



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Depresión en sobrevivientes con cáncer de mama: Estudios de caso

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
GUADALUPE JAZMIN FLORES BOYSO

TUTOR PRINCIPAL
DRA. C. LIZETTE GALVEZ HERNANDEZ
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

CÓMITE TUTOR: DRA. ANGELICA RIVEROS ROSAS
FACULTA DE PSICOLOGÍA
DRA. ANDREA CASTRO SÁNCHEZ
INSTITUTO NACIONAL DE CANCERLOGÍA
DRA. ROSA ORNELAS MEJORADA
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
DR. HUMBERTO BAUTISTA
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA CMN SIGLO XXI

Ciudad de México, Mayo, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y obtener una exitosa titulación profesional.

A mis padres y hermanos por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; mucho de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

Finalmente agradezco a todas esas personas que conocí en el camino y me apoyaron en este nuevo proyecto en especialmente a Carlos por ser una persona especial e importante en mi vida, apoyándome en todo momento.

INDICE

INDICE	3
Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Cáncer de mama	8
Factores de riesgo	8
Epidemiología	9
Estadificación del cáncer de mama	10
Tratamientos	11
Cirugía	11
Quimioterapia	12
Radioterapia	13
Terapia hormonal	13
Consecuencias psicológicas de los tratamientos	14
Sobrevivencia en cáncer	15
Etapas de supervivencia	16
Epidemiología	17
Comorbilidades metabólicas	18
Consecuencias psicológicas durante la supervivencia	19
Depresión	21
Criterios diagnósticos	22
Consecuencias de la depresión	22
Modelo cognitivo-conductuales depresión	23
Intervenciones psicológicas dirigidas a la depresión	27
Manual de intervención	30
Justificación	33
Objetivo principal	34
Objetivos secundarios	34
Método	35
Participantes	35
Diseño	36
Materiales	36
Estrategias de evaluación	39
Lugar	40
Procedimiento	40
Caso clínico 1	41
Identificación del paciente	41
Formulación clínica del caso	43
Hipótesis	44
Elección del tratamiento	46
Aplicación del tratamiento	48
Factores relacionados con el terapeuta	51
Resultados	52
Efectividad y eficiencia de la intervención	57
Discusión	59
Caso clínico 2	61
Identificación del paciente	61
Formulación clínica del caso	63
Hipótesis	64
Elección del tratamiento	66
Aplicación del tratamiento	68
Resultados	71
Efectividad y eficiencia de la intervención	76
Discusión	77
Caso clínico 3	79

Identificación del paciente.....	79
Formulación clínica del caso	81
Hipótesis.....	82
Elección del tratamiento	84
Aplicación del tratamiento	86
Factores relacionados con el terapeuta	90
Resultados	91
Discusión.....	96
Conclusiones	98
Apéndice	111
Anexos.....	112
Anexo 1.....	112
Anexo 2.....	113
Anexo 3.....	114
Anexo 4.....	115

Resumen

Introducción: la posibilidad de recurrencia al cáncer así como los efectos secundarios a mediano y largo plazo de los tratamientos; aunado a los cambios que conlleva la integración de las mujeres sobrevivientes con cáncer de mama a sus actividades cotidianas son factores que generan malestar emocional, siendo la depresión una de las causas más reportadas. La prevalencia de este síntoma documenta la importancia de brindar atención psicológica de forma individual. **Objetivo:** evaluar el efecto de la adaptación clínica de una intervención manualizada cognitivo conductual dirigida a la sintomatología depresiva en 3 pacientes mexicanas sobrevivientes con cáncer de mama. **Método:** diseño experimental tipo AB. Se realizó una adaptación clínica de una intervención psicológica manualizada para disminuir la sintomatología depresiva de 3 pacientes sobrevivientes de cáncer de mama que tuvieran una puntuación ≥ 16 en el CESD y completaran una entrevista estructurada. **Resultados:** al finalizar el tratamiento todos los casos clínicos disminuyeron sus niveles de depresión clínicamente significativa: en el caso clínico 1 el índice de cambio clínicamente significativo disminuyó 50%; en el caso 2 disminuyó 60%; mientras que el caso clínico 3 85%, en comparación con sus niveles iniciales de depresión. Mejoraron el estado de ánimo con un impacto en las conductas de autocuidado como el ejercicio físico y comer bien. **Conclusiones:** los estudios de caso permiten brindar una intervención a la medida de las necesidades y problemáticas de la paciente, a través del análisis global del individuo y de la consideración de los factores biológicos, psicológicos y sociales que lo conforman.

Palabras clave: sobrevivientes cáncer de mama, depresión, estudios de caso

Abstract

Introduction: the possibility of cancer recurrence as well as the medium and long term side effects of the treatments; Coupled with the changes that the integration of women survivors with breast cancer brings to their daily activities are factors that generate emotional discomfort, with depression being one of the most reported causes. The prevalence of this symptom documents the importance of providing psychological care individually. **Objective:** to evaluate the effect of the clinical adaptation of a manualized cognitive behavioral intervention aimed at depressive symptomatology in 3 surviving Mexican patients with breast cancer. **Method:** experimental design type AB. A clinical adaptation of a manualized psychological intervention was carried out to reduce the depressive symptoms of 3 breast cancer survivors who had a score ≥ 16 in the CESD and completed a structured interview. **Results:** at the end of the treatment, all clinical cases decreased their levels of clinically significant depression: in clinical case 1, the clinically significant change rate decreased by 50%; in case 2, it decreased 60%; while the clinical case 3 85%, compared to their initial levels of depression. They improved the mood with an impact on self-care behaviors such as physical exercise and eating well. **Conclusions:** the case studies allow to provide an intervention tailored to the needs and problems of the patient, through the global analysis of the individual and the consideration of the biological, psychological and social factors that comprise it.

Keywords: survivors breast cancer, depression, case studies

Introducción

El cáncer de mama es un diagnóstico visto con un pronóstico sombrío, debido a que se concibe como un riesgo prematuro de muerte, además de ser un proceso costoso, doloroso y complejo para la paciente y su familia. Actualmente, dados los avances en las terapéuticas para el tratamiento de dicha patología, el porcentaje de pacientes sobrevivientes se ha incrementado. En esta población un problema común es la depresión, que es un desorden mental frecuente que afecta los pensamientos y el comportamiento de quienes lo padecen. Las pacientes presentan síntomas físicos y alteran las actividades cotidianas, lo que tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, y en su forma más grave puede conducir al suicidio. Por ello la importancia de realizar una intervención psicológica para disminuir la sintomatología depresiva en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama.

En el presente trabajo se abordan los efectos de la adaptación clínica de una intervención manualizada dirigida a la depresión de 3 casos de pacientes sobrevivientes de cáncer de mama. Este estudio se divide en dos partes: en la primera se describen las generalidades, conceptos y tratamientos médicos del cáncer de mama, los problemas emocionales que la literatura reporta en esta población, haciendo énfasis en la depresión y el manejo psicológico a efectuar para mejorar esta problemática. En la segunda parte se detalla la metodología, la aplicación clínica y los resultados obtenidos de una intervención manualizada para la depresión de 3 casos particulares. El estudio tuvo como objetivo analizar los efectos de la adaptación clínica de una intervención manualizada ante la depresión, con un diseño experimental AB. Se finaliza cada estudio de caso con los resultados que aporta el recibir una atención manualizada adaptada clínicamente a las necesidades individuales de las pacientes.

Cáncer de mama

El cáncer de mama inicia cuando las células de la glándula mamaria se degeneran creciendo descontroladamente hasta construir el tumor. De acuerdo con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), esta alteración de las células es resultado de la interacción entre los factores genéticos y agentes externos como:

- Carcinógenos físicos (radiaciones ultravioletas e ionizantes)
- Carcinógenos químicos (amianto o asbesto, el humo de tabaco, las aflatoxinas en los alimentos y el arsénico contaminante del agua)
- Carcinógenos biológicos (virus, bacterias y parásitos)

Factores de riesgo

El origen del cáncer es desconocido, no se puede dar una relación causal a esta enfermedad; sin embargo, la medicina ha buscado factores que puedan elevar la probabilidad de incidencia. La Asociación Americana de Cáncer (AAC, 2017) señala que existen factores de riesgo que no se pueden cambiar y otros que se pueden controlar debido a que están relacionados con conductas personales (ver tabla 1).

Tabla 1. *Factores de Riesgo para el cáncer de mama*

No se pueden cambiar	Los que se pueden cambiar
<ul style="list-style-type: none"> • Ser mujer • Envejecimiento • Ciertos genes hereditarios • Antecedente familiar y personal de cáncer de mama • Raza y origen étnico • Tejido mamario denso • Afecciones benignas • Comienzo de la menstruación antes de los 12 años • Menopausia después de los 55 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de bebidas alcohólicas • Sobrepeso u obesidad • Poca actividad física • No tener hijos • Uso de anticonceptivos • Terapia hormonal después de la menopausia • No lactar

Nota: Información recopilada de la Asociación Americana del Cáncer (2017).

Epidemiología

El cáncer de mama es considerado uno de los principales padecimientos en las mujeres a nivel mundial. La OMS (2017) señala que se encuentra dentro de los cinco cánceres que causan un mayor número de fallecimientos con 571 000 defunciones, representando el 16% de todos los cánceres femeninos. De acuerdo con World Cancer Research Fund International (2018), existieron más de 2 millones de nuevos casos de cáncer de mama diagnosticados a nivel mundial. El Global Cancer Observatory (GCO, 2018) señala que los países con mayor prevalencia son China, Estados Unidos e India. En nuestro país, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia en mujeres con un 39.5% y con una mortalidad de 8.95%.

Estadificación del cáncer de mama

Una vez diagnosticado, se tiene que saber qué tan avanzado está para administrar el tratamiento adecuado. El estadio o etapa de cáncer indica el grado de extensión del cáncer. De acuerdo con la AAC (2017), el cáncer de mama está estadificado por la American Joint Commission on Cancer (AJCC) con el sistema TNM, que está basado en el tamaño del tumor, si ha crecido hacia áreas cercanas (T), si el cáncer ha alcanzado a los ganglios linfáticos (N), y si el cáncer se ha propagado (haciendo metástasis) hacia otras partes del cuerpo (M). Una vez que se tenga dicha información se agrupará en las siguientes etapas:

- ✓ Estadio clínico (EC) 0: en esta etapa las células cancerígenas no se encuentran de forma invasiva y están localizadas en el interior de los conductos mamarios.
- ✓ ECI: el tumor se encuentra en un nódulo menor de 2 cm de diámetro y no se desarrolla a otros tejidos fuera de éste.
- ✓ EC II: las células cancerígenas están en un nódulo inferior a los 2 cm de diámetro con una invasión a ganglios axilares, o el nódulo creció sin sobrepasar los 5 cm, con el 50% de posibilidad de que exista invasión en ganglios axilares
- ✓ EC III: el nódulo no ha alcanzado aún 5 cm, pero se ha extendido a las axilas o el tumor se extiende por los tejidos cercanos de la mama.
- ✓ EC IV: el cáncer se ha extendido a otros tejidos y órganos del cuerpo haciendo metástasis.

La etapa del cáncer es una información importante debido a que mejora el entendimiento de la eficacia del tratamiento, que varía según la extensión del cáncer (estadio clínico), por lo que la detección temprana y el tratamiento oportuno es fundamental para las pacientes (AAC, 2017).

Tratamientos

La Asociación Americana del Cáncer (AAC, 2017) señala que el tipo y la etapa del cáncer de mama son factores importantes para la toma de decisiones del tratamiento a seguir. Los tratamientos pueden ser locales, tratando el tumor sin afectar al resto del cuerpo, como la cirugía y la radioterapia; o tratamientos sistémicos, que atacan las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo, como la quimioterapia, la terapia hormonal y la terapia dirigida. A continuación se describirán con base en las guías de la AAC.

Cirugía

Procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del tejido canceroso. Existen diferentes tipos de cirugías (AAC, 2017):

- Cirugía conservadora (CC) que puede ser tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía parcial o segmentaria: donde se extrae el tumor con un margen suficiente de tejido normal. Esta cantidad depende del tamaño y la localización de éste. Esta cirugía se debe complementar con radioterapia.
- Mastectomía Radical Modificada (MRM): en este procedimiento se extirpa totalmente la glándula mamaria y los ganglios axilares, conservándose los músculos pectorales.

Los efectos físicos secundarios que se pueden presentar después de la cirugía son dolor, sangrado, coágulos sanguíneos, infecciones. Es posible que se presente hinchazón en el brazo o el pecho debido a la extirpación de los ganglios linfáticos axilares, algunas veces se bloquea el drenaje del líquido circulante de los vasos linfáticos del brazo, ocasionando su acumulación, conocido como linfedema.

Quimioterapia

Tratamiento con varios medicamentos que se administran por vía intravenosa u oral, cuyo objetivo es eliminar las células cancerígenas que pueda haber por todo el cuerpo, a las que ni la cirugía ni la radioterapia pueden alcanzar. La quimioterapia (QT) se puede utilizar después de la cirugía (adyuvante) para eliminar las células cancerígenas que hayan quedado o propagado, reduciendo el riesgo de que el cáncer regrese. Esta puede durar de 3 a 6 meses dependiendo el número de ciclos y de los fármacos necesarios. También la QT se recomienda antes de la cirugía (neo-adyuvante), con el objeto de reducir el tamaño del tumor, de modo que se pueda extirpar por medio de la cirugía. También este tratamiento se utiliza para el cáncer avanzado.

La QT suele acompañarse de una serie de efectos físicos secundarios, que dependen de los fármacos administrados. Estos efectos son causados porque, además de que destruyen las células cancerígenas, las células normales se ven afectadas. Algunos de éstos son la fatiga, náuseas, vómitos, diarreas, cese de la menstruación, adelanto de la menopausia, deficiencia de glóbulos blancos, caída del pelo, lesiones en la boca y dolor. El tiempo que duran depende de la salud y del tipo de quimioterapia, desapareciendo cuando se termina de aplicar, pero a veces pueden pasar meses, o años antes de que desaparezcan. Además, puede causar efectos secundarios permanentes que dañan el corazón, los pulmones, nervios, riñones y los órganos reproductores (AAC, 2017).

Radioterapia

De acuerdo con la AAC (2017), la radioterapia (RT) usa partículas de alta energía para eliminar las células cancerígenas. Habitualmente se administra tras una cirugía conservadora, o como complemento de una mastectomía. La aplicación de las radiaciones es en la mama o en la pared torácica, además en las cadenas ganglionares. Hay dos tipos de radioterapia:

- Externa: la radiación proviene de una máquina que está fuera del cuerpo, las sesiones son breves y se administran diario.
- Interna (braquiterapia): se coloca una fuente radiactiva dentro del cuerpo por corto tiempo.

Durante la radioterapia, inclusive algún tiempo después, se presentará fatiga que se describe a menudo como una sensación de mucho cansancio o agotamiento; además puede haber irritación, sequedad, picazón, ampollas o puede pelarse la piel en la zona irradiada.

Terapia hormonal

Las células de la mama son estimuladas por las hormonas sexuales femeninas, fundamentalmente por progesterona y estrógeno, cuando las células cancerígenas conservan dicha característica se puede brindar un tratamiento hormonal (HT) adyuvante, siendo una terapia sistémica que llega a dichas células en cualquier parte del cuerpo. Generalmente este tratamiento se administra al menos por 5 años, por vía oral y se usa para disminuir los niveles de estrógeno y reducir el riesgo de recurrencia. Los efectos físicos secundarios son parecidos a los síntomas que se dan en la menopausia, como sofocos, nerviosismo, dolores articulares (AAC, 2017).

Consecuencias psicológicas de los tratamientos

Cada uno de los tratamientos para el cáncer genera efectos secundarios que comprometen la estabilidad emocional del paciente debido a su impacto en las esferas física, psicológica y social. En muchos casos las pacientes interpretan ala mastectomía como una mutilación y deformidad, lo que provoca conflictos en la autoimagen. Debido a que socialmente los senos son percibidos como símbolo de ser mujer, femineidad, capacidad reproductora, erotismo, sensualidad y sexualidad (Martínez-Basurto, Lozano-Arrazola, Rodríguez-Velázquez, Galindo-Vázquez & Alvarado-Aguilar, 2014).

No solo la mastectomía provoca una vulnerabilidad de presentar problemas psicológicos, la radioterapia y quimioterapia por su potencial tóxico presentan múltiples efectos secundarios (como la alopecia), que afectan la imagen corporal y el autoconcepto de la paciente, antes, durante y después del tratamiento. Por esto es importante abordar los efectos secundarios de una manera integral, considerando el aspecto psicológico para ayudar a los pacientes a sobrellevar el tratamiento y aumentar su calidad de vida, teniendo en cuenta la diferente apreciación de importancia de las toxicidades de cada paciente (Vega et al., 2004).

En un estudio transversal realizado en pacientes con cáncer de mama que recibieron RT adyuvante, se muestran cambios en su calidad de vida, particularmente en el dominio emocional, afectado desde el inicio del tratamiento. La angustia psicológica en estas pacientes se relaciona con la depresión y ansiedad, lo que disminuyó más la calidad de vida. Los síntomas más frecuentes son fatiga, insomnio, dolor y reacciones cutáneas (Sharma & Purkayastha, 2017).

En una revisión de artículos realizada por Malik y Kiran (2013) se señala que la mayoría de los estudios en pacientes con cáncer de mama reportan una alta prevalencia de depresión (6.5% al 61%) y ansiedad (34%), con deficiencia en el uso de estrategias de afrontamiento, mala imagen

corporal, así como afectación en su calidad de vida, los cuales están asociados con todos los tipos de tratamiento.

Sobrevivencia en cáncer

La comprensión y definición de pacientes sobrevivientes al cáncer es un tema controversial, puesto que no existe un consenso. De acuerdo con la OMS (como se citó en Wronski, 2015), un sobreviviente de cáncer es aquella persona que ha tenido cáncer, sigue un tratamiento y está curada de la enfermedad, entendiendo curación como el logro de la expectativa de vida normal. Tiene tres elementos: 1) la recuperación de toda evidencia de enfermedad; 2) logro del riesgo de recurrencia mínimo o nulo; 3) la restauración de la salud funcional (física y psicosocial). Sin embargo, Wronski (2015) cuestiona esta definición debido a que no toma en cuenta que muchos pacientes con cáncer después del tratamiento continúan teniendo un riesgo significativo de recurrencia o recaída el resto de sus vidas.

Feuerstein (2007) define que un sobreviviente de cáncer es una persona con un diagnóstico de cáncer, que ha completado el tratamiento primario o los principales aspectos del tratamiento. Los sobrevivientes pueden continuar en tratamiento debido a que no está claro cuando finaliza el tratamiento primario. Otra definición propuesta por Mullan (1985), médico y sobreviviente de cáncer, indica que la sobrevivencia inicia con el diagnóstico de cáncer, abarcando el tiempo de tratamiento, porque cuando el paciente se entera del diagnóstico se ve obligado a enfrentar su propia mortalidad y comienza a realizar ajustes en su vida que formaran parte de su futuro. Él define a la sobrevivencia por etapas, cada una es determinada por la experiencia de la persona diagnosticada y de los familiares. El miedo, dolor y la ansiedad provocados por la enfermedad y el tratamiento son elementos constantes en cada etapa.

Etapas de sobrevivencia

La propuesta teórica de Mullan (1985) permite visualizar, por medio de etapas, el proceso del tratamiento y el desarrollo emocional experimentados por los pacientes con cáncer. Los eventos que se debe considerar durante su sobrevivencia son progresivos en los pacientes con cáncer; proponiendo temporadas para su comprensión, estas son:

- Supervivencia aguda: primera temporada por la que pasa un paciente con cáncer. Inicia con el diagnóstico de la enfermedad y se caracteriza por la intervención del área médica, que brinda esfuerzos diagnósticos y terapéuticos para detener a la enfermedad. El miedo y la ansiedad se muestran constantemente, debido a que se dan cuenta de la gravedad del diagnóstico, creando malestar emocional. En esta etapa los pacientes presentan una confrontación constante con la propia muerte. La familia y el apoyo social ayudan a amortiguar la dura realidad que experimentan el paciente. En estos casos puede llegar a descuidarse las necesidades de la familia del paciente.
- Supervivencia prolongada: el tratamiento básico y riguroso ha terminado. La paciente entra a una fase de remisión y de espera vigilante con exámenes periódicos y terapia intermitente. Psicológicamente, se mantiene el miedo, pero ahora dirigido a la recurrencia del tumor; además, los efectos del tratamiento dejan secuelas corporales que implican tener limitaciones físicas, así como fatiga, alteraciones en la imagen corporal y en el autoconcepto, entre otras. Dichas limitaciones interferirán en diferentes áreas de su vida como en el trabajo, el hogar y en la comunidad. Debido a que en esta fase el apoyo, atención y asesoramiento por parte de los médicos es menor, los pacientes tienden a buscar información por sí mismas de diversas fuentes para continuar sus cuidados fuera del hospital, lo que puede provocar que reciban información poco confiable.

- Supervivencia permanente: la recurrencia de la enfermedad es muy pequeña para que pueda considerarse una amenaza. Los pacientes presentan problemas con el empleo debido a la discriminación y prejuicios que presentan las personas en el ambiente laboral, pues las compañías excluyen coberturas médicas de cualquier evento relacionado con la enfermedad o se reservan el derecho a asegurarlos.

Para fines de este estudio asumiremos como definición de supervivencia, la que Mullan (1985) denomina como prolongada.

Epidemiología

A pesar de que la incidencia del cáncer de mama aumenta en la población, la mejora en la detección, diagnóstico y tratamiento ha logrado disminuir su mortalidad. Las tasas de sobrevivencia varían en todo el mundo. Los países que presentan mayor sobrevivencia son América del Norte, Suecia y Japón con un 80% o más; le siguen los países de ingresos medios con un 60% aproximadamente; finalmente, en los países de ingresos bajos, se observan cifras inferiores al 40% en su mayoría debido a la falta de programas de detección precoz del cáncer, que conlleva a que las mujeres sean diagnosticadas cuando la enfermedad está avanzada (CONCORD Working Group, 2008).

Este mismo panorama se refleja en el contexto mexicano, donde los diagnósticos de cáncer de mama a menudo son en etapas avanzadas, sólo el 10% de los casos son diagnosticados en etapas tempranas (Knaul et al., 2008). Oficialmente en México no existen estadísticas de supervivientes de cáncer de mama; sin embargo, en un estudio realizado por Flores-Luna, Salazar-Martínez, Duarte-Torres, Torres-Mejía, Alonso-Ruíz y Lozano-Ponce (2008) con una muestra de 432 mujeres reportó sobrevivencia global de 59.9%; las pacientes en EC I presentaron mayor tasa de

sobrevivencia (82%), seguidas por los estadios IIB (70.4%), IIA (65.3%), IIIB (47.5%) y 44.2% el EC IIIA; las pacientes en un estadio clínico IV con un 15%.

Comorbilidades metabólicas

Las pacientes con cáncer de mama a menudo tienen más de un diagnóstico médico. Feinstein (como se citó en Sarfati, Koczwara, & Jackson, 2016) señala que la comorbilidad es la coexistencia de enfermedades o trastornos, además de una enfermedad primaria de interés. Un reporte realizado por diversas instituciones de Estados Unidos (American Cancer Society, The Centers for Disease Control and Prevention, National Cancer Institute and North American Association of Central Cancer Registries) indicó que 4 de cada 10 personas diagnosticadas con cáncer de mama tienen al menos otra enfermedad crónica, y el 15% tiene dos o más enfermedades crónicas. Las comorbilidades más comunes son enfermedades cardiovasculares, obesidad, enfermedades metabólicas, problemas de salud mental y condiciones musculoesqueléticas (Edwards et al., 2014). Además de que comparten factores de riesgo como: fumar, una mala alimentación, falta de actividad física, obesidad, abuso del alcohol, etc. (Sarfati et al., 2016).

Prince et al. (2007) mencionan que las personas con enfermedades crónicas tienen con mayor frecuencia mala salud mental. Además, de que los trastornos neuro-psiquiátricos contribuyen a la discapacidad y mortalidad, impactando en la calidad de vida del paciente; el 25% y el 10% de los sobrevivientes con cáncer informaron tener una mala salud física y mental, en comparación con la población sana (Weaver et al., 2012).

Consecuencias psicológicas durante la sobrevivencia

Las sobrevivientes de cáncer pueden evidenciar problemas de salud física, psicológica y social, lo que disminuye su calidad de vida durante la vigilancia y la fase de reingreso a sus actividades cotidianas. Algunas problemáticas presentadas en esta población son el temor a la recurrencia del cáncer, miedo a la muerte, problemas para dormir, dificultad para concentrarse, fatiga, problemas sexuales, alteración en sus roles de vida y los efectos a largo plazo del tratamiento, lo que provoca en las sobrevivientes sufrimiento psicológico, como depresión, ansiedad, enojo, distrés, entre otras (Fagundes, Le Roy, & Karuga, 2015; Kim et al., 2008).

Syrowatka et al. (2017) realizaron una revisión sistemática cuyo objetivo fue sintetizar los predictores de la angustia en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Encontraron que los síntomas menopáusicos, el dolor, la fatiga y el trastorno de sueño están asociados con la angustia. Otros factores asociados con características sociodemográficas fueron ser joven, la etnia no caucásica, no estar casada y un nivel socioeconómico bajo. Los factores del tratamiento asociados con la angustia fueron: etapa avanzada de cáncer, el tratamiento de quimioterapia, duración prolongada del tratamiento primario y la recurrencia del cáncer.

