



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Acompañamiento psicológico dirigido a pacientes de un Hospital Oncológico de Lima

Metropolitana.

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de LICENCIADO EN PSICOLOGIA

AUTOR

1964

Saldaña Campos, Rita Merli

ASESOR

Mg. Vera Cortegana, Ramon Inocente.

Lima, febrero 2021

DEDICATORIA

Dedico con todo mi amor a mi madre y hermanos por su cariño y apoyo constante en este camino de superación; a la memoria de mi padre quien me enseñó la importancia del respeto a los sueños académicos de las hijas mujeres, y que el amor está en los pequeños detalles; a mis sobrinas Luciana y Romina quienes son la fuente de felicidad e inspiración para seguir luchando por un presente y futuro con más gestos de amor.



AGRADECIMIENTOS

A mi asesor Mag. Ramon Inocente Vera Cortegana, por su compromiso y entrega en su labor como guía y soporte académico.

A la Mag. Giovanna Alicia Galarza Torres, por su entusiasmo y devoción por la superación de sus pupilos.



RESUMEN

El presente trabajado tiene como objetivo fundamental describir la experiencia de trabajo psicológico realizado en el Servicio de Psicología en un Hospital Oncológico de Lima Metropolitana. Esta labor tuvo como eje central brindar acompañamiento psicológico a pacientes, familiares, personal médico y personal administrativo en atención externa y en las diferentes áreas de hospitalización como: El área de Emergencia y Quimioterapia, donde la mayoría de las pacientes experimentan alteraciones emocionales de manera súbita, asociado a un cuadro avanzado de la enfermedad; el área de Unidad de Tratamiento Multidisciplinario (UTM), Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en esta área los pacientes hospitalizados presentan cuadros clínicos delicados, donde las intervenciones psicológicas son breves; el área de Pediatría; el abordaje psicológico estaba en función a la edad de los infantes, haciendo uso de la exploración emocional mediante el juego y estímulos concretos; así mismo está el área de Cirugía, aquí se encontró pacientes con ansiedad situacional relacionado a etapa pre y post operatorio. Estas funciones están guiadas por psicólogos del staff de psicología, mediante exposición de lecturas y casos. También, se describe el caso clínico sobre una paciente de 48 años con diagnóstico trastorno depresivo recurrente con episodio actual moderado asociado a tratamiento oncológico, y la literatura que respalda el tratamiento. Por último, se expresará las conclusiones obtenidas durante la experiencia como psicólogo clínico.

Palabras clave: Acompañamiento psicológico, paciente oncológico, estrategias de afrontamiento, adaptación.

ABSTRACT

Psychological accompaniment directed to patients of an Oncological Hospital of Metropolitan Lima

The aim of this report is to outline the psychological work experience which was carried out Department of Psychology in an Oncology Hospital in the city of Lima.

The purpose of this labor had to give mental health support to patients, relatives, medical staff and management staff in outdoors attention at several hospitalization areas such as:

Emergency and Chemotherapy area, where the patients suffer sudden anxiety disorders which is related to an advanced stage of the illness; Multidisciplinary Treatment Unit(UTM), Intermediate Treatment Unit(UTI) and Intensive Care Unit (ICU), in this area the patients who are hospitalized suffer delicate clinical stages of the illness where there are brief psychological interventions; in the Pediatric area, the psychological interview is according to the children age, focusing on the emotional examination towards the game and concrete stimuli; in the same way is the surgery area, here were found patients with situational anxiety linked to pre-surgery and post-surgery stage. These duties were guided by psychologists of the psychology staff through expositions of readings and cases. Furthermore, It is explained the case of a forty-eight years old patient with a frequent depressive disorder as a clinical diagnosis with current moderate episode associated with oncology treatment and tests that support the treatment. Eventually, the conclusions which were obtained during the experience such as clinical psychologist are going to be expressed.

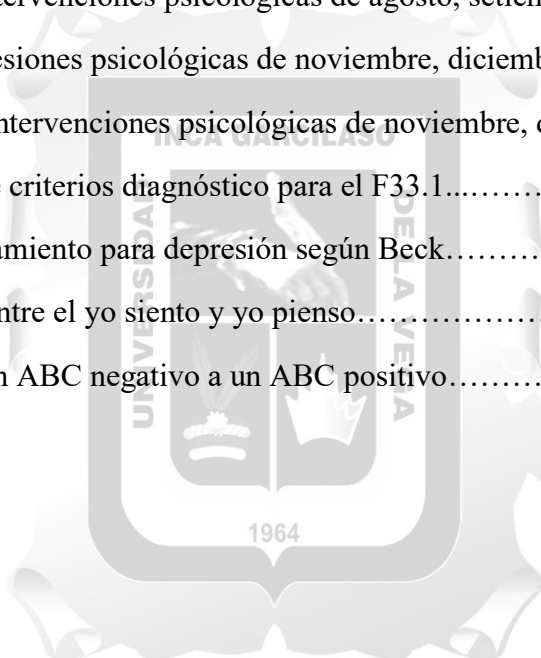
Keywords: Psychological accompaniment, cancer patient, coping strategies, adaptation.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRAC.....	5
INDICE DE CONTENIDO.....	6
INDICE DE TABLAS.....	7
INDICE DE TABLAS.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO 1: ASPECTOS GENERALES.....	10
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA.....	10
1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO.....	13
1.1.2. UBICACIÓN GEOGRAFICA Y CONTEXTO SOCIECONOMICO...	16
1.1.3. ACTIVIDAD GENERAL O AREA DE DESEMPEÑO.....	18
1.1.4. MISION Y VISION.....	18
CAPITULO 2: DESCRIPCION GENERAL DE LA EXPERIENCIA.....	19
2.1. ACTIVIDAD DESARROLLADA.....	23
2.2. PROPÓSITO DEL PUESTO U FUNCIONES ASIGNADAS.....	39
CAPITULO 3: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA ELEGIDO.....	42
3.1 TEORIA Y LA PRACTICA EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL.....	42
3.2 ACCIONES, METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS.....	51
CAPÍTULO 4: PRINCIPALES CONTRIBUCIONES.....	80
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Cronograma anual de actividad	20
Tabla 2	Cronograma de actividades académicas.....	22
Tabla 3	Cuadro de sesiones psicológicas de febrero, marzo y abril.....	27
Tabla 4	Cuadro de intervenciones psicológicas de febrero, marzo y abril.....	27
Tabla 5	Cuadro de sesión psicológica de mes de mayo, junio y julio.....	28
Tabla 6	Cuadro de intervenciones psicológicas de mayo, junio, julio.....	29
Tabla 7	Cuadro de sesiones psicológicas de agosto, setiembre y octubre.....	31
Tabla 8	cuadro de intervenciones psicológicas de agosto, setiembre y octubre.....	31
Tabla 9	Cuadro de sesiones psicológicas de noviembre, diciembre y enero.....	33
Tabla 10	Cuadro de intervenciones psicológicas de noviembre, diciembre y enero...	33
Tabla 11	Resumen de criterios diagnóstico para el F33.1.....	49
Tabla 12	Plan de tratamiento para depresión según Beck.....	72
Tabla 13	Diferenciar entre el yo siento y yo pienso.....	74
Tabla 14	modificar un ABC negativo a un ABC positivo.....	75



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Organigrama institucional	12
Figura 2	Organigrama funcional de la Unidad de Salud Mental.....	13
Figura 3	Flujograma de atención en consulta externa.....	14
Figura 4	Flujograma de atención en hospitalización.....	15
Figura 5	Ubicación geográfica del Hospital Oncológico.....	17
Figura 6	Anatomía de la mama femenina.....	42
Figura 7	Conociendo la teoría cognitiva conductual.....	73
Figura 8	Respiración diafragmática.....	77
Figura 9	Respiración diafragmática en tres tiempos.....	78



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se describe la experiencia del psicólogo en un Hospital Oncológico de Lima Metropolitana, donde desarrollo funciones orientadas en brindar atención psicológica a pacientes y familiares de las tres poblaciones (niños, adolescentes y adultos), a fin que estos logren una adaptación saludable ante la enfermedad, haciendo uso de sus propios recursos de afrontamiento; así mismo orientadas en desarrollar talleres de habilidades blandas al personal asistencial y personal administrativo.

En capítulo 1, se detalla los aspectos generales del Hospital Oncológico de Lima Metropolitana; donde se desarrolló el psicólogo clínico; aspectos como su historia, su modalidad de atención psicológica, su aspecto geográfico y su contexto socioeconómico; así como también su misión y su visión.

En el capítulo 2, se describe la experiencia del trabajo del psicólogo en el área de la psicología clínica, detallando las funciones desarrolladas por este; como la de prevención, asistencial, docencia y capacitación; así mismos destacando la importancia del acompañamiento psicológico en todas las fases de enfermedad oncológica, esta atención va dirigida a pacientes de todas las edades, así como también para sus familiares en las diferentes áreas del Hospital Oncológico de Lima Metropolitana.

En capítulo 3, se dará a conocer la práctica profesional mediante la descripción de un caso clínico sobre una paciente mujer de 48 años con diagnóstico médico Cáncer de mama izquierdo, más diagnóstico psicológico trastorno depresivo. A raíz de este caso se ahondará en la literatura sobre depresión vinculada al cáncer y tratamiento según la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) de Beck.

En capítulo 4, a modo de conclusión se presentará los logros obtenidos durante el periodo de intervención psicológica en un Hospital Oncológico de Lima Metropolitana, así mismo se planteará algunas recomendaciones dirigidas al Servicio de psicología de este nosocomio.

Al final se presentará las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El hospital Oncológico de Lima Metropolitana, es un organismo público ejecutor de salud, especializado en brindar atención a pacientes niños, adolescentes y adultos de ambos sexos; portadores de tumores y enfermedades neoplásicas. Se inauguró el 04 de diciembre de 1939, convirtiéndose así en la institución pionera en la atención oncológica, con actividades orientadas en la prevención y asistencia social anticancerosa, asistencia especializada en consultorios externos y hospitalización; en la Av. Alfonso Ugarte, Cercado de Lima. En 1952 se convierte en Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas. En 1960 es considerada elegible para el entrenamiento en la especialidad de cancerología por la Organización de Estados Americanos (OEA).

A mediados de los 70 se inicia la historia del Servicio de Psicología en el Hospital Oncológico de Lima Metropolitana, fue el Dr. Rodolfo Landa Cannon, jefe del Departamento de Neurocirugía, quien invitó a psicólogos y psiquiatras para participar en estudios de investigación psicológica con la población de pediatría oncológica y en atención a pacientes en etapa preoperatorio; fue así que la Lic. Elsa Roel Loli, Terapeuta Gestáltica, se convirtió en la primera psicóloga en este nosocomio, responsable principal de la atención a pacientes, familiares y a personal médico, así mismo se invitó al Dr. Felipe Iannacone Martínez, quien inició como consultor externo. En 1989 en su nueva sede en Surquillo; asume la jefatura la Lic. María Montalbetli Solari, con formación Psicoanalítica, durante su gestión realizó el programa de internado para estudiantes del último año de la carrera de Psicología basado en cuatro rotaciones, así como también desarrollo capacitación para psicólogas del Servicio.

En 1990, el Servicio de Psicología se incorpora al Departamento de Especialidades Médicas, dirigido por el Dr. Antonio Wachtel Aptowitzer (INEN. 2017). La labor del psicólogo se fue abriendo camino con óptimos resultados, en el 2004 el Departamento de Especialidades Médicas solicitó la atención psicológica en todas las áreas de hospitalización y atención externa, en esta temporada con la ausencia de la Lic. Lorenza Velasquez, quien se encontraba en capacitación en el extranjero (INEN.2017), asumió la jefatura la Mg. Giovanna Galarza Torres, con formación en Psicooncología y Cuidados Paliativos, en este periodo se formalizó el programa de internado.

En el 2011, el Servicio de Psicología es incorporado a la recién creada Unidad de Salud Mental; teniendo como jefe al Dr. Hugo Lozada; la cual forma parte del Departamento de Especialidades Médicas, quien está bajo la jefatura de Dirección Médica (ver figura N° 1)



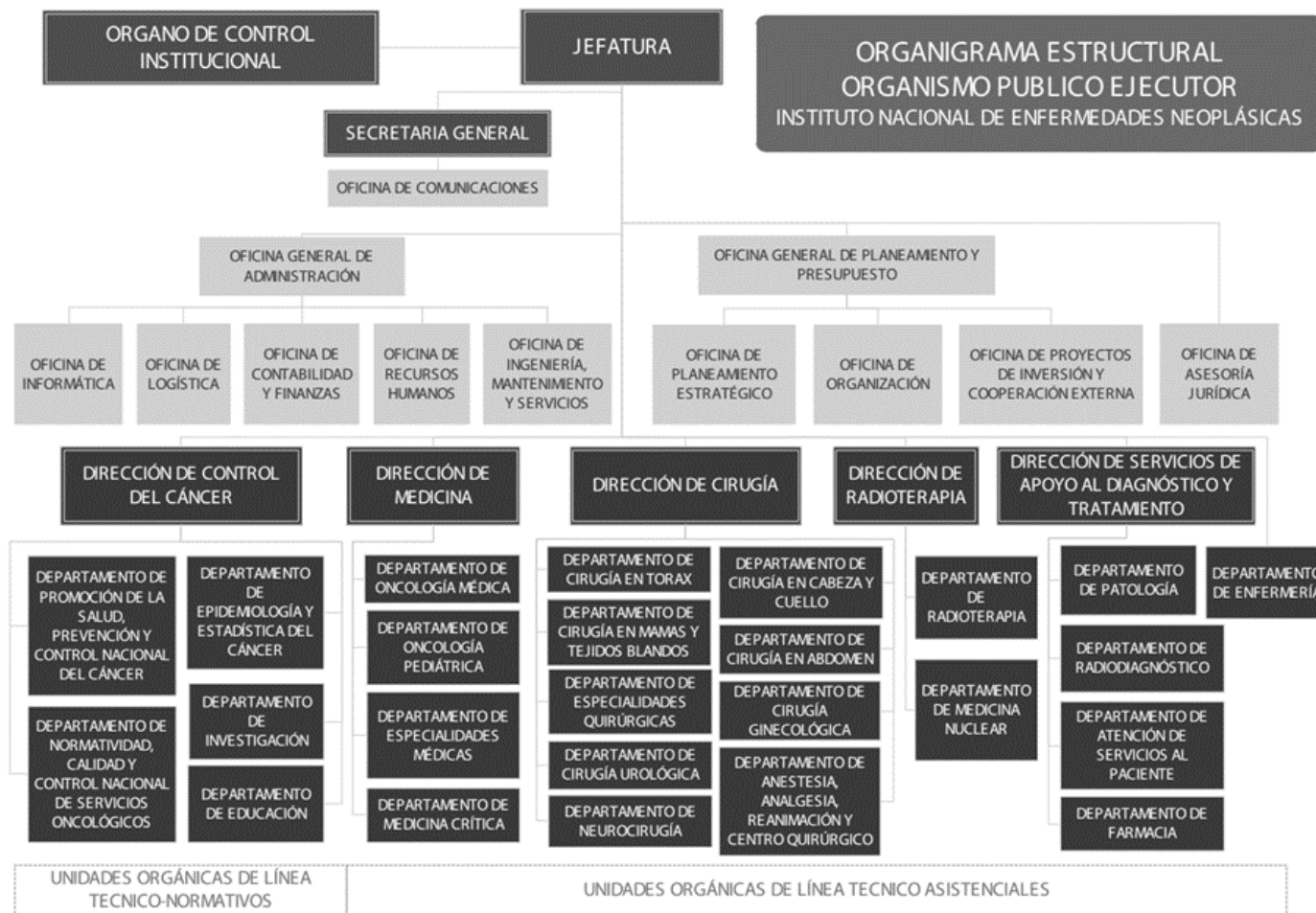


Figura 1. Organigrama institucional del Hospital Oncológico de Lima Metropolitana. Fuente: INEN

El Servicio de Psicología, desde el 2018 hasta actualidad tienen como jefa a la Lic. Flor de María Arrunátegui, bajo su cargo está un grupo aproximado de 10 psicólogos de staff, quienes cuentan con ambiente propio en el segundo piso oficina 202, con dos consultorios en su interior, además cuentan con un consultorio en el módulo II, consultorio N 29, en estos ambientes se dan atenciones en el turno mañana y tarde.

