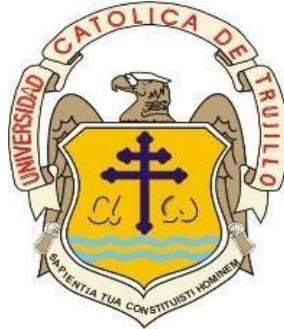


**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO  
BENEDICTO XVI**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y  
DE LA SALUD**



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ADECUADO AJUSTE MENTAL AL  
CÁNCER PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN  
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Tesis para obtener el grado académico de  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE  
LA SALUD

**AUTORES**

Br. Luciana Loreline Farfan Chambergo

Br. Jesús Antonio Fernández Díaz

**ASESORA**

Dra. Sandra Sofía Izquierdo Marín

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Violencia, transgresión e intervención y/o psicoterapia

**TRUJILLO - PERÚ  
2022**

## **AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

Exemo Mons. Dr. Héctor Miguel Cabrejos Vidarte, O.F.M.  
Arzobispo Metropolitano de Trujillo  
Fundador y Gran Canciller de la Universidad  
Católica de Trujillo Benedicto XVI

Exemo Mons. Dr. Héctor Miguel Cabrejos Vidarte, O.F.M.  
Rector de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI

Dra. Silvia Ana Valverde Zavaleta  
Vicerrectora académica

Pbro. Dr. Alejandro Augusto Preciado Muñoz  
Director de la Escuela de Posgrado

Dr. Francisco Alejandro Espinoza Polo  
Vicerrector de Investigación

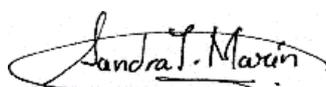
Mg. José Andrés Cruzado Albarrán  
Secretario General

## CONFORMIDAD DEL ASESOR

Yo, Sandra Sofía Izquierdo Marín con DNI N°. 42796297, en mi calidad de asesora del trabajo de titulación de título “**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ADECUADO AJUSTE MENTAL AL CÁNCER PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**”, desarrollado por los maestrandos **Luciana Loreline Farfan Chambergo** a con DNI 72918148 y **Jesús Antonio Fernández Díaz** con DNI 41964112, egresados de la maestría en psicología con mención en psicología clínica y de la salud, considero que dicho trabajo de titulación reúne los requisitos tanto técnicos como científicos y corresponde a las normas establecidas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, y en lo normativo para la presentación de trabajos de grado de la escuela de posgrado.

Por lo tanto, autorizo la presentación de esta, ante el organismo pertinente, para que sea sometido a evaluación por la comisión de clasificación designado por el director de la escuela de posgrado.

Trujillo, marzo del 2022



---

Dra. Sandra Sofía Izquierdo Marín  
Asesora y Vocal

## DEDICATORIA

A mi padre, Elvis Farfan Arbaiza, por dedicar sus días a forjar mi futuro.

A mi madre, Rosa Chambergo Periche, por guiar mi camino con sabiduría y dulzura.

A mi hermano, Liroy Farfan Chambergo, por confiar en mí y ser mi compañero de vida.

A toda mi familia que sonrío y aplaude cada uno de mis logros.

A Mercedes Chambergo Periche, quien sigue trascendiendo a través de mí. A ella, especialmente.

*Luciana Loreline Farfan Chambergo*

A Dios, quien con la guía de su diestra victoriosa nos encaminó hacia la culminación de esta investigación.

A mis padres, por su apoyo incondicional en el largo trajinar de la vida y más aún, por ser partícipes activos en nuestro desarrollo profesional.

Para quienes el cáncer tocó sus vidas de manera inesperada, a ustedes ,verdaderos intérpretes de vida, que libran la batalla día a día para vencerlo, y a quienes en el intento perdieron las fuerzas para continuar.

A los familiares de los pacientes oncológicos, guardianes incansables de la salud y acompañantes sinceros en la batalla más desafiante de la vida.

*Jesús Antonio Fernández Díaz*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecimiento a la Maestra Dra. Sandra Sofía Izquierdo Marín, por ser nuestra guía académica. Por su paciencia y disposición para que esta investigación se lleve a cabo de manera exitosa.

A todos nuestros docentes de Maestría, por brindarnos conocimientos, amistad y oportunidad de crecimiento personal y académico. Porque sin sus enseñanzas, esta investigación no tendría el valor que ahora tiene.

A nuestra familia, por motivarnos a seguir el camino que persigue los sueños.

A cada uno de nuestros pacientes, quienes en su momento y a su manera, nos impulsan a continuar actualizándonos constantemente y ofrecerles lo mejor profesional y personalmente.

Los autores

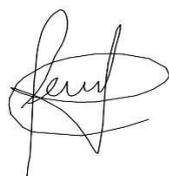
## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotros, *Luciana Loreline Farfan Chambergo* a con DNI 72918148 y *Jesús Antonio Fernández Díaz* con DNI 41964112, egresados de la Maestría en Psicología con Mención en Psicología clínica y de la Salud de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, damos fe de que hemos seguido rigurosamente los procedimientos académicos y administrativos emanados por la Escuela de Posgrado de la citada Universidad para la elaboración y sustentación de la tesis titulada: **PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ADECUADO AJUSTE MENTAL AL CÁNCER PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**, la que consta de un total de 78 páginas.

