

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“TERAPIA BREVE PARA LA DISMINUCIÓN DE MALESTAR EMOCIONAL  
ASOCIADO AL TRAUMA EN UNA MUJER CON MASTECTOMÍA: ESTUDIO  
DE CASO”**

**PRESENTA**

**LAURA EVELYN GARCÍA LUNA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

**MAYO, 2016**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“TERAPIA BREVE PARA LA DISMINUCIÓN DE MALESTAR EMOCIONAL  
ASOCIADO AL TRAUMA EN UNA MUJER CON MASTECTOMÍA: ESTUDIO  
DE CASO”**

**PRESENTA**

**LAURA EVELYN GARCÍA LUNA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

**DIRECTORA DEL PRODUCTO  
DRA. MÓNICA TERESA GONZÁLEZ RAMÍREZ**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO**

**MAYO DE 2016**



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FaPsi



FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Subdirección de Posgrado

COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRIAS DE POSGRADO DE LA FACULTAD  
DE PSICOLOGIA DE U.A.N.L.  
P R E S E N T E.-

Por la presente nos dirigimos a ustedes para comunicarles que, después de haber revisado las correcciones sugeridas a la tesis titulada "Terapia Breve para la disminución de malestar emocional asociado al trauma en una mujer con mastectomía: Estudio de caso" presentada por el (a) alumno (a), Laura Evelyn García Luna de la Maestría en psicología con orientación en terapia breve la consideramos **ACEPTADA** para su defensa.

Sin otro asunto de momento, quedamos a sus órdenes,

Dra. Mónica Teresa González Romo [Firma] 17/mayo/2016  
NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS FIRMA FECHA

Mtra. M. Esther Fierres [Firma] 18/mayo/16  
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS FIRMA FECHA

Dr. José Cruz Rospiques [Firma] 18/mayo/16  
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS FIRMA FECHA



Ave. Dr. Carlos Canseco #110 y Dr. Eduardo Aguirre Pequeño, Mitras, Centro, C. P. 64460, Monterrey, N. L.  
Tels. (01-81) 8348.0286, 8333-7859, 8333-8222 Ext. 201, Directo y Fax 8348-3781, 8333-6744  
www.psicologia.uanl.mx

## DEDICATORIA

Dejo este trabajo a disposición de aquellos profesionales de la salud que día a día trabajan con pacientes crónicos, para que obtengan una herramienta más para su ejercicio profesional en ayuda a quienes más lo necesitan. También dedico este trabajo a quienes viven y acompañan algún proceso de enfermedad y recuperación, y les pido que tengan confianza de sus propios recursos personales, dentro de cada uno de nosotros esta lo que necesitamos para superar cualquier adversidad.

## AGRADECIMIENTO

Le doy las gracias principalmente a mi pacientita, quien me permitió aprender de su experiencia y me dio la grandiosa tarea de apoyarla en su proceso de recuperación al cáncer, ver su crecimiento fue una de mis más grandes satisfacciones profesionales y me siento verdaderamente agradecida por la confianza y disposición que siempre tuvo conmigo.

A CRUZROSA y a mi jefa la Lic. Graciela Carvajal, por su apoyo y confianza al darme la oportunidad de aportar algo más siempre en pro de la mujer con cáncer y su familia.

A mis maestros, por la paciencia, entrega y tiempo que dedicaron a mi formación, me siento muy bendecida de seguir aprendiendo de los mejores, principalmente de quienes creyeron en mí y en lo que hago.

A mis amados padres, mis hermanas y mi cuñado, porque siempre recibí el ánimo y apoyo para seguir y terminar la maestría a pesar de las dificultades que enfrenté.

A mi esposo Israel, quien vivió conmigo muchos procesos y cambios durante la maestría, quien estuvo conmigo en todo momento, siendo comprensivo, amable y consolando mis presiones, gracias mi amor por lo que haces todos los días por mí.

A mis amigos de la maestría, los aprecio muchísimo por estar conmigo y apoyarme en dudas y contratiempos, y porque me la pase genial con ustedes. A Isolde Hedlefs quien me ayudó y explicó pacientemente mostrando siempre una gran disposición como mi amiga y consejera, gracias Iso por estar en esos momentos desesperados y nunca dejarme; y a Fresia Hernández, quien me dedicó su tiempo y talento y que fue guía para la selección de este tema.

## RESUMEN

El estudio de caso que se presenta a continuación, tiene como propósito contribuir a la evidencia sobre la eficacia de un modelo que integre los enfoques de terapia cognitivo conductual, terapia breve centrada en soluciones y terapia de posibilidades, en la práctica clínica. El estudio de caso que se expone se trata de una paciente oncológica con malestar emocional asociado al trauma, quien comenzó a experimentar síntomas específicos, tres meses después de haberle realizado una mastectomía radical modificada. Se utilizó la escala revisada del impacto del evento estresante (IES-R) como instrumento. La intervención se realizó en cuatro fases: evaluación, intervención, consolidación/revaloración y seguimiento, que se realizó dieciséis semanas después de haber concluido el tratamiento. Al término del proceso, la paciente mostró una disminución importante en la sintomatología de malestar emocional que mostró inicialmente. Se concluye que la integración de los modelos de terapia utilizados en este trabajo, podrían ser una estrategia eficaz para este tipo de casos.

Palabras clave: *Mastectomía, trauma, estrés postraumático, malestar emocional, Terapia Cognitivo Conductual (TCC), Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS), Terapia de Posibilidades (TP).*

## ABSTRACT

The aim of the case study presented below, was show evidence of effectiveness of a therapy model that integrate cognitive behavioral therapy, solution focused brief therapy and possibilities therapy, in clinical practice. The case study, exposed is about an oncological patient with emotional discomfort related trauma, who started to experience specific symptoms, three months after a modified radical mastectomy. To evaluate, the impact of event scale revised (IES-R) was used. The intervention had four phases: assessment, intervention, consolidation/reassessment and a follow up sixteen weeks after last session of treatment. At the end of the process, the patient showed a reduction of the emotional discomfort symptoms. It concludes that the integration of the therapy models used this patient, could be an effective strategy in similar cases.

*Key words: Mastectomy, trauma, emotional discomfort, posttraumatic stress, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Solution Focused Brief Therapy (SFBT), Possibilities Therapy (PT).*

Agradecimiento.....	IV
Resumen.....	V
Abstract.....	VI

## ÍNDICE

Capítulo I. <i>Introducción</i> .....	09
El papel del estrés en el cáncer de mama.....	10
Objetivo del estudio.....	17
Capítulo II. <i>Método</i> .	
Tipo de estudio.....	18
Descripción del caso.....	18
Evaluación.....	20
Diagnóstico Funcional.....	21
Tabla 1. Análisis funcional de la conducta, factores implicados en el malestar emocional de la paciente.....	21
Estrategia de intervención.....	25
Procedimiento.....	26
Tabla 2. Fases del proceso terapéutico. Objetivos, estrategias, logros y dificultades.....	30



Capítulo III. <i>Resultados</i> .	
Logros alcanzados.....	34
Gráfica 1. Puntuaciones en la escala del impacto del acontecimiento estresante en las diferentes fases de la intervención.....	36
Gráfica 2. Puntuaciones obtenidas en la pregunta escala para la medición de la mejoría durante la intervención. A mayor puntaje mayor mejoría manifiesta.....	37
Capítulo IV. <i>Discusión</i> .....	38
Capítulo V. <i>Conclusión</i> .....	40
Referencias.....	42

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una tumoración maligna dentro de la glándula mamaria; se originan células cancerosas que pueden invadir los tejidos circundantes o pueden propagarse a otras áreas del cuerpo (metástasis). Es más frecuente en las mujeres, sin embargo algunos hombres también pueden padecerlo (American Cancer Society, 2016).

Existen diferentes tratamientos para combatir el cáncer de mama como la quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y la cirugía, provocando en las personas cambios físicos, psicológicos y sociales.

Los tratamientos oncológicos, especialmente la cirugía (por las cicatrices), la quimioterapia y la radioterapia, provocan cambios importantes en el aspecto físico. Algunos investigadores han señalado que la imagen corporal podría verse afectada, especialmente en la percepción y valoración de sí mismo e incluso en el autoconcepto a nivel social (Urías, 2012).

Entre los principales tratamientos, la cirugía resulta ser una intervención eficaz. El tamaño del tumor, la etapa en la que se encuentra la enfermedad, la edad y antecedentes clínicos de la paciente, entre otros factores, serán tomados en cuenta para determinar el tipo de cirugía que se llevará a cabo.

La mastectomía radical modificada es un tipo de cirugía en donde se extirpa la glándula mamaria conservando los músculos pectorales. Se realiza junto con otro procedimiento médico llamado ganglio centinela, el cual consiste en una disección de los ganglios axilares que podrían presentar células infiltradas (metástasis). Cuando se han detectado ganglios metastásicos se requiere de un tratamiento coadyuvante sistémico como la quimioterapia y/o la hormonoterapia, algunas veces, de acuerdo a la etapa clínica, también es indicada la radioterapia (Álvarez, 2013).

Aunque no existe suficiente evidencia sobre el tipo de cirugía y su influencia en la percepción de la imagen corporal, algunas mujeres pueden percibir una imagen de sí mismas como *incompleta*, principalmente cuando están desnudas, mientras que cuando están vestidas, pueden percibir una imagen más *completa*, y esto quizás tenga relación con otros aspectos de la persona tales como: nivel sociocultural, buena información sobre la

enfermedad y los tratamientos, el apoyo familiar, entre otros (Aguilar-Cordero, Neri-Sánchez, Mur-Villar, Gómez-Valverde, & Sánchez-López, 2014).

El cáncer y sus tratamientos, pueden afectar la vida social, familiar y personal de las pacientes, por ello es importante la intervención oportuna de estas problemáticas con la finalidad de que esas mujeres reconozcan su nueva imagen corporal y mejoren su calidad de vida, disminuyendo así, el sufrimiento emocional que presentan (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo, & Alvarado, 2014).

