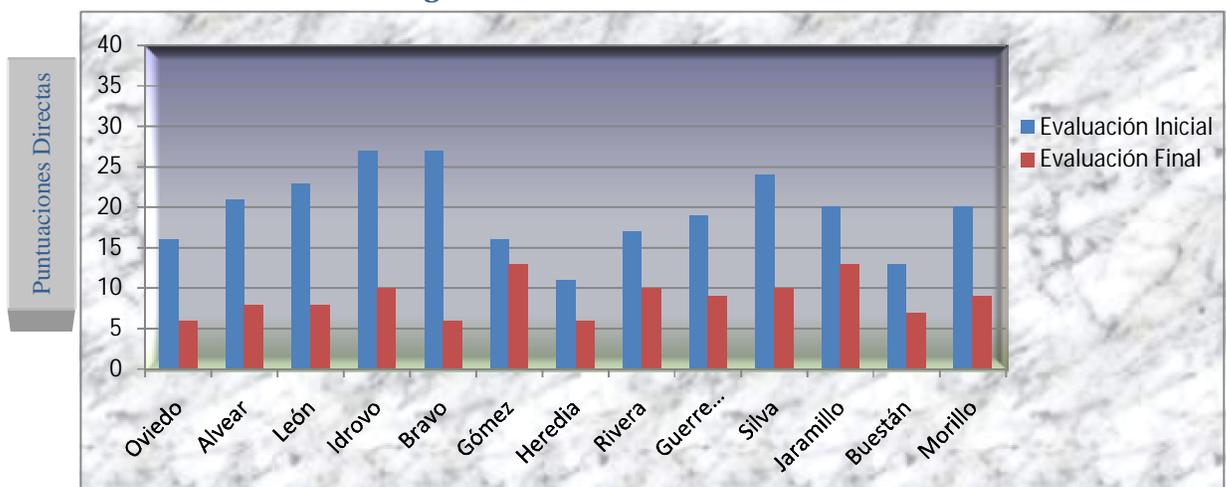
Como se indica en la Tabla No. 5.2 y se lo representa en el Gráfico No. 5.4 se puede observar con claridad una disminución considerable de los distintos síntomas de ansiedad y estrés, que se generaron tras el diagnóstico oncológico.

Entre las participantes alcanzan una puntuación máxima de 27 en los casos Idrovo y Bravo en la evaluación inicial; niveles que han podido ser manejados y en gran parte resueltos, obteniendo una puntuación mínima de 6 en los casos Oviedo y Heredia, en la valoración final.

TABLA No. 5.2
Puntuaciones Directas en Escala de Hamilton para la Ansiedad, en Pacientes Recién Diagnosticadas con Cáncer de Mama, Oct 2008 – Ene 2009

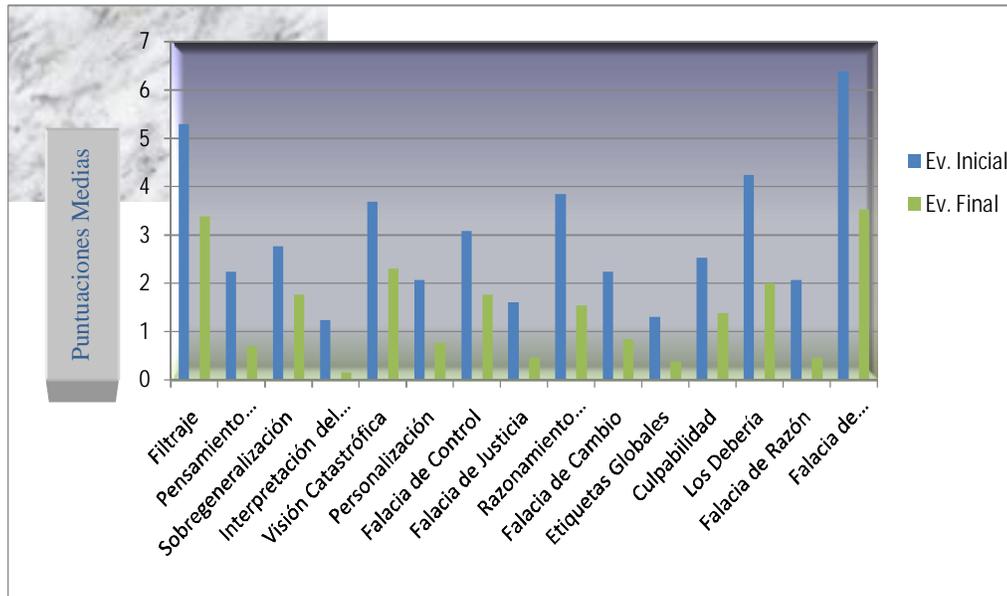
Pacientes	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Oviedo	16	6
Alvear	21	8
León	23	8
Idrovo	27	10
Bravo	27	6
Gómez	16	13
Heredia	11	6
Rivera	17	10
Guerrero	19	9
Silva	24	10
Jaramillo	20	13
Bustán	13	7
Morillo	20	9

GRÁFICO No. 5.4
Resultados Escala de Hamilton para la Ansiedad en Pacientes Recién Diagnosticadas de Cáncer de Mama, Oct 2008 – Ene 2009



C. Resultados Inventario de Pensamientos Automáticos: En términos generales, como presenta el Gráfico No. 5.5. como media más pronunciada se encontró a Falacia de Recompensa Divina con una puntuación de 6.38, seguida del Filtraje o Abstracción selectiva con un promedio de 5.3; así también se presentaron como creencias irracionales menos frecuentes a Interpretación del Pensamiento con una media de 1.23 y Etiquetas Globales de 1.3, niveles correspondientes a la evaluación inicial. Respecto a la valoración final, se presentaron como medias más altas de 3.38 y 3.53 correspondientes a Filtraje y Falacia de Recompensa Divina, respectivamente; y entre los menos frecuentes se encuentran, Interpretación del Pensamiento y Etiquetas Globales, con medias de 0.15, 0.38 y respectivamente.

GRÁFICO No. 5.5
Puntuaciones Medias en Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz & Lujan, 1991)
en Pacientes Recién Diagnosticadas de Cáncer de Mama, Oct 2008 – Ene 2009

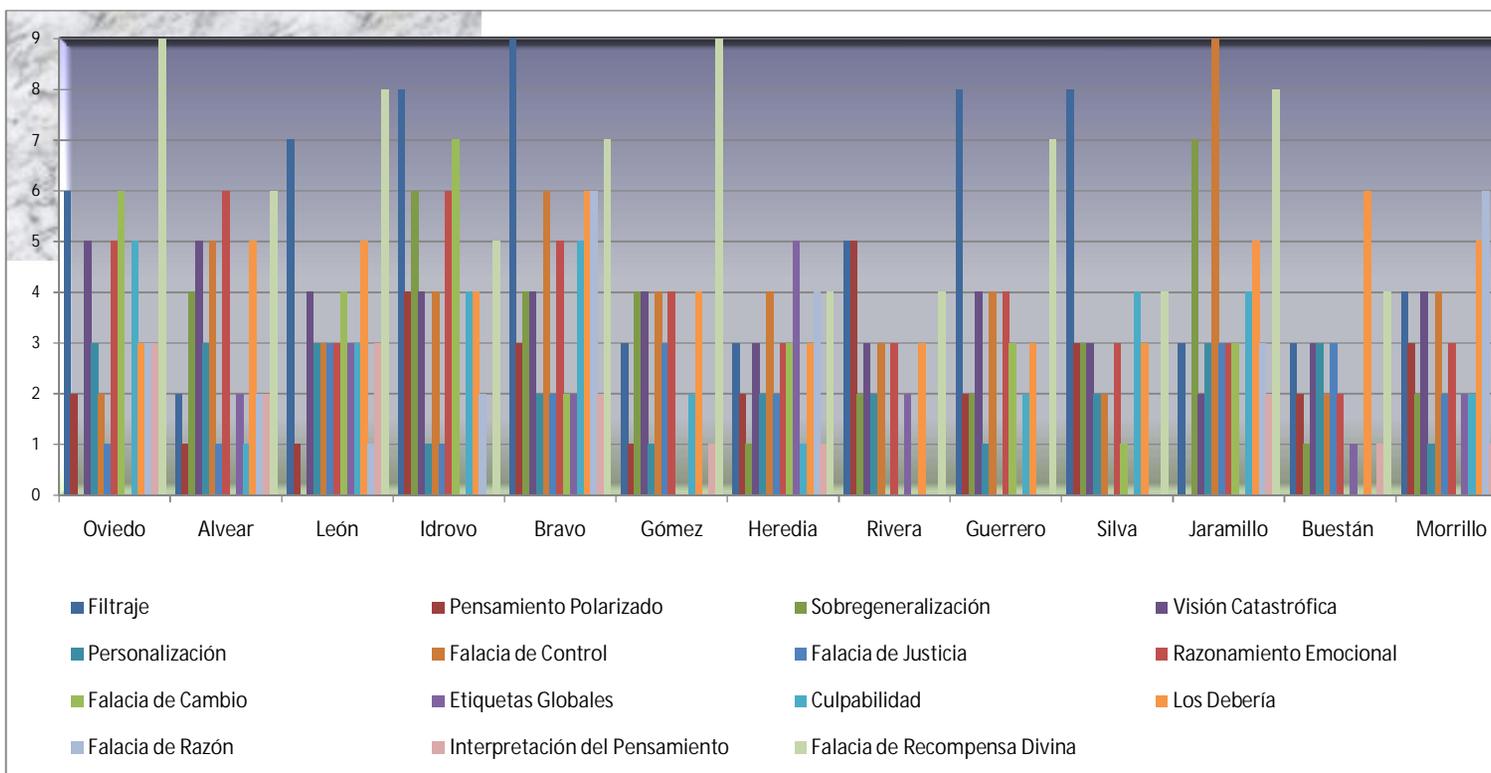


A nivel individual, como se indica en la Tabla No. 5.3 las pacientes tienen como común denominador en la evaluación inicial a Falacia de Recompensa Divina, ya que poseen todas las pacientes, alcanzando los picos más altos en cinco casos, con puntajes directos de 8 y 9. De la misma manera, el Filtraje se encuentra de manera pronunciada, presentándose en niveles más elevados en cuatro casos con puntuación directa, igualmente de 8 y 9. Y los picos más bajos alcanzan puntajes de 0 en Interpretación de Pensamiento en cuatro casos, además de puntajes de 1 en cuatro casos más y; en Etiquetas globales en seis casos alcanzan puntaje de cero. Datos que son representados en el Gráfico No. 5.6.

TABLA No. 5.3
Distorsiones Cognitivas más y menos Frecuentes en Valoración Inicial en
Inventario de Pensamientos Automáticos en Mujeres Recién Diagnosticadas con
Cáncer de Mama

Pacientes	Filtraje	Etiquetas Globales	Interpretación del Pensamiento	Falacia de Recompensa Divina
Oviedo	6	0	3	9
Alvear	2	2	2	6
León	7	3	3	8
Hidrovo	8	0	0	5
Bravo	9	2	2	7
Gómez	3	0	1	9
Heredia	3	5	1	4
Rivera	5	2	0	4
Guerrero	8	0	0	7
Silva	8	0	0	4
Jaramillo	3	0	2	8
Buestán	3	1	1	4
Morrillo	4	2	1	8

GRÁFICO No. 5.6
Resultados Evaluación Inicial en Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz & Lujan, 1991), en Pacientes Recién diagnosticadas de Cáncer de Mama, Oct 2008 – Ene 2009

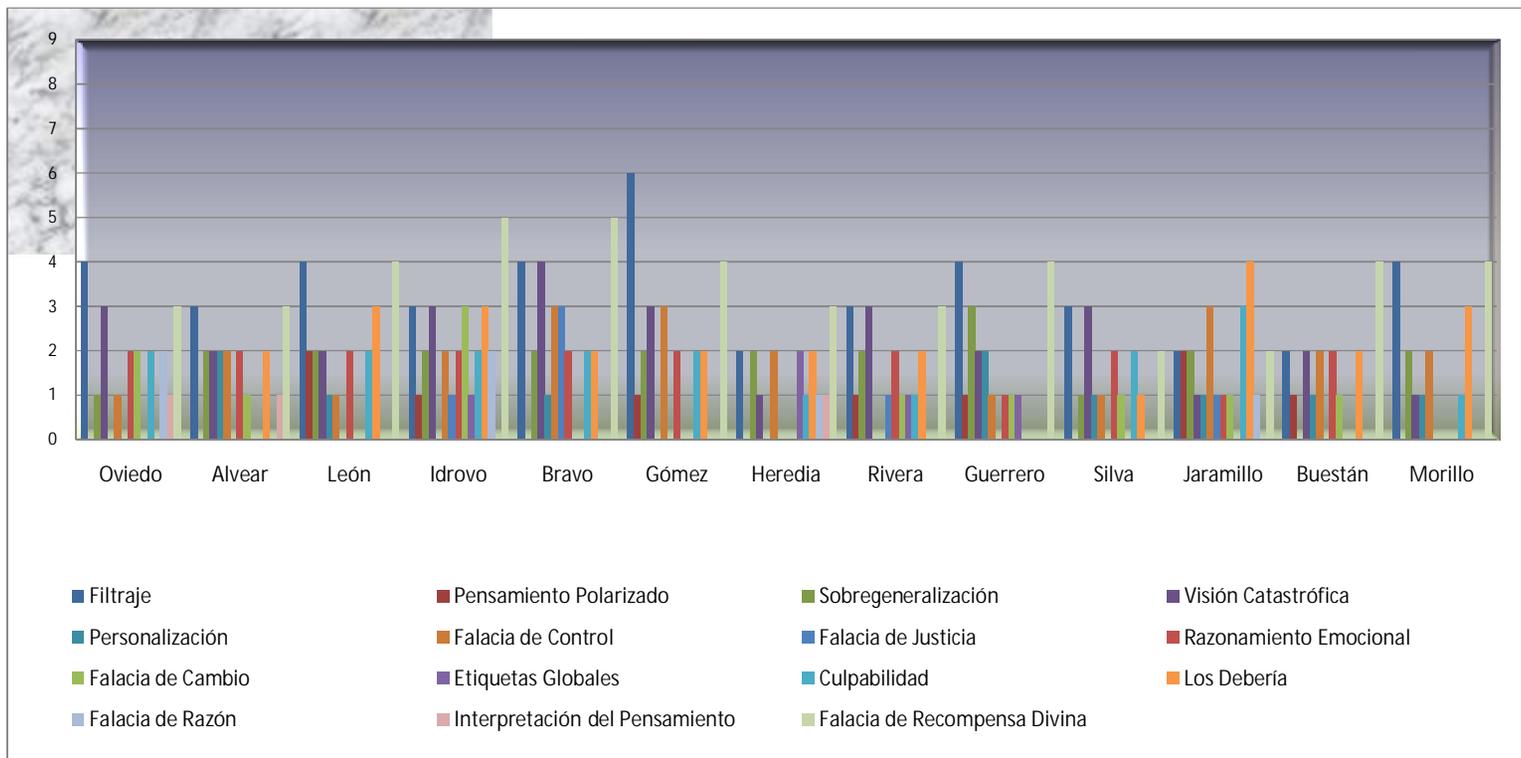


Respecto a la Evaluación Final, las pacientes respondieron al proceso con un mayor control sobre sus pensamientos, así lo muestra la Tabla No. 5.4 y se lo representa en el Gráfico No. 5.7; presentando niveles más bajos en Interpretación del Pensamiento, distorsión que tan sólo se presentó en tres pacientes con puntuaciones directas de 1. Así también, con mayor frecuencia se presentaron Etiquetas Globales en cuatro casos, con puntuaciones de 1 y 2; el resto no presentó estos pensamientos automáticos. Los picos más altos se presentan en Filtraje y Falacia de Recompensa Divina; respecto a la primera, se presenta mayormente pronunciada en el caso Gómez con puntuación de 6, y en relación a la segunda, con puntuaciones de 5 se presenta en los casos Idrovo y Bravo.

TABLA No. 5.4
Distorsiones Cognitivas más y menos Frecuentes en Evaluación Final en
Inventario de Pensamientos Automáticos en Mujeres Recién Diagnosticadas con
Cáncer de Mama

Pacientes	Filtraje	Etiquetas Globales	Interpretación del Pensamiento	Falacia de Recompensa Divina
Oviedo	4	0	1	3
Alvear	3	0	1	3
León	4	0	0	4
Idrovo	3	1	0	5
Bravo	4	0	0	5
Gómez	6	0	0	4
Heredia	2	2	1	3
Rivera	3	1	0	3
Guerrero	4	1	0	4
Silva	3	0	0	2
Jaramillo	2	0	0	2
Buestán	2	0	0	4
Morillo	4	0	0	4

GRÁFICO No. 5.7
Resultados Evaluación Final en Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz & Lujan, 1991), en Pacientes Recién Diagnosticadas de Cáncer de Mama, Oct 2008 – Ene 2009



Los resultados expuestos demuestran una disminución significativa, a nivel sintomático, de la perturbación psicológica generada tras el diagnóstico de cáncer de mama, mediante la propuesta de asesoramiento psicológico y manejo de los distintos conflictos personales y familiares que presentan cada una de las pacientes.

5.2.2 Presentación Cualitativa de Resultados: En lo que respecta al ámbito cualitativo, se expondrá brevemente cada uno de los casos, la manera como se manejaron los distintos fenómenos de la relación de ayuda y del proceso de asesoramiento psicológico en sí, enfatizando en la aplicación de las distintas técnicas cognitivas propuestas, muchas de las cuales se basaron en la Terapia Racional Emotiva de Ellis, además de las técnicas de alivio sintomático y las conductuales que apoyaron el proceso.

La presentación de los casos seguirá un esquema en el que se describen las tres fases del proceso de Asesoría Psicológica propuesta (Evaluación, Planificación y Ejecución), enfatizando en el abordaje del discurso del paciente en la etapa de valoración; el ojo clínico del psicólogo para determinar las estrategias terapéuticas adecuadas al caso, en la planificación del proceso y; en el manejo y aplicación de las técnicas acordadas en la ejecución. Tal estructuración de los casos posibilitará una comprensión y descripción de aspectos significativos de cada intervención, mostrando la forma cómo se presentó la paciente y la manera cómo se abordaron las distintas alteraciones psicológicas, hasta llegar al final del proceso de asesoría, donde se valoró el cumplimiento de objetivos y posterior al cual se evaluaron nuevamente las variables psicológicas mediante cuestionarios. Se procede, entonces, a continuación a presentar un análisis de caso, de cada una de las pacientes que formaron parte de la presente investigación:

CASO No. 1 “OVIEDO”

1. Conceptualización de Caso:

Paciente de 53 años, residente en Zhumiral, Ponce Enriquez, al ser diagnosticada de cáncer, ha generado intensa perturbación psicológica tanto a nivel personal, como familiar. En el Instituto del Cáncer (Solca – Cuenca) se confirma su diagnóstico

como Carcinoma de mama izquierda. Se la ha prescrito tratamiento clínico con Quimioterapia neoadyuvante, la misma que será complementada con una mastectomía radical. Tras su diagnóstico ha presentado entre sus principales manifestaciones clínicas: ánimo deprimido, ansiedad intensa debido a que asocia a la enfermedad con muerte, pérdida de interés, aislamiento social, llanto, ansiedad por hija menor quien padece de discapacidad mental, paciente intensifica tensiones, preocupaciones, llegando incluso a pensar en qué hacer con su hija antes de morir. Paciente goza de un gran apoyo de sus hijos mayores.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Temor intenso debido a que asocia al cáncer con la muerte, señala que su vida ha sufrido cambios repentinos viéndose obligada a aislarse de amistades e incluso de familiares. Paciente refiere tristeza profunda por hija, al considerar que ella debe sufrir al estar alejadas.

Implícito: Paciente se presentó ansiosa, con ánimo deprimido, tono de voz bajo. Refiere pensamientos que conceptualizan la crisis actual como catastrófica e insoportable, viéndose incapaz de afrontar las exigencias que el cáncer demanda.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

La paciente es viuda hace siete años, su esposo falleció de pancreatitis. Tiene 3 hijos, Marlon de 29 años, Darwin de 28 años y María de 23 años. La paciente Oviedo se ha dedica a los quehaceres domésticos, permaneciendo en casa la mayor parte del tiempo. Su hijo mayor, Marlon, es casado y tiene una hija de 2 años; vive independientemente en una residencia junto a la de su madre, trabaja en minería en campos alejados de la población, razón por la cual se ausenta, teniendo períodos laborales de 21 días continuos por mes. Darwin, es soltero, trabaja al igual que su hermano en minería y con períodos laborales similares, estando en casa tan solo por el lapso de una semana al mes, él es el sustento familiar del hogar, es quien ha corrido con gastos médicos de la paciente, siendo apoyado por Marlon. María, debido a su discapacidad mental pasa en casa, siendo la compañía de la paciente;

razón por la cual, la separación de ella, por motivos de enfermedad, ha generado mayor perturbación emocional.

4. Entrevista Inicial:

Paciente acude a sesión acompañada de hijo, Darwin, quien en un inicio se mantiene en un segundo plano, dejando a su madre que se exprese libremente, posteriormente aporta información adicional. La entrevista comenzó con poca colaboración de la paciente, quien se mostró con ánimo deprimido, ansiosa, comunicaciones limitadas, tono de voz bajo. Al preguntar sobre la problemática actual, paciente encontró un ambiente seguro en el cual expresar emociones, preocupaciones, dudas, etc., recibiendo apoyo, empatía, tanto de clínico como de parte de Darwin. Señala acudir con la intención de recuperar su equilibrio psicológico, teniendo gran confianza en el proceso debido a buenas experiencias en una intervención psicoterapéutica anterior.

Paciente siente intensos sentimientos de culpa por no haberse hecho atender a tiempo, considerando que podía ser víctima de dolor, razón por la cual evitó en un inicio atenderse con profesional, lo cual ha generado múltiples reproches hacia sí misma, considerando que está pagando por un error cometido. Actualmente es traída por insistencia de hijos, comenta que tenía ya las sospechas de que se tratara de un cáncer debido a crecimiento progresivo de lesión.

Paciente indica intenso temor a morir debido al diagnóstico de cáncer, lo cual ha producido ansiedad, depresión grave, pérdida de interés, pasividad, insomnio, evitación, llanto incontrolable, refiere “esto es demasiado para mí, no puedo aguantar tanto”, lo cual ocasiona desinhibición emocional. Señala que por sus hijos ella puede quedar tranquila porque les ha dado una formación y pueden valerse por sí mismos; no obstante, su principal preocupación es su hija, quien debido a su discapacidad, necesita de alguien que esté a su cuidado, temiendo que pudiera ser víctima de un abuso o maltrato. Darwin intenta tranquilizar a paciente considerando que María puede estar a su cargo o de su hermano, aconsejándola, más bien, dedicar sus preocupaciones y energías en recuperar su salud; añade “mami ud. debería sólo preocuparse por estar bien, nosotros nunca la hemos dejado y ahora más que nunca estamos con ud. ni por el dinero que de donde sea sacamos y podremos pagar el

tratamiento”. Paciente afirma que siente pena por hijos quienes están invirtiendo sus ahorros en sus gastos, señalando incluso deseos de abandonar tratamiento.

En una segunda entrevista se aplicó las escalas psicológicas, trabajo que se realizó mediante autoaplicación de paciente, quien colaboró abiertamente, mostrando disposición al proceso.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 23. Depresión Moderada.
- **Evaluación Final:** Puntaje 11. Depresión Leve.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 16. Ansiedad Moderada.
- **Evaluación Final:** Puntaje 6. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	6	4
Pensamiento Polarizado	2 - 17 – 32	2	0
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	0	1
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	3	1
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	5	3
Personalización	6 – 21 – 36	3	0
Falacia de Control	7 – 22 – 37	2	1
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	1	0
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	5	2
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	6	2
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	0	0
Culpabilidad	12 – 27 – 42	5	2
Los Debería	13 – 28 – 43	3	0
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	3	2
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	9	3

6. Diagnostico:

Formal: De la evaluación realizada se concluye que el diagnostico de cáncer de mama ha generado perturbación psicológica caracterizada por rasgos de un trastorno

de ansiedad, así como marcadas manifestaciones clínicas de un cuadro depresivo, entre los distintos síntomas destacan: preocupación excesiva, estado de alerta, dificultad para concentrarse, temor a la enfermedad, su fuente principal de preocupación ha sido su hija, por quien teme se pueda quedar sola, humor deprimido, tristeza profunda, llanto fácil, sentimientos de culpa, pensamientos recurrentes de muerte, etc. Además, debido a no hacerse atender a tiempo, lo cual generó un agravamiento del cuadro médico, la paciente presenta una autoevaluación negativa, viéndose a sí misma como una persona incompetente, culpable, débil, etc.

Informal: A nivel de su personalidad presenta rasgos de un trastorno evitativo, destacando hipersensibilidad a la crítica y desaprobación, estableciendo contacto con quienes considera puede estar segura de ser aceptada, teme que al regresar a Zhumiral su condición de enferma genere críticas de los demás. En el área cognitiva, destacan, entre sus principales creencias irracionales: filtraje, visión catastrófica, razonamiento emocional, falacia de cambio, culpabilidad y falacia de recompensa divina.

7. Planificación Del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Permitir una adecuada expresión emocional de la paciente respecto a la enfermedad.
- Adquirir conocimientos respecto a la enfermedad, tratamientos, etc.
- Identificar creencias irracionales que provocan malestar emocional y conductual.
- Generar patrones de pensamiento realistas, flexibles y que permitan una adaptación adecuada a la enfermedad.
- Resolver conflictos familiares respecto a su hija.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- **Asesoría Informática:**
 - a) Psicoeducación
 - b) Biblioterapia.

- **Intervención Terapéutica:**
 - a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
 - b) Debate Racional Emotivo
 - c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
 - d) Reestructuración Cognitiva
 - e) Entrenamiento en Resolución de Conflictos

- **Alivio Sintomático:**
 - a) Imaginación Racional Emotiva
 - b) Relajación Muscular Progresiva.

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (2/Octubre/2008)

Paciente se presentó acompañada por hijo Darwin, al iniciar la sesión, se discuten los objetivos del proceso, los cuales son acordados tanto por parte de paciente, como del clínico. Posteriormente en un segundo momento es establece la estructura del proceso acordando realizar las sesiones una hora diaria, en FASEC, lugar donde se encuentra la paciente, a las 3:00pm, por el lapso, inicialmente, de siete días. Se mostró consciente, orientada, colaboradora, inquieta, ansiosa, refiere malestar físico leve, estado de ánimo deprimido. Inicialmente se valora el nivel de información sobre el cáncer de mama, si bien conoce que se trata de una enfermedad grave que, en su caso, se encuentra en estadio, relativamente, avanzado, carece de información específica sobre tratamientos, características de los mismos, etc.

Paciente expresa temores, distintas distorsiones cognitivas que fomentan mayor alteración emocional, que son fruto del desconocimiento sobre el cáncer, se produce desinhibición emocional cuando habla de su hija y su “riesgo de muerte”. Ante dichas creencias erróneas como: “las quimioterapias matan”, “las personas con cáncer se mueren”, “yo no quiero que me tengan aquí un año entero lejos de mi hija,

porque dicen que el tratamiento es largo”, etc. se procede a introducir a paciente en un proceso psicoeducativo, brindando información general sobre el cáncer, concepto, sus posibles causas, métodos diagnósticos. Como parte final de la sesión se dedicó espacio a enseñar a paciente practica de relajación muscular progresiva, a fin de brindar alivio sintomático. Se proporcionó material bibliográfico como tarea.

Segunda Sesión: (3/Octubre/2008)

Comenzó con revisión de tarea, tanto paciente como hijo expresan peticiones de aclaración sobre material asignado. Paciente se presentó orientada, colaboradora, habla abiertamente. Estado de ánimo levemente elevado, ansiedad moderada.

Se continúa con el proceso psicoeducativo, brindando información sobre qué hacer tras el diagnóstico, tratamientos, tipos, efectos secundarios, duraciones medias aproximadas, dependiendo los casos. Darwin manifiesta dudas en cuanto a duración de quimioterapia, necesidades de hospitalización, se explica significado de ciclos de quimioterapia y duración de cada uno. Paciente expresa gran preocupación por posibles cambios corporales, refiere ansiedad intensa, manifiesta “yo no me veo así sin pelo, creo que sería mejor que no me den eso y me hagan otro tratamiento,...todo esto es tan difícil, sólo de imaginarme”. Se realiza un cierre del proceso psicoeducativo. Finalmente, se refuerza práctica de relajación, lo cual paciente indica que genera elevados niveles de alivio, tranquilidad, quedándose con una sensación agradable.

Tercera Sesión: (4/Octubre/2008)

Paciente asistió sola, se muestra consciente, orientada en tiempo y espacio, presentó ánimo levemente deprimido, ansiedad moderada, dificultad para dormir, etc. Se observa evolución del cuadro psicológico y mayor orientación en cuanto a enfermedad se refiere. La sesión comenzó con la explicación del modelo cognitivo, reconociendo la conexión entre cognición, afecto y conducta, mediante psicoeducación.

Al entrenar a paciente en Detección de creencias irracionales (Ibs), con cierta dificultad al inicio logró identificar Ibs generadas tras el diagnóstico, diferenciándolas de creencias racionales (Rbs). En sesión paciente detectó Ibs como:

“Yo debería ponerme más fuerte por el bien de mis hijos, yo no era tan floja...Diosito permita que ya esto pase y quede bien para poder irme a mi casa tranquila”. Finalmente, por perturbación que ocasiona se abordó sobre conflicto respecto a hija, se practicó Entrenamiento en resolución de conflictos, con el cual, de entre todas las posibilidades, se resuelve que hermana de paciente la apoye yendo a su casa, para estar con hija.

Cuarta Sesión: (5/Octubre/2008)

Se dio inicio con la revisión de tareas asignadas, paciente logró identificar Ibs relacionadas al diagnóstico de cáncer. Refiere aceptación de hermana en acompañar a su hija. Se presentó consciente, orientada, refiere mejoría sintomática significativa. Continuando con el proceso cognitivo, se practicó el Debate Racional Emotivo, lo cual permitió comprobar la irracionalidad de las Ibs y eliminarlas para reemplazarlas con Rbs como: “Aunque ahora haya caído y me he sentido débil, lo cual es normal, eso no quiere decir que soy así...con mi esfuerzo y la ayuda de Dios podré luchar para seguir adelante me cure o no, lo importante es estar tranquila y vivir bien”. Tales Rbs son reforzadas por el Entrenamiento en Autoinstrucciones. Se establece, para concluir la sesión, como tarea: debatir Ibs y generar Rbs adaptativas.

Quinta Sesión: (6/Octubre/2008)

Respecto a las tareas se cumplen acertadamente, lo cual refuerza el trabajo en sesión. Paciente motivada al trabajo, colaboradora, refiere ánimo levemente decaído, el cual es influenciado por inicio cercano de quimioterapia. Paciente señaló alcanzar un autocontrol de la problemática, lo cual alude se debió a un control cognitivo. En sesión se enseña el uso del formulario de autoayuda de la T.R.E. Paciente aplica el proceso completo de reestructuración cognitiva, se detecta Ibs que son debatidas y reemplazadas por Rbs. Se cierra la sesión estableciendo como tarea aplicar el formulario de autoayuda.

Sexta Sesión: (7/Octubre/2008)

Se cumplió con tarea asignada correctamente. Paciente refiere mejoría significativa, aceptación de enfermedad, ansiedad leve por desocupación durante el día. Se fortalecen las estrategias cognitivas adquiridas, permitiendo a paciente realizar el proceso completo de reestructuración con supervisión de clínico, corrigiendo errores,

entorno a detección de Ibs. Debido a falta de actividad, se planifican tareas en distracción cognitiva. Como tarea se asigna practica de relajación dos veces al día. Al cierre paciente expresa deseos de adquirir destrezas conductuales, por lo cual se planifica extender el proceso una sesión más.

Séptima Sesión: (8/Octubre/2009)

Se cumplió con tareas asignadas, paciente refirió resultados favorables mediante relajación y actividades en distracción cognitiva. Se mostró consciente, orientada, ánimo levemente elevado, refiere estabilidad, tranquilidad, mayor motivación a tratamientos médicos. La sesión se dedica a entrenar a paciente a desenvolverse socialmente, a pesar de su condición de padecer cáncer, se practica Entrenamiento en Habilidades Sociales en ambiente de Solca por sí sola, debido a que en próximas visitas su hijo no podrá acompañarla, en Zhumiral se la entrena a manejarse con amistades y conocidos, paciente solicita entrenamiento en explicar su situación a fin evitar rechazo. Al cierre se asignó tareas: aplicar habilidades adquiridas en Solca.

