

3344-25

Efectos de una intervención cognitivo
conductual para sintomatología psicológica y
calidad de vida en una paciente adolescente
diagnosticada con Linfoma de Hodgkin: Un
Caso clínico.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Alejandra Berenice Uriostegui Garduño

ASESOR: Oscar Galindo Vázquez

CIUDAD DE MÉXICO, 2021



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

Este trabajo es primeramente gracias a Dios, quién siempre estuvo conmigo en los buenos y malos momentos dentro de la carrera, quien me dio sabiduría y entendimiento para este trabajo, y como dice su palabra: Porque Jehová da la sabiduría, Y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia.

Mi familia: siempre estuvieron apoyándome en cada semestre, en cada examen y presentaciones. Porque cuando quería rendirme siempre estuvieron a mi lado, mi mamá y mi papá que a pesar de las adversidades siempre me han provisto de lo necesario, sus consejos y su dirección siempre me han sido de apoyo, mi hermano, quien siempre estuvo conmigo parte de la carrera y ahora mi cuñada Lunita quien la quiero como una hermana, y mi sobrino el pocoyo quien es un motor para seguir adelante. También agradezco a mis abuelitos, tía Silvia, tío Vic, tío Isa, tía Zha, Jessi, Dani, Gissell y Joni quienes siempre estuvieron conmigo a lo largo de la carrera y mi crecimiento. Los amo a todos.

Carly, quien desde primer semestre nos hicimos amigas, te quiero pequeña, agradezco el tiempo en que estuvimos juntas en la biblioteca, estudiando, comiendo, bailando, sonriendo, cada risa y cada momento en la uni fueron increíbles, cuando nos íbamos a Six, también nos vimos crecer y madurar. Te quiero mucho.

Poli, siempre fuiste de gran apoyo, tu compañía siempre fue de bendición, eres una persona increíble y siempre muy emprendedora, y te agradezco por ser mi amiga, y al igual que Carly cada risa, cada tristeza, cada momento de suspenso, siempre estuviste ahí. Mi deseo es verte triunfar. Te quiero mucho.

Homie, quien a pesar de que estuviste el último año con nosotros, me mostraste que tienes un gran corazón, tu sencillez y amor fueron de apoyo para mí, en los momentos donde no sabía que hacer tu siempre fuiste de apoyo, estuvimos en el curso de inglés y era genial pasar horas hablando contigo, sabes que tú eres como un hermano para mí. Gracias por escucharme en mis peores momentos, reírte conmigo en los mejores, eres increíble. Te quiero mi amigo.

Miss Chimal, agradezco siempre su amor y cariño a sus alumnos, una directora que siempre nos apoyó en cada momento, nos orientó y nos alentó. Gracias por su enseñanza, por las pláticas largas y risas compartidas.

Dr. Oscar Galindo, agradezco su paciencia para conmigo, gracias por enseñarme, agradezco su amor y compromiso a la psicología, un buen ejemplo a seguir, gracias Doctor por su enseñanza por invitarme a participar en el seminario y tomarme en cuenta para las actividades. Siempre admiro su esfuerzo para con cada uno de nosotros como estudiantes.

Maestra Susana Sibaja, quien en mi tiempo de servicio social fue un ejemplo a seguir, agradezco su amor a la enseñanza, con usted aprendí muchas cosas en el campo de la psicología.

Joel, amigo quien conocí en el seminario, gracias por siempre instruirme y apoyarme cuando no entendía.

Lau, amits gracias por llegar a mi vida, eres una persona increíble, agradezco a Dios por ponerte en mi vida y ser de apoyo en este último paso de mi carrera, te quiero mucho.

Davic, gracias por ser mi amigo, por alentarme y darme ánimos en este último pedacito de mi carrera. Aun que no lo creas, tu música fue de ayuda. Siempre soñemos en grande :)

Generación ICI, Abi, Jarec, Toñito, Anita, Juliza, Charls, Wen y Sarita. Gracias por ser mis amigos y apoyarme cuando más los necesite. Son increíbles.

Gracias a la Universidad Latina, campus sur, por enseñarme a crecer como profesional y persona

*“Somos arquitectos de nuestro propio destino”
Albert Einstein*

Índice

Agradecimientos.....	2
Índice	4
Índice de tablas	6
Índice de figuras	6
Resumen	7
ABSTRACT	8
Introducción.....	9
Capítulo 1. Adolescentes y adultos jóvenes con cáncer AYA´s.....	11
Adolescencia.....	11
Adolescentes y adultos jóvenes con Cáncer (AYA´s)	13
Epidemiología mundial.....	13
Tratamiento médico	16
Afectaciones psicológicas en pacientes AYA´s.....	18
Capítulo 2. Afectaciones psicológicas en pacientes con Linfoma de Hodgkin.....	21
Capítulo 3. Linfoma de Hodgkin.....	25
Definición	25
Epidemiología.....	27
Epidemiología Nacional.....	31
Factores de riesgo	32
Tipos de Linfomas	34
Estadíos.....	35
Diagnóstico y tratamiento médico	36
Capítulo 4. Intervención cognitivo conductual para pacientes con cáncer.....	39
Técnicas terapéuticas	41

Técnicas de relajación.....	41
Reestructuración cognitiva.....	44
Terapia de Solución de Problemas.....	46
Evidencias de las técnicas cognitivo conductual en pacientes con cáncer	49
Capítulo 5.	52
Justificación y planteamiento de problema.....	52
Pregunta de investigación	52
Objetivo General.....	52
Objetivos Específicos	53
Diseño	53
Identificación de la paciente	54
Instrumentos.....	55
Intervención	60
Carta Descriptiva de la intervención.....	60
Evaluación de efectos de la intervención.....	67
1. Diagrama de Flujo	68
Resultados	69
Interpretación de los resultados	70
Termómetro emocional:.....	71
Análisis de cambio clínico	72
Discusión	72
Limitaciones y perspectivas futuras del estudio.....	75
Conclusión.....	76
Referencias	77
Apéndice.....	93

Apéndice 1. Entrevista básica	93
Apéndice 2. Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria	94
Apéndice 3. Termómetro de malestar emocional	95
Apéndice 4. Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas	97
Apéndice 5. Termómetro Emocional	99

Índice de tablas

Tabla 1. Efectos prevalentes del tratamiento.....	13
Tabla 2. Factores de riesgo.....	24
Tabla 3. Desarrollo de sesiones.....	54

Índice de figuras

Figura 1. Tasa estimada de incidencia a nivel mundial en el 2018 de Linfoma de Hodgkin, en un rango de edad entre los 15 a los 44.....	13
---	----

Figura 2. Tasa estimada de mortalidad a nivel mundial en el 2018 de Linfoma de Hodgkin, en un rango de edad entre los 15 a los 44.....	14
Figura 3. Tasa estimada de prevalencia a nivel mundial en el 2018 de Linfoma de Hodgkin, en un rango de edad entre los 15 a los 44	14
Figura 4. Principales localizaciones linfáticos.....	25
Figura 5. Tasas de incidencia estandarizadas por edad estimadas en 2018.....	28
Figura 6. Ganglio inflamado en la zona del cuello.....	33
Figura 7. Posiciones gráficas de la técnica de relajación.....	42
Figura 8. Técnica gráfica de respiración.....	43
Figura 9. Termómetro de malestar.....	70

Resumen

Introducción: Los adolescentes con diagnóstico de cáncer, con frecuencia presentan síntomas de ansiedad y efectos negativos en su calidad de vida, incluso durante el tratamiento presentan algunos síntomas de depresión. En el presente trabajo se realizó un estudio de caso con enfoque cognitivo conductual en una paciente adolescente con Linfoma de Hodgkin observando sintomatología de ansiedad, malestar emocional y baja calidad de vida.

Métodología: Terapia cognitivo conductual en 8 sesiones mediante un diseño de caso clínico. **Instrumentos:** Inventario de Evaluación funcional de la población de terapia general contra el cáncer en Población general, Escala hospitalaria de ansiedad y depresión, Termómetro de Malestar Emocional y lista de chequeo con el Termómetro emocional.

Resultados: Se identificaron efectos de cambio clínico en síntomas de ansiedad, termómetro de malestar emocional y en estado físico general. **Conclusiones:** Se identificaron efectos benéficos de la intervención psicológica, además, hubo una reducción importante en

sintomatología de ansiedad y malestar emocional, y un aumento en la calidad de vida de la paciente.

Palabras clave: *Terapia Cognitivo-conductual, Linfoma de Hodgkin, Adolescente, Síntomas psicológicos, Calidad de vida.*

ABSTRACT

Introduction: Hodgkin's Lymphoma (HL) is a cancer that grows in lymphatic tissues, such as the neck and / or arms. Adolescents diagnosed with cancer, which have symptoms of anxiety and negative effects on their quality of life, during treatment have some symptoms of depression. In the present work, a cognitive-behavioral approach was carried out in an adolescent patient with HL, observing symptoms of anxiety, emotional distress and low

quality of life. **Methodology:** Cognitive behavioral therapy in 8 sessions using a clinical case design. **Instruments:** Inventory of functional evaluation of the population of general cancer therapy in the general population, hospital scale of anxiety and depression, thermometer of emotional discomfort and checklist with the emotional thermometer. **Results:** Effects of clinical change in anxiety symptoms, emotional distress thermometer and in general physical state were identified. **Conclusions:** We can identify that there were beneficial effects of the psychological intervention, there was a significant reduction in symptoms of anxiety and emotional distress, and an increase in the quality of life of the patient.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Hodgkin lymphoma, Adolescent, Psychological symptoms, Quality of life

Introducción

El Linfoma de Hodgkin, es un cáncer que se encuentra en el tejido linfático de algunas zonas como: el brazo, el hígado y la médula ósea. Es un tipo de cáncer común en población adolescente y adulto joven, con un rango de edad entre 15 a 40 años. En México el cáncer es la tercera causa de mortalidad y siendo el cuarto lugar con una prevalencia del 40% de Linfoma de Hodgkin (American Cancer Society, 2018).

Dentro de la medicina a este grupo de paciente jóvenes con cáncer se les denomina AYA's debido a su acrónimo en inglés: *Adolescents and young adults with Cancer*, el rango de edad es entre los 15 a los 39 años, los cánceres más frecuentes que presenta esta población son: linfoma de Hodgkin, melanoma, cáncer de testículos, cáncer de tiroides y sarcoma. (National Institutes of Health, 2018).

Los pacientes que tienen un diagnóstico de cáncer sufren diversas sintomatologías psicológicas, la atención en síntomas de ansiedad y depresión varían entre los 16% y el 42%, mientras que la estimación de la distimia es del 20%, los pacientes que son diagnosticados a una temprana edad es más probable que sufra algún trastorno psicológico en comparación con los adultos (Park y Rosenstein, 2015)

En este contexto, la terapia cognitivo conductual (TCC) es una de las herramientas más eficientes que existe en el ámbito de la psicología clínica, Gálvez (2009), realizó una revisión de evidencia científica de la TCC, en el cual menciona que estas técnicas han demostrado eficacia en numerosos estudios y se llega con el paciente a una conciencia de su capacidad y responsabilidad dentro de su condición médica.

Por lo tanto, el presente trabajo se realizó una intervención cognitivo conductual en una paciente con Linfoma de Hodgkin en etapa III con riesgo de metástasis, para la reducción de sintomatología de ansiedad, depresión, malestar emocional y calidad de vida quien fue

referida por el servicio de oncología. Se realizaron pre y post test de Escala de ansiedad y depresión Hospitalaria (HADS), de Evaluación Funcional de la terapia de enfermedades Crónicas (FACIT-GP) y termómetro de malestar emocional, además se implementó una Lista de Verificación para observar la evolución de las estrategias. Se implementaron tres estrategias cognitivo conductual: 1. Técnicas de relajación diafragmática y muscular. 2. Reestructuración cognitiva. 3. Solución de problemas. El cual tuvo un efecto positivo en sintomatología de ansiedad, depresión malestar emocional y calidad de vida en la paciente adolescente.

Capítulo 1. Adolescentes y adultos jóvenes con cáncer AYA´s

Adolescencia

La palabra adolescencia viene del latín “*adolecer*”, el verbo *adolecer* en castellano asume dos significados; el primero, es tener cierta imperfección o defecto, y el segundo es el crecimiento y maduración. La adolescencia es un periodo que atraviesa la persona entre la

infancia y la edad adulta en el que se presentan muchos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales (Gaete, 2015).

La adolescencia se inicia en la pubertad y termina alrededor de la segunda década, cuando se obtiene un desarrollo integral tanto físico y una maduración psicosocial. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020), considera que la adolescencia es entre los 10 y 19 años y después se le considera como juventud al periodo entre los 20 y 25 años. Por su parte Güemes, Ceñal y Hidalgo (2017) consideran tres etapas: en primer lugar, la *adolescencia inicial* (10-14 años), en segundo lugar la *adolescencia media* (15-17 años) y por último la *adolescencia tardía* (18 a 21 años).

En los aspectos biológicos se presentan un crecimiento corporal como el peso, la estatura, en caso de la mujer aumento de mamas, en caso de los hombres hay un incremento en la masa y fuerza muscular. Se encuentra una maduración en pulmones y el corazón, un aumento en la trasportación de oxígeno, y por estos cambios se presenta torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos de sueño, esto puede causar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria. También se desarrolla el deseo sexual, esto por la maduración de los órganos reproductivos y un aumento de hormonas (Silva, 2006).

En México el Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2019) hay 44,697,145 de adolescentes, de los cuales 26,493,673 no cuentan con ningún tipo de Seguridad Social, la

tasa de incidencia por cáncer según el Registro de Cáncer en Niños y Adolescentes [RCNA] (2017) a nivel nacional es de 68.1 en Adolescentes por cada 1 millón.

Adolescentes y adultos jóvenes con Cáncer (AYA's)

Los adolescentes y adultos jóvenes con cáncer son un desafío en los servicios de oncología pediátrica y adulta, se le ha etiquetado como “*grupo perdido*” porque generalmente no son el foco de atención, suelen tener una epidemiología distinta debido a su entorno hormonal en evolución, su proceso de maduración, transiciones en la autonomía, demandas crecientes en educación, ingreso al lugar de trabajo y responsabilidades familiares (Fernández y Barr, 2006). De acuerdo con Anderson, Smitherman y Nichols (2018) menciona que la supervivencia relativa es de cinco años en el momento del diagnóstico se ha estimado en más del 80% en pacientes AYA's.

Algunos aspectos psicológicos en pacientes AYA's son principalmente en la dinámica familiar debido a que la mayoría de los jóvenes dependen de sus padres y la carga del tratamiento pueden ser perjudiciales para su vida familiar, el segundo punto es la interrupción de planes escolares, profesionales y laborales, y en tercer punto la vida social, debido a la constante preocupación porque el cáncer regrese (Academia Nacional de Cáncer, 2013).

Epidemiología mundial

De acuerdo con el Globocan (2020), la tasa de incidencia de cáncer a nivel mundial con un rango de edad de 15 a 39 años es de 52.7/100 000 habitantes en Norte América, Oceanía y parte de Europa, mientras que en el resto del mundo oscilan entre 27.4 a 43.2 por cada 100 000 habitantes. La tasa de mortalidad es $\geq 15.2/100\ 000$ habitantes en parte de África y Asia, en los demás países es < 7.1 a 12.3. Y la prevalencia en Norte América, Oceanía y parte de Europa es ≥ 190.3 , en el resto de América, África y Asia es < 55.4 a 122.3. Específicamente el Linfoma de Hodgkin tiene una tasa de incidencia a nivel mundial mayor de 3.2 por cada 100,000 habitantes en la parte de Norte América, Europa y Oceanía, mientras que en América Central, América del Sur, Asia y África hay una tasa de incidencia menor de 0.45 a 1.8/100,000 habitantes (ver figura 1). La tasa de mortalidad a nivel mundial (ver figura 2), parte de Centro América, Asia y África es mayor a 0.32 por cada 100,000 habitantes, por otro lado, podemos observar que la tasa de mortalidad en el resto del mundo es de 0.11 a 0.22/100,000 habitantes. Por último, la prevalencia a nivel mundial tiene un rango del 1.1 a 14.5 por cada 100,000 habitantes (ver figura 3).