El papel del estrés en el cáncer de mama.

Para Baum, el estrés es una experiencia emocionalmente negativa acompañada por cambios predecibles a nivel bioquímico, fisiológico, cognitivo y conductual y que están dirigidos ya sea para alterar el evento estresante o para adecuarse a sus efectos; Para Lazarus y Folkman, el estrés es la consecuencia del proceso de valoración de una persona: la evaluación de si los recursos personales son suficientes para cumplir con las demandas del ambiente, es decir, que el estrés estará determinado por la relación persona-ambiente. Por tal motivo el estrés resulta del proceso de la evaluación de los eventos (en términos de daño, amenaza o reto), de evaluar las respuestas y de la forma de responder a estos eventos (Taylor, 2007).

Los estresores son experiencias o elementos que facilitan el estrés, aunque para algunas personas, ciertos estresores causen estrés y para otras no lo causen.

La mayoría de las personas pueden adaptarse psicológicamente a estresores moderados o predecibles. Las personas muestran signos de tensión al largo plazo como de adaptación a eventos estresantes crónicos, sin embargo, puede ser difícil adaptarse a eventos altamente estresantes si las personas ya se encuentran estresadas, aun y cuando se esté hablando de estresores moderados.

Los estresores relacionados con el cáncer también podrían estar asociados con diferentes circunstancias, que van desde el mismo diagnóstico, el pronóstico, agresividad de los tratamientos, la alteración de la imagen corporal, la disminución de la autonomía funcional o los cambios de los roles desempeñados. Además, existen otros estresores de

naturaleza interna como la evitación emocional, tanto de las sensaciones internas, como hacia aquellas situaciones que provocan ansiedad, entre las que destacan las visitas hospitalarias, pruebas de seguimiento o controles de la enfermedad (Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz y Palao, 2011).

La cirugía constituye un estresor vital mayor ya que la persona crea un problema mental que implica una amenaza para su salud. Los riesgos son multifactoriales y van desde pensar en la muerte, presentar dolor, percibir como desfiguración, pérdida de la funcionalidad, pérdida económica, de roles, incertidumbre y la amenaza a la recurrencia (Olivares, 2004).

El cáncer y lo que conlleva, puede representar una experiencia potencialmente traumática que evoca malestar emocional. El DSM-V (American, Psychiatric Association, 2013) incluye en los trastornos asociados a estresores y trauma, tanto el estrés postraumático como los trastornos de adaptación y el trastorno por estrés agudo. Los tres trastornos presentan malestar emocional y para distinguir entre ellos, los principales elementos son las consideraciones de tiempo y el perfil de los síntomas, quedando como elemento clave si los síntomas se presentan inmediatamente después del trauma, dentro de los primeros tres meses o posterior o los tres meses del evento (Jarero, 2013).

Los trastornos de adaptación se presentan comúnmente en personas con enfermedades médicas y suelen ser la mayor respuesta psicológica a un trastorno médico (Jarero, 2013).

Por su parte el estrés postraumático es un tipo de estrés crónico, resultante de eventos traumáticos o estresantes, de los cuales sus efectos residuales pueden permanecer en el individuo a lo largo de muchos tiempo (Taylor, 2007).

En el caso de algunas pacientes con cáncer de mama es común que experimenten fatiga persistente acompañada por ansiedad o depresión, mientras que otras desarrollan trastornos en el estado de ánimo después del diagnóstico.

Para Berger, Gerber y Mayer (2012) algunas pacientes sobrevivientes de cáncer de mama habían presentado fatiga preexistente que usualmente se acompañaba de depresión y ansiedad, mientras que otras desarrollaron trastornos en el estado de ánimo después del diagnóstico, solo un porcentaje menor, el 10%, presentó los criterios del síndrome de estrés

postraumático y la mayoría, fue en combinación con el cáncer de mama y otros eventos previos.

Los pacientes oncológicos que perciben el diagnóstico como una amenaza de vida, pueden presentar síntomas como la re-experimentación de ciertos aspectos del diagnóstico, irritabilidad, pensamientos intrusivos, entre otros, perjudicando la calidad de vida y la funcionalidad en sus distintas áreas de la vida (Wachen, Patidar, Mulligan, Naik y Maye, 2014)

Cuando los síntomas de estrés postraumático se presentan como una reacción ante el suceso de padecer una enfermedad que es percibida como potencialmente mortal, tal como el cáncer. Los síntomas más característicos son: la evitación, intrusión y excitación o hiperactivación y éstas reacciones son más frecuentes en personas asustadizas o en un estado de indefensión (Fischer & Wedel, 2012).

Se han descrito 2 tipos de traumas simples y complejos. Un trauma simple se refiere a un evento aislado que rompe con el sentido de seguridad en el mundo del individuo, mientras que un trauma complejo trata de una experimentación del trauma en múltiples ocasiones (Griffin, 2015).

Hernández y Landero (2015) reportan que los hallazgos de diversos investigadores llevan a conceptualizar el cáncer como un evento traumático debido a la complejidad de sus estresores y las reacciones psicológicas acumuladas, este evento traumático podría desencadenar un trastorno de adaptación o un trastorno de estrés postraumático, en cualquier caso, el malestar emocional estará presente. Los autores agregan que la prevalencia reportada en algunas investigaciones se encuentra entre un 16% y un 18%, presentándose la sintomatología a los seis meses de la cirugía.

Para el DSM-V (APA, 2013) los trastornos relacionados con el trauma y el estrés son aquellos que debido a una exposición, un evento traumático o estresante, figura explícitamente como criterio diagnóstico. Estos incluyen el trastorno de apego reactivo, trastorno compromiso social desinhibido, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, y trastorno de adaptación.

El estrés sigue haciendo presencia en el desarrollo y gravedad de distintas afectaciones psicológicas en donde se encuentran implícitos factores ambientales y de personalidad.

Según Sandín, la teoría transaccional de Lazarus y Folkman distingue tres tipos de evaluación (primaria, secundaria y una revaloración). La evaluación primaria, se produce en cada transacción (o encuentro) de algún tipo de demanda externa o interna; esta a su vez, puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación: amenaza, daño o pérdida, desafío y beneficio (esta última no induce reacciones de estrés). La evaluación secundaria, se refiere a la valoración de los propios recursos personales para afrontar la situación. La reevaluación, implica la retroalimentación que permite realizar correcciones respecto a valoraciones anteriores (González & Landero, 2008).

Según esta teoría transaccional, la evaluación (primaria) de la situación estresante representará un papel predictivo en la aparición de los síntomas de malestar emocional, debido a la evaluación negativa acontecimiento, visto como dañino o amenazante, el cual afecta la seguridad y pone en peligro el bienestar (Hernández & Landero, 2015).

Algunos pacientes que viven con cáncer presentan una prevalencia de trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional en distintos momentos del proceso de enfermedad los cuales están relacionados con factores físicos, psicológicos y sociales. Para Holland, el malestar emocional se puede definir como una experiencia emocional desagradable que afecta al funcionamiento cognitivo, conductual social, emocional y espiritual; Se encuentra relacionado con la palabra *distress* para referirse a los distintos problemas psicológicos asociados al cáncer, aun cuando no todos ellos sean trastornos psicopatológicos (Hernández, Cruzado, Prado, Rodríguez, Hernández, González & Martín, 2012).

Algunas personas que experimentaron situaciones o acontecimientos traumáticos, refieren sentir un malestar emocional que describen en forma de ansiedad, tensión, tristeza, pensamientos intrusivos negativos, recuerdos del suceso vivido, entre otros.

Según el modelo mnemotécnico, existen aspectos cognitivos implícitos cuando una persona vive una experiencia traumática debido a que los eventos son asociados con emociones negativas, en donde la memoria, de diferentes formas, puede cambiar la gravedad de síntomas de estrés postraumático. Éste modelo define al trauma, en general, como un recuerdo de un acontecimiento estresante que se procesa y almacena de forma disfuncional en la memoria (Rubin, Berntsen & Johansen, 2008).

Como ya se ha señalado anteriormente, las variables cognitivas implicadas serán importantes para el desarrollo del malestar emocional asociado a trastornos relacionados a estresores o al trauma debido a la carga negativa que la enfermedad y sus procedimientos representan para las pacientes oncológicas. Por ese motivo, es importante diseñar una estrategia de intervención que combata los aspectos negativos de la experiencia del cáncer.

Los modelos cognitivos permiten una conceptualización completa del sistema de creencias que permite el análisis, evaluación y modificación de pensamientos irracionales que impiden el funcionamiento correcto. El proceso terapéutico permite instaurar a los esquemas mentales existentes, pensamientos funcionales que mejoren su estado emocional, el ambiente social por lo que la persona no percibe más el mundo como un lugar inseguro y peligroso (Yumiseva, 2012).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), cuenta con suficiente evidencia de efectividad en la reducción de síntomas asociados al estrés postraumático y también a la depresión. Cabe mencionar que solo se limita a algunos estudios, la diferencia de su impacto en los diferentes tipos de traumas, es decir, en traumas complejos y traumas simples (Gillies, Taylor, Gray, O'Brien & DÁbrew, 2013).

La reestructuración cognitiva puede ayudar a identificar y modificar distorsiones cognitivas de pensamiento que suelen acompañar a las experiencias traumáticas. Existen guías basadas en los planteamientos de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de los síntomas de estrés postraumático (Foguet, Álvarez, Raquel, Coll & Arrufat, 2010).

Los resultados de los estudios realizados por García, Moreno, Sanz, Gutiérrez, Gesteira, Zapardiel & Marotta-Walters (2015), sobre la eficacia y utilidad clínica de los

tratamientos para víctimas de atentados terroristas, concluyen que la TCC centrada en el trauma es clínicamente útil.

La TCC puede ayudar a la persona a desarrollar pensamientos más adaptativos en relación a la experiencia traumática.