1.1.1 DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El Servicio de Psicología como parte de la Unidad Funcional de Salud Mental está comprometida en aliviar el malestar emocional del paciente, familia y personal asistencial, a través de atenciones psicológicas y psiquiátricas (ver gráfico 2) (INEN, 2018).

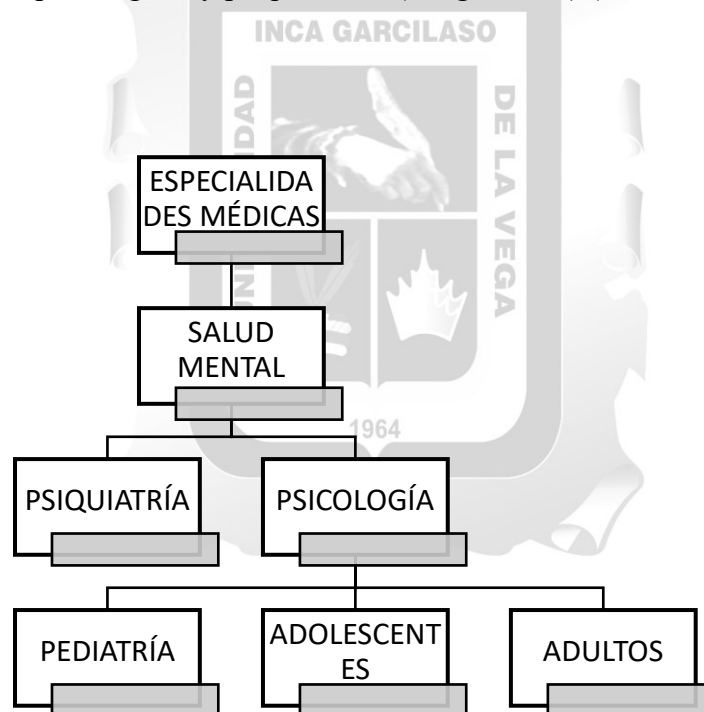


Figura 2. Organigrama Funcional de la Unidad de Salud. Aquí vemos que Psicología trabaja de la mano con Psiquiatría en la atención de pacientes de las tres poblaciones del Hospital Oncológico de Lima Metropolitana.

En este servicio se desarrolla la subespecialidad de psicooncología, cuya finalidad es brindar acompañamiento psicológico que busca abordar las diferentes reacciones emocionales, conductuales y cognitivas que presenta el paciente oncológico y sus familiares durante el diagnóstico, tratamiento, recuperación y fase terminal (INEN, 2010), con el objetivo de descubrir y/o fortalecer sus estrategias de afrontamiento y así logren una adaptación saludable, mediante atenciones personales y grupales en hospitalización o en consulta externa, talleres, charlas, pasa calles y ferias por la semana de la lucha contra el cáncer; así mismo brinda capacitación al personal médico en temas de habilidades sociales con el fin de fortalecer sus herramientas personales e interpersonales; cada una de estas actividades o estrategias son utilizadas según la necesidad del paciente. (Ver figura 4)

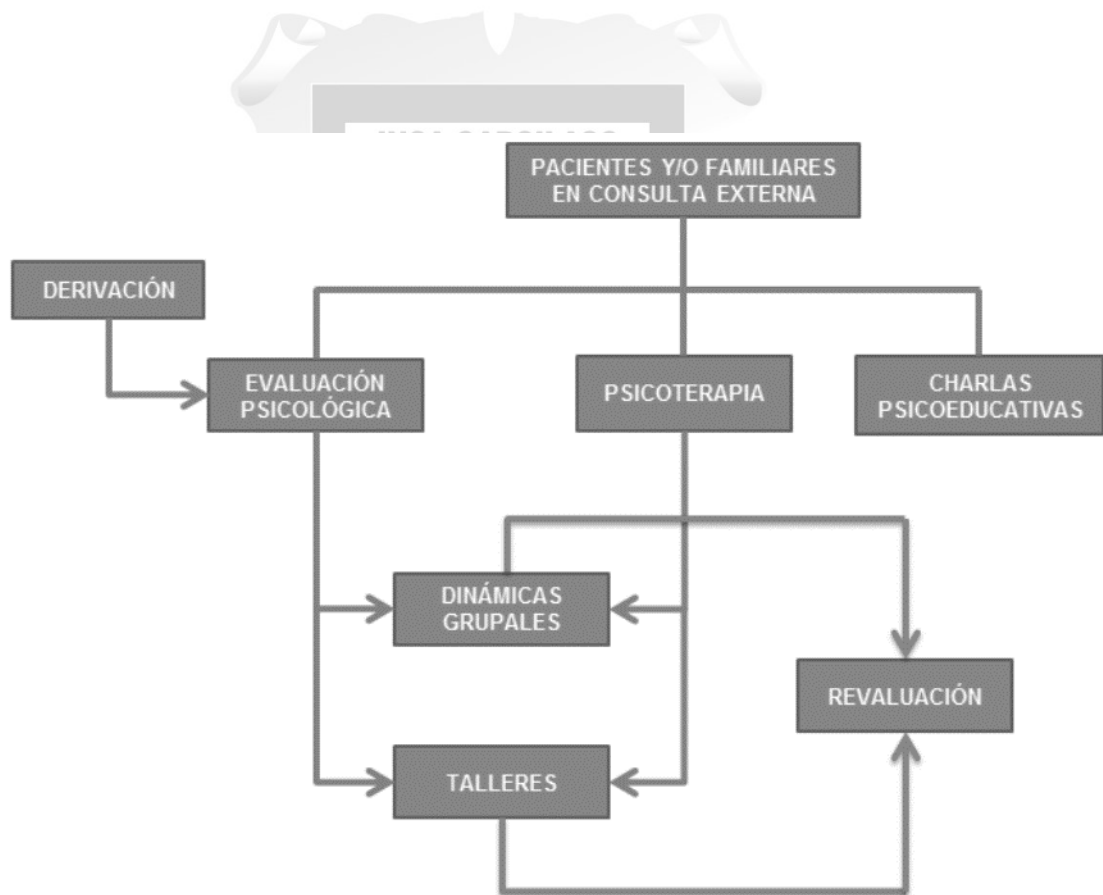


Figura 3. Flujograma de atención en consulta externa, aquí se muestra las actividades a seguir, según la necesidad del paciente: Participar de Dinámicas Grupales, en Talleres o en Charlas Psicoeducativas. Fuente: INEN

Las actividades de intervención psicológica y psiquiátrica abarcan las diferentes áreas que involucra al Hospital Oncológico como Pediatría, Emergencia y Quimioterapia, Radioterapia, Cirugía, Trasplante de Medula, Programa de Targa, TBC, UCI y a grupos de apoyo como El Club de la Mama (INEN,2017) (Ver figura 5)

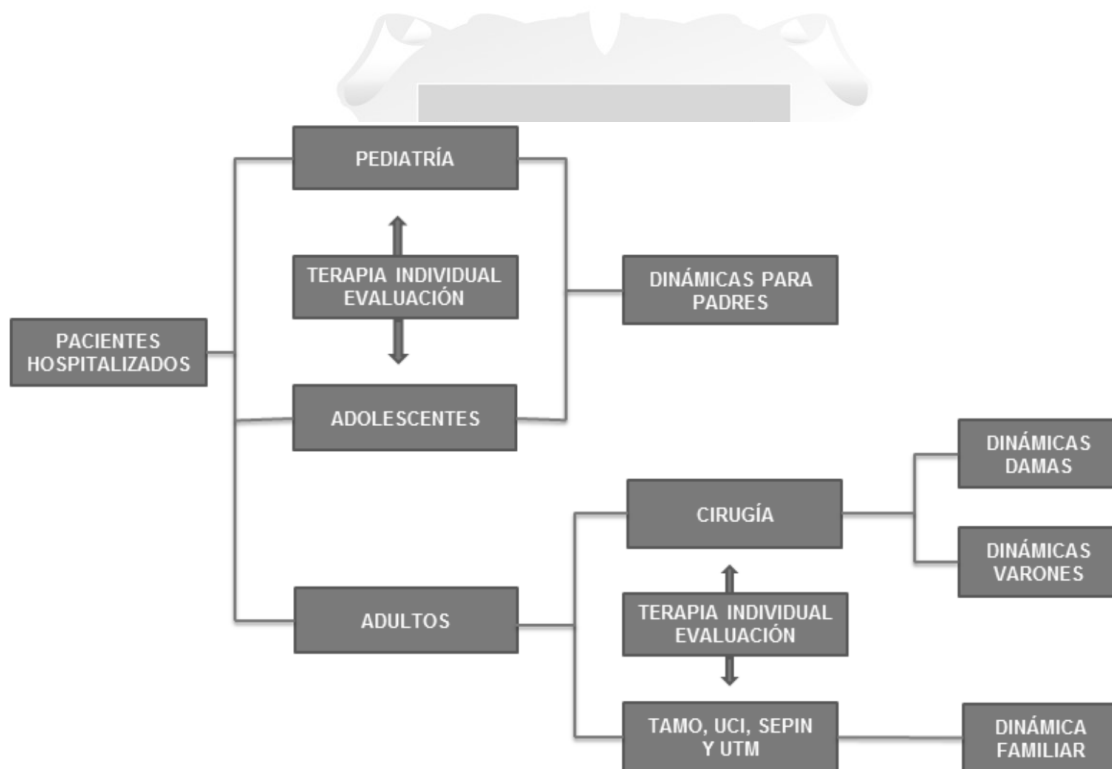


Figura 4. Flujograma de Atención de atención en hospitalización, aquí podemos ver que las intervenciones psicológicas se dan de acuerdo al tratamiento por el cual está pasando el paciente oncológico. Fuente: INEN

1.1.2 UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y CONTEXTO SOCIOECONÓMICO.

El Hospital Oncológica se encuentra ubicado en la Av. Angamos Este 2520, en Surquillo 15038, cruce con la cuadra 36 de la Av. Aviación, (Ver figura 3) lugar donde llega la población de todo el Perú, entre niños, adolescentes y adultos, familias con dificultades económicas para cubrir sus necesidades, quienes mediante la referencia del Sistema Integral de Salud (SIS), obtiene una atención gratuita en todo lo que se refiere al tratamiento oncológico. Así como también acuden familias más acomodadas económicamente, estas son atendidas por modalidad Clínica, donde cada paciente asume los costos de la atención oncológica.



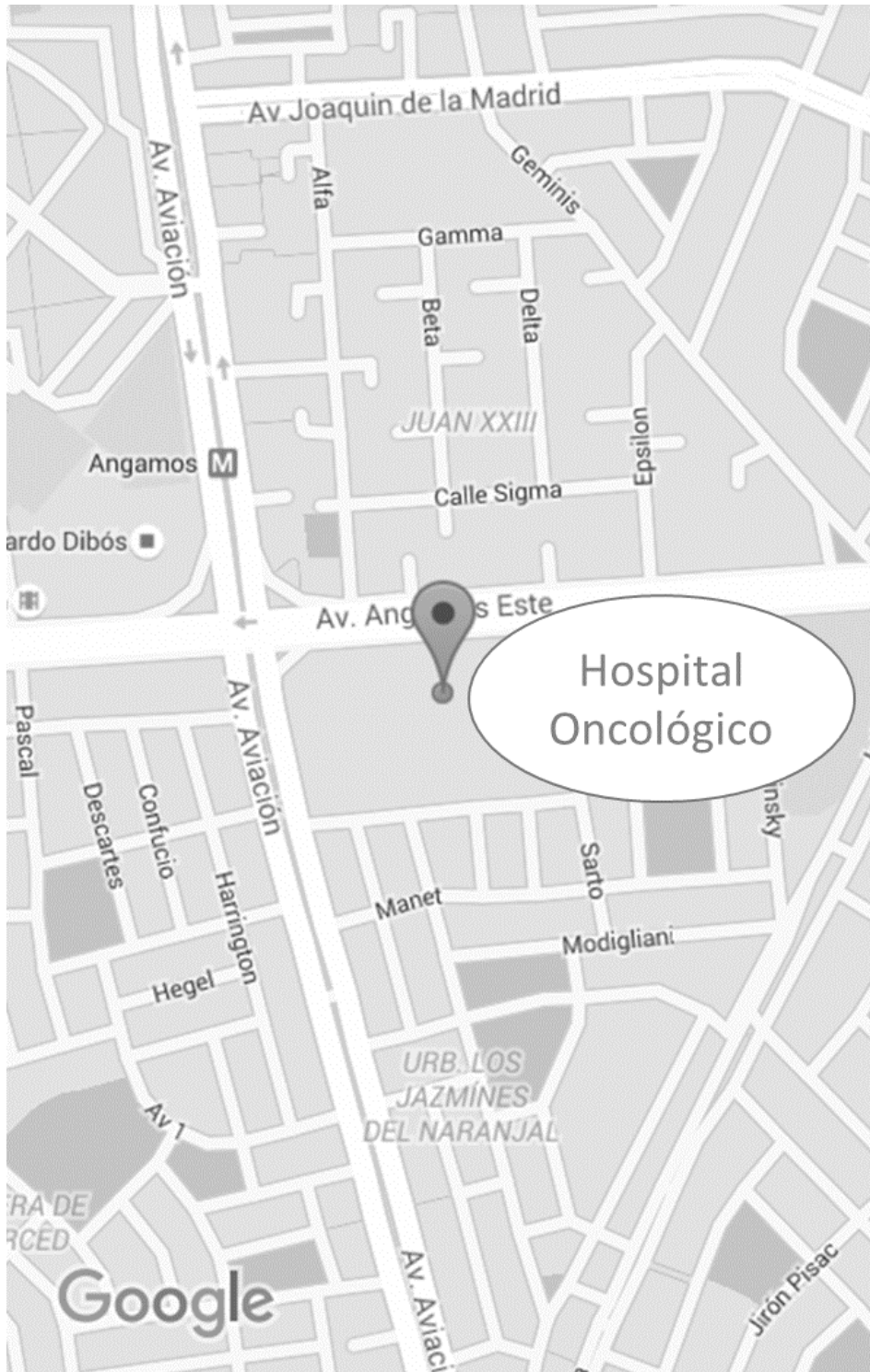


Figura 5. Ubicación geográfica del Hospital Oncológico de Lima Metropolitana.