Dejamos constancia de la originalidad y autenticidad de la mencionada investigación y declaramos bajo juramento en razón a los requerimientos éticos, que el contenido de dicho documento corresponde a nuestra autoría respecto a redacción, organización, metodología y diagramación. Asimismo, garantizamos que los fundamentos teóricos están respaldados por el referencial bibliográfico, asumiendo un mínimo porcentaje de omisión involuntaria respecto al tratamiento de cita de autores, lo cual es de nuestra entera responsabilidad.

Se declara también que el porcentaje de similitud o coincidencia es de 18% el cual es aceptado por la Universidad Católica de Trujillo.

*Los autores.*



-----  
Br. *Luciana Loreline Farfan Chambergo*

DNI N° 72918148



-----  
Br. *Jesús Antonio Fernández Díaz*

DNI N° 41964112

## ÍNDICE DE CONTENIDO

1.1.	Problematización e importancia .....	11
1.2.	Pregunta orientadora .....	14
1.3.	Formulación de objetivos .....	14
1.3.1.	Objetivo general .....	14
1.3.2.	Objetivos específicos.....	14
1.4.	Categorías y subcategorías apriorísticas y emergentes.....	15
1.5.	Justificación de la investigación.....	16
<b>II.</b>	<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
2.1	Antecedentes de la investigación .....	17
2.2	Referencial teórico .....	19
<b>2.2.1</b>	<b>Cáncer como enfermedad .....</b>	<b>19</b>
2.2.1.1	Definición de cáncer.....	19
2.2.1.2	Cómo se produce un cáncer.....	20
2.2.1.3	Tipos de cáncer.....	20
2.2.1.4	Etapas del cáncer .....	21
<b>2.2.2</b>	<b>Tratamiento del cáncer .....</b>	<b>21</b>
2.2.2.1	Objetivo del Tratamiento.....	21
2.2.2.2	Modalidades de Tratamiento .....	22
Autores		
2.2.3.2	Afrontamiento y ajuste mental .....	22
2.2.3.3	Teoría del ajuste mental al cáncer de Greer y Cols .....	23
2.2.3.3.1	Espíritu de Lucha.....	24
2.2.3.3.2	Evitación o negación .....	24
2.2.3.3.3	Fatalismo o Aceptación estoica .....	25
2.2.3.3.4	Preocupación ansiosa .....	25

2.2.3.3.5	Indefensión aprendida o desesperanza .....	25
<b>2.2.4</b>	<b>Ansiedad ante a la muerte .....</b>	<b>25</b>
2.2.4.1	Factores asociados a la ansiedad ante la muerte.....	26
2.2.4.2	Teoría de ansiedad ante la muerte de Templer.....	27
2.2.4.2.1	Miedo a la agonía o enfermedad .....	28
2.2.4.2.2	Miedo a que la vida llegue a su fin.....	28
2.2.4.2.3	Miedo a la muerte.....	28
<b>2.2.5</b>	<b>Psicooncología.....</b>	<b>29</b>
2.2.5.1	Definición.....	29
2.2.5.2	La Consulta Psicooncológica .....	29
2.2.5.3	Reacciones emocionales en el paciente.....	31
2.2.5.4	Terapia grupal en oncología.....	34
<b>2.2.6</b>	<b>Calidad de vida del paciente oncológico.....</b>	<b>34</b>
<b>2.2.6.1</b>	<b>Secuelas crónicas de los tratamientos oncológicos .....</b>	<b>35</b>
2.2.6.2	Secuelas físicas.....	35
2.2.6.3	Secuelas psicológicas .....	35
2.2.6.4	Secuelas psicosociales.....	35
<b>2.2.7</b>	<b>Programas de intervención psicológica en pacientes con cáncer .....</b>	<b>36</b>
2.2.7.1	Definición.....	36
<b>2.2.8</b>	<b>Modelo de intervención cognitivo conductual en pacientes oncológicos .....</b>	<b>36</b>
2.2.8.1	Introducción .....	36
2.3	Referencial conceptual .....	42
<b>III.</b>	<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>44</b>
3.1	Tipo de investigación .....	44
3.2	Métodos de investigación.....	44
3.3	Diseño de investigación.....	44
3.4	Participantes de la investigación .....	44

3.5	Escenario de estudio.....	44
3.6	Técnicas e instrumentos .....	45
3.7	Procedimiento de recolección y análisis de datos .....	46
3.8	Ética investigativa y rigor científico.....	47
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>4.1</b>	<b>Presentación de procedimientos de análisis de la información .....</b>	<b>48</b>
	Indicadores.....	<b>48</b>
<b>4.2</b>	<b>Análisis y discusión de procedimientos de análisis de la información .....</b>	<b>52</b>
	Resultados esperados del programa.....	50
<b>V.</b>	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>54</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>62</b>
	Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos.....	62
	ESCALA DE AJUSTE MENTAL AL CÁNCER (MAC-R).....	62
	ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (DAS 1) DE TEMPLER .....	63
	Anexo 2: Consentimiento Informado.....	64
	Anexo 3: Matriz de categoría y subcategorías .....	65
	Anexo 3: Instrumentos de objeto de aprendizaje .....	66
	Diseño de propuesta de programa.....	66
	Cuadro resumen de programa “Superando temores para una vida plena” .....	67
	Desarrollo de Sesiones.....	69