Incluso, aquellas pacientes con cáncer que agregan un significado positivo al evento traumático, pueden lograr un fortalecimiento personal y mejorar la calidad de vida ante momentos críticos, incluso generan estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo que les facilitarán aceptar, aprender y paliar los problemas y limitaciones en relación a la enfermedad, favoreciendo su percepción de calidad de vida en diversos aspectos de su vida (Payan, Vinaccia & Quinceno, 2011).

Otra perspectiva de abordaje para lograr cambios cognitivos y disminuir los síntomas de malestar emocional presentes en los trastornos asociados a estresores o al trauma, es la terapia breve centrada en soluciones (TBCS). Es una estrategia que resalta de manera excepcional los aspectos positivos y las fortalezas de las personas.

La TBCS puede ayudar a los clientes a superar el trauma desde una manera positiva, desafiando la propia perspectiva de vida del cliente, la noción de él mismo y de lo que fue el trauma al remodelar sus cualidades y desarrollar nuevas experiencias de aprendizaje, incluso siendo útil en el desarrollo de la resiliencia (Griffin, 2015).

Esta terapia argumenta que no existe una manera correcta o válida para vivir la vida. Son los objetivos de los clientes los que se deberán identificar y cumplir. El tratamiento implica excepciones, pregunta escala, tareas de fórmula y pregunta milagro (Matsumoto, 2012).

Yokotani y Tamura (2014), encontraron que la TBCS es efectiva para dar la oportunidad al cliente de cambiar sus perspectivas presentes por unas más adecuadas y positivas, cambiando incluso su estilo de vida en el futuro.

Este abordaje brinda la oportunidad de encontrar recursos internos mediante metas por concebir. Dentro de sus estrategias, las excepciones ayudan a fortalecer los elogios, a cambiar la posición de cliente visitante por cliente demandante y a generar un objetivo de control en un lapso corto de terapia (Aramayo, 2011).



Por último la terapia de posibilidades (TP) es un abordaje que, al igual que la TBCS, focaliza los propios recursos de la persona y potencializa las habilidades a fin de generar cambios inmediatos.

O'Hanlon y Beadle (1997), describen a la terapia de posibilidades como un enfoque que permite el reconocimiento y validación de las experiencias de sus clientes y de sus ideas acerca de lo que viven. Promueve que las posibilidades de cambio se descubran y se amplifiquen, basándose en el presente y validando su pasado.

La TP toma 5 aspectos importantes: el reconocimiento y la posibilidad, el cambio de visión, los problemas y las metas, los recursos y finalmente el cambio en la forma de hacer las cosas.

La terapia de posibilidades también propone estrategias para la resolución del trauma. En el 2011, O'Hanlon desarrolla un abordaje basado en los principios de la TP para tratar el trauma. Desde este abordaje, el enfoque no es en el pasado o en el revivir el trauma una y otra vez a fin de resolverlo, más bien ofrece formas diferentes de abordarlo de manera rápida y respetuosa.

Estas 4 estrategias para resolver el trauma son:

1. Validar o valorar. Incluye todos los aspectos de la persona. Se utiliza la terapia de inclusión la cual trata de 3 niveles: dar permiso, ver posibilidades opuestas y las excepciones.
2. Conectar a la persona que vivió el trauma con un futuro de posibilidades. Se refiere a que la persona vea un futuro donde ya haya superado el trauma.
3. Cambiar el patrón del problema postraumático. En este apartado, se busca cambiar el patrón que fue moldeado por la experiencia del trauma, se utilizan algunas estrategias que involucren el imaginar como si se tuviera el control del problema y su ocurrencia.
4. Reconectar a la persona con los lugares con los que se había desconectado (ya sean de la persona misma, de otros, del mundo o del significado). A través de estrategias simples como, realizar actividades ocupacionales, recreativas o artísticas, hacer un voluntariado o conseguir una mascota, dar sentido a la reconexión.

O'Hanlon (2011) piensa que las personas que experimentan un trauma frecuentemente tienen fortalezas que les permitieron sobrevivir y a través de esas experiencias desafiantes también pueden desarrollar habilidades y mecanismos de afrontamiento como una consecuencia positiva a partir del trauma.

La mejor manera de trabajar con el crecimiento postraumático no es siendo demasiado positivos, es más bien investigar los puntos positivos, permanecer abierto, escuchar y responder de manera empática sin cerrar la posibilidad de imponer otros significados o conclusiones. La tarea principal es identificar y resaltar los aspectos positivos que surgieron a partir de la experiencia del trauma (O'Hanlon, 2011).

O'Hanlon agrega que para alcanzar el éxito postraumático es necesario implementar las 3 C's conexión, compasión y contribución. Aquellas personas que consiguen conectarse más profundamente consigo mismos, con otros y con algo más grande que ellos, o quienes desarrollan una profunda y fuerte compasión por otros, o aquellos que contribuyen al bienestar del mundo o de otras personas a partir de la experiencia traumática, tienen menos posibilidades de desarrollar síntomas postraumáticos, menos problemas e incluso pueden prosperar y crecer a partir del trauma.

Con base en lo anterior, se planteó como objetivo del presente trabajo, presentar evidencia sobre la efectividad de un modelo de terapia breve que integra en la práctica las principales técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Breve Centrada en Soluciones y la Terapia de Posibilidades.

Para ello, se presenta un estudio de caso de una paciente oncológica con mastectomía radical modificada, que presenta síntomas de malestar emocional, comunes al trastorno de adaptación y al trastorno de estrés postraumático.

## CAPÍTULO II. MÉTODO

### a) Tipo de Estudio.

Estudio de caso.

### b) Descripción del caso.

Mujer de 51 años de edad, soltera y sin hijos, con diagnóstico de diabetes, hipertensión y en tratamiento actual para ambos padecimientos. Educación secundaria finalizada, refiere dificultades académicas que la llevaron a cursar una carrera técnica en costura, actualmente se dedica a ello. Profesa religión católica, la cual cumplió un papel importante en su recuperación. Fue diagnosticada con cáncer de mama en etapa III-B en febrero del 2014. De marzo a septiembre de ese mismo año, recibió tratamiento de quimioterapia (9 quimioterapias). A la finalización de los ciclos (en septiembre) se le realizó una mastectomía radical modificada, la cual se infectó y tuvo que volver a entrar en cirugía en octubre. En noviembre del año en curso, acudió a valoración para radioterapia y fue hasta enero del 2015 que inicia el tratamiento, con 25 radiaciones.

Antecedentes del problema.

La paciente solicitó, por primera vez, asesoría psicológica en marzo del 2014 por recomendación de su cuidadora principal (hermana mayor), quien refirió que la veía muy deprimida debido a la noticia del cáncer. Tras la valoración se determinó trabajar con información sobre el proceso, recomendaciones y orientación familiar para el manejo de los efectos secundarios, se lograron los objetivos y se suspendió el tratamiento psicológico en el mes de agosto, debido a indicaciones médicas para la cirugía. Entra a cirugía en el mes de septiembre y regresó en octubre por una complicación por infección, esto le generó estrés y miedo, sin embargo salió de la situación y siguió adelante. En noviembre se realiza la revaloración de su situación indicando el siguiente tratamiento (25 radiaciones) y comenzó a sentir intranquilidad ante el nuevo procedimiento. En diciembre entra a lista de espera y hasta el mes de enero del siguiente año (2015) fue citada para marcaje lo que provocó malestar emocional e incomodidad. Regresa a tratamiento psicológico en el siguiente mes (Febrero) refiriendo sentirse *intranquila*. Comentó que la situación se agravó cuando se sintió más ansiosa por la exposición continua de estresores como: el acudir a la

radioterapia, desvestirse y mostrar el área mutilada, ser observada, revisada y marcada por los técnicos y el doctor, recibir el tratamiento y escuchar comentarios negativos en las salas de espera sobre lo que el tratamiento les había provocado a otras pacientes. La paciente refirió también que el acudir al tratamiento le recordaba lo difícil que había sido perder su seno, tenía pensamientos negativos intrusivos como: *No soy atractiva, No me gusta mi cuerpo, Ya no voy a tener pegue, Regresará y me tendrán que quitar el otro*. Había comenzado a tener problemas para conciliar el sueño y a experimentar pesadillas sobre la cirugía, su complicación y el regreso del cáncer en el otro seno. Evitaba participar en reuniones familiares, actividades de la iglesia, hablar con sus conocidos sobre el tema, incluso dejó de contestar llamadas. Se encontraba *sensible* ante comentarios sobre su proceso de recuperación ya que lloraba constantemente y se mostraba irritable. Al verse la cicatriz recordaba las complicaciones que tuvo por lo que comenzó a sentir dolor en el área y malestar físico en el brazo derecho, fue derivada a clínica del dolor para recibir tratamiento y ellos, a su vez, la canalizaron al departamento de psiquiatría del mismo hospital debido a la constante *intranquilidad* y llanto. Se le administró venlafaxina 5mg y Risperidona de 1mg, posteriormente tras reportar mejoría se redujo a Venlafaxina de 0.75mg y se le administró Simplex. A la par de los tratamientos médicos de clínica del dolor y psiquiatría, fue realizada la intervención psicológica integrando la terapia cognitivo conductual, la terapia breve centrada en soluciones y la terapia de posibilidades.

Otros antecedentes psicopatológicos.

La paciente sintió *intranquilidad* por la re-experimentación de algunos recuerdos sobre haber sido abusada sexualmente de más joven. La experiencia de la mastectomía, representó para ella una pérdida importante en su valía como mujer, pues refiere que los senos son su principal atractivo incluso, hasta para sus agresores. Esta creencia se reforzó durante años, debido a que las experiencias sexuales que había tenido con hombres.

Redes de apoyo.