Fuente: Google Maps

1.1.3 ACTIVIDAD GENERAL O ÁREA DE DESEMPEÑO

El desempeño del psicólogo en el Hospital Oncológico está dentro del área de la Psicología Clínica.

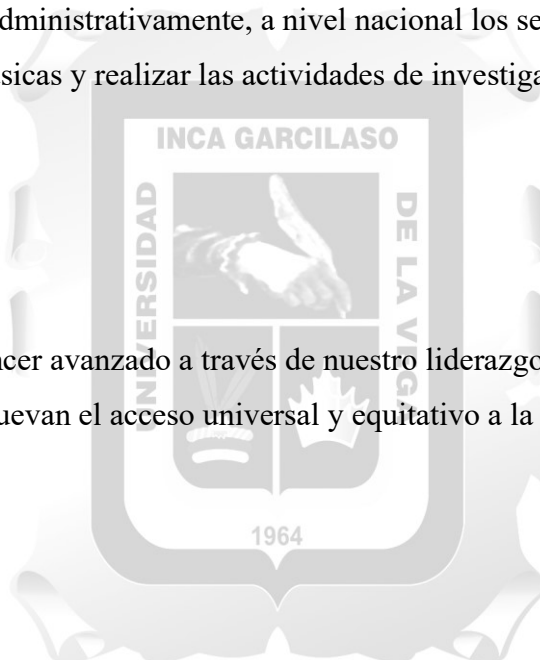
1.1.4 MISIÓN Y VISIÓN

MISIÓN

Proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto.

VISIÓN

Perú libre de cáncer avanzado a través de nuestro liderazgo en políticas y acciones de excelencia que promuevan el acceso universal y equitativo a la prevención y control del cáncer.



CAPITULO 2: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA

La experiencia en el área de psicología clínica dentro del Hospital Oncológico, se llevó a cabo durante el periodo de 12 meses, en turno mañana con el horario de lunes a viernes de 8 am a 1pm. Esta práctica profesional se realizó bajo la dinámica de Rotación por cuatro áreas de hospitalización, con tiempo de duración de 3 meses cada una, iniciando con la rotación por Emergencia, Quimioterapia y Cuidados Paliativos, seguida la rotación por la Unidad de Tratamiento Multidisciplinario (UTM) y Tratamiento de Medula Ósea (TMO), luego por Pediatría y por último por Cirugía. (Ver Tabla N 1)



Tabla 1*Cronograma anual de actividades*

ACTIVIDADES	MESES											
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
Evaluación e Intervención en consulta externa	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
EMERGENCIA Y QT	x	X	x									
UTM				x	x	x						
Evaluación e Intervención en pacientes hospitalizados							x	x	x			
CIRUGÍA										x	x	x
Apoyo emocional a familiares de pacientes	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Dinámicas Grupales con pacientes hospitalizados	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Charlas y dinámicas grupales para familiares de pacientes hospitalizados.				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Interconsultas				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Llenado de historias clínicas	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Presentación, supervisión y discusión de casos clínicos.	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Durante este periodo se desarrolló atenciones en hospitalización y atenciones ambulatorias, de estas se desprenden diversas actividades que se ejecutaron, actividades como evaluaciones psicológicas, acompañamiento psicológico individual y grupal (talleres, charlas); brindando un espacio de escucha activa, validación y contención de emociones con miras a una asimilación saludable asociada al diagnóstico y tratamiento oncológico, así como también asociada al clima laboral del personal médico. Estas actividades estuvieron orientadas:

Al paciente oncológico con el objetivo de lograr que este sea capaz de hacer uso de propios recursos de afrontamiento, logre adaptarse saludablemente a su nueva condición médica, así como también sea capaz de tomar el control de su vida.

Los familiares con el objetivo de cuidar al cuidador, que estos encuentren opciones para liberar el estrés, la preocupación y cansancio; con el fin de que se conviertan en la mejor fuente de soporte emocional para sus pacientes.

Al personal asistencial y administrativo, con el fin de brindar o potencializar herramientas para el trabajo efectivo en equipo, como asertividad, manejo de estrés, resolución de conflictos, técnicas de relajación entre otros temas. Así mismo, como psicólogos se participó de actualización continua, asistiendo a charlas organizada por el mismo nosocomio, así como también se participó del programa de capacitación del Servicio de Psicología mediante la exposición de lecturas relacionadas a la psicooncología y la supervisión de casos con los que se pulían la forma de abordaje. (Ver Tabla N 2)

Tabla 2*Cronograma de actividades académicas.*

ACTIVIDADES	MESES												
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	
Revisión y discusión grupal de lecturas relacionadas con la Psicooncología	X	X	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
Participación en las charlas mensuales del Departamento de Infectología.			X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
Participación en las charlas preventivas.	X	X	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x

2.1 ACTIVIDAD PROFESIONAL DESARROLLADA

A continuación, se describirán todas las actividades desarrolladas por el psicólogo en un Hospital Oncológico:

2.1.1 **Evaluación.** Esta actividad consistió en aplicar herramientas de evaluación; generalmente a partir de la segunda o tercera atención; con el fin de identificar a pacientes oncológicos con riesgo de sufrir alteraciones psicológicas para afrontar la enfermedad que padece; en especial en pacientes con tratamiento TARGA, quienes eran derivados por la Unidad de Infectología, para luego con la impresión diagnóstica se procedía a su respectivo tratamiento teniendo en cuenta sus necesidades personales.

Las herramientas psicométricas que más se utilizaron en este proceso fueron las siguientes:

- HADS. Escala de Ansiedad y Depresión.
- CAEPO. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos.
- Test de Retención Visual de Benton.
- Test de Matrices Progresivas de Raven.
- Inventario de Personalidad de Eysenck Revisado (EPQ-R).
- Inventario de Depresión de Beck.
- Escala de Desesperanza de Beck
- Inventario de Ansiedad de Beck.
- Escala de Autoestima de Coopersmith versión Adultos.
- Mini – Mental.

Cabe mencionar que esta actividad la que menos se realizó durante esta experiencia laboral.

2.1.2 **Intervención en Acompañamiento Psicológico en pacientes hospitalizados.**

Esta actividad radicaba en realizar visitas psicológicas a pacientes hospitalizados sin ninguna distinción, ya sean nuevos o antiguos, pacientes de ambos sexos, de las tres poblaciones (niños, adolescentes y adultos). Donde la función del psicólogo prima en atender a pacientes en sus respectivas salas de hospitalización, con el fin de realizar un despistaje cognitivo, analizando así su orientación en Lugar, Tiempo, Espacio y Persona (LTEP), así mismo analizar si existe alguna alteración en sus funciones cognitivas básicas (Memoria, Percepción y Lenguaje), cuál es su postura frente a la intervención psicológica; así como también indagar sobre sus temores, si posee o no conciencia de enfermedad, cuáles son sus recursos de afrontamiento y por último examinar si posee soporte sociofamiliar. Bajo la misma temática se abordaba al cuidador primario o familiar del paciente.

Durante cada intervención se brindaba espacio de escucha activa, espacio de expresión, contención y validación emocional, así como también Técnica de respiración consciente; con el objetivo de reducir temores y conductas desadaptativas, fortaleciendo estrategias de afrontamiento para una adherencia al tratamiento y una adaptación saludable al ambiente intrahospitalario.

A continuación, se mencionará las áreas de las cuatro rotaciones donde se brindó el acompañamiento psicológico.

2.1.2.1 Área Emergencia, Quimioterapia y Cuidados Paliativos.

Emergencia. La labor del psicólogo en esta área consistió en abordar a pacientes niños, adolescentes y adultos y a sus familiares quienes por lo general se encontraban experimentando altos niveles de angustia, la mayoría de estos casos están asociados a que la vida del paciente en esta en peligro, ven muy próxima la muerte, sus vidas se ven alteradas de manera repentina y abrupta; por lo que en esta situación de crisis es de suma importancia el acompañamiento psicológico brindando un espacio de expresión sobre lo que está viviendo, sus miedos, preocupaciones

Unidad de Quimioterapia. El trabajo del psicólogo en la sala de Quimioterapia consistió en atender pacientes adultos varones y mujeres, quienes estaban siendo administrados los medicamentos propios de la quimioterapia; aquí se atendió con prioridad a pacientes nuevos con este tratamiento, brindándoles psicoeducación sobre los posibles cambios físicos, emocionales y conductuales; tratando que el paciente tenga una mejor aceptación al ambiente de Quimioterapia así como también logre disminuir la sintomatología ansiosa, depresiva o ambas juntas

La característica principal de la mayoría de los pacientes en Quimioterapia es la presencia de altos niveles de preocupación por lo que va a suceder en los días siguientes al tratamiento, preocupación vinculada a la alteración de la imagen corporal (alopecia), a la presencia de náuseas, vómitos, cambios de ánimo, hipersensibilidad afectiva.

Cuidados Paliativos. Aquí la dinámica fue acudir a la sala de espera del Unidad de Cuidados Paliativos; donde los pacientes y familiares están a la espera de turno para pasar control médico; se aprovechó este espacio para realizar una atención grupal mediante Charlas relacionadas a la importancia de cuidar al cuidador, manejo del estrés, manejo de emociones, actitud positiva. Esta actividad se desarrolló una vez por semanas; la participación del psicólogo se turnó con dos colegas más, se contó con una muy buena acogida y participación por los oyentes, mostrando así su interés por llevar una vida más saludable emocionadamente.

Es importante mencionar que después de cada atención psicológica se redactaba una Nota psicológica en la historia clínica de cada paciente atendido. Donde se describe a nivel cognitivo, emocional, familiar, describiendo si está haciendo uso de recursos de afrontamiento y si cuenta con apoyo sociofamiliar, así como también la impresión diagnóstica y posible tratamiento (ver Anexo 1).

Al culminar cada mes se realizó la entrega de cuadros estadísticos; donde se reflejó el trabajo mensual del psicólogo clínico.

Tabla 3

Cuadro de sesiones psicológicas, realizadas durante los meses de febrero, marzo y abril. Fuente: Elaboración propia.

Atenciones	Total
Consultorio	2
Interconsultas	0
Hospitalización / Emergencia	37
Total	39

Tablan 4

Cuadro de intervenciones psicológicas realizadas durante los meses de febrero marzo y abril. Fuente: Elaboración propia.

Intervenciones Psicológicas	Áreas			Total	
	Pediatría	Adolescentes	Adultos		
Terapia individual	8	5	12	14	39
Terapia familiar					
Terapia de pareja					
Evaluación					
Entrevista	8	5	12	14	39
Acompañamiento	8	5	12	14	39
Dinámica					
Orientación / Consejería	8	5	12	14	39
Charla al personal	50				50
Total					206

2.1.2.2 Área de Unidad de Tratamiento Multidisciplinario (UTM) y Trasplante de Medula Ósea (TAMO).

En estas unidades de hospitalización el trabajo psicológico consistió en brindar atenciones cortas y directas, generalmente a familiares debido a que los pacientes; todos adultos en UTM; se encontraban con estado de salud bastante delicado y constante control por la estación de enfermeras.

Para ingresar a TAMO se tuvo que seguir protocolos estrictos de desinfección, para evitar el traslado de enfermedades intrahospitalarias, una vez pasado este proceso, se ingresaba a cada habitación donde se encontraba un niño o adolescente con su cuidador, quien generalmente era el padre o madre del paciente, la intervención psicológica estaba dirigida a estos dos, el tiempo de duración es máximo de 30 minutos; el fin de este acompañamiento es fortalecer los recursos de afrontamiento, disminuir los niveles de preocupación vinculados a una fallida reacción del Trasplante de Medula Ósea.

Tabla 5

Cuadro de sesiones psicológicas realizadas durante los meses de mayo, junio y julio. Fuente: elaboración propia.

Atenciones	Total
Consultorio	5
Interconsultas	0
Hospitalización / Emergencia	45
Total	50

2.1.2.3 Área de Pediatría.

En esta área se siguió la misma dinámica de trabajo, acudir a las salas de hospitalización donde se encontró niños desde los 4 meses de vida hasta niños de 13 años, pequeños pacientes quienes en la mayoría llevara meses en hospitalización, estos cuentan con compañía permanente de su familiar. A lo largo de este periodo se tendió de forma individual con el paciente y su familiar, brindando un espacio para expresar sus miedos, sueños, sus emociones, de ahí encontramos que a los padres le une la preocupación contante por la salud de pacientes así mismos la preocupación por los demás hijos que se encuentran en casa bajo el cuidado de algún otro familiar. También se atendió de forma grupal mediante talleres de relajación, para disminuir los niveles de estrés.

La atención a los niños era adaptada según la edad y condición del mismo, brindándoles un espacio de expresión de sentimientos, emociones, fantasías, de comprensión y aceptación de enfermedad, así como de adaptación al ambiente hospitalario; con la ayuda de técnicas como: Observación y Modificación de Conducta. Hora del juego diagnóstico y psicoterapéutico, Arteterapia.

Tabla 7

Cuadro de sesiones realizadas durante los meses de agosto, setiembre y octubre Fuente: Elaboración propia.