## **RESUMEN**

El inadecuado ajuste mental al diagnóstico de cáncer puede desencadenar respuestas psicológicas desadaptativas como la ansiedad frente a la muerte, por tal motivo la investigación tuvo como objetivos disminuir la ansiedad frente a la muerte en pacientes oncológicos mediante un programa de adecuado ajuste mental al cáncer, identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a la agonía o enfermedad, miedo a que la vida llegue a su fin y miedo a la muerte en pacientes oncológicos. Para ello, se realizó la propuesta de un programa de doce sesiones basadas en la terapia cognitivo-conductual para ser aplicada de manera grupal en diez pacientes oncológicos, una vez por semana durante dos horas y con la participación de equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. Los resultados esperados indicarían un impacto de 80% de adecuado ajuste mental al cáncer y 75% disminución de ansiedad frente a la muerte, así como un 75% de impacto sobre el miedo a la agonía o enfermedad, miedo a que la vida llegue a su fin y miedo a la muerte en pacientes oncológicos.

Palabras clave: Cáncer, Ajuste mental, Ansiedad, Programa, Terapia Cognitivo Conductual.

## **ABSTRACT**

The inadequate mental adjustment to the diagnosis of cancer can trigger maladaptive psychological responses such as anxiety in the face of death. For this reason, research aimed at reducing anxiety in the face of death in cancer patients through a program of adequate mental adjustment to cancer, identifying what would be the impact of the program regarding the fear of agony or illness, the fear that life will come to an end and fear of death in cancer patients. To this end, a program of twelve sessions based on cognitive-behavioral therapy was proposed to be applied in a group format in ten cancer patients; once a week for two hours and with the participation of a multidisciplinary team of health professionals. The expected results would indicate an 80% impact of adequate mental adjustment to cancer and 75% decrease in anxiety in the face of death, as well as a 75% impact on the fear of agony or illness, fear that life will reach its end and fear of death in cancer patients.

Keywords: Cancer, Mental adjustment, Anxiety, Program, Cognitive Behavioral Therapy.

## CAPITULO I

### I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Problematización e importancia

La salud es una de las condiciones más valiosas del ser humano. Cuando esta falta, surgen diversos eventos psicosociales a los cuales enfrentarse, es por ello que las personas que padecen alguna enfermedad presentan pensamientos y conductas que, en muchas ocasiones, influyen en la permanencia y desarrollo de la enfermedad.

Las personas están constantemente expuestas a situaciones que ponen en riesgo su salud, desde los malos hábitos de alimentación hasta la escasa o nula preocupación por las revisiones médicas anuales, que forman parte de la prevención de la salud, las cuales permiten el diagnóstico oportuno de posibles enfermedades, incluso de aquellas que aún no han presentado síntomas.

Los pacientes que son diagnosticados con alguna enfermedad, han de enfrentarse a un proceso de cambio y adaptación a un nuevo estilo de vida en el cual deberán incluir el tratamiento dirigido al control y recuperación de la enfermedad.

El cáncer en definición de De la Roche (como se citó en Álamo, Caldera, Cardozo & González, 2012) es la proliferación y crecimiento progresivo e incontrolable de las células en una parte específica del cuerpo, produciendo así daños, en muchos casos, irreparables. Esta es una de las enfermedades con mayor morbilidad a nivel mundial.

De acuerdo al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2017), el cáncer ha originado la muerte de más de ocho millones de personas, llegando a considerarse como la tercera causa de defunciones en Latinoamérica. Los nuevos casos de cáncer invasivo constituyen el 45.9% y 54.1% en varones y mujeres, respectivamente. Así mismo, el 61.5% de pacientes oncológicos de 65 años a más, fallecieron a causa de ese mal.

En el Perú, el cáncer representa uno de los mayores problemas de salud pública. Cada año se diagnostican más de 45000 nuevos casos de cáncer (Ramos, Venegas, Medina, Guerrero & Cruz, 2013) y según el INEN (citado por Ramos et al, 2013), se estima que hacia el año 2025 sean diagnosticados alrededor de 51695 casos oncológicos.

Así mismo, en el transcurso del año 2020, se presentaron 69,849 casos nuevos de diagnóstico de cáncer (Globocan, 2020). En tanto la Organización Mundial de la Salud

(OMS, 2014) en una publicación de perfiles oncológicos de los países, reportó en Perú 132,000 total de muertes respecto a la población en general, teniendo como mayor incidencia de muertes el sexo femenino con 14,000 muertes reportadas contra 12,3000 muertes de varones peruanos; siendo los tipos de cáncer cervicouterino (12.3%) y próstata (16.9%) los más comunes.

Esta enfermedad se caracteriza por ser impredecible, es por ello que en la mayoría de veces suele relacionarse directamente con la muerte. Por esta razón los pacientes diagnosticados con cáncer, en cualquiera de sus etapas, experimentan un severo impacto emocional, acompañado en su mayoría por incertidumbre frente al futuro, ideas derrotistas/fatalistas respecto a la enfermedad, seguidos de un repertorio conductual poco favorable para su recuperación.

La respuesta emocional a este tipo de eventos puede definirse como percepción a la enfermedad que, como explican Valencia, Mora, Arbeláez, Valle-Oñate, y Londoño (2014) “es una representación cognitiva que influye en la respuesta emocional del paciente a su enfermedad y su comportamiento para hacer frente a ella” (p. 6).