La paciente refirió dificultades en sus relaciones familiares, principalmente con su hermana mayor y su sobrina (ambas viven en la misma casa con ella). Estas situaciones se han presentado siempre, sin embargo, observó que hubo un incremento en las discusiones debido a su falta de participación en las labores de la casa, los achaques físicos y el llanto e

irritabilidad constante. Contaba con el apoyo de otra hermana mayor, quien fue también su cuidadora principal y que estuvo presente en todo el proceso de recuperación. Refirió que su cuidadora, estaba pendiente de la citas médicas, la dieta, los tratamientos alternativos, de sus emociones y actitudes, incluso fue ella quien sugirió el tratamiento psicológico. Su hermano, cuñada y sobrinas, quienes vivían cerca, estuvieron al margen del proceso, le brindaron apoyo económico y acompañamiento durante la fase de tratamiento. En cuanto a sus amistades se relacionaba poco con ex-compañeros de trabajo, a quienes les hablaba ocasionalmente. En su actual trabajo, tenía algunas compañeras que le habían estado llamado durante sus tratamientos, no las consideraba amigas, pero refirió que se sentía bien porque habían sido atentas con ella. Pertenecía a un grupo de la iglesia, tenía varios conocidos con quienes platicaba ocasionalmente y quienes le habían llamado para ver cómo se encontraba, lo que la hacía sentir apoyada. Alrededor de 2 meses antes de ser diagnosticada con cáncer de mama, en el año 2014, terminó una relación sentimental con un ex-compañero de trabajo, quien le llamó en algunas ocasiones para ver cómo se encontraba luego de los tratamientos, pero finalmente dejaron de hablarse, ella comenta que decidió poner fin a la relación debido a que estaba atravesando su proceso de enfermedad.

c) Evaluación.

Para la evaluación se utilizó principalmente la entrevista y la pregunta escala. Además se utilizó la *Escala Revisada del impacto del evento* estresante (Costa-Requena & Gil, 2007). La IES-R es un autoinforme de 22 ítems agrupados en 3 dimensiones: 7 ítems de intrusión, 7 ítems de hiperactivación y 8 ítems de evitación. El formato de respuesta es tipo Likert con cinco categorías donde la puntuación 0 es nunca y la puntuación 4 es siempre, a mayor puntuación mayor sintomatología ansiosa de estrés postraumático, cabe mencionar que se considera sintomatología clínica significativa con calificaciones que van de 14 a 20 puntos. En pacientes con cáncer, ha sido utilizada para evaluar síntomas ansiosos desde el diagnóstico hasta los tratamientos siendo un instrumento válido para evaluar el malestar emocional que genera la enfermedad.

Para calificar como malestar emocional, se considera la semana previa al día de la aplicación. Cuenta con adecuada consistencia interna; Costa-Requena y Gil (2007) reportan una confiabilidad total de  $\alpha = .95$  y valores adecuados en cada dimensión: evitación ( $\alpha=.96$ ), intrusión ( $\alpha =.97$ ) e hiperactivación ( $\alpha =.94$ ).

d) Diagnóstico Funcional.

El diagnóstico del caso se realizó mediante el análisis funcional, que es una estrategia sistemática de toma de decisiones clínicas donde se formula el caso en términos de las relaciones entre las características de comportamiento y eventos asociados (Virues-Ortega & Haynes, 2005). Los elementos que se incluyen en el análisis funcional realizado fueron propuestos por el Dr. José Cruz Rodríguez-Alcalá (comunicación personal).

Tabla 1. Análisis Funcional de la conducta, factores implicados en el malestar emocional de la paciente.

Factores predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Historia de abuso sexual donde los senos representaron, según su percepción, su mayor atractivo.</li> <li>-Antecedentes de episodios depresivos en algunos momentos de su adolescencia y juventud, especialmente en el tema de la insatisfacción por su cuerpo y atractivo físico.</li> <li>-Pérdida de sus padres y sensación de desamparo y abandono.</li> <li>-Pensamientos y actitud negativa ante nuevas experiencias como crear nuevas amistadas, enfrentarse a problemas, superar dificultades.</li> <li>-Falta de asertividad y habilidades sociales.</li> <li>-Red de apoyo limitada solo a algunos familiares cercanos.</li> <li>-Problemas de autoestima.</li> <li>-Sentido de valía depositado en el atractivo de sus senos.</li> </ul>
-------------------------	---

Tabla 1. Análisis Funcional de la conducta, factores implicados en el malestar emocional de la paciente (Continuación).

Factores desencadenantes	<p>-Ante la cirugía, comenzó a sentir malestar emocional asociado a la experiencia de la pérdida del seno. Tras volver a quirófano por una infección de la herida, comenzó a reportar ansiedad, miedo y una sensación de dolor en el área de la intervención y en el brazo.</p> <p>-Luego de la recuperación de la segunda intervención recibe la noticia de que será radiada por lo que comenzó a sentir intranquilidad y ansiedad.</p> <p>-Durante la simulación, sintió malestar emocional debido al procedimiento al ser revisada y observada por varias personas. Se le explicó que recibiría la radioterapia diariamente porque esto incrementó su malestar.</p> <p>-El malestar emocional comenzó a presentarse luego de que acudió a simulación, fue observada y revisada por los técnicos y el médico, además de que se le dio la información de que debería acudir diariamente por 25 radioterapias.</p>
Factores de control	<p>-En la sala de espera del hospital al esperar ser nombrada para pasar a recibir el tratamiento.</p> <p>-A la hora de prepararse para recibir la radioterapia.</p> <p>-Cuando alguien hace preguntas o referencias sobre la enfermedad o condición de salud.</p> <p>-Al realizar alguna actividad física y no lograr completarla debido al dolor.</p>

Tabla 1. Análisis Funcional de la conducta, factores implicados en el malestar emocional de la paciente (Continuación).

Situaciones Problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presentó ansiedad y temor ante el proceso de radioterapia y comenzó a reportar pensamientos negativos en relación a su imagen y la cirugía.</li> <li>-Manifestó presentar pesadillas acerca de tener cáncer y perder su otro seno, al levantarse esto la tenía intranquila durante el día.</li> <li>-Comenzó a presentar problemas de sueño debido a pesadillas acerca de tener cáncer en la otra mama y tener que perderla.</li> <li>-Manifestó pensamientos intrusivos negativos en relación a ser rechazada, no considerar ser atractiva. Imágenes sobre la cicatriz y la cirugía que le producían malestar emocional y vergüenza.</li> <li>-Refirió incomodidad y ansiedad cuando acudía al tratamiento de radioterapia.</li> <li>-Sensación de dolor en el área donde fue la cirugía y en el brazo.</li> <li>-Presentó llanto constante y sensibilidad en temas relacionados con el cáncer ya que se mostraba reactiva ante comentarios o sugerencias que la familia hacía sobre su recuperación.</li> <li>-Dejó de asistir a reuniones familiares y a la iglesia. No respondía llamadas telefónicas de sus familiares y ex-compañeros de trabajo.</li> <li>-Evitaba salir de casa, la mayor parte del tiempo veía televisión en su habitación.</li> <li>-Ante el malestar emocional que sentía en relación a la pérdida del seno y el atractivo físico que representaba para ella, comenzó a tener recuerdos sobre episodios de abuso sexual que vivió, debido a que incluso para sus agresores, los senos representaban la razón de los ataques. Esto a su vez provocaba dificultades para dormir.</li> </ul>
----------------------	--



Tabla 1. Análisis Funcional de la conducta, factores implicados en el malestar emocional de la paciente (Continuación).

Factores de mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La exposición constante al ser observada y revisada debido a las radioterapias diarias.</li> <li>-Los pensamientos negativos intrusivos en relación a la pérdida del seno, el temor a que el cáncer se manifieste en el otro seno y sea retirado también, al no ser amada ni aceptada por su imagen corporal.</li> <li>-Debido al llanto constante, su familia le expresaba sentirse cansada de las reacciones de llanto, irritabilidad y sensibilidad. Esto la hacía sentir incómoda y triste.</li> <li>-A partir de las reacciones de llanto constante y ansiedad, el personal de salud del hospital prestaba más atención a su recuperación y fue así que se le indicó la medicación psiquiátrica.</li> <li>-A pesar del cansancio que refirió la familia, la procuraban y apoyaban ante cualquier situación. Esto ella lo veía como positivo pues recibía atención de su familia y había menos problemas de interacción.</li> </ul>
---------------------------	---

Los síntomas de malestar emocional reportados por la paciente, son característicos de los trastornos asociados a estrés o trauma, descritos en el DSM-V (APA, 2013), pudiendo ser parte del trastorno de adaptación o del trastorno de estrés postraumático. La paciente reporta varios traumas en su vida: el abuso sexual, el diagnóstico de cáncer, la mastectomía, el marcaje y el tratamiento con radioterapia. Cada uno de los traumas fue acompañado en su momento por síntomas de malestar emocional con diferente duración, lo que es característico del trastorno de adaptación. Asimismo, la paciente manifiesta síntomas de re-experimentación característicos del trastorno de estrés postraumático, aunque ninguno de los traumas asociados al cáncer fue identificado como amenaza de muerte.

Es así que el elemento importante son los síntomas de malestar emocional y considerando que el tratamiento se diseñó con base en el análisis funcional, no se presenta un análisis detallado sobre los criterios del DSM-V que se cumplen para uno u otro trastorno, lo que permitiría realizar un diagnóstico diferencial, ya que para los propósitos del caso, se consideró más relevante el diagnóstico funcional que el diagnóstico estructural.

En este caso, el malestar emocional se caracterizó por: pensamientos intrusivos negativos, ansiedad, tristeza, tensión, miedo e irritabilidad, recuerdos sobre la pérdida del seno, memorias intrusivas sobre el abuso sexual sufrido, llanto constante.

e) Estrategia de intervención.

La terapia tuvo como objetivo principal la disminución de la sintomatología de malestar emocional, trabajando los factores de mantenimiento detectados y promoviendo la generalización de los avances logrados a las situaciones en que se presentaban los factores de control detectados; para ello se utilizaron las tres perspectivas de intervención descritas previamente: la terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) y la Terapia de Posibilidades (TP).