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, Hodgkin lymphoma, both sexes, ages 15-39

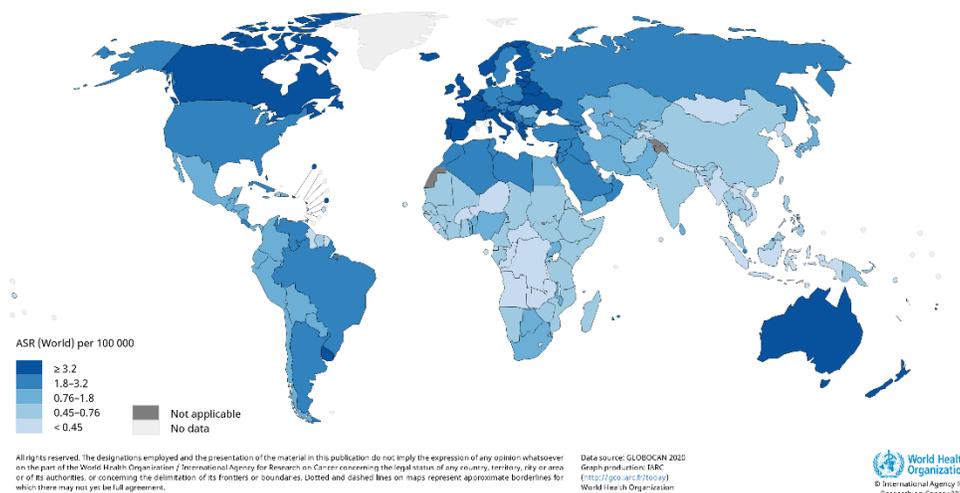


Figura 1. Globocan (2020). Tasa estimada de incidencia a nivel mundial en el 2020 de Linfoma de Hodgkin, en un rango de edad entre los 15 a los 39. Obtenido en: <https://n9.cl/5tzt8>

Estimated age-standardized mortality rates (World) in 2020, Hodgkin lymphoma, both sexes, ages 15-39

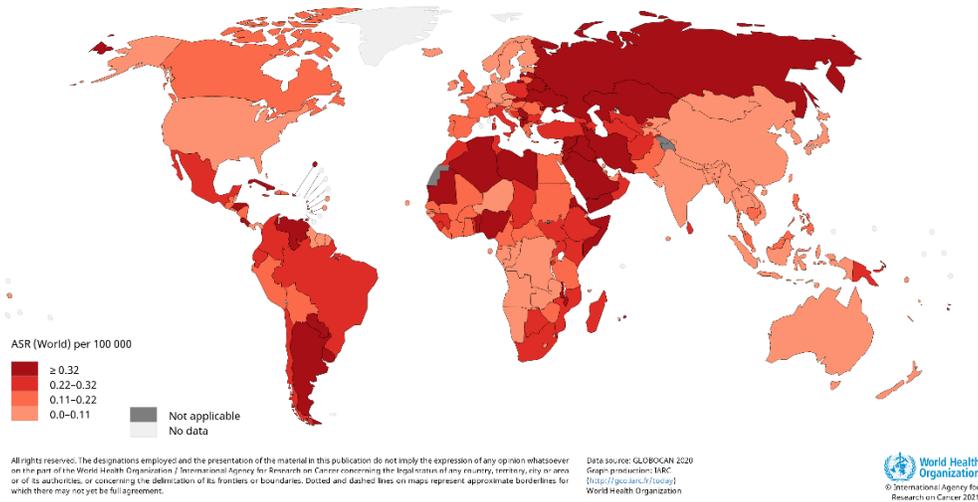


Figura 2. Globocan (2020). Tasa estimada de mortalidad a nivel mundial en el 2020 de Linfoma de Hodgkin, en un rango de edad entre los 15 a los 39. Obtenido en: <https://n9.cl/5tzt8>

Estimated number of prevalent cases (5-year) as a proportion in 2020, Hodgkin lymphoma, both sexes, ages 15-39

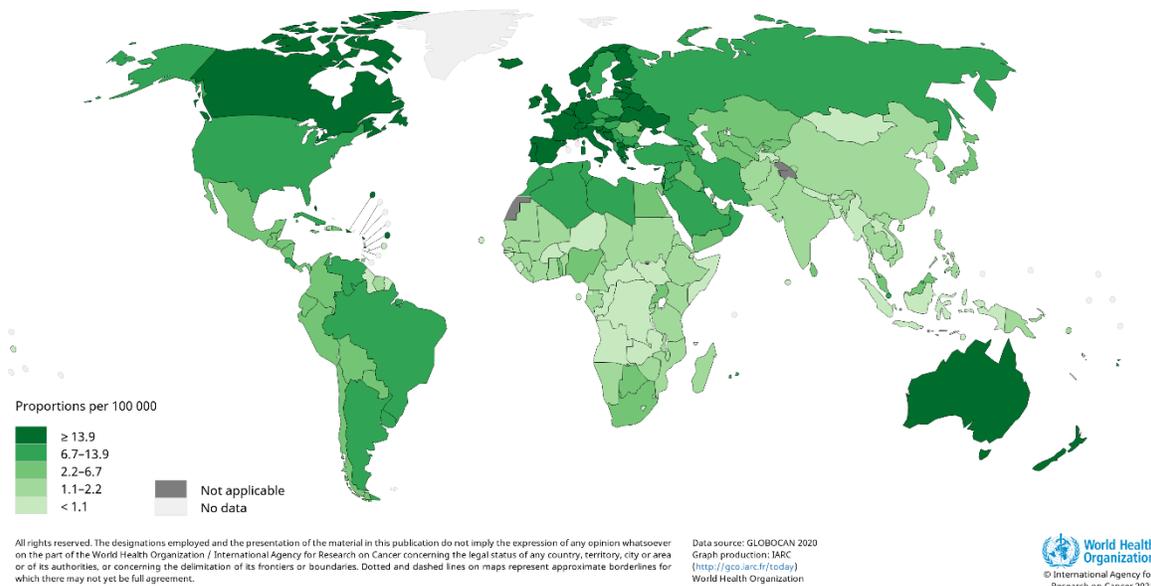


Figura 3. Globocan (2020). Tasa estimada de prevalencia a nivel mundial en el 2020 de Linfoma de Hodgkin, en un rango de edad entre los 15 a los 39. Obtenido en: <https://n9.cl/5tzt8>

La Sociedad Americana contra el Cáncer (2020), realizó un estudio entre el año 2011 a 2015 de diferentes cánceres en población hispana, los resultados en pacientes pediátricos de 0 a 19 años con LH tuvo una tasa de incidencia de 5.8 a 22.5, mencionan que aún no es claro cuáles son los factores de riesgo en esta población.

En México actualmente el cáncer en general es la tercera causa de mortalidad; últimamente se presenta un incremento de mortalidad en cáncer con 191,000 de nuevos casos al año, en el cual, fallecieron 1,129,703 personas entre los años 2000 y 2015, en pacientes pediátricos en el 2015 las defunciones por cáncer fueron de 2,599 (Aldaco et al., 2018).

Tratamiento médico

El tratamiento para el cáncer dependerá del objetivo planteado y de la intervención a tratar, del tumor y la expansión, las condiciones del paciente y su estado funcional, edad y patología.

Los pacientes habitualmente utilizan tratamientos en el control del cáncer: cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea, entre otros, son tratamientos agresivos para el cuerpo, con múltiples efectos secundarios que en muchas ocasiones son difíciles de entender por el paciente puesto que a corto plazo experimenta un empeoramiento de su estado físico (Fernández y Bastos, 2011).

Los fármacos anticancerosos tratan de enfrentar a la enfermedad eliminando las células cancerosas, sin embargo, afecta a las células sanas y normales como: sanguíneas, del pelo, piel y tubo digestivo que suelen ser dañadas por el tratamiento, debido a que la quimioterapia se distribuye en el organismo por medio de la sangre y vasos linfáticos hasta llegar al tumor original, no solo ataca donde se localiza el tumor, sino también al resto del cuerpo (SEOM, 2008).

En la tabla 1 se define los efectos y la prevalencia ante el tratamiento:

Tabla 1.

Efectos y prevalencia del tratamiento de la quimioterapia

Efecto	Prevalencia
Cambios en la percepción de sabores de las comidas y dentales	De 40%, elevándose a un 75% en caso de trasplante de medula ósea.
Náuseas y vómitos	La prevalencia es de un 70-80% de los pacientes que la reciben, siendo de tipo anticipatorio en un 10-44%, constituyendo uno de los fenómenos que más deterioran la calidad de vida del paciente oncológico.

Enteritis neutropénica (dolor abdominal y fiebre.)	Entre un 40-44%
Insuficiencia cardiaca congestiva	Aarece en el 30% de los pacientes que reciben más de 550 mg/m2 de adriamicina, con dosis acumulativas de 1000 mg/m2 aparece en el 50% de los casos.
Toxicidad pulmonar	Es de un 20%, pero la clínicamente significativa es poco frecuente y se presenta de forma esporádica.
Caída del cabello	Con una prevalencia-de un 85-90%.

Obtenido en: Ferreiro, García, Barceló y Rubio (2003). Adverse effects of treatment chemotherapy.

Para una buena adherencia al tratamiento médico y psicológico es importante tener en cuenta los efectos mencionados para mejorar el conocimiento, entendimiento y comprensión del paciente ante el diagnóstico del cáncer.

Afectaciones psicológicas en pacientes AYA´s

Los pacientes con cáncer suelen tener un impacto emocional cuando recibe la noticia de su diagnóstico, el 15% al 25% de los pacientes pueden presentar sintomatología de depresión e ideación suicida, mientras que el 29% de ellos sufre de ansiedad al saber su padecimiento (Cabrera, López, López-Cabrera y Arredondo, 2019). El Instituto Nacional de Cáncer de España (2016) halló que hay pacientes con otras afectaciones emocionales en función a su personalidad, es decir, que en hombres su masculinidad se siente amenazada, no solicitan

ayuda, presentan vergüenza, inclusive las afectaciones reproductivas que puede causar el tratamiento. Por su parte Pérez y Martínez (2015) mencionan que los adolescentes con diagnóstico de cáncer conllevan a un mayor estrés emocional, se reporta que es una experiencia traumática y puede desarrollar sentimientos de ira, ansiedad, miedo y tristeza.

La persona con un diagnóstico de cáncer hace que presente estrés agudo (es una reacción emocional que se provoca por una situación ansiógena), dado que su reacción es de ideas intrusivas y que no puede tener el control de lo que sucederá, la cifras revelan que 6 de cada 10 pacientes lo presentan (Lluch, Almonacid y Garcés, 2007).

En un estudio realizado con 120 pacientes con recién diagnóstico de LH y LNH, para determinar la naturaleza, extensión y momento de morbilidad asociada con el diagnóstico y el tratamiento se concluyó que el 32.5% de los pacientes desarrollaron episodios de ansiedad y depresión y el 30% de los pacientes experimentaron ansiedad o depresión límite durante 15 meses (Devlen, Maguire y Crowther, 1985).

Asimismo, el adolescente diagnosticado con cáncer conlleva un malestar en su vida social y en su vida familiar. Además, empiezan a carecer de herramientas útiles y pierden las herramientas para enfrentarse a la vida y para afrontar problemas. Esta enfermedad conlleva cambios de estilo de vida y cambia las estrategias para desafiar la adolescencia (Pérez y Martínez, 2015).

La Federación Española de Padres (2009), resalta que inquieta al adolescente enfermo es su salud, sus cambios habituales y su desarrollo. También llega a perder la seguridad de sí mismo a través de su diagnóstico, tratamiento y la inquietud que lo rodea en ese momento, la mayoría suele tomarse la noticia de forma desagradable.

La ansiedad, miedo, pérdida de control son frecuentes durante esta etapa, dichos resultados varían de una persona a otra, dependiendo de la particularidad del fármaco y de la de personalidad del paciente (Fernández y Bastos, 2011).

Es importante resaltar que la formación del esquema corporal en la adolescencia es una base fundamental para el desarrollo, esto conlleva a una identidad personal. Las consecuencias del diagnóstico del cáncer provocan pérdidas corporales significativas como alopecia, pérdida de peso, irritación de piel, entre otros. Ante dichas situaciones los adolescentes reaccionan con ansiedad, depresión, disminución del autoestima y cambios en la sexualidad por lo cual requiere una atención especializada con un tratamiento como: terapia psicológica, apoyo social, programas psico-educativos (Lluch, Almonacid y Garcés, 2007).

Capítulo 2. Afectaciones psicológicas en pacientes con Linfoma de Hodgkin

Las afectaciones psicológicas son aquellas emociones que se presentan de formas desadaptativas de un individuo ante un evento. Las afectaciones pueden darse en cualquier momento de la vida y se manifiesta con un desbalance en pensamientos, conductas y autoagresiones físicas o hacia otras personas. Usualmente son emociones negativas como ira, frustración, odio, furia, preocupación constante, miedo, inseguridad, entre otros. Además, se pueden desencadenar trastornos mentales como ansiedad, depresión, fobias, estrés, etc. Para

estabilizar estas emociones negativas es importante tener estrategias psicológicas eficientes para su control (Ramírez, et al, 2016).

El Whinship Cancer Intitute (2020), menciona que diagnosticar cáncer a una persona de forma inmediata empieza afectar en la salud física, bienestar mental y en las relaciones con sus seres queridos; incluso el paciente llega a negar sus problemas emocionales relacionados con el cáncer. Una de las afectaciones psicológicas que llega a padecer los pacientes es la ansiedad y depresión esto puede ocurrir durante la investigación, diagnóstico y tratamiento del cáncer, también algunas emociones que se presentan puede ser la incertidumbre, negatividad, miedo y enojo.

Asimismo, el diagnóstico de cáncer puede afectar la salud emocional tanto de los pacientes como de la familia y cuidadores primarios, desarrollando alteraciones psicológicas como ansiedad angustia y depresión (American Cancer Society, 2020).

De acuerdo con Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia [AEAL] (2008), menciona que cada paciente recibe el impacto ante la noticia de forma distinta, pero se indica que la mayoría de los pacientes con recién diagnóstico de Linfoma de Hodgkin suelen sentirse abrumados, en shock o paralizados, ya que por lo general nunca se espera una noticia así. Además, puede presentarse sentimientos como: son tristeza, miedo,

ira, frustración incluso sorpresa, en adición pueden experimentar sintomatología de ansiedad y depresión.

Por otro lado, Díaz (2017) indica que los pacientes que sufren el LH, desarrolla alteraciones psicológicas como ansiedad durante el tratamiento y una gran carga emocional de tristeza con una prevalencia que varía entre el 15% y el 33%, es posible que se produzca una disfunción o problemas en la dinámica familiar, así como una baja calidad de vida. Algunos efectos psicológicos derivados por el cambio físico en mujeres, es por la caída del cabello siendo un factor para elevar la sintomatología de depresión y llevar a pensamientos erróneos como: “nadie me va a querer” (Die, 2015).

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (2018), indica que algunos problemas psicológicos es la afectación de algunas funciones cognitivas como: aprendizaje, memoria y atención, debido a que la quimioterapia y altas dosis de radioterapia provoca este problema, incluso en su dificultad en procesar información con una prevalencia de entre el 15% a 50% de los pacientes que lo tienen como secuela. También alude a problemas emocionales como miedo a la recurrencia, enojo, culpa, depresión, ansiedad y sensación a la soledad. Igualmente, el malestar emocional se acompaña de trastornos psicopatológicos en más de 30% de los casos, la prevalencia de ansiedad, depresión y malestar emocional es alta y oscilan entre el 2% y el 25%.

En México, el programa INFOCANCER del Instituto Nacional de Cancerología de México INCan (2019), menciona que las personas con LH reportan características psicológicas como miedo, desesperanza y una sensación de no tener defensas propias; el diagnóstico y su tratamiento pueden causar una desestructuración en su vida y la de su familia, encontrándose sometidos bruscamente a importantes cambios amenazadores como dependencia, cambios de imagen corporal, pérdida de capacidades funcionales o incluso el afrontamiento de la propia muerte. También puede desencadenar un nuevo proceso de readaptación en el que se requiere ayuda psicológica para mejorar la calidad de vida durante el proceso de la enfermedad.

Por otro lado, Ovlisen entre otros autores (2020) realizaron un estudio con 945 pacientes sobrevivientes de LH quienes usaron fármacos psicotrópicos, el 22,8% recibieron una prescripción de algún psicotrópico en algún momento después de la fecha del diagnóstico en comparación con 545 personas (11,5%) en la cohorte emparejada. Las incidencias acumuladas con muerte / recaída como riesgo competitivo confirmaron que los pacientes con LH tenían un mayor riesgo de recibir prescripciones de fármacos psicotrópicos, pero el aumento del riesgo fue transitorio y se normalizó para la población emparejada a los 5 años de supervivencia. Mientras que en otro estudio con 200 pacientes se avaluó la asociación de las redes sociales y el apoyo social con la calidad de vida y la fatiga entre los supervivientes de LH a largo plazo con el cuestionario genérico Short Form-12 (SF-12), el cuestionario QoL

para sobrevivientes de cáncer (QOL-CS) y el Multidimensional Fatigue Inventory se utilizaron para evaluar la QoL y la fatiga, llegaron a la conclusión que tanto las redes sociales como el apoyo social se asocian con una mejor calidad de vida y menores niveles de fatiga en los supervivientes de HL (Soares, et al., 2013).