Henselmans et al. (2010) evaluaron a 171 mujeres con cáncer de mama desde el diagnóstico hasta 6 meses después de haber finalizado el tratamiento. Encontraron que el 33% de las pacientes reportaron distrés durante el diagnóstico y el tratamiento, 15% mencionó que el malestar emocional aumentó al finalizar el tratamiento y persistía durante los 6 meses posteriores.

En un estudio realizado por Karademas, Argyropoulou, y Karvelis, (2007) tuvo como objetivo examinar la salud psicológica de pacientes sobrevivientes de cáncer de mama en comparación con mujeres sanas, emparejadas por edad, nivel educativo y estado civil. Los resultados obtenidos muestran que no hay diferencias en la salud psicológica (síntomas somáticos,

ansiedad, insomnio, disfunción social) entre los dos grupos; sin embargo, los síntomas depresivos fueron los únicos que tuvieron una puntuación alta en comparación con las mujeres sanas.

La evidencia sugiere que la intensidad y gravedad de este estrés psicológico dependerá de factores como la edad, la situación socioeconómica, el círculo social afectivo y apoyo emocional que se posee; asimismo, la estructura de personalidad de la paciente, la preexistencia de psicopatologías y la historia oncológica (Sánchez, Rocha, Valle, Molina, & Chacón, 2013).

Depresión

La depresión es una complicación emocional que se presenta en mujeres con cáncer de mama comúnmente cuando concluyen su tratamiento oncológico. Las estadísticas internacionales indican que la prevalencia oscila entre 9.4 y 66.1%, que estos porcentajes pueden aumentar un año después del diagnóstico, y persistir más de 5 años (Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak, & de Bock 2015). Aunque en México no haya estadísticas que indiquen la prevalencia de la depresión en pacientes sobrevivientes, existen estudios que brindan datos sobre esta problemática. En un estudio realizado por Ornelas-Mejorada, Tufiño y Sánchez-Sosa (2011) encontraron que la prevalencia de la depresión y ansiedad es del 27% y 28% en pacientes sometidas a radioterapia. De acuerdo a lo reportado por Pérez-Fortis, et al. (2016), el 43.6% presentaron síntomas clínicos de depresión, principalmente en el EC I, seguido por el EC III.

La OMS (2018) señala que la depresión es un desorden mental frecuente que afecta los pensamientos, presenta síntomas físicos, altera las actividades cotidianas, e impacta en la calidad de vida de las personas. En su forma más grave puede conducir al suicidio.

Criterios diagnósticos

Experimentar un episodio depresivo tiene como principal característica la perpetuación de un grupo de síntomas que se mantienen por un periodo de tiempo mínimo de dos semanas. De acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5,2013), se deben tener cinco o más de los siguientes síntomas, que representan un cambio de funcionamiento previo.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día o casi todos los días.
3. Aumento de peso o pérdida de peso importante sin hacer dieta, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o tomar decisiones casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Los síntomas causan malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Además, el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Los síntomas no son mejor explicados por duelo.

Consecuencias de la depresión

Hay que recordar que la etiología de la depresión es multifactorial. Algunos estudios longitudinales

han identificado factores de riesgo que pronostican su aparición cuando se concluye el tratamiento de cáncer, como la edad adulta, una baja escolaridad, el nivel socioeconómico bajo, pensamientos y sentimientos relacionados con el avance del cáncer, la soledad, los conflictos familiares, de pareja, y la falta de apoyo social (Stanton, Rowland & Ganz, 2015; Kim et al., 2008). Otros factores son las etapas clínicas avanzadas, pacientes que recibieron quimioterapia y las que reportan más síntomas físicos (Stanton et al., 2015).

Si no se trata la depresión, el paciente puede generar dificultades en su vida, como el retraso en la incorporación laboral, menor adherencia a los regímenes médicos, aumento del riesgo de suicidio; incluso puede conferir un riesgo de mortalidad por cáncer (Brower, 2014).

Modelo cognitivo-conductuales depresión

La teoría cognitivo conductual ofrece un modelo acerca de la aparición de la depresión. Lewinsohn (como se citó en Caballo, 2007) señala que la depresión es el resultado final de las demandas ambientales que alteran los patrones de conducta, que al ser consideradas como estímulos estresantes producen una reacción emocional negativa. Esto genera una incapacidad para transformar el impacto de dichos estímulos, sensación de fracaso en la persona para satisfacer sus necesidades internas y hace más accesible la información negativa sobre uno mismo; finalmente, disminuye la confianza de individuo para afrontar su ambiente.

Este mismo autor señaló que las diferencias individuales estables, como la personalidad, pueden moderar el impacto de los acontecimientos para iniciar el ciclo que conduce a la depresión como para mantenerla una vez que empieza, así se consideran los factores cognitivos como modeladores de los efectos del ambiente.

Beck (2004) plantea en su modelo cognitivo que el mantenimiento y la predisposición de la depresión tiene ver con las experiencias tempranas, pues estas son la base para formar conceptos

negativos (esquemas) sobre uno mismo, el mundo y el futuro, los cuales pueden permanecer latentes y ser activados en determinadas circunstancias semejantes de dichas experiencias, inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. De ello, se postulan tres conceptos específicos para explicar la depresión:

La triada cognitiva: consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a un razonamiento negativo distorsionado de la realidad en cuanto a uno mismo, del mundo y del futuro, estos pensamientos pueden ser monitoreados y comunicados por el paciente. El análisis de estos pensamientos automáticos se lleva a cabo utilizando el diálogo socrático en donde el terapeuta ayuda al paciente a llegar a nuevas valoraciones y opiniones más realistas (Beck, 2004).

Los esquemas: son patrones cognitivos estables, obtenidos por un proceso natural, adaptativo y necesario, que administra el desarrollo de la persona en organizar y estructurar la información sobre el mundo; además, guía la selección de información a la que la persona atiende y dirige los procedimientos de búsqueda cuando falta información, codificando y recuperando la información obtenida para la interpretación y construcción de significados (Beck, Freeman, & Davis, 2004).

Los errores cognitivos: toda cognición se distorsiona por los procesos de construcción de significados, las cogniciones de las personas deprimidas se distorsionan de forma que crean malestar e interfieren con la conducta adaptativa. Los esquemas resistentes al cambio y a la adaptación hacen vulnerable al individuo ante las dificultades. Beck (2004) identificó una serie de errores de pensamiento, los cuales se describirán a continuación:

- *Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta)*: se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- *Abstracción selectiva (relativo al estímulo)*: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características de la situación y conceptualizando toda la experiencia en base en ese fragmento.
- *Generalización excesiva (relativo a la respuesta)*: proceso de elaborar una regla general o conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto, tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- *Maximización y minimización (relativo a la respuesta)*: errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento.
- *Personalización (relativo a la respuesta)*: tendencia para atribuirse así mismo fenómenos externos, cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- *Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta)*: clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo.

Es importante señalar que en la depresión existe una operación de “bucles de retroalimentación” entre los distintos factores (pensamiento/emoción/conducta). Estos bucles de retroalimentación permiten un “círculo vicioso” que al invertir cualquiera de los componentes del modelo cognitivo conductual, la depresión irá mejorando progresivamente. En consecuencia, el enfoque cognitivo-conductual se centra en diferentes técnicas para tratar la depresión, de acuerdo

con Nezu, Nezu y Lombardo (2004) señala que los objetivos principales de la intervención son los siguientes

- Disminuir el pensamiento disfuncional.
- Optimizar la capacidad de resolución de problemas.
- Incrementar las habilidades de autocontrol.
- Mejorar las tasas de reforzamiento positivo.
- Aumentar las habilidades sociales/interpersonales.

Para alcanzar esos objetivos, las técnicas para el tratamiento de la depresión son las siguientes: (Nezu, Nezu y Lombardo, 2004):

- Reestructuración cognitiva: que consiste en ayudar al paciente a identificar y cambiar los pensamientos desadaptativos.
- Activación conductual: aumentar el comportamiento gratificante y productivo de un paciente, planeando las recompensas y actividades placenteras, se anima a los pacientes que se planteen objetivos alcanzables.
- Terapia de solución de problemas: aumenta la capacidad de afrontamiento del individuo a tratar situaciones estresantes.

Intervenciones psicológicas dirigidas a la depresión

El manejo de la depresión es importante para mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. La farmacoterapia y la psicoterapia han sido opciones prácticas para su manejo. Una revisión sistemática mostró que los antidepresivos fueron eficaces para disminuir los síntomas depresivos. Aunque los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son el grupo con mayor respuesta, no hay suficiente evidencia para determinar su superioridad sobre otros grupos de fármacos antidepresivos (Callari, Mauri, Miniati, & Mancino, 2013).

Por otra parte, se sugiere abordar el problema de la depresión con terapias combinadas (farmacoterapia y psicoterapia), lo cual ha mostrado eficacia superior comparada con el tratamiento individual; sin embargo, son escasos los estudios dirigidos a probar su efecto (Keller et al., 2000).

Callari et al. (2013) señalan que cuando se presenta un episodio depresivo severo con pensamientos e ideación suicida, el enfoque farmacológico es la primera línea de tratamiento. Si solo existe sintomatología depresiva, la psicoterapia se aplica como primera línea de tratamiento y la farmacoterapia como segunda. Entre las modalidades que nos ofrece la psicoterapia tenemos la terapia cognitivo-conductual (TCC). Dicha terapia incluye elementos dirigidos a aumentar las actividades agradables, disminuir acontecimientos desagradables y el entrenamiento de habilidades sociales e interpersonales. Existen investigaciones que sustentan su efectividad.

En un ensayo controlado aleatorizado, Hopko et al. (2011) mostraron que la terapia de solución de problemas y la activación conductual disminuyen la sintomatología depresiva y ansiosa, incrementando la calidad de vida y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama.

En otro ensayo controlado aleatorizado que evaluó los efectos de la TCC grupal en pacientes depresivas con cáncer de mama en comparación con un grupo control (quienes no recibieron la atención para la depresión), encontraron un aumento significativo en la calidad de vida y en la autoestima, lo que mejoró el afrontamiento global ante la enfermedad (Qiu et al., 2013).

También la TCC se ha empleado para reducir los síntomas depresivos en mujeres al término del tratamiento médico oncológico, por medio de terapias grupales que van de 8 a 10 semanas de tratamiento (incluyendo técnicas de reestructuración cognitiva, afrontamiento efectivo y manejo del enojo). Los resultados muestran que las participantes de los grupos de intervención disminuyeron en mayor medida los síntomas depresivos, que los del grupos control. La eficacia de los tratamientos de la TCC a largo plazo ha mostrado mantener cambios significativos durante el seguimiento a 5 años (Stagl, Antonio et al., 2015) y hasta 11 años después de haber concluido la intervención (Stagl, et al., 2015).

Akechi, Okuyama, Onishi, Morita y Furukawa (2008) realizaron una revisión sistemática con meta-análisis para investigar los efectos de la psicoterapia para tratar la depresión en pacientes con cáncer avanzado. Encontraron que la psicoterapia disminuye significativamente la depresión, especialmente la TCC (SMD=-0.44, 95% CI=-0.08-0.80).

En otra revisión sistemática que evaluó los efectos de las intervenciones psicológicas sobre la morbilidad psicológica, la calidad de vida y la supervivencia en mujeres con cáncer de mama no metastásico, reportan que la TCC produjo efectos favorables en la ansiedad, depresión y los trastornos de ánimo; sin embargo, aún falta evidencia de la mejora durante la sobrevivencia (Jassim, Whitford, Hickey & Carter, 2015).

Ren et al. (2019) realizaron un ensayo controlado aleatorizado para verificar la eficacia de la TCC en pacientes chinas sobrevivientes de cáncer de mama sobre los síntomas depresivos que presenta esta población. Los resultados encontrados fueron que la TCC produce una disminución en la sintomatología depresiva, en comparación con otras terapias o manejos para el problema.

Debido a la eficacia y desarrollo de la TCC ante la sintomatología depresiva se decidió buscar un manual que se enfocara en técnicas cognitivas conductuales basadas en la evidencia para asegurar una práctica clínica homogénea, se decidió ocupar el Manual de terapia individual para el Tratamiento Cognitivo-conductual de Depresión para el terapeuta y el paciente (Miranda et al., 2008), Este manual se presenta de una forma didáctica y sencilla para otorgar las herramientas necesarias al paciente y tratar la sintomatología depresiva, asimismo se encuentra traducido al español, lo que hace viable su aplicación en estas pacientes.

Manual de intervención

El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos financió el proyecto CPIC (Community Partners In Care), que tuvo como objetivos ayudar a la comunidad a través de un plan eficaz de tratamiento para mejorar la depresión, así como la obtención de datos para la búsqueda de recursos y cambios de políticas para apoyar la difusión de programas eficaces. Dicho proyecto sugiere que la calidad y los resultados del tratamiento para la depresión en adultos pueden mejorarse sustancialmente a través de programas de “atención–colaborativa”, que consisten en educar y motivar a los pacientes y proveedores de la salud para mejorar la atención y el abordaje de la depresión (basado en evidencia). Sin embargo, faltan los recursos necesarios para implementar dichos programas en comunidades vulnerables (Khodyakov et al., 2009).

El enfoque general de las intervenciones del proyecto es apoyar a la adaptación e implementación de programas de prestación de servicios basados en la evidencia para la depresión, de acuerdo al “modelo de atención colaborativa para el tratamiento de enfermedades crónicas”. El modelo consiste en una perspectiva de “sistemas” que abarca a todas las personas interesadas (personas y organizaciones) relevantes para el problema. A los pacientes se les anima a tomar un papel más activo en su propio cuidado, así como a los proveedores de la atención a trabajar en equipos multidisciplinarios para analizar las etapas de evaluación y tratamiento.

En dichos manuales se describen sesión por sesión del tratamiento, que puede ser grupal o individual. Cada manual incluye una guía del proveedor y un libro de trabajo para el paciente. En el manual para el terapeuta se incluye una variedad de herramientas y formularios clínicos: hojas de trabajo y formularios de evaluación, proceso de terapia y seguimiento de resultados, coordinación de la atención y formularios para pacientes.

El proyecto comparó dos enfoques de atención para la depresión CEP (Community Engagement and Planning) y RS (Resources for Services). El primero tiene como objetivo determinar qué se necesitaría para construir una red de organizaciones para mejorar el acceso, como la calidad de la atención de la depresión disponible dentro de su comunidad, proporcionando recursos y capacitación continua para alcanzar dicho objetivo. El segundo enfoque proporciona una consulta de expertos sobre cómo usar programas que han demostrado su eficacia para mejorar la atención de la depresión; la información se pone a disposición de las agencias a través de una conferencia de capacitación y un sitio web informativo (CPIC, 2017).

El enfoque RS de la iniciativa CPIC está basada en la TCC y ofrece manuales en inglés y español para ayudar a los terapeutas y a otros tipos de proveedores con el proceso de tratar la depresión bajo dicho enfoque teórico, el cual fue descrito anteriormente (CPIC, 2017).

Wells et al. (2013) compararon la efectividad de los enfoques CEP y RS para implementar los programas de mejora de la calidad para la depresión sobre la calidad de vida relacionada con la salud mental y el uso de servicios en pacientes deprimidos. Esto por medio de un ensayo controlado aleatorizado en donde se asignaron al azar los dos enfoques (CEP y RS). Los resultados reportados indican que el enfoque CEP (44.1%) fue más efectivo que el RS (52.2%) para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud mental. Cabe señalar que los resultados mejoraron en cada condición, CEP disminuyó la sintomatología depresiva en un 62.2% y RS en un 66.9%; por lo que RS pudo ser efectiva también.

En otra investigación de Chung et al. (2015) compararon la participación a nivel del programa y del personal en la capacitación para el mejoramiento de la calidad de la atención de la depresión entre los programas inscritos en el CEP —que capacitó a las redes de atención de salud y agencias sociales comunitarias en manera conjunta— y RS —que brindó apoyo técnico a

programas individuales. Concluyendo que el CEP puede ser una estrategia efectiva para promover la participación del personal en los esfuerzos de mejora de la atención de la depresión en comunidades con recursos insuficientes.

En un ensayo controlado aleatorizado realizado por Izquierdo et al. (2018) se tuvo como objetivo examinar el enfoque CEP contra RS para implementar el cuidado colaborativo de la depresión en comunidades desatendidas con un seguimiento de 6 y 12 meses, con una muestra de 394 participantes mayores a 50 años con síntomas depresivos. Los resultados indican que a los 6 meses el CEP (64.6%) fue más eficaz que la RS (68.5%) para mejorar la sintomatología depresiva. En relación con la calidad de vida relacionada con la salud mental y el bienestar mental también se muestra más eficacia por parte del enfoque CEP (40.8%) y RS (50.7%), a los 12 meses no se encontraron diferencias significativas para entre ambos enfoques para la sintomatología depresiva (CEP=46.5%; RS= 47.3%) ni para la calidad de vida relacionada con la salud mental (CEP=44.4%; RS=45.7%).

Justificación.

Dentro de todos los trastornos del estado de ánimo en pacientes con cáncer, la depresión presenta mayor prevalencia (de un 9.4% a un 66.1%) (Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak, & de Bock, 2015). Se ha mostrado que de no atenderse la primera, conlleva a disfuncionalidades en su concepción como individuo, sus actividades cotidianas, y deterioro en sus relaciones sociales, lo que puede derivar en suicidio (Hollon, Thase & Markowitz, 2002).

Esta problemática ha provocado un interés en el abordaje global de los pacientes con cáncer, debido al impacto emocional que conlleva el recibir dicho diagnóstico, sumado a los consecuentes cambios físicos, sociales y afectivos en pacientes que cursan con un tratamiento activo (cirugía, quimioterapia y radioterapia), siendo este grupo de principal interés para el equipo multidisciplinario. Si bien, terminar con el tratamiento (con fines curativos) representa un avance y logro para la mayoría de los pacientes, existe literatura que muestra que la depresión continua en la sobrevivencia (Maass et al., 2015). Lo anterior resalta la necesidad de realizar intervenciones psicológicas para atender a esta población. En revisiones sistemáticas (Akechi, et al., 2008; Jassim, et al., 2015) se reporta la eficacia de emplear una intervención basada en la TCC para la disminución de la sintomatología depresiva, lo que ha conllevado a la elaboración de intervenciones manualizadas que estandarizan actividades y técnicas. Los resultados clínicos han sido favorables.

La efectividad de la TCC se ha demostrado en diversas investigaciones (Hopko et al. 2011; Qiu et al., 2013; Stagl, Antonio et al., 2015; Stagl, et al., 2015) en el tratamiento de la depresión, esto debido a que la terapia bríndalas herramientas necesarias al paciente para tratar las

vulnerabilidades presentes durante la depresión, la aborda de una manera holística y biopsicosocial, lo que logra un beneficio integral en su calidad de vida (Puerta & Padilla, 2011).

En este sentido, realizar estudios de casos es lo más adecuado ya que proporciona una perspectiva específica de la problemática del paciente (basado en la conceptualización cognitivo-conductual): identificando, comprendiendo y tratando a cada una desde su origen y mantenimiento. Igualmente, los casos clínicos permiten presentar nuevos métodos y aplicaciones para abordar conductas de baja frecuencia, así como nuevas formas de proceder en el tratamiento y evaluación (Virués-Ortega & Moreno-Rodríguez, 2008).

Objetivo principal¹

Evaluar el efecto de la adaptación clínica de una intervención manualizada cognitivo conductual dirigida a la sintomatología depresiva en 3pacientes mexicanas sobrevivientes de cáncer de mama.

Objetivos secundarios

- Explorar la capacidad de adaptación y efecto de una intervención manualizada cognitivo conductual sobre las necesidades clínicas y de autocuidado de 3 pacientes sobrevivientes de cáncer de mama.

¹ Por fines pragmáticos, se tomó una muestra de casos clínicos para realizar un análisis a profundidad de la condición de los pacientes.

Método

A continuación se describirá la metodología utilizada que se compartió con otro estudio, que tuvo como objetivo principal evaluar el efecto, la viabilidad y aceptación de la terapia cognitivo conductual sobre la sintomatología depresiva en sobrevivientes con cáncer de mama.

Participantes

Se incluyeron pacientes sobrevivientes de cáncer de mama que cumplieran con los siguientes criterios (ver tabla 2):

Tabla 2. *Criterios de selección.*

Inclusión	Exclusión	Eliminación
<ul style="list-style-type: none">• Haber concluido el tratamiento activo (cirugía, quimioterapia o radioterapia) y estar en seguimiento con terapia hormonal.• Edad de 18 a 75 años al momento del diagnóstico.• Capaces de leer, escribir y hablar español.• Que tuvieran un puntaje ≥ 16 en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes que hubieran recibido tratamiento psicológico para síntomas depresivos al momento de la inclusión o en los dos meses previos a su participación en el estudio.• Pacientes con criterios clínicos de depresión mayor.• Recibir tratamiento farmacológico para la depresión en el momento del tratamiento.• Presentar comorbilidad psiquiátrica (e.g., ideación o intento suicida, psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, dependencia a drogas o problemas cognitivos).• Presentar condiciones que agravaran o limitaran el acceso al tratamiento (personas con capacidades diferentes).	<ul style="list-style-type: none">• Datos incompletos de los expedientes.• No tener completas las evaluaciones.

Diseño

Para fines de este estudio se empleó el diseño experimental de tipo AB, que se emplea en diseños N=1 esto es, se estableció una línea base (A), que consistió en tomar mediciones repetidas de la VD antes de introducir la intervención (B). Posteriormente, se introdujo el tratamiento en donde se continuó midiendo el comportamiento hasta que finalizó la intervención. Las respuestas diferentes a la línea base se atribuyen al efecto del tratamiento (McGuigan, 1997) este tipo de diseños producen información de tipo exploratorio indicando si hay un efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente, asimismo ayuda a evaluar la efectividad e un tratamiento para la solución de un problema (Castro, 1977).

Materiales

- Manual de terapia individual para el Tratamiento Cognitivo-conductual de Depresión, para el terapeuta y el paciente (Miranda et al., 2008).
- Carnet de sobrevivientes para la adherencia al tratamiento: auto registro de conductas saludables e información importante para la sobrevivencia de aspectos médicos, emocionales, sociales y de alimentación. El paciente registra diariamente sus conductas durante una semana estas conductas se describen a continuación (Ver anexo 1).

Figura 1. Esquema de metas y técnicas terapéuticas

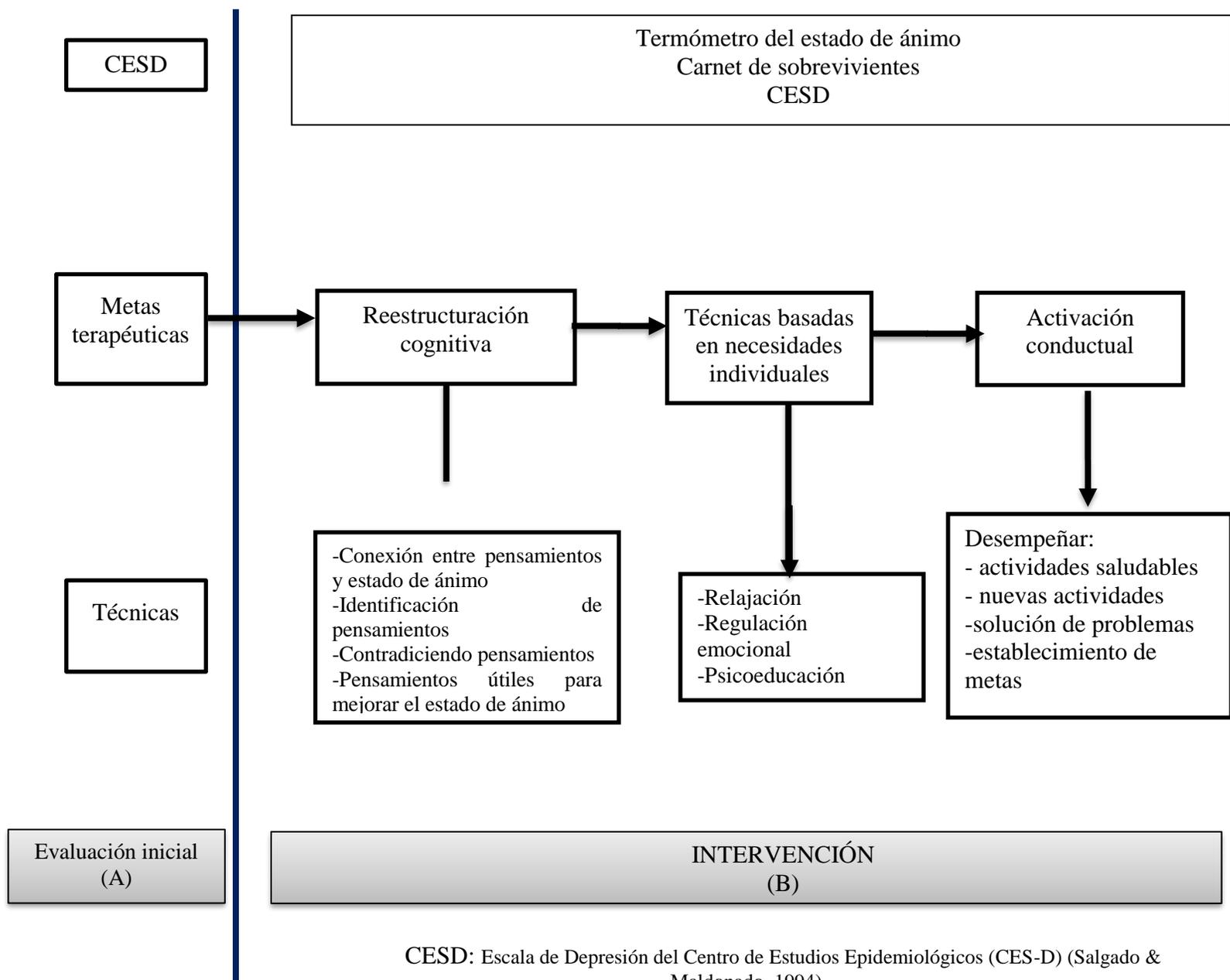


Tabla 3.