Octava sesión: (9/Octubre/2008).

Paciente cumple con tarea, refiere ansiedad intensa al realizarla, la cual, como se practicó en sesión, se logra controlar mediante manejo cognitivo aprendido, alcanzando éxito en la ejecución. Paciente estable, tranquila, colaboradora. Se realizó una entrevista abierta, mediante la cual se dio cierre al proceso. Se revisaron el cumplimiento de objetivos, expresando satisfacción por ambas partes. Se brindó espacio para que paciente exprese sentimientos al respecto. Se plantean metas a mediano y largo plazo: Finalizar su tratamiento oncológico, volver a trabajar en tejidos en su casa para obtener un sustento más, involucrarse más en asuntos familiares, específicamente con hermanos.

9. Conclusión:

Paciente ha presentado, tras diagnóstico médico, un cuadro psicológico en el que se mezclan síntomas depresivos, de ansiedad, los mismos que se ven exacerbados por un grado considerable de culpabilidad al no haberse hecho atender a tiempo, así como por una autodevaluación de su persona. Ha puesto en marcha patrones característicos de su personalidad, con una tendencia al aislamiento social. Durante el

proceso, desarrollo gran confianza en el mismo, por experiencia psicoterapéutica anterior; logrando un autocontrol cognitivo, así como la resolución de conflicto familiar que la aquejaba. Mostró disposición al trabajo, logrando aplicar con acierto el modelo de reestructuración cognitiva y reduciendo considerablemente los síntomas tanto depresivos como ansiosos, así como desarrollando un control sobre la enfermedad.

CASO No. 2 “ALVEAR”

1. Conceptualización de Caso:

El presente caso trata de una paciente de 63 años, procedente y residente en el cantón Paute, quien presenta alteración psicológica desencadenada debido a diagnóstico de cáncer. En el Instituto donde se realiza el proceso de asesoría, se determinó como Carcinoma de mama derecha a su diagnóstico definitivo, con la prescripción de mastectomía radical como conducta terapéutica. Fruto del impacto diagnóstico la paciente presenta entre los principales síntomas: tristeza, pérdida del sueño, disminución leve del apetito, pensamientos recurrentes sobre la enfermedad, pasividad, tensión muscular, abandono de actividad laboral, además su ansiedad se ve incrementada por un desconocimiento de la enfermedad, lo cual crea incertidumbre en cuanto a su futuro, y por estar sola en casa. A nivel familiar, presentan temor profundo, existe un mayor acercamiento con hijos, aunque considera que ellos no le cuentan la verdad sobre su pronóstico médico y teme que su enfermedad se encuentre avanzada.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Paciente señala que tras confirmación de diagnóstico oncológico ha sufrido insomnio, ha dejado de alimentarse normalmente y ha abandonado su actividad laboral por prescripción médica. Estos y otros desencadenantes refiere le ha producido sufrimiento, al respecto señala “...en la casa me he pasado solo pensando en que me irá a pasar, me ha venido como una desesperación que no puedo aguantar y estar solita en la casa me ha hecho peor...ahora ya vieja no puedo hacer nada y encima enferma, más soy una carga para mis hijos”.

Implícito: Se presentó desorientada en tiempo, ansiosa, agitada, posee escasa información respecto al cáncer, una de sus fuentes de angustia radica en el desconocimiento de la enfermedad, temiendo sea algo grave.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

Paciente casada hace 42 años, fruto de su matrimonio ha procreado 8 hijos, de los cuales 4 son varones y 4 mujeres. Actualmente vive con su esposo Manuel de 69 años y sus dos hijas menores que son solteras, Bertha de 26 años y Luz de 25; sus otros seis hijos son casados y viven en el mismo pueblo, pero independientemente; mantiene una relación muy cercana con cada uno de sus hijos, quienes la visitan con frecuencia. Con las personas con las que vive la relación es muy cercana, sus dos hijas trabajan en comercio, mientras que su esposo labora en agricultura, refiere que él ha sido su principal apoyo en estos momentos, ya que incluso ha incrementado su horario de trabajo para obtener un sustento y solventar los gastos médicos.

4. Entrevista Inicial:

En la entrevista de investigación, acudió paciente junto con su esposo Manuel, con el fin de analizar y alcanzar una comprensión completa del impacto diagnóstico en la vida de la paciente. En un inicio, paciente se mostró ansiosa, tensa, sus comunicaciones fueron limitadas, se encontraba agitada, razón por la cual se ponía a sí misma en un segundo plano, dejando que Manuel tome la iniciativa y sea quien proporcione la información, razón por la cual se establecieron límites y se respetaron los turnos de intervención, así la entrevista se desarrolló en una conversación espontánea, logrando colaboración de paciente.

Una de las principales fuentes de preocupación es el desconocimiento de la enfermedad y tratamiento, tanto por parte de paciente como de familiares, lo cual influye trascendentemente en el cuadro psicológico intensificando niveles de ansiedad. Posterior al impacto diagnóstico, paciente describe sus días como tristes, llenos de desesperación, nervios, soledad, señala que no se siente fuerte para soportar la situación actual, al respecto manifiesta “yo ya estoy vieja y esto es muy fuerte para mi, encima soy sólo una carga porque ya no puedo hacer nada, hasta me ha tocado dejar de trabajar y estar de balde no me gusta porque viéndome así mis hijos son los

que más sufren”. Esposo señala que todos los miembros de la familia, se encuentran haciendo esfuerzos para cuidar de su madre y trabajando para solventar los gastos que el cáncer involucra, se desarrolla una discusión entre paciente y Manuel debido a que ella demanda mayor compañía y atención, ya que tanto sus hijas, como él salen a trabajar y los momentos de mayor perturbación psicológica se presentan cuando se queda sola.

En una segunda entrevista se aplicó las escalas psicológicas, lo cual se realizó en formato heteroaplicado, debido a pérdida progresiva de la vista de paciente, quien mostró colaboración y logró una comprensión clara de las distintas consignas.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 30. Depresión Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 12. Depresión Leve.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 21. Ansiedad Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 8. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	2	3
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	1	0
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	4	2
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	2	1
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	5	2
Personalización	6 – 21 – 36	3	2
Falacia de Control	7 – 22 – 37	5	2
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	1	0
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	6	2
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	0	1
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	2	0
Culpabilidad	12 – 27 – 42	1	0
Los Debería	13 – 28 – 43	5	2
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	2	0
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	6	3

6. Diagnostico:

Formal: Del proceso evaluativo del impacto diagnóstico generado tras el diagnóstico de cáncer de mama, se confirma el desarrollo de un cuadro psicológico, el cual ha impedido un normal funcionamiento de la paciente en las distintas áreas en las que se desenvuelve. Entre las principales alteraciones cuentan: rasgos pronunciados de un trastorno depresivo, en el que destacan abulia, tristeza, llanto, pensamiento recurrentes sobre la enfermedad; además de un cuadro ansioso el mismo que se ve exacerbado por la incertidumbre que genera el desconocimiento de su tratamiento. Respecto al autoestima y autoimagen, presenta patrones de pensamiento negativos viéndose como vieja, inútil, inservible, etc. a lo cual acompaña una sensación de verse desagradable, incompleta, sin atractivo alguno, por futura mastectomía.

Informal: En relación a su personalidad, muestra rasgos pronunciados de un trastorno dependiente, ya que busca estar acompañada, realizando todos los esfuerzos por estar siempre con algún familiar, no tolera la soledad, es introvertida, deja que sus familiares tomen decisiones por ella. A nivel cognitivo, entre sus distorsiones, se presentan: Sobregeneralización, visión catastrófica, falacia de control, razonamiento emocional, los debería y falacia de recompensa divina

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Permitir una adecuada expresión emocional respecto a la enfermedad
- Reforzar recursos de afrontamiento propios de la paciente
- Adquirir conocimientos respecto al cáncer, tratamientos, efectos secundarios, etc.
- Generar patrones de pensamiento flexibles, realistas que permitan una adecuada adaptación a la enfermedad, autonomía e independencia.
- Adquirir estrategias de interacción social.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- **Asesoría Informática:**
 - a) Psicoeducación
 - b) Biblioterapia
- **Intervención Terapéutica:**
 - a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
 - b) Debate Racional Emotivo
 - c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
 - d) Reestructuración Cognitiva
 - e) Distracción Cognitiva
 - f) Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad.
- **Alivio Sintomático:**
 - a) Risoterapia
 - b) Imaginación Racional Emotiva
 - c) Relajación Muscular Progresiva

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (17/Octubre/2008)

El proceso de asesoramiento inicia con el planteamiento de objetivos en base al diagnóstico establecido en la fase evaluativa, se realiza una negociación con paciente a fin de que los objetivos estén de acuerdo a sus necesidades y requerimientos, llegando a consenso. Posteriormente, se establece la estructura del asesoramiento, acordando realizar una sesión diaria, por el lapso de ocho días, a las 2:30pm en el consultorio psicológico de Solca, con presencia de Manuel en las dos primeras sesiones.

Paciente Alvear se muestra al inicio ansiosa, algo tensa, introvertida, deprimida, desarrolla mayor confianza y por ende, colaboración, por lo que sus comunicaciones fluyen espontáneamente; refiere malestar emocional y físico, pérdida de apetito, abulia. El primer tópico a tratar es brindar a paciente un espacio en el cual pudo expresar cuanto siente respecto al cáncer, a la vez que se valora su nivel de información, situación que produjo desinhibición emocional al abordar sobre temores, sufrimiento, soledad en casa. Paciente expresa temor por tratamientos, conoce que se someterá a una mastectomía, pero no sabe que más se realizará, señala que ha escuchado que el tratamiento deja débil a las personas y al considerarse vieja dice “yo no puedo aguantar tantas cosas, ya con la operación deberían sacarme todo”.

El desconocimiento ha provocado pensamientos negativos y sobrevalorativos, llegando incluso a considerar que se le oculta la verdad porque su caso es grave o incurable. Manuel, en su intento por tranquilizarla, expresa que ella debe esforzarse y hacer lo que los médicos digan, manifiesta “nosotros hemos oído de vecinos que han tenido cáncer y que las terapias les dejan peor, por eso es el miedo de ella, pero tal vez no esté avanzado y no tenga que hacerse esas terapias...”. Debido a múltiples distorsiones generadas por desconocimiento se introduce un proceso psicoeducativo que aborda sobre el cáncer de mama, causas, explicación de la anatomía mamaria y los procesos diagnósticos.

La fase final de la sesión se dedica a alivio sintomático, aplicando relajación muscular progresiva, alcanzando niveles elevados de satisfacción. La sesión se dio por terminada con determinación de biblioterapia como tarea para casa.

Segunda Sesión: (18/Octubre/2008)

Paciente cumple tarea con asistencia de esposo, se comenta sobre lectura y se despejan dudas al respecto. Se presenta consciente, orientada, con ánimo deprimido, ansiosa, tensión leve, se observa aún malestar sintomático, refiere mejoría en cuanto a insomnio. La principal preocupación de paciente y Manuel se centra en el tratamiento, razón por la cual se inicia la sesión con el abordaje psicoeducativo sobre las distintas modalidades terapéuticas para cáncer de mama, lo cual proporciona un sentido de guía u orientación de paciente. Paciente expresa múltiples dudas, se

visualizan signos de ansiedad, lo cual se considera normal al momento de adquirir conocimientos respecto al tratamiento.

Con objeto de evitar terminar la sesión con sensación ansiosa y de preocupación, se refuerza recursos de afrontamiento propios de la paciente mediante Historial de acciones positivas, Manuel colabora destacando capacidad de paciente al afrontar situaciones estresantes como enfermedades de hijos, fallecimiento de padres, crisis económicas, etc. y por último se refuerza técnica de relajación.

Tercera Sesión: (19/Octubre/2008)

Paciente asiste sola, se muestra ansiosa, levemente deprimida, colaboradora, refiere mejoría sintomática en cuanto a insomnio y tolerancia a dieta. Se da comienzo a la sesión con el abordaje del modelo cognitivo, paciente debido a edad y deterioro cognitivo, presenta dificultad para generar imágenes mentales claras; sin embargo, se detectan la mayoría de estímulos del momento del diagnóstico, entre ellos, sus Ibs generadas y enlazándolas con sus consecuencias perturbadoras. Paciente detecta Ibs como: “Esta enfermedad es terrible, no me deja dormir, no me deja en paz porque me tiene pensando todo el tiempo, pero tengo que ponerme bien sino me desespero más y eso preocupa más a mis hijos”. Al final de la sesión, paciente expresa ansiedad debido a que estar sola en casa ocasiona malestar, ante lo cual se plantean actividades en distracción cognitiva, para mantenerse ocupada mientras está en su hogar. Se cierra la sesión con establecimiento de tarea: práctica Entrenamiento en Detección de Ibs.

Cuarta Sesión: (20/Octubre/2008)

Se revisaron al comienzo las tareas encomendadas y las actividades en distracción cognitiva. En cuanto a detección de Ibs, presenta cierta confusión con Rbs, pero se aclara al resaltar en identificar las C en cada una. Se muestra con ánimo levemente deprimido, refiere dormir a intervalos largos, tolera mejor su dieta, leve ansiedad. Durante la sesión se aborda en el Debate Racional Emotivo, el cual permitió a paciente entender el carácter irracional de sus Ibs, generando Rbs flexibles y que fomentan una mayor adaptación a la enfermedad, por ejemplo: “Es difícil tener cáncer, pero peor hubiera sido si me decían que es terminal o que ya no hay nada que hacer; esto me tranquiliza y me doy cuenta que soy yo misma quien pasa solo

pensando en eso,”, tales Rbs son reforzadas mediante entrenamiento en autoinstrucciones.

Quinta Sesión: (21/Octubre/2008)

Paciente cumplió con tareas y actividades en distracción cognitiva, señala detectar consecuencias adaptativas de Rbs, resaltando la generación de estilos de afrontamiento activos ante el cáncer y mayor tolerancia a estar en casa. Se presentó levemente deprimida, colabora, motivada; refiere ansiedad leve, culpa por sufrimiento de hijos. En sesión se enseña el uso del formulario de autoayuda (reestructuración cognitiva) aplicando el proceso completo de la T.R.E., se detectó Ibs en relación a culpabilidad, las mismas que son debatidas y reemplazadas por Rbs. Se da cierre a la sesión con establecimiento como tarea aplicar el formulario de autoayuda.

Sexta Sesión: (22/Octubre/2008)

Paciente cumple con éxito el manejo del formulario de autoayuda, señala sensación de seguridad en sí misma, así como un control de síntomas mediante manejo cognitivo. En distracción cognitiva cumple con tareas asignadas. En sesión se muestra orientada, activa, estable, refiere mejoría significativa. La sesión inicia con un reforzamiento general de técnicas cognitivas, resaltando su práctica diaria a fin de lograr un equilibrio cognitivo, emocional y conductual. En un segundo momento, la sesión se dedicó a la adquisición de estrategias para generar un desenvolvimiento de la paciente sin el esposo tanto en casa como en Solca, alcanzando elevados niveles de estrés al iniciar practica, pero se resalta control cognitivo de la situación alcanzando un desenvolvimiento eficaz. Se da por terminada la sesión con determinación de tarea: aplicar habilidades en ambiente natural.

Séptima Sesión: (23/Octubre/2009)

Comienza con revisión de tareas, paciente refiere ansiedad intensa la realizarla; no obstante, alcanza un autocontrol que permite manejarse adaptativamente. Se cumplen las tareas en distracción cognitiva. Refiere recuperación de estado anímico, mayor motivación y adaptación al cáncer y su tratamiento. En sesión se refuerzan estrategias adquiridas a nivel conductual, practicando nuevamente con el fin de

corregir errores en la ejecución y resaltando estrategias cognitivas en momentos de estrés.

Octava sesión: (9/Octubre/2008).

Actividades en distracción cognitiva han permitido a paciente manejarse acertadamente en casa, las cumple con pequeñas variaciones que ella misma propone. En sesión se muestra estable, tranquila, colaboradora, refiere leves síntomas de ansiedad que están bajo su control. Mediante una entrevista abierta se valora el alcance de los objetivos trazados al inicio, expresando éxito en el proceso por ambas partes. Paciente expresa agradecimiento en relación a terminación de asesoramiento, señala disponer de recursos para iniciar y hacer frente a tratamiento. Se plantean metas a mediano y largo plazo: Superar tratamiento oncológico, volver a trabajar.

9. Conclusión:

La paciente Alvear desarrolló un cuadro depresivo tras el diagnóstico de cáncer de mama, al verse obligada a abandonar su actividad laboral y estar en casa, lo cual producía tristeza, angustia y se asociaba con síntomas de ansiedad como desesperación y a una alteración en autoestima y autoimagen; lo cual llevó a paciente a demandar mayor atención de su familia debido a rasgos dependientes de personalidad. Durante el proceso se enfocó en impartir conocimientos sobre el cáncer y con gran esfuerzo se aplicaron técnicas terapéuticas, sobretodo cognitivas, que fomentaron mayor adaptación a la enfermedad. Finalmente, se produjo mayor autonomía y se fomentó un desenvolvimiento adaptativo en diferentes ambientes en los que se presenta la paciente mediante habilidades sociales, preparando a paciente para un afrontamiento activo de la problemática actual.

CASO No. 3 “LEÓN”

1. Conceptualización de Caso:

Paciente de 54 años, casada, no posee hijos, residente en Zhumiral, cantón Ponce Enriquez. En Solca – Cuenca se confirma que su caso trata de un Carcinoma Ductal Infiltrante de mama derecha, ante lo cual se ha prescrito una cuadrantectomía que permita retirar el tumor y complementar con tratamiento clínico que se decidirá

posterior a la cirugía. El sometimiento a exámenes de exploración incómodos, dolorosos y la confirmación de cáncer han ocasionado perturbación emocional que ha impedido un adecuado afrontamiento de la problemática, entre sus principales síntomas presenta ánimo deprimido, llanto, abulia, desadaptación al medio (Cuenca), angustia por ausencia de esposo, insomnio, desmotivación en cuanto al futuro, síntomas fisiológicos de estrés, alteraciones en la alimentación, además de haber abandonado su actividad laboral. A nivel familiar, ha generado conflictos con esposo, debido a que exige su compañía, pues se siente sola y que no puede hacer frente a las exigencias que el cáncer demanda.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Paciente, por recomendación de amiga (Caso No. 1), decide acudir a consulta. Indica que confirmación diagnóstica produjo intenso malestar emocional que no permite afrontar situación adecuadamente. Refiere “tengo mucha preocupación, siento que esto es el principio del fin para mi y eso no se me sale de la cabeza, no me deja ni dormir...hay ratos en los que trato de pensar en otras cosas pero no puedo, no tengo ánimo para hacer nada y eso me apeora porque estar en la casa deprime a uno...”.

Implícito: Durante la entrevista paciente se mostró ansiosa, tensa, señala respecto a enfermedad “han sido tan difíciles estos días, no solo por la enfermedad sino por estar fuera de mi casa y sin mi esposo, eso me tiene sin dormir ya un par de semanas, no me acostumbro a esta ciudad...parece que no estoy preparada para todo esto”.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

Paciente casada hace 19 años, vive actualmente tan solo con su marido Juan de 48 años, quien se dedica al transporte de productos agrícolas; señala que mantienen una relación cercana y positiva, resaltando que existen ocasiones en las que la comunicación es escasa entre ambos. Por motivos genéticos y por edad avanzada no pudo tener hijos, lo cual ocasionó un pesar intenso, además de conflictos en la relación matrimonial. Tiene 8 hermanos, de los cuales, tres son varones y cinco

mujeres, con quienes lleva una relación estrecha, luego de haber tenido ciertos conflictos, por motivos de herencias de su padre, que han sido superados.

4. Entrevista Inicial:

La sesión de evaluación se inició con presencia tan sólo de paciente, con el fin de profundizar en cuanto al impacto psicológico producido por el diagnóstico de cáncer de mama y sus repercusiones en la vida de paciente. Se mostró ansiosa, agitada, con movimientos constantes de extremidades superiores, respiración profunda, mantenía escaso contacto ocular, sus comunicaciones al respecto de la enfermedad eran limitadas. Paciente expresa que la determinación de su diagnóstico ha sido un evento para el cual no estaba preparada, afirma “han sido tan difíciles estos días, no solo por la enfermedad Cuenca...parece que no estoy preparada para esto, es demasiado fuerte”.

Paciente señala que en los días posteriores a su diagnóstico, no ha podido conciliar el sueño, ha dejado de alimentarse en un porcentaje considerable, llegando a tener días completos de llanto, lo cual refiere se ve incrementado por estar lejos de su casa, sin acostumbrarse al medio actual, y por estar en completa inactividad. Además resalta necesidad de estar acompañada de esposo, al respecto menciona “sería más fácil si él estaría conmigo, a ratos le entiendo porque debe trabajar para pagar esto, pero hay ratos que me coge coraje y quiero exigirle que venga, porque no aguanto estar aquí solita”. El cuadro psicológico se ve agravado por la asociación que establece la paciente del cáncer con la muerte, al mencionar “tengo mucha preocupación, siento que esto es el principio del fin para mí y eso no se me sale de la cabeza, no me deja ni dormir...es como que me dijeron que ya voy a morir y no puedo dejar de pensar en eso y así no puedo hacer nada, creo que me ha dado depresión...”.

En una segunda entrevista se aplicó los cuestionarios psicológicos, para evaluar variables predecibles de perturbación, en forma autoaplicada, obteniendo colaboración de paciente y una comprensión adecuada de las consignas.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 30. Depresión Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 11. Depresión Leve.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 23. Ansiedad Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 8. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	7	4
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	1	2
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	0	2
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	3	0
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	4	2
Personalización	6 – 21 – 36	3	1
Falacia de Control	7 – 22 – 37	3	1
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	3	0
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	3	2
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	4	0
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	3	0
Culpabilidad	12 – 27 – 42	3	2
Los Debería	13 – 28 – 43	5	3
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	1	0
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	8	4

6. Diagnóstico:

Formal: El estudio realizado sobre el presente caso, determina que la paciente presenta rasgos pronunciados de un trastorno depresivo, caracterizado por ánimo deprimido, llanto, abulia, pensamientos recurrentes de muerte, insomnio; además de sintomatología fisiológica de ansiedad como agitación nerviosa, temblor de manos, taquicardia, sensación de falta de aire, que se acompañan de preocupación excesiva, expectativas negativas; manifestaciones clínicas que se deben al impacto diagnóstico consecuente a confirmación de cáncer de mama. Cabe destacar que el cuadro presenta como un síntoma principal alteraciones en la alimentación, presentando sensación de llenura y pérdida, prácticamente, absoluta del apetito. Se observa,

también, alteraciones en cuanto al autoestima, calificándose la paciente como vieja, inútil, débil.

Informal: En relación a su personalidad, paciente presenta rasgos de un trastorno dependiente, caracterizado por introversión, pasividad, sensación de desolación a pesar de estar en casa de familiar, sentimiento de incapacidad para afrontar las exigencias del cáncer. En el área cognitiva, sus principales pensamiento automáticos son: Filtraje, visión catastrófica, los debería y falacia de recompensa divina.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Reforzar recursos de afrontamiento propios de la paciente.
- Proporcionar recursos de expresión emocional, a fin de producir alivio sintomático.
- Adquirir conocimientos respecto al cáncer, tratamientos, efectos secundarios, etc.
- Identificar creencias irracionales que provocan malestar emocional y conductual.
- Generar patrones de pensamiento que permitan una adaptación a la enfermedad.
- Adquirir estrategias que permitan una adaptación a la ciudad como a la enfermedad.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- **Asesoría Informática:**
 - a) Psicoeducación
 - b) Biblioterapia
- **Intervención Terapéutica:**
 - a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
 - b) Debate Racional Emotivo
 - c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
 - d) Reestructuración Cognitiva
 - e) Distracción Cognitiva
 - f) Entrenamiento en Resolución de Conflictos

- **Alivio Sintomático:**

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva
- c) Respiración Profunda o Diafragmática

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (22/Octubre/2008)

Se da comienzo al asesoramiento con el informe de los resultados de la evaluación psicológica, seguido de la planificación, en la cual se debaten los objetivos a lograr y finalmente, se negocia la estructura del proceso, a fin de alcanzar óptimos resultados, acordando realizar una sesión diaria, durante ocho días, a las 2:00pm en el consultorio psicológico de Solca. Se presenta consciente, orientada, al inicio poco colaboradora, refiere ánimo deprimido acompañado de ansiedad, insomnio.

El asesoramiento, en sí, inicia con la valoración del nivel de información que posee la paciente entorno al cáncer, se produjo desinhibición emocional al abordar sobre sus expectativas y ausencia de esposo, señala “siento que esto es mi fin, casi todos los que tienen cáncer mueren, por eso es mi desesperación y encima que toca aguantar todo esto sola,...al menos estaría mi esposo aquí”. Manifestaciones como la anterior demuestran, en cierto grado, niveles considerables de desinformación, por este motivo se imparten conocimientos adecuados que orienten a la paciente, al tiempo que corrigen pensamientos erróneos. Una vez realizada abordados diferentes tópicos generales sobre el cáncer de mama, se realiza una autoevaluación, donde paciente reconoce que gran parte de la perturbación generada tras el diagnóstico se debe a pensamientos erróneos, a la vez que se intenta fomentar estilos activos de afrontamiento. Dado que el proceso psicoeducativo genera cierta ansiedad y debido al profundo malestar emocional de paciente, se reservó un espacio final para práctica de relajación.

Segunda Sesión: (23/Octubre/2008)

Se inicia la sesión con la revisión de la tarea, la cual se cumplió adecuadamente, se expresaron dudas respecto a ciertos temas de lectura. Paciente se presenta consciente, orientada, refiere malestar físico, sensación de fatiga debido a insomnio e

intolerancia de dieta, estado de ánimo deprimido. Se completa el proceso psicoeducativo iniciado la sesión anterior con el abordaje de las consecuencias psicológicas del diagnóstico, los tratamientos, como manejar efectos secundarios, etc. paciente expresa dudas respecto a razones de cada modalidad terapéutica, además de temor en cuanto a quimioterapias, ante lo cual menciona “yo me sacrifico por lo que sea, que me hagan todo menos esas terapias”, ante lo cual se observa desorientación de paciente, quien concibe que los distintos tratamientos pueden sustituirse unos a otros.

La segunda parte de la sesión se la subdividió, dedicando un espacio a reforzar estilos de afrontamiento propios y su puesta en práctica en problemática actual, que permitan una adaptación a la enfermedad y; finalmente debido a ansiedad que ocasionada, se dio cierre a la sesión con refuerzo de relajación, proporcionando como modalidad alternativa respiración profunda, lo cual se asignó como tarea.

Tercera Sesión: (24/Octubre/2008)

Paciente se mostró en sesión consciente, orientada, refiere mejoría en cuanto a insomnio por relajación, estado de ánimo levemente deprimido, ansiedad moderada, se destaca sensación de control situacional, facilitado por asimilación de conocimientos sobre cáncer. En sesión colabora, su participación es activa, se da espacio al análisis cognitivo, que permitió manejar a la vez emociones y conductas; sí bien logró identificar con claridad la conexión entre pensamientos con emoción y conducta, presenta cierta confusión entre Ibs y Rbs, con las respectivas aclaraciones detecta Ibs que ocasionaban su malestar como “Siento que para mi tener cáncer es el principio del fin, no estoy preparada para soportar todo esto y peor con los tratamientos que son fuertes”, creencias que se asociaron a síntomas emocionales perturbadores. Se realizó un horario de actividades en distracción cognitiva que permitan a paciente mantener el foco de atención en estímulos ajenos al cáncer.

Cuarta Sesión: (25/Octubre/2008)

Las tareas se cumplieron con cierta confusión al detectar Ibs, en cuanto a relajación y distracción cognitiva obtuvo resultados exitosos. Paciente se presentó con ánimo levemente deprimido, ansiedad leve, refiere sensación de autocontrol, duerme a intervalos cortos, tolera mejor su dieta.

Se continuó con el modelo cognitivo, cuestionando las Ibs y generando patrones de pensamiento, Rbs, que permitieron un autocontrol tanto a nivel cognitivo, como emocional y conductual, y se reforzaron mediante Entrenamiento en Autoinstrucciones, a la vez que fomentó una adaptación a la enfermedad, por ejemplo: “Aunque el cáncer es una enfermedad grave, eso no quiere decir que vaya a morir;... ningún médico me ha dicho que la enfermedad está avanzada o que ya no hay como tratarla, ahora depende de mi en esforzarme para afrontar la enfermedad, que es dura, pero no insostenible, porque ya otros se han curado, entonces yo también podré salir adelante”. Por último, se concluyó la sesión con la asignación de tarea: debatir Ibs y generar Rbs adaptativas.

Quinta Sesión: (26/Octubre/2008)

En casa, se identificaron nuevas Rbs, que refuerzan el proceso de adaptación a la enfermedad, se realizó actividades de distracción cognitiva. Paciente en sesión se encontró consciente, orientada, ánimo estable, tranquila, refiere mejoría sintomática significativa, duerme a intervalos cortos, mejora en cuanto a alimentación. En sesión se aprendió el uso del formulario de autoayuda, mediante el cual paciente identificó Ibs que fueron eliminadas mediante debate y generó Rbs flexibles y adaptativas. Se da cierre a la sesión con establecimiento como tarea aplicar reestructuración cognitiva.

Sexta Sesión: (27/Octubre/2008)

Paciente aplicó acertadamente el formulario de autoayuda, a la vez que cumplió con actividades planificadas que fomentan mayor adaptación al medio. Se mostró orientada, refiere mejoría emocional, duerme a intervalos largos, estado de ánimo levemente deprimido por deseo de no recibir quimioterapia, ante lo cual la sesión inicia con un espacio para reorientar a paciente y que exprese emociones. Se realizó un seguimiento a práctica cognitiva de paciente, generando sobretodo, Rbs. En un segundo momento, la sesión se dedicó a adquisición de habilidades conductuales para un mejor desenvolvimiento en medio actual, Cuenca y Solca, enfatizando en manejo cognitivo y Entrenamiento en Autoinstrucciones para controlar ansiedad, estrés.

Séptima Sesión: (28/Octubre/2009)

Comenzó con revisión de tareas, paciente aplicó habilidades adquiridas en medio natural, con cierta ansiedad que se controla cognitivamente. Se cumplen las tareas en distracción cognitiva. Refiere ánimo estable, ansiedad leve por temprano inicio de quimioterapia. En sesión se refuerzan habilidades conductuales adquiridas, se corrigen errores en su ejecución, a fin de lograr un desempeño óptimo en el medio actual.

Octava sesión: (29/Octubre/2008).

Paciente practica, in vivo, habilidades adquiridas alcanzando éxito en la ejecución. Se presentó tranquila, estable, colaboradora. Actividades en distracción cognitiva han permitido una mejor adaptación al medio. Se evalúa el cumplimiento de objetivos, expresando contentamiento de ambas partes. Se plantearon, finalmente, metas a mediano y largo plazo: seguir indicaciones a fin de terminar su tratamiento médico, trabajar nuevamente en casa en costura que le permita obtener un sustento y sentirse útil, colaborar y pertenecer a un grupo de apoyo de niños abandonados en Machala.

9. Conclusión:

La confirmación de cáncer de mama desencadenó en un cuadro depresivo, al asociarlo con muerte, el cual ha impedido un normal desenvolvimiento de paciente, quien incrementa su malestar al presentar ansiedad intensa por futuros tratamientos, al considerarse incapaz de afrontar la enfermedad deteriorando su autoestima y al considerar que estando sin su esposo le resultará difícil superar crisis. Fruto del impacto diagnóstico paciente presenta alteración de la conducta alimentaria negándose a alimentarse. El proceso de asesoría permitió una mayor orientación sobre la enfermedad, lograr un control sintomático y manejo considerable del cuadro psicológico, un afrontamiento activo de la crisis y una mayor adaptación al medio, resaltando la labor cognitiva, que se efectuó eficazmente gracias a la colaboración y participación activa de paciente.