Atenciones	Total
Consultorio	8
Interconsultas	
Hospitalización / Emergencia	38
Total	46

Tablan 8

Cuadro de intervenciones psicológicas realizadas durante los meses de agosto, setiembre y octubre. Fuente: elaboración propia.

Intervenciones Psicológicas	Áreas			Total	
	Pediatría	Adolescentes	Adultos		
Terapia individual	14	16	8	8	46
Terapia familiar					
Terapia de pareja					
Evaluación					
Entrevista	14	16	8	8	46
Acompañamiento	14	16	8	8	46
Dinámica					
Orientación / Consejería	14	16	8	8	46
Charla al personal				60	60
Total					244

2.1.2.4 Área de Cirugía.

En este periodo por Cirugía se trabajó solo con pacientes quienes en su totalidad eran adultos que en las próximas horas pasarían por algún tipo de cirugía, lo que era esperado que estos experimenten alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales vinculados a la incertidumbre ante lo desconocido, miedo a no despertar, miedo al dolor, miedo a su nueva apariencia física, procuración por ser aceptados, el gran miedo a que la enfermedad avance a pesar de la cirugía.

Siguiendo la misma mecánica de trabajo, el psicólogo es quién visita a los pacientes en sus camas de hospitalización, brinda atención psicológica de forma individual y grupal, buscando disminuir los altos niveles de sintomatología ansioso depresivo, así mismo buscando la aceptación saludable a tratamiento médico y a también hospitalario.

Las atenciones grupales se dieron mediante el desarrollo de actividades de psicoeducación, donde se trató temas relacionados a procedimiento médicos, manejo del estrés, técnicas de relajación, despedida de miembro; así lograr que en el paciente haga uso de sus recursos de afrontamiento para una adaptación saludable a tratamiento quirúrgico.

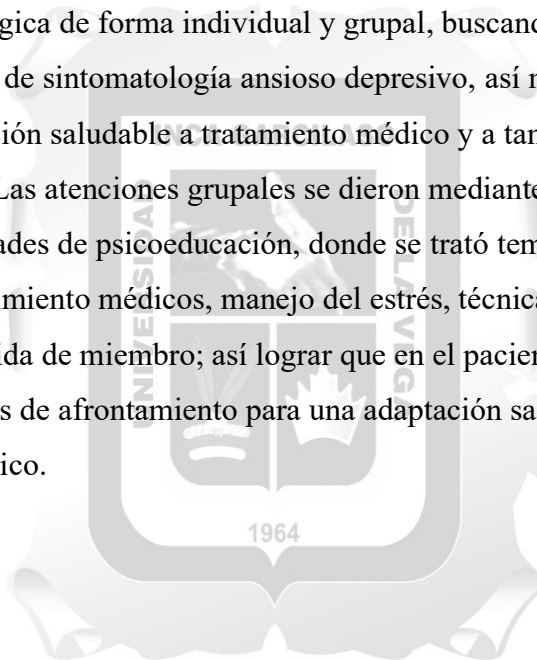


Tabla 9

Cuadro de sesiones realizadas durante los meses de noviembre, diciembre y enero. Fuente: elaboración propia.

Atenciones	Total
Consultorio	20
Interconsultas	
Hospitalización / Emergencia	36
Total	56

Tablan 10

Cuadro de intervenciones psicológicas realizadas durante los meses de noviembre, diciembre y enero. Fuente: Elaboración propia.

Intervenciones Psicológicas	Áreas			Total
	Pediatría	Adolescentes	Adultos	
Terapia individual			30 26	56
Terapia familiar				
Terapia de pareja				
Evaluación		2		2
Entrevista			30 26	56
Acompañamiento			30 26	56
Dinámica				
Orientación / Consejería			30 26	56
Charla al personal				80
Total				284

2.1.3 Elaboración y desarrollo de taller y charlas psicológicos.

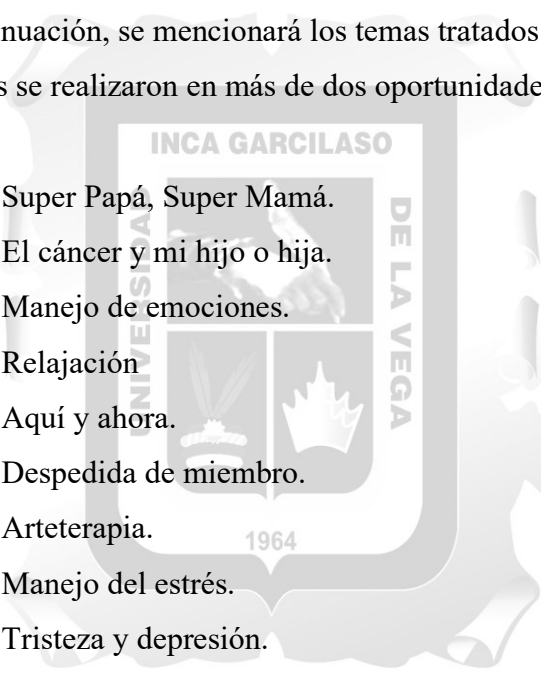
Esta actividad se desarrolló en casi todas las áreas del Hospital Oncológico, se trabajó en colaboración con los demás psicólogos compañeros de rotación, bajo la misma estructura (ver Figura N)

Esta función consistió en realizar un listado de temas a tratar según sea la población y sus necesidades más urgentes, el psicólogo clínico procedía a elegir un tema sobre el cual se elaboraba el taller o charlas, el desarrollo se daba con ayuda de material didáctico y audiovisual. Una vez ya elaborado el taller o charla, en el caso del Área de Pediatría y Cirugía, si bien es cierto contaba con un horario establecido, de igual manera fue necesario que los psicólogos de cada área pasen por sus respectivas salas, extendiendo la invitación para la participación de estas actividades grupales, una media hora antes aproximadamente, así se tenía el tiempo necesario para solicitar permiso a la estación de enfermeras o dejar sus pequeños pacientes bajo el cuidado de otro familiar. En cuanto se tenía a los interesados en participar, en el área destinado para la reunión, se daba inicio al desarrollo del mismo, haciendo participe contante al paciente y/o familiar, de una hora aproximadamente se daba por finalizado esta actividad, se hermanaba acompañando a los pacientes a sus habitaciones según sea el caso (pacientes en sillas de ruedas o con dificultad para trasladarse).

Estas dinámicas grupales también fueron desarrolladas con el personal asistencial y personal administrativo y de mantenimiento; a solicitud de cada unidad, estas fueron los que elegían los temas a trabajar, que por lo general eran sobre solución de conflictos, comunicación asertiva y manejo del estrés en ambientes intrahospitalarios.

De la misma manera esta actividad se desarrolló para el grupo de apoyo el Club de la Mama, una ONG creada por supervivientes al cáncer, para ayudar con sus experiencia a otros pacientes, esta grupo de apoyo tiene un cronograma con una serie de actividad, dentro de estas se encuentra los talleres por psicólogos del Hospital Oncológico, los cuales se desarrollaron todos los miércoles a las 10am en unos de los auditorios del nosocomio en mención, los temas tratados estaban vinculados al desarrollo de habilidades blandas, así como también al manejo adecuado de emociones y al manejo de sintomatología ansioso y depresivo.

A continuación, se mencionará los temas tratados en cada taller, muchos de estos se realizaron en más de dos oportunidades.

- 
- 1) Super Papá, Super Mamá.
 - 2) El cáncer y mi hijo o hija.
 - 3) Manejo de emociones.
 - 4) Relajación
 - 5) Aquí y ahora.
 - 6) Despedida de miembro.
 - 7) Arteterapia.
 - 8) Manejo del estrés.
 - 9) Tristeza y depresión.
 - 10) Cuidando a cuidador primario.
 - 11) El miedo.
 - 12) Comunicación asertiva.
 - 13) Actitud positiva.
 - 14) Autoestima.
 - 15) Resolución de conflictos.

2.1.4 Exposición de lecturas psicooncologías.

Esta actividad se desarrolló los días martes y jueves, consistió en preparar realizando síntesis y análisis la lectura que le toco al psicólogo por turno, para su posterior exposición mediante diapositivas; al terminar la exposición de daba paso a las preguntas por los demás psicólogos. Estas lecturas estaban asociadas a temática de la psicooncología, temas que ayudaban a todo el equipo de psicólogos a fortalecer sus estrategias y herramientas de abordaje psicológico a los pacientes oncológicos; para esto el servicio de psicología contaba una extensa lista de temas a desarrollar durante este periodo de 12 meses.

A continuación, se presenta los títulos de las lecturas desarrolladas por el psicólogo clínico.

- 1) Atención psicológica en el cáncer infantil.
- 2) Calidad de vida de pacientes con tumores cerebrales.
- 3) Consumo de tabaco y psicopatología asociada.
- 4) Las emociones en la entrevista en psicooncología.
- 5) Modelos de psicoterapia integrativa.
- 6) Terapias alternativas.
- 7) Cáncer e imagen.
- 8) Hora de juego diagnóstica.
- 9) La formulación clínica en psicooncología.

2.1.5 Presentar casos a supervisar.

Esta actividad tiene la misma dinámica que la de las lecturas, la presentación por turnos, con la diferencia que estos casos se presentaban los lunes, miércoles y viernes; esta presentación se redacta bajo un formato establecido por el Servicio de Psicología (ver anexo 1).

Esta actividad se trató de elegir una de las atenciones en hospitalización o atención en consultorio para luego plasmarlo teniendo en cuenta los datos de filiación, antecedentes médicos, breve base teórica, transcribir la entrevista o el abordaje, presentar la impresión diagnóstica, lo que se brindó durante la intervención y por último el tratamiento psicológico a seguir.

La presentación de estos casos se proyectaba en Word, respetando la confidencialidad del paciente; al finalizar la presentación el grupo da sus aportes y suelen realizar preguntas con el fin de lograr un aprendizaje significativo.

Durante el periodo de 12 meses el psicólogo clínico realizó 7 presentaciones de casos para ser supervisados.

A continuación, se presentará los casos teniendo en cuenta su impresión diagnóstica.

- 1) José de 32 años con IDx Mixta ansiosa depresiva asociado a enfermedad oncológica.
- 2) Enrique de 43 años IDx aparente estabilidad emocional.
- 3) Coydí de 5 años con IDx Síndrome de Down (paciente) y Sintomatología mixta ansiosa depresiva situacional (madre).
- 4) Zoila de 12 años con IDx sintomatología ansiosa situacional

- 5) Tatiana de 3 años / mamá con IDx Reacción Emocional Adaptativa + Sintomatología ansiosa asociada Dx oncológico de su menor hija.
- 6) Amalia de 72 años IDx ansiosa encubierta.

2.1.6 Brindar atención en consulta ambulatoria.

Esta consistió en agendar pacientes no hospitalizados, para atenderlos de manera ambulatoria en consultorios del servicio de psicología; a quienes se les brindo consejería, orientación, en algunos casos evaluación psicológica, así como también acompañamiento psicológico a los mismos pacientes y sus familiares.

La consejería psicológica fue dirigida a pacientes de manera individual y familiar; con esta actividad el psicólogo cumplió con el objetivo de aliviar angustia y temores, así como lograr que el cada paciente mejore su bienestar, posibilitando su crecimiento personal, familiar y social.

2.1.7 Participar de actividades organizadas por la unidad de infectología.

Participar de actividades académicas o de prevención también fue una de las funciones designadas y ejecutadas por el psicólogo clínico; donde si la Unidad de infectología solicitaba la participación de los miembros del Servicio de Psicología, por los general paraban toda actividad propia del Servicio para enfocarse en la actividad designada, estas fueron asistir a charlas mensuales con temática preventiva, así como también participar en pasa calles brindando información sobre estilos de vida saludable, haciendo uso de pancartas, y megáfonos.

2.2 PROPÓSITO DEL PUESTO Y FUNCIONES ASIGNADAS

Las funciones del psicólogo dentro la Unidad Psicooncología son las siguientes:

2.2.1 Prevención.

Esta función está basada en la promoción de estilos de vida saludable para la detección precoz de alguna enfermedad oncológica. Esta función se desarrolla mediante charlas de promoción y prevención, adquiriendo así un gran papel en la lucha contra el cáncer por ello es necesario realizar actividades en días especiales como:

- Día mundial del lavado de manos
- Campañas contra la TBC
- Campañas para la prevención del VIH
- Semana del Perú contra el cáncer
- Feria de salud “El Hospital Oncológico está contigo”
- Feria “Navidad en el Hospital Oncológico”
 - ✓ Ferias psicoeducativas.
 - ✓ Pasa calles.

2.2.2 Asistencia Clínica.

Esta función consiste en proporcionar apoyo psicológico a la población oncológica con una visión integral, en todas las fases de la enfermedad: Diagnóstico, tratamiento, periodo libre de enfermedad, periodo de recaída y en la etapa final o de cuidados paliativos. De esta función se desprende otras funciones como:

- a) Evaluación de la capacidad cognitiva, del malestar emocional, de la adaptación a la enfermedad y del tratamiento y de posibles trastornos psicopatológicos.

- b) Redactar nota psicológica o informe de supervisión de caso (ver anexo 1) donde se describe las evidencias encontradas durante el abordaje psicológico, así mismo se expresa la impresión diagnóstica o diagnóstico según criterios CIE-10 y el tratamiento a seguir.
- c) Tratamiento psicológico para pacientes y su familia; orientado en la psicoeducación y desarrollo de habilidades comunicativas y estrategias de afrontamiento ante tratamientos oncológicos (Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia,
- d) Elaboración y realización de talleres psicológicos. Los talleres realizados en este Hospital tienen el mismo formato (ver Anexo 2), está dirigido a pacientes adultos y a familiares de las áreas de Cirugía y Pediatría, así como también para el grupo de apoyo Club de la Mama. De igual manera estos talleres se desarrolló con el grupo sanitario y de mantenimiento según su requerimiento.
- e) Elaboración y realización de charlas psicoeducativas con el tema central de Cuidar al cuidador dirigido a la población oncológica paliativa y familiares.
- f) Exposición de lecturas psicológicas con temas estrechamente ligadas a la atención psicológica en un Hospital Oncológico, esta actividad se da con el fin de que el grupo de psicólogos afinen las estrategias de abordaje.
- g) Supervisión de casos, se da semanalmente la exposición de dos casos, donde el psicólogo brinda detalles de su intervención, con el objetivo de recibir retroalimentación y aprendizaje grupal.