Variables del estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Sintomatología depresiva	Perpetuación de un grupo de síntomas (5 o más) mantenidos por mínimo dos semanas. Causan malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (DSM-5,2013).	Puntuación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Una puntuación ≥ 16 se identifica como caso de depresión (Salgado & Maldonado, 1994).
Terapia cognitivo conductual	Modelo de tratamiento que modifica pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas (Puerta & Padilla, 2011).	Técnicas cognitivo conductuales. -reestructuración cognitiva -activación conductual -terapia de solución de problemas.
Estado de ánimo	Actitud o disposición emocional que tiene una persona en un momento determinado (Diccionario del Español de México, 2019)	Escaladel1 al 9, donde del 1 al 4= estado de ánimo pésimo; 5= estado de ánimo regular; 6 al 9=mejor estado de ánimo.
Conductas de autocuidado	Cuidado referenciado así mismo, teniendo en cuenta que la responsabilidad de proporcionarse una vida saludable se centra en cada persona a partir de su formación durante toda la vida (Escobar, Franco, & Duque, 2011).	Auto registro semanal de frecuencia de conductas de autocuidado que incluye:
	Comer bien: ingesta equilibrada y variada de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo (OMS, 2018).	Realizar 3 comidas (desayuno, comida y cena) y 2 colaciones entre cada comida durante el día.
	- Ejercicio: actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada común objetivo relacionado con la mejora o mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física (OMS, 2018).	Realizar 15 minutos de actividad física durante el día.
	Diversión: empleo del tiempo para el enriquecimiento mental y físico (Real Academia de la lengua Española, 2001).	Realizar al menos una actividad agradable durante el día.
	- Actividad sexual: conductas eróticas que pueden ser preámbulo para el coito (Vargas & Barrera, 2002).	Realizar al menos una actividad sexual durante el día.
Fatiga	Sentido subjetivo, agobiante y persistente de cansancio o agotamiento físico, emocional y/o cognitivo relacionado con el cáncer o su tratamiento; que no es proporcional a la actividad reciente e interfiere con el funcionamiento habitual (NCCN, 2018).	Escala subjetiva del 0-10, donde 0= no hay fatiga y 10=peor fatiga imaginable (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2018).

Estrategias de evaluación

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Salgado & Maldonado, 1994). Escala que proporciona indicadores de riesgo de depresión a través de la expresión de sintomatología depresiva cuenta con 20 reactivos agrupados en cuatro apartados: afecto negativo, afecto positivo, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización. Las categorías de respuesta son 0=rara vez o nunca (menos de un día); 1=algunas o pocas veces (1-2 días); 2=regularmente (3-4 días); 3= la mayor parte o todo el tiempo (5-7 días), el puntaje total es la sumatoria de los 20 reactivos que tiene un rango del 0 a 60, presenta un Alfa de Cronbach de 0.92 (ver anexo 2). El ejemplo de un reactivo es:

“Me molestaron cosas que usualmente no me molestan”

Rara vez o nunca (menos de un día)	Algunas o pocas veces (1-2 días)	Regularmente (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
0	1	2	3

Termómetro del estado de ánimo. Registro diario de su estado de ánimo en una escala del 1 al 9, en donde del 1 al 4 se califica como estado de ánimo pésimo, el 5 estado de ánimo regular y del 6 al 9 el mejor estado de ánimo (ver anexo 3).

Escala de fatiga. Registro diario de su estado de fatiga en una escala del 0 al 10, en donde el cero equivale a la ausencia de fatiga y el 10 la peor fatiga contestándose a la siguiente pregunta ¿Cómo calificaría su fatiga en su peor momento en los últimos días? (NCCN, 2018).

Lugar

Hospital de Ginecología y Obstetricia no. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinoza de los Reyes Sánchez” del Centro Médico Nacional “La Raza” en el servicio de Oncología.

Procedimiento

El procedimiento general por el que pasaron las pacientes para ser incluidas en dicha investigación se hizo de dos maneras. En la primera, las pacientes fueron contactadas por vía telefónica (los datos fueron obtenidos de una base de sobrevivientes de cáncer de mama de una investigación previa); en la segunda, por revisión de los expedientes de las pacientes citadas en consulta, contactándolas en la sala de espera. En ese momento se les informó de los objetivos de estudio y, cuando accedieron a participar, se les aplicó el cuestionario CESD (Salgado & Maldonado,1994). A las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicaba el proceso del tratamiento y firmaban el consentimiento informado, en caso de estar de acuerdo con participar. Después eran agendadas para una entrevista y primera evaluación, las participantes fueron evaluadas durante el tratamiento.

La intervención fue individual. Se realizó en un cubículo dentro del hospital en el área de oncología quirúrgica. Se basó en el manual referido en donde se describen detalladamente el contenido y las tareas para cada sesión (Miranda et al., 2008). Dicha intervención constó de 8 sesiones semanales, de 60 minutos cada una, que incluyó un módulo de reestructuración cognitiva y un segundo de activación conductual. Fue implementada por cinco psicólogas clínicas con experiencia en tratamiento cognitivo conductual entrenadas para la aplicación del tratamiento (anexo 4). La asignación de los casos para cada terapeuta fue de manera aleatoria.

Caso clínico 1

Identificación del paciente

MRRV de 48 años labora como auxiliar contable, casada, tiene dos hijos varones de 28 y 25 años. Hace 4 años le diagnosticaron un cáncer infiltrante mixto de mama EC IIB (febrero 2013). Se le indicó cirugía (MRM + DRA)² como tratamiento oncológico inicial en mayo del 2013. Posteriormente, recibió QT³ adyuvante—de agosto 2013 a diciembre del mismo año—, seguido por RT con 16 sesiones. Inicia vigilancia con un control hormonal (HT) —en febrero del 2014— con tamoxifeno; sin embargo, debido a la baja tolerancia de los efectos secundarios se cambia por letrozol, siendo administrado durante la intervención psicológica. En este periodo la paciente acude cada 6 meses a revisiones médicas con el oncólogo.

Comorbilidades: diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) (diciembre 2013) por la cual es tratada; presentó una hernia hiatal (junio 2015) tratada con cirugía, hipertensión arterial (HAS) y obesidad grado II con un índice de masa corporal de 39.3 (107 kg/1,65 cm).

Historia del problema:

La paciente refiere que antes del diagnóstico de cáncer se consideraba una persona “fuerte” en el aspecto físico y mental, que durante y después del tratamiento ya no se percibe así. Da como ejemplo que antes del diagnóstico se levantaba temprano e iba a la escuela, hacía ejercicio, cuidaba a sus hijos y realizaba otras actividades. Refiere que al conocer el diagnóstico no asimilaba la noticia; a pesar de ello, decidió no compartirlo con su familia debido a que no quería que sintieran

²DRA: disección radical axilar, extirpación de ganglios linfáticos axilares.

³Esquema secuencial 3 ciclos de Fluorouracilo Epirrubicina Ciclofosfamida (FEC) + 3 ciclos de docetaxel

lástima o menospreciaran su capacidad para enfrentarlo. Aunque se considera una persona “chillona”, con ideas como: “si me ven bien a mí, los demás van a estar bien”.

Durante el tratamiento del cáncer, le diagnostican otras enfermedades, en diciembre del 2013, diabetes (con una glucosa de 180); en julio del 2014, es sometida a cirugía por una hernia hiatal, cuestiones que le hacen pensar “me han pasado cosas... a lo mejor no graves, que han aminorado mi salud, tal vez no estoy haciendo lo correcto”. También presenta caídas que disminuyen su capacidad de movimiento, que señala como no graves. En todo momento compara cómo soportaba las caídas antes del diagnóstico. La incapacidad le provoca desesperación.

En la entrevista inicial, refirió sentirse irritable, estresada, fatigada, con problemas de sueño y depresión así como cansarse muy rápido, lo que le ocasionaba enojo y discusiones con su familia. Además, la paciente percibía subir de peso, pues inicialmente pesaba 100 kg y en su última medición se reportó 107 kg. Desconoce por qué ocurre, dice que “no come mucho” entre semana, y trata de realizar sus 5 tiempos de comida al día (3 comidas fuertes y 2 colaciones). La paciente señala que ya no acude al servicio de nutrición debido a que la dieron de alta, que “ya no podían conmigo, porque no entendía”. El médico familiar le ha señalado que no baja de peso porque está “bloqueada y obsesionada con su peso”.

Se aplicó el CES-D antes y durante el tratamiento para evaluar la depresión. Se le pidió que monitoreara, por medio del carnet de sobrevivencia, diariamente su estado de ánimo (con el termómetro del estado de ánimo), auto-registro diario de frecuencias de conductas de autocuidado. De manera particular, se realizó un monitoreo de fatiga.

Formulación clínica del caso

Descripción del problema: se hizo con base en la evaluación amplia del funcionamiento pasado y actual de la paciente a través del mapa clínico de patogénesis (Nezu, Nezu & Lombardo, 2004). Se observaron varios factores de desarrollo (variables distantes) que parecen explicar los problemas de depresión, aumento de peso, la fatiga y el estrés. Estas variables distantes son la obesidad tipo 1 diagnosticada, el estilo de vida activo, el rol de hermana mayor que había desempeñado con su familia y el desarrollo precoz físico que presentó en su infancia.

Tales condiciones biológicas, las experiencias de aprendizaje, y los roles tempranos pudieron generar las vulnerabilidades orgánicas de diabetes, obesidad tipo 2; distorsiones cognitivas (de todo y nada, exageración, sobrenombres, generalización, deberías); el sedentarismo; la rumiación al dormir y la baja tolerancia a la frustración.

La presencia de algunas condiciones antecedentes detonó intensificó sus síntomas (depresión, aumento de peso, fatiga y/o estrés), como adicción al tabaco, ambiente familiar obeso génico, estar sola en casa, problemas familiares, tener que ir al hospital a sus citas de seguimiento y viajar de casa al trabajo.

Nos percatamos de que la inactividad e irritabilidad, los problemas de sueño y la atención familiar reforzaba la presencia de los problemas de conducta. Globalmente, podemos afirmar que, de continuar con esta situación largo plazo, la paciente podría cursar con mayores complicaciones físicas en diabetes, obesidad mórbida, recurrencia del cáncer y depresión mayor. Lo que pone en riesgo su salud importantemente. Véase figura 2.

Hipótesis

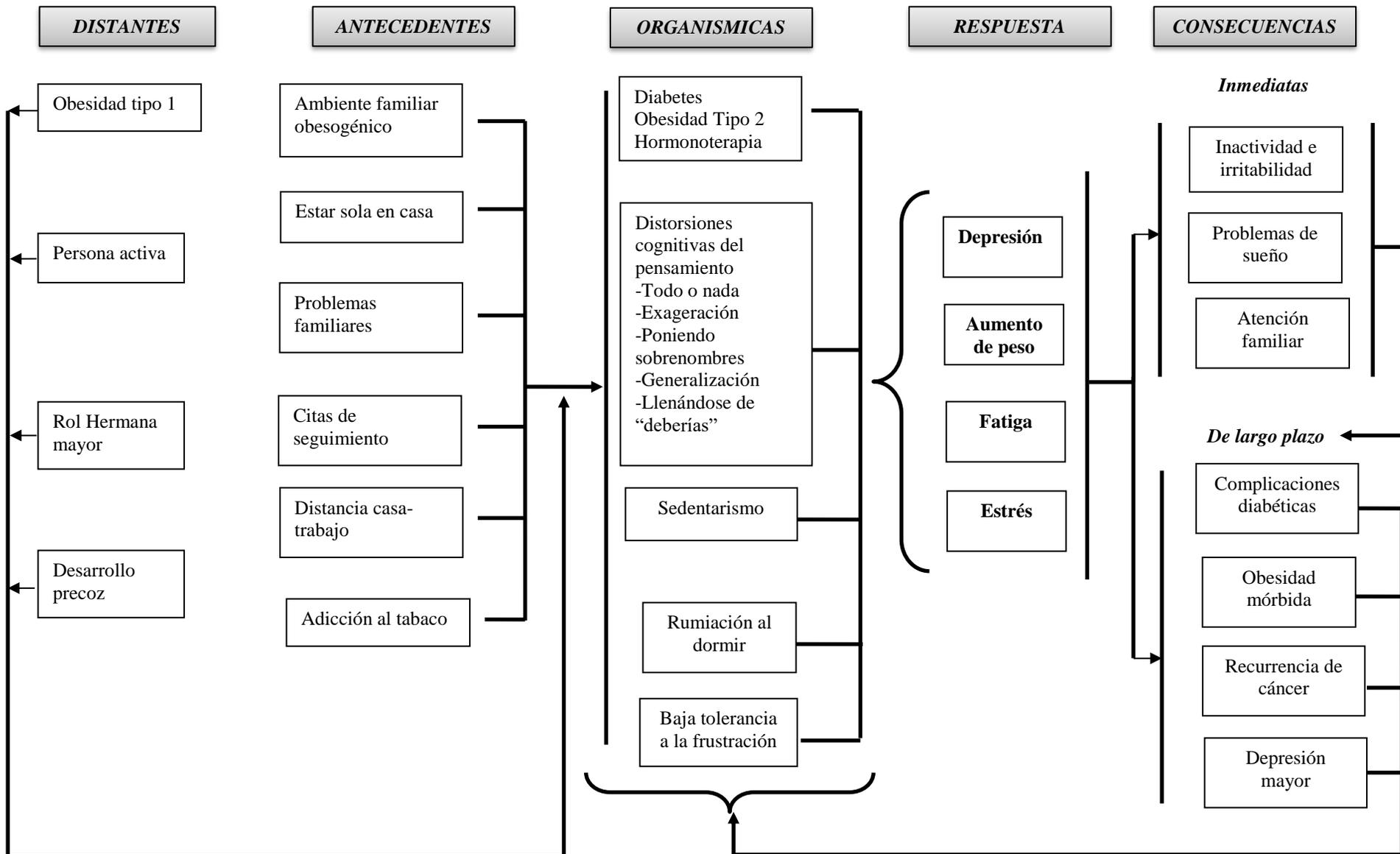
De origen

- La depresión presentada por la paciente es secundaria a las distorsiones cognitivas del pensamiento (pensamiento absolutista y generalización excesiva) con respecto a la enfermedad, considerando los tratamientos médicos como un sacrificio.
- El tratamiento de cáncer, las comorbilidades, la rumiación al dormir y el sedentarismo producen fatiga.
- El aumento de peso se origina por los comportamientos familiares ante la dieta y actividad física aprendidos en la infancia.

El estrés es producido por la rumiación del pensamiento al dormir, las distorsiones cognitivas ante el trabajo (exageración, etiquetación y el pensamiento de todo o nada) y la distancia recorrida de su casa al lugar de trabajo. ***De mantenimiento***

- La depresión se mantiene debido a la atención familiar que tiene la paciente los fines de semana, así como por la inactividad física que ocasiona una constante comparación con el pasado.
- La inactividad y los problemas de sueño mantienen la fatiga.
- Los problemas de sueño por la rumiación al dormir refuerzan la respuesta del estrés.
- La irritabilidad, la inactividad física y la atención familiar mantienen el aumento de peso.

Figura 2. Mapa Clínico de patogénesis (MCP). Caso clínico 1



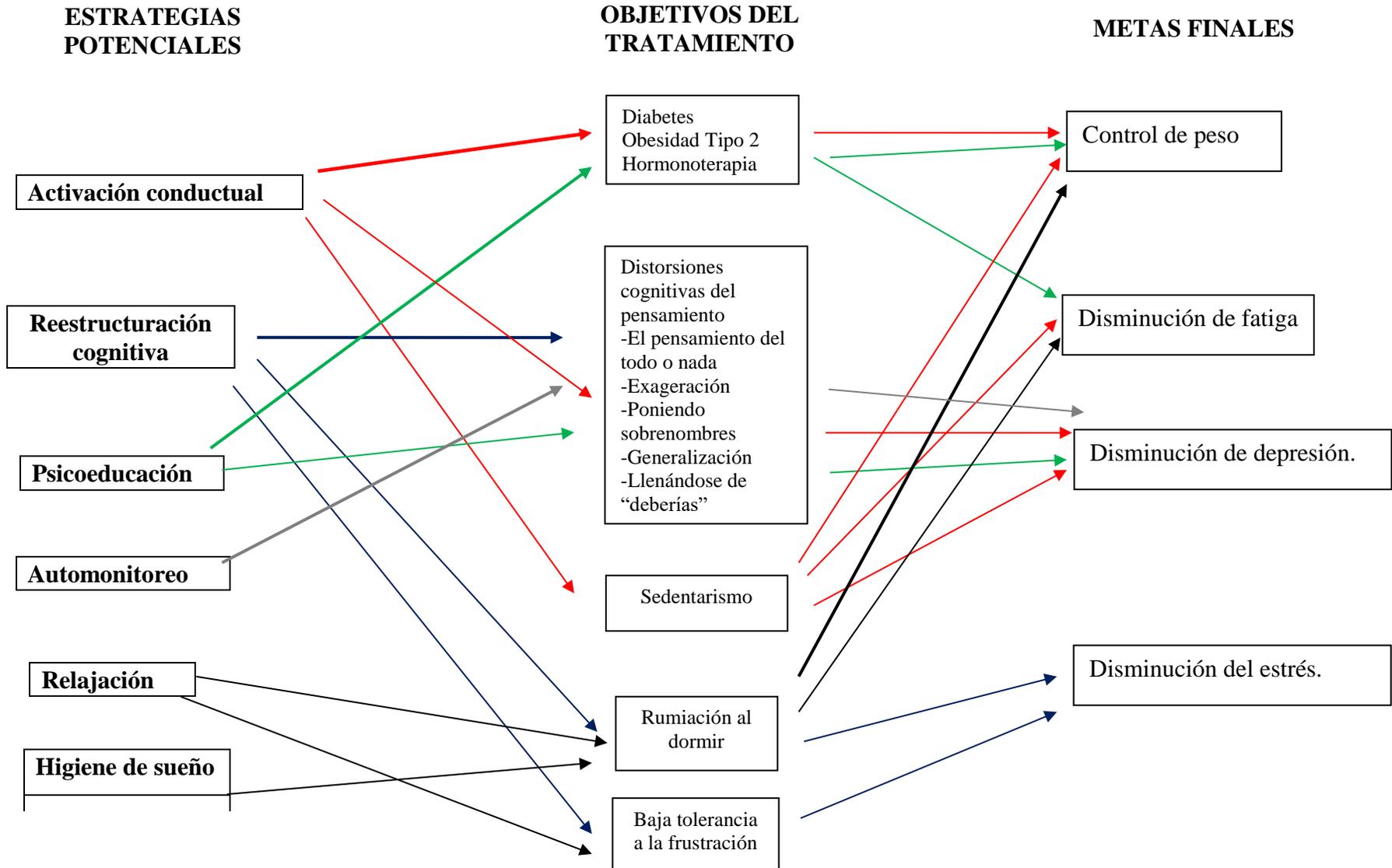
Contraste de hipótesis

- La reestructuración cognitiva y la activación conductual disminuirán el estado depresivo, con una mejor evolución respecto a su tratamiento.
- La activación conductual en conjunto con comer bien y una higiene del sueño podrán disminuir la fatiga.
- La relajación, higiene de sueño, ejercicio físico y la reestructuración cognitiva impactarán positivamente en el estrés.
- La psicoeducación dirigida a la alimentación, ejercicio físico practicado por medio de activación conductual, y la reestructuración cognitiva al respecto de la alimentación podrán controlar su aumento de peso.

Elección del tratamiento

Con base en lo revisado anteriormente se evidencia que la TCC ofrece técnicas efectivas (Hopko et al., 2011; Qiu et al., 2013; Stalg, Antonio et al., 2015; Stagl Bouchard et al., 2015) para la disminución de la depresión, fatiga, estrés y conductas alimentarias disfuncionales (metas finales). Las técnicas seleccionadas de la TCC fueron activación conductual, reestructuración cognitiva, psicoeducación, automonitoreo, higiene de sueño y relajación. Las variables que tal vez se relacionen de forma causal con las metas finales son el diagnóstico de diabetes, la obesidad mórbida, el tratamiento del control del cáncer (HT), las distorsiones cognitivas, el sedentarismo, la rumiación al dormir y la baja tolerancia a la frustración: objetivos instrumentales para llegar a los resultados finales (Nezu et al., 2004). Ver figura 3.

Figura 3. Mapa de Alcance de Metas. Caso clínico 1



Aplicación del tratamiento

Se llevó a cabo en 18 sesiones de tratamiento con una duración de 1 a 2 horas, durante 9 meses. El tratamiento comenzó con el módulo de pensamientos y estado de ánimo (5 sesiones). Después se trabajó con la primera sesión del segundo módulo del manual (actividades y su estado de ánimo); sin embargo, después de la segunda sesión del módulo, se detuvo la aplicación debido a problemáticas propias del paciente (fatiga, aumento de peso y estrés), por lo que se emplearon técnicas dirigidas a estas, durante 9 sesiones. Posteriormente, se realizaron las sesiones restantes del módulo de actividades y de su estado de ánimo (2 sesiones) (ver anexo 4).

En la tabla 3 se describen las sesiones del tratamiento, donde se muestran los objetivos de cada una, así como las tareas a realizar por la paciente.

Tabla 3. *Planificación de las sesiones de tratamiento*

Sesión	Objetivos de las sesiones	Tareas para casa
1	El paciente entenderá la depresión y la TCC y cómo esta terapia mejora la depresión.	-Registro de estado de ánimo, fatiga, de pensamientos y conductas de autocuidado
2	El paciente identificará sus pensamientos dañinos.	-Registro de estado de ánimo, fatiga, de pensamientos y conductas de autocuidado -Notar las categorías de los pensamientos dañinos habituales
3	El paciente logrará contradecir sus pensamientos.	-Registro de estado de ánimo y fatiga, de alimentación y de conductas de autocuidado
4	El paciente logrará contradecir sus pensamientos. Se refuerza el tema.	-Reestructuración cognitiva (cáptelo, revíselo, cámbielo)
5	El paciente aprenderá otras técnicas para contradecir pensamientos.	-Registro de estado de ánimo, fatiga y conductas de autocuidado -Reestructuración cognitiva (cáptelo, revíselo, cámbielo) con la declaración “si, pero” -Apartarse tiempo para preocuparse

7	El paciente desempeñará nuevas actividades	-Registro de estado de ánimo, fatiga y de autocuidado -Desempeñar una actividad nueva
8	Evaluación y entrevista para valorar la intensidad de la fatiga, así como el origen y mantenimiento de las respuestas problemáticas.	-Registro de su estado de ánimo, fatiga, y conductas de autocuidado
9	Retroalimentación del paciente ante el mapa clínico de patogénesis para la validación de éste.	
10	La paciente practicará una higiene de sueño y se apoyará con la técnica de relajación muscular y planificación de actividades.	-Registro de estado de ánimo, fatiga, conductas indicadas en higiene de sueño y conductas de autocuidado -Practicar técnica de relajación antes de dormir. -Mantener los horarios establecidos respecto a sus actividades
11	Comparar los beneficios frente a los costos percibidos para realizar un cambio en la alimentación.	-Registro de estado de ánimo, fatiga, alimenticio y de conductas de autocuidado -Llevar a cabo la técnica de relajación antes de dormir.
12	Fortalecer la alianza terapéutica entre la paciente y la terapeuta	--Registro de estado de ánimo, fatiga, alimenticio y de conductas de autocuidado
13	La paciente reforzará conceptos alimenticios	--Registro de estado de ánimo, fatiga, alimenticio y de conductas de autocuidado
14	Identificar y resolver obstáculos para realizar las actividades o problemáticas para su cambio de estilo de vida	-Registro de estado de ánimo, fatiga, alimenticio y conductas de autocuidado -Completar la tabla de prediciendo el placer -Usar estrategias aprendidas para vencer obstáculos
15	La paciente fijará metas a largo plazo para el sentido de orientación de su vida.	-Registro de estado de ánimo, fatiga y conductas de autocuidado -Tomar uno de los pasos para llegar a su meta a corto plazo (hacer ejercicio).
16	La paciente aprenderá el beneficio del ejercicio físico en el cuerpo	-Registro de estado de ánimo, fatiga y conductas de autocuidado
17	Mejorar la alianza terapéutica entre la paciente y la terapeuta	
18	Mejorar alianza terapéutica entre paciente y terapeuta para procurar seguimiento.	-Registro de estado de ánimo, fatiga y conductas de autocuidado

A continuación se presentarán algunas transcripciones del diálogo clínico para dar cuenta de cómo se abordaron las sesiones. Se eligió la sesión 1 de manera aleatoria (por medio de un programa de aleatorización de una página de internet⁴).

Sesión 1: existe una conexión entre sus pensamientos y su estado de ánimo

Esta sesión se inició con el encuadre terapéutico teniendo como objetivo que la paciente entendiera el concepto de depresión y la TCC y cómo la terapia ayuda a mejorarla depresión.

Transcripciones del diálogo clínico:

Terapeuta: Trate de recordar un momento dentro de la última semana cuando te sentiste muy desanimada. Cierre los ojos y trate de imaginarse dentro de esa misma situación ahora ¿Qué estaba pensando?

Paciente: *Ay no! (silencio)*

Terapeuta: ¿Te ayudo?