CASO No. 4 “IDROVO”

1. Conceptualización de Caso:

Paciente de 77 años, viuda, vive únicamente con su hijo mayor, residente en Gualaceo. Tras ser diagnosticada, hace dos semanas aproximadamente, de cáncer de mama derecha, ha generado cambios negativos de actitud respecto a la vida, afectando su equilibrio psicológico y, por ende, su calidad de vida. En el aspecto médico, se le prescribió una mastectomía radical, como conducta terapéutica inicial, debido a naturaleza y extensión de la lesión. Entre su sintomatología, cuentan como reacción inicial: rasgos pronunciados de apatía, indiferencia, que posteriormente se ha convertido en preocupación excesiva, temor, insomnio, sensación de desesperanza, pobres expectativas en cuanto al futuro, aislamiento social, autoestima negativa, ha dejado de atender en su negocio. De las reacciones de la paciente se destacan desinformación en grado considerable, resignación a morir, hipoactividad, abulia y generación de patrones de afrontamiento pasivos.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Paciente refiere acudir a consulta por intensos sentimientos de ansiedad, preocupación, pensamientos recurrentes sobre la enfermedad que dice le producen insomnio. Señala “, ahora que me dicen que tengo cáncer me paso en vela muchas noches, es la preocupación por lo que mi irán a hacer aquí;...quisiera ver si puede ayudarme para que pueda dormir bien y no tener tantas preocupaciones en mi cabeza”.

Implícito: Paciente se presentó ansiosa, poco colaboradora, apática, desmotivada, manifiesta “Ya estoy vieja, he sufrido toda mi vida y este rato si Dios quiere he de vivir, yo no puedo estar preocupando a mis hijos que tampoco tienen recursos para que estén gastando tanta plata...igual de algo se ha de morir”.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

Paciente viuda hace 35 años, su esposo Alfredo falleció de cirrosis, debido a alcoholismo. Ha procreado dos hijos, Alfredo de 52 años y Ricardo de 46, ambos son casados. Paciente convive actualmente con su hijo mayor, Alfredo y su familia,

su esposa Esperanza de 49 años y sus dos hijos Geovanny de 15 años y Miguel de 11 años, ambos estudian. Paciente tiene un negocio en su casa y ahí labora, Alfredo trabaja como carpintero y Esperanza es ama de casa y pasa la mayor parte del tiempo con paciente. Ricardo emigró hacia EEUU hace 20 años, aproximadamente, vive con su esposa quien está en proceso de gestación de su primogénito. Ricardo es quien apoya económicamente a paciente, mantiene una comunicación frecuente por teléfono, sin embargo, no puede venir a visitarla por situación legal en el país donde reside.

4. Entrevista Inicial:

Se realizó una entrevista de evaluación, que permitió valorar el grado de perturbación emocional y psicológica ocasionado por el diagnóstico de cáncer de mama, asistieron paciente e hijo mayor, Alfredo. En un inicio paciente se mostró distante, poco colaboradora, apática; no obstante, con el desarrollo de la entrevista se generó mayor confianza y cooperación. El impacto diagnóstico de la enfermedad, expresa la paciente, le generó, en un inicio cierta preocupación, como si fuera cualquier enfermedad; sin embargo, cuando se determinó que debía someterse a cirugía empezó a preocuparse, debido a que la consideró como algo grave. Paciente manifiesta “al principio estaba bien, pensaba que luego de los exámenes ya me iban a dar un tratamiento y ya, pero después cuando dijeron que tenía que operarme se me vino la preocupación, pregunté a otras personas aquí en Solca y me decían que era grave, que el cáncer es serio y de ahí si me vino la desesperación”. Paciente señala que es ahí cuando empezó a desarrollar malestar emocional, lo cual describe como “los peores días de mi vida”.

Paciente señala que ha mantenido pensamientos recurrentes de muerte, sobre la enfermedad, afirma “Ya estoy vieja y no tengo que estar sufriendo, igual para mi la vida se acorta, lo único que quiero es que mis hijos estén tranquilos, yo ya me pongo en manos de Dios, pase lo que pase”; Alfredo, quien demuestra mayor conocimiento sobre el cáncer, intenta tranquilizar a paciente e impulsar un espíritu de lucha, que le permita superar la enfermedad, refiere “Ud. ni siquiera debe pensar en que va a morir, debe poner de su parte para curarse nada más”; adicionalmente, refuta actitud pasiva de su madre e intenta motivarla al tratamiento.

Alfredo menciona que los días posteriores al diagnóstico su madre “se ha echado a morir”, presentando apatía completa, pérdida de interés por vivir, lo cual él señala que es lo que más le hace sufrir, añade que él tiene la esperanza que su madre se cure, pero no sabe qué hacer para obtener mayor colaboración de ella. Paciente alude que se debe a temor intenso y sensación de fatiga corporal general, pero que intentará hacer frente al cáncer. Finalmente, paciente expresa tristeza profunda por mastectomía planificada, al respecto refiere “Eso fue el colmo, sí los días anteriores estaba mal, cuando dijeron que me van a cortar el seno ya sólo me quería morir, no quería saber nada más”.

En una segunda entrevista se aplicó los cuestionarios psicológicos propuestos, se realizó en forma heteroaplicada, paciente se mostró en un inicio desmotivada, sin embargo, colaboró en la práctica, ejecutando con acierto las consignas mencionadas.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 32. Depresión Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 15. Depresión Leve.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 27. Ansiedad Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 10. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	8	3
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	4	1
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	6	2
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	0	0
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	4	3
Personalización	6 – 21 – 36	1	0
Falacia de Control	7 – 22 – 37	4	2
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	1	1
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	6	2
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	7	3
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	0	1
Culpabilidad	12 – 27 – 42	4	2
Los Debería	13 – 28 – 43	4	3
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	2	2
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	5	5

6. Diagnóstico:

Formal: Del procesamiento de la investigación realizada, resulta que el caso Idrovo, fruto del impacto diagnóstico de cáncer de mama presenta rasgos de un trastorno depresivo, en el que resaltan tristeza, insomnio, pérdida de interés, fatiga, abulia, pensamientos recurrentes con contenidos negativo respecto al pronóstico de la enfermedad; dicho cuadro se acompaña de rasgos de estrés agudo, debido a enfermedad experimentada en el pasado, recuerdos recurrentes del evento, considera la cirugía como un evento doloroso, anticipa resultados negativos, dificultad para concentrarse, amnesia, tensión muscular, etc. En cuanto a sus relaciones, ha generado patrones de interacción desadaptativos, como aislamiento, evitación de situaciones sociales como recibir visitas. Respecto a autoestima, presenta una autodevaluación.

Informal: En cuanto a su personalidad, presenta rasgos de un trastorno paranoide, al ser una persona algo hostil, con mal humor, aislamiento social, aplanamiento afectivo, le cuesta desarrollar confianza, considera que la ven con lastima, incapacidad para relajarse. A nivel cognitivo, sus principales irracionalidades son: Filtraje, sobregeneralización, razonamiento emocional, falacia de cambio y falacia de recompensa divina.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Proporcionar medios y espacios de expresión emocional de forma adaptativa.
- Adquirir conocimientos respecto a la enfermedad.
- Identificar creencias irracionales que provocan malestar emocional y conductual.
- Adquirir un control cognitivo, mediante de patrones de pensamiento realistas, que permitan una adaptación adecuada a la enfermedad y una mejor relación con los demás.
- Fomentar una interacción social adaptativa con familiares y amigos.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- **Asesoría Informática:**

- a) Psicoeducación
- b) Biblioterapia

- **Intervención Terapéutica:**

- a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
- b) Debate Racional Emotivo
- c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
- d) Reestructuración Cognitiva
- e) Historial de Acciones Positivas
- f) Distracción Cognitiva
- g) Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad

- **Alivio Sintomático:**

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (31/Octubre/2008)

Inicia con la entrega de resultados de la evaluación realizada en las entrevistas previas. Posterior a la misma junto con paciente se establecen los objetivos a conseguir durante el proceso, para finalmente establecer la estructura que permitirá alcanzar mejores resultados, enfatizando en colaboración abierta de paciente; se determinó que el proceso de desarrollará en ocho sesiones, a las 2:00pm en consultorio de Solca, y días festivos a las 8:00am, con presencia de hijo en las dos primeras sesiones.

Paciente se presentó con hijo consciente, orientada, algo apática al inicio, con comunicaciones limitadas, refiere insomnio, tristeza, desmotivación para trabajar, malestar corporal, desinterés, ansiedad moderada. Se comenzó el proceso de asesoramiento con el abordaje sobre la enfermedad, evaluando temores, dudas, vacíos que presenta la paciente al respecto, quien se interesa en el tema. Expresa un miedo intenso; no obstante, no sabe a qué exactamente, ya que no conoce sobre la enfermedad; añade, que una de sus principales preocupaciones se ha centrado en conocer el por qué de la enfermedad. Alfredo señaló que ha escuchado y preguntado a otros pacientes y ellos le han dado una idea general del cáncer, aunque dice tener muchas dudas. Paciente manifiesta “yo le cogí terror a esto por lo que escuchábamos con mi hijo a otras personas allá afuera, no pensábamos que fuera tan grave,...por eso me he puesto mal”. Alfredo ratifica información dada por paciente, añade “nosotros quisiéramos saber que va a pasar, ¿ya con la operación queda bien mi mamá?...”.

Ante dudas y sentimientos expresados respecto al cáncer, se empleó psicoeducación con el fin de reorientar a paciente y guiarla hacia el tratamiento médico, la proporción de información, así como la aclaración de dudas, generó mayor confianza en clínico y en el proceso mismo. Finalmente, la sesión culminó con practica de relajación a fin de aliviar síntomas, paciente se distraía fácilmente, razón por la cual, práctica tomó un período considerable de tiempo. Como tarea se proporcionó material bibliográfico.

Segunda Sesión: (1/Noviembre/2008)

Con asistencia de hijo, paciente cumple con lectura asignada, expresa preocupación por temores surgidos por lectura. Paciente en sesión se encuentra orientada, poco colaboradora, refiere pesadez debido a insomnio, no tolera su dieta, cefalea leve, tensión, ánimo deprimido. Se abordó, mediante psicoeducación, sobre otros aspectos del cáncer, sobretodo relativo a estadio, pronóstico y tratamientos, lo cual generó ansiedad moderada en paciente. Alfredo expresa “ahora ya sabemos, dependiendo de los resultados de la cirugía, que podemos esperar porque estábamos desubicados”.

Debido a pasividad de paciente, fue necesario reforzar y fomentar práctica de estilos propios de afrontamiento, razón por la cual se realizó un recorrido por la vida de la paciente, resaltando patrones propios que permitan una adecuada adaptación al cáncer. Para concluir la sesión, se reforzó técnica de relajación, instruyendo a hijo para su práctica en casa, lo cual se estableció como tarea.

Tercera Sesión: (2/Noviembre/2008)

Paciente refiere éxito en práctica de relajación en casa, al conciliar el sueño por intervalos cortos. Se presentó consciente, orientada, refiere mejoría física, distensión muscular lo cual atribuye a relajación, ánimo deprimido, coopera abiertamente. Se observa a paciente con mayor motivación al trabajo y a hacer frente a enfermedad. Asistió sola, una vez ubicada respecto a la enfermedad, se complementa con el abordaje cognitivo, que permita manejar la perturbación emocional generada, para ello se explicó el modelo ABC, al presentar cierta confusión se explica cada elemento con ejemplos propios de la situación de diagnóstico, evento reciente que se pudo visualizar con claridad. Se identificó Ibs como “Mi vida ya se está acabando, ya estoy vieja y de algo he de morir, este cáncer debería ya terminar conmigo o dejarme terminar mi vida tranquila, pero no tenerme así con nervios y con tanto dolor”. Con el objeto de fomentar estilos activos de afrontamiento y mantener el foco de atención de paciente en estímulos agradables, se planificaron actividades varias al final de la sesión.

Cuarta Sesión: (3/Noviembre/2008)

Paciente no cumple tarea asignada; sin embargo, realiza actividades de distracción cognitiva. Se mostró con ánimo levemente deprimido, refiere mejoría significativa,

sensación de distensión muscular, duerme a intervalos largos. Se reforzó identificación de Ibs, por petición de paciente, y se procedió a debatir las mismas, determinando su carácter irracional y sus consecuencias perturbadoras, generando Rbs: “Yo sé que tengo mis años y que de algo hemos de morir todos, pero mientras viva, nadie me quitará las esperanzas de vivir tranquila, en paz, con alegría, eso depende de mi y de superar con mi propio esfuerzo mi tristeza”. Tales creencias son reforzadas tanto en consulta como en casa mediante Entrenamiento en autoinstrucciones, y se enfatiza en sus consecuencias adaptativas, que paciente señala le producen un control de sí misma y generan un espíritu de lucha contra la enfermedad.

Quinta Sesión: (4/Noviembre/2008)

Tanto actividades en distracción cognitiva, como tarea se cumplen acertadamente. Paciente manifiesta mayor convencimiento en Rbs, refiere mayor control de depresión, ansiedad e insomnio. Con el fin de reforzar estrategias cognitivas, se aplicó el formulario de autoayuda, que permitió a paciente generar como patrón de interpretación Rbs, con lo cual se contribuyó al proceso de adaptación a la enfermedad. Paciente identificó Ibs que fueron reemplazadas por Rbs y generaron estados emocionales y conductas que fomentaron mayor adaptación a la enfermedad. Como tarea, se encomienda aplicar formulario de autoayuda.

Sexta Sesión: (5/Noviembre/2008)

Paciente cumplió con acierto tarea encomendada y actividades planificadas; refiere autoinstrucciones contribuyen a convencimiento en Rbs, se encontró en sesión con ánimo estable, tranquila, colaboradora. La primera parte de la sesión se reforzó técnicas cognitivas, realizando un seguimiento de su aplicación, paciente da fé de su utilidad en el proceso de adaptación a enfermedad. Se dedica, la segunda y mayor parte de la sesión, a la adquisición de habilidades sociales, que permitan un adecuado desenvolvimiento en las distintas áreas como Solca, con familiares, al recibir visitas, enfatizando en no mal interpretar cuando otros preguntan sobre su enfermedad. Este entrenamiento conductual se ve reforzado por un manejo cognitivo, al realizar la técnica, mediante diálogo interno que establece paciente.

Séptima Sesión: (6/Noviembre/2009)

Paciente cumplió con tarea y actividades, refiere ansiedad al practicar habilidades. Se presentó estable, tranquila, colaboradora, participa activamente en sesión. Paciente señala que técnicas aprendidas mejoran su estado emocional y conductual, logrando afrontar problemática con acierto. En sesión se corrigió errores en aplicación de habilidades de interacción adquiridas y asociarlas con un manejo cognitivo.

Octava sesión: (7/Noviembre/2008).

Paciente estable, tranquila, colaboradora, refiere efectividad en práctica de habilidades adquiridas. Se evaluó el asesoramiento, identificando el cumplimiento de objetivos, ambas partes manifestaron haber alcanzado éxito. Se dio espacio para manejar fenómenos de la relación de ayuda, proporcionando medios de expresión emocional. Finalmente se plantearon metas a mediano y largo plazo, que mantenga orientada a paciente en la vida: finalizar tratamiento oncológico, volver a su trabajo en su negocio, terminar trámite de visa para viajar a EEUU para conocer a su nieto.

9. Conclusión:

Tras diagnóstico de cáncer, paciente presentó un cuadro psicológico caracterizado por apatía, pobres expectativas en cuanto al futuro, desarrollando un cuadro depresivo y de estrés al determinarse tratamiento, destacándose insomnio, aislamiento social y autodevaluación de sí misma. Paciente como característica de personalidad se mostró apática, poco colaboradora; sin embargo, mediante la propuesta de asesoramiento se logró desarrollar mayor confianza en el proceso a través de psicoeducación, así como contribuir al proceso de adaptación a la enfermedad, logrando un autocontrol cognitivo, que fomentó la emisión de patrones de afrontamiento positivos. Cabe resaltar que mediante relajación se permitió a paciente superar insomnio, que la aquejaba, incluso, antes de presentación de crisis actual.

CASO No. 5 “BRAVO”

1. Conceptualización de Caso:

Caso referente a paciente de 44 años de edad, procedente y residente en Piñas, El Oro. Alude presentar depresión profunda, acompañada de preocupación intensa y un malestar psicológico general, el cual se ha producido tras ser diagnosticada en Solca – Cuenca de Ca. de mama derecha. Como primera conducta terapéutica se prescribió una mastectomía radical, tras los resultados de la misma se decidirá el tratamiento complementario a la misma; lo cual ha desencadenado en mayor perturbación, la cual se caracteriza por sobretodo, sintomatología depresiva: llanto, tristeza profunda, pensamientos recurrentes de muerte, anorexia, pérdida de interés en ciertas áreas como laboral, amistades; hipoactividad, además de alteraciones en la relación conyugal, al detectar cierto aislamiento de marido.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Paciente señala “Desde el rato que me dijeron que es cáncer he pasado sólo llorando, con una pena que no me pasa,...a veces uno trata de ya no pensar, pero enseguida me acuerdo otra vez de la enfermedad, igual como he pasado aquí todo me recuerda al cáncer”. Respecto al área familiar señala “no sé que le ha pasado, ahora le siento distanciado, como que evita hablar conmigo, quisiera que nos reunamos con él y podamos hablar y resolver cualquier cosa que el piense”.

Implícito: En sesión paciente se mostró ansiosa, tensa, rígida en cuanto a sus movimientos, sus comunicaciones son escasas. Refiere que posterior a su diagnóstico “he pasado tan fastidiada, no he querido saber de nada, ni de nadie,...incluso mi esposo estuvo frío pero igual no le daba importancia porque he pasado pensando en qué mi irá a pasar.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

Está constituido por paciente de 44 años, esposo, Luis de 49 años, sus y sus dos hijos, José de 25 años y Luis Alfredo de 23, ambos son casados y viven independientemente. Paciente contrajo matrimonio hace 25 años, siempre se ha dedicado a los quehaceres domésticos, Luis trabaja de albañil, refiere que en los

primeros años mantenía intensos conflictos con él, debido a que ingería alcohol y lo llegó a maltratar físicamente, añade que en la actualidad la relación ha mejorado, sin embargo, mantienen aún conflictos de menor gravedad. Tanto José, como Luis Alfredo tienen un hijo cada uno, paciente señala que desde que se casaron se han apartado y comparten muy poco con ellos.

4. Entrevista Inicial:

En el primer contacto establecido con paciente, se desarrolló una entrevista con el fin de analizar las repercusiones que el diagnóstico de cáncer de mama ha tenido sobre su vida. Acudió sola, presentándose bastante ansiosa al inicio de la sesión y algo reservada, lo cual fue disminuyendo con el desarrollo de la conversación. Se identifica, como reacción principal tras el diagnóstico, rasgos depresivos.

Paciente señala que hace dos años se detectó lesión en mama derecha, pero un médico en Machala le recetó medicamento argumentado que se trataba de un quiste; no obstante, la lesión creció nuevamente, razón por la cual acudió a Cuenca, donde tras confirmación del diagnóstico oncológico señala “No dejé de llorar todo ese día, se me venían imágenes a mi mente de toda mi vida, me acordé de mis padres, de mis hijos, mis nietos, como que ya todo se terminaba ese día,...desde ahí he pasado aquí en Cuenca, sin querer hacer nada, no me daba ganas ni de venir acá a Solca, no he comido casi nada todos estos días, me logro dormir ya porque el cuerpo se cansa pero un par de horas y ya; ha sido terrible esta semana, no sé como me he aguantado hasta hoy”, expresiones que produjeron desinhibición emocional.

Paciente señala que sentía que relación matrimonial se ha visto afectada al presentarse éste cáncer, ha percibido a su esposo como “alejado, frío, como que trata de evitarme”, actitudes que incrementan el malestar en paciente quien, debido a su joven edad, se autocalifica negativamente “no sé, pienso que ya me ve con pena, como alguien a quien se debe tan solo cuidar como una vieja, además se enteró que me van a cortar el seno y eso le afectó más, porque ahora solo llama y pregunta como estoy”. Manifiesta deseos de recibir mayor apoyo de esposo, considera que sus hijos tienen obligaciones, razón por la cual la apoyan a la distancia, pero que su esposo cambie de actitud.

En la segunda entrevista evaluativa, se aplicaron los reactivos psicológicos, de forma autoaplicada, obteniendo grado considerable de cooperación, por parte de paciente.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 41. Depresión Extrema.
- **Evaluación Final:** Puntaje 19. Depresión Moderada.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 27. Ansiedad Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 6. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	9	4
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	3	0
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	4	2
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	2	0
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	4	4
Personalización	6 – 21 – 36	2	1
Falacia de Control	7 – 22 – 37	6	3
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	2	3
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	5	2
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	2	0
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	2	0
Culpabilidad	12 – 27 – 42	5	2
Los Debería	13 – 28 – 43	6	2
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	6	0
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	7	5

6. Diagnóstico:

Formal: El análisis detallado de la información recogida, concluye que la paciente Bravo presenta un cuadro depresivo de consideración, debido a crisis similares anteriores, cuyos síntomas principales son pérdida de interés, desmotivación, llanto, insomnio, anorexia, pensamientos recurrentes de muerte, pasividad, tristeza profunda; lo cual se acompaña de rasgos de ansiedad, tales como preocupación por

presentar nuevamente crisis depresiva, tensión, estado de alerta, fatiga, sensación de cansancio al despertar. Además se observan conflictos en la relación conyugal y alteración tanto en autoestima, como en autoimagen, manifestaciones que se deben al diagnóstico de cáncer de mama.

Informal: Respecto a su personalidad, se observan manifestaciones de un trastorno dependiente, caracterizado por pasividad, busca consejos y aprobación de esposo, tolera abusos y maltrato de cónyuge, baja capacidad de afrontamiento, ha optado por acudir a Cuenca por decisión de esposo y lo ha hecho cuando él ha podido acompañarla. Cognitivamente, presenta pensamientos automáticos como Filtraje, falacia de control, razonamiento emocional, culpabilidad, falacia de razón y falacia de recompensa divina.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Reforzar recursos de afrontamiento de la paciente.
- Brindar medios de expresión emocional, a fin de producir alivio sintomático.
- Informar sobre aspectos generales de la enfermedad y sus tratamientos.
- Aprender el modelo cognitivo ABC.
- Adquirir patrones de pensamiento realistas, sanos, flexibles.
- Manejar conflictos en cuanto a su relación conyugal.
- Adquirir patrones de comportamiento que estimulen una relación conyugal positiva.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- **Asesoría Informática:**

- a) Psicoeducación
- b) Biblioterapia

- **Intervención Terapéutica:**

- a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
- b) Debate Racional Emotivo

- c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
- d) Reestructuración Cognitiva
- e) Historial de Acciones Positivas
- f) Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad

- **Alivio Sintomático:**

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (8/Noviembre/2008)

Se presentan las conclusiones surgidas de la evaluación, para posteriormente llegar a un acuerdo con paciente sobre los objetivos a seguir mediante el asesoramiento. Una vez definidas las metas, se debate la estructura que permitió un funcionamiento óptimo, conviniendo realizar las sesiones por nueve días a las 2:00pm y el fin de semana a las 8:00am, en consultorio No. 13, con presencia de esposo en sesiones finales.

En sesión paciente se encontró inquieta, tensa, reservada, pasiva, refirió estado de ánimo deprimido, preocupación, insomnio, pérdida de apetito, sensación de debilidad. El asesoramiento en sí, inició abordando sobre el cáncer, valorando temores, sentimientos, preocupaciones, espacio en el cual paciente produjo desinhibición emocional, al expresar miedos a enfermedad y tratamientos, tristeza, además de necesidades de estar con marido. Respecto a enfermedad, paciente la asocia con muerte o como de mal pronóstico al considerarla incurable, afirma “nadie me va a quitar de la cabeza que el cáncer mata, o sino máximo uno puede vivir pero toda la vida con la enfermedad”.

Paciente manifiesta, que al considerar el cáncer como una enfermedad incurable, su mejor decisión consistiría en abandonar tratamiento porque de todas maneras va a morir con la enfermedad. Todas estas concepciones erróneas, se observa, producen, en su mayoría, los distintos síntomas de perturbación psicológica, razón por la cual

se orienta a paciente, mediante un proceso psicoeducativo, abordando sobre el cáncer de mama y sus causas, principalmente. La segunda parte de la sesión se brindó espacio de alivio sintomático mediante relajación, paciente describe estado como “lleno de armonía”.

Segunda Sesión: (9/Noviembre/2008)

Se cumplió con lectura asignada, se comenta sobre la misma, despejando dudas. Se presentó alienada, manifiesta malestar físico, fatiga, insomnio, poca tolerancia de dieta, ánimo deprimido, inactividad, pensamientos recurrentes al ver la enfermedad como de mal pronóstico, los cuales se somete a prueba de realidad con información brindada. Refiere disminución de sentimientos de culpa, al conocer las posibles causas del cáncer de mama. La sesión se dividió en tres segmentos, en un inicio se abordó sobre tratamientos del cáncer, paciente expresa pesar por pérdida de seno, dice que se verá deforme, incompleta, fea, se brindan estrategias para afrontar cambios corporales.

A continuación se procedió, debido a pasividad y escaso afrontamiento, a reforzar recursos de afrontamiento propios de paciente y estimular su puesta en práctica. Finalmente, la tercera parte de la sesión, se dedicó a relajación, ya que la asimilación de información sobre tratamientos produjo ansiedad moderada en paciente, se dio fin a sesión estableciendo practica de relajación como tarea.

Tercera Sesión: (10/Noviembre/2008)

Paciente señala alcanzar estado de reposo, mediante relajación que permitió dormir a intervalos largos. Se mostró consciente, orientada, se observa mayor orientación, cambio de actitud respecto al cáncer y sensación de control situacional, refiere aún ánimo deprimido, ansiedad moderada, mejora sintomatología fisiológica. Complementando logros alcanzados, se proporcionan estrategias de autocontrol cognitivo, explicando el modelo ABC, a la vez que se instruye, como primer paso, en detección de Ibs. Paciente identifica irracionalidades surgidas tras el diagnóstico como “Prefiero ya morirme, antes que seguir así, esto es horrible y no le deseo a nadie que pase por lo que estoy viviendo” y las enlaza con consecuencias perturbadoras a nivel emocional y conductual. Se expresa, por parte de paciente, un reconocimiento, de que la mayor parte de su perturbación se debía a

desconocimiento y que se reforzaba por su propia autoperturbación generada por pensamientos irracionales.

Cuarta Sesión: (11/Noviembre/2008)

Respecto a la tarea, se obtiene éxito en la ejecución, paciente manifiesta cierta confusión entre Ibs y Rbs, que se aclaran en sesión. Se presentó mayormente motivada al trabajo, refiere mejoría emocional, ánimo levemente deprimido, ansiedad moderada, duerme a intervalos cortos, poca tolerancia a dieta. En sesión se sigue impartiendo estrategias de autocontrol, que fomenten una adaptación al cáncer. Se debaten Ibs, mediante lo cual paciente se convence de la irracionalidad de sus creencias y genera Rbs adaptativas “Es una situación bastante fea esto de tener cáncer, de estar lejos, de hacerse exámenes incómodos y dolorosos, pero muchos ya lo han pasado y están bien, por eso pienso que no es tan horroroso e insoportable, sino que depende de uno mismo en esforzarse para vencer esta enfermedad, antes que preferir morir, porque esta vida es la única que Dios nos ha dado y sería mejor aprovecharla”, las cuales se refuerzan mediante Entrenamiento en autoinstrucciones.

Quinta Sesión: (12/Noviembre/2008)

Inició con revisión de tarea, paciente comenta que el debate le permitió convencerse de que tenía concepciones equivocadas y se refuerza cambio de actitud frente al cáncer. Refiere mejoría significativa, manejo de pensamientos que repercute en estado emocional estable y mejor desenvolvimiento, tolera su dieta con esfuerzo, duerme a intervalos largos. Se conceptualiza el proceso cognitivo y se instruye en manejo de formulario de autoayuda, a fin de establecerlo como patrón de autocontrol personal.

Mediante reestructuración se detectaron Ibs, que fueron reemplazadas por Rbs y se destacó las consecuencias adaptativas generadas. Finalizó la sesión determinando como tarea aplicar reestructuración cognitiva.

Sexta Sesión: (13/Noviembre/2008)

Al revisar tarea, ésta se realizó con acierto. Paciente afirma resultados efectivos mediante reestructuración cognitiva; refiere un grado considerable de adaptación a enfermedad, manejo de síntomas de depresión y ansiedad, duerme a intervalos largos, tolera mejor su dieta, mejoría física. La sesión se dedicó a reforzar estrategias

cognitivas, y con apoyo de éstas, adquirir habilidades de interacción que permitan manejar situaciones conflictivas conyugales: manejar desacuerdos, enojos, fomentar comunicación, paciente experimenta grado significativo de ansiedad al practicar, lo cual se maneja mediante diálogos internos (entrenamiento en autoinstrucciones).

Séptima Sesión: (14/Noviembre/2009)

Se mostró tranquila, colaboradora, se aprovecha presencia de esposo para manejar situaciones conflictivas, inicialmente, se busca llegar acuerdos verbales sobre responsabilidades de cada uno en casa, estableciendo límites. En un segundo momento, la sesión se dedicó a practica de habilidades de interacción, mediante rol play, paciente presenta ansiedad, al aplicar estrategia frente a esposo, se realiza jerarquizando conductas y controlando ansiedad cognitivamente, al final tanto paciente como Luis, logran resolver conflictos de manera adaptativa, fomentando el diálogo.

Octava sesión: (15/Noviembre/2008).

Se presentaron paciente y Luis, ambos se presentan tranquilos, estables, colaboradores, paciente refiere mejoría significativa, manejo de síntomas mediante control cognitivo. En sesión se refuerzan habilidades conductuales adquiridas, mediante la puesta en práctica en presencia de cónyuge, ambos reconocen que sus conflictos se debían a falta de comunicación. Se deja espacio para que la pareja practique técnica con supervisión de clínico, corrigiendo pequeños errores en aplicación. Por último, la sesión cerró con asignación de tarea: aplicar habilidades en medio natural.

Novena sesión: (16/Noviembre/2008)

Paciente señala motivación, recuperación de estado emocional, actitud de afrontamiento activo hacia la enfermedad. En sesión se valoró el cumplimiento de objetivos mediante el asesoramiento, tanto paciente como clínico, expresan satisfacción. Con el fin de mantener a paciente orientada hacia objetivos vitales, se plantean metas a mediano y largo plazo.

9. Conclusión:

Se destaca el desarrollo de un cuadro depresivo como consecuencia principal del diagnóstico de cáncer de mama, el cual ha desencadenado en pasividad, irascibilidad, conflictos a nivel conyugal, etc.; además de sintomatología psicofisiológica de ansiedad. Mediante psicoeducación y manejo cognitivo, principalmente, se logró adquirir una sensación de control situacional y personal, reforzando pensamientos adaptativos que fomentaron estilos de afrontamiento activos, mayor seguridad en sí misma, así como una mayor orientación respecto a la enfermedad. Además del control cognitivo, apoyado en técnicas conductuales, paciente pudo resolver conflictos con esposo, que consideraba imposibles, reforzando la comunicación como medio para superar crisis y, permitiendo recibir y desarrollar al máximo los recursos de apoyo familiar.

CASO No. 6 “GÓMEZ”

1. Conceptualización de Caso:

Concierne a paciente de 58 años, procedente y residente en Arenillas, El Oro. Acude a consulta debido a que días atrás se la diagnosticó Ca. de mama derecha, situación que produjo un impacto emocional profundo, ya que se la prescribió cirugía como modalidad terapéutica inicial ante lo cual paciente refiere temor intenso. La confirmación diagnóstica de cáncer no ha afectado profundamente a paciente, debido a desconocimiento de la enfermedad, avances, riesgos, etc. Señala haber sentido tristeza, cierta responsabilidad por sufrimiento de hijo y esposo; pero su mayor preocupación radica en posible mastectomía radical, ante lo cual indica no estar dispuesta a realizarse, sostiene que con cirugía quedará curada, por lo cual presenta pasividad, argumentando que confía en que los médicos le retiren el tumor y con eso finalice todo.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Paciente refiere acudir por curiosidad, aunque es consciente de elevados niveles de ansiedad, la cual indica se debe, principalmente, a una posible pérdida completa del seno afectado. Manifiesta “yo estaba bien hasta que me dijeron que es

cáncer, estaba confiada que no era nada porque era sólo una bolita, pero ya con la operación dicen que me van a sacar y ya espero quedar bien”.