2.2.3 Capacitación.

Esta función se desarrolla de forma continua, con el fin de instruir y entrenar al grupo de profesionales en psicología clínica, así aumenta las posibilidades de lograr un óptimo desempeño laboral. Para el cumplimiento de esta función el psicólogo clínico asistirá a diversas actividades académicas organizadas por el Hospital Oncológico y el mismo Servicio de Psicología, actividad como:

- a) Leer, analizar y exponer lecturas con temas vinculados a la psicooncología.
- b) Registrar atenciones psicológicas, a modo de casos clínicos, exponer al grupo de psicólogos.
- c) Asistir a charlas, ponencias, actividades académicas organizadas por la Unidad de Infectología, con temas relacionados la Oncología y el cuidado del paciente.



CAPITULO 3: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

3.1 TEORÍA Y LA PRÁCTICA EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL

3.1.1 Cáncer de mama.

El cáncer de mama se da cuando el crecimiento de las células mamarias se altera sin medida, formando así un nódulo o tumor, la cual se puede palpar con un autoanálisis o una radiografía. Sociedad Americana de Cáncer (2019).

Al aumentar enormemente la productividad este celular de cáncer de mama, aumenta también la probabilidad que estas se dispersen a otras partes del cuerpo, mediante los vasos linfáticos, así como también por la sangre, dando paso así a la temible posibilidad de generar metástasis, dañando órganos vitales como los pulmones, cerebro. Sociedad Española de Oncología Médica (2010).

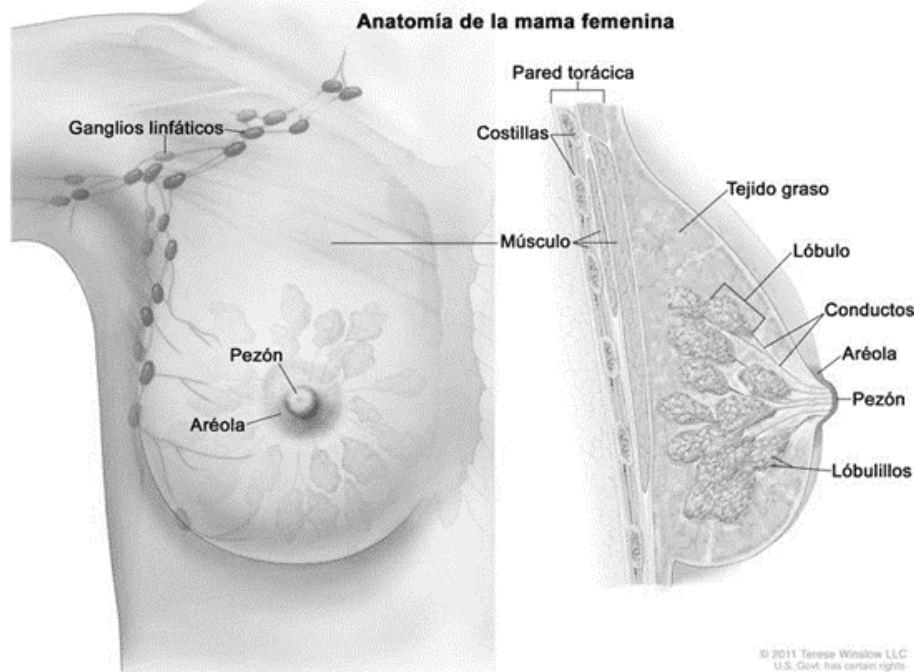


Figura 6. Anatomía de la mama femenina. Fuente: Sociedad Española de Oncológica Medica (2020).

La Organización Mundial de Salud (OMS), nos dice que la incidencia de esta neoplasia va en aumento, afectando en gran magnitud a la población femenina debido a su detección en fase terminal de la enfermedad, de esto último se colige que tanto en países desarrollados y en desarrollo aún no hay una cultura de prevención.

Para el Ministerio de salud del Perú (2020). El realizar un acto preventivo, donde toda mujer mayor de 40 años acuda a un examen clínico de mama de forma anual, de la misma forma toda mujer mayor de 50 acuda a practicarse mamografía con este acto se puede hacer la diferencia, diagnosticado temprano esta enfermedad existe el 90% de posibilidad de curación y así esta neoplasia podría dejar de ser la segunda causa de muerte en la población femenina.

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2020). A nivel nacional el cáncer de mama es considerado la primera causa de muerte en pacientes femeninos Esta enfermedad posee diversos factores de riesgo, entre estos tenemos:

- **La edad:** el riesgo de desarrollar el cáncer de mama aumente con la edad, teniendo como referencia a partir de 40 años hasta los 74 años.
- **Genéticos:** mutaciones genéticas heredadas al nacer.
- **Historia familiar:** El riesgo es mayor si se cuenta con familiares en primer grado que han padecido cáncer de mama
- **Nuliparidad:** Ausencia de embarazos.
- **Primera gestación tardía:**
- **Menarquia temprana:** primera menstruación antes de los 12 años
- **Menopausia tardía:** mujeres que experimentan ausencia del periodo de menstruación pasando los 55 años de edad.

La población femenina que se encuentra en riesgo de desarrollar esta enfermedad debe acudir a consulta médica y pasar por el escrutinio con mastografía, sabemos que una detección temprana tiene más posibilidad de curación.

Es importante mencionar que, así como cada persona es diferente de la misma manera los casos de cáncer de mama son diferentes para cada paciente que lo padece, por lo tanto, el tratamiento va a depender del tipo de neoplasia, la ubicación y el tamaño del tumor, así mismo, el tratamiento dependerá del estadio en el que encuentra la enfermedad (estadio 0, I, II, III; IV). La mayoría de tratamientos hacen uso de: la American Cancer Society y National Comprehensive Network (como se citó en Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, O., y Alvarado, S. 2014).

- **La radioterapia:** Es la exposición directa a una máquina de rayos X.
- **La quimioterapia:** Este tratamiento donde se administran medicamentos, vía oral o por intravenoso, para destruir las células cancerosas.
- **Los tratamientos hormonales:** se administran medicamentos, para detener la producción de células cancerosas.
- **La cirugía:** tratamiento de primera opción en tumores pequeños.

3.1.2 Impacto psicológico en pacientes con Cáncer de mama.

La población femenina con diagnóstico de cáncer de mama se ve enfrentada de forma abrupta a vivir una situación psicológica de incertidumbre, llena de miedos, preocupaciones, tristeza, desesperanza, culpa, inutilidad, flaqueza, estos son emociones y sentimientos necesarios en el proceso de adaptación frente a momentos difíciles como lo es un diagnóstico y tratamiento oncológico.

La mujer al verse frente al diagnóstico de cáncer de mama, experimenta situaciones con niveles altos de estrés por lo que se ve que su vida familiar, personal, social, laboral, espiritual se ve alterada drásticamente. Teniendo en cuenta que los senos son percibidos por sí misma como parte esencial de sus sensualidad y sexualidad y perder uno o los dos senos se ve alterada su autoimagen y autoestima por ende estará presente el pensamiento de inferioridad frente a otras mujeres. (Martínez, A., et al 2014).

Chávez, M., Juárez, A. (2016). Nos dicen que las reacciones psicológicas se dan desde la sospecha de un posible diagnóstico de cáncer mamario, así como durante el diagnóstico, tratamiento y después de este.

Reacciones psicológicas durante:

- a) **Antes diagnóstico:** La paciente experimenta miedo, angustia, impaciencia, asociado a la espera de resultados, al ambiente hospitalario. Este momento de sufrimiento emocional no es exclusivo para la paciente, sino también para la familia y amistades cercanas.
- b) **Durante el diagnóstico:** La paciente al recibir el diagnóstico experimenta desesperación, ganas de gritar, llorar, correa, así mismo siente enojo, negación, culpa, relacionado al riesgo que se enfrenta su vida, a posibles tratamientos invasivos, a que su vida cotidiana tendrá que paralizarse, a una posible mutilación y esto a su vez miedo a perder a su pareja.
- c) **Después del diagnóstico:** La debutante en cáncer mamario experimenta sentimiento de soledad, vulnerabilidad, inutilidad, miedo, preocupación, desánimo, tristeza, negación, desesperanza, sensación de ser una carga; lo que la conlleva a ser candidata a reacciones de depresión y ansiedad

3.1.3 Instrumentos de evaluación utilizados.

a) Inventario de Personalidad de Eysenck Revisado (EPQ-R).

Este inventario se aplica a personas mayores de 16 años de edad cronológica, con el objetivo de evaluar tres dimensiones básicas de su personalidad (Extraversión, Neuroticismo, Psicastenia), asimismo evalúa la veracidad, la cual permite ver la sinceridad del sujeto durante la evaluación. Universidad de Lima (2001).

b) Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

El BDI – II, se aplica a la población mayores de 13 años, de forma individual, cuenta con 21 ítems, en la que se necesita un promedio de 10 minutos. Esta evaluación tiene como objetivo el medir la sintomatología depresiva, teniendo con posible resultado según la intensidad, (ausente leve y muy intenso). Beck, A., Steer, R. y Brown, Gn (2009).

c) Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

Esta escala, se aplica a mujeres y varones mayores de 17 años de edad cronológica, consta de 20 afirmaciones, de respuesta dicotómica, con tiempo de aplicación máximo de 10 minutos. Esta evaluación se ejecuta con el fin de detectar pesimismo y actitudes desfavorables frente al futuro. Alamo, C., Baader, T., Antunez, Z., Bagladi, V., y Bejer, T. (2019).

d) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El BAI es un instrumento de evaluación psicológica, el cual va dirigido a la población de 13 años a más. Este inventario consta de 21 ítems, con respuesta fe forma Likert (0,1,2,3), estos ítems miden la sintomatología ansiosa del sujeto en evaluación, en un tiempo máximo de 10 minutos, ya se sea de forma individual o colectiva. Chang, A. (2015).

e) Escala de Autoestima de Coopersmith, (SEI) versión Adultos.

Esta escala de Autoestima de Coopersmith es aplicada a personas de 16 años a más, con la finalidad de medir el área familiar, social y personal en función a valoración de si mismo. El tiempo que se necesita para la aplicación de esta prueba es de 15 minutó apropiadamente. La aplicación será de forma individual y colectiva. Coopersmith, S (2006)

3.1.4 Depresión en adultos.

De acuerdo con Morris,C y Maisto,A (2009). La depresión es uno de los trastornos den animo más común, con esta enfermedad la persona experimenta perdida de interés por las actividades que antes disfrutaba, sensación de minusvalía, tristeza, sentimiento de culpa de forma excesiva, suelen ver apáticas, cansados, asimismo experimenta lo que son los pensamientos recurrentes de muerte. En ocasiones esta sintomatología suele presentarse de forma intensa, al nivel de interferir en la vida diaria de quien lo experimenta y dificulta la toma de decisiones, hasta pueden llegar a atentar contra su propia vida.

Es importante tener en cuenta que la tristeza es normal, esperada en situaciones difíciles de la vida como, por ejemplo, sentir tristeza cuando se ha perdido algún familiar, ante un problema o una ruptura amorosa, o quizá tristeza frente a un despido en el trabajo. Se puede decir que en estos casos la tristeza cumple la función de adaptación a nuevas y difíciles circunstancias, que será experimentada por tiempos cortos.

La tristeza se cataloga como depresión cuando viene acompañada de otros síntomas; anteriormente mencionados; además cuando estos síntomas son intensos, persistentes, prolongados. Este trastorno del estado de ánimos suele afectar a las tres poblaciones: Niños, adolescentes y adultos.

3.1.5 Criterios de diagnóstico.

Para dar un diagnóstico psicológico es sumamente importante que el paciente pase por un proceso de entrevista para así comprobar el cumplimiento de los criterios según CIE-10.

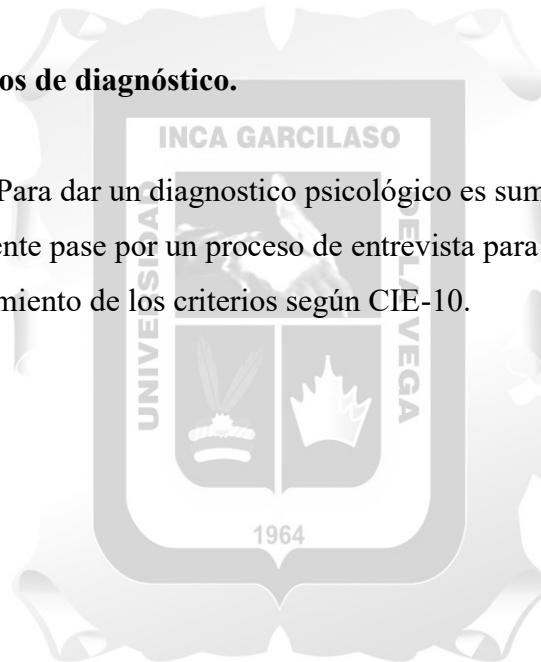


Tabla 11

Resumen de los criterios diagnósticos para el F33.1. Fuente: Región de Murcia (2006).

	Leve	Moderado	Grave	Distimia
Síntomas principales:				Estado de
1. Humor depresivo.	2	2	Los tres	ánimo
2. Pérdida de interés y disfrute.	síntomas	síntomas	síntomas	deprimido
3. Fatigabilidad.				continuo o recurrente
Otros síntomas:				
a. Disminución de la atención y concentración.				
b. Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.	Al			
c. Idea de culpa y de inutilidad.	menos 2	3 o 4	Al menos 4	Al menos 2
d. Perspectiva sombría del futuro				
e. Pensamientos y actos suicidas				
f. Trastorno de sueño				
g. Pérdida del apetito.				
	Ninguno	Varios en	Intensidad	Menor que
Intensidad de los síntomas	en grado intenso	grado intenso	grave	leve
Interferencia: Dificultad para llevar a cabo su vida social y laboral.	Alguna dificultad	Bastante dificultad	Dificultad extrema	Alguna dificultad
		Al menos dos semanas		menos a
Duración				dos años

3.1.6 Terapia cognitivo conductual de Beck (TCC).

Frente a un diagnóstico de depresión, la cual es un trastorno del estado de ánimo, tenemos a la Terapia cognitivo conductual, es una herramienta con gran efectividad, la cual es un método activo, directivo, estructurado, orientado en el aquí y ahora. Esta teoría en basa en que la manera de sentir y actuar de los individuos depende del como este ha estructurado su mundo, es decir su modo propio de percibir su entorno. Aquí el papel del terapeuta es ayudar al paciente que sea consciente de sus pensamientos, emociones, asimismo le ayudara para que su proceder sea adaptativo, experimentando así un mejor estado emocional

Esta terapia hace mención tres conceptos para tratar a la depresión, estos son: La triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, A (2010).