Paciente: *Si, a ver...*

Terapeuta: De la semana pasada en algún momento te sentiste enojada, estresada, triste, desanimada

Paciente: *Es que no me acuerdo... solo fue del trabajo a la casa...*

Terapeuta: ¿Algo del trabajo que te haya estresado?

Paciente: *Que llueva! Porque cuando llueve me hago más tiempo de trayecto a la casa...*

¿Qué piensas?

Paciente: *¡Me enoja tardarme más!, de llegar a las 9:30 llego a las 10 eso me pone de malas, pero no sé cómo expresarlo...*

Terapeuta: Todo lo que me dijiste es lo que piensas de la situación...llueve, te haces más tiempo... te enojas, pero ¿por qué te enojas?

⁴http://www.alazar.info/includes/show_data.php?operacion=nsr&cantidad=1&start=1&end=18

Paciente: Porqué llego y debo preparar mi comida, es más tiempo, y batallo. Temo que llegue la noche porque no me puedo dormir, no conciliar el sueño.

Terapeuta: Entonces el pensamiento es...

Paciente: “Llegare más tarde y no podré descansar” “mi rendimiento va a hacer menos”.

Factores relacionados con el terapeuta

Norcross & Wampold (2010) mencionan que la relación terapéutica contribuye al éxito del paciente en psicoterapia; en este caso se fomentó una alianza terapéutica con la paciente, definida por los mismos autores como “una cualidad emergente de asociación y colaboración entre terapeuta y paciente”, que se establece en las primeras etapas del tratamiento. Para llegar a esta alianza terapéutica se utilizó la empatía, en donde el terapeuta entendió los pensamientos, sentimientos y problemas desde el punto de vista del paciente. Otras habilidades fueron la aceptación incondicional, que se esperó impactara en la interacción terapéutica, la autenticidad y cordialidad. Es importante mencionar que también se utilizaron habilidades de escucha como la clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis. Además, según el manual de intervención, en la primera sesión se brindó un espacio para describir las condiciones de trabajo en conjunto y lograr consensos sobre los objetivos, señalándole la importancia de la colaboración.

Resultados

Considerando que esta paciente tuvo varias evaluaciones previas al tratamiento de la depresión, se presentan los resultados obtenidos durante los primeros 5 meses (línea base). La puntuación máxima fue de 32 antes de iniciar el tratamiento psicológico, de acuerdo con el punto de corte del CES-D (≥ 16) que indicó que la paciente se encontraba deprimida. La depresión disminuyó por la intervención psicológica conforme pasaron las sesiones del tratamiento, obteniendo 13 puntos en la última evaluación (véase figura 4).

Figura 4. Puntaje total de depresión (CES-D): caso clínico 1.

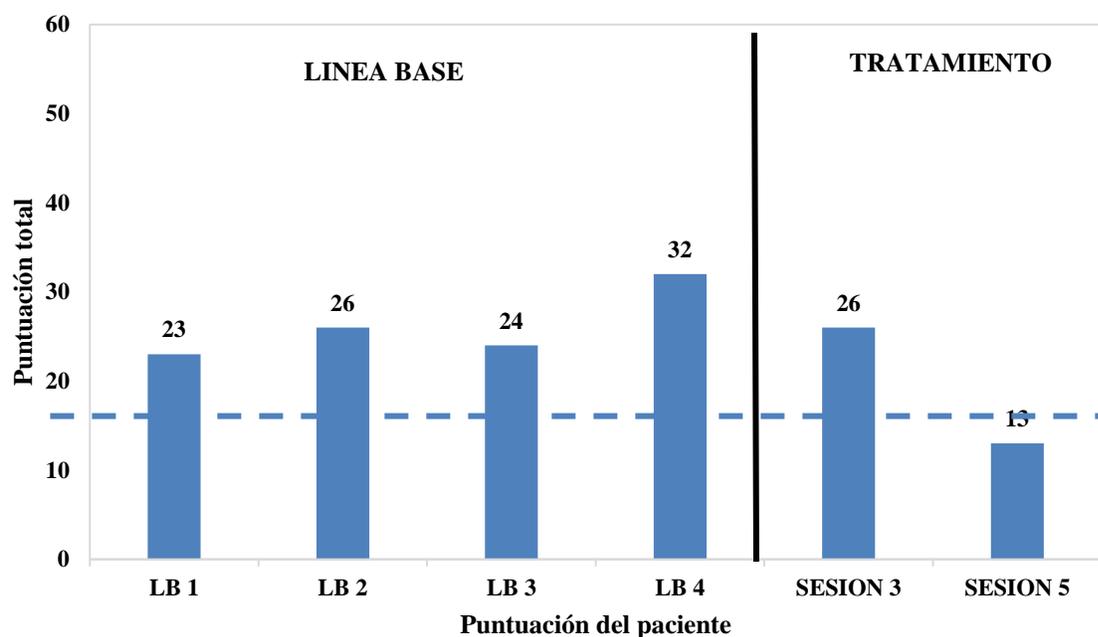


Figura 4. La línea azul representa el punto de corte, una puntuación de ≥ 16 se puede identificar como caso de depresión (Salgado & Maldonado, 1994).

El estado de ánimo, que solo se registró durante la intervención psicológica, muestra que la paciente tuvo tendencia a calificarlo “del mejor estado posible (10 sesiones)”, con una moda=6. Dos sesiones puntuaron en un estado de ánimo regular (2º y 5ª sesión). Aunque las sesiones no fueron continuas (la 8 y 9 no fueron registradas). Ver figura 5.

Figura 5. Estado de ánimo. Caso clínico 1 todas las sesiones.

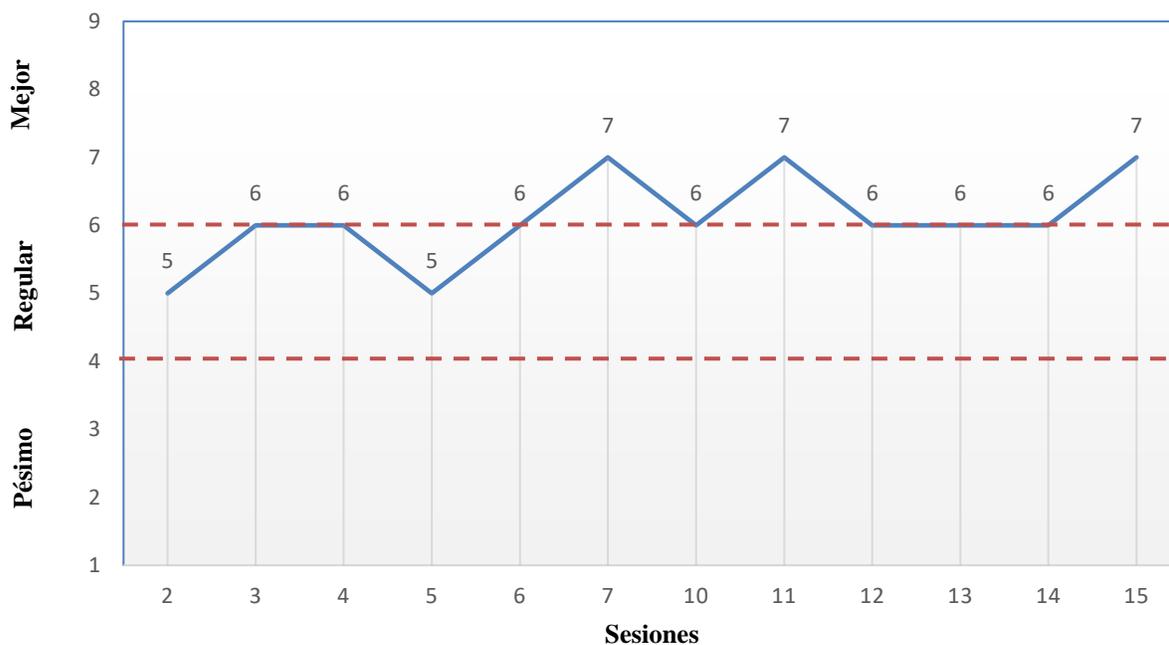


Figura 5. Cada punto de las sesiones representa el promedio de la evaluación del estado de ánimo de la paciente por semana. Los estados de ánimo (pésimo; 1 – 4, regular: 5, mejor 6- 9) se marcan con línea punteada (Miranda et al., 2008).

Por otro lado, la fatiga monitoreada desde la sesión 10 no mostró afectación durante la intervención psicológica, manteniéndose en nivel severo, con una moda=7 (véase figura 6). El carnet de sobrevivencia mostró que comer bien mejoró durante la intervención, pues aumentó la frecuencia: en el primer mes (mayo) la paciente no la realizaba con regularidad (solo 10 días del mes); sin embargo, a la mitad del tratamiento la incrementó a 24 días. Durante el último mes (diciembre) se mantuvo el aumento, se afectó porque en ocasiones la paciente no realizó su automonitoreo (véase figura 7).

Figura 6. Fatiga. Caso clínico 1, todas las sesiones.

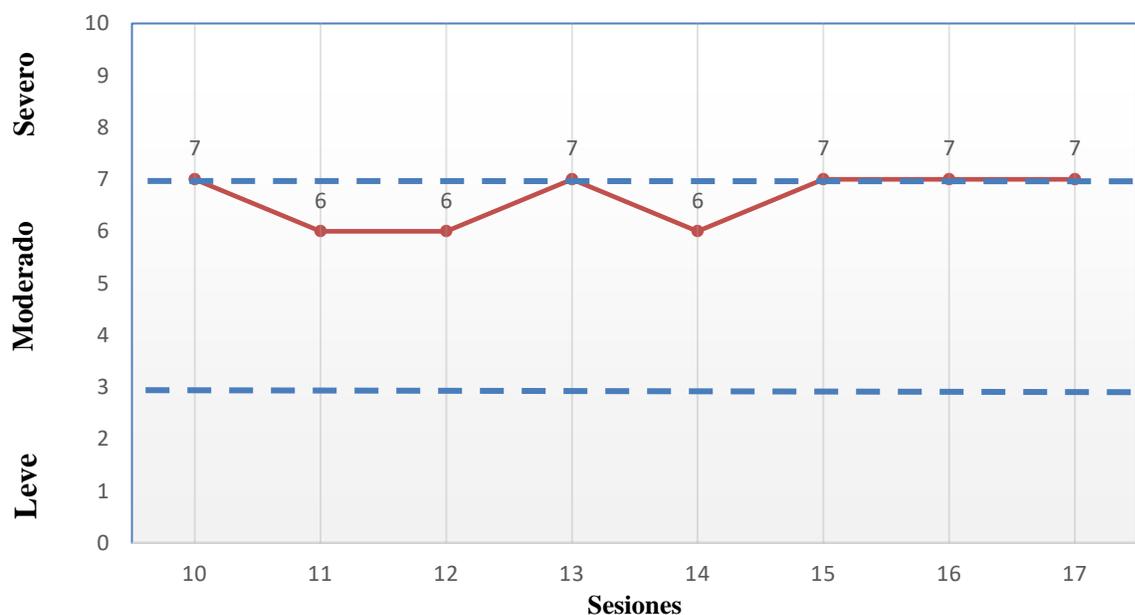


Figura 6. Cada punto de las sesiones es el promedio de la evaluación de la fatiga por semana indicada por la paciente. Las líneas rojas marcadas en la gráfica indican los puntos de cambio en la escala.

La conducta del ejercicio físico se observó con una mayor frecuencia durante la intervención psicológica: durante el primer mes la frecuencia de esta conducta no varió (14 días del mes realizó ejercicio y 14 días no), en el 5to mes mostró un incremento realizándolo 24 días, y en el 9º mes lo realizó por 12 días (ver figura 8).

Durante la intervención psicológica, la paciente refirió realizar con poca frecuencia la conducta de diversión: ausente en el 9º mes, el 5º mes fue el que más frecuencia tuvo (7 días), el 1er mes del tratamiento solo se realizó esta conducta en 4 ocasiones (véase figura 9).

Figura 7. Frecuencia de conductas saludables –comer bien. Caso clínico 1.

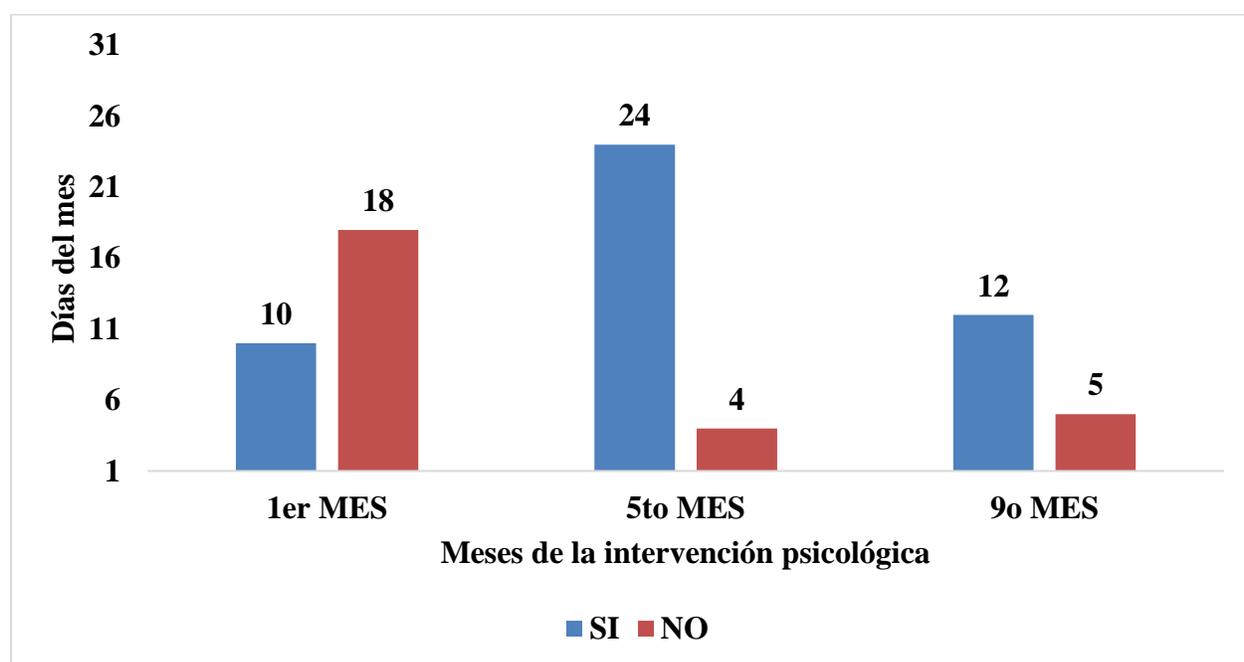


Figura 7. Frecuencia acumulada de la conducta de comer bien durante la intervención psicológica.

Figura 8. Frecuencia de conductas saludables – ejercicio. Caso clínico 1.

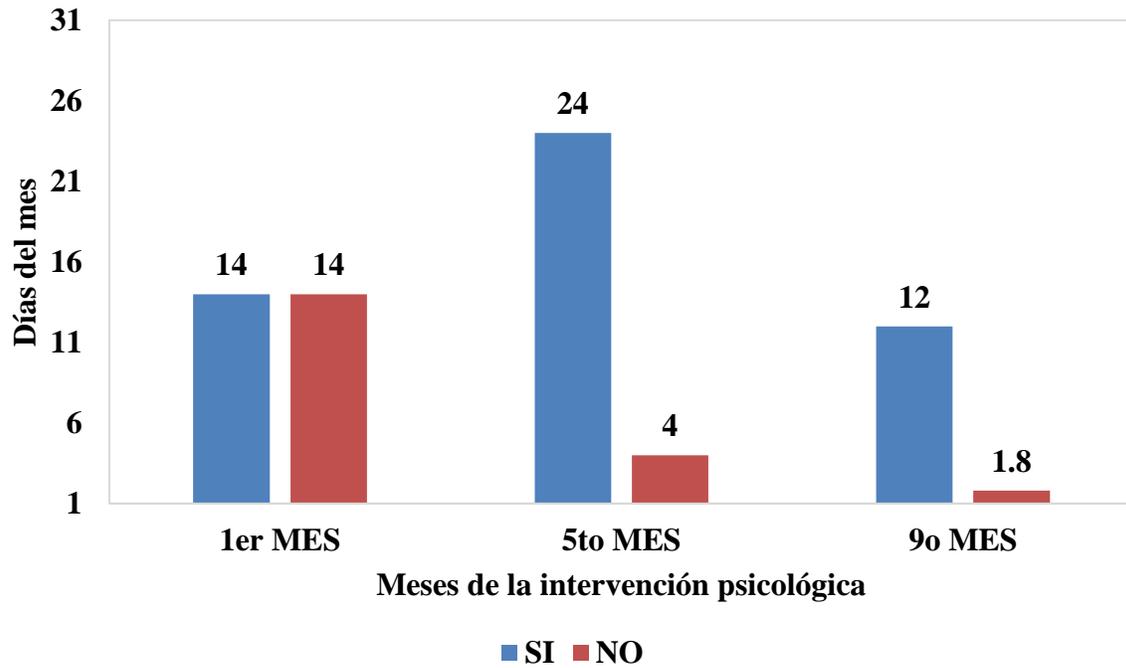


Figura 8. Frecuencia acumulada de la conducta de ejercicio durante la intervención psicológica

Figura 9. Frecuencia de conductas saludables – diversión. Caso clínico 1

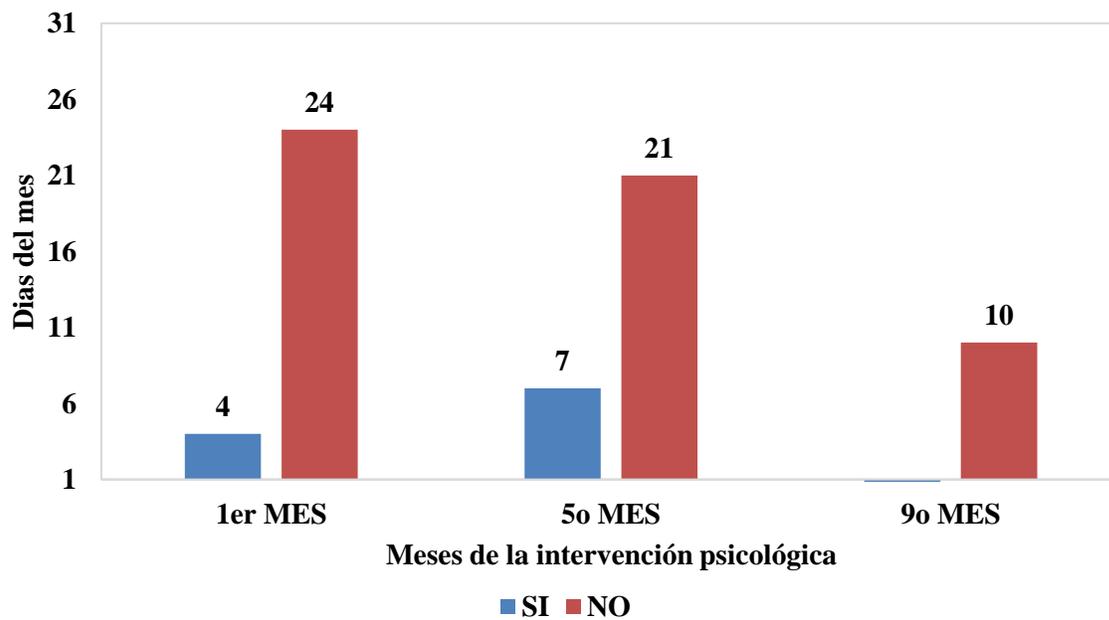


Figura 9. Frecuencia acumulada de la conducta de diversión durante la intervención psicológica.

La actividad sexual se presentó mínimo 2 veces en los meses durante la intervención psicológica (5° y 9° mes), en el primer mes la realizó más veces (3 veces) Véase figura 10.

Figura 10. Frecuencia de conductas saludables – actividad sexual. Caso clínico 1.

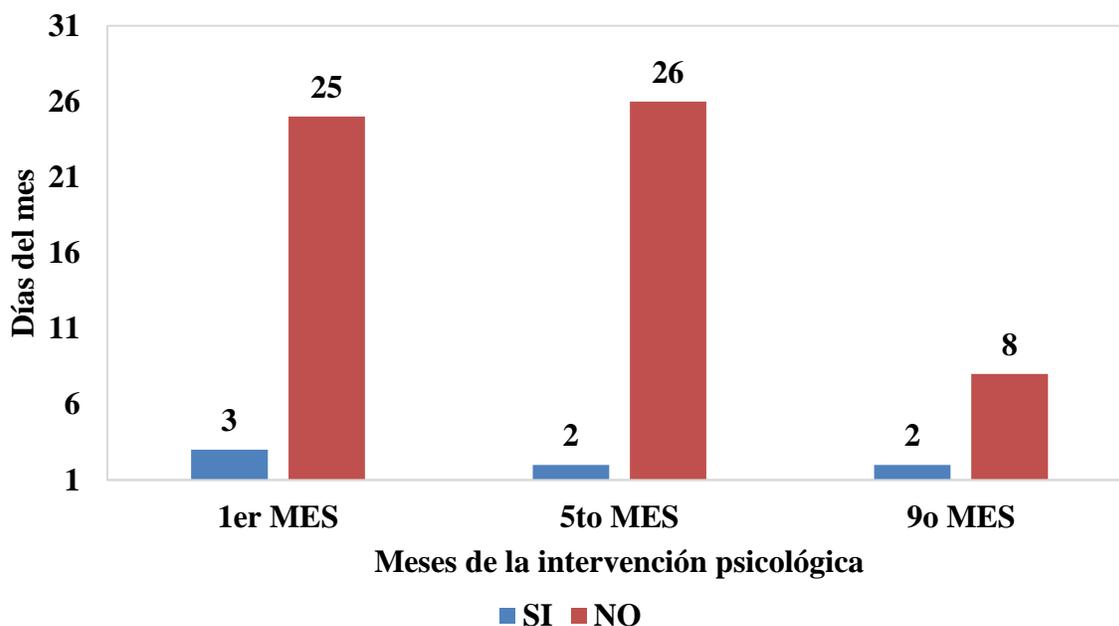


Figura 10. Frecuencia acumulada de la conducta de actividad sexual durante la intervención psicológica.

Efectividad y eficiencia de la intervención

Con el fin de analizar la eficacia de la intervención, se analizó el CCO (Cardiel, 1994). En el que la magnitud del cambio se estima en función de la condición inicial de cada sujeto. Esto nos permitió identificar la significancia de los cambios en las respuestas meta (fatiga, depresión, aumento de peso y estrés). Las variables que mostraron un cambio clínicamente significativo fueron depresión (-0.5), estado de ánimo (0.4), comer bien (0.2) y la actividad sexual (0.3). La diversión tuvo un deterioro clínicamente significativo (-1) durante la intervención. La fatiga no cambió (0). Dichos datos se encuentran en la tabla 4.

Tabla 4.

Significancia clínica de la intervención: caso 1.

Metas finales	Línea base	Tratamiento	Significancia clínica
Depresión	32	13	-0.5
Estado de animo	5	7	0.4
Fatiga	7	7	0
Comer bien	10	12	0.2
Ejercicio	14	12	-0.1
Diversión	4	0	-1
Actividad sexual	3	2	0.3

Nota: los valores clínicamente significativos (>0.2) son mostrados en negritas. Se concentran las puntuaciones obtenidas de cada variable. La última medida de la línea base antes de la intervención psicológica (pre test) y la última puntuación evaluada al término del tratamiento (post test), así también la significancia clínica de cada una de las metas finales del paciente.

Discusión

En el presente caso, el resultado de la adaptación clínica de una intervención manualizada basada en la terapia cognitivo conductual fue positivo: disminuyó la sintomatología depresiva con un cambio significativo (<0.5), mejoró el estado de ánimo (0.4). Los resultados fueron consistentes con lo reportado en la literatura (Akechi et al., 2008; Jassim et al., 2015; Ren et al., 2019).

Consideramos que las técnicas de reestructuración cognitiva y activación conductual empleadas en el manual contribuyeron a generar este cambio en la sintomatología depresiva. La reestructuración cognitiva pudo promover en la paciente la conciencia en sus pensamientos y así evaluar por sí misma las diversas formas de construcción del significado de cada una de sus experiencias, lo que permitió experimentar nuevas formas de abordar (cognitivo y conductualmente) las diferentes situaciones cotidianas.

La activación conductual al fomentar actividades agradables pudo interrumpir el procesamiento automático del pensamiento disfuncional, permitiendo a la paciente examinar las actividades realizadas, y con ello demostrar que son reforzantes positivas, promoviendo su autoeficacia (Lewinsohn 1978, como se citó en Caballo, 2007). Estos resultados concuerdan con la literatura, donde se demostró la eficacia de dichas técnicas (Hopko et al., 2011; Qiu et al., 2013; Stagl, Antonio et al., 2015; Stagl, Bouchard et al., 2015).

El efecto observado en las conductas de autocuidado (comer bien, diversión y actividad sexual) fue positivo. Estos resultados pudieron encontrarse por el empleo de actividades conductuales y psicoeducación implementadas a lo largo del tratamiento. Esto último se llevó a cabo por medio de metas con objetivos alcanzables, así como el reforzamiento del conocimiento de temas en lo concerniente a cada una de estas conductas (Shahsavari, Matory, Zare, Taleghani, & Kaji, 2015; Bostanci, & Buzlu, 2012).