Los pacientes oncológicos necesitan adaptar su estilo de vida a nuevas habilidades que le permitan hacer frente a su enfermedad. En tal sentido, el ajuste mental que presenten será de gran impacto ya que este es considerado como las “respuestas cognitivas y conductuales de un individuo frente a su diagnóstico de cáncer y las reacciones emocionales que conllevan” (Watson, Greer, Inayat, Burgess & Robertson y Greer & Watson , citados por Trigoso, 2009) (p.2).

Muchos pacientes, tras conocer su diagnóstico, adoptan pensamientos de desolación y conductas sumidas en ansiedad, angustia y desesperación. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (como se citó Feliú, 2014) se presenta al *Trastorno de Ansiedad debido a otra Enfermedad Médica*, el cual se caracteriza por la presencia de episodios de angustia y ansiedad provocados por una condición pato-fisiológica a consecuencia de otra condición médica. Por ende, los episodios de angustia y ansiedad tienen una presencia predominante en cualquier persona que haya sido diagnosticada con una enfermedad; la dimensión y el grado de estos episodios dependerá, entonces, de la naturaleza y gravedad de la enfermedad y de la capacidad de ajuste emocional y mental de la persona enferma.

Existe un factor de la ansiedad denominado “ansiedad ante la muerte” el cual es padecido, sobretodo, por personas con una condición médica grave o de pronóstico reservado. En definición de Templer (1970), la ansiedad ante la muerte es el conjunto de emociones desagradables producidas al imaginar el deceso de la propia vida, que genera temor de la muerte y ansiedad ante posibles dolencias físicas.

Según ello, este tipo de ansiedad estaría relacionado directamente con pacientes oncológicos, ya que la esperanza de vida que brinda el cáncer generalmente es impredecible, por lo cual ha de estar relacionada muchas veces con la muerte. De acuerdo a Meseguer (citado por Velázquez, Vázquez & Alvarado, 2009), el cáncer tiene la capacidad de agudizar los rasgos de personalidad en los pacientes, conduciéndolos a presentar un alto riesgo de desborde de ansiedad.

En tal sentido, es evidente la necesidad de atención oportuna a los pacientes oncológicos, no solo en la esfera patológica-física sino además en el ámbito psicológico. Por esta razón en el año 2006, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas ([INEN] citado por Salazar, Regalado-Rafael, Navarro, Montanez & Abugattas, 2013) a través de la aprobación de un reglamento de organización y funciones, implementó el establecimiento de programas para la promoción, tratamiento y rehabilitación de capacidades afectadas por el cáncer, mejora de calidad de vida y otros procesos asistenciales relacionados.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) propuso el diseño de programas destinados a mejorar la calidad de vida de la población poniendo especial atención en la salud mental. Esta entidad define a los programas como intervenciones que buscan, entre otras cosas, promover y tratar la salud mental; los cuales deben estar diseñados correctamente. En su programa de lucha contra el cáncer da especial atención al fortalecimiento de cuidados paliativos para mejorar y fortalecer al ajuste mental al cáncer.

En la actualidad se han desarrollado y aplicado programas dirigidos a mejorar la calidad de vida y afrontamiento a la enfermedad de pacientes oncológicos; sin embargo, se evidencia el escaso diseño de programas destinados a disminuir la ansiedad ante la muerte a través del adecuado ajuste mental que presentan los pacientes oncológicos, por ese motivo nace la preocupación por diseñar y proponer un programa que cumpla con dichas características.

## **1.2. Pregunta orientadora**

¿De qué modo un programa dirigido a un adecuado ajuste mental al cáncer podría disminuir los niveles de ansiedad ante a la muerte en pacientes oncológicos?

## **1.3. Formulación de objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Disminuir la ansiedad frente a la muerte en pacientes oncológicos mediante un programa de adecuado ajuste mental al cáncer.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Identificar cuáles serían los niveles, según dimensiones, del ajuste mental al cáncer en pacientes oncológicos.

Identificar cuáles serían los niveles, según dimensiones, de la ansiedad ante a la muerte en pacientes oncológicos.

Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a la agonía o enfermedad, en pacientes oncológicos.

Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a que la vida llegue a su fin, en pacientes oncológicos.

Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a la muerte en pacientes oncológicos.

#### 1.4. Categorías y subcategorías apriorísticas y emergentes

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
<b>Ajuste Mental al Cáncer</b>	Espíritu de lucha
	Desesperanza/desamparo
	Preocupación ansiosa
	Fatalismo/aceptación estoica
	Negación
<b>Ansiedad ante la muerte</b>	Miedo a la agonía o enfermedad
	Miedo a que la vida llegue a su fin
	Miedo a la muerte

### **1.5. Justificación de la investigación**

Debido al alto incremento de pacientes diagnosticados con cáncer, se evidencia la necesidad de crear programas que estén dirigidos a fortalecer y salvaguardar su salud mental, los mismos que deben ser diseñados con criterio científico y análisis de posibles resultados en base a antecedentes y teorías psicológicas. Según datos de la OPS, en el 2018 se diagnosticaron aproximadamente 3.8 millones de casos de cáncer de los cuales 1.4 millones terminaron en decesos, convirtiéndose así el cáncer en la segunda causa principal de muerte a nivel mundial. Así mismo, la OMS (2020) anunció que los casos de cáncer podrían aumentar en un 60% en las próximas décadas.