Como una idea general es importante una intervención psicológica para disminuir síntomas psicológicos que llegan a presentar los pacientes. Y se puede resaltar que los malestares psicológicos que se presentan frecuentemente es ansiedad, depresión y una menor calidad de vida.

Capítulo 3. Linfoma de Hodgkin

Definición

El Linfoma de Hodgkin (LH), se descubrió en el año 1832 por Tomas Hodgkin quien, a través de la autopsia a siete pacientes con ganglios y brazos aumentados de tamaño, asumió que se trataba de alguna infección linfática, inclusive descubre los principales síntomas asociados (Murrieta, Villalobos y García, 2009).

Los linfomas son un tipo de canceres que inician en los glóbulos blancos llamados linfocitos, se originan cuando las células comienzan a crecer descontroladamente. Existen 2 tipos de

cáncer: el Linfoma de Hodgkin (LH) y el Linfoma de No Hodgkin [LNH] (SEOM, 2018).

Para entender el linfoma, Walker (2014) menciona que se debe saber lo siguiente (véase la fig.1 como ejemplo gráfico):

- La médula es el centro esponjoso del interior de los huesos, es donde se producen las células sanguíneas.
- Las células sanguíneas se originan en la medula, empiezan a ser como células madre, posteriormente se vuelven en glóbulos rojos, blancos y plaquetas en la medula. Estas mismas entran en la sangre.
- Las plaquetas crean tapones que detiene el sangrado en la zona de una lesión.
- Los glóbulos rojos se encargan de llevar el oxígeno a todo el cuerpo.
- Los glóbulos blancos su trabajo es combatir las infecciones. Existen dos principales tipos: las células que ingieren gérmenes y los linfocitos que combaten ~~contra~~ las infecciones.
- El plasma contiene vitaminas, minerales, proteínas, hormonas, entre otras sustancias químicas. Es la parte líquida de la sangre, que es agua.

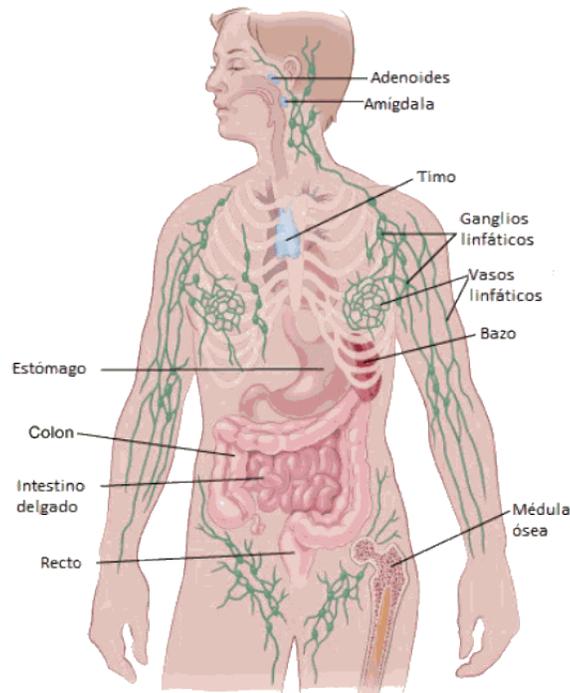


Figura 4. Principales localizaciones linfáticas. Obtenido en: <https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-dogkin/acerca>

El tejido linfático consta de distintos tipos de células que integran el sistema inmune, que se ocupan en conjunto para proteger el organismo de infecciones. Gran parte del tejido linfático son linfocitos, los cuales se subdividen en dos tipos: los linfocitos B (su función es defender al cuerpo contra gérmenes produciendo anticuerpos que atacan las bacterias o virus), los linfocitos T¹ -existen varios tipos- (Murrieta, Villalobos y García, 2009).

Epidemiología

De acuerdo con el Observatorio Global del Cáncer [GCO] (2020), menciona que la Tasa de incidencia estandarizada por edad (ASR) en el mundo en el año 2020, de todos los cánceres

de ambos sexos, en el rango de edad de 15 a 39 fue de cada 100 000 personas 3.2 en Oceanía y parte de Europa y Norte América fueron diagnosticadas con cáncer, mientras que en Asia, África, Centroamérica y América del sur hubo una tasa de incidencia entre 0.45 a 3.2/100 000 (véase la figura 5).

De acuerdo con la Asociación española contra el Cáncer (2018), menciona que el linfoma de Hodgkin supone el 10% de los linfomas. Y a nivel mundial se estima una incidencia de 79.990 nuevos casos, Es una enfermedad de la edad adulta, que se da con mayor frecuencia en dos periodos: entre los 15 y 40 años y en los mayores de 55 años. Se diagnostican cada año unos 2 casos por cada 100.000 habitantes y es ligeramente más frecuente entre los varones. El LH en niños es poco frecuente, siendo solo aproximadamente un 5% de los cánceres en edades infantiles.

La Sociedad Americana Contra el Cáncer, calculó que para el año 2019 el LH en los Estados Unidos son aproximadamente 8,110 nuevos casos (3,540 mujeres y 4,570 hombres). La tasa relativa de supervivencia a 5 años para todos los pacientes diagnosticados con LH es aproximadamente 86%. Ciertos factores, tales como la etapa (estadio) del linfoma de Hodgkin y la edad de la persona afectan a estas tasas.

Los linfomas son los tumores más frecuentes en Estados Unidos, y se posicionan en quinto lugar de los tumores. Su incidencia aumentó en la última década de 2 a 3% por año, siendo

alrededor del 85% de casos de LNH, en cambio hay un 25 % de casos de LH una incidencia de 3.4 por cada 100,000 habitantes al año, donde varones son el 47.7% y 54. 3% en mujeres (Guerrero, Magaña, Medina y López, 2015). Las tasas correspondientes son: en hombres 1.1% (576 casos) y 0.9% (481 casos) para mujeres (Ferlay, et al., 2020).

Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, Hodgkin lymphoma, both sexes, ages 15-39

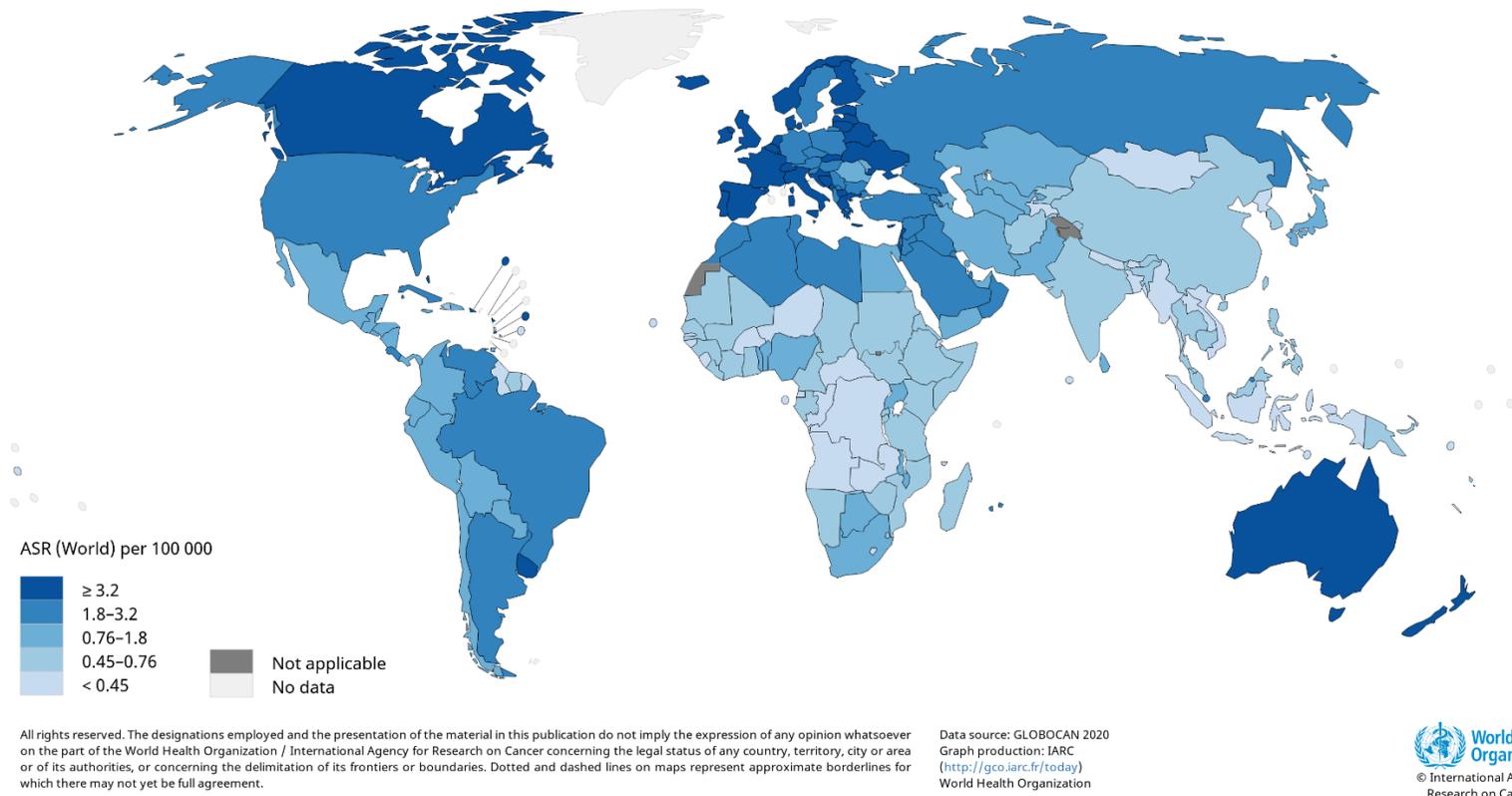


Figura 5: International Agency For Research on Cancer, (2020). Estimated age standardized incidence rates in 2020. Obtenido en: <https://gco.iarc.fr/today/>

Epidemiología Nacional

En México domina en el cuarto lugar como la periodicidad de linfomas siendo 40% de LH y 60 % de Linfoma de no Hodgkin, la incidencia del LH es en: CDMX, Nuevo León, Jalisco, Puebla, Sinaloa, Veracruz y Coahuila (Rivera, 2017). En GLOBOCAN (2018), menciona que hubo 2 388 casos nuevos, en un rango de 20 y un porcentaje de 1.3, el número de muertes fueron de 543 y se tuvo una prevalencia de 5 años de 8 101.

Los linfomas en México han sido la octava causa de muertes con una incidencia ajustada por la edad de 7.8 por cada 100,000 habitantes, en un estudio multicéntrico en México se analizaron 523 casos en 11 hospitales (Pérez, 2018). De acuerdo con el Observatorio Global de Cáncer (2018) el LH en México en un rango de edad de 15 a 44 años, tiene una prevalencia de 1.7 por cada 100 000 habitantes, hubo 4 235 casos prevalentes con una proporción de 6.6, en la tasa de mortalidad es 0.22 por cada 100 000 habitantes con un riesgo acumulado de 0.01.

Por otro lado, la Gaceta Mexicana de Oncología, realizaron un sistema de datos en todo México con individuos que asistieron a cualquier institución mexicana, fueron entrevistados sobre tratamiento de LH, los resultados obtenidos en la tasa de incidencia fue de 1.93/100,00 personas al año, en tasa de mortalidad fue de 0.44/100,000 (Rivas,et. al, 2019).

Factores de riesgo

La Organización Mundial de la Salud, menciona que los factores de riesgo es cualquier característica o hábito de una persona que tiene para incrementar una probabilidad de sufrir alguna enfermedad (OMS, 2020). Se dividen en dos modificables y no modificables, los *modificables* son aquellas que podemos actuar y cambiar, como ingesta de alimentos, hábitos y conductas, mientras que los *no modificables* son aquellas que no podemos cambiar como por ejemplo la edad, estatura o genética (Toledo et al, 2020).

Los factores de riesgo causan que una persona sea más propensa a padecer el linfoma de Hodgkin (aunque aún no está claro por qué los factores aumenten el riesgo). Sin embargo, se ha observado que, si las personas tienen uno o hasta varios factores de riesgo, esto no puede significar que se padecerá el LH (American Cancer Society, 2018):

Tabla 2.

Factores de riesgos modificables y no modificables

Factor de riesgo Modificable	Factor de riesgo No Modificable
Tener VIH aumenta el riesgo.	Es más común en la edad adulta temprana (especialmente en las personas de 20 a 29 años) y después de los 55 años.
Las personas que toman medicamentos para suprimir el sistema inmunitario después de un trasplante de órganos y personas con enfermedades autoinmunes.	Es más frecuentemente en los hombres (100 000 el 2.7 fue diagnosticado con cáncer) mientras que en las mujeres (100 000 el 2.0 fue diagnosticada con cáncer). Antecedente familiar, los hermanos y las hermanas de personas jóvenes. Haber padecido mononucleosis infecciosa (una infección causada por el virus de Epstein-Barr que se disemina a través de la saliva), aumentaba el riesgo de desarrollar LH hasta tres veces (Bellás, 2004).
Obtenido en: American Cancer Society (2018)	

Tipos de Linfomas

El LH se describe histológicamente por la insuficiencia de las células malignas en el tumor y la exuberancia de células reactivas no malignas acompañantes. Las células se denominan de Hodgkin cuando son mononucleares (es una célula sanguínea caracterizada por poseer un único núcleo redondo). La evidencia señala que la célula que causa el LH proviene de un linfocito B (Sánchez y Álvarez, 2016). El Instituto Nacional de la Salud de EUA {NIH} (2018), nos menciona que el primer signo son ganglios linfáticos de gran tamaño (véase figura 2), puede esparcirse a ganglios cercanos hasta llegar a pulmones, hígados o medula ósea. Los síntomas que se presentan son: inflamación de los ganglios linfáticos del cuello, axilas e ingle, fiebre y escalofríos, sudores nocturnos, pérdida de peso, pérdida de apetito y picazón en la piel.



Figura 6: Corpus. Vol. 1 (1997). Ganglio inflamado en la zona del cuello.

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMMS] (2016) el LH es una enfermedad que tiene cuatro características: 1) a menudo aumentan a nivel ganglionar, 2) su frecuencia persiste en adultos jóvenes, 3) se hayan en los tejidos neoplásicos que se encuentran las células tumorales, dentro de un conjunto de células inflamatorias no neoplásicas, 4 se localizan rodeadas de linfocitos T.

Bellas (2004), menciona que el LH tiene una diferencia a la mayor parte de las neoplasias malignas, en específico a la composición celular, que forma un componente mayor por células inflamatorias, llevando un efecto a grupos ganglionares como: el hígado, brazos y medula ósea. También menciona en estudios epidemiológicos donde la evolución de la enfermedad es por un agente infeccioso por la poliomielitis (virus que ataca la médula espinal y provoca atrofia muscular y parálisis).

Estadíos

En los linfomas se describen por divisiones del tumor y el avance que puede obtener, esto se le llama estadíos y se clasifican del I-IV (ASCO, 2017).

- Estadio I: El cáncer se ubica en la región de los ganglios linfáticos.
- Estadio II: Se utiliza de acuerdo con las siguientes condiciones

- El cáncer se encuentra en 2 o más regiones de ganglios linfáticos del mismo lado del diafragma
- El cáncer daña a un órgano y los ganglios linfáticos ubicados cerca del lugar del linfoma, con o sin la representación de cáncer en otras zonas de los ganglios linfáticos del lado igual del diafragma.
- Estadio III: El cáncer se ubica en la parte superior y debajo del diafragma. Además, puede presentar un peligro en los órganos extra linfáticos, comprometiendo el brazo u otras zonas cercanas.
- Estadio IV: El linfoma se extiende a otros órganos más allá de los ganglios linfático, implicando el hígado, la médula ósea o los pulmones.

Diagnóstico y tratamiento médico

Para recibir un tratamiento médico, es importante su diagnóstico. Para esto se necesitan los estudios, de acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer (2018) es recomendable realizar:

- Exploración de tomografía computarizada: para explorar los posibles ganglios, del cuello, pecho, abdomen y pelvis.

- TEP: (tomografía por emisión de positrones), se inyecta azúcar radioactiva, debido a que el linfoma las absorbe más rápido que las células normales, esto facilita su localización.
- Biopsia de medula ósea: se utiliza para buscar células de linfoma en la medula ósea, adquiriendo una muestra de un hueso largo o de la cadera

Ansell (2015), menciona que se tiene que especificar la intensidad y la duración del tratamiento para LH. También se tiene que observar el estadio en el que se encuentra, para dar un tratamiento adecuado. Sin embargo, pacientes con estadios precoz, se utiliza como tratamiento la radioterapia de campo extendido, aun que suelen recaer fácilmente y esto ocasiona un aumento de complicaciones a largo plazo, por lo que se sugiere que se combine la radioterapia y la quimioterapia ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina) en estadios de I al III. No obstante, si el pronóstico es favorable es necesario realizar de 2 a 4 ciclos con dosis aproximadas de 20 a 35 Gy (dosis absorbida procedente radiaciones ionizantes).