Implícito: Paciente se presenta en sesión consciente, orientada, ansiosa, evita hablar temas personales. Se observan una considerable desorientación sobre la enfermedad, existiendo deseos de conocer sus causas y tratamientos exactos, situación que la ha llevado a considerar que con la operación prescrita inicialmente quedará curada.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

Paciente en unión libre con Fernando de 59 años, en su casa vive además su único hijo Wilson de 33 años, su esposa Luz de 29 años y sus dos nietos de 3 y 7 años. Paciente se dedica a los quehaceres domésticos y pasa en casa la mayor parte del tiempo, haciéndose cargo de sus nietos mientras sus padres trabajan, Fernando es comerciante y recorre los pueblos cercanos ofreciendo productos alimenticios. Wilson es profesor en un colegio de la localidad y en la tarde acompaña a su esposa Luz en un negocio de comida que tienen. Refiere conflictos anteriores con esposo, llegando a separarse por dos ocasiones, los cuales se originaron por falta de comunicación y comprensión, así como por la tendencia de paciente a buscar el orden en el hogar.

4. Entrevista Inicial:

Mediante una entrevista inicial semiestructurada, se valora el nivel de afectación en las diversas áreas de desenvolvimiento de la paciente, que el diagnóstico de cáncer ha generado. Al comenzar paciente se mostró tensa, evadía temas personales, pero fue desarrollando confianza a medida que avanzaba la entrevista. Refiere que la lesión se detectó por autoexploración hace siete meses, pero no le otorgó importancia porque no producía molestia; no obstante, debido a crecimiento progresivo acudió a Solca – Machala donde se diagnosticó cáncer de mama, señala que desconfió de tal diagnóstico el mismo que se confirmó en Solca – Cuenca, ante lo cual paciente expresa “estaba segura de que no iba a ser nada, porque ya había pasado bastante tiempo y aunque creció un poco esa bolita no pensé que era nada grave, no me dolía ni nada”.

Tras el diagnóstico ha permanecido en casa de sobrino que vive en esta ciudad, acompañada de hijo y nuera, quienes la asisten en todo momento, Fernando por motivos de trabajo no ha podido acompañarla. Paciente dice ser consciente de que se va a someter a una cuadrantectomía, razón por la cual dice estar dispuesta a realizarse, enfatizando en su deseo de conservar la mama, no posee conocimientos adicionales sobre la enfermedad, debido a lo cual expresa “le tomo con tranquilidad, como toda enfermedad tendré que hacer lo que me digan”. Señala, además, cierta culpa por no atenderse a tiempo y por sufrimiento ocasionado a familiares. Paciente manifiesta que sus síntomas principales han girado entorno a la cirugía presentando niveles considerables de ansiedad, debido a que un doctor le comentó posible mutilación de mama afectada; señala “dicen que puede que me saquen el seno, a mi me dijeron que solo van a sacar el tumor y por eso sigo viniendo, pero que me dejen el resto ahí”.

Se efectuó una segunda entrevista evaluativa, en la cual se valoraron variables predictibles como ansiedad, depresión y pensamientos automáticos, se realizó de forma autoaplicada, recibiendo cooperación por parte de paciente.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 14. Depresión Leve.
- **Evaluación Final:** Puntaje 11. Depresión Leve.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 16. Ansiedad Moderada.
- **Evaluación Final:** Puntaje 13. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	3	6
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	1	1
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	4	2
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	1	0
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	4	3
Personalización	6 – 21 – 36	1	0
Falacia de Control	7 – 22 – 37	4	3
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	3	0
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	4	2
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	0	0
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	0	0
Culpabilidad	12 – 27 – 42	2	2
Los Debería	13 – 28 – 43	4	2
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	0	0
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	9	4

6. Diagnóstico:

Formal: El estudio de caso determina que la paciente Gómez, al ser diagnosticada de cáncer de mama desarrolló un cuadro de ansiedad, caracterizado por tensión muscular, preocupación excesiva, fatiga, pérdida del apetito, agitación, resaltando que se deben al posible riesgo de perder su seno. En menor intensidad se presentan rasgos depresivos, entre ellos cuentan: desánimo, tristeza la cual se ve aumentada por sufrimiento de hijo, llanto, pensamientos recurrentes sobre pérdida de mama, cuadro que con el paso de los días se intensifica. Respecto a autoestima y autoimagen, estas se ven alteradas por la problemática actual y sus desencadenantes. En cuanto a nivel de información, paciente carece de conocimientos básicos sobre el cáncer, estando completamente desubicada.

Informal: Se observan, rasgos de un trastorno obsesivo compulsivo de personalidad, caracterizado por una tendencia inclinada hacia el orden, la limpieza lo cual considera que ha sido causa de conflictos conyugales, además presenta temor a fracasar, somete a los demás a sus demandas, situaciones como la presente generan ansiedad moderada ya que rompen con su rutina u orden, además considera que se escapa de sus manos el mantener las normas que ella misma se impone. A nivel cognitivo presenta: sobregeneralización, visión catastrófica, falacia de control,

razonamiento emocional, los debería y falacia de recompensa divina como sus principales distorsiones.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Proporcionar medios de expresión emocional que permitan canalizar emociones.
- Brindar amplia información respecto a la enfermedad, causas, tratamientos, etc.
- Identificar la conexión entre cognición, afecto y conducta.
- Adoptar patrones adaptativos, realistas, flexibles de pensamiento, a fin de evitar perturbarse emocionalmente.
- Flexibilizar pensamiento rígidos, en cuanto al orden, limpieza, normas, etc.
- Adquirir estrategias de comunicación efectiva, a fin de mejorar relaciones conyugales.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- **Asesoría Informática:**
 - a) Psicoeducación
 - b) Biblioterapia
- **Intervención Terapéutica:**
 - a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
 - b) Debate Racional Emotivo
 - c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
 - d) Reestructuración Cognitiva
 - e) Distracción Cognitiva
 - f) Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad

- **Alivio Sintomático:**

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva.

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (27/Noviembre/2008)

Se dio inicio a la sesión con entrega de informe sobre la valoración psicológica realizada, junto con paciente, posteriormente, se acordó sobre las metas a buscar mediante el proceso de asesoramiento y, para culminar esta primera parte se negoció la estructura de la intervención, mediante la cual se determinaron los parámetros a seguir.

Paciente acude consciente, orientada, ánimo levemente deprimido, refiere decaimiento, ansiedad moderada, malestar corporal por sensación de fatiga, insomnio y tensión. Como primer tópico, se brindó espacio en el que la paciente pudo expresar en un ambiente seguro, recibiendo apoyo y empatía, todo cuanto siente en relación al cáncer, la cirugía, la posible pérdida de seno, al respecto afirma “me da tanta pena pensar que me saquen todo el seno, yo no quiero eso y no me voy a hacer, el doctor me dijo que me van a retirar el tumor y con eso ya quedaré bien, por eso sigo aquí”; paciente expresa deseos que conocer razones por las cuales surge la enfermedad, así como deseos de informarse sobre la misma y sus tratamientos. Se inicia el aprendizaje de información, sobre causas y aspectos generales del cáncer de mama, así como los métodos diagnósticos, paciente participa abiertamente, expresando comentarios y dudas.

Con el objeto de producir alivio sintomático, se dio cierre a la sesión con práctica de relajación, paciente en un inicio presentó dificultad para seguir instrucciones, que se resolvió posteriormente. Como tarea se determinó material bibliográfico.

Segunda Sesión: (28/Noviembre/2008)

La sesión inicia con la revisión de tarea, paciente la cumple sin inconvenientes. Se mostró tranquila, colaboradora, participa activamente, refiere ánimo levemente deprimido, ansiedad moderada, duerme a intervalos cortos, poca tolerancia de dieta. En sesión se continúa abordando sobre el cáncer, dedicando especial atención a tratamientos, efectos secundarios, necesidad de hospitalización, etc. paciente expresa deseos de sólo someterse a cirugía, ante lo cual se explican riesgos y avances en caso de no tratarse adecuadamente. Debido al temor a mastectomía, se explican razones para su aplicación, así como sus beneficios. Se observan claros signos de ansiedad que genera la psicoeducación, razón por lo cual se acuerda realizar alivio sintomático al final.

Antes de practica de relajación, por petición de paciente debido a inactividad, se planifican actividades que mantengan a paciente distraída, enfocando su atención en estímulos ajenos a Solca y al cáncer. Se finaliza la sesión con asignación de tarea: practica relajación y biblioterapia.

Tercera Sesión: (29/Noviembre/2008)

Paciente señala imposibilidad de realizar relajación debido a ansiedad generada por psicoeducación, refiere manejar la perturbación emocional mediante la realización de actividades planificadas. Sí bien paciente se muestra mayormente orientada respecto a la enfermedad, ha desarrollado una crisis depresiva y ansiosa, razón por la cual en sesión se brinda espacios de expresión emocional, lo cual se complementa con relajación, con lo cual paciente alcanzó estabilidad.

En un segundo momento la sesión se dedicó al abordaje del modelo cognitivo, se enfatiza en asociar cognición, afecto y conducta, detectando las consecuencias perturbadoras de Ibs identificadas, como por ejemplo: “Ahora le temo al cáncer, pero más temo por mi cuerpo, no me podría ver al espejo si me cortan el seno, me desespero sólo con pensar en eso, siento que no estoy dispuesta a todo esto no aguanto tanto”. Se cierra la sesión con establecimiento de relajación e identificación de Ibs, como tareas.

Cuarta Sesión: (30/Noviembre/2008)

Paciente cumple con tareas, señala alcanzar alivio significativo con relajación, a la vez que realiza insight sobre la causa de su perturbación en sus propias creencias. Se presentó con ánimo deprimido y ansiedad leve, refiere malestar físico leve, duerme a intervalos cortos, poca tolerancia a dieta. En sesión se dedica al debate de Ibs, logrando en paciente un convencimiento de que estas son irracionales y su posterior abandono, al reemplazarlas por Rbs como “Me daría pena verme sin seno, al inicio sería tal vez un choque fuerte, pero eso es para mi bien, sé que he afrontado cosas difíciles como esta y así que me siento capaz de afrontarlo”. Con esta disposición de paciente y con las Rbs generadas, se procede al final de sesión a reforzar estilos de afrontamiento activos, los mismos que se ven impulsados por las Rbs, logrando mayor adaptación al cáncer.

Quinta Sesión: (1/Diciembre/2008)

Paciente realiza actividades planificadas en distracción cognitiva, a la vez que cumple con tareas asignadas. Se presenta consciente, orientada, levemente deprimida, refiere mejoría sintomática significativa, alude al control cognitivo un afrontamiento más adaptativo de la situación, a la vez que los días los enfrenta con más tranquilidad.

Se dio comienzo al trabajo terapéutico con el aprendizaje del formulario de autoayuda, el cual permitió establecer como patrón cognitivo al proceso de la T.R.E., identificando Ibs, no sólo relativas al diagnóstico de cáncer, sino también a su entorno familiar “No puedo soportar que mi esposo venga y coma o coja cualquier cosa y la deje por ahí botada, incluso su propia ropa, o algo de la cocina, para mi eso es sagrado y tiene que hacer lo que yo le diga, sino que limpien ellos la casa”; al debatirlas surgen Rbs con esfuerzo debido a que paciente se aferraba fervientemente a sus irracionalidades “Sería mejor para mi si mi esposo, aunque llegara cansado, pusiera sus cosas en su lugar, pero aunque no lo haga y para que disfrute más de su descanso y de la casa, hay que permitirle cierto desorden, o pedirle de una mejor manera y que lo haga cuando él lo considere”. Al cierre se asigna como tarea: aplicar el formulario de autoayuda.

Sexta Sesión: (2/Diciembre/2008)

Paciente cumple con tarea, así como actividades en distracción cognitiva. Se presenta deprimida, refiere conflicto con esposo, debido a determinación de mastectomía, quien no está de acuerdo en realizar tal intervención. Refiere intentos por manejar su situación cognitivamente, mediante técnicas adquiridas; sin embargo, alude que no puede hacer nada para que esposo acepte su decisión, pero que se ve afectada por su oposición; se produce desinhibición emocional, al respecto. En sesión se refuerzan técnicas cognitivas y se realiza entrenamiento en resolución de conflictos, debido a malestar que genera posición de esposo, concluyendo como alternativa, explicar a esposo riesgos de la evitación de cirugía, así como ventajas a largo plazo de la misma.

Séptima Sesión: (3/Diciembre/2009)

Paciente cumple con tarea, señala resolución de conflicto con esposo acertadamente, refiere mejoría sintomática, control cognitivo de situación, emociones y conductas, enfatizando en surgimiento de un estilo de afrontamiento activo. Se hace uso de conflicto generado con esposo, para entrenar a paciente en habilidades de comunicación que permitan mejorar su relación conyugal, mejorando en comprensión y tolerancia a desorden, lo cual se maneja cognitivamente. Se cierra la sesión estableciendo como tarea, la practica telefónica de habilidades de comunicación con marido.

Octava sesión: (4/Diciembre/2008).

Paciente cumple con tarea, señala efectividad en la misma, se realizan actividades en distracción cognitiva. Refiere mayor motivación al tratamiento, el cual ya conoce, dice saber qué esperar de la enfermedad y sus modalidades terapéuticas y poseer los medios para afrontarlos. Con una entrevista abierta, se da fin al proceso de asesoramiento, apreciando el logro de objetivos alcanzado y expresando profunda complacencia por ambas partes involucradas. Por último se plantean metas a mediano y largo plazo las mismas que orientarán a la paciente en el futuro.

9. Conclusión:

El caso de la paciente Gómez se presentó en un inicio con sintomatología moderada/leve, debido a desconocimiento de la enfermedad (riesgos, avances, tratamientos, etc.); enfocándose su principal fuente de preocupación en la cuadrantectomía o mastectomía, prescrita como primera modalidad terapéutica. Sin embargo, mediante el proceso de asesoría realizado, se pudieron manejar no sólo síntomas relativos a la cirugía prescrita, sino también relativos a la enfermedad en sí misma, sus avances y tratamientos, una adaptación al proceso del cáncer, resolución de conflictos en la relación conyugal, adquiriendo un mayor dominio de sí misma, a la vez que se promovía un afrontamiento activo de la crisis.

CASO No. 7 “HEREDIA”

1. Conceptualización de Caso:

Paciente casada, de 47 años, residente en Cuenca. Luego de que en Solca – Cuenca se confirmó su diagnóstico como Carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda, ha generado malestar psicológico que paciente señala, lo intenta controlar. Se ha prescrito de manera preliminar una cuadrantectomía, la cual según resultados será complementada con otra modalidad terapéutica. Fruto del impacto diagnóstico paciente señala estar fervientemente aferrada a Dios, razón por la cual el evento mórbido no ha generado perturbación profunda; no obstante, sus principales síntomas se han caracterizado por hiperactividad, temor, tristeza por hijos, al considerar que se pudieran quedar solos en caso de fallecimiento, insomnio, llanto, leve tensión y pensamientos recurrentes de muerte. A nivel familiar, la presencia del cáncer ha ocasionado ignorancia del tema entre los miembros, evitando hablar al respecto.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Decide acudir a consulta para despejar dudas que tiene respecto a su vida, ya que tras confirmación de diagnóstico ha intentado realizar un sin número de actividades, que le permitan estar ocupada y dejar preparando todo para cuando fallezca. Paciente manifiesta “temo más por mi familia, yo sé que ya el tiempo se me acorta y que debo dejar haciendo todo para que mis hijos puedan vivir bien”.

Adicionalmente, refiere “quisiera que me oriente para ver si las cosas las estoy haciendo bien, porque estos días me he pasado tan ocupada, dejando todo en orden”.

Implícito: Paciente acude a sesión por voluntad propia, se presentó tranquila, evita hablar del cáncer e intenta divagar por temas aislados. Señala “como madre tengo que velar por el bien de mis hijos, por eso también tengo que seguir trabajando, aunque no sé, dicen que con los tratamientos no podré seguir normalmente trabajando”.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

Está integrado por su esposo Enrique de 51 años y sus dos hijos Enrique y José de 21 y 18 años, respectivamente. Paciente labora en un negocio familiar, ubicado en su propio domicilio, vendiendo materiales de ferretería, oficio que comparte con su esposo, quien además trabaja como agente de ventas de electrodomésticos. Respecto a la relación matrimonial, en sus primeros años existieron conflictos debido a consumo de alcohol de esposo, lo cual se ha superado hace cinco años, al acudir a grupo religioso. Respecto a sus hijos, paciente tiene mayor afinidad con Enrique, quien es estudiante universitario, y José se encuentra en último año de colegio.

4. Entrevista Inicial:

Como proceso evaluativo, se efectuaron dos entrevistas explorativas. Durante la primera paciente se presentó acompañada de esposo, Enrique e hijo menor, José. La paciente se mostró estable, tranquila, colaboradora, muy participativa, refiere ansiedad moderada, depresión leve, sensación de intranquilidad por no saber su futuro, con pensamientos recurrentes de muerte. La entrevista inició con el abordaje de la problemática actual ante lo cual paciente señala que el fallecimiento de dos familiares cercanos con cáncer, ha producido en ella la asociación de esta enfermedad con la muerte, basándose en ello sus reacciones iniciales. Por autoexploración se detectó la lesión, la cual se confirmó días atrás, fruto del impacto indica haber llorado prácticamente por tres días seguidos, posterior a los cuales reflexionó, dejando todo en manos de Dios y sintiendo una fuerte necesidad de dejar haciendo muchas cosas en su casa, su negocio, para que tanto sus hijos, como su esposo puedan vivir bien y tranquilos cuando ella muera.

La reacción de la paciente, al tomarlo, relativamente, con calma, refiere que se debe a una fé en Dios, así como ha superación de conflictos psicológicos pasados, como una depresión tras haber perdido un hijo en el parto. Es por este motivo, que ha optado por una actitud tranquila, de enfrentamiento a la situación, a fin de evitar caer víctima de depresión. Como conductas iniciales tras el diagnostico afirma “empecé a decirles a mis hijos como debían vivir, los ejemplos que deben considerar en sus vidas, les he estado dando consejos, he estado haciendo contactos para que el negocio que tenemos siga y tengan como sobrevivir,...me he pasado más ocupada que nunca estos días que tampoco he tenido tiempo para estar mal, sino solo los primeros días”.

Enrique corrobora información de paciente, a la vez que señala que se han dedicado a averiguar sobre el cáncer en libros. José señala que ha notado que su mamá ha cambiado, la nota más expresiva, cariñosa, manifiesta “nos ha empezado a decir cosas que antes nunca nos decía, nos da consejos, nos dice que seamos buenas personas”. Enrique considera que como familia deben hablar sobre la enfermedad, lo cual ha sido ignorado, paciente acepta al manifestar “hemos dejado eso de lado, yo he querido ocuparme de la vida de mis hijos y tal vez por eso no hemos tocado este tema,...todos sabemos que este cáncer está ahí como una mariposa que vuela entre nosotros, pero que nadie la toma en cuenta”.

En la segunda entrevista, se evaluaron variables mediante cuestionarios de ansiedad, depresión y pensamientos automáticos, de forma autoaplicada. Paciente con gran motivación al trabajo aplicó las consignas acertadamente.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 14. Depresión Leve.
- **Evaluación Final:** Puntaje 8. Normal.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 11. Ansiedad Leve.
- **Evaluación Final:** Puntaje 6. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	3	2
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	2	0
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	1	2
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	1	1
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	3	1
Personalización	6 – 21 – 36	2	0
Falacia de Control	7 – 22 – 37	4	2
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	2	0
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	3	0
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	3	0
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	5	2
Culpabilidad	12 – 27 – 42	1	1
Los Debería	13 – 28 – 43	3	2
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	4	1
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	4	3

6. Diagnóstico:

Formal: De la indagación de los datos recolectados, resulta que la paciente Heredia, presenta antecedentes depresivos, reexperimentados en problemática actual, cuyos principales síntomas son tristeza, desmotivación, pensamientos recurrentes de muerte, indecisión. Cuadro que se ve acompañado de rasgos de ansiedad como son estrés, tensión, fatiga, hiperactividad, anticipa resultados negativos; manifestaciones que se han desencadenado ante el diagnóstico de la entidad nosológica oncológica. Consecuencia del diagnóstico se ha generado un patrón de interacción familiar, con un acercamiento a hijos, interrupción de actividades personales, debido a deseo de estar junto a ellos todo el tiempo y un cambio repentino de discurso hablándoles de diferente manera.

Informal: A nivel de personalidad, se identifican rasgos de un trastorno obsesivo compulsivo, que se manifiesta por indecisión por temor a fallar, mira constantemente los errores del pasado e intenta corregirlos, considera que en su negocio es ella quien mejor lo maneja, por lo cual, tras su diagnóstico quiere dejar haciendo todos los contactos y trámites para que el negocio siga adelante; es sensible a las críticas y busca controlar sus emociones. Respecto al área cognitiva, presenta

distorsiones como falacia de control, etiquetas globales, falacia de razón y falacia de recompensa divina.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Proporcionar medios de expresión emocional tanto en consulta, como en ambiente familiar.
- Reforzar conocimientos respecto a la enfermedad, estadio, tratamientos, etc.
- Reforzar recursos de afrontamiento propios de la paciente
- Fomentar patrones de pensamiento realistas, flexibles, sanos.
- Mejorar patrones de comunicación e interacción, sobretodo con hijos.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- Asesoría Informática:

- a) Psicoeducación
- b) Biblioterapia

- Intervención Terapéutica:

- a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
- b) Debate Racional Emotivo
- c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
- d) Reestructuración Cognitiva
- e) Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad

- Alivio Sintomático:

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (7/Diciembre/2008)

La intervención en asesoramiento comenzó con la presentación de resultados de la evaluación previa, en base a la cual, en acuerdo con paciente, se establecieron los objetivos a conseguir en el proceso. Posterior al planteamiento de objetivos, se definió la estructura del asesoramiento, acordando realizar una sesión diaria a las

2:00pm, y fin de semana a las 8:00am, en consultorio de Solca, con presencia de esposo o hijos en primeras dos sesiones.

Paciente en sesión se encuentra colaboradora, participativa, refiere ánimo levemente deprimido, ansiedad moderada por hijos, pensamientos recurrentes de muerte, insomnio y pérdida relativa del apetito. Se da inicio abordando sobre el cáncer, permitiendo a paciente y Enrique expresar emociones, temores, dudas al respecto. Paciente señala “el hecho de que mi ñaño y mi sobrino hayan muerto con cáncer me ha hecho pensar que me va a pasar lo mismo,...aunque hemos leído algunas cosas sobre los tratamientos pienso que las quimios son el principal tratamiento, pero en cambio dicen que son fuertes y no sé si yo resista”. Enrique señala “Esta enfermedad es grave, por más que hemos buscado información, no sabemos si se curará, si se podrá aumentar el tiempo de vida...creo que esas dudas han hecho que ella esté pensando en que va a morir y esté como desesperada haciendo miles de cosas como despidiéndose de nosotros”.

Ante tales dudas y, en cierta parte, concepciones erróneas sobre el cáncer de mama, se procede a efectuar un proceso psicoeducativo que oriente y corrija a la pareja. Paciente empieza a comprender lo que es el cáncer de mama, sus posibles causas y abordando sobre el estadio de la enfermedad, con lo cual se puede estimar un pronóstico médico. La segunda parte de la sesión se dedicó a producir alivio sintomático mediante relajación, ya que paciente generó niveles considerables de ansiedad por información recibida. Finalmente, como tarea se estableció material bibliográfico.

Segunda Sesión: (8/Diciembre/2008)

Empezó con la revisión de tarea y las peticiones de aclaración sobre algunas dudas. Paciente se presentó tranquila, colaboradora, refiere ánimo levemente deprimido, ansiedad moderada ciertos momentos del día que no está ocupada, duerme a intervalos cortos. Se continuó con el proceso psicoeducativo, lo cual Enrique manifiesta es una de sus principales preocupaciones, se abordó sobre los tratamientos, efectos secundarios; paciente expresa “¿con la cirugía ya quedaría quitado todo el cáncer?”, además de deseos de mantenerse laborando durante tratamiento; dudas similares se corrigen en sesión explicando las razones de cada modalidad terapéutica, así como estrategias para afrontarlas. Al final del proceso

psicoeducativo Enrique afirma “ahora ya tenemos una idea de cómo van a ir las cosas, dependiendo de los resultados,...creo que con lo que aprendimos ella (paciente) va a estar más tranquila y serena esperando, cada parte de los tratamientos y más que nada con la posibilidad de curarse”.

Aunque paciente mantiene una actitud positiva, se refuerzan patrones adaptativos de afrontamiento, enfatizando en medios que permitieron superar de duelo de hijo, así como los que ha emprendido tras el diagnóstico.

Tercera Sesión: (9/Diciembre/2008)

Paciente refiere cierta dificultad para alcanzar estado de relajación; sin embargo, logró niveles de alivio sintomático significativo, logrando dormir a intervalos largos. En sesión se mostró estable, tranquila, participativa, refiere sentimientos de tristeza, ansiedad moderada que la asocia con psicoeducación, aunque señala que se encuentra más centrada en relación a enfermedad, así como motivada a tratamiento.

En sesión se da inicio a fase terapéutica, con el abordaje del modelo cognitivo, el cual complementa el trabajo previo, la sensación de control sobre la enfermedad alcanzada por paciente se enlaza con el trabajo cognitivo que permita un autocontrol; para ello se comienza detectando Ibs “El tener cáncer es una amenaza constante, porque siento que rato menos pensado voy a morir, entonces debo hacer todo para que mis hijos se queden bien y puedan seguir adelante”; las mismas que reconoce, han ocasionado su malestar emocional y sus conductas hiperactivas. Se hace uso de imaginación racional emotiva, para identificar con mayor claridad Ibs. La sesión culminó con asignación de tarea.

Cuarta Sesión: (10/Diciembre/2008)

En casa, paciente logra identificar Ibs y las asocia con sus consecuencias perturbadoras, señala ya una sensación de autocontrol sobre sentimientos de ansiedad y depresión. Se presentó estable, participativa, manifiesta mejoría significativa a nivel sintomático, en cuanto al cáncer señala un control de sí misma que le permitirá enfrentar tratamiento. Se continúa la labor terapéutica, haciendo uso del debate racional emotivo que permitió reemplazar Ibs por Rbs como la que paciente resaltó “Así uno tenga cáncer, no quiere decir que la muerte se acerca, cualquiera puede

morir sin necesidad de tener cáncer, pero me gustaría dejar unas bases sólidas para que mis hijos puedan crecer con mayor tranquilidad, aunque sé que yo haré lo que está a mi alcance, el resto dependerá de ellos, con las bases que yo les he dado”.

Quinta Sesión: (11/Diciembre/2008)

Mediante tarea paciente elimina otras Ibs y las reemplaza por Rbs que fomentan mayor adaptación al cáncer. Se observa niveles considerables de alivio, así como mayor disposición de paciente al afrontamiento de enfermedad. Se presentó comunicativa, estable, refiere control de síntomas cognitivamente, aunque le cuesta desprenderse de sus Ibs. Presenta aún síntomas depresivos y ansiosos que generan perturbación moderada en segundo nivel. Se refuerzan técnicas cognitivas, con el fin de enseñar el uso del formulario de autoayuda, el cual se constituye como medio de interpretación cognitiva de paciente, generando Rbs que producen sentimientos y conductas adaptativas como calma ante tratamientos, control de ansiedad, continuar con una vida normal. Como tarea se determina aplicar de formulario de autoayuda.

Sexta Sesión: (12/Diciembre/2008)

Siguiendo las directrices proporcionadas, paciente maneja con acierto el formulario de autoayuda. Se percibe estabilidad tanto cognitiva, como emocional y conductual, refiere ansiedad y depresión leves, duerme a intervalos largos, tolera mejor su dieta. En sesión se conceptualiza estrategias cognitivas, haciendo seguimiento de cómo paciente las aplica. Posteriormente, debido a sensación de no saber cómo manejar con hijos la problemática del cáncer, además de distanciamiento de hijos, se entrena en habilidades de comunicación, ya que paciente expresa temor a que hijos la vean llorar, lo cual se maneja mediante Rbs. Como tarea aplicar habilidades adquiridas.

Séptima Sesión: (13/Diciembre/2009)

Logra realizar tarea, in vivo, con presencia de hijos, ante lo cual señala ansiedad leve, que dificultó el desarrollo de conversación, paciente pudo expresar emociones adecuadamente con hijos, a la vez que recibió sus opiniones al respecto, mejorando comunicación y obteniendo de ellos el compromiso de involucrarse más en vida familiar. En sesión se refuerza estrategias conductuales, corrigiendo pequeños errores en aplicación, así como manejo cognitivo de ansiedad.

Octava sesión: (14/Diciembre/2008)

Paciente estable, tranquila, con ánimo elevado. Se hace una revisión del proceso, de las estrategias aprendidas, así como de los logros obtenidos, asociándolos con el cumplimiento de las metas planteadas. Mediante la entrevista abierta que se desarrolla, se expresan emociones respecto a terminación de relación de ayuda y finalmente, se plantean metas vitales a mediano y largo plazo para paciente: Terminar su tratamiento oncológico, esforzarse para brindar a sus hijos una formación para verlos como profesionales y realizar estudios para llegar a ser catequista en su grupo religioso.

9. Conclusión:

Fruto del impacto diagnóstico, la paciente Heredia ha desarrollado un cuadro psicológico caracterizado por conductas hiperactivas, mediante las cuales busca mantenerse distraída, evitando enfocar su atención en la enfermedad, así como realizando actividades que permitan a sus hijos vivir bien, ya que considera que fallecerá en un futuro cercano. El cuadro, además, se ha visto acompañado de síntomas depresivos leves y ansiosos; principalmente, por temor a caer, nuevamente, víctima de la depresión, como en ocasión anterior. La intervención en Asesoramiento ha permitido, en un inicio, desterrar la idea de asociar al cáncer con muerte, a la vez que mediante manejo cognitivo se ha logrado fomentar una adecuada adaptación a la enfermedad, promoviendo estilos eficaces de afrontamiento. Complementando el proceso, una vez alcanzado un control sobre la enfermedad y sobre sí misma, se adquirieron habilidades de interacción que fomenten la comunicación familiar.

CASO No. 8 “RIVERA”

1. Conceptualización de Caso:

Paciente de 76 años, vive sola, procedente del cantón Pauta y residente en Cuenca. Acude a consulta por profunda perturbación psicológica ocasionada por el diagnóstico de Ca. de mama izquierda, lo cual ha degenerado su calidad de vida, que se vio gravemente afectada por prescripción de mastectomía. Entre las principales alteraciones que presenta se encuentran: agitación nerviosa, ansiedad intensa por no tener quien cuide de ella, así como de su casa y negocio, cefalea, dificultad para dormir, fatiga, tristeza por pérdida de mama afectada, que ha desencadenado en

autovaloración negativa; además de un deficiente nivel de información respecto al cáncer.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Paciente señala que acude a consulta debido a detección de síntomas fisiológicos de ansiedad, que asocia con preocupación excesiva surgida tras diagnóstico de cáncer de mama. Al respecto menciona “Desde el mismo rato que me dijeron esto me puse a llorar, la cabeza me ha estado dando vueltas y así como voy a dormir...”. Paciente expresa deseos de controlar síntomas ya que considera estar “muy estresada”. Reconoce además, ser víctima de tristeza profunda, desmotivación, así como una autoevaluación negativa al ser comunicada de que se la aplicará una mastectomía.

Implícito: Durante la entrevista paciente se muestra bastante ansiosa, con pensamientos recurrentes de muerte. Se observa una profunda preocupación por su salud, al manifestar padecer de un sin número de síntomas y posibles enfermedades. Respecto al cáncer, se observa un deficiente nivel de información.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

El grupo familiar está compuesto por su esposo José de 79 años, su única hermana, Mercedes de 65 años y una sobrina, Angélica de 43 años. Paciente desde que contrajo matrimonio atiende en un negocio en su casa, por problemas genéticos no pudo tener hijos. José antes se dedicaba a sastrería; sin embargo, por problemas económicos y carencia de trabajo emigró a EEUU hace treinta años; paciente señala que mantienen contacto telefónico frecuente y que por situación de ilegalidad no ha podido regresar. Mercedes también emigró hace cerca de treinta y cinco años, dejando a Angélica a cuidado de paciente. La sobrina es considerada como una hija por paciente, contrajo matrimonio hace once años y tiene cinco hijos; tanto Angélica, como su familia, son quienes visitan constantemente a paciente y están pendientes de su salud y cuidado.