Por tal motivo, como refieren Landa-Ramírez, Greer, Vite-Sierra, Sánchez-Román, y Riveros-Rosas (2014) existe la necesidad imperante de generar una mayor cantidad de investigaciones que aporten datos sobre los programas dirigidos a mejorar las dimensiones psicológicas de la población oncológica.

La propuesta de un programa dirigido a mejorar el ajuste mental al cáncer para disminuir los niveles de ansiedad ante la muerte en pacientes oncológicos es importante por su naturaleza y trascendencia, ya que servirá a las futuras investigaciones como un antecedente que permita no solo brindar bases teóricas respecto a las variables, sino también la aplicación de este programa, el cual está diseñado en base a corrientes y fundamentos psicológicos que predicen su eficacia en cuanto a su futura aplicación.

Esta investigación sienta sus bases en diversas teorías enfocadas en describir el proceso de ajuste mental al cáncer como enfermedad y la ansiedad ante la muerte que perciben los pacientes oncológicos. Así mismo, en programas dirigidos a modificar aspectos psicológicos que interfieren en el tratamiento y recuperación de estos pacientes. Todos estos estudios brindan datos estadísticos, permitiendo así comparar y analizar a profundidad la investigación.

En tal sentido, la rigurosidad científica en los procesos de obtención de datos, la utilidad para la población y para futuros estudios científicos, así como las bases teóricas tomadas como referencia, convierten a la presente en una herramienta científica para la investigación y promoción del cuidado psicosocial del paciente oncológico.

## CAPITULO II

### II. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación

En relación a programas diseñados para mejorar el ajuste mental al cáncer y disminuir la ansiedad frente a la muerte se han desarrollado diversas intervenciones, tanto en recopilación de datos como parte de estudios exploratorios y sistemáticos como programas aplicados a pacientes oncológicos.

Tacón (2011) realizó un estudio exploratorio en setenta y cinco mujeres diagnosticadas con cáncer de mama para evaluar en qué medida la aplicación de un programa basado en la atención plena contribuía al ajuste mental al cáncer y a la vez reducir indicadores de pérdida. Los resultados señalaron una significativa mejora en tres estilos de ajuste mental al cáncer. Así mismo, se realizó un seguimiento posterior a la intervención evidenciando que el 88% de la población mantenía estrategias aprendidas durante el programa que les permitía disminuir indicadores psicológicos de pérdida.

Landa-Ramírez, et al. (2014) realizaron una investigación destinada a describir componentes y características de la terapia cognitivo conductual empleada en el tratamiento de problemas de ansiedad en pacientes con cáncer terminal. Este estudio brinda importantes aportes que pueden ser tomados en cuenta para diseñar programas con pacientes oncológicos aplicando esta terapia. Las consideraciones apuntan a que el personal de salud ha de ser muy empático y prudente al aplicar el programa, así como la importancia de identificar el contexto en el que se encuentran los pacientes e involucrar a los cuidadores primarios informales dentro del programa a fin de enseñar habilidades cuya práctica pueda ser promovida en el paciente.

En España, Aberturas, Magán, Espinosa, Navas y Provencio (2015) llevaron a cabo un estudio en una muestra de siete mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, para examinar la efectividad de un tratamiento con bases cognitivo conductuales cuyo objetivo era mejorar las estrategias de afrontamiento y reducir el malestar emocional (ansiedad, estado de ánimo negativo e ira). Los resultados del estudio evidenciaron incrementos significativos en la calidad de vida de las pacientes, así como una reducción importante de la sintomatología ansiosa.

En México, González, González y Estrada (2015) desarrollaron un programa cognitivo conductual en quince pacientes del área de oncología de un hospital, para disminuir niveles de ansiedad y depresión y desarrollar habilidades de afrontamiento positivo al cáncer. El programa fue previamente diseñado bajo fundamentos de la terapia cognitivo conductual, posteriormente aplicado en 10 sesiones de manera individual cuyos resultados evidenciaron cambios positivos sobre el malestar emocional, principalmente en la disminución de la ansiedad. Los autores afirman que el programa demostró eficacia en la muestra estudiada.

Por su parte, Haller, Winkler, Klose, Dobos, Kummel y Cramer (2017) realizaron una investigación y actualización sistemática sobre la evidencia de reducción del estrés y ansiedad basado en atención plena y terapia cognitiva en 1709 mujeres con cáncer de mama. Después de haberse aplicado dichos programas, los resultados posteriores a la intervención evidenciaron un porcentaje significativo en cuanto a disminución de ansiedad. Este meta-análisis revela la evidencia de la efectividad de los programas en cuanto a disminución de estrés y ansiedad en población oncológica.

En Valencia, Llácer y Ramos-Campos (2018) aplicaron un programa basado en mindfulness para valorar la mejora del ajuste psicológico en una muestra de 22 pacientes oncológicos pertenecientes a la unidad de Psicooncología de la Asociación Española Contra el Cáncer de Valencia, quienes fueron evaluados con un pre y post test y expuestos a un programa grupal de ocho sesiones cuya frecuencia fue semanal. Los resultados evidenciaron una mejora significativa en el ajuste psicológico de los pacientes.