Las técnicas de cada enfoque terapéutico fueron las siguientes:

➤ De la Terapia Cognitivo Conductual (TCC):

- Entrenamiento en inoculación al estrés (Meinchenbaum, 1987).
- Relajación progresiva de Jacobson (Adaptación de M.E. Fernández, comunicación personal).
- Reestructuración cognitiva (Beck, 1979).
- Entrenamiento en Autoinstrucciones (Meinchenbaum, 1977 en Rivera, 2015).

➤ De la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS):

- Búsqueda de excepciones (De Shazer, 1990).
- Pregunta milagro (De Shazer, 1990).
- Pregunta escala (De Shazer, 1990). También utilizada para la medición de la mejoría.
- Tareas en Terapia Breve (Beyeback & Herrero, 2010).

Y de la Terapia de Posibilidades (TP), los pasos rápidos para resolver el trauma (O'Hanlon, 2011).

Como complemento a la estrategia terapéutica planteada se utilizaron otras herramientas como videos, segmentos de películas, anécdotas, metáforas, imágenes.

f) Procedimiento.

La terapia tuvo un total de 14 sesiones semanales y 1 sesión telefónica de seguimiento que se realizó 4 meses después de haber concluido el proceso terapéutico, debido a que la paciente comenzó su actividad laboral y los horarios de su trabajo no permitían asistir a la cita. El enfoque eje de tratamiento fue el Entrenamiento en Inoculación al Estrés de Meichenbaum (1987). El tratamiento se dividió en cuatro fases del proceso terapéutico que van desde la evaluación, la intervención, la consolidación y revaloración y finalmente el seguimiento.

✓ Fase 1. Evaluación (Sesión 1 y 2).

En esta fase, se realizó una entrevista clínica no estructurada con la finalidad de revisar la presencia de síntomas de malestar emocional asociados al trauma basados en el diagnóstico funcional presentado anteriormente. En las observaciones clínicas se pudo apreciar que la paciente manifestaba pensamientos intrusivos negativos, reexperimentación del momento de la cirugía y su complicación cuando acudía al tratamiento de radioterapia, ansiedad, tristeza, tensión, miedo e irritabilidad, recuerdos sobre la pérdida del seno, memorias intrusivas sobre el abuso sexual sufrido y llanto constante. También se pudieron observar comportamientos de evitación hacia el tema del cáncer y ante situaciones sociales. Se aplicó la escala revisada del impacto del evento estresante donde reportó la presencia de estos síntomas, mientras que en la pregunta escala se ubicó en un 4. En la pregunta milagro refirió desear sentirse mejor, no tan incómoda por haber perdido su seno, esto último puede corroborarse con el motivo de consulta, en el cual ella menciona dejar de sentir el malestar físico (molestias en el área de la cirugía y brazo) y emocional (los síntomas mencionados antes) para poder continuar con sus actividades cotidianas y regresar al trabajo.

✓ Fase 2. Intervención (Sesión 3-14).

Posterior a la evaluación, se inició con el entrenamiento en inoculación al estrés en la fase 1. Conceptualización. Para ello se utilizó una presentación de power point para la psicoeducación del trauma, el estrés, los pensamientos negativos y los beneficios de la relajación, también se llevó el material impreso. Una vez finalizada la psicoeducación, se comenzó la fase de adquisición de habilidades y ensayo, con la relajación progresiva de Jacobson (adaptación de M.E. Fernández, comunicación personal) finalizando con tareas

conductuales para casa (practicar la relajación y leer el material). Esta intervención primaria, contribuyó a la disminución de la ansiedad, la tensión física y del llanto constante. Durante esta primera fase de conceptualización, se pudo observar que la paciente comenzó a comprender algunos de sus síntomas así como de identificar los pensamientos intrusivos negativos en relación a la pérdida del seno, una vez que fueron identificados estos pensamientos, se aplicó la reestructuración cognitiva, con la finalidad de modificar estos pensamientos intrusivos, además se trabajó con las memorias traumáticas relacionadas a la experiencia de abuso sexual, donde mediante un debate científico, se le hizo ver la diferencia entre sentir placer corporal y haber sido tocada sin su consentimiento. En cuanto a las pesadillas sobre la cirugía y la recurrencia del cáncer, la reestructuración fue enfocada en identificar y modificar los significados que la paciente daba sobre ellos. Las excepciones fueron integradas durante la reestructuración para apoyar el cambio cognitivo, especialmente sobre su percepción negativa sobre las dificultades y problemas de aceptación corporal, resaltando que aspectos consideraba buenos y que le gustaban de ella. Durante el proceso se encargaron tareas semanales como sustituir pensamientos negativos por positivos, aplicar muletillas, es decir cuando alguien hace algún comentario negativo, saber que contestar sin dañarse ni dañar a otros, cambiar de lugar para ver T.V., comenzar a salir a reuniones familiares en lugares cercanos aunque no se quedara todo el rato. Estas tareas tuvieron como objetivo generalizar los cambios en el ambiente donde la paciente refirió sucedían algunas situaciones problema. Para finalizar la fase de adquisición de habilidades del entrenamiento en inoculación al estrés, se realizaron los ensayos dentro de consulta, donde la paciente debía debatir los pensamientos negativos que se le decían y sustituirlos por otros más adaptativos.

✓ Fase 3. Consolidación y revaloración (Sesión 13 y 14).

En la fase de aplicación y consolidación, se trabajó con el entrenamiento Autoinstruccional para la modificación del diálogo interno negativo sustituyendo las percepciones negativas que la paciente tenía sobre sí misma y su aspecto físico, por pensamientos más adaptativos. Durante esta fase se utilizaron también las tareas en terapia breve así como las excepciones para resaltar las cualidades y para permitir generar nuevas percepciones de vida. La reestructuración fue integrada nuevamente para incrementar la

credibilidad sobre las cualidades y reforzar el diálogo interno positivo. En esta fase última del entrenamiento en inoculación al estrés también fue implementado el reconocimiento y validación que propone en su abordaje la terapia de posibilidades, con la finalidad de hacerle ver a la paciente el esfuerzo y capacidad que había demostrado durante todo el proceso de recuperación al cáncer. Como material de apoyo se utilizaron videos, metáforas, imágenes y segmentos de películas. La validación y reconocimiento, facilitó la conexión de la paciente con su propia experiencia traumática, tal como lo señala esta terapia, es necesario conectar, compadecer y contribuir (las 3 Cs) para la resolución del trauma. Se enfocó en la pérdida del seno, su significado anterior y actual, además de hacer un recuento de todas las experiencias que vivió durante la enfermedad. Al recordar todo como una especie de película se le invitó a la paciente a poner un nombre diferente a la experiencia, otro sentido resaltando esta vez los aspectos que el trauma había cambiado, de manera positiva, en ella, en su vida y en su entorno. Para trabajar la compasión, se le pidió que conviviera, al momento de sus consultas de vigilancia en oncología o en cualquier oportunidad, con otras pacientes en su misma situación y que les hablara en términos de solución y superación, señalando los mejores aspectos de la recuperación así como también siendo empática al escucharlas. Finalmente como contribución, se le pidió que diera al menos 1 o 2 frases positivas o consejos positivos a otras pacientes en situaciones similares, de esta manera, con las recomendaciones y tareas, finalizó el proceso terapéutico. Se realizó nuevamente la pregunta escala, donde la paciente refirió un incremento a 8. Del mismo modo se aplicó la escala del impacto del evento estresante donde reportó nuevamente una disminución de la sintomatología.

✓ Fase 4. Seguimiento (Sesión telefónica, 15).

Se realizó un seguimiento telefónico 4 meses después de la última sesión, debido a que la paciente había regresado a su actividad laboral y los horarios no coincidían. Durante el seguimiento se realizó nuevamente una entrevista no estructurada basada en la presencia de síntomas de malestar emocional encontrando una reducción importante en comparación con el diagnóstico funcional inicial. La escala del impacto del evento estresante también reportó una disminución de los síntomas, solo se observó un ligero incremento en los pensamientos intrusivos negativos en relación al temor a la recurrencia, esto debido a que el seguimiento

se realizó días después de que la paciente acudió a su consulta de vigilancia oncológica, por lo que se considera una situación normal. En la pregunta escala la paciente incrementó a 9, mencionó que considera que esta bien así pues aunque existen conflictos con su familia es consciente de que no están en su control. Refirió también haber encontrado un sentido distinto a la vida, se incorporó sin dificultad a sus actividades laborales y estaba comenzando a acudir nuevamente a las reuniones en la iglesia. Se le preguntó, como prevención de recaída, que podría suceder que hiciera que volviera a sentir el malestar emocional, ella refirió que el hecho de que le quiten el seno ya no representa una amenaza, más bien, ahora refirió que podría sentir malestar emocional nuevamente si el cáncer regresara y ella no fuera capaz de superarlo, sino más bien, que tuviera que depender de otros para su recuperación, menciona que esto es debido a que escuchó algunas historias en las salas de espera donde regresó el cáncer más agresivo impidiendo que la persona se pueda valer por sí misma. En la práctica clínica algunas personas que viven procesos crónicos de enfermedad tales como el cáncer refieren un temor a que la enfermedad regrese más agresiva y los haga vulnerables y dependientes de otros.

En las distintas fases de proceso, se combinaron técnicas de la TCC, la TBCS y la TP para lograr disminución de los síntomas de malestar emocional. La TCC ha demostrado su amplia eficacia e investigación en la disminución de la tensión y ansiedad debido a su impacto en el procesamiento de pensamientos negativos, mientras que la TBCS permite cambios positivos inmediatos y la sensación de bienestar con la medición subjetiva de la mejoría a través de la pregunta escala. La TP contribuyó en la redefinición del acontecimiento percibido como traumático logrando un cambio de perspectiva y nuevo sentido de la experiencia.

En la Tabla 2, se muestra, de manera resumida, las fases, sus objetivos, las estrategias utilizadas, los puntos de abordaje, los logros y limitaciones enfrentadas.

Tabla 2. Fases del proceso terapéutico. Objetivos, estrategias, logros y dificultades.