4. Entrevista Inicial:

La fase evaluativa estuvo compuesta de dos entrevistas, en la primera acudió paciente sola, debido a negativa de sobrina a participar, quien la acompañó al Instituto. Se mostró consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, ansiosa, pensamientos recurrentes de muerte y soledad. Al analizar sobre las repercusiones que el diagnóstico de cáncer de mama ha tenido en su vida, señala “a mi sólo me empezó a doler un poco, pero luego de los exámenes me dijeron que es cáncer, entonces ahí si me preocupé, me ha dado tanto miedo a esta enfermedad y sólo pienso que voy a morir,...eso creo ha hecho que esté con estrés, con dolores de cabeza que me da vueltas y vueltas”.

Tras diagnóstico el insomnio, y principalmente los síntomas fisiológicos de ansiedad han tendido a incrementarse en intensidad, impidiendo a paciente atender adecuadamente en su negocio, llevándola a la cama por horas hasta recuperarse, ante lo cual manifiesta “Ya estoy vieja y no sé que me vaya a pasar, ojalá me dieran pastillitas para los nervios, para dormir,...”. Señala que los síntomas se incrementaron considerablemente al conocer que se practicará una mastectomía radical, al respecto menciona “así como se va a poder vivir, yo ya me veo sin el seno y no me cabe estar así, no podría salir ni a la calle, no sabría como vestirme, siento que es bien horrible que me hagan eso...”, anticipa que tendrá que aislarse socialmente y no podrá atender con normalidad a los clientes quienes considera la verán como rara, incompleta, etc.

En la segunda parte del proceso evaluativo, al día siguiente, se aplicaron reactivos psicológicos en formato heteroaplicado, recibiendo colaboración de paciente, quien presentó cierta confusión en la consigna del Inventario de pensamiento automáticos, pero que se resolvió acertadamente.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 23. Depresión Moderada.
- **Evaluación Final:** Puntaje 14. Depresión Leve.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 17. Ansiedad Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 10. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	5	3
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	5	1
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	2	2
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	0	0
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	3	3
Personalización	6 – 21 – 36	2	0
Falacia de Control	7 – 22 – 37	3	0
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	0	1
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	3	2
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	0	1
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	2	1
Culpabilidad	12 – 27 – 42	0	1
Los Debería	13 – 28 – 43	3	2
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	0	0
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	4	3

6. Diagnóstico:

Formal: Conceptualizando la evaluación realizada se concluye que la paciente presenta rasgos de un trastorno de estrés al revivir constantemente el evento activador, como es el diagnóstico de cáncer, además de sintomatología fisiológica como cefalea, agitación, taquicardia, que se acompañan de preocupación excesiva. Tales manifestaciones se combinan con síntomas depresivos como son llanto, visión negativa respecto al futuro, pérdida de interés, pensamientos recurrentes de muerte, cuadro perturbador que se debe al diagnóstico de cáncer de mama. Paciente presenta rasgos de hipocondría, debido a la sensación constante de padecer enfermedad, lo cual la ha llevado a visitar varios médicos, afectando su desenvolvimiento normal. Su autoimagen se ve deteriorada, al considerarse vieja y, por mastectomía, deforme, fea, incompleta.

Informal: Se observan rasgos de un trastorno de personalidad por evitación caracterizado por sensibilidad a las críticas, inhibición social, interactúa con quienes

conoce, lo cual afecta en sus ventas, ya que evita atender a personas desconocidas, sentimientos de inferioridad. A nivel cognitivo presenta irracionalidades como son: filtraje, pensamiento polarizado, visión catastrófica, falacia de recompensa divina.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Fomentar espacios de expresión emocional, a fin de ventilar emociones sobre cáncer.
- Reforzar recursos de afrontamiento propios de la paciente.
- Adquirir conocimientos respecto a enfermedad, tratamientos, efectos secundarios, etc.
- Generar patrones de pensamiento realistas, sanos, flexibles que fomenten una adaptación adecuada a la enfermedad.
- Resolver conflictos en cuanto a su situación actual de vida al encontrarse sola.
- Reforzar patrones de interacción adaptativos.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- Asesoría Informática:

- a) Psicoeducación
- b) Biblioterapia

- Intervención Terapéutica:

- a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
- b) Debate Racional Emotivo
- c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
- d) Reestructuración Cognitiva
- e) Entrenamiento en Resolución de Conflictos
- f) Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad.

- Alivio Sintomático:

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (11/Diciembre/2008)

Se informa a paciente sobre resultados de la evaluación realizada, estableciéndose, en base a ellos, las metas que se perseguirán durante el asesoramiento. Se finaliza esta sección previa definiendo límites, responsabilidades y delineamientos en los cuales se fundamentó el proceso y que permitieron alcanzar mejores resultados. Se decidió, al inicio de la sesión dividir a la misma en dos partes, la primera se dedicó al abordaje de la enfermedad y sus repercusiones en la vida de la paciente, quien señala que los múltiples síntomas generados, a nivel fisiológico, le han impedido laborar normalmente y se ha visto obligada de guardar reposo por malestar físico.

En cuanto a la enfermedad se refiere, manifiesta “Uno siempre está oyendo a vecinos, amigos que tal persona tiene cáncer, que fulano murió de cáncer y yo tuve una sobrina que también falleció de cáncer, eso ha hecho que me vengan nervios, desesperación porque siento que me voy a morir y las molestias cada vez son mayores, entonces la preocupación se me hace más grande”. Su temor y ansiedad se intensificaron y se asociaron con síntomas depresivos al enterarse de su mastectomía, al respecto señala “yo no sé nada, dicen que hay otros tratamientos y deberían ver mejor esos antes que cortarme todo el seno,... cómo salir cómo vivir así con un hueco en el pecho, siquiera por ser una vieja no deberían hacerme sufrir así”. Produce desinhibición emocional.

Manifestaciones como las mencionadas, permiten visualizar un cuadro de desinformación considerable, razón por la cual, se presta información adecuada, que corrige muchas mal interpretaciones, concepciones erróneas y guían a la paciente en el proceso de la enfermedad. Se hace necesario utilizar metáforas y un lenguaje sencillo para lograr entendimiento de paciente. La segunda parte de sesión se dedicó a relajación, con el fin de producir alivio sintomático y control de ansiedad, lo cual refiere paciente produjo un “momento de paz”. Como tarea se asignó biblioterapia.

Segunda Sesión: (12/Diciembre/2008)

Paciente no puede realizar tarea, debido a que sobrina estuvo ocupada en otras labores, quien acude por interés en informarse sobre enfermedad. Se presentó

orientada, con ánimo deprimido, ansiedad moderada, refiere, tristeza, pensamientos recurrentes de muerte y pérdida de seno, malestar físico moderado, duerme a intervalos cortos. Se continúa el proceso psicoeducativo, abordando sobre tratamientos, efectos de los mismos, así como para afrontar cambios corporales. Paciente expresa “esto me abre esperanzas de que pueda vivir, aunque la preocupación sigue porque me dice que esas terapias producen malestar, pero ya uno sabe algo de lo que va a venir, al menos merma el sufrimiento”. Angélica refiere “si a uno no le dicen, le vienen mil ideas a la cabeza y eso le paso a mi tía, ahora sabemos que no es sólo la operación, pero también tenemos esperanzas de que se va a curar”. Piden explicaciones sobre cuadrantectomía y mastectomías, razones para su aplicación, expresando preferencia por la primera.

Debido a ansiedad que genera y aprovechando presencia de sobrina se hace necesario resolver conflicto relativo a cuidados de paciente tras cirugía y cuando reciba posible tratamiento clínico, de las opciones planteadas por paciente y sobrina se acuerda ir a casa de Angélica y, su hijo mayor Víctor ya que estudia en la noche, se encargará del negocio. Se asignó, al finalizar la sesión, como tarea practicar relajación.

Tercera Sesión: (13/Diciembre/2008)

Se alcanzan niveles significativos de alivio y relajación mediante tarea, logrando un sueño reparador durante la noche. En sesión se muestra consciente, orientada, estable, refiere mayor tranquilidad por resolución de conflicto, además de superación de incertidumbre por no saber que iba a suceder con ella. Mediante psicoeducación se despejaron aún algunas dudas sobre tratamientos, así como se enfatizó en estrategias para manejar efectos secundarios y afrontar cada etapa del proceso médico. Posteriormente, complementando la intervención inicial en psicoeducación, ya que se requiere niveles elevados de autocontrol para una adaptación a la enfermedad, se realizó una introducción al modelo ABC y se inicia la práctica del mismo diferenciando Ibs de Rbs. Identificando las primeras y las asoció a su perturbación emocional.

Cuarta Sesión: (14/Diciembre/2008)

Paciente responde con eficacia al proceso, logra detectar Ibs y las enlaza correctamente con su malestar emocional. Se observa mayor adaptación al cáncer,

refiere ánimo levemente deprimido, ansiedad leve, disminución significativa de malestar corporal. La sesión inicia con la detección de Ibs como la señalada por paciente “Los doctores deberían hacer todo lo posible para no sacarme el seno, si eso es lo que yo quiero como paciente, tendrían que hacerme casi, sino imagínese como voy a vivir, así da ganas de morirse” y se la asoció con su perturbación psicológica.

La segunda parte de la sesión, al practicar debate paciente presenta dificultad en abandonar sus Ibs, manifiesta “los pensamientos no pueden cambiar la realidad” lo cual se corrige y se enfatiza en un afrontamiento y manejo de la realidad, se intensifica trabajo en práctica de debate racional emotivo a fin de establecer un convencimiento claro en paciente de la irracionalidad de sus creencias, que finalmente logra reemplazarlas por Rbs como “Sería mejor si no me sacan todo el seno, pero si es necesario sería para mi bien aunque no me vea bien, pero uno se puede adaptar a todo”. Como tarea se asigna, detectar Ibs y reemplazarlas mediante debate por Rbs.

Quinta Sesión: (15/Diciembre/2008)

Paciente aplica principios de la T.R.E. eficazmente, al realizar su tarea. Se presentó consciente, orientada, participativa, refiere recuperación de estado anímico, ansiedad leve, manejo de síntomas fisiológicos mediante relajación. Se refuerzan técnicas cognitivas, al instruir sobre manejo de formulario de autoayuda, mediante el cual se fomenta constituir a proceso cognitivo como un patrón de pensamiento. Mediante reestructuración cognitiva, paciente identifica y maneja nuevas Ibs, al sustituirlas por Rbs, resaltando consecuencias adaptativas de éstas últimas. Se dio cierre a la sesión, determinando como tarea, aplicar el formulario de autoayuda.

Sexta Sesión: (16/Diciembre/2008)

Paciente aplica principios de la T.R.E. mediante uso de formulario. Refiere un control personal de emociones, así como de síntomas depresivos, mediante manejo cognitivo, lo cual señala produce un afrontamiento activo del cáncer; disminuye malestar fisiológico. En sesión, la primera parte se dedica a práctica del formulario de autoayuda, paciente toma la iniciativa, con tan solo supervisión de clínico. La mayor parte de la sesión, en segunda instancia, se entrena a paciente en habilidades

sociales, una vez que ha logrado un control personal y situacional. La adquisición de estrategias fomenta un mejor desenvolvimiento en Solca y en su negocio.

Séptima Sesión: (17/Diciembre/2009)

Con cierta dificultad, se cumple con tarea, debido a intensos niveles de ansiedad. Se controla aplicación de principios de la T.R.E y se refuerzan habilidades sociales adquiridas, corrigiendo ciertos errores en su aplicación. El resto de la sesión se realizó una entrevista abierta, proceso que constituyó la finalización del asesoramiento. Se analizó el alcance de los objetivos planteados, se resolvieron aspectos de la relación de ayuda y, por último, se plantearon, para paciente, metas a mediano y largo plazo.

9. Conclusión:

Paciente tras diagnóstico de cáncer presenta una marcada sintomatología ansiosa, caracterizada por un continuo recordar del momento estresor, así como significativas manifestaciones fisiológicas de ansiedad. Sus rasgos depresivos están referidos, principalmente, a pérdida de mama afectada. Durante el proceso psicológico se contó con gran disposición de paciente al trabajo, lo cual permitió alcanzar resultados favorables. En un inicio, práctica psicoeducativa y de resolución de conflictos permitió desarrollar mayor confianza, para posteriormente trabajar con mayor éxito en la asesoría. Las distintas técnicas aplicadas, sobretodo, las cognitivas y de alivio sintomático, permitieron manejar la crisis ansiosa, así como eliminar sensaciones y creencias de paciente de padecer múltiples males, para finalmente desarrollar habilidades sociales que permitan un desenvolvimiento adaptativo en distintos ámbitos.

CASO No. 9 “GUERRERO”

1. Conceptualización de Caso:

Caso relativo a paciente de 62 años, procedente y residente en Cuenca; quien acepta acudir a consulta por intensa alteración psicológica, la cual se desencadenó como consecuencia de confirmación de diagnóstico oncológico como Ca. de mama izquierda. Se detectó por autoexploración hace un año, la lesión evolucionó, razón por la cual acude a este instituto donde se confirma diagnóstico, posterior al cual

fruto del impacto emocional generó, entre sus principales manifestaciones clínicas llanto, ensimismamiento, alteración de las relaciones familiares, al no desear conversar con nadie, pensamientos recurrentes de muerte, ansiedad, desarrolló una especie de fobia a Solca, pérdida de interés, hipoactividad y, por ende, pasividad.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Profunda tristeza es la principal demanda, por la que paciente acude a consulta, manifiesta que posterior al diagnóstico “pensé que me iba a morir, no he querido saber nada de nada, he llorado como nunca, no sé por qué me ha venido todo esto”. Variada sintomatología depresiva constituye la principal fuente de preocupación de paciente, razón por la cual asiste a sesión.

Implícito: En la entrevista paciente se encontró ansiosa, tensa, sus comunicaciones fueron limitadas. Paciente expresa “no sé como pueda seguir así, tengo ya que tratar de ponerme bien, estar sin hacer nada más me tiene mal y eso también ha de preocupar a mi familia y sobretodo a mis hijos, pues yo les cuidaba a mis nietos”.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

Paciente casada hace 40 años con Jorge quien tiene 65 años, juntos han procreado cinco hijos, de los cuales dos fallecieron a temprana edad, sus otros tres hijos son Jorge de 34 años, Rosa Elena de 29 y Mauricio de 27 años. Su esposo es comerciante y es el sustento del hogar, su hijo mayor Jorge, es casado y vive independientemente con su esposa y dos hijos. Rosa Elena se divorció hace cinco años y tiene un hijo, Francisco de 7 años, trabaja como empleada en un almacén y estudia en las noches, y Mauricio es casado, por motivos económicos no ha podido independizarse, vive en casa de paciente con su esposa Karina y sus dos hijos Mauricio y Nicolás de 4 y 1 año, respectivamente.

4. Entrevista Inicial:

En una primera entrevista, se indagó sobre las consecuencias psicológicas del diagnóstico de cáncer de mama, así como su influencia en el desenvolvimiento normal de paciente. Se presentó ansiosa, agitada, sus comunicaciones fueron limitadas, tono de voz bajo. Al abordar sobre la enfermedad se produjo desinhibición emocional al recodar eventos producidos tras el diagnóstico como llanto, encierro, desesperación, sensación de que la vida se termina. Paciente manifiesta “Apenas me dijeron pensé que ya me iba a morir, con solo oír que es cáncer me derrumbé, ha pasado llorando, los dos primeros días estuve encerrada, no quería ni hablar con nadie,...he pasado pensando en mi familia, en mis hijos y nietos;...aunque he pensado bien y puede que no vaya a morir no he dejado de llorar, tengo un terror a esto, a venir a Solca, yo he pasado como un mueble sin hacer nada, y mi familia también ya se ha preocupado por eso...”.

Destaca su pasividad y escasa capacidad de afrontamiento como una de sus principales preocupaciones, sintiéndose incapaz de hacer frente a las demandas que el cáncer y su tratamiento exigen; manifiesta “yo misma me he llegado a desesperar por todo esto, pero más por mi decaimiento, siento que no tengo energías para hacer nada”. Jorge, su esposo, señala “los primeros días no sabíamos nada, estuvo encerrada en el cuarto...sólo salía callada se daba una vuelta y enseguida se metía al cuarto,...cuando ya salió pensamos que ya se estaba reponiendo pero después ha pasado igual, sin querer hacer nada, no ha querido hablar de esto con nadie, ni con los hijos...creo que también debe ser porque no ha dormido ni ha comido bien”. Paciente describe sus días posteriores al diagnóstico como “ha sido lo peor que me pudo pasar, como una pesadilla que quiero despertarme, pero esta es la realidad,...no sé cómo pude haber caído en esto,... tengo que intentar hacer lo que digan los doctores, para ver si tengo salvación”.

Se planificó una segunda entrevista evaluativa, en la cual se aplicaron cuestionarios psicológicos, que permitieron complementar la información recogida, a fin de profundizar sobre el impacto psicológico del diagnóstico, se lo realizó en forma heteroaplicada, con gran colaboración de paciente.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

De las distintas escalas aplicadas se desprenden los siguientes resultados:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 27. Depresión Moderada.
- **Evaluación Final:** Puntaje 11. Depresión Leve.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 19. Ansiedad Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 9. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	8	4
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	2	1
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	2	3
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	0	0
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	4	2
Personalización	6 – 21 – 36	1	2
Falacia de Control	7 – 22 – 37	4	1
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	0	0
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	4	1
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	3	1
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	0	1
Culpabilidad	12 – 27 – 42	2	0
Los Debería	13 – 28 – 43	3	0
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	0	0
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	7	4

6. Diagnóstico:

Formal: Fruto de la indagación del caso resulta que paciente presenta recaída de cuadro depresivo, caracterizado por llanto, tristeza profunda, hipoactividad, negación, ensimismamiento, culpabilidad, pérdida de interés, alteración de las relaciones familiares, entre otros. La crisis depresiva se acompaña de síntomas de estrés debido a que asimila la problemática actual con crisis anteriores cuando fallecieron sus hijos, reviviendo tales acontecimientos; cuadro consecuente al diagnóstico de Ca. de mama.

Informal: Respecto a su personalidad, posee rasgos de un trastorno por evitación, debido a su hipersensibilidad a las críticas, adopta un patrón de comportamiento caracterizado por el aislamiento o retiro en situaciones que se encuentre insegura, una ferviente preocupación por mantener lazos familiares estrechos. Respecto al área cognitiva se encuentran filtraje, visión catastrófica, falacia de control, razonamiento emocional y falacia de recompensa divina.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Brindar medios de expresión emocional, que ventilen sentimientos reprimidos.
- Proporcionar recursos de autocontrol, a fin de generar alivio sintomático.
- Adquirir conocimientos respecto al cáncer de mama, tratamientos, consecuencias, etc.
- Generar patrones de pensamiento realistas, sanos, flexibles y que permitan una adaptación adecuada a la enfermedad.
- Potenciar estrategias de interacción social, que fomenten desenvolvimiento adaptativo.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- Asesoría Informática:

- a) Psicoeducación
- b) Biblioterapia

- Intervención Terapéutica:

- a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
- b) Debate Racional Emotivo
- c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
- d) Reestructuración Cognitiva
- e) Distracción Cognitiva
- f) Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad

- Alivio Sintomático:

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (18/Diciembre/2008)

En su parte inicial, se comparte el informe de la indagación previa, en base a lo cual se procede a determinar la planificación del asesoramiento, llegando a un consenso con paciente. Se establecieron los lineamientos que conforman el proceso y permitieron alcanzar resultados óptimos. Paciente se presentó junto con esposo Jorge, con ánimo deprimido, comunicaciones limitadas, ansiosa, poco colaboradora al inicio de la sesión.

La sección del proceso dedicada a asesoría respecto al cáncer de mama, comenzó brindando espacio para que paciente exprese y ventile emociones, temores, dudas respecto al cáncer, produciéndose desinhibición emocional, luego de que paciente superó cierta resistencia a hablar del tema. Al mismo tiempo se valoró el nivel de información que posee, aspectos que ocuparon un espacio considerable de la sesión. Paciente inicia señalando “Desde que me estaba haciendo los exámenes ya estaba preocupada, no dormía bien,...tenía un miedo terrible y ya se imagina como fue después de que nos dijeron que es cáncer, me sentí a un paso de la tumba, es que con esta enfermedad o uno se muere o tiene que vivir con el cáncer toda su vida”. Jorge señala “claro que nos asustamos todos, el sufrimiento ha sido para toda la familia, pero es porque tanta gente que ha muerto con cáncer y todos pensamos en eso”. Paciente afirma “luego ya con más calma nos dijeron que tengo que operarme y con eso ya me sacan todo, aunque dijeron que tal vez me quiten todo el seno, pero bueno con tal de quedar bien no importa” Son las primeras impresiones que la pareja tiene en cuanto al cáncer.

Jorge finaliza diciendo “después de todo con la operación ya vemos una salida a esto, porque al inicio solo se confirmó que era cáncer y no sabíamos más, pero ahora ya con la operación Dios quiera que todo salga bien y ella (paciente) pueda quedar bien”. Ante tales concepciones, una erróneas, otras con base en la realidad, se procede a introducir a la pareja en un proceso psicoeducativo, el mismo que sirvió de herramienta para ubicar a paciente, adecuadamente, respecto al cáncer de mama. Se amplia conocimientos respecto al cáncer proporcionando material bibliográfico.

Segunda Sesión: (20/Diciembre/2008)

Al empezar se comenta sobre lectura encomendada para casa. Paciente se encontró orientada, poco colaboradora, refiere ánimo deprimido, ansiedad moderada, duerme a intervalos cortos, pensamientos recurrentes de muerte, malestar corporal. En sesión se despejan dudas e inquietudes de paciente sobre información, se aborda sobre estadio de la enfermedad, tratamientos y estrategias para afrontar cada etapa del proceso médico. Jorge manifiesta sensación de alivio debido a asimilación de información, así como esperanzas de curación. Paciente expresa estar de acuerdo con Jorge, sin embargo, sostiene que los síntomas de ansiedad y depresión afectan considerablemente su calidad de vida, además de influir en las relaciones familiares, debido a su ensimismamiento, se explica que desde próxima cita, se inicia la labor terapéutica.

La segunda parte de la sesión se destina, debido a pasividad, a planificar actividades en hogar y en compañía de familiares, que permitan cursar los días de manera activa y mantener su foco de atención en estímulos ajenos al cáncer. Finalmente, se produce alivio sintomático mediante relajación, generando un estado libre de tensión, con el cual paciente sale de consulta.

Tercera Sesión: (21/Diciembre/2008)

Paciente comenta alcanzar un sueño reparador durante la noche, al practicar relajación, lo cual la motiva más al trabajo; se presenta sola, sus comunicaciones son más fluidas; refiere ánimo deprimido, ansiedad leve, disminuye malestar corporal en cuanto a tensión, control de pensamientos negativos en cuanto al futuro, al estar más orientada respecto al cáncer. Refiere que actividades planificadas, permiten mantenerse distraída.

Se inicia el abordaje terapéutico mediante la explicación del modelo teórico de la T.R.E. Mediante Imaginación Racional Emotiva, se logra identificar Ibs, aunque en un inicio tuvo dificultad para enlazarlas con C desadaptativas; entre sus creencias, paciente destacó: “Ya en la vejez me toca este sufrimiento tan horrible, ahora debo vivir así con esa tristeza enorme hasta que me muera”. Posteriormente, se procedió a cuestionar las Ibs y reemplazarlas por Rbs que surgen del debate racional emotivo,

como “Esta enfermedad, por ser seria produce mucho sufrimiento, pero creo poder seguir adelante y disfrutar mi vida, aunque la enfermedad y el tratamientos sean fuertes”; finalmente, se asocia a estas creencias a consecuencias adaptativas y se las refuerza mediante autoinstrucciones. Al cerrar la sesión se asignó como tarea: aplicar proceso de la T.RE.

Cuarta Sesión: (22/Diciembre/2008)

Paciente aplica los principios de la T.R.E. adecuadamente, logrando adquirir un autocontrol de sus emociones y conductas, mediante manejo cognitivo. Se encontró en sesión orientada, consciente, colaboradora, refiere mejora significativa en cuanto a depresión y ansiedad, mantiene niveles bajos de malestar físico. Se modifican ciertas actividades de distracción cognitiva. Se complementa la labor cognitiva, mediante la instrucción sobre el manejo del formulario de autoayuda, con el cual se refuerza el proceso y se lo establece como un patrón de respuesta. Se refuerza Rbs y en base a las mismas se estimula la puesta en práctica de recursos de afrontamiento propios de la paciente, que por su perturbación los ignoraba, así se destaca las consecuencias adaptativas tanto emocionales, como conductuales de las Rbs. Se dio fin a la sesión asignando tarea: aplicar formulario de autoayuda.

Quinta Sesión: (23/Diciembre/2008)

Se cumple con tarea, paciente manifiesta un grado considerable de autocontrol sobre emociones y síntomas perturbadores. Se presentó consciente, estable; refiere ansiedad leve que se debe a posible aplicación de quimioterapia tras mastectomía, se resalta implementación de conductas adaptativas como consecuencia de proceso cognitivo, duerme a intervalos largos, tolera su dieta. En sesión se hace un seguimiento de la aplicación de patrones cognitivos adaptativos, corrigiendo pequeños errores en práctica de reestructuración cognitiva. Debido a que paciente ha establecido como patrón de interacción su inhibición social, o aislamiento se proporcionan habilidades sociales que fomenten un desenvolvimiento adaptativo a nivel social, de Solca y, sobretodo, familiar.

Sexta Sesión: (24/Diciembre/2008)

Paciente ejecuta tarea, señala desenvolverse por sí sola en Solca, a nivel familiar, logra expresar emociones, opiniones con hijos y esposo, recibiendo apoyo de ellos,

maneja temor a críticas cognitivamente. Paciente manifiesta haber recuperado un estado anímico, señala cierta depresión y ansiedad que se ven influenciadas por cercanía del tratamiento médico. En sesión se refuerzan técnicas conductuales, corrigiendo pequeños errores en la ejecución; además se refuerzan técnicas cognitivas y de relajación, realizando un rastreo de cómo se las aplica y los resultados obtenidos mediante las mismas, concluyendo con el logro de un control sobre sí misma y la sensación de control sobre el cáncer, al emprender una actitud de afrontamiento activo.

Séptima Sesión: (25/Diciembre/2009)

Paciente estable, colaboradora, refiere ansiedad leve, duerme a intervalos largos, señala motivación a tratamiento médico, se refuerza actitud de afrontamiento y la puesta en práctica de conductas adaptativas. Se realiza una entrevista abierta, en la cual se evalúa el proceso, expresando, por ambas partes implicadas, complacencia al lograr los objetivos trazados. Se expresan opiniones y emociones respecto al fin del proceso y se termina, con objeto de mantener a paciente orientada en su vida, estableciendo metas vitales a mediano y largo plazo: terminar su tratamiento oncológico, emprender negocio de costurera con hija, colaborar con hijos en cuidado de nietos.

9. Conclusión:

Paciente con antecedentes depresivos, quien tras confirmación diagnóstica ha desarrollado un cuadro psicológico caracterizado por ensimismamiento, tristeza, llanto incontrolable, entre otras manifestaciones depresivas. Presenta a su vez, rasgos ansiosos por cercanía de inicio de tratamiento. A través de asesoría propuesta y apoyado en un gran apoyo familiar, se ha logrado superar crisis actual, en grado considerable, permitiendo a paciente desarrollar una sensación de control situacional sobre el cáncer y sobre sí misma, al manejar sintomatología cognitivamente, lo cual ha fomentado la adopción de patrones adaptativos de afrontamiento. Como complemento al proceso, se brindaron estrategias conductuales, que fomenten un mejor desenvolvimiento y un curso acertado de la problemática presente.

CASO No. 10 “SILVA”

1. Conceptualización de Caso:

El presente caso corresponde a paciente procedente de Pasaje, El Oro, de 59 años de edad, quien decide acudir a consulta por petición de hija, debido a crisis emocional profunda generada tras el diagnóstico de cáncer. Paciente acude a este Instituto por petición de familiares, donde se confirma su diagnóstico como Carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda, para el cual se prescribe una mastectomía radical. Fruto del impacto diagnóstico y exacerbado por extirpación de mama afectada, paciente presenta entre sus principales alteraciones psicológicas: pasividad, llanto fácil y constante, pérdida completa de actividad e interés, anticipa resultados negativos, intensos sentimientos de culpa, se ve como incapacitada de superar crisis actual, ansiedad intensa, abandono de labores domésticas, insomnio, anorexia.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Paciente manifiesta acudir por petición de hija y por lo que ella llama “nervios, respecto a lo cual señala “yo siempre he sufrido de nervios y ahora que tengo cáncer me ha venido como una crisis que me he pasado temblando, llorando, no he podido hacer nada porque las piernas los brazos se me ponen débiles,...pienso que es por el miedo que tengo”. Paciente manifiesta además intensos sentimientos de culpa por sufrimiento propio y de su familia.

Implícito: En sesión paciente se muestra tensa, agitada, nerviosa, mantiene pensamientos característicos de visión catastrófica. Respecto al cáncer manifiesta “nunca he pasado por algo así, nadie me dice cómo misma está mi enfermedad,...yo solo siento que voy a morir y eso es lo que me tiene así”.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

El núcleo familiar está integrado por Vinicio, con quien contrajo matrimonio hace 41 años, y con quien ha procreado tres hijas: Lilia de 36 años, Marlene de 33 años y Janet de 28 años. Vinicio es comerciante de artículos de limpieza y es quien sustenta los gastos del hogar, su empleo tiene temporadas de ventas, razón por la cual sus ingresos no son constantes. Lilia y Marlene son casadas y viven

independientemente, la mayor vive con su esposo y dos hijas en esta localidad, Marlene por embarazo de su primogénito no se encuentra laborando y Janet vive con paciente, labora como empleada de un almacén y colabora con la economía del hogar.

4. Entrevista Inicial:

Se efectuó una primera entrevista explorativa, con el fin de determinar las repercusiones del diagnóstico de cáncer de mama en las distintas áreas de desenvolvimiento de paciente. Se presentó acompañada por Vinicio y Lilia, con intensos síntomas de ansiedad, tensión y rigidez muscular, sus comunicaciones fueron limitadas, las cuales fluyeron estableciendo diálogos directos con cada participante. Entre las primeras impresiones, se detectó una clara preocupación de Lilia por estado anímico de paciente, al respecto menciona “mami ha estado muy débil, deprimida, ha dejado de hacer sus cosas, pienso que así va a ser difícil que resista al tratamiento porque no tiene ánimo para nada”. Vinicio corrobora información brindada por su hija e intenta comprometer a paciente a emprender una actitud positiva.

Paciente señala sufrir de ansiedad, lo que ella cataloga como “nervios”; en relación a ello afirma que tras su diagnóstico ha presentado una crisis que la describe así “siempre he tenido problemas de los nervios, son como crisis que me vienen y me paso temblando, llorando, no puedo dormir, ni siquiera puedo hacer las cosas de la casa porque me siento débil, como que las piernas y todo el cuerpo me tiembla,...entonces tengo que sentarme o acostarme hasta tranquilizarme, pero eso me sabe durar a veces días o semanas y ahora me siento así, por eso siento que no puedo hacer nada, me he pasado en la casa llorando, pensando en mi vida, sin ganas de hacer nada...creo que es por el miedo al cáncer, pienso mucho que voy a morir y no voy a poder salir de esto”.

Se manifiestan intensos sentimientos de culpa, al señalar la paciente “pienso que cuando a uno le pasa esto es porque uno así lo ha querido, por descuido, por llevar una mala vida, por ser mala persona siempre a uno le pasan cosas así,...a mi me pasa, cuando siento que he hecho algo malo, siempre me pasa algo que me hace

sufrir, es como que debemos pagar por lo malo que hacemos”. Ante tal culpa y calificativos como mala persona, descuidada, deteriorando su autoestima; considera que la situación que engloba el cáncer es demasiado fuerte como para que pueda superarlo o resistirlo.