1. **Triada cognitiva.** El paciente tiende a tener una visión negativa de sí mismo, suele interpretar sus vivencias de modo negativo, así como también suele ver de forma negativa su futuro.
2. **Organización estructurada del pensamiento depresivo.** Modelos de esquemas mentales que el individuo hace uso frente a diferentes situaciones. Se acude a este punto para descifrar el por qué el individuo suele ejecutar actitudes que le causan daño.
3. **Errores en el procesamiento de información.** La persona que padece de depresión acude al uso de pensamientos primitivo, causando desorden en su manera de organizar la realidad.

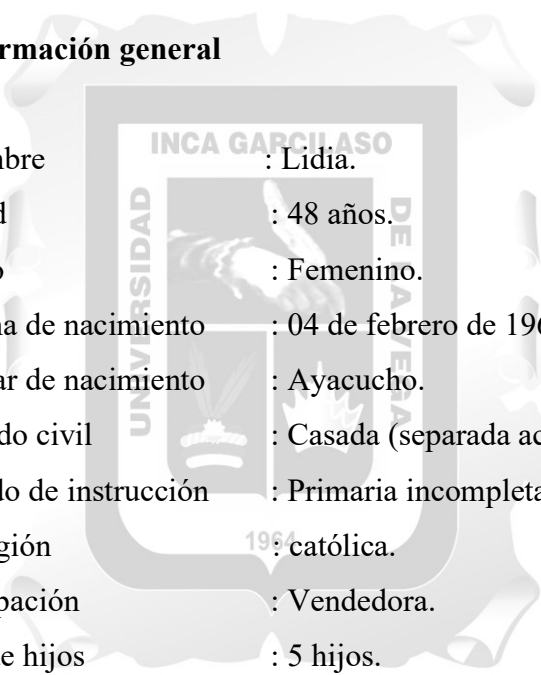
3.2 ACCIONES, METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS

Se presentará un caso clínico de una paciente mujer de 48 años, teniendo en cuenta detalles como cabe mencionar que con este caso se dio por finalizada la experiencia en labor psicológica en un Hospital de Oncológico de Lima Metropolitana.

3.2.1 Caso Clínico.

A. Elaboración de la historia psicológica.

1. Información general



Nombre : Lidia.
Edad : 48 años.
Sexo : Femenino.
Fecha de nacimiento : 04 de febrero de 1968.
Lugar de nacimiento : Ayacucho.
Estado civil : Casada (separada actualmente).
Grado de instrucción : Primaria incompleta.
Religión : católica.
Ocupación : Vendedora.
Nº de hijos : 5 hijos.
Lugar de residencia : Ayacucho.
Tiempo de residencia : 48 años.
Informante : Paciente.
Primera entrevista : 08/09/16

2. Motivo de consulta.

Paciente acude a consulta refiriendo: «Desde hace 7 meses (febrero) me siento terrible porque me enteré que mi esposo me estaba engañando. Lloro por cualquier cosa, me siento más sensible, más cansada y no tengo ánimo para hacer mis cosas (tristeza 10/10). No puedo dormir bien porque me quedo pensando, y me pongo mal. Cuando pienso en lo que me hizo me da tanta rabia y cólera que desearía lo peor para él; pero no sé qué me pasa que cada vez que pienso en él también recuerdo todo el tiempo que hemos estado juntos desde muy jóvenes, no sé si es porque me siento sola o me he aferrado a él, o pienso que de repente fui yo o algo que hice que él se fuera y quisiera que regrese. Siento que lo necesito, de vez en cuando lo llamo para pedirle una explicación (interdiariamente), aunque también para ver el dinero que nos da para mí y mis hijos; pero a veces quisiera llamarlo para gritarle, insultarlo y decirle todo el mal que ha hecho a mi familia, cómo es posible que alguien como él que ha estudiado una carrera técnica de la salud (enfermería) que trata con seres humanos, es capaz de hacer algo tan feo; inclusive ella, su amante, que también es técnica; le deseo el mal a esa chica. Prácticamente él ha vivido gran parte siendo un mantenido, yo le he pagado su carrera, que injusto; 33 años he estado con él. Mis hijos me dicen que ya no lo busque, que él no se merece nada mío y tal vez tengan razón, pero aun así me duele. He llegado a pensar en dejar el tratamiento y ya no hacer nada, pero mis hijos me dicen que aun debo seguir adelante y por eso vengo, ya no quiero sentirme así, me preocupa como estoy, quiero dejar de ponerme mal cuando lo vea, quisiera verlo como si fuera una persona más o un desconocido, ya no quiero sentir nada por él.»

3. Observaciones generales

Mujer con diagnóstico oncológico de cáncer mama izquierda + metástasis múltiple. Aparenta su edad cronológica, es de tez clara, contextura física normal y con presencia de alopecia debido a la quimioterapia. Muestra una marcha ligera y viste acorde a la situación, edad y género, con adecuada higiene personal. Durante la sesión mostró facies de tristeza y labilidad emocional, con llanto controlado, asociado a relación con pareja. Sin embargo, demostró colaboración y participación hacia el proceso de evaluación.

Estuvo orientada en espacio, tiempo y persona; presenta lucidez, procesos atencionales conservados, lenguaje fluido, claro y coherente, con tono bajo de voz. Asimismo, muestra memoria conservada a corto y largo plazo, el curso de pensamiento adecuado, pero en contenido manifiesta pensamientos automáticos de tipo culpabilidad (“de repente fui yo o algo que hizo que él se fuera”), debería (“A veces siento y veo en mi imaginación que me faltara su maltrato, será que así debe ser”).

Por otro lado, se percibió recursos personales de afrontamiento debilitados que influyen en el proceso adaptativo al tratamiento oncológico. Así como también se observó que cuenta con apoyo socio-familiar favorable.

4. Historia familiar.

Pre-natal

- Madre soltera
- No hubo complicaciones significativas a nivel orgánico.

Peri-natal

- 1° embarazo/ Tipo de parto: Natural.
- Características del parto: Sin complicaciones.
- Peso y talla: Madre de la paciente le comentó que tuvo adecuado peso/talla.
- Características del neonato: Sin lesiones.

Post-natal

- Alimentación: Buena alimentación.
- Psicomotricidad: No refirió información.
- Lenguaje: No refirió información.
- Control de esfínteres: No refirió información.

Escolaridad primaria

- Rendimiento académico: Bajo; repitió un año y la siguiente vez se retiró. Estudió hasta el 3° grado (11 años aprox.).
Paciente refirió: “Yo era burra, no me entraba las clases.”
- Relación con la profesora: La profesora la golpeaba con el lápiz en la cabeza porque: “no sabía hacer bien las cosas, me decía que era boba y que me concentrara.”
- Relación con los compañeros: En general era buena, jugaba tanto con hombres y mujeres.

Enfermedades – accidentes

- Antes que le diagnosticaran cáncer, solía tener dolores del brazo derecho y cefaleas poco frecuentes.
- Dx médico actual: Cáncer de mama multimetastásico, óseo pulmonar.

Vida psicosexual.

- Enseñanza sobre sexualidad: En posta de salud la orientaron sobre cuidados preventivos de maternidad.
- Menarquía: 12 años.
- 1° enamorado: A los 15 años (con el cual estuvo 33 años).
- 1ra relación sexual: Fue violada a los 14 años.
- *Menopausia: No menstrúa desde hace 2 años (aprox.); empero se debe tener en cuenta que ello también puede ser consecuencia de la quimioterapia. Por otro lado, refirió no haberse percatado de los cambios.

Vida marital

- Matrimonio: 29 de noviembre del 2015.
- Reacción de la mujer: En la fecha ella sintió felicidad y entusiasmo.
- Reacción del varón: La paciente creía que él la quería, pero ahora manifiesta que todo fue una mentira.
- Relación de pareja: En ese entonces era “aparentemente cercana” porque ya habían surgido discusiones anteriormente.

Vida laboral

- Inicio laboral: Desde los 15 años
- Tipo de trabajos: Limpieza, Vendedora ambulante en la calle,
- Relación con jefes/compañeros de trabajo: “Normal” (buena), usualmente trabajaba independientemente.

Vida social

- Infancia: “Juguetona” con sus compañeros, sin diferencias de género.
- Adolescente: Menos sociable porque “tenía que trabajar”
- Actualidad: Pocas amistades cercanas, le resulta más fácil conversar con mujeres que con los hombres.

Rasgos de personalidad

- Por lo general es tranquila,
- Persistente
- Se molesta fácilmente cuando hay motivos específicos.
- Tiende a lamentarse de sí misma o de su pasado.

Hábitos e intereses

- Ver algunos programas de TV.
- Pasear un rato.
- Dormir.

Hijos

El primer hijo tiene 33 años, es comerciante, con rasgos de personalidad reservado, trabajador, tranquilo, por lo general llevan una buena relación, aunque no se frecuenten mucho.

La segunda hija tiene 29 años, con rasgos de personalidad, colaboradora, responsable, llevan una relación muy cercana y mucha confianza.

La tercera hija tiene 26 años, la califica como tranquila, renegona con motivos, llevan un buena relación.

El cuarto hijo, tiene 20 años, trabaja en ventas, con rasgos de personalidad bueno, comprensible, amable y colaborador, llevan una relación muy cercana, este hijo es que más la apoya.

El quinto y último hijo tiene 15 años, es estudiante, tiene problemas con la adicción a juegos, con rasgos de personalidad de impulsividad, rebelde, mantiene una relación distante.

B. Exámenes psicopatológicos.

1. Examen Mental.

Porte:

- Aparenta su edad cronológica.
- Contextura física normal.
- Tez clara y ojos de color marrón oscuro.
- Sin presencia de cabello (alopecia).
- Presentaba aliño e higiene personal.
- Viste conforme a su edad, género y estación.

Comportamiento:

- Mostro una postura encorvada y una marcha ligera.
- Facies de tristeza y labilidad emocional con tendencia al llanto.

Actitud:

- Tranquila.
- Colaboradora.
- Participativa.

Conciencia:

- Muestra Lucidez.
- Estado de vigilancia.

Orientación:

- Orientada en persona, espacio y tiempo.

Atención.

- Sostenida.
- Selectiva.
- Concentrada.

Pensamiento:

- Curso de lenguaje coherente.
- En el contenido hay distorsiones cognitivas de tipo culpabilidad.

Percepción:

- Niega alucinaciones.

Memoria:

- Memoria a corto y largo plazo conservadas.

Lenguaje:

- Claro.
- Fluido.
- Tono de voz baja a moderado.

Afectividad:

- Tristeza patológica.
- Irritabilidad.
- Colera.
- Miedo.
- Sentimiento de soledad.
- Sentimiento de culpa.

Sueño:

- Insomnio de inicio.

Apetito:

- Conservado.

2. Observaciones - signos.

- Sexo femenino.
- Aparente edad cronológica.
- Apariencia física normal.
- Ausencia de cabello (alopecia).
- Tez clara y ojos de color marrón oscuro.
- Presentaba aliño e higiene personal.
- Viste conforme a su edad, género y estación.
- Postura encorvada y una marcha ligera
- Actitud tranquila, colaboradora y participativa.
- Lúcida.
- Orientada en persona, tiempo y espacio.
- Atención selectiva, sostenida, concentrada.
- Memoria de corto y largo plazo conservadas
- Lenguaje fluido, claro, tono de voz bajo a moderado.
- Curso de pensamiento coherente.
- Facies de tristeza.
- Llanto controlado.
- Amargura.

3. Síntomas.

- Hace 34 años, probable época de la violación.
 - Hay distorsiones cognitivas de tipo culpabilidad.
 - Insomnio al inicio.
 - Niega alucinaciones.
 - Apetito conservado.
 - Irritabilidad
 - Dificulta para concentrarse.
- En la actualidad presenta.
 - malestar emocional 10/10
 - tristeza patológica, ira y colera.
 - Sensibilidad y cansancio.
 - No tiene ánimo para hacer las cosas.
 - Sentimiento de soledad.
 - Sentimiento de culpa.
 - Presenta conciencia de enfermedad.
 - Miedo.

C. Instrumentos utilizados:

1. Inventario de Personalidad de Eysenck Revisado (EPQ-R).
2. Inventario de Depresión de Beck.
3. Escala de Desesperanza de Beck
4. Inventario de Ansiedad de Beck.
5. Escala de Autoestima de Coopersmith versión Adultos.

D. Criterio psicométrico.

1. Inventario de Personalidad de Eysenck Revisado (EPQ-R)
 - Veracidad: (46T)
 - Extraversión: (34T)
 - Neuroticismo: (58T)
 - Psicastenia: (43T)

2. Inventario de depresión de Beck (BDI-II)
 - (28pts) Depresión moderada.
3. Escala de Desesperanza de Beck (BHS)
 - (16pts) Severo.
4. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
 - (14pts) Nivel leve.
5. Escala de Autoestima de Coopersmith
 - (36pts) Nivel medio bajo.

E. Diagnostico diferencial.

En el presente caso se evidencia que la depresión que padece la paciente no está ligada a ningún tipo de simulación, la paciente se mostró coherente al momento de expresar su malestar emocional en todo el proceso de evaluación.

Paciente niega el consumo de alguna sustancia que este afectando directamente al sistema nervioso central, de ahí se colige que la sintomatología depresiva no está siendo motivada por el consumo de alguna sustancia.

La paciente experimenta, tristeza 10/10 ira 9/10, colera, senilidad, cansancio, sentimiento de abandono, sentimiento de culpa, miedo, insomnio, ausencia de ánimo para realizar las cosas, irritabilidad, dificultad para concentrarse; con los síntomas anteriormente mencionados se deduce que no estamos frente a una simple tristeza, la cual es normal y esperada en situaciones de separación o pérdida; si no por lo contrario estamos frente al trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

Cuando la persona está inmerso en situaciones estresantes, como en este caso, la paciente se encuentra cursando tratamiento oncológico, se podría decir que la sintomatología depresiva está asociada al trastorno adaptativo ante enfermedad oncológica, siento este último un serio factor estresante, sin embargo descartamos este diagnóstico debido a que la paciente refiere que tiempo atrás experimento sintomatología depresiva de forma leve, en ausencia de enfermedad oncológica; por ende, se diagnostica trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F. Diagnóstico.

- (F33.1) Trastorno depresivo recurrente, con episodio actual moderado.
- (Z85) Historia personal de neoplasias malignas.

G. Informe psicológico

I. Datos de filiación.

Nombre : Lidia.
Edad : 48 años.
Sexo : Femenino.