La quimioterapia y la radioterapia es el tratamiento más recomendable, sin embargo el uso de ABVD (Doxorrubicina 25 mg/m² , Bleomicina 10 mg/m² , Vinblastina 6 mg/m² y Dacarbacina 375 mg/m² , todas las drogas vía intravenosa, en días 1 y 14 de ciclos de 28 días) en pacientes de 19 a 40 años, hombres y mujeres, al finalizar el tratamiento el 91% de

los pacientes logró una respuesta completa y solo dos pacientes fueron refractarios a tratamiento, este tratamiento ha dado buenos efectos a pacientes con LH localizados (Díaz, Soto y Erns, 2017).

También se realizó un estudio en pacientes entre 16 a 75 años, estadio de I a II, con una población de 571 pacientes con tres ciclos de ABVD, se sometieron a una exploración de PET siendo un 74.6% con resultados negativos, se pudo evidenciar que los resultados negativos de PET después de tres ciclos de ABVD sugieren un buen pronóstico con o sin radioterapia de consolidación (Radford, Illidge, Counsell, Hancock, Pettengell, Johnson, Barrington, 2015).

Capítulo 4. Intervención cognitivo conductual para pacientes con cáncer

El modelo conductista fue una fuente importante para el desarrollo de la TCC con autores como: Wundt (fines del siglo XIX), Pavlov (1897), Watson (1913), y Skinner (1953) en este mismo sentido vieron que no solo es la conducta si no también la influencia que tiene las emociones y los pensamientos, la TCC son intervenciones en el proceso de la información a nivel cognitivo, conductual y emocional, para controlar los síntomas de alguna psicopatología con duración de 10 a 20 sesiones (Hernández, 2013).

La terapia cognitivo conductual (TCC), es una técnica breve y con objetivos limitados, principalmente fue diseñada por Aaron T. Beck a comienzos de los años sesenta como una propuesta para reducir sintomatología depresiva, pero se ha comprobado su efectividad para distintos trastornos mentales. El foco primario de este modelo terapéutico es identificar y cambiar patrones des adaptativos de pensamiento y del comportamiento, generando mejores resultados que únicamente administrar medicamentos en los pacientes (Chávez, Benítez y Ontiveros, 2014).

La TCC son combinaciones de las teorías de aprendizaje y de procesamiento de información para poder interpretar conductas de las personas, obteniendo estrategias conductuales y tratamiento para las manifestaciones que determina la cognición. Realiza un énfasis en los procesos de aprendizaje y el medio que los rodea, siendo un conjunto para comprender un

desarrollo integral. El objetivo es modificar las cogniciones a través de los procedimientos conductuales, esto puede modificarse tanto cognitivamente, conductualmente o ambas (Ramallo, 1981).

También es un modelo para tratar diversos trastornos mentales, ayuda a personas o pacientes a modificar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas desadaptativas por otras más funcionales, se ha mostrado eficaz ante trastornos de ansiedad y depresión (Puerta y Padilla, 2011). En una revisión de literatura en el periodo del 2005 al 2010, se observó que un total de 45 artículos a cerca de la TCC en paciente con cáncer, se observó un efecto benéfico reduciendo sintomatología depresiva, ansiedad, dolor, fatiga, estrés, y trastornos del sueño en pacientes con cáncer de mamá, se concluyó que es de importancia atender a estos pacientes con morbilidad psicológica (Galindo et al., 2013).

Las TCC se han utiliza de forma aislada o se unen diferentes técnicas como imaginaria, técnicas de relajación, técnica de afrontamiento, entre otros, que se han destinado al control de sintomatología, la mejora del estado emocional y el funcionamiento del paciente oncológico. Diferentes estudios has demostrado sus resultados favorables en relación con las náuseas, vómitos, el dolor y el cansancio, utilizando específicamente las técnicas de reestructuración cognitiva y de relajación (Villoria, Fernández, Padierna y González, 2015).

En comparación con un estudio realizado por González, Gonzáles y Estrada (2015), llevaron a cabo la eficacia de la TCC en pacientes con cáncer de mama con una población de 22 pacientes, se concluyó que hubo un cambio clínico significativo en malestar emocional, calidad de vida y disminución de síntomas físicos.

Monroy y Greer (1989) mencionan que desarrollaron la terapia psicológica Adyuvante (TPA) como un modelo integral cognitivo conductual, se basa en la terapia de depresión de Beck, sus objetivos son: Reducir la ansiedad, depresión y otros síntomas psicológicos, mejora el ajuste mental del cáncer, promueve un sentido de control personal y participación activa en tratamientos, desarrolla estrategias de afrontamiento efectivas para tratar los problemas de la enfermedad, mejora la comunicación del paciente y su familia, y por ultimo fomenta la expresión de sentimientos negativos (como se cita en Fernández y Bastos, 2011). Así que con la información recabada y los estudios visto, podemos observar la eficacia de la TCC en pacientes con cáncer y su cambio clínico significativos en esta población.

Técnicas terapéuticas

Técnicas de relajación

La técnica de relajación progresiva fue diseñada por Jacobson en 1929, logra relajar profundamente los músculos, enseñando a la persona a reconocer el nivel de tensión de

distintas partes del cuerpo (cara, hombros, espalda, entre otros) así como también para lograr una reducción en la tensión fisiológica y nivelar la ansiedad (Castro y Macías, 2010).

Ibañez y Manzanera (2012), mencionan que son estrategias que sirven para mantener un control físico, la relajación muscular y de respiración profunda hace que las emociones negativas como ansiedad, enfado e ira disminuyan. El estado de relajación conlleva cambios en el organismo opuestos a los que produce la ansiedad: el ritmo cardiaco y la presión arterial reduce, la temperatura corporal aumenta, el nivel de tensión muscular reduce, la respiración se empieza a hacer más lenta y todas las funciones fisiológicas se desaceleran. Vorvick (2018) también menciona que las técnicas de relajación ayudan a disminuir la presión arterial y la frecuencia cardiaca, esto es una respuesta de relajación del cuerpo.

Por su parte, la relajación muscular es una técnica eficaz para controlar la tensión excesiva, como es la ansiedad, el dolor, enojo o depresión, entre otras. El método de aplicación consiste en fraccionar nuestro cuerpo en distintos grupos musculares, provocar voluntariamente tensión contrayendo cada grupo, con intensidad lo suficientemente alta como para notarla claramente pero no llegar a sentir dolor y, a continuación, eliminar la tensión soltando los músculos contraídos para pasar a un estado de relajación (Ibañez y Manzanera, 2012).

Este procedimiento, el ciclo de tensar y soltar es un instrumento para aprender a identificar y posteriormente provocar las sensaciones de relajación en nuestro cuerpo. La postura

recomendada para practicar la relajación es estar cómodamente en una posición sentada, con la cabeza, los brazos y las piernas apoyados, en una habitación tranquila, con luz indirecta y, sobre todo, realizando el entrenamiento sin prisas ni interrupciones (Ibáñez y Manzanera, 2012).

En las siguientes figuras que son de autoría propia, podemos observar las posiciones graficas sobre la técnica de relajación.

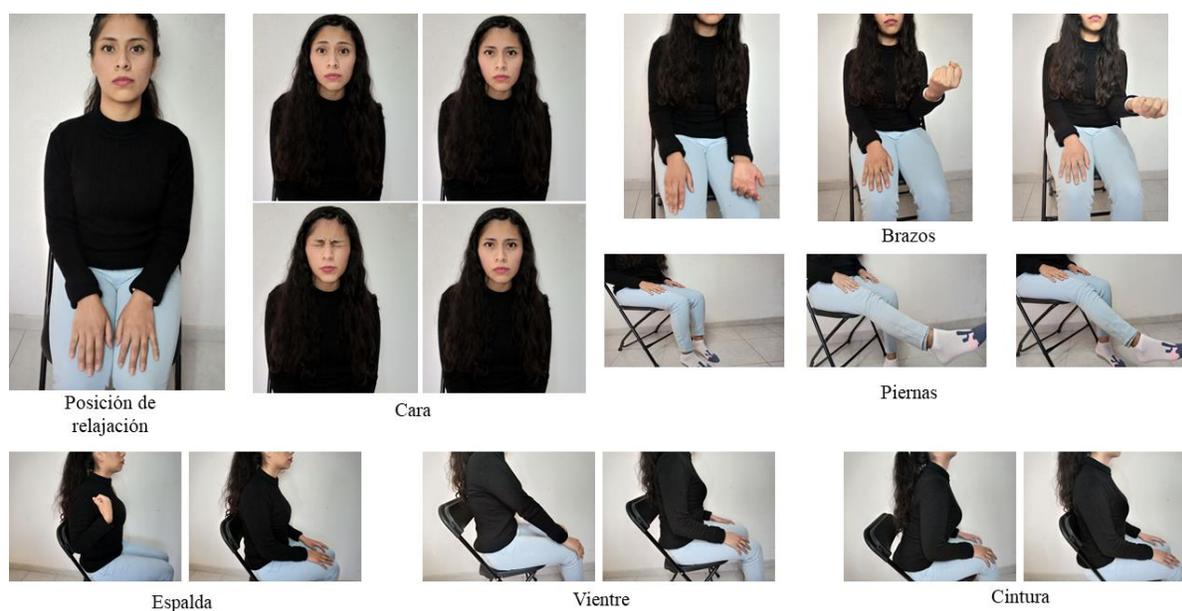


Figura 7. Posiciones gráficas de la técnica de relajación.

Las técnicas de respiración es otra estrategia para mantener un autocontrol, la postura para llevarla a cabo será estar cómodamente sentado. Se inspirará suave y lentamente por la nariz (3-4 segundos), se notará cómo se llenan los pulmones y cómo estómago y abdomen salen

hacia fuera. Se mantiene el aire dentro (2-3 segundos) y espira muy lentamente por la boca (4-5 segundos) hasta eliminar completamente el aire de los pulmones. Se repite el ciclo 5 veces, descansando unos minutos, y realizando después 5 ciclos de inspiración-expiración más (Ibañez-Tarin y Manzanera-Escartí, 2012).



Figura 8. Técnica gráfica de respiración.

Reestructuración cognitiva

La técnica de reestructuración cognitiva (RC) fue diseñada por Albert Ellis en 1958, es una técnica cognitivo conductual más sugeridas entre la psicología clínica, consiste en que el paciente identifique y cuestione sus pensamientos, esto conlleva a que se vean modificados los pensamientos siendo más adaptables y se reduzca las emociones negativas, se ha

mostrado eficaz para tratar trastornos de ansiedad, depresión, bipolaridad, entre otros (Bados y García, 2010).

Este conjunto de técnicas tiene como finalidad modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que presenta el paciente, y su creencia no tiene un fundamento racional. Es una intervención terapéutica eficaz, basándose en dos supuestos básicos: a) las cogniciones influyen en la conducta y en el afecto de los individuos; y b) las creencias deben ser consideradas como inferencias sobre la naturaleza del mundo más que como hechos concretos sobre el mismo (Caballo, 1998). Sánchez, Alcázar y Olivares (1999), menciona que esta técnica está encaminada a identificar y modificar cogniciones desadaptativas de las personas haciendo un impacto sobre su conducta y sus emociones.

Este proceso cognitivo del paciente lo ayuda a hallar un mecanismo de autoafirmaciones, y se le enseñe a tomar una distancia de la certeza con la que se mantiene una determinada creencia y lleve a cabo una evaluación sistemática de la exactitud de las creencias y distorsiones cognitivas que la mantiene (Caballo, 1998). Antonia y García (2008), plantean que la reestructuración cognitiva tiene una base teórica bien establecida, fundamenta respectivamente la adaptación de síntomas, extinción de las respuestas desadaptativas y la modificación de la forma y/o el contenido de las cogniciones, la evidencia de los resultados es positivos.

El procedimiento de la RC es realizar una investigación en que las creencias, expectativas y pensamientos automáticos se tratan como hipótesis y se tienen que probarse antes de ser asumida como hechos. El paciente y el terapeuta colaboran de forma activa en la identificación de áreas problemáticas y en el diseño, después se ponen en una práctica objetiva que ayuda a validar dicha creencia. La finalidad no es persuadir al paciente para que realice el cambio, sino que se utiliza la evidencia generada por el mismo como base para fundamentar el cambio (Caballo, 1998).

Terapia de Solución de Problemas

Esta técnica fue desarrollada por Nezu, con el objetivo de tratar la depresión quien enseña a los pacientes a tener la capacidad de resolver problemas, la teoría de solución de problemas plantea que el ser humano continuamente afronta situaciones que lo sobrepasa y eso conlleva que el paciente no tenga las herramientas suficientes para solucionar, y en este sentido sostiene que los problemas van desde los más altamente estructurados hasta los que se encuentran en la vida diaria (Nezu, Nezu y Perri, 1989).

En la terapia de Solución de Problemas implica cuatro sistemas, que a continuación se desarrollará (Rojas, 2010):

1. Procesamiento de la información: los procesos de pensamiento que se activan en la solución de problemas suponen una búsqueda que va dirigida hacia el archivo conocido

como memoria de corto o largo plazo; la cual puede o no contener información previa que pueda auxiliar al ser humano en la solución de los problemas

2. La estructura de la tarea: referida a la descripción de las conductas requeridas para la resolución del problema. Esta estructura establece los límites definiendo las alternativas permitidas para alcanzar la respuesta.
3. Los espacios del problema: alude a la representación mental o gráfica que la persona debe hacer de la situación.
4. La información presente en los espacios del problema: cada nudo resuelto en el proceso de la solución del problema representa un paso que el sujeto evalúa y decide si lo ayuda en la solución o no; estos pasos suponen un progreso.

Vázquez (2002), menciona que esta técnica se dirige a manejar particularmente a la carencia para solucionar problemas producidos por acontecimientos o sucesos cotidianos que puede producir depresión, las personas que poseen la habilidad es menos probable que se depriman a lo largo de la vida. Esto es a lo que le llama proceso de solución de problemas como un tratamiento para la depresión.

En la solución de problemas se combinan dos procesos complejos: uno es *la comprensión*, la cual genera un espacio del problema y otro *la solución* que explora el espacio del problema

para que de esta forma se intente resolverlo. Stemberg propone algunas habilidades de pensamiento importantes para la resolución de problemas (Rojas, 2010):

1. Identificación de Problemas: la habilidad para descubrir la existencia de problemas es una característica primordial para continuar con el proceso de solución de problemas.
2. Definición del problema en términos concretos: es decir, distinguir el problema real de los imaginarios que puedan conducir a quejas en lugar de soluciones.
3. Exploración de posibles estrategias de solución.
4. Descomposición de un problema complejo en sub-problemas que sean más manejables.
5. Definición clara del cambio que se quiere alcanzar para tratar de evitar quedar atrapado en soluciones erradas que complicarían más el problema.
6. Habilidad para encontrar las inconsistencias en los argumentos de las propuestas.
7. Formular y poner en marcha un plan para producir dicho cambio

El modelo se centra en el afrontamiento que debe tener el paciente con depresión en la solución de problemas y haya una reducción a la sintomatología depresiva, Nezu plantea cuatro objetivos 1) que identifique un antes y después del episodio depresivo, 2) minimizar el impacto de negativo de la sintomatología depresiva actuales y futuros, 3) aumentar la

eficacia de la solución de problemas en situaciones actuales y 4) brindarle suficientes soluciones para eventos futuros (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997).

Evidencias de las técnicas cognitivo conductual en pacientes con cáncer

Algunas de las evidencias de la TCC en pacientes con cáncer son las siguientes, por ejemplo, en una investigación realizada por Fernández, Martín, Sánchez y Bejar (2016), tuvieron como objetivo de comprobar el contexto clínico habitual en oncología, analizando para ello, una muestra de pacientes y familiares (n = 4.924), donde resalta que la intervención psicológica en el ambiente oncológico se obtiene un resultado favorable con un número de sesiones de tratamientos relativamente menores, como resultado el 85% de los pacientes reciben menos de ocho sesiones y sobresale un bienestar en calidad de vida y alivio de síntomas.

Una revisión de artículos de literatura con el sistema PICO en el periodo de enero de 2009 a diciembre de 2013, menciona que el efecto de mayor magnitud en insomnio, fatiga, estrés, bienestar emocional, funcionamiento físico y afrontamiento fue empleando por la terapia cognitivo conductual entre otras, con un puntaje de entre 0,80 y 1,4, lo cual se considera como un tamaño de efecto grande según Cohen en pacientes con diferentes diagnósticos (Galindo, et al., 2014).