En el Perú, el INEN (2018) elaboró una guía práctica para el tratamiento de la ansiedad en pacientes adultos con cáncer, este estudio tuvo como objetivo brindar recomendaciones basadas en evidencias para el tratamiento de la ansiedad en pacientes oncológicos y determinar las mejores intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento del mismo

En Lima, Vera (2012) desarrolló el Programa Psicoeducativo para mujeres con cáncer ginecológico y mamario en el Hospital Rebagliati, cuya finalidad fue proporcionar técnicas de reflexión, relajación y respiración a las pacientes para disminuir sus niveles de estrés y ansiedad. Esta intervención psicoeducativa tuvo logros a nivel emocional, por lo cual sugieren brindar este tipo de programas en el primer momento del diagnóstico a manera de acompañamiento al paciente.

En tanto; en Huancayo, Fernández y Galarza (2012) realizaron una intervención en una muestra de 61 pacientes adultos diagnosticados con cáncer y que sigan el tratamiento de quimioterapia, los cuales fueron intervenidos con la técnica de risoterapia para disminuir niveles de ansiedad producidos por el diagnóstico de cáncer, evidenciando resultados favorables.

En este tiempo, sin embargo, han sido limitados los avances a nivel de investigación y prevención de las variables.

## **2.2 Referencial teórico**

### **2.2.1 Cáncer como enfermedad**

#### **2.2.1.1 Definición de cáncer**

El cáncer es la enfermedad más temida y actualmente es sinónimo de sufrimiento, malestar, incapacidad, incluso muerte, no obstante, gracias al desarrollo y actualización de la ciencia, la información, la especialización y las investigaciones en cuanto al estudio del cáncer, se está concretando un aumento esperanzador de la supervivencia, el temor está mermando, y, por ende, la actitud con la que se afronta la enfermedad es diferente, y en varias ocasiones, su evolución suele parecerse al de otras enfermedades crónicas.

Sin embargo, el cáncer continúa siendo una enfermedad que por sus consecuencias y dificultad genera una serie de reacciones emocionales que afectan significativamente la vida del paciente. (De la Fuente, s.f).

Afortunadamente, la mortalidad por cáncer va mermando, no obstante, los casos recientes (incidencia) siguen en aumento, se estima que en la actualidad, hay más personas que han aprendido a convivir con la enfermedad. Así mismo, las expectativas de vida de los pacientes con patologías crónicas han aumentado significativamente, pues hoy se cuenta con numerosas alternativas terapéuticas. Dichos factores han generado que las Unidades de Oncología tengan una sobrecarga laboral, al tener que atender más pacientes nuevos y en fase de tratamiento, durante más tiempo y con grandes necesidades. Para las instituciones de salud, significa un relevante desafío hacerse cargo de los casos oncológicos puesto que repercute en la necesidad de gestionar una amplia gama de recursos. Sumado al aumento de la necesidad asistencial han aparecido nuevas responsabilidades asociadas a la mejora de la calidad de atenciones, como la investigación, la docencia, la calidad de vida, el consejo genético, la psicooncología, etc. (Bayo, Álvarez & Amor, 2019).

El vocablo cáncer hace referencia a un conjunto de células que se desarrollan y multiplican de manera anormal que se extienden en diversas partes del cuerpo. Las células normales tienen la capacidad de reconocer señales para eliminarse a sí mismas, permitiendo que el organismo las renueve por células con mejor funcionamiento. Las células cancerígenas, en cambio, experimentan procesos que les impiden captar dichas señales, por lo cual, no se auto eliminan, generando así su proliferación y acumulación en el cuerpo; de esta manera ocupan oxígeno y nutrientes que les corresponden a las células normales. Las células cancerígenas pueden originar tumores entre otras afecciones significativas, haciendo que el cuerpo funcione inadecuadamente. Como mencionan Bolaños, Aviñó y Rodríguez (2019), el en proceso conocido como metástasis, las células cancerígenas se pueden localizar en un área específica del cuerpo para luego extenderse mediante la sangre y el sistema linfático hacia otras partes del organismo, generando así la destrucción de tejidos sanos.

#### 2.2.1.2 Cómo se produce un cáncer

Esta enfermedad se origina debido a cambios en los genes que regulan el funcionamiento de las células, específicamente en cuanto a su crecimiento y división. Las modificaciones genéticas que origina el cáncer pueden ser heredadas, siendo estas consideradas con un porcentaje mínimo. Además, puede aparecer durante la vida de una persona a consecuencia de fallos en el proceso de división de células o por daño en la composición del ADN por exposición a determinadas situaciones ambientales, conocido como carcinógenos.

El cigarrillo, la exposición a radiaciones (rayos X, radiación solar), contaminación vehicular, fármacos, infecciones y algunos alimentos son ejemplos de carcinógenos. Cada paciente tiene un cáncer con una combinación única de modificaciones genéticas. Así mismo, mientras el cáncer sigue creciendo y evolucionando, se van produciendo nuevos cambios genéticos. (Bolaños, Aviñó & Rodríguez, 2019).

#### 2.2.1.3 Tipos de cáncer

Existen más de cien tipos de cáncer. Estos tipos de cáncer se clasifican según el tejido u órgano en el que se originaron. De tal manera, el cáncer de pulmón se origina en las células pulmonares y el cáncer de colon en las células del intestino grueso. Por su parte, los tumores con más frecuencia de diagnóstico son próstata, pulmón, mama, piel, vejiga y estómago. (Bolaños, Aviñó & Rodríguez, 2019).