Fase	Objetivo de la fase	Estrategias	Logros	Dificultades
Evaluación	<p>-Evaluar la presencia de síntomas de malestar emocional relacionados a trauma</p> <p>-Detectar las áreas de mayor afectación en la vida de la paciente.</p>	<p>1. Entrevista. -Entrevista no estructurada.</p> <p>2. Evaluación. -Escala revisada del impacto del evento estresante. -Observación clínica. -Pregunta Escala. -Diagnóstico Funcional.</p> <p>3. Expectativas y objetivos. -Pregunta milagro.</p>	<p>-Se obtuvo la información sobre la historia clínica y del desarrollo de la enfermedad.</p> <p>-Se detectó malestar emocional asociado a síntomas de estrés postraumático y de trastornos de adaptación.</p> <p>-Se encontró mayor afectación en aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y sociales.</p>	<p>-La presencia de ansiedad y tensión acompañadas de llanto constante en las primeras sesiones prolongó la evaluación.</p>

Tabla 2. Fases del proceso terapéutico. Objetivos, estrategias, logros y dificultades (continuación).

Fase	Objetivo de la fase	Estrategias	Logros	Dificultades
Intervención	<p>-Disminuir los síntomas de malestar emocional relacionados al estrés postraumático.</p> <p>-Recuperar la funcionalidad de las áreas cognitivas, conductuales, emocionales y sociales.</p>	<p>1. Entrenamiento en Inoculación al estrés.</p> <p>-Relajación progresiva (adaptación).</p> <p>-Reestructuración Cognitiva.</p> <p>2. Terapia breve centrada en soluciones.</p> <p>-Excepciones.</p> <p>-Tareas en terapia breve.</p>	<p>-Disminuyeron los síntomas de malestar emocional relacionados al estrés postraumático y al trastorno de adaptación.</p> <p>-Comenzó a participar en más ocasiones en reuniones familiares.</p> <p>-Reportó una disminución de la ansiedad y tensión inicial.</p> <p>-Mejó el malestar del brazo y del área de la lesión.</p> <p>-Mejora su aceptación corporal.</p>	<p>- Las memorias intrusivas sobre el abuso fueron revisadas y abordadas debido a su contenido perturbador que incrementaba la ansiedad.</p> <p>-Solo algunos miembros de la familia, contribuían con las tareas.</p>



Tabla 2. Fases del proceso terapéutico. Objetivos, estrategias, logros y dificultades (continuación).

Fase	Objetivo de la fase	Estrategias	Logros	Dificultades
Consolidación y Revaloración	<p>-Consolidar las habilidades entrenadas para la generalización en su ambiente natural.</p> <p>-Revalorar la presencia del malestar emocional asociado al estrés postraumático y al trastorno de adaptación.</p> <p>-Resaltar los avances de la terapia.</p>	<p>1. Entrenamiento en autoinstrucciones.</p> <p>-Cambio de diálogo interno.</p> <p>2. Terapia de Posibilidades.</p> <p>-Reconocimiento y validación.</p> <p>- Las tres Cs.</p> <p>3. Evaluación.</p> <p>-Escala revisada del impacto del evento estresante.</p> <p>-Pregunta escala.</p>	<p>- La paciente consiguió desarrollar un dialogo más positivo sobre ella misma.</p> <p>-Refirió mejor aceptación de su cuerpo y condición actual.</p> <p>-Se reincorporó en actividades laborales y de la iglesia.</p> <p>-Logró compartir su experiencia sobre el cáncer con otras mujeres que acudían a tratamiento oncológico en situaciones similares.</p> <p>-Reportó mejoría de 8 en la pregunta escala.</p>	<p>-Se realizaron varios ensayos de aplicación en situación natural debido a que en ocasiones no realizaba la tarea.</p> <p>- Al principio le costó trabajo validar los pensamientos positivos hacia ella hasta que logró incrementar la credibilidad.</p> <p>-Algunos miembros de la familia favorecieron la reintegración de las actividades familiares, otros lo complicaron.</p>

Tabla 2. Fases del proceso terapéutico. Objetivos, estrategias, logros y dificultades (continuación).

Fase	Objetivo de la fase	Estrategias	Logros	Dificultades
Seguimiento	<p>-Monitorear el estado general de bienestar de la paciente.</p> <p>-Evaluar la presencia de malestar emocional relacionado a estrés postraumático y trastorno de adaptación.</p>	<p>1. Entrevista.</p> <p>-Entrevista clínica no estructurada enfocada en detectar la funcionalidad y estabilidad en las áreas trabajadas.</p> <p>2. Evaluación.</p> <p>- Escala revisada del impacto del evento estresante.</p> <p>-Pregunta escala.</p>	<p>-La paciente refirió una mejoría en su estado de salud físico, emocional y social. Se reintegró a la actividad laboral sin sentir afectación mayor por la pérdida del seno.</p> <p>-La mayoría de los síntomas reportados al inicio de la terapia desaparecieron. Cabe mencionar que el temor a la recurrencia estuvo presente debido a la consulta de vigilancia oncológica.</p> <p>-Incrementó a 9 en la pregunta escala, percibiendo mejoría.</p>	<p>-Debido a que la paciente regresó a su trabajo se realizó un seguimiento telefónico.</p> <p>-Refirió algunas dificultades con la hermana mayor, aunque pudo sobrellevarlas con frases empáticas, refirió malestar por ello.</p>

### CAPÍTULO III. RESULTADOS

Con base en la entrevista clínica final realizada en la fase de seguimiento fue posible detectar cambios positivos que aparecieron entre la última sesión de tratamiento y el seguimiento telefónico. Entre los logros alcanzados se resalta:

- La aceptación de su condición actual (la pérdida del seno y la cicatriz).
- La terminación del tratamiento de radioterapia sin reportar ansiedad, incomodidad o malestar físico y emocional.
- Los recuerdos sobre la cirugía y sus complicaciones se habían desvanecido.
- Presentaba solo de manera ocasional pensamientos negativos intrusivos sobre el temor a que la enfermedad volviera, pero comentó que no eran tan fuertes como antes y se encontraban relacionados con el momento en el que tenía que acudir a sus consultas de vigilancia oncológica.
- Las pesadillas sobre la recurrencia del cáncer y la pérdida de su otro seno dejaron de presentarse.
- Las memorias sobre episodios del abuso sexual que vivió dejaron de presentarse con la frecuencia inicial con la que se manifestaban.
- Actualmente la paciente consigue platicar sobre el tema con otras mujeres en situaciones similares, contestar preguntas de familiares y conocidos sin reportar incomodidad, incluso refirió distinguir cuando se le pregunta solo por curiosidad por lo que evita contestar.
- El malestar físico en el área de la lesión desapareció. Refirió que la molestia física en el brazo está ligeramente presente cuando lo mueve mucho (característica física de pacientes que fueron intervenidas por disección de ganglios).
- La paciente consiguió salir de casa, continuando con sus actividades cotidianas tales como el trabajo, reuniones familiares y sociales.
- Aunque existen situaciones disfuncionales en la actualidad, la paciente logró incrementar y mejorar la convivencia con su familia.

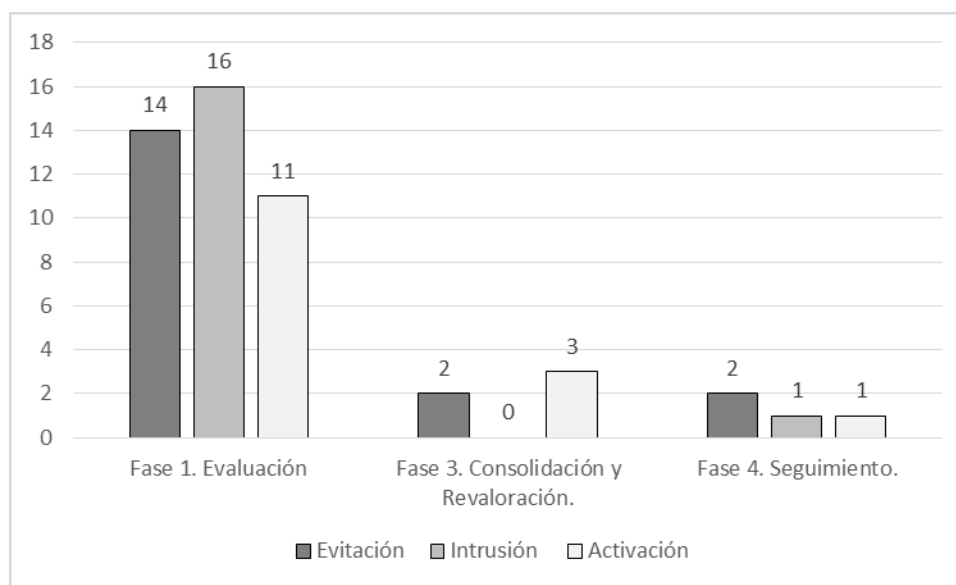
- Los pensamientos negativos sobre sí misma se modificaron por unos más funcionales, como por ejemplo: *“Así me acepto y me quiero”*, *“soy atractiva a mi manera”*, *“hay personas buenas y desinteresadas en el mundo”* y *“soy valiosa”*.
- Refirió saber que no es cuestión de culpa tener cáncer. Debido a esta experiencia ella comenta que pondrá más atención a su salud y pasará la voz a otras mujeres.
- Logra distinguir que su sensibilidad y llanto no necesariamente tienen que ver con tristeza, además de que ha dejado de presentarse constantemente.
- Mejoró su comunicación asertiva al señalar a su cuidadora principal (hermana) cuando percibe que está sobrepasando los cuidados hacia ella (paciente).
- Mejoró su concentración cuando acude a la iglesia, en las citas médicas prestaba más atención.
- Refirió contar con más momentos de paz interna y tranquilidad.
- Dejó de presentarse la tensión, la ansiedad y el miedo. Aunque al principio presentó también sensibilidad e irritabilidad, estas también disminuyeron.
- La paciente refirió lograr dejar de reaccionar negativamente con su familia y soltarse en llanto constante, lo cual ha influido positivamente en la mejora de la convivencia familiar.
- Comentó que ha descansado y dormido mejor sin pesadillas que le provocaban problemas de sueño.
- Permaneció tranquila en la sala de espera.
- Refirió que su fe en Dios se encuentra más fortalecida por lo que le permitió continuar acudiendo a las actividades de la iglesia.
- Consiguió aprender a reservarse e invalidar comentarios negativos sobre el cáncer que otras personas realizan.
- La medicación psiquiátrica fue disminuida debido a la mejoría y cambios positivos que mostró.