La fatiga fue la necesidad clínica identificada en esta paciente, la cual estaba relacionada con las comorbilidades (diabetes y obesidad) por lo que fue importante abordarla, según lo documentado en la literatura (Edwards et al., 2014). Al tratarse de un estado que envuelve múltiples signos y síntomas, tanto física como psicológicamente, el abordaje se vuelve complejo y multidimensional (Mustain, Morrow, Carroll, Figueroa-Moseley, Jean-Pierre & Williams, 2007); por ello, las guías clínicas para el manejo de la fatiga (NCCN, 2018) recomiendan: 1) evaluación exhaustiva que valore los factores implicados en su etiología, y 2) el manejo interdisciplinario implementando tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, que incluyen ejercicio, terapia psicológica, nutricional, yoga entre otras. Por tanto, consideramos que no se observaron cambios en la evaluación de la fatiga (mostró una conducta lineal a lo largo del tratamiento) debido a la falta de un abordaje interdisciplinario.

Caso clínico 2

Identificación del paciente

CRLO de 45 años labora como capturista de datos, es divorciada, y tiene dos hijos: un varón de 21 años y una mujer de 18 años. Hace 2 años le diagnosticaron un cáncer ductal de mama izquierda poco diferenciado, EC IIA (03/12/2014). Se le indicó como tratamiento oncológico: CC + DRA, QT⁵ adyuvante—que inició en marzo del 2015 y finalizó el 06 de agosto de 2015—. Siguió 30 sesiones de RT, que finalizaron el 14 de diciembre de 2015. La vigilancia con HT inició en diciembre del 2015 (con tamoxifeno). En este periodo la paciente acude cada 6 meses a revisiones médicas con el oncólogo.

Comorbilidades: ninguna.

Historia del problema:

La problemática de la paciente inicia con dificultades económicas cuando empieza la vigilancia del tratamiento del cáncer. Acudir al hospital generaba gastos adicionales al proyecto de construcción de su casa, así como el pago de la renta donde vivía con sus hijos. En palabras de la paciente: “Tengo cambios de humor, no drásticos, pero de repente me siento triste. Antes sufría de ansiedad y tiendo a ser depresiva. Tuve que ir con el psiquiatra debido a que me divorcié y no pude sola con eso. Tenía muchos periodos de ansiedad, depresión y llanto. Mis cambios de ánimo actuales son porque he tenido problemas económicos. Además, de situaciones con mis hijos: ninguno de los dos quiere estudiar y mi hija ya se quiere juntar y tiene 18 años”.

⁵Esquema secuencial 3 ciclos de Fluorouracilo-Epirrubicina-Ciclofosfamida (FEC) + 3 ciclos de docetaxel

También menciona que la desestabilidad emocional surge por diferencias con su pareja actual, con quien mantiene una relación a distancia, pues se encuentra en España, y la única forma de comunicarse con él es por mensajería digital. Ella tiene la expectativa de volver a tener una relación formal con alguien; sin embargo, tiene pensamientos de “no ser suficientemente buena para retener a una pareja”.

En el periodo que se divorció del padre de sus hijos—debido a una infidelidad—, ella señala que fue una persona depresiva y ansiosa, lo que tornó a la relación disfuncional. Este evento fue tan difícil que presentó ideación suicida y de filicidio, por lo que perdió la custodia de sus hijos. Recurrió a psiquiatría para manejar dicho episodio depresivo. De hecho, estuvo tomando 1 año de fluoxetina y acudió a terapias psicológicas, de donde la dieron de alta.

El diagnóstico cáncer de mama, en el 2014, lo aborda funcionalmente. Señala que fue en un momento de tranquilidad en su vida. Sin embargo, comenta que lo hizo por desconocimiento del tratamiento de su enfermedad.

Se aplicó el CES-Dantes durante y después del tratamiento para evaluar la depresión. Se le pidió que monitoreara diariamente su estado de ánimo con el termómetro del estado de ánimo, y auto-registro diario de frecuencias de conductas de autocuidado.

Formulación clínica del caso

Descripción del problema

En función de la exploración profunda realizada del funcionamiento pasado y actual de la paciente a través del mapa clínico de patogénesis (Nezu et al., 2004), se notaron varios factores de desarrollo (variables distantes) de los problemas de depresión, económicos, familiares y de la evitación de involucramiento emocional en la pareja. Consideramos que estas variables distantes son la infidelidad por parte de su pareja, lo que provocó su divorcio y el diagnóstico de depresión mayor con ideación suicida.

Las experiencias de aprendizaje ante sus relaciones de pareja y roles sociales generaron vulnerabilidades orgánicas de una personalidad depresiva, déficit en la solución de problemas, baja autoestima, distorsiones cognitivas (pesimismo, exageración, sobrenombres, generalización, filtro negativo), enojo e insatisfacción laboral, rumiación del pensamiento y déficit en habilidades sociales, incluyendo a los efectos secundarios por la HT.

Condiciones antecedentes detonaron o intensificaron sus síntomas (depresión, problemas económicos, familiares y la evitación de involucramiento emocional en la pareja), como los compromisos económicos, la falta de apoyo por parte de sus hijos, proyectos laborales sin reconocimiento y la falta de estabilidad en la pareja.

Se identificó que los reforzadores de los problemas de la paciente eran el cansancio, la pérdida de interés, el pobre establecimiento de límites y bajo nivel de compromiso en una relación de pareja. En este sentido, podemos apuntar que, de continuar esta situación, a largo plazo sus problemas podrían complicarse como: distanciarse socialmente, recurrir el cáncer, recaer en la depresión mayor presentar ideación suicida. Lo anterior pone en grave riesgo su salud física y psicológica, así como la de su familia. Véase figura 11.

Hipótesis

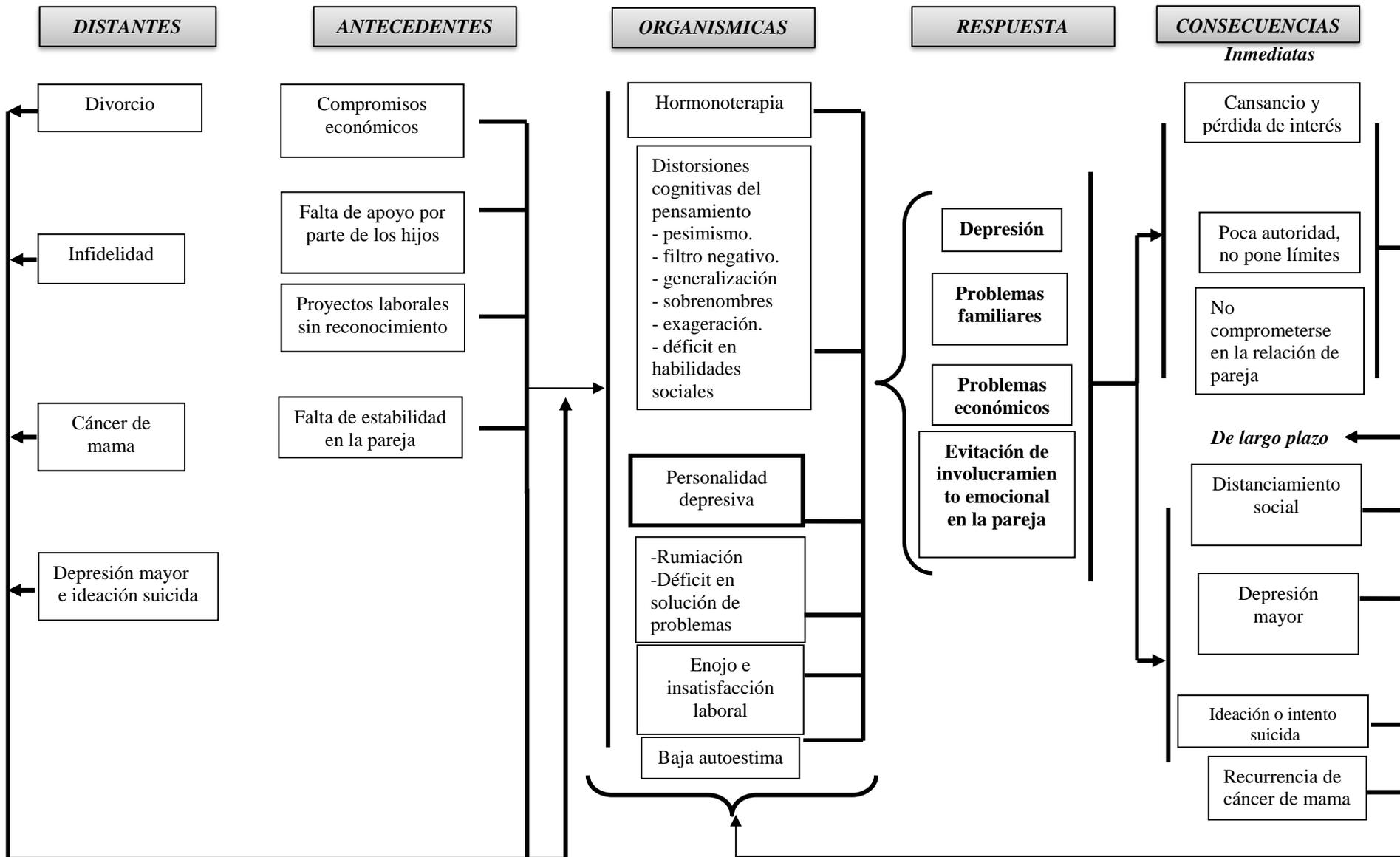
De origen

- La depresión presentada por la paciente es secundaria a las distorsiones cognitivas del pensamiento, que están en función a la personalidad depresiva.
- Los problemas familiares y económicos inician por el divorcio de la paciente con el padre de sus hijos.
- La evitación del involucramiento emocional con una pareja fue originado por la infidelidad que experimentó con el padre de sus hijos.

De mantenimiento

- La depresión se mantiene y se refuerza por el cansancio y la pérdida de interés y sentido de su vida y de lo que quiere.
- Los problemas familiares y económicos se mantienen debido a la poca asertividad y a la falta de límites con sus hijos.
- La evitación del involucramiento emocional en la relación de pareja se mantiene por el miedo a pasar por lo mismo.

Figura 11. Mapa Clínico de patogénesis. Caso Clínico 2



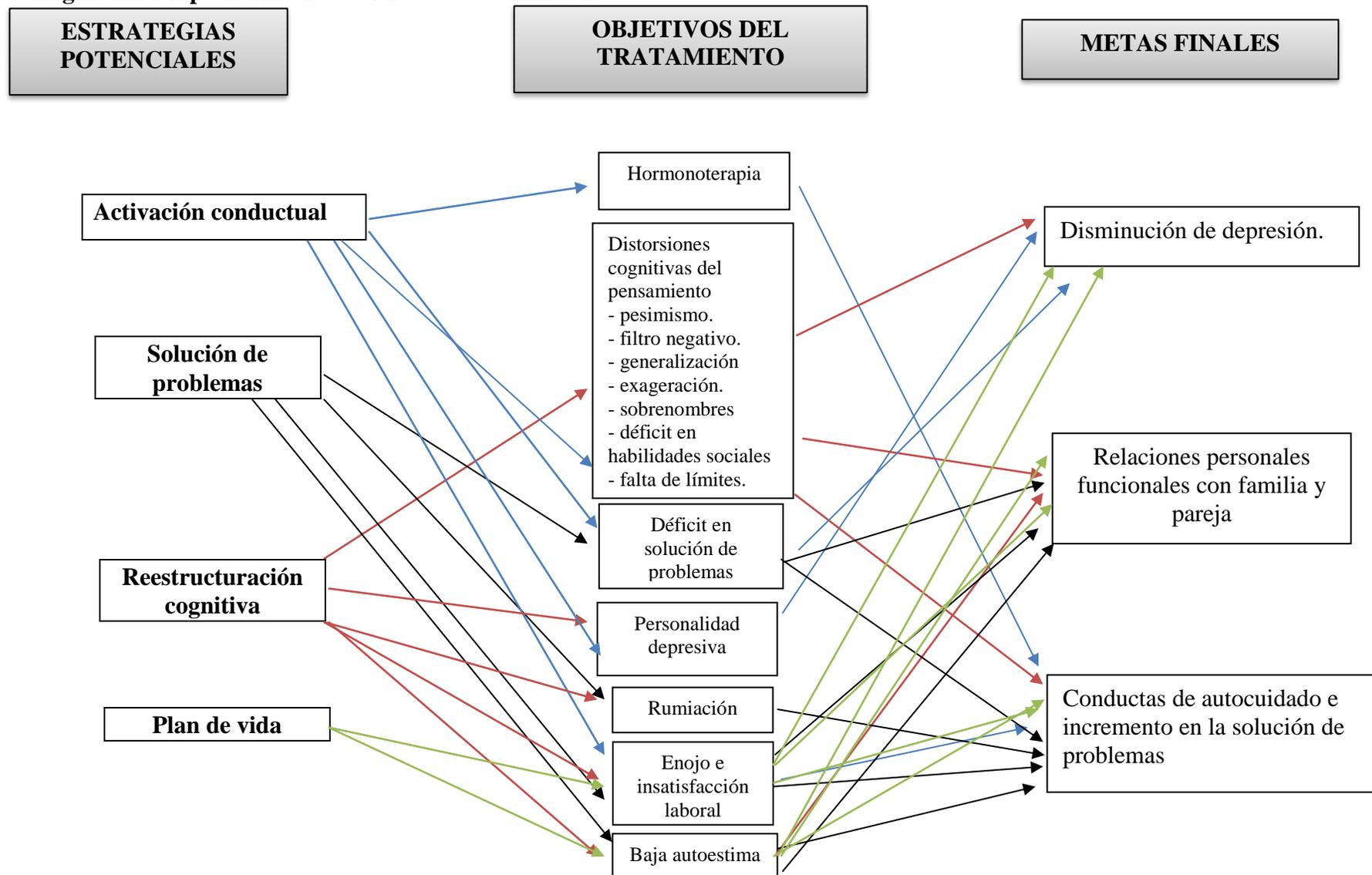
Contraste de hipótesis

- La reestructuración cognitiva y la activación conductual disminuirán el estado depresivo, mejorando su estado de ánimo negativo la interpretación de los problemas económicos, familiares y de pareja.
- La técnica de solución de problemas aumentará el déficit presentado en la paciente, impactando en las problemáticas económicas y familiares.
- Utilizar la técnica de plan de vida disminuirá el estado depresivo, dará orientación y sentido a su vida en los aspectos económicos, familiares y de pareja.

Elección del tratamiento

Para la disminución de la depresión, problemas económicos, familiares y la evitación del compromiso emocional en una relación de pareja se utilizó la TCC (Hopko et al., 2011; Qiu et al., 2013; Stalg, Antonio et al., 2015; Stagl, Bouchard et al., 2015). Las técnicas seleccionadas fueron activación conductual, reestructuración cognitiva, solución de problemas y plan de vida. Las variables que serán objetivos instrumentales para alcanzar los resultados finales (Nezu et al. 2004) son el tratamiento del control del cáncer (HT), las distorsiones cognitivas, el déficit en habilidades sociales y solución de problemas, el enojo, la baja autoestima, la personalidad depresiva y la insatisfacción laboral (ver figura 12).

Figura 12. Mapa de Alcance de Metas. Caso clínico 2.



Aplicación del tratamiento

Se realizaron 11 sesiones de tratamiento con duración de 1 a 2 horas, durante 5 meses. El tratamiento inició con la primera sesión del módulo de pensamientos y estados de ánimo (ver anexo 4) para cambiar sus pensamientos dañinos, y su impacto en el estado de ánimo (durante 4 sesiones). Aunque se tenía planeado iniciar con la primera sesión del segundo módulo “actividades y su estado de ánimo”, se dedicaron 3 sesiones adicionales para abordar la pérdida de pareja de la paciente. En la 8va sesión se reanudó el segundo módulo (4 sesiones).

La tabla 5 muestra la planificación general, se describen los objetivos de las sesiones y las tareas respectivas.

Tabla 5. *Planificación de las sesiones de tratamiento*

Sesión	Objetivos de las sesiones	Tareas para casa
1	El paciente entenderá el concepto de depresión y de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y cómo ayuda a mejorarla.	-Registro de estado de ánimo, de pensamiento y de conductas de autocuidado
2	El paciente identificará sus pensamientos dañinos.	-Registro de estado de ánimo, de pensamiento y de conductas de autocuidado -Notar las categorías de los pensamientos dañinos habituales.
3	El paciente logrará contradecir sus pensamientos.	-Registro de estado de ánimo y de conductas de autocuidado -Reestructuración cognitiva (cáptelo, revíselo, cámbielo)
4	El paciente aprenderá otras técnicas para contradecir pensamientos.	-Registro de estado de ánimo y de conductas de autocuidado -Reestructuración cognitiva (cáptelo, revíselo, cámbielo) con la declaración “sí, pero”
5, 6 y 7	Mejorar la alianza terapéutica entre paciente y terapeuta	-Apartarse tiempo para preocuparse

8	El paciente realizará una actividad (conducta) y entenderá la importancia de activación conductual en su estado de ánimo.	-Registro de estado de ánimo y de conductas de autocuidado -Reestructuración cognitiva (cáptelo, revíselo, cámbielo) con la declaración “sí, pero” -Apartarse un tiempo para preocuparse -Desempeñar una actividad que disfrutaba
---	---	--

A continuación, se presentará un fragmento del diálogo clínico de la sesión 8, para dar cuenta de cómo se abordaron las sesiones. Como en el caso 1 esta sesión se eligió aleatoriamente por medio de un programa⁶(ver apéndice 1).

Sesión 8: desempeñar actividades saludables para mejorar su estado de ánimo

En esta sesión se continuó con el segundo módulo del manual. El objetivo fue que la paciente realizara una actividad que antes disfrutaba y entendiera la importancia de ésta en su estado de ánimo.

Transcripciones del dialogo clínico

Terapeuta: ¿Cómo se interpone la depresión en sus actividades?

Los pensamientos en la lista de abajo pueden interponerse en sus actividades. Marque los que se le hacen conocidos. Estos pensamientos están relacionados con la depresión. ¡Usted puede sentirse mejor, y la TCC le puede ayudar! ¿Cuáles pensamientos son los que presentas?

Paciente:

- No tengo ganas de hacer nada.
- Nada me parece muy agradable.

⁶http://www.alazar.info/includes/show_data.php?operacion=nsr&cantidad=1&start=1&end=11

- Todo lo que quiero hacer es dormir.
- No tengo energía para bañarme o vestirme.
- No merezco divertirme.

Terapeuta: ¿Puedes recordar cómo te sentías antes de que tuvieras depresión? ¿Qué actividades disfrutabas antes?

Paciente: *Antes disfrutaba ir a comer con mis compañeras, caminar en la noche de preferencia con alguien.*

Terapeuta: ¿Quién es ese alguien?

Paciente: *Mi hija...*

Factores relacionados con el terapeuta

En este caso se fomentó una alianza terapéutica en las primeras etapas del tratamiento. Para obtenerla, se utilizó la empatía, en donde el terapeuta trató de entender los pensamientos, sentimientos y problemas desde el punto de vista del paciente. Otras habilidades fueron la aceptación incondicional, que impactó en la interacción terapéutica, la autenticidad y cordialidad. También se utilizaron habilidades de escucha como la clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis. Además, el manual de intervención brindó un espacio en la primera sesión para describir las condiciones de trabajo en conjunto y lograr consensos sobre los objetivos, señalándole la importancia de la colaboración.

Resultados

La paciente inicia con una puntuación de 18 en el CES-D, lo que indica depresión de acuerdo con el punto de corte. En la línea base 2 (antes de iniciar la intervención psicológica) aumentó 6 puntos. En las primeras dos semanas posteriores al inicio de la intervención, disminuyó 3 puntos; sin embargo, presentó un pico de 25 puntos en el mes de mayo (siendo la puntuación más alta), lo cual puede relacionarse con el rompimiento de su relación de pareja; posteriormente, disminuyó a 14 y 8 puntos en los meses posteriores (junio y agosto) (figura 13).

Durante la intervención psicológica, el comportamiento del estado de ánimo mostró variabilidad. La mitad de las sesiones presentaron una tendencia a un pésimo estado de ánimo, calificado con los puntajes 3 y 4. El resto de las sesiones se ubicaron en las categorías regular y mejor. Las sesiones 3, 4 y 10 se promediaron dentro de la categoría regular (5). Y las sesiones 9 y 11 se ubicaron como el mejor estado de ánimo (véase figura 14).

Figura 13. Puntaje total de depresión (CES-D): caso clínico 2 (por sesión).

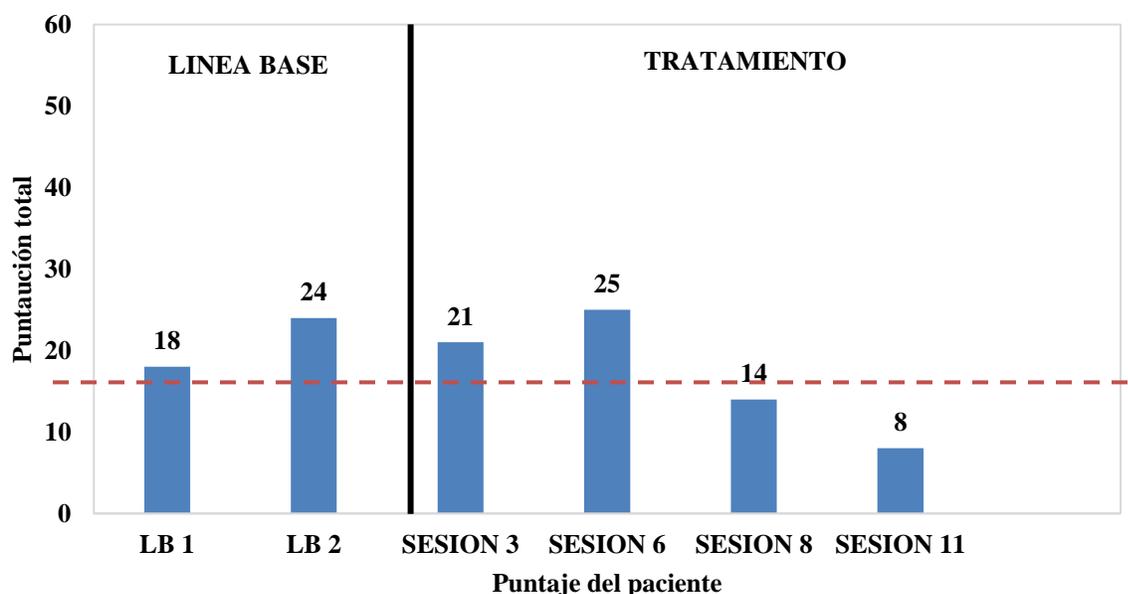


Figura 13. La línea roja representa el punto de corte (≥ 16 puntos) identificándose como caso de depresión.

Figura 14. Estado de ánimo. Caso clínico 2 todas las sesiones.

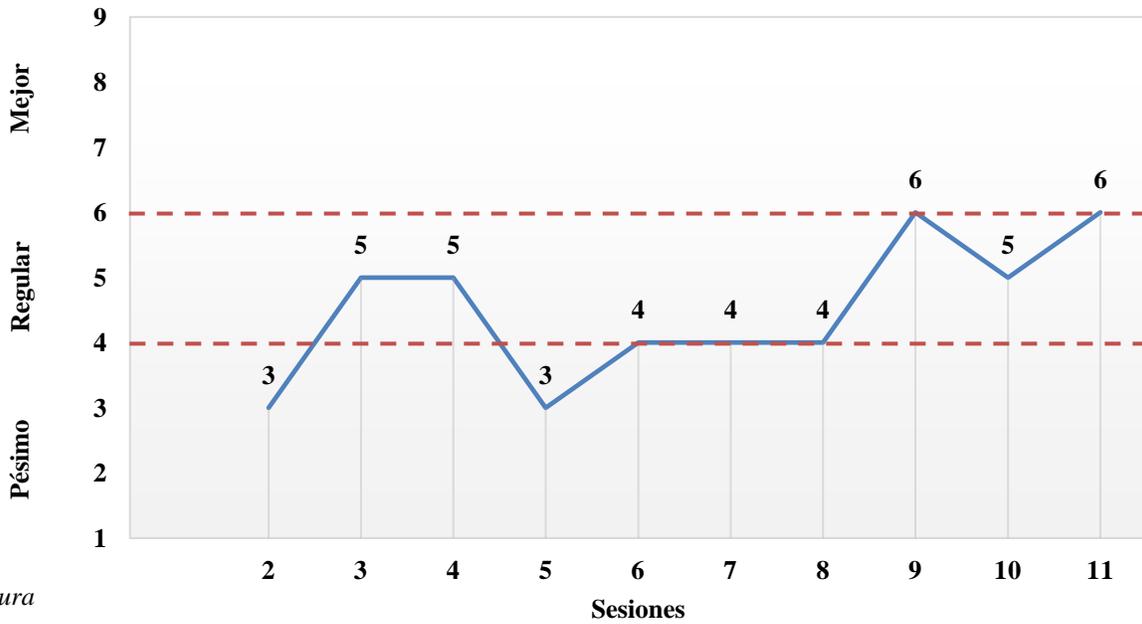


Figura 14.

Cada

punto de las sesiones representa el promedio de la evaluación del estado de ánimo de la paciente por semana. Los estados de ánimo (pésimo; 1 – 4, regular: 5, mejor 6 - 9) se marcan con línea punteada.

Comer bien fue frecuente durante la intervención psicológica. El primer mes de tratamiento tuvo una frecuencia de 15 días al mes, que se incrementó hasta 20 días en el tercer mes de tratamiento. En el noveno mes descendió a 16 días, observando un mantenimiento de la conducta (ver figura 15).

Figura 15. Frecuencia de conductas saludables – comer bien. Caso clínico 2.