Fecha de nacimiento : 04 de febrero de 1968.
Lugar de nacimiento : Ayacucho.
Estado civil : Casada (separada actualmente).
Grado de instrucción : Primaria incompleta.
Religión : Católica.
Ocupación : Vendedora.
Nº de hijos : 5 hijos.
Lugar de residencia : Ayacucho.
Tiempo de residencia : 48 años.
Informante : Paciente.
Evaluadora : Merli Saldaña.
Fechas de evaluación : 08/09/16; 13/09/16; 29/09/16; 06/10/16;
22/10/16; 14/11/16
Técnicas utilizadas : Acompañamiento. -Espacio de escucha activa. -Fortalecimiento a alianza terapéutica. -
Validación emocional. -Evaluaciones.
Instrumentos utilizados : Inventario de Personalidad de Eysenck Revisado (EPQ-R). Inventario de Depresión de Beck. Escala de Desesperanza de Beck Inventario de Ansiedad de Beck. Escala de Autoestima de Coopersmith versión Adultos.

II. Motivo de consulta.

Paciente acude a consulta refiriendo: «Desde hace 7 meses (febrero) me siento terrible porque me enteré que mi esposo me estaba engañando. Llora por cualquier cosa, me siento más sensible, más cansada y no tengo ánimo para hacer mis cosas (tristeza 10/10). No puedo dormir bien porque me quedo pensando, me y pongo mal. Cuando pienso en lo que me hizo me da tanta rabia y cólera que desearía lo peor para él; pero no sé qué me pasa que cada vez que pienso en él también recuerdo todo el tiempo que hemos estado juntos desde muy joven, no sé si es porque me siento sola o me he aferrado a él, o pienso que de repente fui yo o algo que hizo que él se fuera y quisiera que regrese. Siento que lo necesito.

De vez en cuando lo llamo para pedirle una explicación (incendiariamente), aunque también para ver el dinero que nos da para mí y mis hijos; pero a veces quisiera llamarlo para gritarle, insultarlo y decirle todo el mal que ha hecho a mi familia, cómo es posible que alguien como él que ha estudiado una carrera técnica de la salud (enfermería) que trata con seres humanos, es capaz de hacer algo tan feo; inclusive ella, su amante, que también es técnica; le deseo el mal a esa chica. Prácticamente él ha vivido gran parte siendo un mantenido, yo le he pagado su carrera, que injusto; 33 años he estado con él. Mis hijos me dicen que ya no lo busque, que él no se merece nada mío y tal vez tengan razón, pero aun así me duele. He llegado a pensar en dejar el tratamiento y ya no hacer nada, pero mis hijos me dicen que aun debo seguir adelante y por eso vengo, ya no quiero sentirme así, me preocupa como estoy, quiero dejar de ponerme mal cuando lo vea, quisiera verlo como si fuera una persona más o un desconocido, ya no quiero sentir nada por él.» Asimismo, mencionó: «Creo que nunca me he sentido antes de esta forma.»

III. Observaciones generales de la conducta.

Mujer con diagnóstico oncológico de cáncer mama izquierda + metástasis múltiple. Aparenta su edad cronológica, es de tez clara, apariencia física normal y con presencia de alopecia debido al tratamiento. Muestra una marcha ligera y viste acorde a la situación, edad y género, con adecuada higiene personal. Durante la sesión mostró facies de tristeza y labilidad emocional, con llanto controlado, asociado a relación con pareja. Sin embargo, demostró colaboración y participación hacia el proceso de evaluación.

Estuvo orientada en espacio, tiempo y persona. Presenta lucidez y procesos atencionales conservados. Lenguaje fluido, claro y coherente, con tono bajo de voz. Memoria conservada a corto y largo plazo. Curso de pensamiento adecuado, pero en contenido manifiesta pensamientos automáticos de tipo culpabilidad (“de repente fui yo o algo que hizo que él se fuera”), debería (“A veces siento y veo en mi imaginación que me faltara su maltrato, será que así debe ser”). Por otro lado, se percibió recursos personales de afrontamiento debilitados que influyen en el proceso adaptativo al tratamiento. Asimismo, cuenta con apoyo socio-familiar favorable.

IV. Interpretación de resultados.

Área de Pensamiento:

La paciente se caracteriza por manifestar una lógica de pensamiento de tipo concreto, el cual puede estar relacionado a su grado de instrucción y al contexto sociocultural de origen.

En el curso de pensamiento impresiona coherencia con el diálogo; sin embargo, en el contenido se perciben distorsiones cognitivas de tipo culpabilidad (“de repente fui yo o algo que hizo que él se fuera”), debería (“a veces siento y veo en mi imaginación que me faltara su maltrato, será que así debe ser”), sobregeneralización («he llegado a pensar que el cáncer pudo haber sido una brujería de la amante» - creencias culturales+ experiencias de familiares).

Área Afectiva:

La evaluada evidencia un nivel depresión moderada, que se exterioriza por indicadores depresivos de tristeza negativa, llanto, desánimo, apatía, irritabilidad, sentimientos de culpa y una disminución de estima personal, que está influyendo en su adherencia al tratamiento oncológico y en su desenvolvimiento interpersonal.

Área Emocional

La paciente manifestó indicadores ansiosos leves, tales como preocupaciones por su salud y familiares, temores de muerte, que influyeran en sus actividades diarias significativamente.

V. Conclusiones.

- En el área de Pensamiento impresiona curso coherente, pero en el contenido se perciben pensamientos distorsionados de tipos culpabilidad, debería y sobre generalización.

- Por otro lado, en el área de Personalidad, la paciente se caracteriza por ser introvertida, temerosa e insegura en sus acciones. Tiende a deprimirse, a mostrar inferioridad y a asumir la responsabilidad de acciones de otros. Sin embargo, ante situaciones sociales, puede entablar buena conversación y logra empatizar con determinadas personas, permitiendo su adaptabilidad en diversos contextos.
- En el área Afectiva se muestran indicadores depresivos moderados, tristeza negativa, desesperanza, apatía, irritabilidad, sentimientos de culpa y una disminución de estima personal que interfiere significativamente en sus actividades diarias.
- Área Emocional se evidencia leves indicadores ansiosos tales como preocupaciones constantes, nerviosismo debido a labilidad emocional y temores de muerte.

VI. Recomendaciones.

- Terapia individual cognitivo-conductual para tratar la depresión moderada, y leve sintomatología de ansiedad.
- Interconsulta con consulta a psiquiatría.

VII. Diagnostico.

- (F33.1) Trastorno depresivo recurrente, con episodio actual moderado.
- (Z85) Historia personal de neoplasias malignas.

H. Plan de tratamiento.

1. Justificación

La paciente Lidia, quien cursaba en ese momento un tratamiento oncológico, debido a la presencia de dificultades en el área afectiva asociado a la separación de su pareja desde hace 7 meses. A través del proceso de evaluación psicológica, manifestó un nivel de depresión moderada que se caracteriza por tristeza constante, pérdida de interés, irritabilidad, disminución del sueño, baja autoestima, pensamientos de minusvalía y sentimientos de culpa. Estas dificultades repercuten en sus actividades cotidianas y en su desenvolvimiento adecuado, lo que a su vez perjudica la adherencia y el progreso positivo del tratamiento médico.

Dada esta situación, es importante trabajar mediante una psicoterapia individual que esté conformada por técnicas apropiadas y verídicas que permitan disminuir la sintomatología depresiva y fortalezcan sus recursos personales, para lograr la readaptación de la paciente con su entorno y el tratamiento oncológico. Por ello, se creó la necesidad de intervenir a través de la terapia cognitivo conductual de Beck, el cual es uno de los métodos más utilizados en la actualidad gracias a su practicidad y fiabilidad comprobada en diversas investigaciones. Está orientada a identificar los pensamientos y esquemas centrales que están distorsionados por las interpretaciones erróneas sobre algún acontecimiento aversivo, produciéndose un malestar emocional de tipo depresivo, así como la apreciación inadecuada de sí mismo, de los demás y del futuro.

La intervención se iniciará con la orientación y psicoeducación de la terapia individual, propiamente dicha. Luego se hará uso de las técnicas e instrumentos cognitivos-conductuales que hagan posible cumplir con los objetivos, sesión tras sesión, y por ende alcanzar la meta de todo el programa.

2. Objetivo general:

Disminuir los niveles de la sintomatología depresiva, reestructurar esquemas cognitivos negativos, entrenar en habilidades sociales, fortalecer recursos personales de afrontamiento y prevenir recaídas, mediante técnicas e instrumentos cognitivo-conductuales que permitan aliviar el malestar emocional, modificar pensamientos irracionales y comportamientos inadecuados no favorables para su estilo de vida y el tratamiento oncológico.

3. Objetivos específicos:

- Lograr que adquiera habilidades de afrontamiento para sobrellevar adecuadamente situaciones estresantes.
- Redefinir y potenciar la autonomía de la paciente para promover la toma de decisiones en solución de problemas.
- Fortalecimiento de los recursos personales adquiridos en el transcurso de la terapia y prevenir recaídas futuras.
- Fortalecer la alianza terapéutica.
- Describir y explicar la problemática a través del enfoque cognitivo conductual.
- Trabajar las emociones como señal de la forma de nuestras cogniciones.

- Buscar que la paciente reconozca su malestar y quejas de forma objetiva.
- Trabajar distorsiones negativas como la personalización y sobreexageración.
- Realizar un listado de los síntomas que experimenta, asimismo detectar los pensamientos relacionados a estos.
- Identificar pensamientos automáticos, previa psicoeducación sobre PA
- Modificar los pensamientos automáticos a pensamientos adaptativos.
- Lograr que la paciente adquiera habilidades de afrontamiento para sobrellevar adecuadamente situaciones estresantes de forma consciente.
- Concientizar sobre la relación entre depresión, la enfermedad oncológica y la adherencia al tratamiento oncológico.
- Fortalecimiento de los recursos personales adquiridos en el transcurso de la terapia y prevenir recaídas futuras.

4. Metodología

Se contará participación activa de la paciente mediante técnicas y procedimientos cognitivos y conductuales que conlleven a un mejoramiento de su estado actual, tanto a nivel intrapersonal como interpersonal, durante el proceso terapéutico. La terapia se llevará a cabo en aproximadamente en 10 sesiones, las cuales tendrán una duración aproximada de 45 minutos, una vez por semana, en donde se aplicarán diversas técnicas para lograr los objetivos propuestos.

Finalmente se llevará a cabo 1 sesión de seguimiento para verificar los resultados de la intervención terapéutica.

Tabla 12

Plan de tratamiento para depresión según la terapia cognitiva conductual de Beck. Fuente propia.

N° DE SESIONES	OBJETIVOS	TÉCNICAS	RESULTADOS
1	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la alianza terapéutica. Describir y explicar la problemática a través del enfoque cognitivo conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación. Dominio y agrado. 	Se logró
2	<ul style="list-style-type: none"> Trabajar las emociones como señal de la forma de nuestras cogniciones. Analizar el proceso de realización de la tarea. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación. ABC 	Se logró
3	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir sintomatología ansiosa leve. Exploración de temores y preocupaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Respiración profunda. Psicoeducación. 	Se logró
4	<ul style="list-style-type: none"> Trabajar distorsiones cognitivas, como personalización y sobreexageracion 	<ul style="list-style-type: none"> Dialogo socrático. Psicoeducación. 	Se logró
5	<ul style="list-style-type: none"> Realizar un listado de los síntomas que experimenta, asimismo detectar los pensamientos relacionados a estos. 	<ul style="list-style-type: none"> Autoobservación. Exploración de PA 	
6	<ul style="list-style-type: none"> Identificar pensamientos automáticos, previa psicoeducación sobre PA 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de pensamientos automáticos. 	
7	<ul style="list-style-type: none"> Modificar los pensamientos automáticos a pensamientos adaptativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Dialogo socrático. 	
8	<ul style="list-style-type: none"> Lograr que la paciente adquiriera habilidades de afrontamiento para sobrellevar adecuadamente situaciones estresantes de forma consciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación Respiración profunda 	
9	<ul style="list-style-type: none"> Concientizar sobre la relación entre depresión, la enfermedad oncológica y la adherencia al tratamiento oncológico. 	<ul style="list-style-type: none"> Exploración sobre enfermedad. Psicoeducación 	
10	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de los recursos personales adquiridos en el transcurso de la terapia y prevenir recaídas futuras 	<ul style="list-style-type: none"> Feedback 	

5. Descripción detallada de las sesiones desarrolladas.

A continuación, se dará a revelar de las sesiones que se ejecutaron en el transcurso del desarrollo del plan de tratamiento para la depresión en una paciente mujer de 48 años. Cabe mencionar que se planeó realizar 10 sesiones, de cuales se llegó a ejecutar 4 sesiones cumpliendo con cada meta con la paciente.

Primera sesión: Conociendo la Terapia Cognitiva Conductual.

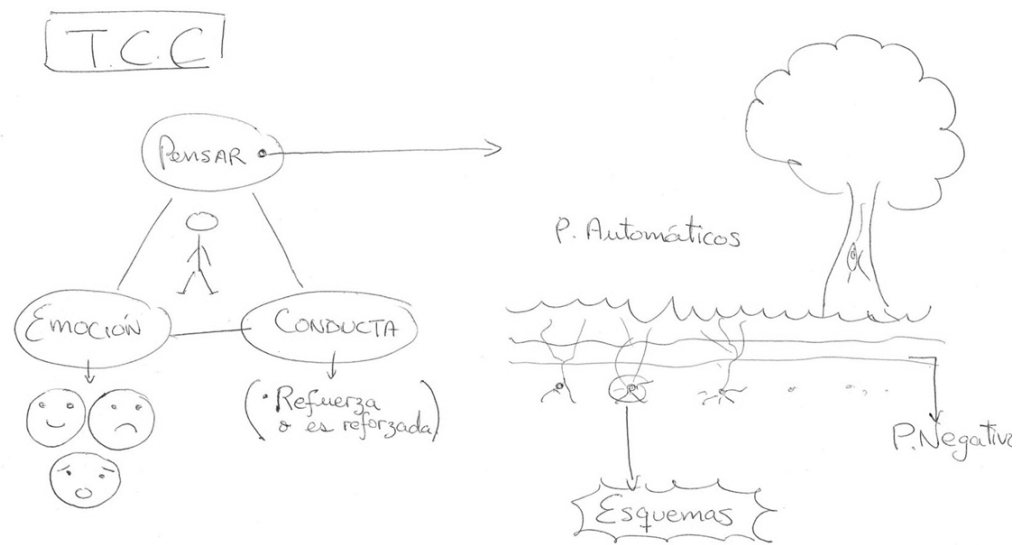
Objetivo:

- Fortalecer la alianza terapéutica.
- Describir y explicar la problemática a través del enfoque cognitivo conductual.