Se evaluaron variables predictibles como ansiedad, depresión y distorsiones cognitivas, en una segunda entrevista, mediante aplicación de cuestionarios en forma autoaplicada, teniendo que motivar a paciente, al final se obtuvo resultados satisfactorios.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

De las distintas escalas aplicadas se desprenden los siguientes resultados:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 31. Depresión Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 10. Depresión Leve.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 24. Ansiedad Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 10. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	8	3
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	3	0
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	3	1
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	0	0
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	3	3
Personalización	6 – 21 – 36	2	1
Falacia de Control	7 – 22 – 37	2	1
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	0	0
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	3	2
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	1	1
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	0	0
Culpabilidad	12 – 27 – 42	4	2
Los Debería	13 – 28 – 43	3	1
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	0	0
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	4	2

6. Diagnóstico:

Formal: La valoración realizada infiere que el caso Silva, debido al diagnóstico de cáncer de mama ha desarrollado un cuadro ansioso caracterizado por nervios, tensión, incapacidad para relajarse, estado de alerta constante, el mismo que ha desencadenado en fatiga; este tipo de respuesta se ha presentado anteriormente ante eventos similares. De la mano del cuadro ansioso, presenta rasgos depresivos cuyos síntomas son llanto, tristeza, pérdida de interés, anticipa resultados negativos, abulia, inactividad, pensamientos recurrentes de muerte, culpabilidad y alteraciones del sueño y la conducta alimentaria. En cuanto al autoestima, esta se ve deteriorada considerablemente.

Informal: Se observan rasgos de un trastorno obsesivo compulsivo de personalidad debido a inclinación de paciente al orden, asocia resultados negativos con conductas que califica como malas, indecisión, etc. Cognitivamente, presenta, entre sus principales distorsiones: filtraje, culpabilidad, falacia de recompensa divina, visión catastrófica.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Proporcionar medios y espacios de expresión emocional.
- Brindar conocimientos respecto a la enfermedad, estadios, tratamiento.
- Reforzar recursos de afrontamiento propios de la paciente
- Fomentar patrones de pensamiento realistas, sanos flexibles, que permitan un autocontrol tanto emocional como conductual.
- Flexibilizar creencias irracionales respecto a normas, reglas, culpabilidad.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- **Asesoría Informática:**
 - a) Psicoeducación
 - b) Biblioterapia

- **Intervención Terapéutica:**

- a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
- b) Debate Racional Emotivo
- c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
- d) Reestructuración Cognitiva
- e) Historial de Acciones Positivas

- **Alivio Sintomático:**

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (9/Enero/2009)

Se da inicio al proceso definiendo la planificación del mismo, la cual se basa en el informe detallado de la valoración realizada. Una vez establecidos los objetivos se establece la estructura del asesoramiento, conviniendo realizar 7 sesiones, a las 2:30pm en consultorio de Solca y los fines de semana a las 9:00am, con participación de familiares en las primeras dos sesiones.

La asesoría empieza abordando sobre el cáncer de mama, brindando espacios en los cuales paciente ventila emociones respecto del cáncer, así como conocer nivel de información de Vinicio y Lilia. Paciente siendo consciente de futura mastectomía, afirma que debido a sensación de debilidad, considera que su cuerpo no está en condiciones de recibir más tratamiento. Vinicio señala “yo pienso que ya operándote te sacan el tumor, así que deberías estar más tranquila que ya pronto podrás estar mejor”. Lilia es quien conoce más sobre los tratamientos de manera general, al respecto manifiesta “sé que hay algunos tipos de tratamiento, a mi mami le han dicho que va a ser cirugía y gracias a Dios, no le van a dar quimios o radioterapia...”.

Ante lo expuesto, se estima que paciente es quien menos conoce sobre la enfermedad, razón por la cual padece de incertidumbre sin saber qué esperar, lo cual intensifica su perturbación emocional; es por este motivo, que se da inicio a un proceso de aprendizaje sobre el cáncer, abordando aspectos como causas debido a dudas de pacientes y culpa, estadios y pronóstico. Se entabla una amplia

conversación y se despejan dudas al respecto. Debido a tensión constante, rigidez muscular y ansiedad intensa, en general, se practica relajación como medio de alivio, la cual requirió de esfuerzos grandes para alcanzar niveles considerables de reposo.

Segunda Sesión: (10/Enero/2009)

Los participantes cumplen con lectura, la cual se comenta en sesión. Paciente se presentó consciente, orientada, con ánimo deprimido, ansiosa; refiere leve mejoría por relajación. En sesión se despejan dudas sobre lectura, se amplían conocimientos sobre tratamientos, efectos secundarios, etc. Al respecto paciente señala “¿pero y si no resisto como me pueden dar eso?”, respecto a quimioterapia refiere cierto temor y ansiedad intensa, se entabla una conversación, sobretodo, respecto a quimio y radioterapia. Lilia manifiesta “bueno, mami ya sabe que va pasar, antes que pensar en morir,...se va a necesitar mucho que ponga de su parte y va tener que ponerse fuerte”.

Ante grados sumamente elevados de ansiedad, tensión rigidez se refuerza práctica de relajación, logrando con esfuerzo grados de alivio. Al final se dejó espacio para instruir a paciente, como alternativa a relajación, en respiración profunda y diafragmática, estableciendo su práctica en casa como tarea.

Tercera Sesión: (11/Enero/2009)

A partir de esta sesión paciente asiste sola, respecto a tarea, logra grados considerables de alivio muscular y corporal en general, mediante relajación y respiración profunda, llegando a recuperar, relativamente, el sueño. En sesión se mostró orientada, con ánimo levemente deprimido, ansiedad leve, refiere mejoría sintomática, sueños con contenido relativo al cáncer impiden dormir, no tolera su dieta, señala un mayor control de pensamientos negativos respecto a enfermedad, estimando ya un pronóstico positivo.

La etapa terapéutica del proceso de asesoría inicia con la explicación de la filosofía de autoperturbación de paciente, quien logra identificar Ibs con facilidad resaltando el malestar que producen: “Lo peor que me pudieron decir es que es cáncer, por más que yo me esfuerce los tratamientos dicen que son terribles,...yo podré hacer lo que sea pero esto es demasiado para mí”. Debido a pensamientos recurrente sobre

enfermedad, su pasividad y con el fin de motivar a paciente se hace uso de la distracción cognitiva, con el fin de mantenerla distraída en aspectos que no se relacionen con cáncer. Al final, se determina como tarea: entrenamiento en detección de Ibs.

Cuarta Sesión: (12/Enero/2009)

Paciente toma mayor consciencia de su propia perturbación detectando nuevas Ibs y verificando sus consecuencias perturbadoras. En cuanto a distracción cognitiva no realiza algunas actividades, por lo cual se enfatiza en disciplina en horarios; sin embargo, alcanza un mayor grado de control y alivio sintomático mediante relajación. Se presentó levemente deprimida, ansiedad moderada, refiere mejoría sintomática, duerme a intervalos cortos, poca tolerancia a dieta, mayor control de pensamientos.

Se dedica gran parte de la sesión a cuestionar Ibs, paciente aplica el método científico para debatir sus creencias, lo cual requiere de un prolongado espacio de tiempo, debido a cierta resistencia de paciente a abandonar Ibs, finalmente se convence y reemplaza por Rbs como “Fue duro que me digan que tengo cáncer, pero eso porque yo misma me negaba a aceptar y no es lo peor porque tranquilamente me pudieron haber dicho que mi caso es terminal, ahora me considero una persona completa que puede salvarse como muchas otras personas, y esto es soportable porque no soy la primera por pasar, muchos ya se han curado y están bien”. La sesión terminó asignando tareas para casa.

Quinta Sesión: (13/Enero/2009)

Paciente aplica el debate en casa con éxito, fomentando una mayor adaptación a la enfermedad y un autocontrol, mediante las Rbs que surgen, las cuales se refuerzan mediante autoinstrucciones. Tareas en distracción cognitiva la distraen a tal punto que pierde de vista el tiempo, afrontando con mayor facilidad la problemática actual. Refiere ánimo levemente deprimido, ansiedad leve, reducción casi total de malestar corporal, recuperación del sueño, aunque presenta despertares frecuentes, tolera mejor su dieta. En sesión se practica el formulario de autoayuda, reforzando estrategias cognitivas adquiridas, a fin de constituir las como patrón de pensamiento.

En base a Rbs, destacando sus consecuencias adaptativas, se reforzó recursos de afrontamiento propios de paciente, mediante Historial de Acciones Positivas.

Sexta Sesión: (14/Enero/2009)

Paciente colaboradora, participativa, levemente ansiosa, refiere cierta preocupación por inicio temprano de tratamiento, maneja ansiedad cognitivamente, sensación de control situacional, al cursar por días que califica como tranquilos, entretenidos; mayor seguridad en sí misma, así como incremento de motivación al tratamiento. Se hace un rastreo de cómo se aplican estrategias cognitivas. En sesión se dedica a aplicar reestructuración cognitiva, a fin de extenderla a otras áreas y normalizar pensamientos relativos a culpabilidad y apego a normas, obteniendo eficacia con la práctica, la cual se realizó con iniciativa de paciente y con la sola supervisión de psicólogo.

Séptima Sesión: (15/Enero/2009)

Paciente orientada, consciente, con ánimo levemente elevado, refiere mayor estabilidad, bienestar corporal. En sesión, mediante entrevista abierta, se analiza el cumplimiento de objetivos, tanto paciente, como clínico manifiestan satisfacción en cuanto al proceso y logros alcanzados. Se proporciona espacios a fin de resolver vínculos de la relación de ayuda, para finalmente definir metas de vida para paciente en un futuro, relativamente, cercano: terminar tratamiento oncológico, formar parte de grupo religioso en Pasaje, esforzarse para ver a su hija graduarse de Ingeniera, compartir más con hijas casadas.

9. Conclusión:

Grados considerables de ansiedad y depresión han caracterizado las consecuencias del diagnóstico de cáncer de mama, así como culpabilidad y, por consiguiente, un deterioro del autoestima. La aplicación de distintas técnicas propuestas, así como la colaboración de paciente y familia permitieron lograr resultados efectivos, reduciendo considerablemente los niveles de ansiedad y depresión, así como una mayor aceptación de sí misma y de la realidad actual. En el presente caso se ha enfatizado en el modelo cognitivo, logrando resultados favorables que han permitido desterrar irracionalidades y fomentar una mayor adaptación al cáncer, así también su

práctica se extendió a eliminar distorsiones cognitivas relativas a normas, limpieza, culpabilidad, etc.

CASO No. 11 “JARAMILLO”

1. Conceptualización de Caso:

Paciente de 42 años de edad, casada, procedente y residente en Santa Isabel, Azuay. Acude a consulta tras proposición de clínico, al haber sido diagnosticada de cáncer de mama. Es traída a Solca – Cuenca por recomendación de amiga e insistencia de esposo al presentar molestias en brazo, en este centro de salud se diagnostica Ca. de mama izquierda, situación que ha generado profundo malestar emocional, el cual se ve exacerbado por desconocimiento de la enfermedad. El impacto diagnóstico de cáncer ha generado entre sus manifestaciones clínicas más pronunciadas: tristeza profunda, llanto, baja capacidad de afrontamiento, ansiedad intensa, pensamientos recurrentes de la enfermedad e hijos, así como un autoestima negativo. A nivel familiar, señala ciertos conflictos con esposo, quien demanda de ella, un afrontamiento activo de la situación.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Paciente señala desconocer información específica sobre el cáncer, refiere “lo poco que sé es porque he oído a otras personas, pero de mi no sé cómo estará, si está avanzado o no”. Manifiesta además profundos sentimientos de tristeza y ansiedad por estar lejos de su casa y de sus hijos, por quienes teme se queden solos. Expresa deseos de controlar crisis depresiva, sobretodo, ya que considera que así no podrá seguir viviendo.

Implícito: En sesión paciente se mostró ansiosa, sus comunicaciones fueron limitadas, tono de voz bajo, ánimo deprimido, poca colaboración. Se observan pensamientos con contenido negativo respecto a sí mismo, afectando considerablemente su autoestima, al verse como una persona incapacitada de afrontar la enfermedad.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

La familia de paciente está integrada por su esposo Luis de 43 años y sus cuatro hijos Luis de 24 años, José de 15 años, Mayra de 11 años y Jonathan de 1 año de edad. Luis es agricultor y trabaja en la misma localidad, su hijo mayor contrajo matrimonio hace tres años y vive independientemente, aunque mantiene una cercana relación con su familia. José y Mayra son estudiantes y Jonathan pasa con paciente todo el tiempo, siendo su principal preocupación al estar en Cuenca. Se observa una clara dependencia de paciente hacia esposo, de quien busca estar acompañada en todo momento.

4. Entrevista Inicial:

En la primera, de las dos entrevistas evaluativas, se profundizó sobre los efectos que el cáncer de mama ha ocasionado en la vida de la paciente. Paciente se presenta con esposo, ansiosa, agitada, reservada en sus comunicaciones, tono de voz bajo, escaso contacto ocular, dejando a esposo que tome la iniciativa en la conversación. Se establecieron límites y turnos de intervención a fin de fomentar mayor participación de paciente, quien inicia describiendo su situación como “Para mi esto ha sido bien duro, sufro por mis hijos que se pueden quedar solos sin mi,...esto no ha sido mi culpa, pero como madre siento que tengo que estar con mis hijos, porque estando acá no me paso tranquila, y encima tanto dolor y sufrimiento que hay aquí”.

Luis destaca negativismo de paciente al señalar “yo entiendo a ella que esté mal, a todos nos puede dar cáncer y nos pondrá mal, tristes, todo...pero ella se acobarda, quiere irse a la casa, cada vez que venimos acá dice que va a doler, que no quiere hacerse el examen, que se siente desesperada, que le da miedo...así no se va a poder curar, esto ha hecho que discutamos ya varias veces”. Paciente ante lo expuesto asiente con la cabeza, sin embargo, exige mayor comprensión, al respecto afirma “desde el rato que dijeron que es cáncer se me vino una tristeza que hasta ahora no se me sale, es algo que no puedo creer,...uno siempre ve estas cosas como malas y cree que a uno no le puede pasar,...estos días he pasado llorando donde mi hermana, no he querido volver acá porque pienso otra vez en que me voy a morir, me ha dado mucho miedo, mucho sufrimiento, en las noches tengo que estar con alguien porque me desespero”. Paciente destaca intenso malestar emocional, pasividad,

desmotivación tras el diagnóstico, enfatizando en su deseo de abandonar tratamiento y regresar a su casa.

Durante la segunda entrevista evaluativa, se emplearon reactivos psicológicos de forma autoaplicada, paciente colaboró y siguió las consignas e instrucciones adecuadamente.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 32. Depresión Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 21. Depresión Moderada.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 20. Ansiedad Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 13. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	3	2
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	0	2
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	7	2
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	2	0
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	2	1
Personalización	6 – 21 – 36	3	1
Falacia de Control	7 – 22 – 37	9	3
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	3	1
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	3	1
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	3	1
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	0	0
Culpabilidad	12 – 27 – 42	4	3
Los Debería	13 – 28 – 43	5	4
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	3	1
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	8	2

6. Diagnóstico:

Formal: Como conclusión del proceso evaluativo, se establece que la paciente Jaramillo ha desarrollado rasgos de un trastorno depresivo por presencia de

enfermedad médica (cáncer), cuyas manifestaciones son tristeza, abulia, temor a todo estímulo relacionado con cáncer, desmotivación, pasividad, evitación, insomnio, pensamientos recurrentes de muerte. Además se observan manifestaciones de ansiedad, entre ellas: preocupación intensa por hijos y enfermedad, anticipa resultados negativos, sensación de pérdida de control de su vida, cefalea. Tales síntomas se ven incrementados por pensamientos negativos calificativos respecto a sí misma, deteriorando su autoestima, así como por escaso nivel de información sobre la enfermedad.

Informal: Paciente con rasgos de un trastorno dependiente de personalidad, debido a un apego férreo a esposo, sensación de inutilidad sin su compañía, pasividad, introversión, evita asumir responsabilidades, las cuales delega a esposo. En cuanto a sus estilos cognitivos presenta filtraje, sobregeneralización, falacia de control, culpabilidad, los debería y falacia de recompensa divina.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Proporcionar medios de expresión emocional adaptativa.
- Potenciar la puesta en práctica de estilos de afrontamiento propios.
- Brindar información respecto a la enfermedad, sus causas, tratamientos, efectos, etc.
- Alcanzar patrones de pensamiento flexibles, sanos, adaptativos, permitan un adecuado autocontrol emocional y generar conductas saludables.
- Adquirir estrategias conductuales que fomenten un desenvolvimiento adaptativo.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- Asesoría Informática:

- a) Psicoeducación
- b) Biblioterapia

- Intervención Terapéutica:

- a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
- b) Debate Racional Emotivo

- c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
- d) Reestructuración Cognitiva
- e) Historial de Acciones Positivas
- f) Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad
- g) Entrenamiento en Resolución de Conflictos

- **Alivio Sintomático:**

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (14/Enero/2009)

El proceso inició con una sesión en la cual se compartió tanto a paciente como a su esposo Luis, los resultados de la valoración psicológica. Se debatió los objetivos a seguir mediante el asesoramiento junto con paciente y finalmente se procedió estructurar el proceso, acordando horarios, límites, responsabilidades y demás aspectos que permitan alcanzar mejores resultados.

Paciente estuvo consciente, con ánimo deprimido, poco comunicativa, refiere decaimiento, ansiedad excesiva por incertidumbre e hijos, deseos de abandonar tratamiento. La sesión tuvo comienzo valorando las concepciones de paciente y Luis respecto al cáncer. Luis indica que paciente no pone de su parte para mejorar emocionalmente, la describe como “muy negativa”, señala respecto a la enfermedad “nosotros oímos que los tratamientos caen el pelo, que algunos mueren, que son fuertes, que hay tratamientos que pueden matar,...esas son cosas que nos preocupan,...”. Paciente añade “nos dijeron que iban a operar el tumor, y de ahí hay que esperar, pero no sabemos esperar qué,...yo no dejo de pensar en esto porque de lo que he oído para el cáncer no hay salida, así que por mi quiero ya irme a mi casa, de qué sirve estar aquí sufriendo, haciendo tantas cosas, si al final esto no tiene salida”.

Tales argumentos, concepciones y otros similares, permiten visualizar un nivel de confusión que se combina con desinformación y producen en paciente elevados niveles de alteración emocional, por incertidumbre, razón por la cual se aplica

psicoeducación. La segunda parte de la sesión, debido a gran perturbación que ocasiona la situación de sus hijos, se hace uso del entrenamiento en resolución de conflictos, acordando que hijo menor venga a estar con ella y los otros dos vengan cuando Luis viaje a Cuenca. La técnica ya permite a paciente generar mayor confianza en sí misma, debido a que se estimuló a que sea ella misma quien tome la decisión y la aplique.

Segunda Sesión: (15/Enero/2009)

Acuden paciente y Luis, cumplen con lectura asignada por insistencia de esposo. Se presentó poco colaboradora, sus comunicaciones fluyen con mayor espontaneidad, refiere malestar corporal, dificultad para conciliar el sueño, reducción de ansiedad por presencia de hijo, paciente refiere “creo que poco a poco uno debe ir resolviendo los problemas que tiene y así está más tranquila”.

La sesión se dedica a impartir conocimientos relativos a la enfermedad, se resuelven dudas, se aborda sobre tratamientos corrigiendo creencias erróneas, al final se alcanza un sentir de control y seguridad sobre la enfermedad. Luis señala “yo la veo mejor, al menos desde que anoche traje a mi hijo”, paciente corrobora y expresa mayor confianza y motivación al trabajo. Con el fin de alcanzar un sentimiento de control sobre sí mismo y sobre síntomas que perturban, se practica relajación logrando grados considerables de alivio sintomático, al final se estableció su práctica como tarea.

Tercera Sesión: (16/Enero/2009)

Paciente realiza lectura que se asignó para cerrar el proceso psicoeducativo, se comenta brevemente sobre la misma. Se muestra colaboradora, con ánimo deprimido, ansiedad leve, cierta tensión muscular; refiere sentimientos de tristeza, dificultad para dormir, un dominio de pensamientos relativos a enfermedad, asociándolos con información recibida. El trabajo terapéutico inicia con el abordaje de las Ibs, mediante la explicación del modelo cognitivo ABC, se hace uso de imaginación racional emotiva, a fin de identificar con mayor claridad irracionalidades en el pensamiento, paciente presenta confusión entre Ibs y Rbs, en lo cual se trabaja en sesión, asociándolas con consecuencias negativas o adaptativas, respectivamente. El nivel elevado de ansiedad, tensión, rigidez muscular hace necesario que se refuerce en relajación, paciente con mayor motivación colabora y

alcanza grados satisfactorios de alivio, la sesión culminó estableciendo como tarea, detectar Ibs.

Cuarta Sesión: (17/Enero/2009)

Con mayor claridad paciente logra identificar nuevas Ibs. Se encontró en sesión consciente, colaboradora, con mejor disposición al trabajo, refiere mejoría sintomática por presencia de hijos, ánimo levemente elevado, ansiedad por enfermedad, dificultad para conciliar el sueño. En sesión, debido a confusión entre Ibs y Rbs, se trabaja con ayuda de imaginación racional emotiva. Una vez, bien diferenciadas cada creencia y asociada a sus consecuencias, paciente detecta las primeras con éxito como por ejemplo: “El cáncer es una enfermedad que no tiene salida, siento que me voy decayendo desde que me dijeron que tengo cáncer, ahora mejor tengo que estar con mis hijos, que son quienes más sufren y si es de morir estaré con mis hijos hasta que Dios quiera”.

Quinta Sesión: (18/Enero/2009)

Paciente cumple con tarea, presenta mayor pericia al detectar Ibs. Se presenta orientada, con ánimo levemente deprimido, demuestra mayor colaboración, refiere mejoría en cuanto a ansiedad, está con hijos la mayor parte del día lo cual le permite un mejor afrontamiento, duerme por intervalos cortos. En sesión se dedica a debatir y generar, en sustitución de sus Ibs, Rbs adaptativas, aunque se observa cierta rigidez en pensamientos de paciente como: “Como ud. me ha dicho el cáncer, en mi caso, tiene tratamiento y sé que puedo salir adelante,...el decaimiento, la tristeza, la desesperación están solo en mi cabeza, porque ahora pienso bien y me siento bien físicamente,... habrá momentos en los que será mejor sacrificarme sin estar con mis hijos, pero después mi esfuerzo valdrá la pena porque podré estar con mis hijos estando recuperada”.

Aprovechando el mejoramiento anímico, así como la estimulación de patrones de afrontamiento activos mediante las Rbs, se refuerzan estilos de afrontamiento propios de la paciente, mediante Historial de Acciones Positivas.

Sexta Sesión: (19/Enero/2009)

Aplica el proceso cognitivo correctamente en casa, generando patrones de pensamientos adaptativos que permiten visualizar un efecto renovador en paciente, mejorando su autoestima y autoconfianza; no obstante, paciente presenta un fuerte apego a Ibs relativas a negativismo, visión catastrófica, los mismos que se debate y confrontan en sesión. Asiste consciente, orientada, refiere cierto ánimo deprimido, ansiedad moderada por ausencia de hijos mayores, leve malestar corporal. En sesión se practica el proceso completo de reestructuración cognitiva, abordando sobre Ibs relativas a visión catastrófica, autoestima y dependencia. Como tarea se asigna aplicar el formulario de autoayuda, a fin de reforzar técnicas en casa.

Séptima Sesión: (20/Enero/2009)

Al manejar el formulario de autoayuda correctamente, paciente señala obtener consecuencias adaptativas, un estado emocional estable y positivo. Se mostró en sesión participativa, con ánimo levemente deprimido, ansiedad leve, refiere pensamientos recurrentes de quimioterapia, debido a prescripción de la misma como tratamiento adyuvante. En sesión se supervisa el trabajo cognitivo con Ibs relativas al tratamiento, estableciendo como patrón de respuesta cognitiva, el proceso de la T.R.E. El resto de la sesión se dedica a adquirir habilidades sociales que permitan a paciente un afrontamiento activo, así como un desenvolvimiento adaptativo en ambiente de Solca, valiéndose por sí misma. Como tarea: aplicar, in vivo, estrategias conductuales.

Octava Sesión: (21/Enero/2009)

Paciente manifiesta ansiedad extrema al realizar tarea, aunque logra realizar la misma. Se presentó con ánimo levemente elevado, ansiedad leve, colabora relativamente, indica mejoría emocional, duerme a intervalos largos, poca tolerancia de dieta. En sesión se supervisa aplicación de modelo cognitivo y se refuerzan las Rbs resultantes del mismo, enlazándolas con sus consecuencias, sobretodo, emocionales. Se practicó técnicas conductuales, reforzando en control cognitivo de la situación lo cual fomenta conductas adaptativas. Se corrigen pequeños errores en la ejecución.

Novena Sesión: (22/Enero/2009)

Paciente presenta mejor desenvolvimiento en ambiente de Solca por sí misma, mayor autoconfianza. En sesión se realiza un recuento de las técnicas y logros alcanzados y asociándolos con el cumplimiento de objetivos, expresando grados de satisfacción de las partes implicadas. Finalmente, se plantean metas a mediano y largo plazo, para la vida de la paciente: Terminar tratamiento, esforzarse por educación de hijos, recuperarse para poder cuidar de hijo menor.

9. Conclusión:

El caso “Jaramillo” tiene como principal característica una apatía y poca colaboración de paciente, quien en un inicio se mostró resistente, aunque resolución de conflicto respecto a hijos permitió desarrollar mayor confianza y colaboración. Durante el proceso paciente presentó facilidad para aplicar con eficacia el modelo cognitivo, logrando un autocontrol y reducir síntomas considerablemente. En base al modelo cognitivo, se consiguió adquirir estrategias sociales que fomenten un mejor desenvolvimiento en Solca, sin depender de esposo. Al final, paciente mostró complacencia por logros adquiridos, así como mayor motivación al tratamiento.

CASO No. 12 “BUESTÁN”

1. Conceptualización de Caso:

El presente caso aborda sobre paciente de 76 años, procedente del cantón Gualaceo. Decide asistir a consulta psicológica por preocupación excesiva y desorientación respecto a enfermedad detectada. Tras confirmarse su diagnóstico, en esta casa de salud, como carcinoma ductal infiltrante de mama derecha, se decide aplicar una mastectomía radical, con lo cual se iniciará tratamiento. La presencia de la entidad nosológica oncológica ha generado cierto malestar, el cual no ha tendido a intensificarse debido a completo desconocimiento del cáncer, razón por la cual entre las principales manifestaciones psicológicas ha presentado: tristeza, preocupación moderada, lo cual considera normal por enfermedad, temor, abandono de actividad laboral en agricultura, así como cierto conflicto en relación con hijos quienes no consideran su opinión al respecto de la enfermedad y tratamientos y, distanciamiento relativo de esposo, quien teme se pueda contagiar de su enfermedad.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Expresa deseos de conocer más sobre la enfermedad y sobre los tratamientos a los que tendrá que someterse. Señala que tras el diagnóstico ha sentido un profundo pesar y tristeza, al respecto manifiesta “A uno siempre le pone mal ver que la familia también sufre”. Señala además, deseo de mejorar relaciones con hijos, ya que no consideran su opinión a la hora de tomar decisiones sobre su salud.

Implícito: Paciente se presenta en sesión colaboradora, tranquila, refiere ánimo levemente deprimido. Respecto al cáncer indica “A mi edad ya no tengo que estar sufriendo, ya Dios me ha de cuidar y saber hasta cuando me tiene”. Se observa total desconocimiento de la enfermedad y sus riesgos, lo cual ha motivado una postura calmada, tranquila.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

Paciente casada con Ernesto de 81 años de edad, juntos han procreado siete hijos: Carmen de 54 años, Alfonso de 53 años, Josué de 49 años, Piedad de 47 años, Manuel de 44 años, Gloria de 43 años e Israel de 41 años, todos son casados y viven independientemente, manteniendo relación cercana con sus padres. Ernesto trabaja en agricultura, antes lo hacía junto con paciente; sin embargo, ella por presencia de enfermedad abandonó el oficio. Paciente señala que hijos no la consideran en toma de decisiones, siendo ellos quienes asumen todo cuanto se refiere a salud de ella. Respecto a su esposo señala mantener buenas relaciones, aunque ahora por enfermedad él duerme aparte, por temor a ser contagiado, lo cual es respetado por paciente.

4. Entrevista Inicial:

Paciente se presentó en la primera entrevista acompañada de hija Piedad; en esta se indagó sobre los efectos que el diagnóstico de cáncer ha generado en paciente, así como su influencia en las distintas áreas de vida de paciente afectando su desenvolvimiento. Se presentó estable, tranquila, refirió ánimo levemente deprimido, sensación de decaimiento y agotamiento corporal, colaboró en la sesión, sus comunicaciones fueron fluidas. Paciente inicia indicando que tras el diagnóstico ha dejado de trabajar por sensación de fatiga, así como cierto malestar corporal, como

dolor en zona afectada y miembro superior derecho, se cansa rápidamente, estuvo sensible a cambios climáticos. Al confirmarse presencia de cáncer manifiesta “Se me vino mucha preocupación y tristeza, como toda enfermedad siempre hay sufrimiento,...pero me preocupaba mucho ver a mis hijos así también muy preocupados”.

Piedad argumenta “mama ha estado preocupada, nosotros hemos estado acompañándole en la casa, porque los primeros días estuvo sola y se desesperaba, como no estaba acostumbrada a estar así de balde...”; paciente asiente y añade “por mi trabajara, pero me canso rápido ahora, en la casa trato de hacer algo pero mis hijas tampoco me dejan, eso me ha hecho sentir bastante inútil, una carga para ellos”. Se entabla una conversación sobre situación de paciente en la casa, así como sus deseos de ser tomada en cuenta, al respecto refiere “yo quisiera que mis hijos me tomen más en cuenta, cualquier cosa que yo digo me salen con grosería,...por ejemplo ahora que tenía que venir acá a Solca, solo hablaron entre ellos y yo como me paso calladita para que no me digan nada, ni me toman en cuenta”. Piedad discute a paciente al afirmar “mama no ha querido venir, ella dice que no le molesta, ni le duele nada y que le dejen en paz, por eso hablamos con mis hermanos y como dicen que el cáncer puede avanzar, por eso le trajimos y no le íbamos a dejar así en la casa”. Posterior al diagnóstico, paciente señala un manejo de la situación, dice “como toda enfermedad estoy preocupada, pero del resto estoy tranquila porque mis hijos son los que me traen y deciden si vengo o no, yo sólo tengo que hacerles caso.

Se efectuó una segunda entrevista en la cual se emplearon, de manera heteroaplicada, inventarios psicológicos, a fin de ampliar sobre la profundidad del impacto psicológico en la vida de la paciente. Se obtuvo, grados considerables de cooperación.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

De las distintas escalas aplicadas se desprenden los siguientes resultados:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 16. Depresión Leve.
- **Evaluación Final:** Puntaje 10. Depresión Leve.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 13. Ansiedad Leve.
- **Evaluación Final:** Puntaje 7. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	3	2
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	2	1
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	1	0
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	1	0
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	3	2
Personalización	6 – 21 – 36	3	1
Falacia de Control	7 – 22 – 37	2	2
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	3	0
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	2	2
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	0	1
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	1	0
Culpabilidad	12 – 27 – 42	0	0
Los Debería	13 – 28 – 43	6	2
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	0	0
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	4	4

6. Diagnóstico:

Formal: Formulando el cuadro psicológico desencadenado tras el diagnóstico de cáncer de mama, se concluye que paciente presenta rasgos de un trastorno de ansiedad y depresión, cuyos síntomas principales son: hipoactividad, dificultad para mantener el foco de atención en un estímulo determinado, estilos de afrontamiento pasivos, adopción de una actitud dependiente de hijos, además de preocupación moderada, fatiga, dificultad para trabajar, sensación de que se encuentra inhabilitada para cualquier actividad. Respecto al cáncer presenta un total desconocimiento de la misma. En relación al autoestima esta se ve deteriorada, lo cual se ha visto influenciado por abandono de actividad laboral.