Muñoz y Bernal (2016), realizaron una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, donde analizaron artículos científicos publicados desde febrero de 2007 hasta febrero de

2016, con pacientes oncológicos investigando la eficacia de los abordajes psico-oncológicos, se encontraron 40 artículos mostrando que 34 de los artículos demuestran ser efectivos en la reducción de la ansiedad, expresando la posibilidad de crear acciones no farmacológicas y sean benéficas al paciente.

Por su parte, Arcinas, Olallo y Antón (2012), presentan un artículo mostrando el trabajo realizado desde un punto médico y psicológico en un caso de carcinoma seroso papilar primario extraovárico. La paciente mostraba un proceso de negación adaptativa y limitaciones psicofuncionales que afectaban a su calidad de vida, además de ansiedad, bajo estado de ánimo y preocupaciones cognitivas afectando también el ambiente familiar, se realizaron técnicas cognitivo conductual (técnicas de relajación, higiene de sueño, regulación cognitiva, entre otras). Concluyeron que la terapia fue eficaz para el manejo médico y se hayo una mejora en la relación familiar, destacando la importancia de la ayuda psicológica en el área clínica.

Gonzales, Gonzales y Estrada (2015), realizaron un abordaje TCC en pacientes con cáncer de mama con el fin de disminuir niveles de ansiedad y depresión, desarrollar habilidades de afrontamiento positivo y mejorar la percepción de calidad de vida, en diez sesiones, demostraron diferencias estadística y clínicamente significativas en calidad de vida, en el dominio de salud física y relaciones interpersonales, en la sub-escala de ansiedad y en la

escala global del HADS, $t(14)=2,81$, $p=0,014$ y en la sub-escala de la negación como tipo de afrontamiento $w=74$, $p=0,048$. Concluyeron que la terapia cognitivo conductual demostró eficacia no solo en el área médica si no en diversas áreas de la vida personal del paciente.

En conclusión, podemos observar que las técnicas cognitivo conductual son eficientes en el ámbito clínico para pacientes oncológicos reduciendo sintomatología depresiva, ansiosa y calidad de vida, en un número de 8 a 10 sesiones con cambios significativos clínicos es importante mencionar que estas técnicas son de ayuda para esta población mejorando su bienestar psicológico y médico.

Capítulo 5.

Justificación y planteamiento de problema

De acuerdo con la literatura, los principales problemas psicológicos en este grupo de pacientes son ansiedad y depresión, así también como una menor calidad de vida por los cambios causados por el tratamiento médico. Los reportes de intervención psicológica en pacientes AYA's son escasos en población mexicana por lo que realizar un caso clínico como una aproximación inicial para el conocer los efectos de la intervención cognitivo conductual de este grupo de pacientes resulta relevante.

Pregunta de investigación

¿Qué efectos tiene una intervención cognitivo conductual en la sintomatología de ansiedad, depresión, malestar emocional y calidad de vida en una paciente adolescente con Linfoma de Hodgkin?

Objetivo General

- Analizar el efecto de una intervención cognitivo conductual en el manejo de sintomatología de ansiedad, depresión, malestar emocional y calidad de vida en una paciente adolescente con Linfoma de Hodgkin

Objetivos Específicos

- Evaluar los efectos de la relajación progresiva diafragmática y muscular en la sintomatología de ansiedad.
- Evaluar los efectos de la relajación progresiva diafragmática y muscular en calidad de vida
- Evaluar los efectos de la solución de problemas en malestar emocional y sintomatología depresiva.
- Evaluar los efectos de reestructuración cognitiva en calidad de vida.

Hipótesis

- H1: Se espera que mediante la relajación progresiva diafragmática y muscular disminuya la sintomatología de ansiedad.
- H2: Se espera que mediante la solución de problemas no aumente la sintomatología depresiva y malestar emocional.
- H3: Se espera que mediante el registro y modificación de pensamiento la paciente tenga calidad de vida.

Diseño

El diseño es un caso clínico, de acuerdo con Nezu (2006) el caso clínico es aquella investigación donde se seleccionan métodos de tratamiento puede considerarse como un

conjunto de hipótesis por una teoría de personalidad y una orientación psicoterapéutica particular, las variables independientes a estudiar son los resultados de las escalas mientras que las variables dependientes son los resultados de la intervención clínica. De acuerdo con Nock, Michel y Photo (2007) mencionan que los estudios de casos únicos contienen la recopilación de datos seleccionados, permitiendo al investigador notar las complejidades derivadas de la historia clínica donde finalmente los datos se recopilan y se da una solución al problema actual.

Identificación de la paciente

Paciente femenina de 17 años con 7 meses de edad, hija única quien vive con su mamá y su abuela, reside en la Ciudad de México, estudiaba la media superior con un promedio regular, la cual tuvo que abandonar por el diagnóstico de Linfoma de Hodgkin (LH), se observa un aislamiento en su círculo social.

La paciente es referida al servicio de psicología pediátrica en el mes de febrero del año 2019 por el servicio de oncología motivo de interconsulta mencionando: *“Paciente de 17 años con diagnóstico reciente de Linfoma de Hodgkin, se solicita valoración y seguimiento para soporte psico-emocional”*.

De acuerdo con su expediente, en el mes de enero la paciente ingresa al área de hospitalización, para realizarse estudios debido a una tos persistente, le detectan el LH y

empezara con quimioterapia, la paciente deja de asistir a la escuela, y en la entrevista clínica menciona que “*presenta problemas para dormir y ansiedad*”. Refiere que por las noches se siente extremadamente triste y eso conlleva a no poder dormir por pensamientos constantes de angustia *No sé qué pasará y el tratamiento si no sirve me voy a morir* por el diagnóstico, sin mencionar los vómitos y mareos que causan el tratamiento médico (quimioterapias).

En la entrevista clínica (ver formato de entrevista. Anexo 1) se observan indicadores no verbales de ansiedad (por movimientos constantes descendentes y ascendentes en las piernas), comenta que se siente preocupada y triste.

Se identifica ansiedad moderada, asociada a su diagnóstico de LH, a lo largo de las sesiones la paciente presenta pensamientos disfuncionales, como “el tratamiento no funciona” “me voy a morir” por lo cual se brinda una interconsulta al equipo médico de psiquiatría, una vez valorada por el servicio indican no tener necesidad de llevar un tratamiento psiquiátrico por lo que se toma la decisión en equipo para dar prioridad a la terapia cognitivo conductual. Por otro lado, la tristeza al igual que la angustia es causada por la misma situación más en concreto, por la pérdida de cabello, que ha afectado su calidad de vida y su autoimagen.

Instrumentos

Se realizó una *entrevista clínica* (anexo 1) con 11 preguntas, como: su nombre, fecha de nacimiento, edad, fecha actual, lugar de nacimiento, lugar que ocupa dentro de sus

hermanos, antecedentes académicos, si ha recibido algún apoyo psicológico, y si la paciente sabe el motivo del cual fue referido a psicología.

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HASD-M, por sus siglas en inglés) (anexo 2) Fue desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), es una escala auto aplicada con formada por 14 ítems que permite utilizarse en medios hospitalarios no psiquiátrico o en atención primaria. Es un instrumento que considera dimensiones cognitivas y afectivas, deje fuera síntomas físicos así evita atribuirlos a la enfermedad. El alfa de Cronbach en población mexicana es de 0.79 en la subescala de ansiedad, mientras que en la subescala de depresión (6 reactivos), de 0.80. El alfa de Cronbach es de 0.86, con 12 reactivos para la versión en México. La HADS en población mexicana presentó una estructura similar siendo un instrumento válido y confiable en población hospitalaria (Galindo, et al, 2015).

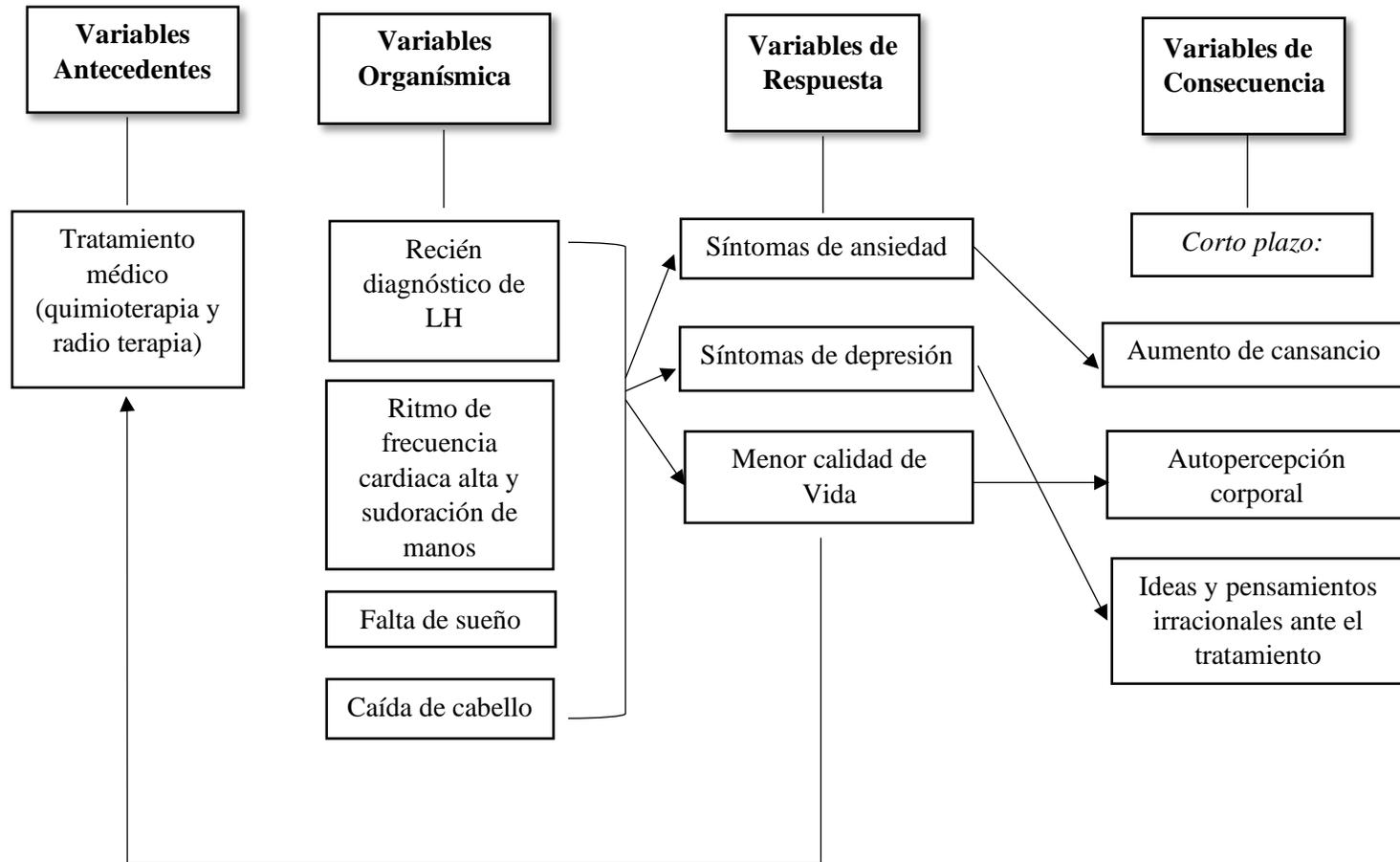
Termómetro de Malestar Emocional: Fue desarrollado por Roth Kornblith, Copel, Howard y Holland, (1998) consiste en una escala visual que evalúa el nivel de malestar emocional mediante un solo ítem en una escala de 11 puntos (desde 0=ausencia de malestar emocional hasta 10= malestar emocional extremo). Se ha utilizado para la detección temprana del malestar emocional en pacientes con distintos tipos de cáncer con un un punto de corte de 4. Para la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD) que incluye el termómetro de malestar emocional el punto de corte de 15 o más, se obtuvieron los siguientes

valores predictivos: valor predictivo positivo de 82% y valor predictivo negativo de 90%. se determinó la sensibilidad, encontrando un valor de 93%, y una especificidad de 76% (Almanza, Juárez y Pérez, 2008).

Calidad de vida - Inventario de Evaluación funcional de la población de terapia general contra el cáncer de Población general (FACT-GP) (anexo 3) Fue desarrollado por David Cella (1987) los puntajes del FACT-GP oscilan entre 0-108. Las puntuaciones para las subescalas de bienestar físico (PWB), bienestar social / familiar (SWB) y bienestar funcional (FWB) oscilan entre 0 y 28, y entre 0 y 24 para el bienestar emocional (EWB) sub escala. Las puntuaciones más altas representan una mejor calidad de vida.

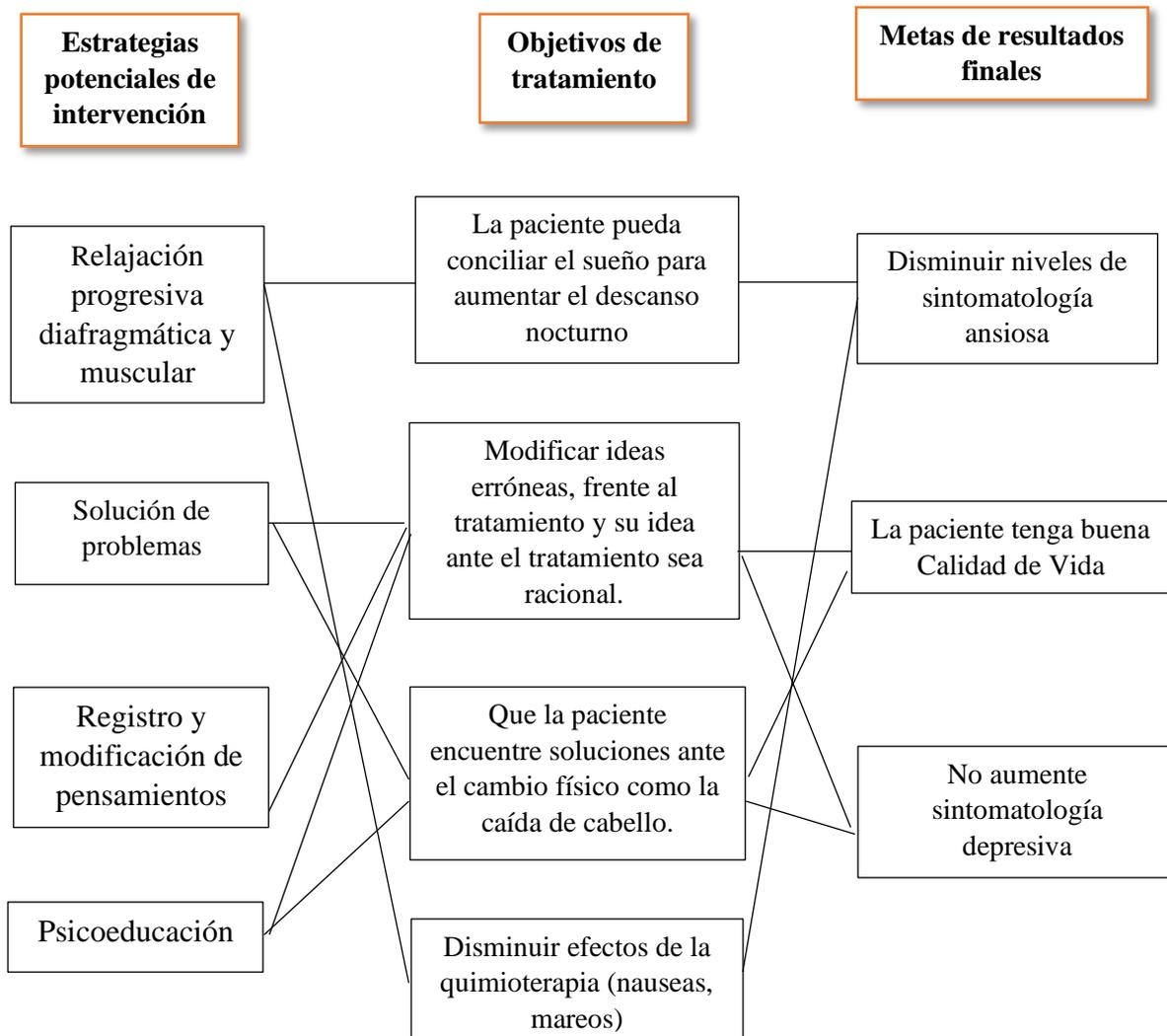
Termómetro emocional: Es una herramienta que cuenta con cinco escalas analogavizual de simple de detección rápida y modular para la detección y monitoreo de trastornos emocionales en la práctica clínica. Fue creado por Alex-Mitchell (2013) y tiene un diseño simple analógico visual. Los puntos corte individuales específicos es en Distrés de 4 a 10, Depresión de 6 a 10, Ansiedad de 6 a 10 y en necesidad de Ayuda de 4 a 10, se clasifica como altos. Se sugiere que en los cuatro termómetros el punto de cohorte sea de 0 a 3 bajo y de 4 a 10 altos.