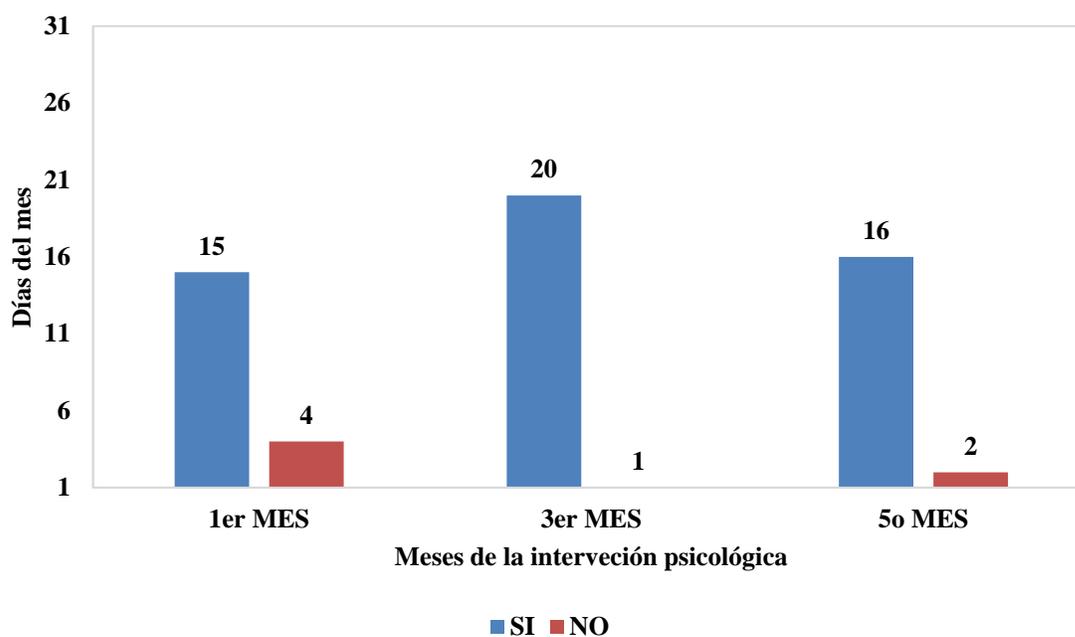


Figura 15. Frecuencia acumulada de la conducta de comer bien durante la intervención psicológica.

La conducta del ejercicio en los primeros 3 meses del tratamiento. En el primer mes lo realizó poca frecuencia: 7 veces. Se redujo a 4 ocasiones en el 3er mes. En el último mes se incrementó a 11 días (véase figura 16).

Figura 16. Frecuencia de conductas saludables – ejercicio. Caso clínico 2

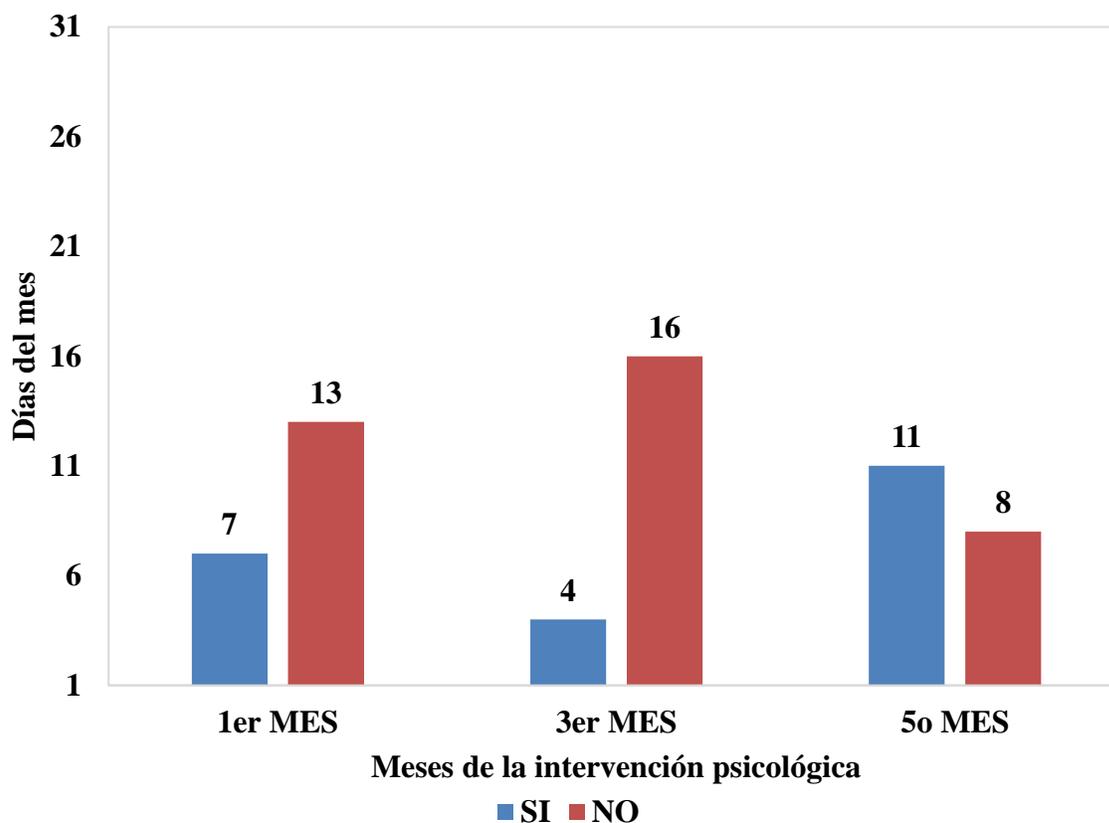


Figura 16. Frecuencia acumulada de la conducta de ejercicio durante la intervención psicológica.

La conducta de diversión no fue frecuente durante la intervención psicológica. En el primer mes solo se presentó durante 5 ocasiones. Conforme avanzó la intervención fue disminuyendo: en el tercer mes solo la realizó 3 días; en el quinto solo en 2 ocasiones (ver figura 17).

La actividad sexual fue poco frecuente durante los meses de la intervención psicológica. En el 3er mes lo realizó en 3 ocasiones, mientras que en el 1º y en el 5º mes solo se presentó una vez (ver figura 18).

Figura 17. Frecuencia de conductas saludables – diversión. Caso clínico 2.

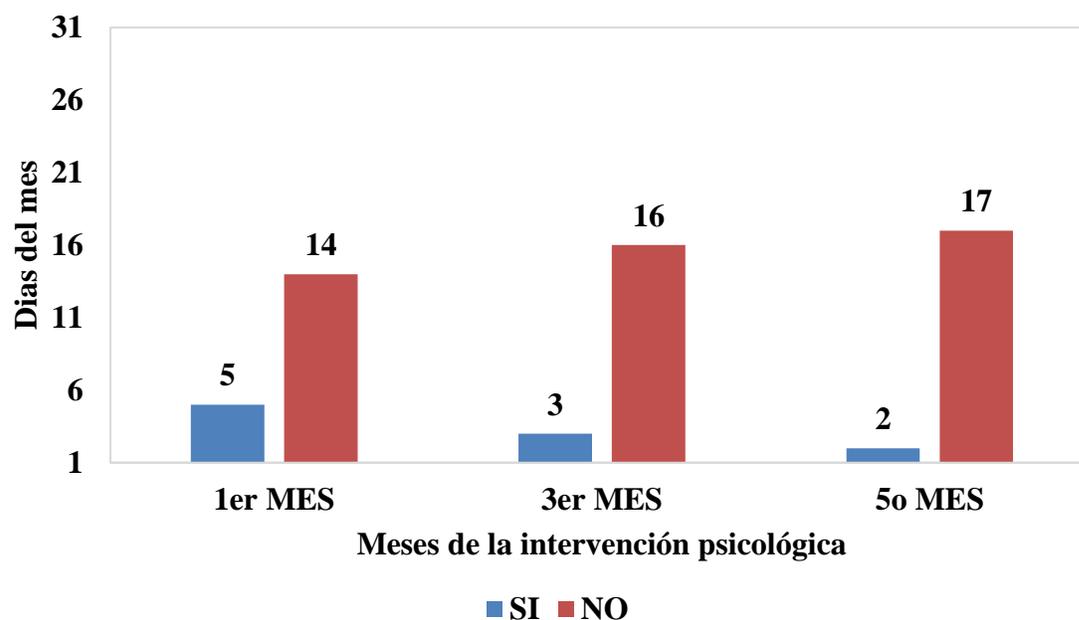


Figura 17. Frecuencia acumulada de la conducta de diversión durante la intervención psicológica

Figura 18. Frecuencia de conductas saludables – actividad sexual. Caso clínico 2.

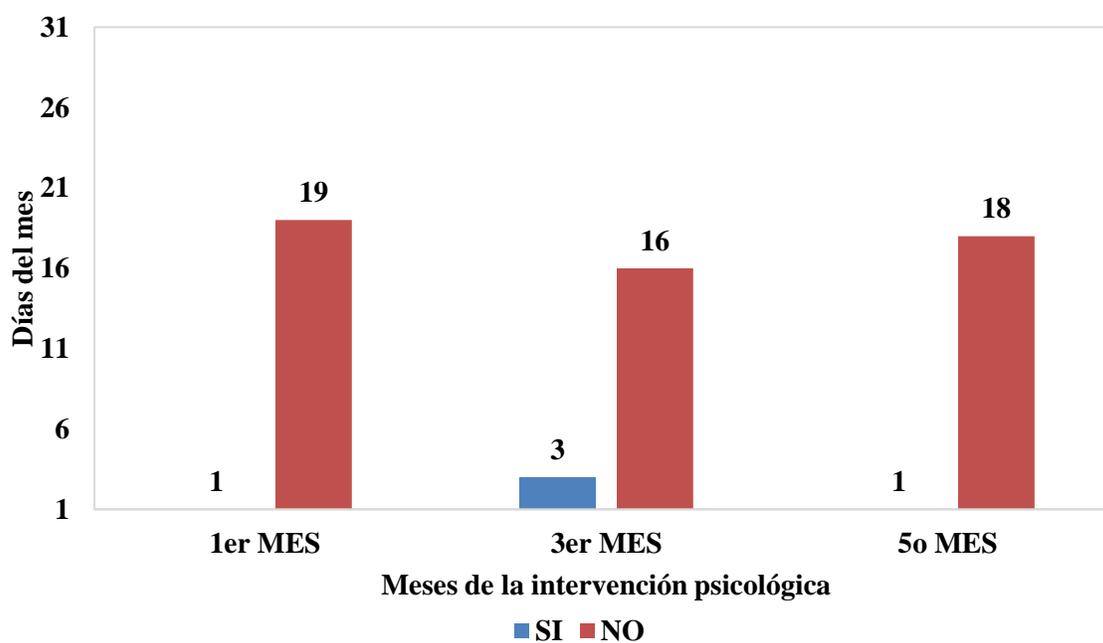


Figura 18. Frecuencia acumulada de la conducta de actividad sexual durante la intervención psicológica

Efectividad y eficiencia de la intervención

Para evaluar la eficacia de la intervención, se desarrolló el CCO mencionado anteriormente (Cardiel 1994). En la siguiente tabla se observa que la depresión tuvo un cambio clínicamente significativo (-0.6), el estado de ánimo (1) y el ejercicio (0.57). En lo correspondiente a la variable de diversión disminuyó su frecuencia en la evaluación final del tratamiento (-0.6). Dichos resultados se muestran en la tabla 6.

Tabla 6.

Efectos de la intervención en las metas finales.

Metas finales	Línea base	Tratamiento	Significancia clínica
Depresión	24	8	-0.6
Estado de ánimo	3	6	1
Comer bien	15	16	0.06
Ejercicio	7	11	0.57
Diversión	5	2	-0.6
Actividad sexual	1	1	0

Nota: los valores clínicamente significativos (>0.2) son mostrados en negritas. Se concentran las puntuaciones obtenidas de cada variable. La última medida de la línea base antes de la intervención psicológica (pre test) y la última puntuación evaluada del tratamiento (post test), junto con la significancia clínica de cada una de las metas finales del paciente.

Discusión

En este estudio de caso se logró disminuirla sintomatología depresiva (-0.6) y su estado de ánimo (1), demostrando el efecto positivo de la adaptación clínica de la intervención manualizada de la TCC, y la consistencia con lo reportado en la literatura (Akechi et al., 2008; Jassim et al., 2015; Ren et al., 2019). Creemos que este efecto positivo se debió a la utilización de las técnicas de reestructuración cognitiva y la activación conductual.

La única conducta saludable que cambió con significancia clínica fue ejercicio físico. Analizándola de manera más profunda, se puede observar que el incremento ocurrió durante el 5to mes, que coincidió con el abordaje del módulo de “actividades y su estado de ánimo” —que está enfocado en la activación conductual—. Considerando que durante este módulo la paciente escogió realizar ejercicio como actividad agradable, Morales-Cruz, Bernal, y Amaral-Figueroa (2017) coincidirían en señalar la importancia y la eficacia de la activación conductual para tratar la depresión y ansiedad estimulando el aumento de la actividad física. Debido a que la activación conductual se basa principalmente en cambios conductuales donde el paciente en lugar de responder con una evitación transforma el patrón conductual por un afrontamiento activo. Además, la activación conductual permite al paciente re-experimentar reforzamientos positivos, involucrándolo en actividades agradables, que se apartaron de su vida al incrementarse las experiencias aversivas (Barraca, 2016).

La necesidad clínica presentada y reportada por la paciente fue la ruptura de su relación de pareja, el resultado de esta situación la dejó con un problema económico mayor. Éste se trabajó por medio de la técnica de solución de problemas, con ello se logró que la paciente manejará adecuadamente los problemas económicos y los de su vida diaria, aumentando su autoestima y

autoeficacia, y disminuyendo la sintomatología depresiva ante esta recaída. Es importante señalar que de acuerdo con la literatura tener un déficit en habilidades de afrontamiento para la solución de problemas tanto interpersonales y sociales genera un factor de vulnerabilidad para presentar depresión (Vázquez, 2002). Un elemento importante para el manejo de la depresión reportado en la literatura es la técnica de solución de problemas (Hopko et al. 2011).

Caso clínico 3

Identificación del paciente

GPT de 51 años es desempleada, casada y tiene dos hijos varones de 33 y 35 años. Hace 2 años le diagnosticaron cáncer ductal infiltrante de mama izquierda, EC IIA. Se le indicó como tratamiento oncológico CC+DRA, en diciembre del 2015. Posteriormente, recibe QT⁷ adyuvante (de marzo de 2015 a junio de 2015); seguido por RT con 16 sesiones que finalizan en septiembre 2016. Inicia HT con tamoxifeno. En este periodo la paciente acude cada 6 meses a revisiones médicas con el oncólogo.

Comorbilidades: Diabetes Mellitus Tipo 2, por la cual es tratada.

Historia del problema

En primer lugar, la paciente refiere que su problemática inicia cuando deja de trabajar debido al diagnóstico de cáncer de mama. En el momento de la entrevista la paciente continua sin buscar trabajo considera que aún no se encuentra bien de salud; tiene dificultades para hablar por problemas dentales. En segundo lugar, señala cansancio y haber sido diagnosticada con diabetes. En tercer lugar, refiere que le dio cáncer por el rencor que ha sentido toda su vida. En cuarto lugar, señala que últimamente no se reconoce cuando se ve al espejo, que no le gusta lo que ve: la pérdida de su cabello a causa de la quimioterapia fue un momento difícil que le costó trabajo superar, actualmente se siente insegura, sin expresividad emocional.

⁷Esquema secuencial de 4 ciclos de Fluorouracilo-Epirrubicina-Ciclofosfamida (FEC)

El resentimiento más importante es hacia su esposo. Inició cuando se casaron hace 20 años, al tener su primera relación sexual, ella le comentó que había sido violada en la infancia. Dicha revelación no fue grata para ambos, pues él la hizo sentir que no valía, a pesar de que le dijo que la apoyaría. Durante su matrimonio, ella le descubrió varias infidelidades que desgastaron la relación, causaron frecuentes discusiones, y terminaron en violencia física y psicológica. Esto provocó que la paciente intentará suicidarse (cortándose las venas). Ella comenta que uno de los objetivos que busca en terapia es separarse de su esposo; sin embargo, como no trabaja, le resulta complicado salirse de su casa, independizarse, porque no quiere regresar a la casa de sus padres y tener nuevamente el rol de hija. Otro resentimiento es hacia su familia, principalmente hacia sus padres por el abuso sexual de su padre y su vecino. La madre no le cree lo que sucedió. Dicho evento le provocó inseguridad y enojo hacia los hombres.

Se realizó la aplicación del CES-D. Se pidió que monitoreara diariamente su estado de ánimo, así como el auto-registro diario de frecuencias de conductas de autocuidado.

Formulación clínica del caso

Descripción del problema

La evaluación amplia del funcionamiento pasado y actual de la paciente, a través del mapa clínico de patogénesis (Nezu et al., 2004), distinguió variables distantes que posiblemente expliquen los problemas de depresión, la baja adherencia al tratamiento de diabetes, las discusiones con la pareja y la inestabilidad emocional. Desde este punto de vista, las variables distantes son abuso sexual en la infancia, violencia familiar que vivía con sus padres, infidelidad y la poca empatía en la relación de pareja, depresión e ideación suicida, diagnóstico de cáncer y la pérdida del empleo. Las experiencias de aprendizaje, traumas de la infancia y los roles familiares fueron las causas de vulnerabilidades orgánicas de inseguridad, enojo, resentimiento con sus padres; distorsiones cognitivas (pesimismo, generalización, filtro negativo); déficit en habilidades sociales; asimismo, los efectos secundarios de la hormonoterapia y el diagnóstico de diabetes.

La presencia de condiciones antecedentes detonó o intensificaron sus síntomas (depresión, baja adherencia al tratamiento, discusiones de pareja e inestabilidad emocional), como la interacción con su esposo, consultas médicas, reuniones familiares, interacción con hombres, problemas económicos y los síntomas físicos de pérdida de salud.

Nos percatamos de que los reforzadores de los problemas de conducta fueron el cansancio, la inactividad, la dificultad en la interacción social y aislamiento, y la dependencia económica. De acuerdo con lo anterior, podemos afirmar que, de continuar, la paciente podría cursar con mayores complicaciones como una depresión mayor, ideación e intento suicida, violencia física y psicológica grave, complicaciones diabéticas, recurrencia de cáncer, lo que pone en riesgo su salud importantemente. Véase figura 19.

Hipótesis

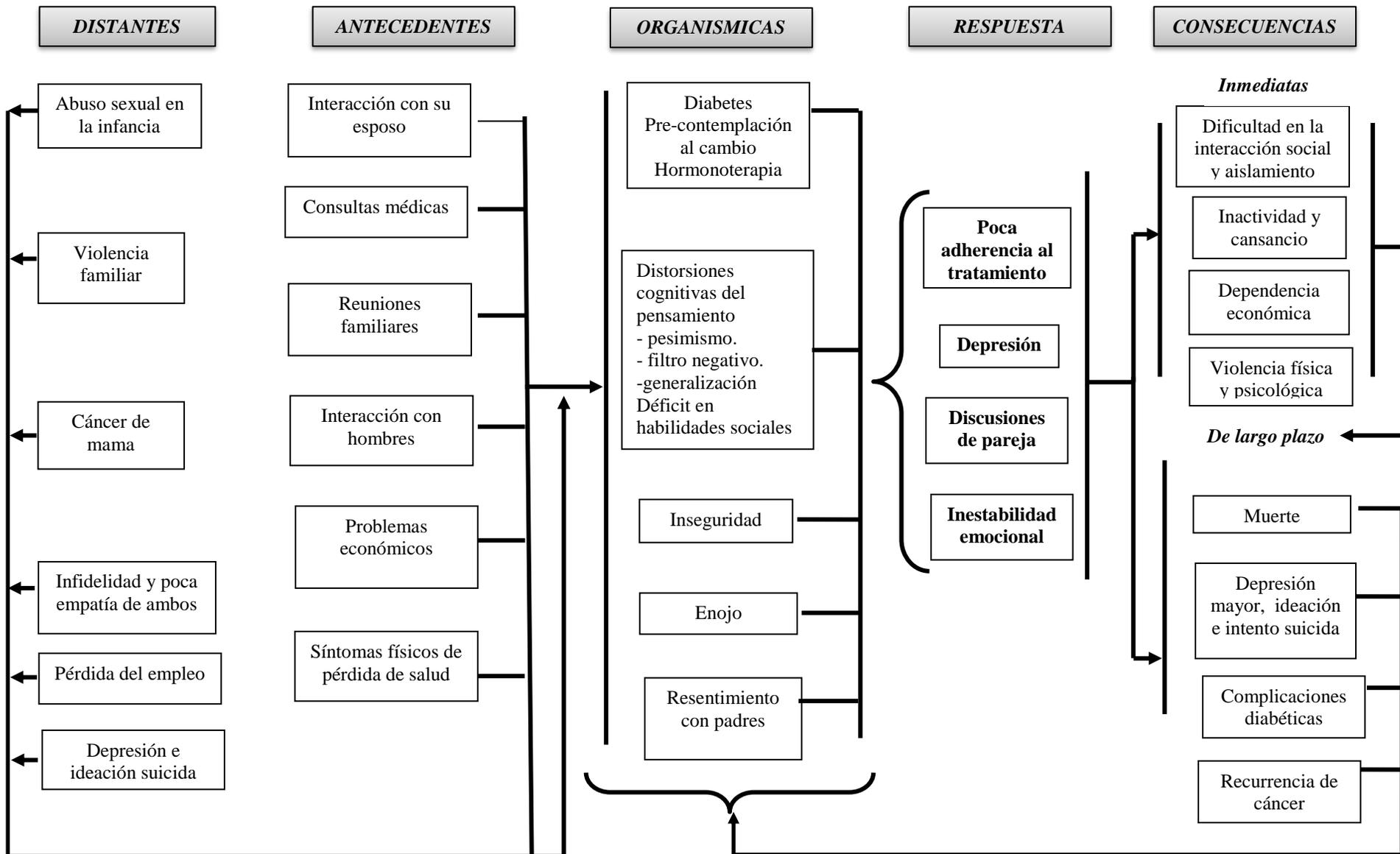
De origen

- La depresión de la paciente es secundaria a las distorsiones cognitivas, originadas por su historia de vida de eventos traumáticos.
- La baja adherencia al tratamiento de la diabetes se origina por desinformación e ideación suicida; asimismo, por la poca empatía de su esposo hacia ella.
- Las discusiones con su pareja se originaron por la percepción de incompreensión del su esposo al revelarle el evento traumático, por la desconfianza derivada de las infidelidades, y por el abuso sexual en la infancia.
- La inestabilidad emocional se origina debido al abuso sexual, así como la violencia familiar ejercida por sus padres y la infidelidad de su esposo.

De mantenimiento

- La depresión y la baja adherencia al tratamiento se mantienen y refuerzan por el cansancio, inactividad, aislamiento y dificultad en la interacción social.
- Mantener la relación de pareja, a pesar de las discusiones, es reforzante, pues representa una ganancia secundaria: la dependencia económica.
- La inestabilidad emocional se mantiene por la violencia física y psicológica con su pareja y la interacción con su familia

Figura 19. Mapa Clínico de patogénesis. Caso Clínico 3.



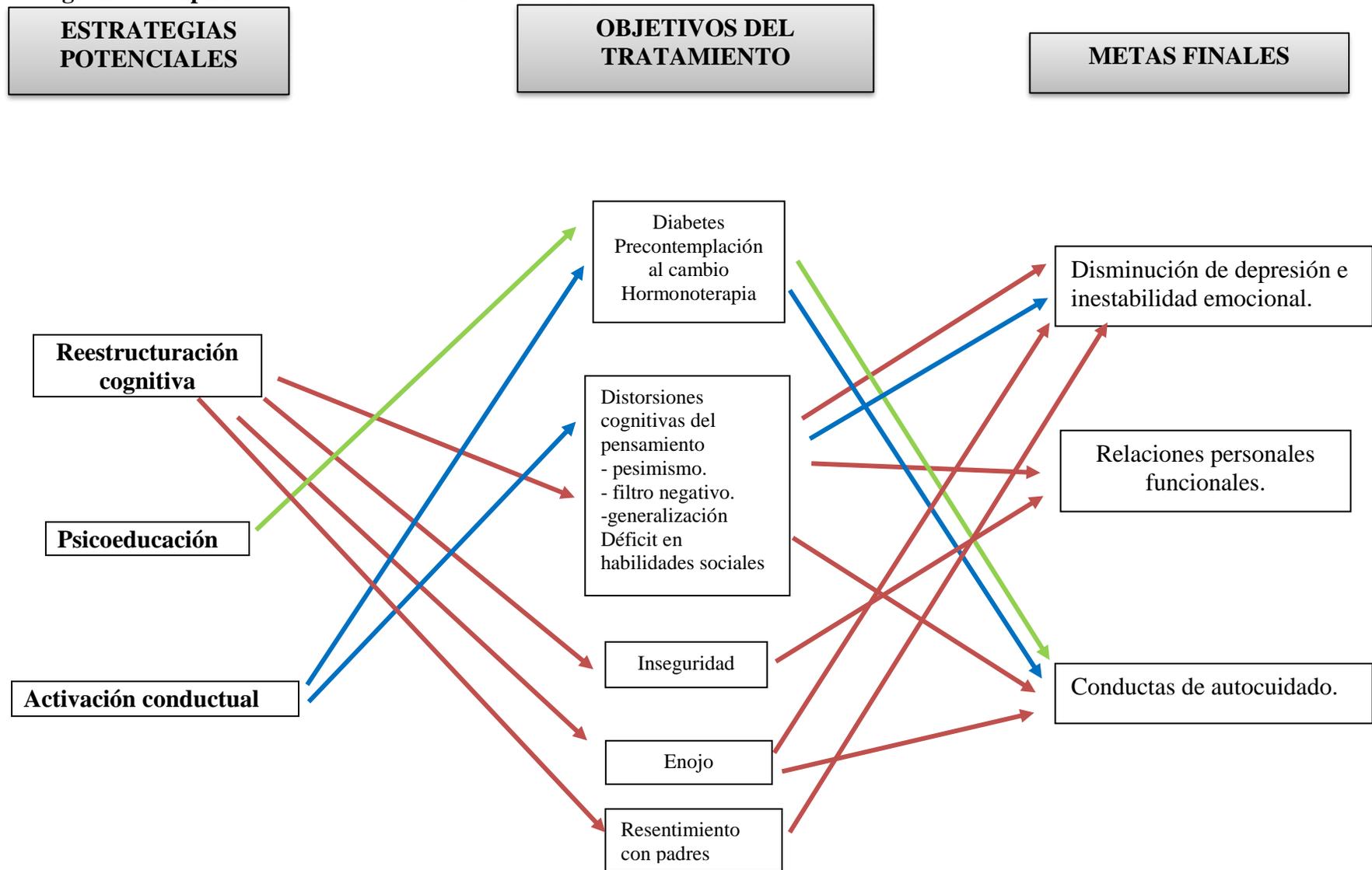
Contraste de hipótesis

- La reestructuración cognitiva y la activación conductual disminuirán el estado depresivo, mejorando su estado de ánimo general.
- La psicoeducación hacia su diabetes y activación conductual podrán mejorar la adherencia al tratamiento diabético.
- La reestructuración cognitiva impactará positivamente en la relación de pareja y en la inestabilidad emocional al trabajar con las distorsiones cognitivas (pesimismo, filtro negativo, generalización).