Informal: Paciente presenta rasgos de un trastorno dependiente de personalidad, caracterizado por estilos de afrontamiento pasivos, introversión, permite que los demás (familiares) tomen decisiones por ella, sus satisfacciones se centran en estar

rodeada de su familia. A nivel cognitivo destacan: Los debería, falacia de recompensa divina, filtraje, visión catastrófica, personalización y falacia de justicia.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Reforzar recursos de afrontamiento propios de la paciente.
- Proporcionar recursos de expresión emocional, a fin de producir alivio sintomático.
- Adquirir conocimientos respecto al cáncer, tratamientos, efectos secundarios, etc.
- Generar patrones de pensamiento realistas, sanos y que permitan una adaptación adecuada a la enfermedad.
- Adquirir estrategias de interacción familiar adaptativas.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- Asesoría Informática:

- a) Psicoeducación
- b) Biblioterapia

- Intervención Terapéutica:

- a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
- b) Debate Racional Emotivo
- c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
- d) Reestructuración Cognitiva
- e) Historial de Acciones Positivas
- f) Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad

- Alivio Sintomático:

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (16/Enero/2009)

Paciente se presenta en sesión en compañía de hija Piedad, se muestra estable, tranquila, colaboradora; refiere cierto malestar corporal, fatiga, ansiedad moderada, duerme a intervalos cortos. Se da inicio con la exposición de resultados de la

valoración realizada, posterior a los cual se definen las bases, en las cuales se fundamentará el asesoramiento, como son la planificación y la estructura del proceso, los cuales se realizan en mutuo acuerdo con paciente y Piedad.

Se aborda sobre las concepciones del cáncer que tienen tanto paciente y Piedad, quien señala “Hasta ahora sólo sabemos que hay la operación de todo el seno, pero no sabemos más...lo poco que conocemos es porque siempre se ha oído del cáncer que es algo grave, algunos han muerto, otros dicen que siguen vivos”. Paciente señala “Yo creo que de mi no está avanzado ni nada, casi no me ha dolido y eso ha de ser que está bien,...hay veces que me preocupo porque veo a mis hijos hablando a escondidas de mi y me hacen pensar que puede haber algo malo,...después me tranquilizo y pienso que ha de ser para que no me preocupe”.

Respecto a mastectomía, paciente señala “ya si es de hacerse no hay problema, lo importante es que quede bien y que ya no haya que gastar más porque mis hijos tampoco tienen”, tales afirmaciones permiten vislumbrar un cuadro de desinformación significativo, tanto de paciente como de su familia, razón por la cual se imparten conocimientos sobre el cáncer de mama, haciéndose necesario emplear material didáctico, así como vocabulario sencillo. Para finalizar, se aplicó relajación a fin de promover un alivio sintomático, así como manejar sensación de malestar físico y fatiga.

Segunda Sesión: (17/Enero/2009)

En cuanto a lectura encomendada, paciente la cumple con asistencia de hija y se comenta sobre la misma. Se presentó orientada, consciente, colaboradora, con ánimo estable, paciente refiere mejoría con relajación, ansiedad moderada. Durante la sesión se recapitula información proporcionada en sesión anterior, y se imparte conocimientos sobre tratamientos, efectos secundarios, y cirugía. Piedad, señala múltiples dudas respecto a cirugía y razones para su aplicación, así como sobre pronóstico médico. Debido a pasividad de paciente, así como dependencia de hijos, se refuerzan recursos propios de afrontamiento, estimulando participación activa de paciente en tratamiento y decisiones al respecto. Mediante historial de acciones positivas se revisan situaciones de crisis, duelo superadas por paciente.

Tercera Sesión: (18/Enero/2009)

Se realiza en casa lectura, asignada con lo cual se completa el proceso psicoeducativo, se comenta, al inicio, sobre la misma. Paciente en sesión estable, tranquila, colaboradora, señala mejor manejo situacional, debido a que conoce las posibilidades que pueden ocurrir, así como mayor consideración de hijos, de su opinión. Se observa mayor control sobre la enfermedad. En sesión se procede con el abordaje del modelo cognitivo, en un inicio paciente logra detectar la conexión entre cognición, afecto y conducta, sin embargo, presenta dificultad, para diferenciar Ibs de Rbs, lo cual se corrige y aclara mediante imaginación racional emotiva, durante esta parte del proceso se entrenó tan solo en identificar Ibs como “A mi me deberían mejor dejar estar tranquila en mi casa y que siga con mi vida allá, yo ya estoy vieja y por mi ni siquiera van a poder hacer nada, igual para mi ya los años se me acaban”.

Cuarta Sesión: (19/Enero/2009)

En sesión se continúa con el proceso cognitivo, obteniendo grados considerables de colaboración de paciente. Se detectan y asocian a consecuencias perturbadoras las Ibs, con mayor claridad, lo cual ya ha generado grados considerables de autocontrol. Se trabaja en el cuestionamiento de Ibs, mediante debate con el cual paciente confirma, no sólo las consecuencias desadaptativas de sus creencias, sino comprueba su irracionalidad y la elimina, al instaurar nuevos patrones de pensamiento, así por ejemplo: “Quisiera pasar en mi casa y no tener que venir, pero por mi bien es mejor que me sacrifique y me esfuerce viniendo acá para curarme, aunque esté vieja puedo seguir viviendo y no hay por qué pensar en que voy a morir nadie me ha dicho eso”. Se cierra la sesión determinando practica de proceso cognitivo como tarea.

Quinta Sesión: (20/Enero/2009)

Se observa grado considerable de manejo de ansiedad, depresión, mediante proceso cognitivo. Paciente orientada, estable, con ánimo elevado, refiere mejora emocional considerable, señala sensación de mayor seguridad respecto a la enfermedad y a sí misma. En sesión se refuerzan técnicas cognitivas y se instruye en manejo de reestructuración cognitiva, logrando en paciente aplicar principios de la T.R.E. acertadamente, con lo cual se implanta al modelo cognitivo como patrón de funcionamiento psicológico. La sesión tuvo su cierre al determinar tareas: aplicar formulario de autoayuda.

Sexta Sesión: (21/Enero/2009)

Paciente aplica el modelo de reestructuración cognitiva con acierto, logrando un mejor afrontamiento, así como un manejo de síntomas y su consecuente alivio. En sesión se mostró orientada en tiempo, espacio y persona, ánimo estable, tranquila, señala mejoría emocional y física, refiere “es como que cada uno puede controlarse”, señala mayor motivación al tratamiento. En sesión se refuerza el método cognitivo. En un segundo momento, se aprovecha presencia de hija, con la cual se entrena a paciente en habilidades de interacción y comunicación con hijos, sobretodo, a fin de mejorar sus relaciones. El entrenamiento se da jerarquizando conductas y posteriormente, a manera de rol play se practica habilidades adquiridas.

Séptima Sesión: (22/Enero/2009)

Paciente estable, colaboradora, tranquila, manifiesta estabilidad, cierto nivel de ansiedad al ejecutar tarea en presencia de hijos, sin embargo, noche anterior logra entablar conversación con ellos, expresando sus opiniones respecto al cáncer, el tratamiento, sin desencadenar discusiones fuertes. En sesión se realiza una supervisión de manejo cognitivo y se refuerzan las Rbs resultantes, así como las consecuencias emocionales y conductuales adaptativas de las mismas. A nivel conductual se refuerzan técnicas y se corrigen ciertos errores en su aplicación, al practicar técnica con presencia de hija.

Octava Sesión: (21/Enero/2009)

Paciente señala mayor control emocional al realizar técnica y hacer prevalecer sus opiniones con hijos, esposo, recibiendo apoyo, comprensión de familiares. Se presentó estable, colaboradora, manifiesta cuadro asintomático a nivel emocional, respecto a la enfermedad señala mayor adaptación, emprendimiento de actitud positiva, afrontativa. Se da cierre al proceso evaluando el mismo y sus logros alcanzados, Paciente manifiesta “Ud. ayuda a aclarar tantas cosas, porque a uno le dicen que es cáncer, que tiene que operarse pero no explican más,...y además ayuda a no estar triste, a estar más positiva para venir acá”. Se expresan sentimientos de complacencia por el proceso de asesoramiento. Para finalizar se plantean metas a mediano y largo plazo que mantengan orientada a paciente en el futuro.

9. Conclusión:

Paciente, quien por su condición de analfabeta presentó cierta dificultad para entender y aplicar ciertas técnicas, sobretodo, dentro del ámbito cognitivo; motivo por el cual se realizaron modificaciones al proceso, así como al formulario de autoayuda. El contar con un grado considerable de colaboración de la paciente, permitió obtener resultados óptimos mediante el asesoramiento, logrando adoptar una postura afrontativa respecto al cáncer, así como mayor participación en decisiones sobre su salud, con lo cual se fomentó mayor diálogo con hijos.

CASO No. 13 “MORILLO”

1. Conceptualización de Caso:

Corresponde a paciente de 33 años de edad, casada, procedente de Machala. Decide asistir a consulta debido a intensos niveles de alteración emocional producidos tras el diagnóstico de cáncer de mama. Paciente, luego de estar en Solca – Machala, se presenta en este Instituto donde se confirma su diagnóstico oncológico como Carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda, situación que ha desencadenado en profunda perturbación emocional, la misma que se ve incrementada en intensidad al prescribirse, como tratamiento inicial, una mastectomía radical. Entre las principales manifestaciones clínicas consecuentes al diagnóstico están: llanto, hipersensibilidad emocional, temor, preocupación excesiva por hijos pequeños, pensamientos recurrentes de muerte, alteración de la conducta alimentaria, dificultad para conciliar el sueño, deseos de abandonar tratamiento.

2. Motivo de Consulta:

Explícito: Paciente acude por intensos sentimientos de tristeza que se han generado tras el diagnóstico de cáncer de mama, los cuales se basan en su asociación del cáncer con muerte, su posible extirpación de mama afectada y por sus hijos pequeños que se encuentran lejos. Al respecto señala “no he podido aguantar tanto, esto ha sido demasiado fuerte para mi, me ha ganado el dolor, el estar sin mis hijos”. Paciente expresa deseos de abandonar tratamiento debido a que considera inevitable su muerte al padecer cáncer.

Implícito: En sesión paciente se presentó con ánimo deprimido, sensible, colaboradora, preocupada. Alude que su tristeza radica en el temor a enfermedad y a estar lejos de sus hijos; no obstante, se logra indagar un sentimiento intenso de pesar, negación respecto a futura mutilación de seno, lo cual considera como un hecho que atenta contra su integridad como mujer.

3. Núcleo Familiar de la Paciente:

El entorno familiar cercano de paciente está integrado por su esposo Freddy de 36 años y sus dos hijos, Diana de 8 años y Kevin de 3 años. Freddy labora como jornalero en el campo, es quien sustenta los gastos familiares. Diana asiste a la escuela en la localidad donde residen y Kevin pasa en casa con paciente. Paciente señala buenas relaciones con esposo, manifiesta poseer buena comunicación y comprensión lo cual les ha permitido mantenerse unidos, llevando una vida de familia, tranquila; describe a Freddy como responsable, buen padre, buen marido.

4. Entrevista Inicial:

En el primer contacto establecido, mediante una entrevista semiestructurada, se evaluó el grado de perturbación psicológica desencadenado por el diagnóstico de cáncer de mama. Paciente acude sola, con ánimo deprimido, ansiedad intensa, colaboradora, algo reservada al inicio de la sesión. Comienza manifestando sus temores a la enfermedad, refiere “Pienso que me voy a morir,...es todo lo que cruza por mi cabeza,...no sé hasta cuando pueda aguantar así pero he pasado sufriendo, como contando ya mis horas finales”. Paciente señala que tras el diagnóstico ha permanecido en Cuenca, por motivos de exámenes, citas, etc. en Solca, al respecto señala “Yo aquí tanto tiempo, mis hijos allá solitos...es demasiado sufrimiento todo esto, siento tanta desesperación, he llorado tanto, ha habido días en los que ya no quiero venir y he llegado a decirle a mi esposo que dejemos todo esto y nos regresemos a Machala, con mis hijos...”

El cuadro psicológico resultante del diagnóstico se vio alterado, aún más, por la prescripción de mastectomía radical, paciente manifiesta “Eso si fue la gota que derramó el vaso...no ha estado en mi cabeza verme así, pienso que tendré que obligarme a estar en la casa, cómo me verán los demás si ud. sabe el seno es algo

propio de la mujer, ...yo sólo he querido llorar no he tenido valor para más, gracias a Dios tengo a mi marido que ha estado todo el tiempo conmigo, pero este cáncer me está acabando con mi paciencia, con mis energías, ...verá aún no empiezo siquiera el tratamiento y ya estoy desgastada". El cuadro se ha visto exacerbado, entonces, por distanciamiento de hijos, por asociación de cáncer con muerte y por establecimiento de mastectomía como modalidad terapéutica, se resalta síntomas pronunciados de depresión, ansiedad, así como deterioro de autoimagen.

En un segundo contacto, se aplicó a paciente los cuestionarios psicológicos propuestos, a fin de determinar a profundidad el alcance del impacto diagnóstico sobre la paciente. Se realizó en forma autoaplicada, con disposición y colaboración de paciente, quien siguió las consignas a cabalidad.

5. Resultados de Reactivos Psicológicos:

Inventario de Depresión de Beck:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 27. Depresión Moderada.
- **Evaluación Final:** Puntaje 10. Depresión Leve.

Escala de Hamilton para la Ansiedad:

- **Evaluación Inicial:** Puntaje 20. Ansiedad Grave.
- **Evaluación Final:** Puntaje 9. Ansiedad Leve.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991):

TIPO DE DISTORSIÓN	PREGUNTAS	PUNTAJE	
		E. Inicial	E. Final
Filtraje	1 – 16 – 31	4	4
Pensamiento Polarizado	2 – 17 – 32	3	0
Sobregeneralización	3 – 18 – 33	2	2
Interpretación del Pensamiento	4 – 19 – 34	1	0
Visión Catastrófica	5 – 20 – 35	4	1
Personalización	6 – 21 – 36	1	1
Falacia de Control	7 – 22 – 37	4	2
Falacia de Justicia	8 – 23 – 38	2	0
Razonamiento Emocional	9 – 24 – 39	3	0
Falacia de Cambio	10 – 25 – 40	0	0
Etiquetas Globales	11 – 26 – 41	2	0
Culpabilidad	12 – 27 – 42	2	1
Los Debería	13 – 28 – 43	5	3
Falacia de Razón	14 – 29 – 44	6	0
Falacia de Recompensa Divina	15 – 30 – 45	8	4

6. Diagnóstico:

Formal: Sintetizando, de la valoración psicológica efectuada, resulta que debido al diagnóstico de cáncer de mama y la posterior prescripción de una mastectomía como tratamiento, la paciente Morillo ha desarrollado un cuadro depresivo, cuyas manifestaciones clínicas principales son tristeza profunda, desesperanza, llanto fácil, insomnio, alteración de la conducta alimentaria, negándose a comer por temor a empeorar estadio del cáncer, pensamientos recurrentes de muerte y mastectomía. Además de rasgos pronunciados de ansiedad como preocupación constante, estado de alerta, expectativas negativas, respiración jadeante, etc. Fruto de la mastectomía paciente considera su imagen como deteriorada, incompleta, dice ser ahora poco atractiva.

Informal: A nivel de personalidad presenta rasgos de un trastorno evitativo, debido a hipersensibilidad a las críticas, evita situaciones de interacción con otros en las que no se siente segura, respecto a su mastectomía dice que optará por aislarse para evitar que le vean así y la critiquen. Cognitivamente destacan: Falacia de razón, falacia de recompensa divina, filtraje, los debería, falacia de control y visión catastrófica.

7. Planificación del Proceso:

A. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS:

- Reforzar recursos de afrontamiento propios de la paciente.
- Proporcionar medios de expresión emocional, a fin de producir alivio sintomático.
- Adquirir conocimientos respecto al cáncer, tratamientos, efectos secundarios, etc.
- Generar patrones de pensamiento realistas, sanos y que fomenten una adaptación adecuada a la enfermedad.
- Resolver conflicto relativo a hijos.

B. SELECCIÓN DE TÉCNICAS:

- **Asesoría Informática:**

- a) Psicoeducación
- b) Biblioterapia

- **Intervención Terapéutica:**

- a) Entrenamiento en Detección de Creencias Irracionales
- b) Debate Racional Emotivo
- c) Entrenamiento en Autoinstrucciones
- d) Reestructuración Cognitiva
- e) Historial de Acciones Positivas
- f) Entrenamiento en Resolución de Conflictos
- g) Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad

- **Alivio Sintomático:**

- a) Imaginación Racional Emotiva
- b) Relajación Muscular Progresiva

8. Síntesis del Proceso de Asesoramiento Día por Día:

Primera Sesión: (26/Enero/2009)

Durante la primera sesión, se presentan paciente y su esposo, Freddy, a quienes se les expone el informe derivado de la evaluación psicológica, y en conjunto se debaten los elementos del asesoramiento, tal como la planificación y la estructura del mismo, acordando realizar las sesiones de una hora, en FASEC, a las 3:00pm, con presencia de esposo en las dos primeras. Paciente al inicio poco colaboradora, resistente, mantiene una comunicación limitada, refiere profundos sentimientos de tristeza, sensación de desesperación, ansiedad y depresión por hijos, negación ante mastectomía.

En sesión paciente indica, al valorar sus concepciones respecto al cáncer, “No sé hasta qué punto me pueda curar, dicen que después de la operación tengo que esperar los resultados, entonces, ¿de qué sirve operarse?...yo me desespero porque pasan los días y mi enfermedad avanza”. Freddy intenta consolar a paciente, y respecto al cáncer también menciona “Se nos hace difícil porque no sabemos hasta cuándo

debemos estar aquí...el cáncer es duro y a las personas les dan esas quimioterapias que dicen que algunos no soportan”; paciente en relación a ello añade “me deberían decir al menos que va a pasar, porque si ya está avanzado el cáncer yo prefiero estar estos últimos días con mis hijos...”. Freddy expresa temores intensos a la enfermedad y a los tratamientos; en sus concepciones, la mayoría erradas, respecto al pronóstico, sobretodo, mantienen una creencia férrea en que el diagnóstico de cáncer en general, ya es de mal augurio y que sólo se deben esperar resultados negativos.

En relación a cirugía, señala “si me quitan todo el seno, ya han de sacar todo, pero si está crecido me tendrán que sacar más, no sé parte del otro seno...quisiera que me den ya el tratamiento para poder irme a Machala”. Freddy expresa respecto al proceso oncológico “Tal vez sería mejor para ella mismo, si ya le adelantan el tratamiento y para poder viajar lo antes posible”. Tales expresiones y concepciones respecto al cáncer de mama y su tratamiento, revelan una considerable desorientación respecto a la enfermedad, por tal motivo, se hace uso de psicoeducación, con el fin de mejorar conocimientos de paciente al respecto. Como parte final de la sesión, se efectuó un proceso de alivio sintomático, a fin de motivar a paciente, con los resultados obtenidos. Como tarea se brindó material bibliográfico.

Segunda Sesión: (27/Enero/2009)

Respecto a lectura asignada, paciente comenta sobre la misma. Se mostró ansiosa, con ánimo deprimido, poco comunicativa, haciéndose necesario estimular su participación activa en el proceso, refiere insomnio, ansiedad, no se acostumbra a ambiente de FASEC, poca tolerancia a dieta, pensamientos recurrentes de hijos. En sesión se aclaran dudas respecto al cáncer, se aborda sobre tratamientos, estrategias para manejar efectos secundarios y, sobretodo, cambios en imagen corporal, lo cual a paciente tranquiliza debido a su mastectomía. Se desarrolla una conversación abierta sobre el cáncer, obteniendo mayor colaboración de paciente, Freddy también participa activamente; ambos manifiestan comprensión de etapas del tratamiento, lo que son ciclos de quimioterapia, etc.

Paciente expresa ansiedad intensa por sus hijos, quienes si bien se encuentran en casa de su suegra, señala que como madre, desea estar con ellos; por tal motivo, se hace uso del Entrenamiento en Resolución de Conflictos para buscar una salida al

problema, y se concluye que esposo, que viaja al día siguiente los traiga el viernes con él, paciente expresa satisfacción con solución planteada argumentando que con eso sabe cuánto tiempo debe esperar para poder verlos.

Tercera Sesión: (28/Enero/2009)

Paciente se presentó deprimida, colaboradora, se muestra mayormente orientada respecto a enfermedad, así como más tranquila respecto a sus hijos; refiere alivio sintomático, depresión moderada por ausencia de esposo, momentos de distracción durante el día con otros pacientes y visita de cuñada, dificultad para conciliar el sueño. En sesión, se hace una conceptualización respecto al cáncer de mama, con lo cual se cierra el proceso psicoeducativo y se procede a iniciar el abordaje cognitivo, iniciando el trabajo con la detección de Ibs, para lo cual paciente, por su joven edad, muestra facilidad para crear imágenes mentales clara, así como para diferenciar Ibs de Rbs, asociando con las consecuencias de cada una. Entre las Ibs que detectó resalta “Tener cáncer es pensar en que uno se va a morir, por eso cuando uno tiene esta enfermedad tiene mucha tristeza, tiene que estar sufriendo, tiene que sacrificarse no por uno sino por su familia que sufre y eso a uno le mata ya en vida porque es tan duro estar así...hay ratos que ya no mismo se soportan”.

Cuarta Sesión: (29/Enero/2009)

Durante la sesión paciente se presentó orientada, consciente, más colaboradora y participativa, refiere mejoría emocional, expresa deseos de esforzarse por sus hijos, debido a que se corrigió su concepción de que iba a morir con cáncer. Se continúa con el modelo cognitivo de la T.R.E., mediante el cual paciente logra, con esfuerzo abandonar sus Ibs y reemplazarlas por otras más adaptativas como “Con un tratamiento a tiempo, uno se puede salvar del cáncer, y para eso depende de cada uno en esforzarse y vencer a esta enfermedad, pero si uno se echa para atrás a sufrir, a llorar, se está matando solito...con esfuerzo y con optimismo, se puede soportar esta enfermedad, estar lejos de su tierra, estar sin mis hijos...” En este punto paciente se muestra con mayor control sobre sí misma, lo cual se anuda a una mejor orientación respecto a la enfermedad, permitiendo lograr un manejo más adaptativo de la situación.

Quinta Sesión: (30/Enero/2009)

Paciente manifiesta un manejo cognitivo de depresión y ansiedad, señala mayor tolerancia a ausencia de familia, generación de Rbs que le permiten controlar la situación, así como adoptar una actitud positiva y afrontativa ante el cáncer, respecto a mastectomía señala “pienso que después de un tiempo uno se va acostumbrando, al inicio podrá ser un impacto fuerte, pero hay que controlarlo”. En sesión se trabaja con el formulario de autoayuda a fin de reforzar las estrategias cognitivas y convertirlas en patrón de funcionamiento cognitivo de paciente, se logran resultados favorables con la aplicación de reestructuración cognitiva, reforzando consecuencias adaptativas a nivel emocional y conductual, y en base a ellas se refuerzan estilos de afrontamiento propios de paciente y se estimulan su puesta en práctica en problemática actual. Se da fin a la sesión determinando como tarea, aplicar el formulario de autoayuda.

Sexta Sesión: (31/Enero/2009)

Paciente estable, tranquila, refiere sentimientos de alegría, ánimo elevado por presencia de esposo e hijos, manifiesta una sensación de alivio, así como control sobre la enfermedad y sobre sí misma. En sesión se supervisa la aplicación del método cognitivo y se refuerzan sus resultados. Se trabaja la mayor parte de la sesión en habilidades sociales, proporcionando estrategias a paciente para hacer frente a familiares, amigos y la sociedad en general, en cuanto a su mastectomía, a fin de evitar el aislamiento social, sentimientos de deformidad o autoimagen alterada, etc. logrando resultados favorables y manejando niveles de ansiedad, inseguridad, tristeza, etc. cognitivamente.

Séptima Sesión: (1/Febrero/2009)

Paciente aplica los principios de la T.R.E. acertadamente, alcanzando resultados favorables. En sesión se refuerzan habilidades conductuales adquiridas, se cede la iniciativa a paciente, quien aplica la técnica correctamente, con pequeños errores que se corrigen durante su practica. Como tarea, al salir de FASEC se asigna practicar técnica con familiares de esposo, quienes la recibirán unos días hasta regresar a Machala.

Octava Sesión: (2/Febrero/2009)

En sesión paciente se presentó tranquila, estable, con ánimo elevado. Señala un mejor manejo de síntomas, tanto emocionales como fisiológicos, logrando restaurar, prácticamente, su estado anímico, aunque se ve afectado por proximidad de tratamientos, que si bien los conoce aún no los experimenta y se genera ansiedad leve. Se hace una recapitulación del proceso, analizando el cumplimiento de objetivos planteados al inicio, tanto paciente, como clínico emiten sentimientos de satisfacción por los logros alcanzados. Finalmente, el asesoramiento culmina planteando metas vitales, que mantenga a paciente orientada en distintos ámbitos de la vida.

9. Conclusión:

La paciente Morillo por su joven edad, se presentó profundamente alterada psicológicamente tras el diagnóstico de cáncer de mama y al conocer de que se la aplicará una mastectomía. Presentó sintomatología ansiosa y, principalmente, depresiva acompañada de distorsiones respecto a su autoestima y autoimagen. El asesoramiento psicológico resultó ser el espacio que permitió manejar la situación eficazmente, logrando reducir síntomas significativamente, así como una mayor aceptación de la realidad, preparándose para el afrontamiento de los tratamientos. Se dispuso de las capacidades intelectuales de la paciente para lograr mejores resultados, tanto a nivel cognitivo como conductual y sintomático, así se pudo resolver conflicto respecto a hijos, un manejo de depresión y ansiedad, así como una autoaceptación y motivación para elevar su autoestima, sin distorsionar su imagen personal.

5.3 Conclusión:

La presentación de resultados, tanto cuantitativa, como cualitativa, permiten visualizar un grado considerable de eficacia y eficiencia en la aplicación del programa de asesoramiento psicológico propuesto. A nivel cuantitativo, se observa una disminución significativa de síntomas, al comparar las variables predictivas que se valoraron tanto al inicio, como al final de la intervención. Así se puede ver un descenso claro en lo que respecta al Inventario de Depresión de Beck, cuya media en la valoración inicial se ubicó en 25,16, que representa un nivel moderado de

depresión, reduciéndose al finalizar el proceso a 13,23 que corresponde a un nivel de depresión leve.

En relación al Inventario de Hamilton para la Ansiedad, entre las paciente obtuvieron un promedio de 19,53, que corresponde a ansiedad moderada/grave en la evaluación inicial; nivel que se redujo al terminar la asesoría a 8,84 que implica un grado leve de ansiedad. Finalmente, en cuanto al Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz & Lujan, 1991), en la valoración inicial las paciente presentaron como medias, puntajes de 6,38 en Falacia de Recompensa Divina y 5,3 en Filtraje, los mismos que se redujeron en la valoración final a puntajes de 3, 53 y 3, 38 en las mismas distorsiones, respectivamente.

La descripción de casos y su respectivo abordaje dan una pauta de la asesoría practicada, enfatizando en el tratamiento cognitivo, que fomentó una mayor adaptación a la enfermedad, mediante el manejo de cogniciones distorsionadas, lo cual se promovió estilos de afrontamiento activos y una superación de la crisis psicológica surgida tras el diagnóstico de cáncer de mama.

El Programa de Asesoramiento Psicológico se adaptó a las necesidades y exigencias de cada caso, sufriendo pequeñas modificaciones debido, ya sea a conflictos externos al cáncer, pero que; sin embargo, influían considerablemente, afectando el cuadro psicológico; o debido a características propias de la paciente que demandaban mayor énfasis en determinadas etapas del proceso; extendiendo, por lo general, el proceso de asesoría. Además, la intervención se amplió, en la mayoría de los casos, al ámbito familiar, con lo cual se logró una mayor orientación y adaptación a la problemática, mediante psicoeducación; así como la resolución de conflictos o manejo de crisis a nivel conyugal, familiar, social, obteniendo, de esta manera, niveles considerables de apoyo del medio en el que se desarrolla la paciente, lo cual se estima es un factor trascendental en el pronóstico, curso y superación de la terapia oncológica.

CONCLUSIONES

A partir del tratamiento de la temática antes expuesta y sustentado en los objetivos que persigue el presente trabajo de investigación, es oportuno formular las siguientes conclusiones:

- La investigación realizada en los ámbitos teórico y práctico permitió comprobar que el diagnóstico de la entidad nosológica oncológica, genera un sinnúmero de alteraciones en la esfera psicológica, tales como: niveles elevados de estrés, ansiedad, depresión, factores que conducen a un deterioro del autoconcepto de las pacientes, de su autoimagen, la cual presenta el riesgo de verse alterada mediante los tratamientos médicos. Todo este conjunto de perturbaciones tanto emocionales, conductuales, se ven exacerbadas por distorsiones cognitivas que las pacientes generan tras el diagnóstico de cáncer de mama, las mismas que se mantienen; degenerando el cuadro psicológico e incrementando la intensidad de los distintos síntomas.

- En el marco teórico, a través de la consiguiente consulta bibliográfica, se efectuó un abordaje general sobre el Asesoramiento y específicamente aquél de naturaleza cognitiva, así como sobre su naturaleza, características, objetivos y fases del proceso de tratamiento: Evaluación, Planificación del proceso y Ejecución; puesto que las bondades que él exhibe hacían prever que era el más adecuado y efectivo para encarar la crisis generada por el diagnóstico médico en pacientes con cáncer de mama, lo que motivó a la estructuración de la correspondiente guía de intervención.

- La Propuesta de Asesoramiento Psicológico basado en el enfoque cognitivo, ha probado ser una herramienta útil e indispensable en el abordaje de las pacientes en momentos de mayor estrés emocional, como es la crítica situación y etapa del diagnóstico médico.

- El manejo de las distintas creencias irracionales, así como la creación de una nueva filosofía o manera de interpretar las situaciones, logrando un auto control cognitivo, y por tanto, también emocional y conductual; ha servido en el proceso de adaptación de la paciente a la enfermedad; cursando rápidamente, por el escaso tiempo que involucra, una etapa de duelo que permite llegar a la aceptación de la enfermedad, así

como la generación de patrones de afrontamiento activos y positivos, que permiten un curso adaptativo de las distintas etapas del tratamiento clínico.

- Entre las múltiples técnicas que ofrece el asesoramiento Cognitivo figura la Detección de Creencias Irracionales, la cual permitió reconocer las consecuencias perturbadoras que surgen de las distorsiones en el pensamiento, al tiempo que fomentó una distinción de las creencias racionales y, por ende, de sus características y desencadenantes adaptativos.

- Otra de las técnicas propuestas, considerada básica dentro del proceso cognitivo es el Debate Racional Emotivo, el mismo que se constituyó en un apoyo terapéutico al propiciar el cuestionamiento de las creencias irracionales, su consecuente abandono, y sustitución por creencias flexibles, sanas y racionales, que promovieron una adecuada adaptación al cáncer al fomentar patrones emocionales y conductuales óptimos.

- Paralelamente a la técnica del Debate, el Entrenamiento en Autoinstrucciones fue un instrumento fundamental, que reforzó las racionalidades surgidas del proceso cognitivo y, por consiguiente, fomentó el establecimiento de dichos pensamientos racionales y sus consecuencias emocionales y conductuales, como patrones de funcionamiento adaptativo.

- El modelo cognitivo de la T.R.E. propuesto se instauró como un patrón de respuesta psicológica en general; el mismo que se debió a la aplicación de la técnica de la Reestructuración Cognitiva, la que convirtió al proceso en un mecanismo de autoayuda, puesto que las pacientes adquirieron pericia en su aplicación mediante el uso del formulario de autoayuda de la T.R.E.

- Apoyando al proceso cognitivo, la técnica de Distracción Cognitiva, estimuló la motivación de la paciente, así como la adaptación al cáncer y un afrontamiento activo de la crisis, al dirigir el foco de atención hacia estímulos ajenos a la enfermedad, a la vez que mantuvo el nivel normal de actividad de cada paciente.

- Además de las distintas técnicas de reestructuración cognitiva citadas, que permitieron generar un autocontrol y una nueva manera de interpretar el diagnóstico de cáncer de mama, el proceso, apoyado en técnicas psicoeducativas, de alivio sintomático (Relajación Muscular Progresiva, la Respiración Profunda o Diafragmática o la Imaginación Racional Emotiva) y conductuales, ha permitido complementar la fase de adaptación a la enfermedad, atendiendo a distintos conflictos de diversa índole que presentan las pacientes y que por motivos de la propia enfermedad, al no poder ser resueltos, se ven incrementados en intensidad generando mayor perturbación.