4.5 Mapa clínico de patogénesis



Establecimiento de las metas del tratamiento

Mapa de alcance de metas



Selección, aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos en esta fase

Intervención

Las técnicas utilizadas son cognitivo conductual, debido a sus efectos positivos que ha presentado en las variables clínicas que también tiene la paciente “la TCC es una opción benéfica para el abordaje de la ansiedad en pacientes con cáncer, realizando tres técnicas” (Ramírez et al., 2014), mientras que en un estudio se mostró que la TCC permitió afrontar de mejor forma las situaciones que se le presentan en función del padecimiento y de las dificultades típicas del paciente con cáncer (Garduño, Riveros y Sánchez, 2010) , 1. Relajación progresiva diafragmática y muscular, 2. Solución de problemas y 3. Reestructuración cognitiva, las sesiones brindadas fueron 2 extra temporales y 7 sesiones terapéuticas.

Carta Descriptiva de la intervención

A continuación (ver tabla 3. Carta descriptiva) se expone el desarrollo de cada una de cada una de las sesiones, con su objetivo de sesión, su desenlace y la culminación de esta.

Tabla 3.

Carta descriptiva

Primera sesión extra-temporal

Objetivo: Explicar a la paciente la dinámica de la intervención, su duración, número de sesiones y evaluación. Se establecieron los objetivos de la intervención

- 20 minutos: Se realizó una entrevista clínica (véase el formato de entrevista, anexo 1) para conocer a la paciente.
- 5 minutos: Se dio un encuadre terapéutico y se comentó la intervención a realizar.
- Posteriormente se proporcionó el consentimiento.

El paciente aceptó por lo que se realizó:

- 10 minutos: Aplicación de escalas (HADS, Termómetro emocional y FACIT GP).
- 5 minutos: Se proporcionó actividad de llenado del termómetro de malestar para que la paciente realizó un auto-registro de emociones, señalando en un porcentaje:
 - 10% (triste, pésimo, sin ganas de hacer nada, siento que voy a llorar, que no le importó a nadie)
 - 50% (más o menos, me da igual, no es importante)
 - 100% (feliz, increíble, divertido, súper, grandioso)

Resultados:

La paciente y tutor (madre) a cargo accedieron a la participar en la intervención se conoce a la paciente quien constantemente mueve las manos y piernas (probable síntoma de ansiedad), se observó que la paciente es receptiva a las preguntas. Se comienza a hacer report y se indaga el motivo de consulta. Se le brindó un calendario de automonitoreo y rueda de emociones

para que identificará cada una de ellas, se explicó el llenado para el calendario de auto-registro.

Primera sesión terapéutica

Objetivo: Se entrenó a la paciente en la técnica de respiración diafragmática para disminuir sintomatología de ansiedad.

- 5 minutos: Se revisó las tareas y la actualización del estado de ánimo
- 15 minutos: Psico-educación del estado médico, cognitivo, emocional y conductual, así también lo que consiste la TCC y las técnicas a trabajar en sesiones.
- 15 minutos: Se explicó y entrenó a la paciente en respiración diafragmática.
- 5 minutos: Se brindaron tareas para la siguiente sesión
- 5 minutos: Se aclararon dudas y preguntas de la paciente.

Resultados:

Se observó dentro del calendario de autorregistro de la paciente un mayor número de días donde reporta sentirse triste y cansada, se explica la importancia de la diferencia que hay entre emociones, pensamientos y comportamientos, la paciente verbaliza que entiende la diferencia y se realiza dinámica de refuerzo de lo aprendido.

Segunda sesión terapéutica

Objetivo: Se consolidó la técnica de respiración diafragmática y se entrenó a la paciente en técnicas de relajación muscular.

- 5 minutos: Se hizo revisión de tareas y la actualización del estado de ánimo
- 10 minutos: Se realizaron ejercicios identificando en la vida cotidiana una situación y como reaccionamos ante el problema, separando las emociones, el pensamiento y la conducta.

-
- 15 minutos: Se entrena a paciente para la técnica de relajación muscular
 - 5 minutos: Se brindó tareas para la siguiente sesión
 - 5 minutos: Se aclararon dudas de la paciente

Resultados:

Se consiguió reforzar los ejercicios de la primera sesión, se realizaron los ejercicios de relajación muscular. Se recuerda la importancia de llevarlo a cabo al menos de 2 a 3 veces al día.

Tercera sesión terapéutica

Objetivo: Consolidar técnicas de relajación diafragmática y muscular. Se explicará a la paciente los principios de registro de pensamiento y lo que consiste.

- 3 minutos: Revisión de tareas y actualización del estado de ánimo.
- 15 minutos: Practica, ejercicio y consolidación de la técnica de relajación diafragmática y muscular.
- 15 minutos: Principios de registro de pensamiento (se dio un panorama general de lo que consistía y su objetivo).
- 3 minutos Se brindó tarea para la siguiente sesión.
- 4 minutos: Se aclararon dudas de la paciente

Resultado: Se dio seguimiento a su ciclo de quimioterapia anterior, quien expresa que le ayudo la respiración para controlar los mareos y conciliar el sueño. Se trabajó principios de registro de pensamientos y se brindan 3 tarjetas de tarea con el fin de que la paciente anote los pensamientos más concurrentes, diferenciando el pensamiento, la emoción y la conducta. Se consolidó las técnicas de relajación.

Cuarta sesión terapéutica

Objetivo: Identificar pensamientos erróneos ante el tratamiento y sean adaptativos. Explicar el objetivo de la técnica de solución de problemas y consolidar su relación.

- 5 minutos: Se revisó las tareas correspondientes y se hizo una actualización del estado de ánimo
- 10 minutos: Se practicó y se realizaron ejercicios de registro de pensamiento.
- 15 minutos: Se explicó lo que consiste la técnica de solución de problemas.
- 5 minutos: Se brindaron tareas para la siguiente sesión.
- 5 minutos: Se resolvieron las dudas de la paciente.

Resultados: Se enseñó a la paciente a identificar los errores de los pensamientos irracionales y las creencias. La paciente expresó que teme a que la quimio no haga ningún efecto, se trabajó ese pensamiento, se externó lo real y lo irracional de su creencia con información de su evolución en el tratamiento médico, y se fundamentó un pensamiento racional. Después se explicó los principios de solución de problemas y se dejó de tarea que anotara todo lo que pareciera un problema en cada ámbito de la vida.

Quinta sesión terapéutica

Objetivo: Entrenar a la paciente en la técnica de solución de problemas. Consolidar la técnica de registro de pensamiento y verificar que sean más adaptables.

- 5 minutos: Se realizó una revisión de tareas y actualización del estado de ánimo.
- 5 minutos: Se verificó que los pensamientos sean adaptativos.
- 10 minutos: Se practicó y ejerció la técnica de resolución de problemas
- 10 minutos: Se brindaron tareas para la siguiente sesión (su auto-registro y que la paciente identifique una creencia ante su condición médica y no le esté ayudando)

-
- 5 minutos: Se aclararon las dudas de la paciente

Resultados:

Se identifica que los pensamientos ante el tratamiento sean adaptativos. Se trabajó con la tarea antes descrita, dando lluvia de ideas donde la paciente tomará 3 soluciones y ponerlas en práctica en el tiempo que transcurra de la sesión quinta a la sexta.

Sexta sesión terapéutica

Objetivo: La paciente lleve a cabo la técnica de solución de problemas viables y se realizar un reforzamiento a las técnicas ya brindadas en las sesiones pasadas. Se dará un plan de prevención por recaídas

- 5 minutos: Se revisó las tareas y se actualizó el estado de ánimo.
- 10 minutos: Se consolidó y se reforzó la técnica de solución de problemas.
- 10 minutos: Se reforzaron técnicas de relajación muscular diafragmática y muscular, registro y modificación de pensamiento y solución de pensamiento.
- 10 minutos: Se explica el plan de recaídas, su objetivo y la intención. En esta sesión se identificaron las barreras emocionales, conductuales o afectivas que aumenten sus síntomas.
- 5 minutos: Tareas a brindar para la siguiente sesión.
- 5 minutos: Se aclararon las dudas de la paciente

Resultados:

La paciente comentó que las soluciones que se llevaron a cabo en la sesión las iba a llevar a cabo, como por ejemplo usar peluca, intentar de usar maquillaje, salir con amigas a tomar un helado, se refuerza que no todas las soluciones serán la mejor opción, pero siempre se debe tener un “plan b”, se hace reencuentro de las actividades y temas vistos en las sesiones

pasadas y se reforzaron todas las técnicas. Se realizó una presentación de power point a la paciente, explicando el plan de prevención por recaídas, y la importancia de cada paso. La paciente aprueba el plan y se brinda cita tres meses después.

Séptima sesión terapéutica

Objetivo: Se dio una retro alimentación de las sesiones de trabajo terapéutico, se valoró el plan de recaídas y se brindará posible alta.

- Se hizo un reforzamiento (práctica y ejercicio) de las estrategias brindadas y ya desarrolladas por la paciente.
- La paciente identifico las áreas en las que debe seguir trabajando como: su autoconcepto y utilizar las técnicas de relajación para las próximas quimioterapias.
- Se hizo una retroalimentación para que por ella misma tenga la capacidad de afrontar las dificultades.
- Se aclararon dudas de la paciente y se brindó prealta.

Resultados:

Se observa a la paciente con menos sintomatología ansiosa. Cabe resaltar que ya no presenta pensamientos desadaptativos ante el tratamiento médico y sus horas de descanso ha mejorado. También que se ha podido tener una mejora en su calidad de vida. Por lo que se brinda una cita para aplicación de pruebas para valorar su calidad de vida y si disminuyó la sintomatología ansiosa, depresiva y malestar emocional.

Segunda sesión extra-temporal

Objetivo: Aplicar escalas (HADS, Termómetro emocional y FACIT GP) para observar el cambio clínico de las sesiones terapéuticas, resolver ultimas dudas y brindar alta.

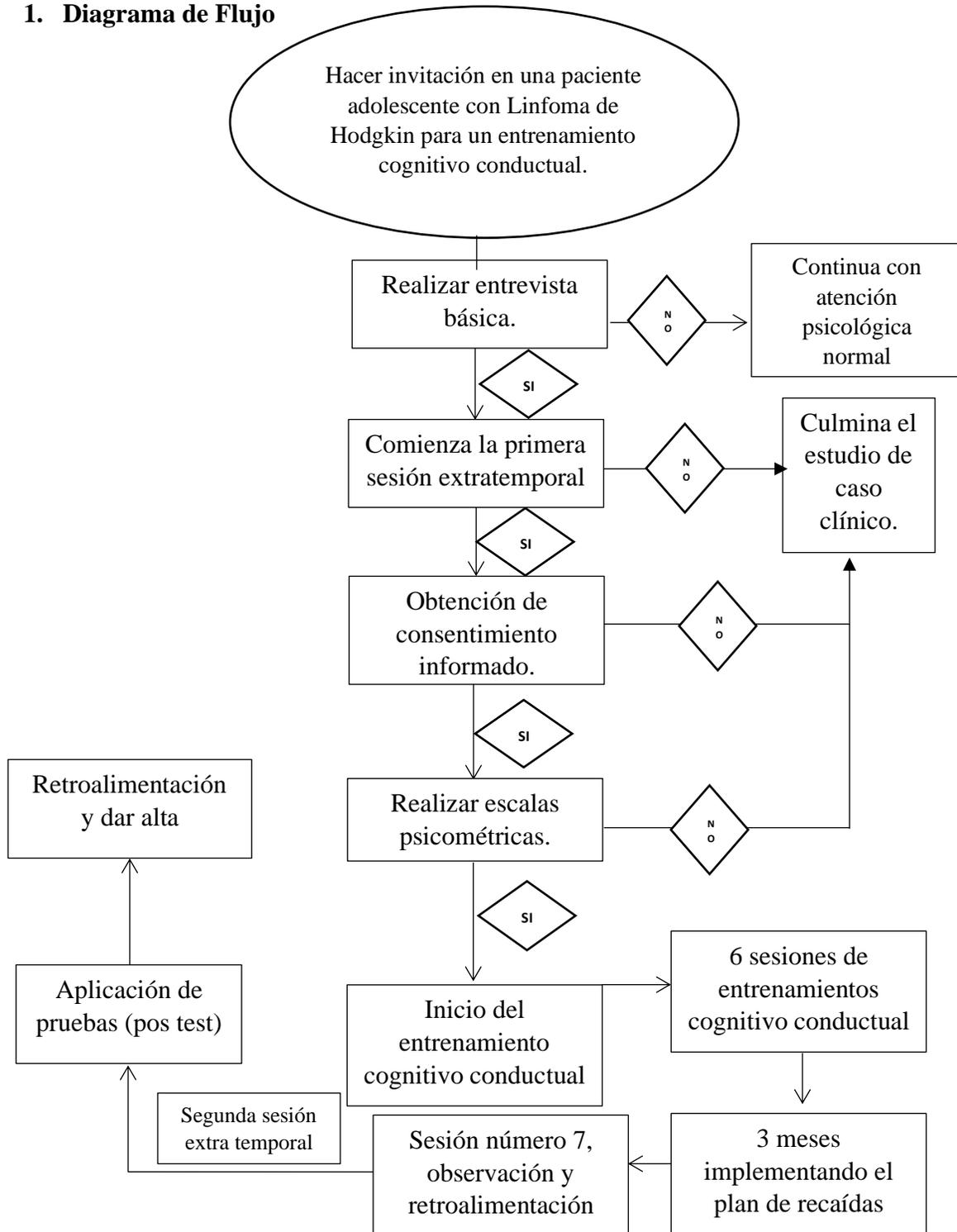
-
- Se realizaron tres escalas para hacer comparar los resultados de la primera y la última sesión.
 - Se brindó de alta a la paciente haciendo resumen de las actividades realizadas dentro de las sesiones.

Resultados: La paciente menciona “Me siento mejor y más tranquila a lo que pasará con mi tratamiento, puedo tener un mejor descanso y he encontrado soluciones para sentirme bien en mi persona, me siento autónoma en mis emociones y sé que puedo resolver y llevar a cabo cada una de las técnicas”. Se realizan las pruebas y se identifica una reducción importante en sintomatología de ansiedad, no se haya aumento de sintomatología depresiva y se observa buena calidad de vida por lo que se determina brindar alta.

Evaluación de efectos de la intervención

Para evaluar los efectos de la intervención se utilizó la prueba de Cardel para identificar el cambio clínico se computó el porcentaje como la diferencia entre la puntuación de postest y pretest dividido entre el pretest con un cambio clínico significativo mayor de 20% de cambio.

1. Diagrama de Flujo



Resultados

En la siguiente (tabla 4), podemos observar los puntajes obtenidos de los instrumentos y posteriormente los resultados de la lista de verificación.

Tabla 4.

Puntajes pre y post de pruebas psicométricas y los resultados de la lista de verificación.

Instrumentos	1 sesión extra temporal	2 sesión extra temporal
HADS	Sintomatología de ansiedad: 7 Sintomatología de depresión: 2	Sintomatología de ansiedad: 2 Sintomatología de depresión: 1
Termómetro de Malestar Emocional	Escala análoga visual: 5 pts. Problemas prácticos: 1pts. Problemas familiares: 0 pts. Problemas emocionales: 4 pts. Problemas físicos: 9 pts.	Escala análoga visual: 0 pts. Problemas prácticos: 0 pts. Problemas familiares: 0 pts. Problemas emocionales: 0 pts. Problemas físicos: 2 pts.
FACIT GP	Estado físico general: 5.6 pts. Ambiente familiar y social: 19.6 pts. Estado emocional: 10.5 pts. Capacidad y funcionamiento personal: 25.6 pts.	Estado físico general: 25.6 pts. Ambiente familiar y social: 36.4 pts. Estado emocional: 4.5 pts. Capacidad y funcionamiento personal: 25.6 pts.
	TOTAL: 61.3	TOTAL: 92.1

Instrumento	Termómetro	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7
Lista de verificación "Termómetro Emocional"	Malestar emocional	1	5	3	2	3	3	2
	Sint. Ansiedad	3	6	1	1	0	1	2
	Sint. Depresión	0	0	0	4	1	5	1
	Ira	5	2	1	2	2	5	1
	Necesidad de Ayuda	0	4	3	6	4	3	1

Interpretación de los resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, utilizando la prueba de Cardel (1994) para identificar el cambio clínico mayor a 20% el cual es considerado un cambio significativo (Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez, 2005), podemos observar que, en sintomatología de ansiedad, en el pre test se haya una puntuación de 7 el cual se refiere a una *ansiedad leve* y en el post test con un puntaje de 2 es decir una *ausencia de sintomatología de ansiedad* lo cual representa un cambio clínico de 71.4%. Mientras en sintomatología en depresión no hubo cambios, por lo que el resultado fue positivo debido a que no se hayo un aumento de la sintomatología de depresión, con un cambio clínico de 50%. Por último, en Calidad de Vida podemos observar un cambio significativo positivo de 50.24%.