#### 2.2.1.4 Etapas del cáncer

Para poder conocer si el tumor se ha desarrollado y en qué magnitud lo ha hecho, se realiza una división de los tumores en diferentes etapas a las cuales se les conoce como estadios. En tal sentido, cada tipo de cáncer tiene una clasificación distinta por estadio. Bolaños, Aviñó y Rodríguez (2019) refieren que el tumor se clasifica en diversos estadios permiten conocer el tamaño del tumor, su desarrollo y también si se ha extendido al resto del organismo. En definitiva, la etapa del estadio está directamente relacionada con la extensión del mismo. En los estadios más avanzados, el tumor comprende más extensión en el organismo. El estadio de mayor extensión es en IV y en su mayoría involucra la presencia de metástasis.

### **2.2.2 Tratamiento del cáncer**

#### 2.2.2.1 Objetivo del Tratamiento

El tratamiento del cáncer puede variar según el tipo y situación del tumor.

**Curativo** o también conocido como **primario**: Su objetivo es eliminar la enfermedad y evitar recaídas. Se pueden emplear todas las formas de tratamiento con el objetivo de desaparecer la enfermedad, la más empleada es la cirugía. Existen algunos tipos de cáncer que son más sensibles a la quimio o radioterapia, que forman parte de los tratamientos primarios.

**Neo-adyuvante** o **pre-quirúrgico**: Se utiliza antes de brindar tratamiento local definitivo con el fin de reducirlo y hacerlo más fácil de extirpar o tratable con radioterapia.

**Paliativo**: Busca detener la progresión, reducción o desaparición de la enfermedad. También se centra en aliviar los síntomas de la enfermedad. El tratamiento se detiene cuando este deja de ser eficiente respecto al tumor.

**Sintomático** y **de soporte**: Su objetivo consiste en el disminuir o calmar los síntomas ocasionados por el tumor y reducir efectos secundarios del tratamiento. No influye en el desarrollo del cáncer. (Bolaños, Aviñó & Rodríguez, 2019).

#### 2.2.2.2 Modalidades de Tratamiento

Entre las modalidades de tratamiento tenemos la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, la hormonoterapia, inmunoterapia, terapia con dianas biológicas, terapia de medicina nuclear, tratamientos ablativos locales, el trasplante de médula ósea y ensayos clínicos. (Bolaños, Aviñó & Rodríguez, 2019).

### 2.2.3 Ajuste mental al cáncer

#### 2.2.3.1 Factores psicosociales y afrontamiento al cáncer.

Pese a la gran variedad de tratamientos médicos oncológicos para el diagnóstico de cáncer, existe mucha diversidad de rasgos de personalidad, características psicosociales y sociodemográficas que varían de acuerdo al paciente y su realidad. La amenaza de la propia vida y la incertidumbre del éxito del tratamiento, generan factores psicosociales que pueden condicionar a la persona en su proceso de adaptación a la enfermedad.

Los estudios de impacto del cáncer en la adaptación psicosocial se remontan a los años 80, hallándose rasgos de morbilidad relacionados al diagnóstico y tratamiento como depresión, ansiedad y merma de la autoestima. Diversos autores se han enfocado en la influencia de factores psicosociales durante el proceso de la enfermedad, encontrando relación entre el desarrollo del cáncer y las experiencias de vida demandantes, la presencia de emociones disfuncionales como la ira y la angustia, el soporte socio-familiar y la sensación de desesperanza. A mayor capacidad de afrontamiento del paciente más fácil será para él adaptarse de manera satisfactoria y mostrarse flexible ante los diferentes retos personales que genera el cáncer.

#### 2.2.3.2 Afrontamiento y ajuste mental

Es innegable que el diagnóstico de cáncer y sus consecuencias generan un cambio total en la vida del paciente, el mismo que necesitará adaptarse a las nuevas etapas por las que inevitablemente tendrá que pasar. Aunque existan algunos estudios sobre el ajuste el ajuste a la enfermedad oncológica y la manera de afrontarla, aún no se han llegado a establecer las directrices primordiales para su abordaje.

Las definiciones de afrontamiento al cáncer se refieren a las estrategias que usa el paciente para disminuir sus niveles de tensión al recibir la noticia del diagnóstico de cáncer, así que está ligado a la interpretación que tiene el paciente sobre la enfermedad y la reacción que esto genera para disminuir la amenaza percibida. En tanto, la terminología de ajuste a la enfermedad es empleado en psicología de la salud en general para hacer referencia a la ausencia de morbilidad psiquiátrica y a la recuperación integral que el paciente gozaba antes de la enfermedad, entre tanto el paciente se adapta a los diversos cambios ocasionados por la enfermedad y su tratamiento.

Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman (citados por Jorques, 2015) “el ajuste es el proceso por el cual el individuo maneja las demandas o presiones del exterior en relación a sus recursos personales.”

Somerfield, Stefanek, Smith y Padberg (citados por Jorques, 2015) definen el ajuste mental en relación al resultado producto de los esfuerzos del afrontamiento para manejar el elemento estresor, en el que la adaptación es el reflejo del proceso de ajuste a las demandas vitales.

Por su parte, Watson y Cols (citados por Jorques, 2015) definieron el ajuste mental al cáncer como la consecuencia de las estrategias de afrontamiento que el paciente usa desde el principio de la enfermedad, en los cuales se encuentran cinco tipos principales que son:

Espíritu de lucha

Fatalismo o aceptación estoica

Preocupación ansiosa

Evitación o negación

Desesperanza o indefensión.