- El Proceso de Asesoramiento Psicológico basado en el enfoque cognitivo, constituye un instrumento terapéutico de vital importancia en la fase de diagnóstico, que permite el abordaje y manejo, en niveles considerables, de la perturbación emocional, así como también cognitiva y conductual, recuperando el equilibrio psicológico de la paciente, mediante el cual se promueve la emisión de patrones de afrontamiento adaptativos, que hacen posible cursar el tratamiento médico de manera activa.

- En cuanto al abordaje de las distintas creencias irracionales se refiere, el proceso de asesoramiento psicológico, basado de manera central en distintas técnicas de reestructuración cognitiva de la Terapia Racional Emotiva, ha permitido a las pacientes adquirir destrezas para detectarlas, confrontarlas y eliminarlas al descubrir el carácter irracional de las mismas, sobre todo al identificar su conexión con sus emociones y conductas y visualizar la perturbación en estas áreas, que surgen como fruto de sus creencias irracionales; consecuentemente, la propuesta de asesoramiento psicológico aplicada a la población de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, es una herramienta que propició el autocontrol cognitivo, superando y eliminando distorsiones en el procesamiento de la información, las mismas que generaban perturbación secundaria a nivel emocional y conductual.

- El éxito alcanzado con la Terapia Racional Emotiva, a través del Asesoramiento Cognitivo se sustenta en la naturaleza de la casa de salud en la que reciben el correspondiente tratamiento; ésta es la Sociedad de lucha contra el Cáncer –SOLCA-Cuenca, hospital cuyo prestigio a nivel local, nacional e internacional generado por

su extraordinaria implementación, equipamiento, así como por la competencia profesional y humana de su personal, todo lo cual se traduce en un servicio de calidad que le ubica en el nivel de excelencia, constituye un soporte invaluable que permite recuperar en la paciente la absoluta confianza en el tratamiento, así como su autoconfianza.

- Mediante el mismo proceso de asesoramiento que aborda las distintas alteraciones cognitivas, se ha manejado diversas creencias y conceptos de la paciente respecto a sí misma, que surgieron tras el diagnóstico de cáncer de mama y que produjeron múltiples síntomas tanto emocionales como conductuales, como consecuencia de la distorsión de su autoimagen y autoestima, viéndose de manera negativa, tanto en el plano físico como psicológico.

- El manejo y eliminación de pensamientos automáticos irracionales y no fundamentados, fruto de interpretaciones erróneas en pacientes que los presentaron, y la prevención y mantenimiento de un autoconcepto y autoimagen positivos, en pacientes que no los presentaron; mediante los diversos métodos que la T.R.E. propone, han permitido recuperar a las pacientes su autoestima, viéndose como personas útiles a sí mismas, a la familia y a la sociedad; sintiéndose además capaces de realizar todo tipo de actividad, de participar en cualquier evento sin experimentar temor ni sentimientos de inferioridad a pesar de adolecer de cáncer. En pacientes menores de 60 años, se ha fomentado una autoimagen positiva, mediante el manejo de pensamientos realistas, adaptativos y flexibles que permitieron verse como personas completas, atractivas, pese al riesgo de ver su imagen deteriorada, ya sea por una mastectomía o por una quimioterapia, que degenera en la alopecia.

- Finalmente, en términos generales es posible concluir que mediante la propuesta de asesoramiento psicológico basado en el enfoque cognitivo aplicada a pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama, se ha permitido manejar y superar la etapa de mayor perturbación psicológica como es la del diagnóstico y, se ha preparado a las pacientes para el enfrentamiento activo y adaptativo de las distintas etapas del tratamiento médico, fomentando estilos de afrontamiento positivos que optimizan la calidad de vida de las pacientes.

En función de las conclusiones expuestas se puede demostrar la consecución del objetivo general previsto en el correspondiente diseño de tesis: “Establecer un programa de asesoramiento psicológico basado en el enfoque cognitivo en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en SOLCA – Cuenca”, así como de los respectivos objetivos específicos.

Paralelamente, las conclusiones formuladas permiten dar respuesta a las Preguntas Centrales planteadas en el diseño; éstas son:

1. ¿Promueve el Asesoramiento psicológico con enfoque cognitivo la recuperación del equilibrio emocional en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama?
2. ¿Propicia el Asesoramiento Psicológico con enfoque cognitivo la superación de distorsiones cognitivas en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama?
3. ¿Permite el Asesoramiento Psicológico con enfoque cognitivo mantener una autoimagen y un autoestima positivos en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama?

RECOMENDACIONES:

- El cáncer es una enfermedad que si bien afecta a la esfera somática del paciente, también trae profundos trastornos en el ámbito psicológico, siendo éstos los que agudizan el cuadro clínico, constituyéndose en ocasiones en un obstáculo para el éxito del tratamiento médico; motivo por el que se sugiere prestar especial atención al abordaje psicológico para restaurar el equilibrio de la personalidad de la paciente con cáncer de mama; proceso que si bien se cumple eficazmente en SOLCA –Cuenca, pero no así en otros centros de salud.
- Todo paciente, en el caso específico que nos compete, aquéllas que adolecen de cáncer de mama, debe ser evaluada y diagnosticada no solamente en el plano médico, puesto que resultaría un estudio unilateral e incompleto, sino además psicológico, puesto que el ser humano constituye una unidad indisoluble, cuyos componentes se encuentran profundamente integrados e interactuando unos sobre otros.
- Luego de la valoración y diagnóstico de la paciente, deberá realizarse un estudio de todas las opciones terapéuticas posibles, en consideración de las múltiples variables involucradas, para definir el tratamiento psicológico más adecuado y oportuno acorde a la situación particular que caracteriza a cada caso.
- El tratamiento psicológico no debe restringirse al ámbito personal, lo cual resultaría insuficiente, ya que existen variables externas, fundamentalmente de orden familiar que inciden en la paciente y su dolencia y, que durante el tratamiento constituyen recursos terapéuticos eficaces que colaboran con la recuperación; aspectos que el psicólogo no puede soslayarlos.
- Si bien el proceso terapéutico limitado al periodo de internamiento de la paciente con cáncer de mama ha probado ser exitoso, es recomendable ampliar la intervención psicoterapéutica a la consulta externa pasado la fase de hospitalización, con el propósito de reforzar el tratamiento que permita evitar una reactivación de los trastornos psicológicos y garantice la plena recuperación.

- Aquellas pacientes que fueron sometidas a un proceso quirúrgico y que deben recibir tratamiento clínico –quimioterapia o radioterapia-, al igual que toda paciente que recibe tratamiento ambulatorio, precisa de ayuda psicológica, para lo que se requiere que el área clínica coordine con la psicológica para que cada una brinde el correspondiente servicio dentro de su ámbito.

- La afluencia de pacientes que asisten al hospital de SOLCA – Cuenca se incrementa permanentemente, ya que su radio de acción no cubre solamente a la población del austro sino del país en general, razón por la que se sugiere ampliar el área psicológica, puesto que la demanda de este servicio y de todos los que brinda el Instituto va en orden creciente.

- Sin temor a equivocarnos, SOLCA – Cuenca se ha constituido, de entre los centros especializados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, en uno de los más importantes y eficaces del país y de Latinoamérica, un auténtico paradigma e ícono en el ámbito oncológico en particular y en servicios de salud en general; lo que amerita que el estado incremente su apoyo financiero pero sin menoscabo de su autonomía, ya que los trámites burocráticos públicos atentarían contra la excelencia que caracteriza actualmente a la gestión de este hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- Balarezo, Lucio. (1995). *Psicoterapia*. Quito, Ecuador: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Beck, Aaron; Rush, John; Shaw, Brian; Emery, Gary. (2003). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (15ª Edición). Bilbao: Editorial Desclèe de Brouwer, S.A.
- Bobes, J; Portilla, M; Bascarán, M; Sáiz, P.; & Bousoño, M, (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. (Tercera Edición). Buenos Aires: Psiquiatría Editores, S.L.
- Buceta, J.M. & Bueno, A.M. (1996). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.
- Capuzzi, D. & Gross, D. (1995). *Counseling & Psychotherapy*. New Jersey: Editorial Prentice Hall.
- Caro, Isabel. (1997). *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (Tercera Edición). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Cormier, W. & Cormier L.S. (2000). *Estrategias de entrevista para Terapeutas* (Tercera Edición). Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer, S.A.
- DeVita, V., Hellman, S. & Rosenberg S. (2000). *Cáncer. Principios y Práctica de Oncología Vol. 2*. (Quinta Edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ellis, A. (2000). *Terapia Racional Emotiva para superar la ansiedad y depresión*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Gil, F (Ed.). (2000). *Manual de Psico-oncología*. Madrid: Nova Sidonia editores.
- Gibson, Robert. (1990). *Introduction to counseling and guidance*. (Cuarta Edición). Ohio: Editorial Prentice Hall.

Gladding, S. (1996). *Counseling* (Tercera Edición.). New Jersey: Editorial Prentice Hall.

Instituto del Cáncer – SOLCA(Cuenca). (2007). *Registro de Tumores de Cuenca, Quinto Informe de Incidencia del Cáncer en el Cantón Cuenca 1996-2004*. Cuenca.

Okun, Barbara. (2001). *Ayudar en Forma Efectiva (Counseing)*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S. A.

Shertzer, B & Stone, S. (1972). *Manual para el asesoramiento psicológico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Agència Valenciana de Salut. *Mastectomia Radical*. Documento creado por la propia Institución. Acceso realizado el 1 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.san.gva.es

Almanza Muñoz, J. (2001). *Psicooncología. El Abordaje Psicosocial Integral del Paciente con Cáncer*. Artículo con versión impresa en la Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría No. 1994. Pág. 35 – 43. Acceso realizado el 26 de junio de 2008. Disponible en la Internet en www.imbiomed.com.mx

Amayra, I., Etxeberria, A. & Valdosedá, M. (2001). *Manifestaciones Clínicas de las Complicaciones Emocionales del Cáncer de Mama y su Tratamiento*. Documento elaborado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Deusto. Bilbao, con versión impresa. Acceso realizado el 26 de junio de 2008. Disponible en la internet en www.gacetamedicabilbao.org

American Cancer Society. (2008). *Diccionario del Cáncer de Seno*. Artículo elaborado por la misma institución, sólo con versión en Internet. Acceso realizado el 17 de Julio de 2008. Disponible en la Internet en www.cancer.org

American College of Radiology & Radiological Society of North America. (2007). *RMN de Mama*. Publicación periódica de las Instituciones creadoras del artículo. Acceso realizado el 4 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.radiologyinfo.org

Andress, C. (2007). *Efectividad de la intervención psicoeducativa grupal en la mejora de la adherencia al tratamiento de los pacientes con trastorno bipolar*. Informe técnico y de investigación. Acceso realizado el 23 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.coegi.org

Asociación Argentina de Counselors. *¿Qué es el Counseling?*. Documento creado por la propia organización, sin fecha de publicación. Acceso realizado el 12 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.aacounselors.org.ar

Asociación Médica Argentina, Sociedad Argentina de Mastología, Sociedad Argentina de Radiología, Sociedad Argentina de Patología, Sociedad Argentina de Cancerología, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo & Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica. (2006). *Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas*. Documento creado por la Academia Nacional de Medicina. Acceso realizado el 28 de Octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.samas.org.ar

Avero, P., Capafóns, J. & Sosa, C. (1997). *La Desensibilización Sistemática en el Tratamiento de la Fobia a Viajar en Transporte Aereo*. Documento elaborado por la Universidad de La Laguna, con versión impresa en la revista *Psicothema*, Vol. 9, No.1, Págs. 17 – 25. Acceso realizado el 15 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.psychothema.com.

Bañados Espinoza, B. & Tamblay Calvo, A. (2004). *Psicooncología del Cáncer de Mama*. Documento creado por las propias autoras. Acceso realizado el 14 de octubre de 2008. Disponible en la internet en www.cybertesis.cl

Bañuelos-Barrera P., Bañuelos-Barrera Y., Esquivel-Rodríguez M., Moreno-Ávila, V. (2007). *Autoconcepto de Mujeres con Cáncer de Mama*. Reporte de un informe técnico y de investigación. Acceso realizado el 6 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.ims.gob.mx

Beck, A.; Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2006). *Terapia Cognitiva*. Documento con versión impresa en “Terapia Cognitiva de la Depresión”, segunda edición, Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer. Acceso realizado el 4 de diciembre de 2008. Disponible en la Internet en www.clinicapsi.com

Burón R., Rodríguez J.A., Linares V., López L., González A., Guadalupe L. (2008). *Psicología y Cáncer*. Publicación no periódica. Acceso realizado el 17 de junio de 2008. Disponible en la Internet en pepsic.bvs.psi.br

Camps, C., Sánchez, P. & Sirera, R. (2006). *Inmunología, Estrés, Depresión Y Cáncer*. Artículo creado para el Consorcio Hospital Universitario de Valencia, con

versión impresa en la Revista Psicooncología Vol. 3 Págs. 35-48. Acceso realizado el 28 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.ucm.es

Cangas, Yolanda. *Aspectos Psicológicos del Enfermo de Cáncer*. Documento creado por la propia autora, sin fecha de publicación. Acceso realizado el 12 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.alianzavhl.org

Cano, J & Ruiz J (1999). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Publicación con versión impresa. Acceso realizado el 28 de julio de 2008. Disponible en la Internet en www.psicologíaonline.com

Clínica Moncloa. (2004). *Cirugía Conservadora de la mama y Linfadenectomía Axilar*. Documento creado por la misma institución. Acceso realizado el 1 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.clinicamoncloa.org

Clínica Moncloa. (2004). *Mastectomía Radical*. Documento creado por la misma institución. Acceso realizado el 1 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.clinicamoncloa.org

Die Trill, María. *Aspectos psicológicos en el trato del paciente oncológico en fase terminal y su familia*. Documento creado por la propia autora, sin fecha de publicación. Acceso realizado el 4 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.redsac.com

Eguino, A., García, G. & Yélamos, C. (2007) *Cáncer de mama*. Documento creado por la Asociación Española contra el Cáncer, sin fecha. Acceso realizado el 4 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.todocancer.org.

Equipo Redacción Punto Vital. (2007). *Morir de risa es bueno para la Salud*. Artículo sólo con versión electrónica. Acceso realizado el 16 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.puntovital.cl

Entrenamiento en habilidades sociales. Publicación no periódica. Acceso realizado el 29 de julio de 2008. Disponible en la Internet en www.psicologíaonline.com.

Estévez, Laura. (2007). *La hormonoterapia puede ser un Tratamiento Exclusivo del Cáncer de Mama*. Artículo con versión solo en Internet. Acceso realizado el 28 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.vivirmejor.es

Fernández, Ángel. (2006). *Quimioterapia complementaria en el cáncer de mama. Adyuvancia, neoadyuvancia. Quimioterapia intensiva. Manejo y efectos secundarios*. Documento creado por el autor. Acceso realizado el 20 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.cirugest.com

González García, Estela. (2001). *Terapias Cognitivas*. Artículo sólo con versión electrónica. Acceso realizado el 23 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.uniovi.es

Gutiérrez, J., Schwartz, R. & Bravo, M. (2006). *Terapia Sistémica Neoadyuvante en Cáncer de Mama*. Documento creado por Clínica Las Condes. Acceso realizado el 28 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.clinicalascondes.cl

Hospital de la Mujer “Bertha Calderón Roque” (2007). *Cáncer de Mama. Diagnóstico*. Documento individual, sin autor, ni fecha de publicación. Acceso realizado el 4 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en srv.bertha.gob.ni

Hospital Universitario Reina Sofía. (2004). *Radioterapia en Pacientes con Cáncer de Mama*. Documento creado por la misma institución, sin fecha de publicación. Acceso realizado el 28 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.juntadeandalucia.es

López, Erick Ovando. (2006). *Anticuerpos Monoclonales contra el Cáncer de Mama*. Documento elaborado por el Departamento de Química de la Universidad Técnica Federico Santa María. Acceso realizado el 2 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.inca.inf.utfsm.cl

Madjar, H. (2001). *Ecografía Mamaria*. Documento elaborado por el propio autor, sin fecha de publicación. Acceso realizado el 4 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en 76.162.105.96/amolca-jul-cliente/pdf/mantke-258.pdf

Martín, A.; Díaz A. & Zaballa P. (2005). *Biblioterapia*. Publicación no periódica. Acceso realizado el 21 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.absysnet.com.

Martín, Miguel. *Cáncer de mama*. Documento elaborado por el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario San Carlos, Madrid, sin fecha de publicación. Acceso realizado el 4 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.todocancer.com

Martínez, Cristina & Valverde, Clara (2004). *Counselling. Relación Terapéutica*. Artículo perteneciente al Talle de Capacitación sobre prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual en personas que se inyectan drogas en America Latina, sólo con versión electrónica. Acceso realizado el 13 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.paho.org.

Martinez Tlahuel J. L. (2007). *Cáncer de mama*. Artículo de revista con versión impresa Acceso realizado el 15 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.insp.mx

Maté, J., Hollenstein, M. & Gil, L. (2004). *Insomnio, Ansiedad y Depresión en el Paciente Oncológico*. Artículo elaborado por la Unidad de Psico-Oncología del Institut C atala D' Oncologia con versi on impresa. Acceso realizado el 4 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.ucm.es

Meza Rodríguez, M. (2007). *Guía de Intervención Psicológica de la Mujer con Cáncer de Mama y Ginecológico*. Documento con versi on impresa en la revista Perinatol Reproducción Humana, Vol. 21, Pág. 72 – 80. Acceso realizado el 23 de julio de 2008. Disponible en la Internet en www.inper.edu.mx

National Cancer Institute (2007). *Cáncer del seno (mama)*. Publicación no periódica. Acceso realizado el 15 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.cancer.gov.

National Cancer Institute (2008). *Aspectos Generales de las Opciones de Tratamiento*. Publicación realizada por el propio Instituto. Acceso realizado el 23 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.cancer.gov

Peñate Quintana, Manuel. (2004). *Técnicas de Entrenamiento en Habilidades Psicosociales*. Artículo con versión impresa en las Hojas Informativas del Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas, No. 69. Acceso realizado el 13 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.cop.es.

Pérez, Clara. (2005). *Evaluación Psicológica del Paciente con Cáncer en la APS*. Publicación periódica con versión impresa en la Revista Cubana de Medicina General. Acceso realizado el 19 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en bvs.sld.cu

Pina, L., Apesteguía, L., de Luis, E., Sáenz Bañuelos, J., Zornoza, G., Domínguez, F. (2004). *Técnicas de Biopsia para el Diagnóstico de Lesiones Mamarias no Palpables*. Artículo creado por la Clínica Universitaria de Navarra. Acceso realizado el 4 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.cfnavarra.es

Prieto Fernández, A. (2004). *Psicología Oncológica*. Documento con versión impresa en la Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo Conductual Vol. 2 Págs. 107-120. Acceso realizado el 4 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.aseteccs.com

Roca, Elia. (2007). *Terapia Racional Emotiva*. Artículo con versión electrónica, únicamente. Acceso realizado el 28 de julio de 2008. Disponible en la Internet en www.cop.es.

Rodríguez Ceberio, Marcelo. (2005) *El counseling y la Psicoterapia Breve*. Documento sin fecha de publicación. Acceso realizado el 16 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.escuelasistemica.com.ar

Rojas May, Gonzalo. (2006). *Estrategias de Intervención Psicológica en Pacientes con Cáncer de Mama*. Documento con versión impresa en Revista Clínica Condes, Vol 17. Págs. 194-197. Acceso realizado el 4 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.clinicalascondes.cl

San Martín, Ricardo. *Cáncer de Mama. Tratamiento*. Documento elaborado por el autor sin fecha de publicación. Acceso realizado el 29 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.ginecoendocrino.cl

Sierra Díaz, C., Martínez de Larios, N. & Tafoya Ramírez, F. (2004). *Biopsia por Aspiración con Aguja Fina de Glándula Mamaria*. Informe técnico y de investigación realizado por los autores. Acceso realizado el 4 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en: www.wejournal.unam.mx

Slamon DJ., Leyland-Jones B., Shak, S. & Colaboradores. (2001). *Anticuerpos monoclonales en el tratamiento del cáncer de mama metastásico*. Artículo elaborado por la Universidad Complutense de Madrid. Acceso realizado el 28 de octubre de 2008. Disponible en la Internet en www.medicina.edu

Sociedad Española de Oncología Médica. *El Cáncer de Mama*. Documento creado por la organización sin fecha de publicación. Acceso realizado el 2 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.seom.org.

Sociedad Valenciana de Cirugía. (2003). *Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama*. Documento creado por la misma institución. Acceso realizado el 4 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.cirugest.com

Sosa Burgueño, Ricardo. (2006). *Counseling*. Artículo publicado por el mismo autor, sólo con versión electrónica. Acceso realizado el 12 de diciembre de 2008. Disponible en la Internet en www.armonialive.com.ar

Torras, M., Pedregosa, M., Catalá, M., Paredes, E., García Curado, A., Masgrau, X., Roig, I. & Modéjar, A. (2005). *Depresión y Cáncer de Mama. ¿Hay alguna asociación entre ellos?* Artículo con versión impresa en los Cuadernos Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Acceso realizado el 14 de julio de 2008. Disponible en la Internet en www.editorialmedica.com

Tourette-Turgis, Catherine. (2002). *Las Bases del Counseling*. Artículo sólo con versión electrónica. Acceso realizado el 12 de diciembre de 2008. Disponible en la Internet en www.counselingvih.org.

Valente M. (2006). *El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer*. Publicación periódica de la Asociación Española contra el Cáncer. Acceso realizado el 18 de agosto de 2008. Disponible en la Internet en www.ucm.es.

Valerio, María. (2008). *El Estrés de Tener un Cáncer*. Artículo creado por la propia autora. Acceso realizado el 10 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.redaccionmedica.com

Sorkari. *La relajación de Jacobson*. Publicación no periódica. Acceso realizado el 22 de septiembre de 2008. Disponible en la Internet en www.sorkari.com

The Patient Educational Institute. (2005). *Mamografía*. Documento creado por el mismo Instituto. Acceso realizado el 4 de noviembre de 2008. Disponible en la Internet en www.xplain.com

ANEXOS

ANEXO No. 1

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkuela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. 0 No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.
1 Me siento desanimado(a) respecto al futuro.
2 Siento que no tengo nada que esperar.
3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. 0 No creo que sea un fracasado(a).
1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
2 Me siento bastante culpable casi siempre.
3 Me siento culpable siempre.

6. 0 No creo que esté siendo castigado(a).
1 Creo que puedo ser castigado(a).
2 Espero ser castigado(a).
3 Creo que estoy siendo castigado(a).

7. 0 No me siento decepcionado(a) de mi mismo(a).

- 1 Me he decepcionado a mi mismo(a).
 - 2 Estoy disgustado conmigo mismo(a).
 - 3 Me odio.
8. 0 No creo ser peor que los demás.
 - 1 Me critico por mis debilidades y errores.
 - 2 Me culpo siempre por mis errores.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9. 0 No pienso en matarme.
 - 1 Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - 2 Me gustaría matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.0 No lloro más que de costumbre.
 - 1 Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 2 Ahora lloro todo el tiempo.
 - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11.0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.
 - 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.
 - 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
 - 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
- 12.0 No he perdido el interés por otras personas.
 - 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.
 - 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
 - 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.0 Tomo decisiones casi como siempre.
 - 1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.
 - 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
- 14.0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.
 - 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).
 - 3 Creo que me veo feo(a).
- 15.0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 - 1 Me cuesta mucho esfuerzo empezar a hacer algo.
 - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - 3 No puedo trabajar en absoluto.
- 16.0 Puedo dormir tan bien como antes.
 - 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
 - 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.

- 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
- 17.0 No me canso más que de costumbre.
- 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - 2 Me canso casi sin hacer nada.
 - 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
- 18.0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - 2 Mi apetito está mucho peor que ahora.
 - 3 Ya no tengo apetito.
- 19.0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- 1 He rebajado más de dos kilos y medio.
 - 2 He rebajado más de cinco kilos.
 - 3 He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20.0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
 - 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
 - 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
 - 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

Puntuación Total: _____ **Nivel de Depresión:** _____

Examinador: _____

Anexo No. 2

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

0 = Ausente

1 = Intensidad Leve

2 = Intensidad Moderada

3 = Intensidad Grave

4 = Totalmente Incapacitado

SÍNTOMA	PUNTOS				
	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso: Inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa, irritabilidad).	0	1	2	3	4
2. Tensión: Sensación de tensión, fatiga, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar.	0	1	2	3	4
3. Miedos: A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.	0	1	2	3	4
4. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5. Funciones intelectuales: Dificultad de concentración, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Humor deprimido: Falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares): Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de los dientes, voz poco firme o insegura.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales): Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de baja presión o desmayo, arritmias.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios: Peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultad al tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento.	0	1	2	3	4

12. Síntomas genitourinarios: Amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo: Sequedad de la boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección.	0	1	2	3	4
14. Comportamiento durante la entrevista: (General) Tensión, incomodidad, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de las manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial. (Fisiológico) Traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp/min., reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales.	0	1	2	3	4

Anexo No. 3

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUÍZ & LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de valorar la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0 = Nunca lo pienso 1 = Algunas veces lo pienso 2 = Bastantes veces lo pienso 3 = Con mucha frecuencia lo pienso

PENSAMIENTO				
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2. Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4. Sé que piensan mal de mi	0	1	2	3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7. Sí otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	2	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11. Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16. Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18. Siempre tendré éste problema	0	1	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21. Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3

24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26. Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3
27. Otros tienen la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28. No debería de cometer estos errores	0	1	2	3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30. Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más	0	1	2	3
32. Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33. Nunca podré salir de ésta situación	0	1	2	3
34. Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas que quiero?	0	1	2	3
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37. Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39. Sí tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40. Sí tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41. Soy un neurótico	0	1	2	3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

<p>6. Las personas que actúan con inmoralidad son PERSONAS DESPRECIABLES, indignas.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7. ¡Las personas deben estar a la altura de lo que yo espero o de lo contrario es TERRIBLE!</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>8. Mi vida DEBE tener pocas complicaciones o problemas importantes.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9. ¡NO PUEDO SOPORTAR las cosas realmente mala o las personas muy difíciles!</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10. Es TERRIBLE Y HORRIBLE que las cosas importante no me salgan como quiero.</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>11. ¡NO PUEDO SOPORTARLO cuando la vida es realmente injusta!</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>12. ¡NECESITO que me quiera alguien que es muy importante para mi!</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>13. ¡NECESITO mucha gratificación inmediata y DEBO sentirme triste cuando no la consigo!</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>

<u>CREENCIAS IRRACIONALES ADICIONALES</u>	.....	.....
14.	.....	.....

15.	.....	.....

16.	.....	.....

17.	.....	.....

18.	.....	.....

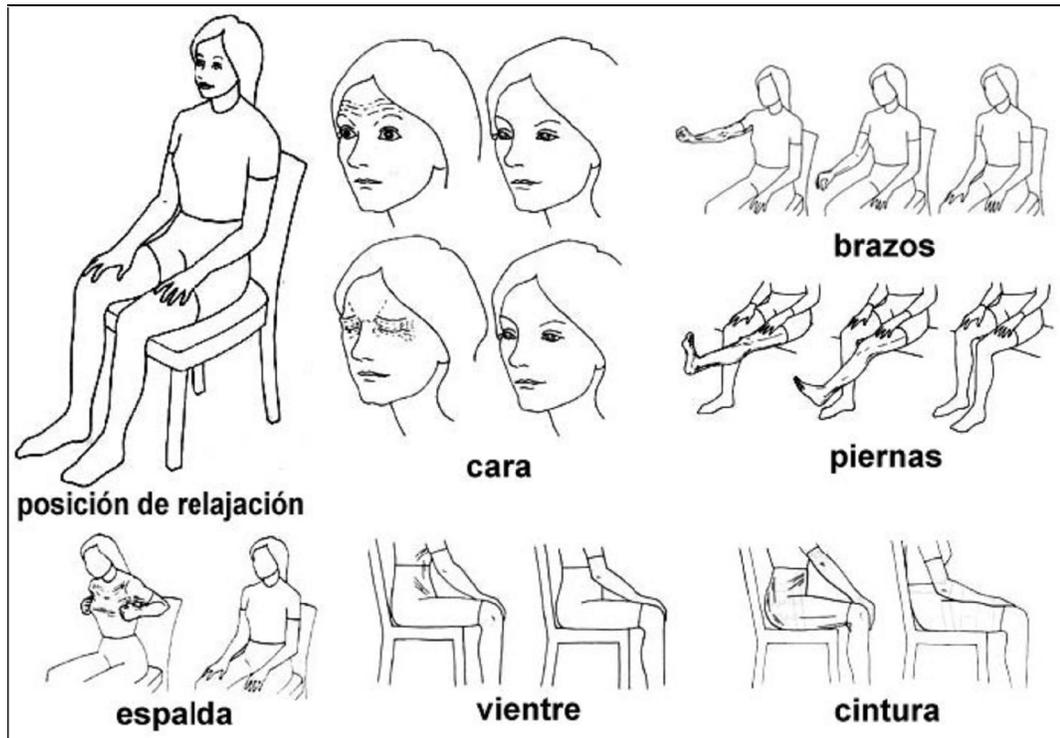
(F) SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS que he experimentado después dellegar a mis CREENCIAS RACIONALES EFICACES: _____

Repetiré mis CREENCIAS RACIONALES EFICACES convincentemente a mí mismo en muchas ocasiones para poder estar menos perturbado ahora y actuar de una manera menos contraproducente en el futuro.

Doctores Joyce Sechel y Albert Ellis.
Copyrights © Instituto para la Terapia Racional-Emotiva.

Anexo No. 5

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA



POSTURA DE RELAJACIÓN:

CONSIGNAS:

“Siéntese tal y como aparece en la figura "posición de relajación". Cuando se encuentre cómodo, tense un grupo de músculos, trate de identificar donde siente mayor tensión.

Siga la secuencia siguiente:

- 1° tensar los músculos lo más que pueda.
- 2° note la sensación de tensión.
- 3° relaje esos músculos.
- 4° sienta la agradable sensación que percibe al relajar esos músculos.
- 5° Por último, cuando tense una zona, debe mantener el resto del cuerpo relajado.

Empecemos por la frente. Arrugue la frente todo lo que pueda. Note durante unos cinco segundos la tensión que se produce en la misma. Comience a relajarla

despacio, notando como los músculos se van relajando y comience a sentir la agradable sensación de falta de tensión en esos músculos. Relájelos por completo y recréese en la sensación de relajación total durante unos diez segundos como mínimo.

Seguidamente, cierre los ojos apretándolos fuertemente. Debe sentir la tensión en cada párpado, en los bordes interior y exterior de cada ojo. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda hasta dejarlos entreabiertos. Note la diferencia entre las sensaciones.

Siga con la nariz y labios. Arrugue la nariz, relájela. Arrugue los labios, relájelos. Procure que la tensión se mantenga durante unos cinco segundos y la relajación no menos de diez.

Haga lo mismo con el cuello. Apriete su cuello tanto como pueda y manténgalo tenso. Vaya relajando los músculos lentamente, concentrándose en la diferencia entre tensión y relajación y deléitese en esta última.

Seguidamente, ponga su brazo tal y como aparece en el gráfico. Levántelo, cierre el puño cuanto pueda y ponga todo el conjunto del brazo lo más rígido posible. Gradualmente vaya bajando el brazo destensándolo. Abra lentamente la mano y deje todo el brazo descansando sobre el muslo. Repítalo con el otro brazo.

Haga exactamente lo mismo con las piernas.

Después incline su espalda hacia adelante notando la tensión que se produce en la mitad de la espalda. Lleve los codos hacia atrás y tense todos los músculos que pueda. Vuelva a llevar la espalda a su posición original y relaje los brazos sobre los muslos. Vuelva a recrearse en la sensación de relajación durante un tiempo.

Tense fuertemente los músculos del estómago (los abdominales) y repita las sensaciones de tensión y relajación al distender los músculos.

Proceda de igual forma con los glúteos y los muslos”.

Anexo No. 6

EVOLUCIÓN

FECHA	ESTADO PACIENTE	ASUNTO	TÉCNICA