De acuerdo con los resultados obtenidos en Malestar Emocional pretest un resultado de 5 el cual indica que la paciente presenta un *malestar emocional*, mientras que en el *post test* presenta un puntaje de 0, es decir, una *ausencia de malestar emocional*, con un cambio clínico de 100%. Mientras en los resultados de HADS, se observa en el *pretest* una puntuación de 14 y una puntuación en el *post test* de 2, a la cual alude a una ausencia de malestar emocional con un cambio significativo de 85.71%.

Termómetro emocional:

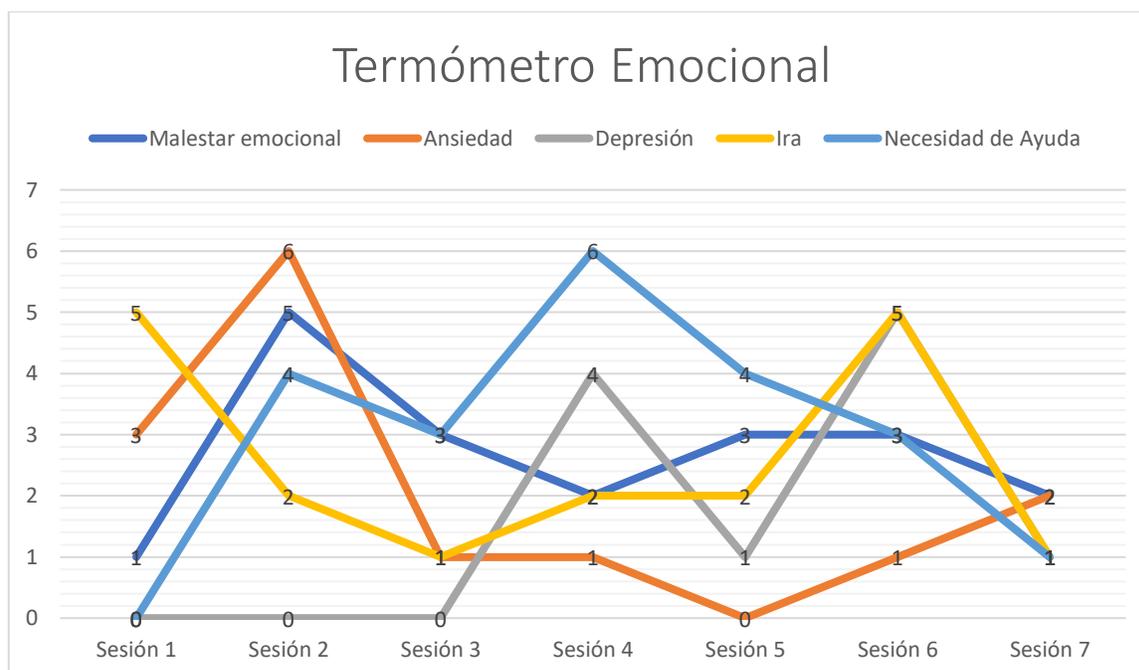


Figura 9. Termómetro emocional

De acuerdo a la gráfica podemos observar que en *Malestar emocional* y *Ansiedad* se mantiene en un nivel bajo después de la sesión 3, en síntomas de *depresión* se denotan un aumento en las sesiones 4 y 6 por pensamientos irracionales ante el tratamiento por lo que se trabajó reestructuración cognitiva y es por eso que en la sesión 7 hay un puntaje de 1 (quiere decir: ausencia), en la siguiente área, *Ira*, se observa un puntaje bajo desde la sesión 2 hasta la 5, después se halla un repunte en la sesión 6 pero en la sesión 7 hay una ausencia, mientras que en *Necesidad de ayuda* se percibe un descenso desde la sesión 4 hasta la 7. Cabe mencionar que en la sesión 7 hay una ausencia en todos los reactivos. Por lo que

podemos observar el avance de cada una de las técnicas realizadas y cada una fue realizada en el tiempo adecuado en la aparición por cada sintomatología.

Análisis de cambio clínico

Con los puntajes obtenido anteriormente, podemos observar que hay una reducción importante en sintomatología de ansiedad, mientras que la depresión podemos observar que se mantuvo baja la sintomatología depresiva, también se observa calidad de vida en la paciente. Mientras que en la lista de verificación podemos observar que los puntajes varían, sin embargo, en la última sesión todos los indicadores son por debajo al punto de cohorte.

Discusión

La TCC consiste generar una sensación de progreso en la paciente a través de la revisión de los auto registros, lista de verificación o mediante la búsqueda de evidencia empírica que avale los avances en las principales áreas que se considere deben ser tratadas, esto puede ser de ayuda para una adherencia al tratamiento médico. Por lo que el diseño de caso clínico es de importancia porque así se puede estudiar cada variable con precisión y el efecto que tiene cada una de las intervenciones para la mejora psicológica del paciente.

De acuerdo con Stanford Children's Health, el modelo de atención de pacientes AYA's debe ser multidisciplinar, proporcionando atención y apoyo, terapia recreativa, atención psicológica y gestión de dolor, los pacientes AYA's experimentan mayor ansiedad, depresión

y angustia en comparación con sus pares que se encuentran sanos, ha habido estudios en los cuales se les da un soporte psicoemocional cuando ya están en fases avanzadas o en pacientes supervivientes por lo que es necesario una atención temprana (Lauteritz, et al., 2017).

Principalmente la técnica de relajación se observó un efecto positivo en la paciente, por lo que concuerda la literatura como nos menciona Castro y Macías (2010) esta técnica sirve para relajar los músculos del cuerpo disminuyendo la ansiedad y obteniendo relajación en el cuerpo, esta técnica ayudo favorablemente a la paciente también para el control de las reacciones de la quimioterapia, como nos refiere Larios entre otros autores (2018), disminuyó la ansiedad de pacientes con cáncer y se halló una reducción en los malestares que causaba el tratamiento médico.

La técnica de solución de problemas se puede plantear que influyó en sintomatología de ansiedad y malestar emocional, aunque inicialmente esta para depresión la cual esta sintomatología era mínimo desde un inicio, como lo sugiere Núñez, Rojas, Lozano, Mejía y Carrillo (2011) mencionando que este modelo permite abordar de forma puntual la problemática del paciente oncológico. Mientras que Marrero y Carballeira (2002) mencionan que esta técnica mostró resultados positivos en la reducción de miedo y el incremento de capacidad personal.

La técnica de registro y modificación de pensamiento tuvo efectos positivos en malestar emocional, Anderson, Watson y Davidson (2008) realizaron un estudio aplicando la técnica de registro de pensamiento en ambiente hospitalario, los resultados mostraron reducción importante en emociones, pensamientos y comportamiento ante tratamiento médico, por lo que esta técnica se utilizó cuando la paciente tenía pensamientos irracionales ante el tratamiento. En un estudio que realizó Garduño, Riveros y Sánchez (2010) identificaron los pensamientos disfuncionales en pacientes con cáncer y se modificaron para que sean más adaptables para el cambio de la quimioterapia, los resultados fueron considerablemente positivos para este grupo de pacientes.

Uno de los elementos terapéuticos claves que fueron de ayuda es tener una buena relación terapeuta y paciente debido a que la relación terapéutica resulta un predictor del éxito de los tratamientos psicoterapéuticos y se observan características que afectan positivamente entre el paciente y terapeuta (Etchevers, et al., 2014), así también en la entrevista clínica identificar la sintomatología importante a trabajar, una escucha activa y seleccionar las técnicas teniendo una visión a lo que podría ocurrir. Por otro lado, se pudo observar que una de las técnicas que cumplió con su función fue la técnica de relajación progresiva diafragmática y muscular y la técnica de registro y modificación de pensamiento al disminuir considerablemente la ansiedad que se presentaba desde un inicio ya que muestra la eficacia

de las técnicas de relajación para disminuir tensión, ansiedad o estrés percibidos durante la aplicación de quimioterapia (Larios, et al., 2018).

De acuerdo con los resultados obtenidos y la literatura, podemos decir que la evidencia empírica es consistente por lo que la TCC fue eficiente para un paciente de la población oncológica, tal como nos lo señala Fernández, Martín, Sánchez y Bejar (2016) en el cual menciona que la intervención cognitivo conductual tiene resultados eficientes en paciente oncológicos, por lo que la técnica de relajación tuvo una relevancia clínica por disminuir sintomatología ansiosa y el malestar que generaba el tratamiento médico.

Por último, es necesario resaltar que la paciente siempre tuvo una red de apoyo suficiente con su mamá y su abuela quienes al final ellas a través de una lista de validación social vieron un cambio positivo en la paciente.

Limitaciones y perspectivas futuras del estudio

Principalmente, uno de los alcances que se logró en la sintomatología depresiva no aumentó, debido a su oportuna intervención. Mientras que las limitaciones que se observó es que a pesar de ser un caso clínico no hubo una muestra comparativa y valorar si los efectos pudieran diferir o cambiar con un par a la paciente. Así también pudo ser efectivo tener varias mediciones en el pretest y compararlos con el resultado final. También se observó una limitada validez externa al no tener una validación social por el cuidador primario. Y como

perspectivas futuras podemos realizar estas técnicas en pacientes con otro tipo de cáncer que se encuentre dentro de la población AYA´s así mismo tener una muestra más amplia para estudiar los resultados y posteriormente realizar un manual de intervenciones psicológicas en pacientes AYA´s.

Conclusión

En esta investigación se observó los efectos positivos de una intervención cognitivo conductual en una paciente AYA diagnosticada con Linfoma de Hodgkin, donde no aumentaron los síntomas psicológicos y se halló una buena adherencia terapéutica. Por otra parte, la TCC demostró tener resultados positivos a un proceso terapéutico dentro del ámbito clínico, siendo una herramienta fundamental para tratar los problemas psicológicos presentados.

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos concluir que las técnicas cognitivo conductual tuvieron un efecto positivo en la paciente, observando una reducción importante en sintomatología de ansiedad, también porque no se halló un aumento en sintomatología depresiva, cabe resaltar que las técnicas de solución de problemas fueron de gran ayuda para la calidad de vida de la paciente.

Cabe resaltar que la lista de verificación tuvo un gran impacto al final de las sesiones debido a que la paciente pudo observar su avance y resultado que se obtuvo.

Referencias

- Academia Nacional de Cáncer. (2013). Aspectos psicosociales del diagnóstico y tratamiento del cáncer de AYA. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179872/>
- Aldaco-Sarvide, F., Pérez-Pérez, P., Cervantes-Sánchez, G., Torrecillas-Torres, L., Erazo-Valle-Solís, A. A., Cabrera-Galeana, P., Cárdenas-Cárdenas, E. (2019). Mortalidad por Cáncer en México: actualización 2015. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17(1), 28-34. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.m18000105>
- Almanza, J. Juárez, I. Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. Retrieved 17 July 2020, From: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2008/sm085a.pdf>
- American Cancer Society. (2018). Estadísticas importantes sobre el linfoma no Hodgkin. Recuperado 4 de agosto de 2019, de: <https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-no-hodgkin/acerca/estadisticas-lave.html>
- American Cancer Society. (2019). Estadísticas importantes sobre el linfoma no Hodgkin. Recuperado 4 de agosto de 2019, de: <https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-no-hodgkin/acerca/estadisticas-clave.html>

American Cancer Society. (2020). Cambios emocionales, de salud mental y del estado de ánimo. Recuperado 2 de septiembre del 2020, de: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-emocionales.html>

American Society of Clinical Oncology. (2019). Linfoma de Hodgkin - Estadios. Recuperado 10 de noviembre de 2019, de: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/linfoma-de-hodgkin/estadios>

American Society of Clinical Oncology. (2019). Efectos secundarios a largo plazo del tratamiento del cáncer. Recuperado 8 de abril de 2019, de: <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/efectos-secundarios-largo-plazo-del-tratamiento-del-cancer>

Anderson, C., Smitherman, A. y Nichols H. (2018). Supervivencia relativa condicional entre los supervivientes a largo plazo de cánceres de adolescentes y adultos jóvenes. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6033635/>

Ansell, S. (2015). Linfoma de Hodgkin - Artículos - IntraMed. Recuperado 12 de agosto de 2019, de: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88244>

Antona, C., & Luis Joaquin, L. (2008). Repercusión de la exposición y reestructuración cognitiva sobre la fobia social. Recuperado 24 de agosto de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72711316.pdf>

Arrechea, B., Bautista, A., Celma, J., Diaz, H., Eslava, V., González, B., González, M., Izquierdo, F., Madrid, M., Madrazo, O., Martínez, J., Segura, A., Torrado, E., y Villafranca, M. (2009). Intervención Psicosocial en adolescentes con cáncer. (17-18). Ed: Federación Española de Padres

Asociación Española Contra el Cancer. (2018). Efectos secundarios de la quimioterapia. Recuperado 17 de noviembre de 2019, de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tratamientos/quimioterapia/efectos-secundarios-quimioterapia>

Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia. (2008). ¿Qué es el linfoma de Hodgkin? Información general sobre la enfermedad. Recuperado el día 8 del mes de agosto del año 2019 de: http://www.aeal.es/nueva_web/wpcontent/uploads/2015/07/aeal_explica_LinfomaHodgkin.pdf

Bados, A., y García Grau, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Recuperado 28 de octubre de 2019, de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci% c3% b3n.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%c3%b3n.pdf)

Cabrera, Y., López, M., López-Cabrera, E. y Arredondo, B. (2017). Psychology and Oncology: in an Essential Unit. Revista Finlay. 7 (117-127).

Carmen, A. F., & Amparo, B. F. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer.

Clínica Contemporánea, 2(2), 187-207. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>

Castro, A., & Macías, C. (2010). Actualización bibliográfica sobre técnicas de relajación.

Recuperado 18 de agosto de 2019, de

<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757306019.pdf>

Chapter. (2007). Methodological advances and data analysis (pp. 336-349). Nock, Michel y

Photo.

Chávez-León, E., Benítez-Camacho, E., & Ontiveros Uribe, M. P. (2014). La terapia

cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I.

Salud Mental, 37(2), 111. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.014>

Close, AG, Dreyzin, A., Miller, KD, Seynnaeve, BK y Rapkin, LB (2019), Oncología de

adolescentes y adultos jóvenes: pasado, presente y futuro. CA A Cancer J Clin, 69:

485-496. <https://doi.org/10.3322/caac.21585>

Contreras, E., Bagán, J. V., Lloria, E., Borja, A., Millán, M. A., & Jiménez, Y. (2001).