Elección del tratamiento

La activación conductual, reestructuración cognitiva, y psicoeducación (Hopko et al., 2011; Qiu et al., 2013; Stalg, Antonio et al., 2015; Stagl Bouchard et al., 2015) fueron efectivas para disminuir la depresión y las discusiones de pareja, así como aumentar la adherencia al tratamiento y la estabilidad emocional. Las variables que tal vez se relacionen de forma causal con las metas del tratamiento finales son la HT, el diagnóstico de diabetes, las distorsiones cognitivas, el déficit en habilidades sociales; la inseguridad, el enojo y el resentimiento hacia sus padres serán los objetivos instrumentales a manipular para alcanzar los resultados finales (Nezu et al., 2004) (ver figura 20).

Figura 20. Mapa de Alcance de Metas. Caso Clínico 3.



Aplicación del tratamiento

Se llevó a cabo en 10 sesiones con una duración de 1 a 2 horas, durante 5 meses. El tratamiento inició con la primera sesión del módulo de pensamiento y estados de ánimo (ver anexo 4) para cambiar los pensamientos dañinos (en 4 sesiones). Al iniciar el segundo módulo “actividades y su estado de ánimo”, se decidió reforzar el primero debido a las dudas reportadas. En la 7ma sesión se presentó una problemática de la paciente, abordada con técnicas de escucha activa y reestructuración cognitiva. En la siguiente sesión se reanudó con el segundo módulo del manual (3 sesiones).

En la 9a sesión se incluyó un objetivo, como resultado del temblor muy intenso (19 de septiembre del 2017), ya que la paciente mencionaba estar muy estresada. Por ello, se le enseñaron las técnicas de relajación muscular y respiración diafragmática.

En la tabla 7 se muestra la planificación de manera general y las sesiones del tratamiento por objetivos, así como las tareas a realizar.

Tabla 7.

Planificación de las sesiones de tratamiento

Sesión	Objetivos de las sesiones	Tareas para casa
1	El paciente entenderá el concepto de depresión y la TCC y cómo esta terapia ayuda a mejorar la depresión.	-Registro de estado de ánimo, de pensamientos y conductas de autocuidado
2	El paciente identificará sus pensamientos dañinos.	-Registro de estado de ánimo, de pensamientos y conductas de autocuidado - Notar las categorías de los pensamientos dañinos frecuentes
3	El paciente logrará contradecir sus pensamientos.	-Registro de estado de ánimo y conductas de autocuidado

4	El paciente aprenderá otras técnicas para contradecir pensamientos.	-Reestructuración cognitiva (cáptelo, revíselo, cámbielo) -Registro de estado de ánimo y conductas de autocuidado -Reestructuración cognitiva (cáptelo, revíselo, cámbielo) con la declaración “sí, pero” -Apartarse tiempo para preocuparse
5	El paciente aclarará sus dudas sobre el módulo de pensamientos y estado de ánimo; además de informarse respecto a la diabetes.	
6	El paciente realizará una actividad (conducta) y entenderá la importancia de ésta en su estado de ánimo.	-Registro de su estado de ánimo y conductas de autocuidado -Reestructuración cognitiva (cáptelo, revíselo, cámbielo) con la declaración “si, pero” -Apartarse tiempo para preocuparse -Desempeñar una actividad que disfrutaba
7	Mejorar la alianza terapéutica entre la paciente y la terapeuta	-Registro de su estado de ánimo y conductas de autocuidado -Reestructuración cognitiva (cáptelo, revíselo, cámbielo) con la declaración “si, pero”
8	El paciente desempeñara nuevas actividades	-Registro de su estado de ánimo y conductas de autocuidado -Desempeñar una actividad nueva
9	Identificar y resolver obstáculos o problemas para realizar las actividades y cambiar estilo de vida. <u>Objetivo extra:</u> Aprender a relajarse por medio de la técnica de relajación muscular y respiración diafragmática.	-Registro de su estado de ánimo y conductas de autocuidado -Completar la tabla de prediciendo el placer

10	El paciente fijará metas a largo plazo para el sentido de orientación de su vida.	-Usar estrategias aprendidas para vencer obstáculos -Registro de su estado de ánimo y conductas de autocuidado -Tomar uno de los pasos para llegar a su meta a corto plazo
----	---	--

Se describirá un fragmento del diálogo clínico de la sesión 10, que se eligió aleatoriamente (ver apéndice 1).

Sesión 10: desempeñar actividades que forman su futuro.

La sesión 10 fue la última sesión de la paciente, donde se fijaron metas a largo plazo para que tuviera un sentido de orientación en su vida. Se da de alta a la paciente al terminar la sesión.

Transcripciones del dialogo clínico

(Después de explicar los pasos para cumplir sus sueños y mejorar su estado de ánimo...).

Terapeuta: ¿Alguna duda con estos puntos?...

Paciente: *No.*

Terapeuta: Muy bien, entonces en la siguiente página vamos a escribir su meta a largo plazo... ¿Cuál sería?

Paciente: *¡Ser independiente! No depender de mis padres, pareja o hijos, teniendo mis propias cosas como una casa. Esto ocurrirá en un año, bueno la casa no, pero si poder rentar en otro lugar y salirme de mi casa.*

Terapeuta: Me parece perfecto, pero para alcanzar mi meta a largo plazo, necesito fijar una meta a corto plazo que me ayudará a llegar a la meta de largo plazo. ¿Cuál es su meta a corto plazo? La escribiremos en estas líneas...

Paciente: *Mi meta a corto plazo es conseguir trabajo.*

Terapeuta: Ahora, para alcanzar mi meta a corto plazo, piense en estas preguntas relacionadas a lo que usted necesita hacer para lograr su meta a corto plazo.

Paciente: *Yo voy a empezar (cuándo): hoy.*

Paciente: *Yo voy a hacer (qué): actualizar mi curriculum vitae.*

Paciente: *Yo voy a hacer este tanto (que tanto o que poco): solo la actualización de mi curriculum por el día de hoy.*

Paciente: *Yo lo haré en este lugar (dónde): en la casa de mi hijo.*

Paciente: *Yo lo haré de esta manera (su método, o los pasos que vas a tomar):*

Paciente: *Después de actualizar mi curriculum vitae, me inscribiré a las bolsas de trabajo de internet y buscare contactos por medio de amigos y familiares.*

Terapeuta: Recuerde que celebrar es importante debido a que esto nos ayudará a reconocer el esfuerzo con el que hemos trabajado todo este tiempo para cumplir las metas. ¿Cómo celebrarás cuando alcances tu meta a corto plazo?

Paciente: *Me iré a cenar*

Terapeuta: Muy bien, y cuando alcances tu meta a largo plazo ¿Cómo celebrarás?

Paciente: *Me gustaría irme de viaje*

Factores relacionados con el terapeuta

Así como en los casos anteriores para llegar a la alianza terapéutica se utilizó la empatía, entendiendo los pensamientos, sentimientos y problemas desde el punto de vista del paciente. También la aceptación incondicional, que impactó en la interacción terapéutica, la autenticidad y cordialidad. Se utilizó la escucha, la clarificación, paráfrasis, reflejo y síntesis. Además, el manual de intervención brindó un espacio en la primera sesión para describir las condiciones de trabajo en conjunto y lograr consensos sobre los objetivos, señalándole la importancia de la colaboración.

Resultados

La depresión clínica de línea base disminuyó 11 puntos antes de iniciar la intervención psicológica (21 puntos). Durante el tratamiento, la depresión fue disminuyendo considerablemente: inició con una puntuación de 15 (la más alta), en la última medición alcanzó el puntaje más bajo de 3 puntos (véase figura 21).

Figura 21. Puntaje total de depresión (CES-D): caso clínico 3 (por sesión).

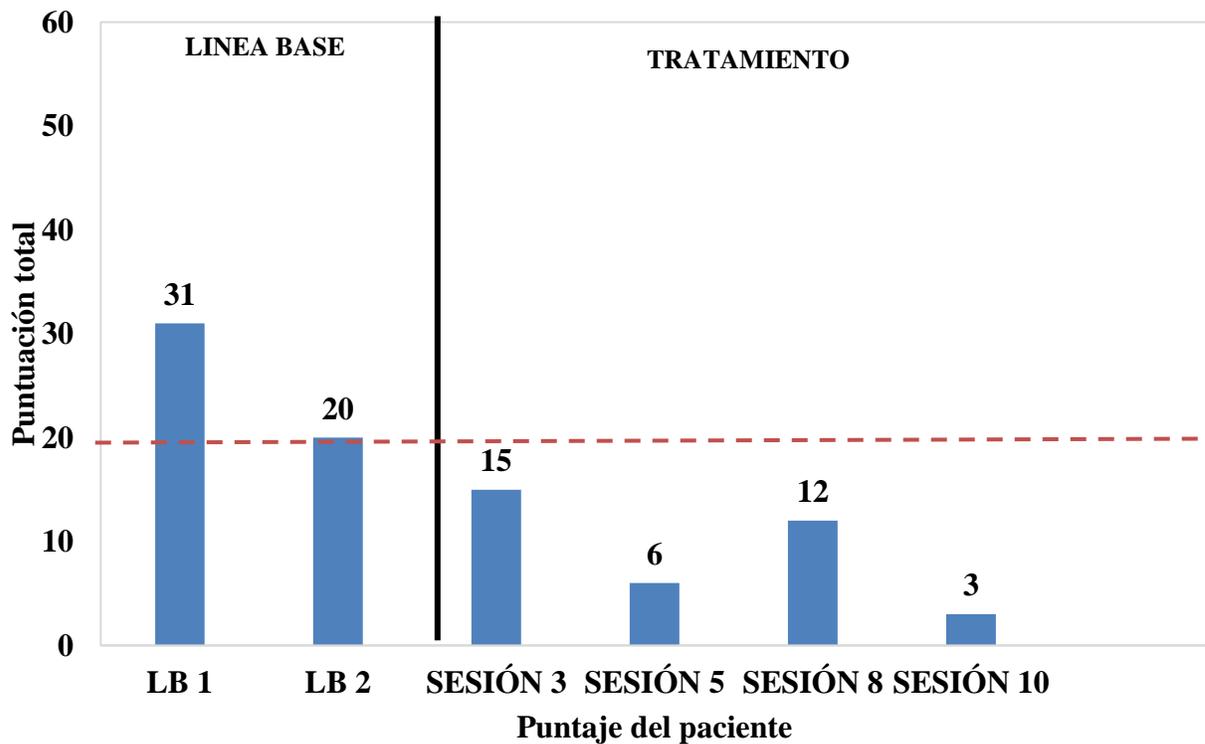


Figura 21. La línea roja representa el punto de corte (≥ 16 puntos) identificándose como caso de depresión (Salgado & Maldonado, 1994).

El estado de ánimo mejoró durante la intervención psicológica, 7 sesiones se promediaron en la categoría del mejor estado de ánimo (con una moda=6), mientras que el

resto de las sesiones (2) puntuaron con una calificación del 5, que significa estado de ánimo regular (ver figura 22).

Comer bien —registrada en el carnet de sobrevivencia— mostró ser frecuente durante la intervención psicológica. En el primer mes de tratamiento se presentó durante 15 días; posteriormente, diario. El incremento se debió a que la paciente empezó a desayunar —algo que no realizaba con anterioridad. (Ver figura 23).

Figura 22. Estado de ánimo. Caso clínico 3 todas las sesiones.

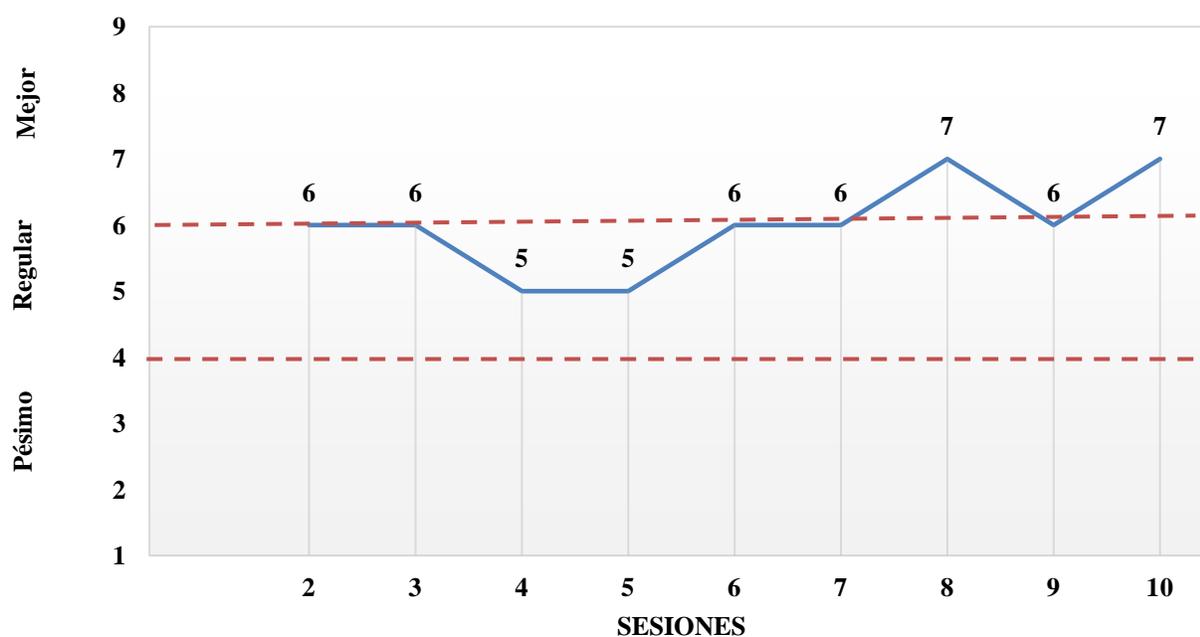


Figura 22. Cada punto de las sesiones representa el promedio de la evaluación del estado de ánimo de la paciente por semana. Los estados de ánimo (pésimo; 1 – 4, regular: 5, mejor 6 - 9) se marcan con línea punteada. (Miranda et al., 2008).

Figura 23. Frecuencia de conductas saludables – comer bien. Caso clínico 3.

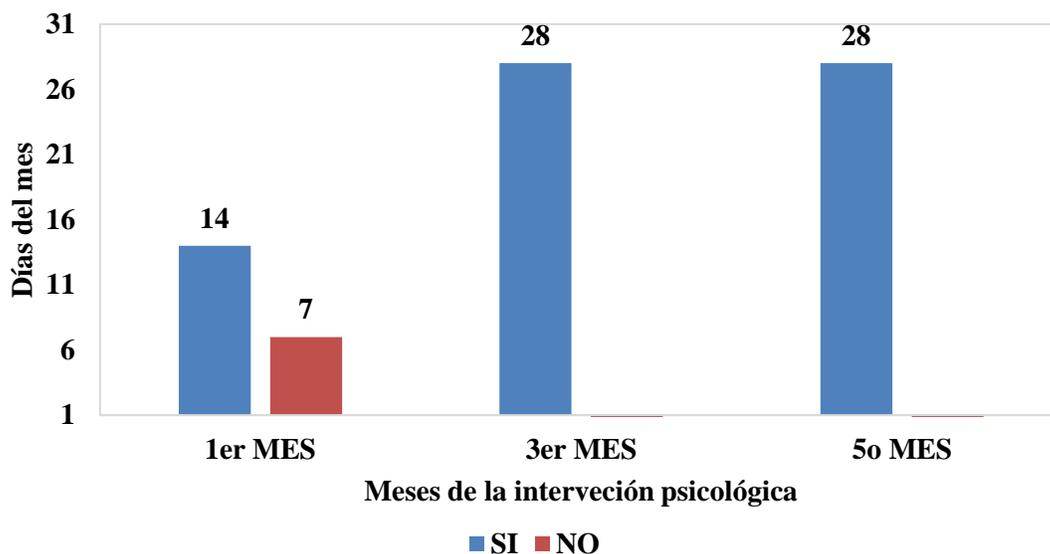


Figura 23. Frecuencia acumulada de la conducta de comer bien durante la intervención psicológica

En los primeros 3 meses del tratamiento la conducta del ejercicio se encontró ausente. Solo en el último mes empezó a realizar actividades físicas (4 días a la semana); sin embargo, esta conducta no se mantuvo durante todo el mes. (Véase figura 24).

Figura 24. Frecuencia de conductas saludables – ejercicio. Caso clínico 3

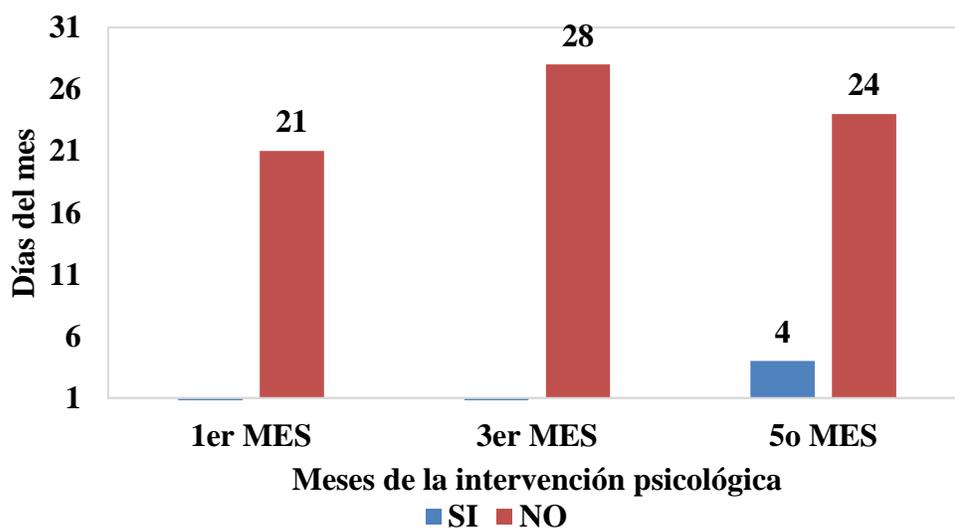


Figura 24. Frecuencia acumulada de la conducta de ejercicio durante la intervención psicológica

La conducta de diversión fue frecuente durante la intervención psicológica: el primer mes se realizó 10 días; al mes incrementó con 21 días, su máxima frecuencia (figura 25). La actividad sexual fue una conducta que no se presentó en esta paciente.

Figura 25. Frecuencia de conductas saludables – diversión. Caso clínico 3.

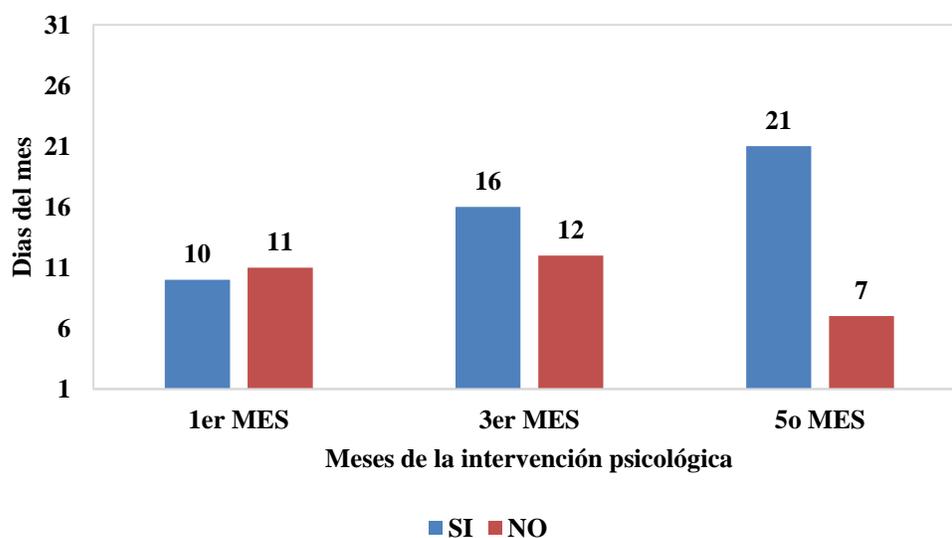


Figura 25. Frecuencia acumulada de la conducta de diversión durante la intervención psicológica

Efectividad y eficiencia de la intervención

Para mostrar la eficacia de la intervención se obtuvo CCO (Cardiel 1994). La depresión tuvo un CCO de -0.85, la conducta de comer bien su cambio fue de 1. El ejercicio físico también mostró un cambio significativo (4) al igual que la diversión (-1.1).

Tabla 8. *Efectos de la intervención en las metas finales.*

Metas finales	Línea base	Tratamiento	Significancia clínica
Depresión	20	3	-0.85
Estado de ánimo	6	7	0.16
Comer bien	14	28	1
Ejercicio	0	4	4
Diversión	10	21	-1.1

Nota: los valores clínicamente significativos (>0.2) son mostrados en negritas. Se concentran las puntuaciones obtenidas de cada variable. La última medida de la línea base antes de la intervención psicológica (pre test) y la última puntuación evaluada del tratamiento (post test), junto con la significancia clínica de cada una de las metas finales del paciente.

Discusión

Al finalizar el tratamiento se logró un cambio clínico significativo (-0.85) sobre la sintomatología depresiva de la paciente. Esto es, el efecto de la adaptación clínica del manual de la TCC fue consistente con la literatura (Akechi et al., 2008; Jassim et al., 2015; Ren et al., 2019). La efectividad de esta terapia se debe a su abordaje basado en la modificación de los pensamientos del paciente, los cuales de acuerdo con Beck se envuelven en tres áreas del individuo (de sí mismo, del mundo y del futuro), afectando sus creencias. Además, se integraron técnicas conductuales que pusieron a prueba las cogniciones de los pacientes, buscando evidencia a favor o en contra de los mismos; incluso fueron reforzadores positivos (Korman & Sarudiansky, 2011). Consideramos que esto se logró por medio de técnicas como reestructuración cognitiva y activación conductual.

En las conductas de autocuidado, se logró cambiar la de comer bien, diversión y ejercicio físico. Esto podría explicarse debido a la utilización de la psicoeducación en el tema de la diabetes, y la técnica de activación conductual. Se ha demostrado en la literatura que realizar la psicoeducación mejora la calidad de vida (Shahsavari, Matory, Zare, Taleghani, & Kaji, 2015; Bostanci & Buzlu, 2012).

Las necesidades clínicas identificadas en esta paciente consistieron en la comorbilidad (diabetes) reportada (Edwards et al., 2014) y en su relación de pareja. Ambas fueron abordadas por medio de la psicoeducación y la reestructuración cognitiva. En cuanto a la pareja se consiguió cambiar los pensamientos al respecto, lo que resultó en mayor estabilidad emocional. Esto es, las expectativas sobre la relación logró dirigirlas a la realidad sin culpa, priorizando sus necesidades individuales. La literatura reporta que esta técnica es eficaz para tratar problemas de pareja, pues trabaja con los sesgos cognitivos haciendo que

la persona tome conciencia de la irracionalidad de sus pensamientos y aprendiendo técnicas para eliminarlos y sustituirlos por pensamientos más adaptativos (Honari, & Shamoli, 2017; Martínez-León, García-Rincón, Valencia, Barreto, et. al., 2016).

Conclusiones

Este estudio trató con efectividad la sintomatología depresiva presente en las pacientes sobrevivientes con cáncer de mama, a través de la adaptación de una intervención manualizada a las necesidades clínicas individuales. Identificarlas fue esencial debido a que representaron un obstáculo para la meta terapéutica (disminución de sintomatología depresiva), lo que reforzaba el problema más importante que las pacientes reportaban. Las necesidades que se encontraron fueron fatiga, comorbilidades, problemas de pareja, económicas y ambientales. Se destaca que las necesidades eran referidas por la paciente como superadas, y que se identificaron a través del cuestionamiento de esa supuesta mejoría.