Contenido: Se inició dando la bienvenida a la nueva etapa de atención psicológica. De la misma manera se le preguntó sobre el estado de su enfermedad, a lo que respondió, estar triste a consecuencia de la alopecia, no le gusta verse sin cabello; se aprovechó este sentir para dar a conocer sobre la teoría cognitiva conductual, donde se dice que nuestras emociones son el reflejo de la forma que en pensamos, de ahí se explicó la importancia de conocer la forma de como interpretamos lo que se vive, lo se escucha, lo que vemos de uno mismo, de los demás y del mundo en sí, asimismo se explicara que frente a determinadas situación, nuestros pensamientos afloran de forma inmediata o automática, que los lo general estos pensamientos son negativo. Si conocemos cual es la base de nuestras emociones por demos trabajar sobre ello y llevar una vida emocional más saludable. Esta información se brindó teniendo en cuenta su pensamiento concreto, y sus propias experiencias.

Tarea: realizar un listado de emociones que experimenta durante la semana.

Resultado: la paciente logro entender que puede llegar a sentirse mejor emocionalmente, tratando de pensar de forma distinta. De la misma manera comprendió que sentir tristeza, colera, frustración frente a la alopecia es esperado y normal en esa circunstancia.



1964
Figura 7. Conociendo la terapia cognitiva conductual. Fuente: elaboración propia.

Segunda sesión: Mi forma de pensar y mis emociones.

Objetivo: Trabajar las emociones como señal de la forma de nuestras cogniciones.

Contenido: Se da inicio preguntando como fue en la semana, a lo que la paciente expresa que los problemas con el papá de sus hijos siguen siendo los mismos, que le duele mucho ver que él es feliz con su amante, en este momento se trabajó validación de emociones, se le menciono que con lo expresado se trabajará en tema “Mi forma de pensar y mis emociones” donde se aprenderá como se relacionan nuestras emociones con la forma en que pensamos o percibimos las cosas. Para el desarrollo de esta sesión se usó de la psicoeducación sobre las emociones, los pensamientos que generan estos.

Tabla 13

Diferenciar entre el yo siento y lo pienso.

Emoción	Pensamiento
Yo siento: <ul style="list-style-type: none">• Tristeza.• Colera	Yo pienso: <ul style="list-style-type: none">• Que mi esposo nunca me quizá.• Que el es feliz con su amante.

Tabla 14

Ejemplo para pasar un ABC negativo a un ABC positivo y adaptativo. Fuente: Elaboración propia

Acontecimiento	Cognición/ Pensamiento + emoción	Comportamiento
Mi esposo ya no viene a la casa	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me quiso. • Esta con la otra mujer. • Tristeza 9/10 • Enojo 10/10 	<ul style="list-style-type: none"> • No le hablo más. • Le corto la llama. • Reniego con los demás en la casa. • Llorar.
Mi esposo ya no viene a la casa	<ul style="list-style-type: none"> • El amor me tuvo, ya se acabó. • Ahora ella es su nueva pareja y es normal que pasen tiempo juntos • Tristeza 4/10 • Enojo 5/10 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con el sobre las cosas negativas que pasaron durante nuestra relación. • Expresar que estoy molesta, que en otro momento le devolveré la llamada. • Esperar que me pase el enojo para luego tratar a los demás.

Tarea: Autorregistro de ABC con situaciones de la semana.

Resultado: La paciente se mostró entusiasmada en poder entender que el mundo de sus emociones, son un reflejo de su forma de pensar.

Tercera sesión: Tomando el control con la respiración diafragmática.

Objetivo:

- Disminuir sintomatología ansiosa leve.
- Exploración de temores y preocupaciones.

Contenido: Se da inicio la sesión con el análisis de la ejecución de la tarea, donde la paciente realizó un registro con tres situaciones, una de ellas referente al proceso de enfermedad donde expresa temor, labilidad emocional, asociado a pensamientos de una pronta muerte, piensa que el tratamiento oncológico no funcionará y tendrá que dejar a sus hijos. A lo que se menciona que elegiremos este ABC para desarrollar el tema de esta sesión. se pasó a brindar información sobre la importancia de la respiración diafragmática en situaciones estresantes, por lo que este tipo de respiración descompensa de disminuir sintomatología ansiosa y depresiva, por lo que, al oxigenar adecuadamente nuestro cuerpo, logrando experimentar calma y sosiego, con esto obtiene una mejor percepción de nuestra realidad, por ende, se podrá ver más alternativas de solución. luego de esto se realizó una indagación sobre situaciones complicadas de manejar, con el fin de activar emociones de angustia, preocupación, miedo, para luego desactivar estas con la respiración diafragmática, así la paciente experimenta cambios emocionales.

1) Respiración abdominal o diafragmática:



a. Coger aire por la nariz dirigiéndolo hacia la barriga.



b. Soplar lentamente por la boca intentando alargar este tiempo.

Figura 8. Respiración diafragmática en dos pasos. Fuente: Hablo por no callar. 2017.

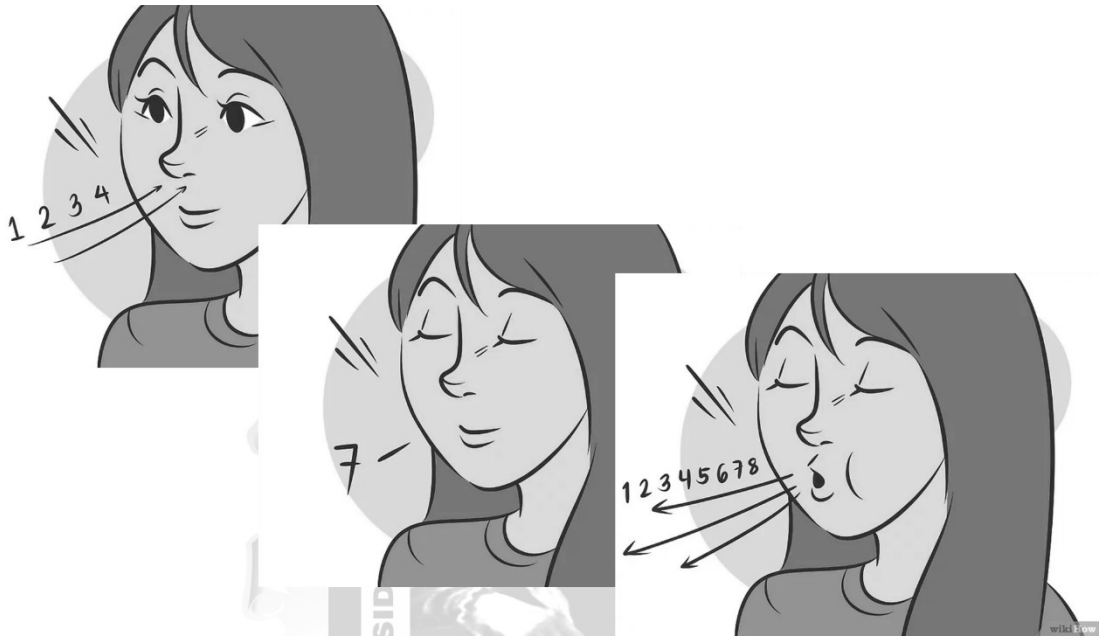


Figura 9. Respiración diafragmática en tres tiempos, inhalar, sostener y exhalar.
Fuente: Internet.

Tarea: Practicar la respiración diafragmática y hacer un listado de situaciones significante y las emociones que experimento en estas.

Resultado: se felicitó a la paciente por su compromiso con la atención psicológica. Se logro que la paciente se consciente de que podemos manejar o dominar nuestros pensamientos con ayuda de la respiración diafragmática, por lo que esta no da tiempo para alcanzar la calma, y así poder disminuir o extinguir miedos y angustias.

Cuarta sesión: Conociendo sobre distorsiones cognitivas

Objetivo: Trabajar distorsiones cognitivas, como personalización y sobreexageración.

Contenido: se da inicio a la cuarta sesión felicitando a la paciente por mostrarse responsable de su salud mental, mediante el cumplimiento de tareas domiciliarias, así como también llegando puntual a cada una de sus citas en psicología, ella responde agradecida que lo hace debido a que quiere sentirse bien para ella y sus hijos. Conversamos sobre la tarea, la paciente menciona que no tuvo ninguna dificultad en realizar la tarea, lo cual fue favorable para el desarrollo de esta sesión, ya se tenía una lista de situaciones con sus respectivas emociones, completamos esta actividad explorando los pensamientos que estaban relacionados a estas emociones y situaciones, una vez listo, elegimos, los pensamientos ligados a la distorsión cognitiva: sobreexageración y personalización. Luego se dio paso a brindar información sobre las distorsiones cognitivas, enfatizando que estas se dan debido a una equivocada percepción de la realidad, inferimos sobre uno mismo, sobre los demás, o sobre el mundo; a partir de escasa o nula de información; para esto el psicólogo hizo uso del diálogo socrático.

Tarea: Realizar alguna actividad de la cual antes disfrutaba.

Resultado: Se logró alcanzar la meta para esta sesión, la paciente logró darse cuenta que una situación tiene muchas formas de interpretarla y que dependerá de los hechos o información para dar algo por concluido.

CAPITULO 4: PRINCIPALES CONTRIBUCIONES

CONCLUSIONES

- Durante el tiempo que duro la experiencia laboral psicológica en un Hospital Oncológico de Lima Metropolitana, se atendió 186 pacientes de las diferentes poblaciones; niños, adolescentes y adultos; en condición anulatoria, así como en hospitalización.
- 984 fueron las veces que se hicieron uso de estrategias de intervención psicológica, entre ella esta: acompañamiento psicológico, entrevista, atención individual, charlas y/o talleres al personal asistencial.
- Se realizaron diversas actividades para acompañar al paciente oncológico, actividades como atenciones psicológicas personales, así como también actividades grupales como talleres con el fin de fortalecer los recursos de afrontamiento, para tomar el control de su vida de la forma más adaptativa.
- Se participo de actividades academias como exposición de lecturas y presentación de casos, con la finalidad que el personal de psicología domine las herramientas necesarias para una óptima intervención psicológica.
- Se realizo evaluaciones en un mínimo número, de aquí de obtuvo el caso de una paciente mujer de 48 años quien fue evaluada y participo activamente de la intervención psicológica, donde se inicio a tratar para superar el trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

RECOMENDACIONES

Al servicio de psicología se recomienda lo siguiente:

- Formar grupos académicos entre psicólogos de staff e internos de psicología con fin de capacitar al grupo en temas de evaluación y así hacer uso de las diversas pruebas que cuenta el servicio de psicología.
- Solicitar mas habientes para consultorios, donde se realice la atención ambulatoria, así este servicio de atención psicológica en pacientes oncológicos sea mas cerca en tiempo y llegue a mas niños, adolescentes y adultos.
- Durante las capacitaciones para el ingreso del grupo de internos, se recomienda incluir en su programa académico, temas sobre estimulación temprana, esta será una gran herramienta para los rotantes por pediatría.
- Realizar más actividades de integración donde participe todo el personal del servicio de psicología, de los dos turnos, mañana y tarde, esta actividad tiene dos beneficios importantes, uno que el grupo se libere del estrés, dos que afiancen lazos de amistad, para así fortalecer el grupo de ayuda en momentos difícil como en el momento cuando toca despedirse de algún paciente que se encuentra en sala de reposo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alamo, C., Baader, T., Antunez, Z., Bagladi, V., y Bejer, T. (2019). Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 167-175. doi:10.4067/S0717-92272019000200167
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2009). BDI-II Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición Manual. Recuperado de <https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/13psicometricas/mikulic/BECK%20-%20BDI-II%20Manual.pdf>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, A (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Recuperado de https://www.academia.edu/33358084/Beck_Rush_Shaw_y_Emeri_Terapia_cognitiva_de_la_depres
- Chang, A. (2015). *Adaptación y Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad ante el desempeño musical de Kenny (IADM-K)* (Tesis de pregrado). Universidad de Lima, Lima – Perú. Recuperado de https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/1081/Chang_Arana_Alvaro.pdf
- Coopersmith, S (2006). *Manual de la escala de autoestima de Coopersmith Adultos*. Recuperado de https://www.academia.edu/23712960/ESCALA_DE_AUTOESTIMA_DE_COOPERSMITH?auto=download
- Imigo G., F., Mansilla S., E., Delama G., I., Poblete S., M., y Fonfach Z., C. (2018). Clasificación molecular del cáncer de mama. *Cuadernos de Cirugía*, 25(1), 67-74. doi:10.4206/cuad.cir.2011.v25n1-10

- Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, O., y Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico del Cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1). 53-58. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Aime_Martinez/publication/279205322_Impacto_psicologico_del_cancer_de_mama_y_la_mastectomia
- Ministerio de Salud (2018). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*. Recuperado de https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf
- Ministerio de salud del Perú (2020). *Nota de prensa: El cáncer de mama tiene un 90% de probabilidad de curación si se detecta a tiempo*. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/308976-el-cancer-de-mama-tiene-un-90-de-probabilidades-de-curacion-si-se-detecta-a-tiempo>
- Región de Murcia (2006). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2020). Cáncer de mama. Recuperado de <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2020). *Información del cáncer de mama*. Recuperado de <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama>
- Organización Mundial de la Salud. *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Organización Panamericana de Salud. *Cáncer de mama*. Recuperado de <https://www.paho.org>
- Universidad de Lima. (2001). EPQ-R Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. Recuperado de <https://www.ulima.edu.pe/pregrado/psicologia/gabinete-psicometrico/epq-r-cuestionario-revisado-de-personalidad-de-eysenck>.

ANEXOS

Anexo 1: Modelo de Nota Psicológica

Psicología

Fecha y hora:

Psicólogo(a):

Se aborda a paciente ____ (mujer/varón) de ____ años con Dx de ____ . Se muestra con actitud ____ ante intervención y al momento de la entrevista se encuentra ____ . A nivel cognitivo, se evidencia ____ .

Emocionalmente, muestra ____ .

A nivel familiar, posee ____ soporte, representado principalmente por ____ .
IDX:

Se brinda:

Plan de TTO:

Anexo 2: Participando de la primera actividad académica, vida saludable.



Anexo 3: Desarrollando la dinámica de integración -CONEJO CONEJERO- para el club de la Mama.



Anexo 5: Un momento para la foto en la semana de la lucha contra el cáncer.