Linfoma no-hodgkin intraoral. presentación de 4 casos clínicos. Acta

Otorrinolaringológica Española, 52(7), 609-614. [https://doi.org/10.1016/s0001-](https://doi.org/10.1016/s0001-6519(01)78255-6)

6519(01)78255-6

- Devlen, J., Maguire P., yCrowther, D. (1985). Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. II: Prospective study. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Oct 17;295(6604):955-7.
- Diaz, B. (2017). Guía de cuidados de enfermería al paciente con linfoma de Hodgkin. A propósito de un caso clínico. Recuperado 17 de agosto de 2019, de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5751/Guia%20de%20cuidados%20de%20enfermeria%20al%20paciente%20con%20Linfoma%20de%20Hodgkin.%20A%20proposito%20de%20un%20caso%20clinico..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz, J., Soto, K., & Ernst, D. (2017). Excelente respuesta a tratamiento con ABVD en pacientes con linfoma de Hodgkin localizado. *Revista médica de Chile*, 145(5), 619-622. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000500009>
- Die Trill, M. (2015). Aspectos psicológicos específicos del cáncer en las mujeres. *Arbor*, 191(773). a240. <https://doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3010>
- Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S., y Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: estudio en población de psicólogos clínicos. (21) 23-30. Obtenido en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994002.pdf>
- Fernández. C. y Barr, R. (2006). Adolescentes y adultos jóvenes con cáncer: una población huérfana. *Salud infantil Pediátrica*. 11 (2): 103–106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2435335/>

- Ferreiro, J., García, L., Barceló, R. y Rubio, I. (2003). Adverse effects of treatment chemotherapy. Servicio de Oncología Médica. Hospital de Cruces. Osakidetza. Barakaldo. 100: 69-74.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Galindo Vázquez, Ó., Meneses García, A., Herrera Gómez, Á., Caballero Tinoco, M. . d. e. I. . R., & Aguilar Ponce, J. L. (2016). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 1. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n2-3.51016
- Galindo Vázquez, Ó., Rojas Castillo, E., Benjet, C., Meneses García, A., Aguilar Ponce, J. L., & Alvarado Aguilar, S. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en sobrevivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11(2-3), 2-3. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2014.v11.n2-3.47385
- Galindo, O., Pérez, H., Alvarado, S., Rojas, E., Álvarez, M. y Aguilar., L. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. Obtenido en: <https://www.elsevier.es/en-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-efectos-terapia-cognitivo-conductual-el-X1665920113025797>

- Galvez, J. (2009). Revisión de evidencia científica de la terapia cognitivo – conductual. *Medicina Naturista*. 3 (1), 10-16. Obtenido en día 1 de septiembre: <file:///C:/Users/Dave/Downloads/DialnetRevisiónDeEvidenciasCientíficasDeLaTerapiaCognitiv-2867904.pdf>
- Garduño, C., Riveros, A., Sánchez, J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1 (1). 69-80. Obtenido en: <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975008.pdf>
- GLOBOCAN. (2018). Mexico Source Globocan:2018. Recuperado el 3 de septiembre 2020 de: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
- González García, A. L., González Hurtado, A., & Estrada Aranda, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 1. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n1.48908
- Güemes-Hidalgo M., Ceñal González-Fierro M.J. y Hidalgo Vicario M.I. (2017). Pubertad y Adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. (4): 233–244.
- Hernández, M., & Antonio Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 24(1), 1-9. <https://doi.org/10.5093/cl2013a1>

Ibáñez-Tarín, C., & Manzanera-Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 38(6), 377-387. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.019>

INFOCancer. (2019). Aspectos emocionales - Linfoma Hodgkin (Enfermedad de Hodgkin).

Recuperado 9 de agosto de 2019, de:

<https://www.infocancer.org.mx/index.php?t=aspectos-emocionales-linfoma-hodgkin/>

INFOCANCER. (2019). El cáncer en el mundo y México. Recuperado 2 de septiembre del

2020, de: [https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-](https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-mundiales-y-locales)

[mundiales-y-locales](https://www.infocancer.org.mx/?c=conocer-el-cancer&a=estadisticas-mundiales-y-locales)

Instituto Mexicanos del Seguro Social. (2016). Linfomas de Hodgkin en población de 16

años o más en ambos sexos en el segundo y tercer nivel de atención. Recuperado 28

de marzo de 2019, de:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-285-16/ER.pdf>

Instituto Nacional de Cáncer. (2017). Efectos secundarios del tratamiento del cáncer.

Recuperado 6 de octubre de 2019, de:

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios>

Instituto Nacional de Cáncer. (2018). Enfermedad de Hodgkin. Recuperado 8 de septiembre de 2019, de: <https://medlineplus.gov/spanish/hodgkindisease.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía Informática. (2014). Estadística en población con cancer. Recuperado 2 de octubre de 2019, de: https://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=4

International Agency For Research on Cancer. (2018). Cancer today Lymphoma Hodgkin. Recuperado 19-12-06, de https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&rotate=%255B10%252C0%255D

Kleinke, A. M., & Classen, C. F. (2018). Adolescents and young adults with cancer: aspects of adherence – a questionnaire study. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, Volume 9, 77-85. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s159623>

Lauteritz, K., Friedrich, M., Nowe, E., Richter Y. y Geue K. (2017). Situación de vida y atención psicosocial de pacientes con cáncer adolescentes y adultos jóvenes (AYA):

protocolo de estudio de un estudio longitudinal prospectivo de 12 meses. Obtenido en: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-017-3077-z>

Larios, F., González, L., Montes, R., González, F., Morán, A., Solano, P., Ocegüera, A.

Montero, M. y Navarro, A. (2018). Eficacia de las técnicas de relajación en la disminución de tensión, ansiedad y estrés percibidos por pacientes con cáncer bajo tratamiento de quimioterapia. Obtenido en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2018/vol17/no2/2.pdf>

Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger. (1997). Tratamiento Cognitivo-conductual de los trastornos del estado de ánimo. En V. E. Caballo (Ed.), Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos Psicológicos (1.a ed., Vol. 1, pp. 115-116). Siglo XXI de España.

Lluch, A., Almonacid, V., & Garcés, V. (2007). Cáncer e imagen: el duelo corporal. Recuperado 12 de octubre de 2019, de: <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo15.pdf>

Marrero. R. y Carballeira M. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. 2 (1). International Journal of Psychology and Psychological Therapy.

Mitchell, A. (2013). Termómetro Emocional. Recuperado el 17 de septiembre 2020, de:

<http://www.pscho-oncology.info/ET.htm>

Muñoz Alga, M. J., & Bernal García, P. (2017). Abordaje de la ansiedad en pacientes

diagnosticados de cáncer. *Psicooncología*, 13(2-3), 1.

<https://doi.org/10.5209/psic.54434>

Murrieta, H., Villalobos, A., y García, S. (2009). Linfoma: Aspectos clínicos y de imagen.

Anuales de Radiografía México. 8, 81-97.

National Cancer Institute. (2018, 31 enero). Adolescents and Young Adults (AYAs) with

Cancer. Recuperado 7 de septiembre de 2019, de: <https://www.cancer.gov/types/aya>

Nezu, A. M., & Perri, M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression:

An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

57(3), 408-413. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.57.3.408>

Nikles, J., & Mitchell, G. (2015). The essential guide to N-of-1 trials in health (pp. 9-10).

Springer.

Núñez, C., Rojas, E., Lozano, V., Mejía, J., y Carrillo G. (2011). Modelo de resolución de

problemas. *GAMO*. 10 (3). Obtenido en: [https://www.gamo-](https://www.gamo-smeo.com/previous/archivos/2011/GAMO_V10_No3-2011.pdf)

[smeo.com/previous/archivos/2011/GAMO_V10_No3-2011.pdf](https://www.gamo-smeo.com/previous/archivos/2011/GAMO_V10_No3-2011.pdf)

- Obando, M. (2017). Respuestas emocionales ante un diagnóstico de cáncer en adolescentes entre 14 y 18 años. Escuela de psicología, España.
- Ovlisen, A., Jakobsen, L., Kragholm, K., Nielsen, R., Hutchings, M., Dahl-Sørensen, R., y Galaly, T. (2020). Depression and anxiety in Hodgkin lymphoma patients: A Danish nationwide cohort study of 945 patients. *Cancer medicine*, 9(12), 4395-4404.
- Park, E. y Rosenstein, D. (2015). Depresión en adultos jóvenes con cancer. *Diálogos Clin Neurosci*, 17 (2): 171–180.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518700/>
- Pérez, A., y Martínez, H. (2015). Adolescencia y cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 141-156.
https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n1.48909
- Pérez-Zúñiga JM, Aguilar-Andrade C, Álvarez-Vera JL, Augusto-Pacheco M y col. Generalidades sobre linfomas. *Hematol Méx.* 2018 octubre-diciembre; 19 (4):174-188.
- Puerta, J. y Padilla, P. (2019). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión.
- Radford, J., Illidge, T., Counsell, N., Hancock, B., Pettengell, R., Johnson, P., ... Barrington, S. (2015). Results of a Trial of PET-Directed Therapy for Early-Stage Hodgkin's

- Lymphoma. *New England Journal of Medicine*, 372(17), 1598-1607.
<https://doi.org/10.1056/nejmoa1408648>
- Ramallo, F. B. (1981). Las terapias cognitivo-conductuales: Una revisión. *Estudios de Psicología*, 2(7), 91-114. <https://doi.org/10.1080/02109395.1981.10821272>
- Ramírez, N., Juárez, F., Baños, A. J., Luzardo, J., Chávez, Y., Castilla, A., y Amaya, M. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140. doi: 10.15446/rcp.v25n1.49966
- Ramírez, E., Greer, J., Sierra, A., Sánchez, S. y Riveros, A. (2014). Descripción de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. *Revista de psicooncología*, 11 (1). 151-162. DOI: 10.5209
- Rello, M. (2015, 6 junio). Nuevas esperanzas en el mundo para el tratamiento del linfoma. Recuperado 25 de septiembre de 2019, de <https://www.milenio.com/estados/nuevas-esperanzas-en-el-mundo-para-el-tratamiento-del-linfoma>
- Rivas, S., Ramírez, A., Figueroa, R., y Ledesma, Y. (2019). Linfoma de Hodgkin: carga de la enfermedad de México. Construcción de medida proxy con datos administrativos del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Oncologica*. Recuperado el 8 de de 2020, de: https://www.gamo-smeo.com/files/es/gamo_19_18_4_246-252.pdf

- Rivera, R. (2017). Epidemiología del cáncer infantil en México. En Acosta, E. (Ed).
Oncología General: Para profesionales de la salud de primer contacto. (pp. 353-342)
Barcelona, España: Eisai.
- Rojas, B. (2010). Solución de problemas: una estrategia para la evaluación del pensamiento creativo. *Revista Universitaria de Investigación*. 11 (1).
- Ron-Guerrero, C., Ron-Magaña, A., Medina-Palacios, C., y López-Flores, F. (2015).
Epidemiología de los linfomas del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit.
Revista de Hematología Mexicana. 16 (109-114).
- Rueda, A. (2017). Linfoma de Hodgkin. Recuperado 18 de octubre de 2019, de:
<https://seom.org/info-sobre-el-cancer/linfoma-hodgkin?showall=1>
- Sánchez Meca, J., Alcázar, A., & Olivares Rodríguez, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española.
Recuperado 9 de diciembre de 2019, de
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72711316.pdf>
- Sánchez, J. y Álvarez, C. (2016). Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin. *Pediatría Integral*.
Barcelona, 6, 390-400.
- Silva, I. (2006) *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Ed: Injuve. España. Pág.
11.

Soares, A., Biasoli, I., Scheliga, A., Baptista, R., Brabo, E., Morais, J., y Spector, N.

(2013). Association of social network and social support with health-related quality of life and fatigue in long-term survivors of Hodgkin lymphoma. *Supportive care in cancer*, 21(8), 2153-2159.

Sociedad Americana contra el Cáncer. (2020). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer

entre los Hispanos/Latinos 2018-2020. Obtenido en:

<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos-2018-2020-spanish.pdf>

Sociedad Española de Oncología Médica. (2008). ONCO-VIDA. Recuperado 23 de octubre de 2019, de <https://www.pfizer.es/docs/pdf/salud/Oncovida13.pdf>

Toledo Hernández, José Manuel, Toledo Guillan, Elisa María, Quesada Leyva, Lidyce,

López Corderí, Dianelis, & Curbelo Toledo, Mileydi. (2016). Comportamiento de los factores de riesgo modificables después del primer evento agudo de la enfermedad cerebro-vascular. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(5), 514-523. Recuperado en 04 de septiembre de 2020, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000500008&lng=es&tlng=es

Velázquez, C. (2009). Linfoma de no Hodgkin. *AEAL*. 5, 115.

Villoria, E., Fernández, C., Padierna, C., & González, S. (2016). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*, 12(2-3), 1. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n2-3.51005

Vorvick, L. (2018). Técnicas de relajación para el estrés. Recuperado 22 de noviembre de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000874.htm>

Walker, J. (2014). *Guía sobre el linfoma*, España: Madrid; Spectrum.

Whinship Cancer Intitute. (2020). Efectos Emocionales y Psicologicos del Cancer. Recuperado el 2 de septiembre 2020 en: <https://www.cancerquest.org/es/para-los-pacientes/problemas-psicosociales>

World Health Organization. (2015, 1 diciembre). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado 16 de noviembre de 2019, de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Apéndice

Apéndice 1. Entrevista básica.



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E
PSICOLOGÍA DE ENLACE



"Entrevista Básica de Consulta Externa"

Fecha:

- Nombre:
 - Expediente:
 - Teléfono:
 - Fecha de Nacimiento:
 - Lugar que ocupa dentro de sus hermanos:
 - Familiograma:
 - Escolaridad
 - Promedio anterior:
 - DX de base (revisión exp. Clínico)
 - Recibe algún apoyo psicológico:
 - Algún problema de aprendizaje o conducta que hayan observado:
 - Motivo de Consulta:
 - Pruebas aplicadas
 - Conducta durante el estudio:
 - Próxima citas:
 - Fecha de entrega de resultados
 - Atendido por:
- Edad:
- Residencia:
- Promedio actual:
- Servicio que lo refiere:

Apéndice 2. Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria.



Servicio de Psicooncología INCan

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria – HADS – M –

Instrucciones: Este cuestionario se ha construido para ayudar al equipo de salud que le atiende para saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy.

- | | |
|--|---|
| 1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)
3 Todos los días
2 Muchas veces
1 A veces
0 Nunca | 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
0 Como siempre
1 No tanto como antes
2 Solo un poco
3 Nunca |
| 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
3 La mayoría de las veces
2 Con bastante frecuencia
1 A veces, aunque no muy a menudo
0 Sólo en ocasiones | 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
0 Igual que siempre
1 A veces
2 Casi nunca
3 Nunca |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
3 La mayoría de las veces
2 Con bastante frecuencia
1 A veces, aunque no muy a menudo
0 Sólo en ocasiones | 6. Me siento alegre
0 Casi siempre
1 A veces
2 No muy a menudo
3 Nunca |
| 7. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago
0 Nunca
1 En ciertas ocasiones
2 Con bastante frecuencia
3 Muy a menudo | 8. He perdido el interés en mi aspecto personal
3 Totalmente
2 No me preocupo tanto como debiera
1 Podría tener un poco más de cuidado
0 Me preocupa igual que siempre |
| 9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme
3 Mucho
2 Bastante
1 Poco
0 Nada | 10. Me siento optimista respecto al futuro
0 Igual que siempre
1 Menos de lo acostumbrado
2 Mucho menos de lo acostumbrado
3 Nada |
| 11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
3 Siempre
2 Muy a menudo
1 No muy a menudo
0 Nunca | 12. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión
0 A menudo
1 A veces
2 No muy a menudo
3 Rara vez |

Servicio de Psicooncología INCan

Apéndice 3. Termómetro de malestar emocional



Servicio de Psico-oncología INCan

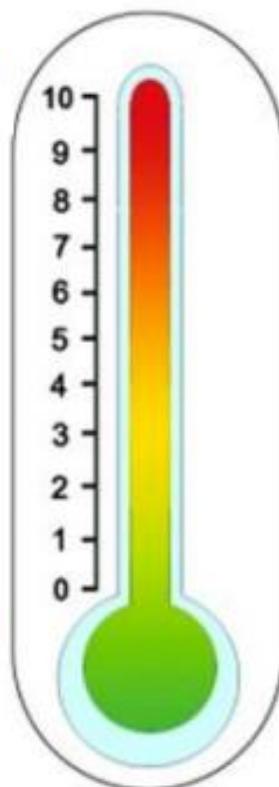
TERMÓMETRO DE MALESTAR EMOCIONAL

MALESTAR EMOCIONAL: Experiencia emocional desagradable de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual, que interfiere con la capacidad para enfrentar el cáncer, sus síntomas físicos y/o su tratamiento.

Por favor indíquenos el número del (0 al 10) que mejor describa qué tanto malestar emocional ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.

**MALESTAR EMOCIONAL
EXTREMO**

**NINGÚN
MALESTAR EMOCIONAL**



Psico-oncología INCan



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

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

Otros _____

Psico-oncología INCA

Apéndice 4. Evaluación Funcional de la Terapia de Enfermedades Crónicas

FACIT – GP Validada por Galindo, Espinoza, Meneses, Calderillo, Lerma y Santos. (2018).

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA TERAPIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (FACIT-GP)

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas consideran importantes.

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

<u>ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
GP5	Me siento enfermo(a).....	0	1	2	3	4
GP7	Tengo que pasar tiempo acostado(a)	0	1	2	3	4

<u>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercano(a) a mis amistades	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS4	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo).....	0	1	2	3	4
GS5	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
GS7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.....	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

<u>ESTADO EMOCIONAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
CE1	Me siento triste	0	1	2	3	4
CE4	Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
CE3	Me preocupa morir	0	1	2	3	4
CE	Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

<u>CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL</u>		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
CF1	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
CF2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)....	0	1	2	3	4
CF3	Puedo disfrutar de la vida.....	0	1	2	3	4
	Duermo bien.....	0	1	2	3	4
	Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....	0	1	2	3	4
	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual.....	0	1	2	3	4

¡Gracias por su participación!

Apéndice 5. Termómetro Emocional

Instrucciones: En las primeras cuatro columnas por favor marque el número (0-10) que cuantifique su estado emocional en los últimos 7 días incluyendo el día de hoy e indique en la quinta columna cuanta ayuda necesita para su estado emocional.