Las necesidades individuales de las pacientes conllevaron a la adaptación de la intervención manualizada, aumentando sesiones (mínimo 2 sesiones extras), objetivos y técnicas. En esencia, la intervención TCC manualizada para la depresión fue flexible para ser adaptada, debido a que está estructurada con módulos y objetivos específicos en cada sesión, lo que permitió iniciarlos y terminarlos, sumándole técnicas y objetivos extras cuando finalizaban los módulos o sesiones.

La metodología de estudios de caso permitió explorar el efecto de la adaptación de la intervención manualizada enfocándonos en la problemática individual del paciente, a través del análisis global y profundo del individuo y de la consideración de los factores biológicos, psicológicos y sociales que lo conforman; también se nota que el tratamiento se probó sin emplear un número grande de participantes, lo cual resultó ser de bajo costo.

En futuras investigaciones sugerimos realizar estudios con diseños de mayor tamaño de muestra $N=1$, que incluyan otro tipo de mediciones subjetivas y conductuales como las

relacionadas con variables organísmicas, de manera que se puedan verificar las teorías sobre el mecanismo de acción de las técnicas terapéuticas implementadas.

Básicamente concluimos que una terapia manualizada es una herramienta útil para la práctica clínica del terapeuta, y que ser flexible a la adaptación de las necesidades específicas de cada paciente mejora importantemente su contribución clínica para la vida de los pacientes.

Referencias

- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T. & Furukawa, T., A. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD005537.pub2.
- American Cancer Society (2017). *Cáncer de seno*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno.html>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Barraca, J. (2016). La activación conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*. 42(165), 15-33
- Bostanci, N. & Buzlu, S. (2012). Psychoeducation Intervention to Improve Adjustment to Cancer among Turkish Stage I-II Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 13(10), 5313-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.10.5313>
- Brower, V. (2014). Evidence accumulating that depression may hinder survival. *Journal of the National Cancer Institute*, 106(1), <https://doi.org/10.1093/jnci/djt446>
- Callari, A., Mauri, M., Miniati, M., & Mancino, M. (2013). Treatment of depression in patients with breast cancer: a critical review. *Tumori Journal*, 99(5), 623-633. doi: 10.1700/1377.15313.
- Chung, B., Ngo, V. K., Ong, M. K., Pulido, E., Jones, F., Gilmore, J., ... Miranda, J. (2015). *Participation in Training for Depression Care Quality Improvement: A*

*Randomized Trial of Community Engagement or Technical Support. Psychiatric Services, 66(8), 831–839.*doi:10.1176/appi.ps.201400099

Community Partners In Care (2017). *Home*. Recuperado de <https://communitypartnersincare.org/>

CONCORD Working Group. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncology, 9(8), 730–756.*doi: 10.1016/S1470-2045(08)70179-7

Edwards, B. K., Noone, A. M., Mariotto, A. B., et al. (2014). Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with long, colorectal, breast, or prostate cancer. *Cancer, 120(9), 1290-1314.* doi: 10.1002/cncr.28509.

Escobar, M., Franco, Z. & Duque, J. (2011). El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Hacia la promoción de la salud, 16 (2), 132-146.*

Fagundes, C., LeRoy, A. & Karuga, M. (2015). Behavioral Symptoms after Breast Cancer Treatment: A Bio-behavioral Approach. *Journal of Personalized Medicine, 5(3), 280-295.*doi:10.3390/jpm5030280

Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship, 1(1), 5-7.* doi: 10.1007/s11764-006-0002-x

Flores-Luna, L., Salazar-Martínez, E., Duarte-Torres, R. M., Torres-Mejía, G., Alonso-Ruíz, P. y Lozano-Ponce, E. (2008). Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. *Salud Pública de México, 50(2), 119-125.*

Global Cancer Observatory. (2018). *Cancer today*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/online-analysis->

table?v=2018&mode=population&mode_population=countries&population=900&opulations=900&key=asr&sex=2&cancer=20&type=2&statistic=5&prevalence=1&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1

- Hoffman, C., J., Ersser, S., J., Hopkinton, J., B., Nicholls, P., G., Harrington, J., E., & Thomas, P., W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: A randomized, controlled trial. *Journal Clinical Oncology*, 30,1335-42. doi: 10.1200/ JCO.2010.34.0331
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*. 3: 1–39
- Honari, A. & Shamoli, L. (2017). The Effectiveness of Cognitive Behavioural Couple Therapy on Marital Stress and Emotional Skills of Infidel Couples in Shiraz. *International Journal of Medical Research & Health Science*. 6(2), 83-90.
- Hopko, D. R., Armento, M. E., Robertson, S. M., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., ... Lejuez, C. W. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 834-849. doi: 10.1037/a0025450.
- Henselmans, I., Helgeson, V. S., Seltman, H., de Vries, J., Sanderman, R. & Ranchor, A. V. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology*, 29(2), 160-168. doi: 10.1037/a0017806.
- Izquierdo, A., Ong, M., Pulido, E., Wells, K. B., Berkman, M., Linski, B., Sauer, V., ... Miranda, J. (2018). Community Partners in Care: 6- and 12-month Outcomes of

Community Engagement versus Technical Assistance to Implement Depression Collaborative Care among Depressed Older Adults. *Ethnicity & disease*, 28(Suppl 2), 339-348. doi:10.18865/ed.28.S2.339

Jassim, G., A., Whitford, D., L., Hickey, A. & Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. DOI: 10.1002/14651858.CD008729.pub2.

Karademas, E. C., Argyropoulou, K. & Karvelis, S. (2007) Psychological Symptoms of Breast Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(3), 59-74, DOI: 10.1300/J077v25n03_04

Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J.,...Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462-1470. doi: 10.1056/NEJM200005183422001

Kim, S., Son, B., Hwang, S., Han, W., Yang, J., Lee, S. & Yun, Y. (2008). Fatigue and depression in disease free breast cancer survivors: prevalence, correlates, and association with quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35, 644–655. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.08.012

Khodyakov, D., Mendel, P., Dixon, E., Jones, A., Masongsong, Z., & Wells, K. (2009). Community Partners in Care: Leveraging Community Diversity to Improve Depression Care for Underserved Populations. *The International Journal of Diversity in Organisations, Communities and Nations*, 9(2), 167–182.

- Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A. & Frenk, J. (2008). Breast cancer in Mexico: a pressing priority. *Reproductive Health Matters*, 16(32), 113-123. doi: 10.1016/S0968-8080(08)32414-8.
- Korman, G. P. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 15 (1), 119-145.
- Lara, F., Segovia, F., Valadez, D., Maldonado, R., Sosa, L., Villanueva, C., ... Gordillo, L. (2010). *Diccionario del español de México*. El colegio de México.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H. & Hautzinger, M. (2007). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp 493-541) España: Siglo XXI.
- Maass, S., W., M., C., Roorda, C., Berendsen, A., J., Verhaak, P., F., M., & de Bock, G., H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.04.010
- Malik AA, Kiran T (2013) Psychological Problems in Breast Cancer Patients: A Review. *Chemotherapy* 2, 115. doi:10.4172/2167-7700.1000115
- Mango, J., Cabilig, E., Jones, L., Lucas-Wright, A., Williams, P., Wells, K., ... Chung, B. (2014). Community Partners in Care (CPIC): Video Summary of Rationale, Study Approach / Implementation, and Client 6-month Outcomes. *CES4Health.info*, 2014, 87LWR5H2.
- Marcus, A., C., Garrett, K., M., Cella, D., Wenzel, L., Brady, M., J., Fairclough, D., Pate-Willig, M. et al. (2010). Can telephone counseling post-treatment improve

- psychosocial outcomes among early stage breast cancer survivors? *Psycho-Oncology*, 19, 923–932. doi.org/10.1002/pon.1653
- Martínez-Basurto, A. E., Lozano-Arazola, A., Rodríguez-Velázquez, A. L., Galindo-Vázquez, O. y Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 13(1),53-58.
- Martínez- León, N., García-Rincón, L., Valencia, D., Barreto, S., Alfonso, A., Quintero, C., Roncancio, C., & Parra, A. (2016). Efecto de una intervención cognoscitivo conductual para el manejo de los celos en la relación de pareja. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 10 (1), 113-123.
- McGuigan, F. F. (1997). Chapter 10. Experimental design: single-subject (N=1) research. *Experimental psychology: methods of research*.
- Miranda, P. Y., Wilkinson, A. V., Etzel, C. J., Zhou, R., Jones, L. A., Thompson, P., & Bondy, M. L. (2011). Policy implications of early onset breast cancer among Mexican-origin women. *Cancer*, 117(2), 390-397.
- Miranda, J., Woo, S., Lagomasino I., Hepner, K. A., Wiseman, S. & Muñoz, R. (2008). Terapia Cognitivo Conductual para la Depresión. Hospital General de San Francisco, Universidad de California, San Francisco.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 313(4), 270-273. doi: 10.1056/NEJM198507253130421
- Mustian, K. M., Morrow, G. R., Carroll, J. K., Figueroa-Moseley, C. D., Jean-Pierre, P., & Williams, G. C. (2007). Integrative nonpharmacological behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue. *The Oncologist*, 12 (1), 52-67
- National Comprehensive Cancer Network. (2018). Cancer-related fatigue: NCCN clinical

- practice guidelines in oncology. NCCN: Fort Washington, PA.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2004). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivos conductuales, un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno
- Norcross, J., C. & Wampold, B., E. (2010). Evidence-based therapy relationships: research conclusion and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98 – 102.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Alimentación sana*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Actividad física*. Recuperado de <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Ornelas-Mejorada, R., Tufiño, M. & Sánchez-Sosa, J. (2011). Ansiedad y Depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación Psicológica*, 1(3), 401-415.
- Pérez-Fortis, A., Schroevers, M. J., Fleer, J., Alanís-López, P., Veloz-Martínez, M. G., Ornelas-Mejorada, R. E., ... Sánchez Sosa, J. J. (2016). *Psychological burden at the time of diagnosis among Mexican breast cancer patients*. *Psycho-Oncology*, 26(1), 133–136. doi:10.1002/pon.4098

- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., et al. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859– 877.
- Puerta, J. & Padilla, D. (2011). Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) como tratamiento para la depresión; Una revisión del estado del arte. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*. 8(2), 251-257.
- Qiu, J., Chen, W., Gao, X., Xu, Y., Tong, H., Yang, M., ... Yang, M. (2013). Randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology*, 34(2), 60-67. doi: 10.3109/0167482X.2013.766791
- Real Academia Española. (2001). Disquisición. En *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Recuperado de http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=disquisici%F3n
- Ren, W., Qiu, H., Yang, Y., Zhu, X., Zhu, C., Mao, G., ... He, J. (2019). Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for depressive and anxiety symptoms in Chinese women with breast cancer. *Psychiatry Research*, 271, 52–59. doi:10.1016/j.psychres.2018.11.026
- Salgado, V. Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la escala de depresión en el Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*, 36 (2), 200-209.
- Sarfati, D., Koczwara, B. y Jackson, C. (2016). The impact of comorbidity on cancer and its treatment. *A Cancer Journal for Clinicians*, 66(4), 337-350. doi: 10.3322/caac.21342.
- Shahsavari, H., Matory, P., Zare, Z., Taleghani, F., & Kaji, M. A. (2015). Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *Journal of education and health promotion*, 4, 70. doi:10.4103/2277-9531.171782

- Sharma, N., & Purkayastha, A. (2017). Impact of Radiotherapy on Psychological, Financial, and Sexual Aspects in Postmastectomy Carcinoma Breast Patients: A Prospective Study and Management. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 4(1), 69-76.
- Smith, J. D. (2012). Single-Case Experimental Designs: A Systematic Review of Published Research and Current Standards. *Psychological Methods*, 17(4), 10.1037/a0029312. <http://doi.org/10.1037/a0029312>
- Stagl, J.M., Antonio, M. H., Lechner, S. C., Bouchard, L. C., Blomberg, B. B., Glück, S., ... Carver, C. S. (2015). Randomized controlled trial of cognitive behavioral stress management in breast cancer: A brief report of effects on 5-year depressive symptoms. *Health Psychology*, 34(2), 176-180. doi.org/10.1037/hea0000125.
- Stagl, J. M., Bouchard, L. C., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Gudenkauf, L. M., Jutagir, D. R., ... Antoni, M. H. (2015). Long-Term Psychological Benefits of Cognitive-Behavioral Stress Management for Women With Breast Cancer: 11-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Cancer*, 121(11), 1873-1881. doi: 10.1002/cncr.29076
- Stanton, A., L., Rowland, J., H., & Ganz, P., A. (2015). Life After Diagnosis and Treatment of Cancer in Adulthood. Contributions From Psychosocial Oncology Research. *American Psychologist*, 70(2), 159–174. doi: 10.1037/a0037875
- Syrowatka, A., Motulsky, A., Kurteva, S., Hanley, J. A., Dixon, W. G., Meguerditchian, A. N., & Tamblyn, R. (2017). Predictors of distress in female breast cancer survivors: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*, 165(2), 229-245.
- Vargas, T., E. & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología* 11, 115-134.

- Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*. 14(3), 516-522.
- Virúes-Ortega, J. & Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8(3), 765-777
- Vega, M. E., De Juan, A., García, A., López, J. M., López, C., López, A., . . . Ramos, J. (2004). Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Psicooncología*, 1, 137-150.
- Weaver, K. E., Forsythe, L. P., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Rodriguez, J. L., Sabatino, S. A., Rowland, J. H. (2012). Mental and Physical Health-Related Quality of Life among US Cancer Survivors: Population Estimates from the 2010 National Health Interview Survey. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 21(11), 2108–2117. <http://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-0740>
- Wells, K. B., Jones, L., Chung, B., Dixon, E. L., Tang, L., Gilmore, J., Sherbourne, C., Ngo, V. K., Ong, M. K., Stockdale, S., Ramos, E., Belin, T. R., ... Miranda, J. (2013). Community-partnered cluster-randomized comparative effectiveness trial of community engagement and planning or resources for services to address depression disparities. *Journal of general internal medicine*, 28(10), 1268-78.
- World Cancer Research Found International (2018). *Breast cancer statistics*. Recuperado de <https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>

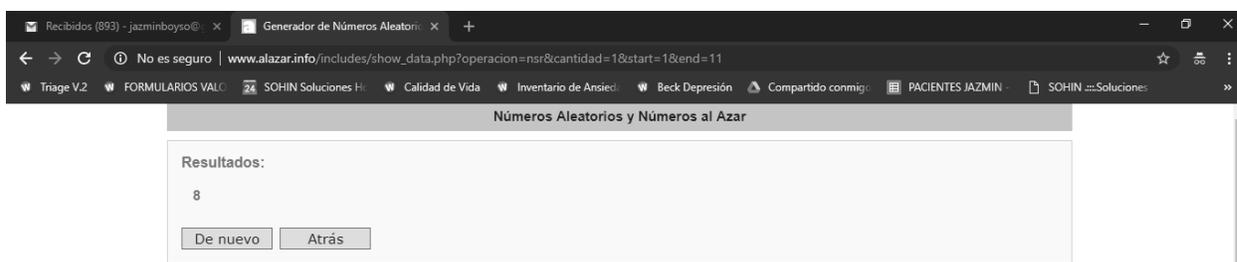
Wronski, S. (2015). Defining cancer survivor and cancer survivorship: the who, what and when. *Psicooncologia*. 12(1), 7-18. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48900

Apéndice

Caso clínico 1. Imagen de la aleatorización de la transcripción del dialogo clínico de las sesiones.



Caso clínico 2. Imagen de la aleatorización de la transcripción del dialogo clínico de las sesiones.



Caso clínico 3. Imagen de la aleatorización de la transcripción del dialogo clínico de las sesiones.



Anexo 2.

CES-D

Centro para estudios epidemiológicos, Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)

INSTRUCCIONES: A continuación voy a leerle varios enunciados y le pido que me dé la opción de respuesta que mejor describa sus sentimientos o comportamientos **durante la semana pasada.**

	Rara vez o nunca (menos de un día)	Alguna o pocas veces (1-2 días)	Regularmente (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	0	1	2	3
2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito.	0	1	2	3
3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos.	0	1	2	3
4. Sentía que yo era tan buena como cualquier otra persona.	0	1	2	3
5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.	0	1	2	3
6. Me sentía deprimida.	0	1	2	3
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
8. Me sentía optimista sobre el futuro.	0	1	2	3
9. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
10. Me sentía con miedo.	0	1	2	3
11. No podía dormir bien.	0	1	2	3
12. Estaba contenta.	0	1	2	3
13. Hablé menos de lo usual.	0	1	2	3
14. Me sentía sola.	0	1	2	3
15. Pensaba que la gente no era amigable.	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida.	0	1	2	3
17. Pasé ratos llorando.	0	1	2	3
18. Me sentía triste.	0	1	2	3
19. Sentía que yo no le caía bien a la gente.	0	1	2	3
20. No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3

Anexo 3.

TERMÓMETRO DEL ESTADO DE ÁNIMO							
Instrucciones							
<ul style="list-style-type: none"> • Escriba los días de la semana en los espacios que están sobre la escala. Por ejemplo, si empieza a clasificar su ánimo en miércoles, escriba "miércoles" (o "mi") en la primera línea, "jueves" (o "j") en la segunda línea, etc. Usted también puede escribir la fecha (4/15, 4/16, etc.) si quiere llevar la cuenta de como va mejorando de semana en semana. • Mantenga la escala a lado de su cama. Antes de acostarse a dormir, piense en su ánimo de ese día y circule el número que corresponde a su ánimo. • Trate de usar todos los números, no sólo el 1, 5, o 9. • No hay ninguna respuesta correcta, sólo usted sabe como se ha sentido cada día. • Si quiere llevar la cuenta de su ánimo por un periodo más largo que una semana, escriba el número que corresponde a su ánimo por cada día en un calendario. 							
Día de la Semana							
El mejor estado de ánimo	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8
	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6
Estado de ánimo regular	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
Estado de ánimo pésimo	1	1	1	1	1	1	1
¿Pudo notar sus pensamientos dañinos?	Si						
	No						

Anexo 4.

Residencia en Medicina Conductual
INTERVENCION MANUALIZADA

Objetivo general de la intervención: enseñar a la paciente técnicas psicológicas (reestructuración cognitiva, activación conductual, psicoeducación, relajación e higiene de sueño) para disminuir el malestar emocional, impactando en sus comorbilidades

Sesiones: individuales, mensuales, con duración aproximada de 80 a 120 minutos.

Plan general de la intervención				
Módulo	Sesiones	Objetivo	Técnicas que se utilizaron	Evaluación
Pensamientos y estado de ánimo	4	El paciente logrará cambiar sus pensamientos irracionales que afectan su estado de ánimo, y entenderá qué es la depresión.	-Psicoeducación -Registro de pensamientos -Reestructuración cognitiva	Ser capaz de: a) entender la conexión entre pensamientos y estado de ánimo; b) identificar y registrar pensamientos; c) lograr cambiar pensamientos que impacten positivamente en su estado de ánimo.
Actividades y su estado de ánimo	4	El paciente logrará realizar conductas (actividades) de manera sostenida.	-Psicoeducación -Planeación de actividades -Solución de problemas -Establecimiento de metas	Ser capaz de: a) entender la conexión entre las actividades y estado de ánimo; b) desempeñar nuevas actividades c) solucionar obstáculos para la realización de actividades; d) mantener el cambio conductual después de finalizar la terapia.

MÓDULO 1: PENSAMIENTOS Y ESTADO DE ÁNIMO

Cada sesión tuvo una duración aproximada de 1 hora 30 minutos

Sesiones	Objetivo	Actividades		Técnica Instruccional	Material
		Terapeuta	Paciente		
1	El paciente entenderá el concepto de depresión y de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y cómo la terapia ayuda a mejorar la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> -Bienvenida y establecimiento de reglas -Brindar información de la depresión y la TCC. -Explicar llenado del termómetro del estado de ánimo. -Explicar tema de conexión entre pensamientos y el estado de ánimo; brindar mensajes claves para entender el tema; proporcionar actividades que refuercen el aprendizaje -Preguntarle sus opiniones sobre la sesión. -Explicar de manera breve el siguiente tema de la sesión descrito en el manual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar y responder a determinadas preguntas --Responder y participar activamente en los ejercicios descritos durante la sesión en el manual. - Exponer su opinión con respecto a la sesión. 	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> -Manual para el paciente módulo "pensamientos y estado de ánimo" -plumas -pizarrón -tarjetas -clips -kleenex -reloj
2	El paciente identificara sus pensamientos dañinos.	<ul style="list-style-type: none"> -Se dan 5 minutos de anuncios importantes para la paciente o el terapeuta. -Repaso del tema de sesión pasada, se hará seguimiento al termómetro del estado de ánimo. -Explicar cómo identificar pensamientos dañinos. -Brindar mensajes claves de los temas para la comprensión y actividades para reforzar lo aprendido. -Preguntar opiniones sobre la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Escuchar y responder a determinadas preguntas -Reportar las actividades realizadas en casa de manera verbal y con los registros dentro del manual. -Responder y participar activamente en los ejercicios descritos durante la sesión en el manual. -Exponer su opinión con respecto a la sesión brindada. 	Psicoeducación Reestructuración cognitiva	

		-Explicar brevemente el siguiente tema descrito en manual.			
3	El paciente logrará contradecir sus pensamientos.	<ul style="list-style-type: none"> -Se dan 5 minutos de anuncios importantes para la paciente o el terapeuta. -Repaso del tema de la sesión pasada. Seguimiento al termómetro del estado de ánimo. -Enseñar estrategias para contradecir los pensamientos dañinos. -Brindar mensajes claves del tema para la comprensión y dejar actividades para reforzar la comprensión en casa. -Preguntarle sus opiniones sobre la sesión. -Explicar brevemente siguiente tema descrito en el manual. 	<ul style="list-style-type: none"> -Escuchar y responder a determinadas preguntas realizadas por el terapeuta, así como reportar las actividades realizadas en casa. -Participar activamente ante las actividades expuestas en el manual. -Exponer su opinión con respecto a la sesión brindada. 	Psicoeducación Reestructuración cognitiva	
4	El paciente aprenderá otras técnicas para contradecir pensamientos.	<ul style="list-style-type: none"> -Se dan 5 minutos de anuncios importantes para la paciente o el terapeuta. -Repaso del tema pasado, se hará seguimiento al termómetro del estado de ánimo. -Enseñar como el paciente puede balancear sus pensamientos con la declaración "sí, pero" y darse un tiempo para preocuparse. -Dar mensajes claves para el entendimiento del tema y dejar actividades para reforzar lo aprendido. -Repaso del módulo. -Exponer un adelanto del próximo módulo. 		Psicoeducación Reestructuración cognitiva	

MÓDULO 2: ACTIVIDADES Y SU ESTADO DE ÁNIMO

Cada sesión tuvo una duración aproximada de 1 hora 30 minutos

Sesión	Objetivo	Actividades		Técnica instruccional	Material
		Terapeuta	Paciente		
1	El paciente realizará una actividad (conducta) y entenderá la importancia de las actividades en su estado de ánimo.	<ul style="list-style-type: none"> -Se dan 5 minutos de anuncios importantes para la paciente o el terapeuta. -Brindar información brevemente de la depresión y la TCC. -Explicar conexión entre actividades y el estado de ánimo. -Brindarle mensajes claves para entender el tema;dejarle actividades para reforzar el aprendizaje. -Preguntarle sus opiniones sobre la sesión. -Explicar lo que se verá en la próxima sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar y responder a determinadas preguntas realizadas por el terapeuta - Participar activamente ante las actividades expuestas en el manual. -Exponer su opinión con respecto a la sesión brindada. 	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> -Manual para el paciente módulo “actividades y estado de ánimo” -plumas -pizarrón -tarjetas -clips -kleenex -reloj
2	El paciente desempeñará nuevas actividades	<ul style="list-style-type: none"> - 5 minutos para anuncio importante de la paciente o el terapeuta -Repaso del tema de la sesión pasada, y seguimiento al termómetro del estado de ánimo. - Lluvia de ideas para seleccionar nuevas actividades a realizar. - Se brindará mensajes claves para la comprensión y actividades para la práctica. -Preguntarle sus opiniones sobre la sesión. -Explicar lo que se verá en la próxima sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Escuchar y responder a determinadas preguntas realizadas por el terapeuta, así como reportar las actividades realizadas en casa. -Participar activamente ante las actividades expuestas en el manual. -Exponer su opinión con respecto a la sesión brindada. 	Psicoeducación Lluvia de ideas	

3	Identificar y resolver obstáculos para realizar las actividades	<p>-5 minutos para anuncio importante de la paciente o el terapeuta</p> <p>-Repaso del tema de la sesión pasada, y seguimiento al termómetro del estado de ánimo.</p> <p>-Se entrenará para solucionar de problemas.</p> <p>-Brindar mensajes claves para entender el tema y actividades para reforzar comprensión.</p> <p>-Preguntarle sus opiniones sobre la sesión.</p> <p>-Explicar lo que se verá en la próxima sesión.</p>	<p>-Escuchar y responder a preguntas realizadas del terapeuta, reportar las actividades realizadas en casa.</p> <p>-Participar activamente ante las actividades expuestas en el manual.</p> <p>-Exponer su opinión con respecto a la sesión brindada.</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Solución de problemas</p>	
4	El paciente fijara metas a largo plazo para orientar su vida.	<p>-5 minutos para anuncio importante de la paciente o el terapeuta</p> <p>-Repaso del tema de la sesión pasada, y seguimiento al termómetro del estado de ánimo</p> <p>-Se enseñará cómo fijarse metas a largo plazo y alcanzables.</p> <p>-Mensajes claves para entender el tema y actividades para la práctica.</p> <p>-Repaso al módulo</p>		Psicoeducación	