En la escala revisada del impacto del evento estresante, la paciente reportó inicialmente un puntaje total de 41, lo que significa la presencia notoria de los síntomas de malestar emocional, posterior a la intervención disminuye a 5 y finaliza en la fase de seguimiento con 4 puntos.

La escala evalúa 3 grupos de síntomas: Evitación, Intrusión y Activación. En cada fase de la intervención, la paciente obtuvo las siguientes puntuaciones:

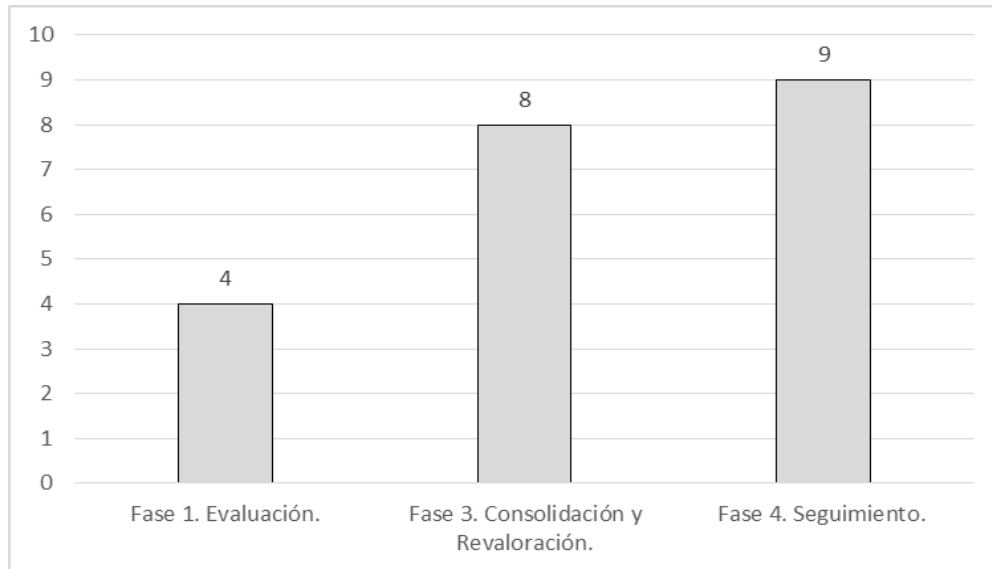
- Fase 1. Evaluación: 14 en evitación; 16 en intrusión; 11 en activación.
- Fase 3. Consolidación y revaloración: 2 en evitación; 0 en intrusión; 3 en activación.
- Fase 4. Seguimiento: 2 en evitación; 1 en intrusión; 1 en activación.

En la Gráfica 1 se muestran las puntuaciones mencionadas, representadas por grupos de síntomas dentro de las fases de intervención. Al inicio de la intervención se puede apreciar mayor sintomatología, una vez finalizado el proceso, la sintomatología de malestar emocional disminuyó. En la sesión de seguimiento, aunque el puntaje total disminuyó, es posible notar que, se mantuvieron los síntomas de evitación y que incrementaron los síntomas de intrusión, mientras que los de activación disminuyeron 2 puntos. Cabe mencionar que esto pudiera explicarse por el momento en el que se llevó la evaluación, la cual fue, días después de la consulta de vigilancia oncológica.



Gráfica 1. Puntuaciones en la escala del impacto del evento estresante en las diferentes fases de la intervención.

Desde la TBCS, se utilizó la pregunta escala como medición de la mejoría. En la siguiente gráfica (2), se muestran los puntajes de la pregunta escala en los tres momentos de la evaluación, encontrando un incremento en la percepción de mejoría de la paciente a través de las fases.



Gráfica 2. Puntuaciones obtenidas en la pregunta escala para la medición de la mejoría durante la intervención. A mayor puntaje, mayor mejoría manifiesta.

## CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

Los pacientes con cáncer se ven afectados en distintas áreas de su vida, sin embargo, las mujeres con cáncer de mama que fueron intervenidas con mastectomía radical modificada, sufren mayor impacto debido a la pérdida del seno (Pintado, 2013). Este procedimiento quirúrgico, se relaciona con la alteración en la imagen corporal, con la insatisfacción por la apariencia y el sentimiento de ser menos atractiva, como pudo observarse en el caso presentado. Por lo tanto, las pacientes que presentan estas alteraciones tienen mayores niveles de ansiedad y depresión. La paciente de este estudio de caso, reportó afectadas las áreas descritas por Pintado (2013), específicamente refirió insatisfacción por el cuerpo y sentirse menos atractiva. Recibir un diagnóstico de cáncer y afrontar sus tratamientos, efectos secundarios y secuelas manifiestas, pueden ser acontecimientos impactantes para la persona abriendo la posibilidad de que llegue a desarrollar, en algunos casos, síntomas de malestar emocional posteriores al trauma. Hernández y Landero (2015) mencionan que las pacientes con cáncer de mama pueden presentar sintomatología de estrés postraumático desde el diagnóstico, durante y después del tratamiento, siendo los síntomas de evitación los que mayor presencia tienen. Estos síntomas de evitación fueron los que presentaron un puntaje más alto para la paciente de este estudio, aun en la fase de seguimiento.

La integración de los modelos de TCC, TBCS y TP, permitió alcanzar el objetivo terapéutico de disminuir los síntomas de malestar emocional. Cada modelo por separado ha mostrado efectividad, así, para Yumiseva (2012), las intervenciones cognitivo conductuales permiten el análisis y modificación de pensamientos automáticos, creencias y conductas problemáticas transformándolos en unas más adaptativas y funcionales. De este modo se realizó el trabajo terapéutico en este estudio de caso, logrando un cambio cognitivo dirigido a creencias, conductas y pensamientos más adecuados.

Por su parte la TBCS, ha sido utilizada para crear esperanza en pacientes con ciertas condiciones médicas, alentando a los clientes a realizar cambios positivos en las diferentes áreas de su vida (Northcott, Simpson & Hilari, 2016); aspectos que se retomaron durante la intervención, permitieron a la paciente realizar cambios positivos e inmediatos.

Por otro lado para O'Hanlon (2011) es importante que el paciente que vivió la experiencia traumática tenga la posibilidad de conectarse, compadecerse y contribuir como una estrategia para resolver el trauma, por lo que durante el proceso terapéutico que llevó la paciente se integraron estos aspectos permitiendo que la paciente al finalizar la terapia pudiera hablar de su situación con menor sufrimiento, compadecerse de otras mujeres que viven una situación similar y convertirse en testimonio positivo y de éxito para aquellas mujeres que se están enfrentando la enfermedad y sus tratamientos. Al ser un estudio de caso, tal como propone O'Hanlon (2011), el abordaje fue hecho a la medida de la paciente siendo la tarea principal del terapeuta investigar y realizar cualquier cambio positivo como consecuencia de un trauma sin minimizar el sufrimiento o tragedia involucrada.



## CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN

Los pacientes con cáncer se encuentran constantemente expuestos a estresores que van desde el diagnóstico, los tratamientos y sus procedimientos así como los efectos secundarios que provocan y las secuelas que dejan. Esta serie de acontecimientos estresantes, al prolongarse durante un periodo de tiempo, pueden llegar a originar algún trastorno asociado al estrés o trauma.

La pérdida del seno es considerada como un evento impactante que provoca cierto malestar emocional, debido al significado y creencias atribuidas en relación a la imagen corporal, la sexualidad y la femineidad. La vulnerabilidad biológica y psicológica de la persona son aspectos relevantes en la predisposición a desarrollar síntomas de malestar emocional.

Para el tratamiento de estos síntomas, el entrenamiento en inoculación al estrés de la TCC, resultó ser un abordaje eficaz que permitió integrar estrategias de los modelos de TBCS y TP, logrando así un tratamiento orientado a la resolución y la esperanza.

Una de las limitaciones del presente estudio, fue que al ser un estudio de caso único, no permite generalizar los resultados sobre su efectividad. Otra limitación fue que solamente se utilizó un instrumento para valorar la presencia de síntomas de malestar emocional y que la paciente mostró dificultades al responderlo, sobre todo en la primera evaluación.

Aunque se ha reportado en diferentes investigaciones que entre el 16% y el 18% de las pacientes con cáncer de mama desarrollaron estrés postraumático seis meses después de la cirugía (Hernández y Landero, 2015), queda aún en controversia si los síntomas se deben a la cirugía o al diagnóstico, cuando son interpretados por la paciente como una amenaza a su vida o bien, a una experiencia traumática previa; ya que en algunas ocasiones, en las investigaciones solo se evalúa la sintomatología mediante cuestionarios y no se realizan entrevistas o alguna otra forma de evaluación que permita detectar que trauma ocasionó la sintomatología y confirmar si la paciente cumple con todos los criterios diagnósticos aceptados para el estrés postraumático. Dejando como posible que los síntomas de las pacientes cumplan con los criterios de otro de los trastornos asociados al estrés o trauma, tal como el trastorno de adaptación.

En el caso del trabajo terapéutico individual, desde el enfoque de la terapia breve utilizado, se da prioridad al diagnóstico funcional sobre el diagnóstico estructural, por lo que diferenciar entre uno y otro trastorno quedaría en segundo plano. El diagnóstico funcional permite planear el tratamiento a la medida del paciente, enfocándose en las relaciones entre las características del comportamiento y eventos asociados a la problemática detectada.

Es así que para futuros trabajos se sugiere evaluar la eficacia de la intervención que incluye las técnicas de los tres enfoques utilizados, en un estudio controlado, con una muestra mayor de pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos, y poder comparar resultados entre pacientes con diagnóstico de estrés postraumático y pacientes con diagnóstico de trastornos de adaptación de acuerdo a los criterios planteados en el DSM-V (APA, 2013).

## REFERENCIAS

- Aguilar-Cordero, M., Neri-Sánchez, M., Mur-Villar, N., Gómez-Valverde, E., & Sánchez-López, A. (2014). Percepción de la imagen corporal de la mujer intervenida de cáncer de mama y residente en la ciudad de Granada. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, **20**(1), 2-6. Recuperado de:  
[http://www.renc.es/imagenes/noticias/Web%20NUTRICION%20COMUNITARIA%201-2014%20\(INTERIORES\).pdf#page=6](http://www.renc.es/imagenes/noticias/Web%20NUTRICION%20COMUNITARIA%201-2014%20(INTERIORES).pdf#page=6)
- Álvarez, B. (2013). Estudio comparativo de pacientes con cáncer de mama, sometidas a mastectomía radical modificada versus manejo quirúrgico basado en la técnica de ganglio centinela, en el hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2007-2012 (Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma, Perú). Recuperado de:  
[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/298/3/alvarez\\_ba.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/298/3/alvarez_ba.pdf)
- American Cancer Society (2016). Guía detallada: cáncer de seno. Recuperado de:  
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/>
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> Edition). Washington, DC.
- Aramayo, S. (2011). Terapia Centrada en Soluciones aplicada a la agresión sexual, Estudio de caso. *Ajayu*, **9** (1), 13-168. Recuperado de:  
<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v9n1/v9n1a4.pdf>
- Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: Meridian.
- Berger, A., Gerber, L. & Mayer, D. (2012). Cancer-Related Fatigue. Implications for Breast Cancer Survivors. *Cancer*, **15**, 2261-2269. Recuperado de:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.27475/pdf>

- Beyebach, M. & Herrero, M. (2010). 200 tareas en terapia breve: individual, familiar y de pareja. Barcelona, España: Herder Editorial, S.L. Recuperado de: [http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141013/ob\\_e11f48\\_200-tareas-en-terapia-breve-marck-bey.pdf](http://data.over-blog-kiwi.com/1/27/13/86/20141013/ob_e11f48_200-tareas-en-terapia-breve-marck-bey.pdf)
- Costa-Requena, G. & Gil, F. (2007). Propiedades psicométricas de la escala revisada del impacto del evento estresante (IES-R) en una muestra española de pacientes con cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, **33** (149), 311-331. Recuperado de: [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5848/Propiedades\\_psicomtricas\\_de\\_la\\_escala\\_revisada.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5848/Propiedades_psicomtricas_de_la_escala_revisada.pdf?sequence=2)
- De Shazer, S. (1990). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona, España: Paidós Ibérica. Recuperado de: <http://www.scribd.com/doc/234833105/Steve-de-Shazer-Claves-Para-La-Solucion-en-Terapia-Breve#scribd>
- Fischer, D. & Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *MEMO: Magazine of european medical oncology*, **5**, 52-54. DOI: 10.1007/512254-012-0327-2. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12254-012-0327-2#/page-1>
- Foguet, Q., Álvarez, M., Raquel, C., Coll, M. & Arrufat, F. (2010). Comorbilidad del trastorno de estrés posttraumático en pacientes con trastorno mental grave. Implicaciones clínicas. *Psiquiatría Biológica*, **17** (4), 134-137. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/MariaJose\\_Alvarez/publication/237192824\\_Co\\_morbilidad\\_del\\_trastorno\\_por\\_estrs\\_posttraumtico\\_en\\_pacientes\\_con\\_trastorno\\_mental\\_grave.\\_Implicaciones\\_clnicas/links/00b4951ba23d2aed02000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/MariaJose_Alvarez/publication/237192824_Co_morbilidad_del_trastorno_por_estrs_posttraumtico_en_pacientes_con_trastorno_mental_grave._Implicaciones_clnicas/links/00b4951ba23d2aed02000000.pdf)

- García, M., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gasteira, C., Zapardiel, A., & Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Psicología Conductual*, **23**(2), 215-244. Recuperado de:  
[https://www.ucm.es/data/cont/docs/1091-2015-07-17-Eficacia%20y%20utilidad%20cl%C3%ADnica%20del%20tratamiento%20para%20victimas%20adultas%20de%20atentados\\_una%20revisi%C3%B3n\\_final.pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/1091-2015-07-17-Eficacia%20y%20utilidad%20cl%C3%ADnica%20del%20tratamiento%20para%20victimas%20adultas%20de%20atentados_una%20revisi%C3%B3n_final.pdf)
- Gilles, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L. & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, **8** (3), 1004-1116. Recuperado de:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ebch.1916/epdf>
- González, M. & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Pública*, **23** (1), 7-18. Recuperado de:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n1/a02v23n1.pdf>
- Griffin, A. (2015). Solution Focused Practitioners experiences of facilitating posttraumatic growth during brief therapy (Doctoral Dissertation). Recuperado de:  
[https://wlv.openrepository.com/wlv/bitstream/2436/595016/1/Griffin\\_PhDTHESIS.pdf](https://wlv.openrepository.com/wlv/bitstream/2436/595016/1/Griffin_PhDTHESIS.pdf)
- Hernández, F. & Landero, R. (2015). Aspectos psicosociales relacionados con el TEPT en pacientes con cáncer de mama. *Acta de Investigación Psicológica, Psychological Research Records*, **5** (1), 1881-1891. Recuperado de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471915300089>

- Hernández, M., Cruzado, J., Prado, C., Rodríguez, E., González, M. & Martínez J. (2012). Salud Mental y Malestar Emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, **9** (2-3), 233-257. Recuperado de:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/40895/39152>
- Jarero, I. (2013). Comentarios sobre los trastornos de adaptación. DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, **5** (1), 1-3. Recuperado de:  
<http://revibapst.com/data/documents/ADAPTACION.pdf>
- Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, O., & Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*, **13**(1), 53-58. Recuperado de:  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90327879&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=305&ty=36&accion=L&origen=zona\\_delectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v13n01a90327879pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90327879&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=305&ty=36&accion=L&origen=zona_delectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v13n01a90327879pdf001.pdf)
- Matsumoto, K. (2012). Supporting Cancer Patients and Families: a Workbook for psychotherapists (Tesis de Maestría). California State University. Recuperado de:  
<http://scholarworks.csun.edu/bitstream/handle/10211.2/1941/KayoMatsumoto%3AGraduateProject.pdf?sequence=1>
- Meinchenbaum, D. (1987). Manual de Inoculación al Estrés (Jordi Fibla, Josep Toro, trad.). Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S.A. (Obra Original publicada en 1985). Recuperado de:  
<http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/480/Manual%20de%20inoculacion%20de%20estres.pdf>

- Northcott, S., Burns, K., Simpson, A., & Hilari, K. (2016). Living with Aphasia the Best Way I Can': A Feasibility Study Exploring Solution-Focused Brief Therapy for People with Aphasia. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, **67**(3), 156-167.  
Recuperado de:  
<http://openaccess.city.ac.uk/12474/2/Folia%20SFBT%20in%20aphasia%20R1.pdf>
- O'Hanlon, W. & Beadle, S. (1997). A guide to possibility land: fifty-one methods for doing brief, respectful therapy. New York, USA: W.W. Norton & Company, Inc.
- O'Hanlon, W. (2011). Quick Steps to Resolving Trauma. New York, USA: W.W. Norton & Company, Inc.
- Olivares, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, **22** (2004), 29-48. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902205>
- Payan, E., Vinaccia, S. & Quinceno, J. (2011). Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Acta Colombiana de Psicología*, **14** (2), 79-89. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v14n2/v14n2a08.pdf>
- Pintado, M. (2013). Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. Universidad de Valencia. España. Recuperado de:  
<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26371/Tesis%20Sheila%20Pintado.pdf?sequence=1>
- Rivera, G. (2015). Entrenamiento cognitivo Autoinstruccional para reducir el estilo cognitivo impulsivo en niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, **13** (1), 22-46. Recuperado de:  
<http://investigacionpsicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?81>

Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H. & Palao, A. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para supervivientes de un cáncer.

*Psicooncología*, **8** (1), 7-20, DOI: 10.5209/Rev\_PSIC.2011.v8.n1.1. Recuperado de:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC1111120007A/35029>

Rubin, D., Berntsen, D. & Johansen, M. (2008). A memory based model of posttraumatic stress disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis.

*Psychol Rev*, **115** (4), 985-1011. Recuperado de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762652/pdf/nihms149727.pdf>

Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México DF, México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Urías, B. (2012). Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama y cuidador primario (Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México). Recuperado de:

<http://cd.dgb.uanl.mx/bitstream/handle/201504211/5448/20749.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Virues-Ortega, J & Haynes, S. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, **5** (3), 567-587. Recuperado de:

<http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=English&id=160>

Wachen, J., Partidar, S., Mulligan, E., Naik, A. & Moye, J. (2014). Cancer-related PTSD symptoms in a veteran sample: association with age, combat PTSD, and quality of life. *Psycho-oncology*, **23**(8), 921-927. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345351/pdf/nihms666875.pdf>



Yokotani, K. & Tamura, K. (2014). Solution-Focused Group Therapy Program for Repeated-Drug Users. *International Journal of Brief Therapy and Family Science*, 4 (1), 28-43. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/264975876\\_Solutionfocused\\_grou\\_herapy\\_program\\_for\\_repeated-drug\\_users](https://www.researchgate.net/publication/264975876_Solutionfocused_grou_herapy_program_for_repeated-drug_users)

Yumiseva, M. (2012). Estudio de caso: terapia cognitivo-conductual aplicado a paciente con trastorno de estrés postraumático y distimia (Tesis de Licenciatura, Universidad San Francisco de Quito, Ecuador). Recuperado de:  
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1548/1/106569.pdf>