No obstante, ninguna de estas considera las dimensiones sociales y existenciales relacionadas a los aspectos particulares del paciente luego de la experiencia de cáncer; para quien será difícil volver a su vida habitual una vez recuperado de la enfermedad oncológica.

Teoría del ajuste mental al cáncer de Greer y Cols

El modelo desarrollado por Greer y Cols (1989) acerca de las reacciones que origina el diagnóstico de cáncer se basa en el proceso psicológico que experimenta al paciente al percibir el diagnóstico del cáncer como una posible amenaza para su vida, desencadenándose así diversas respuestas emocionales y conductuales para conseguir el ajuste adecuado a la enfermedad. Los diferentes modos de afrontamiento al cáncer se darán en función a la interpretación que el paciente haga de su diagnóstico, así como de los recursos de los que disponga. Cabe indicar que los modos de afrontamiento podrán variar o continuar durante las diferentes etapas del proceso de enfermedad. Es así que, tomando como referencia a Lazarus y Folkman (1984), se puede mencionar que el paciente experimenta dos etapas en el proceso de ajuste: la evaluación primaria y secundaria, en esta última se hace evidente la diferencia entre las expectativas que tienen los pacientes sobre lo que pueden hacer sobre su diagnóstico y el resultado real del mismo.

En la evaluación primaria, el paciente se enfrenta a interrogantes como: “¿hasta qué punto el diagnóstico de cáncer significa una amenaza para mí?”, en tanto, en la evaluación secundaria se encuentra con las siguientes incógnitas: “¿puedo ejercer algún control sobre esta situación?, ¿cuál es el pronóstico de esta enfermedad y hasta qué punto es segura?”. Estas tres interrogantes constituyen la llamada “triada cognitiva del cáncer” al evidenciar la percepción que tiene el individuo sobre su diagnóstico, el control que cree tener sobre este y su pronóstico, lo que da pie al también llamado “esquema cognitivo de supervivencia” al procesar información importante respecto a la enfermedad. Serán las respuestas que el paciente tenga sobre estas tres interrogantes, estarán estrechamente relacionadas con los distintos modos de ajuste o afrontamiento al cáncer.

#### 2.2.3.2.1 Espíritu de Lucha

La persona entiende el diagnóstico como un desafío que puede dominar o controlar, ofreciendo una respuesta de afrontamiento que lo predispone a involucrarse de manera activa en conductas que coadyuvan su proceso de aceptación y adaptación a la enfermedad, participación en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento y mostrando optimismo sobre el pronóstico.

#### 2.2.3.2.2 Evitación o negación

El paciente no acepta el diagnóstico de cáncer y lo rechaza, de esta manera evita pensar en la enfermedad y no adopta mecanismos racionales de afrontamiento frente a ella.

#### 2.2.3.2.3 Fatalismo o Aceptación estoica

La persona no muestra interés en afrontar activamente la enfermedad debido a que siente que todo está perdido y que no está en capacidad de ejercer control sobre los hechos, es decir, se resigna a aceptar el diagnóstico mostrando una actitud fatalista.

#### 2.2.3.2.4 Preocupación ansiosa

El paciente interpreta la enfermedad como una real amenaza para su vida, razón por la que experimenta un sentimiento recurrente de ansiedad, preocupación y escaso control sobre su pronóstico; muestra temor ante cualquier malestar o dolor físico dado que piensa que el cáncer avanza en su organismo, por ello, para comprobar sus ideas, se concentra en la búsqueda compulsiva de información respecto a la sintomatología de la enfermedad, actitud que aumenta sus niveles de ansiedad y por ende, limita su adaptación.

#### 2.2.3.2.5 Indefensión aprendida o desesperanza

La persona muestra una actitud bastante pesimista y desesperanzadora frente al diagnóstico, siente que carece de fortaleza para tomar control sobre la enfermedad. Esta actitud podría interferir en el desempeño de sus actividades diarias.

### **2.2.4 Ansiedad ante a la muerte**

La ansiedad es un trastorno clasificado en el DSM-5, cuya actualización refiere que se puede diagnosticar de forma concomitante si la ansiedad es lo bastante grave como para requerir atención médica. (Feliú, 2014).

La muerte, por su parte, tiene un importante significado histórico y social. Albornos (citado por García, s.f.) explica que la muerte debe ser entendida como el deceso de la vida, el fin de los proyectos personales y familiares, la parte final de la interacción individual y social, lo cual se percibe como no positivo; sin embargo, la percepción de los individuos sobre la muerte ha variado históricamente de acuerdo a sus creencias al interpretarla como el principio de una nueva existencia, de acuerdo a la religión considerando a la muerte como el retorno al mundo del cual se proviene, etc.

En este sentido, es innegable que la muerte supone un problema fundamental en el hombre, ya que ser consciente de la proximidad de la misma bastaría para generar angustia. En la sociedad actual, las personas sienten miedo cuando se habla sobre la muerte, por lo que este es un tema del cual no se habla con normalidad, sobre todo con las personas que

padecen algún malestar físico cuyo tratamiento presenta escasas expectativas de vida. (Rodríguez, 2006).

Es así que en el DSM5 existe una clasificación de la ansiedad denominada *Trastorno de Ansiedad debido a otra Enfermedad Médica*, donde se evidencia angustia y ansiedad provocadas por condiciones fisiopatológicas.

Para Meseguer (2003) los pacientes oncológicos padecen tipos específicos de ansiedad, como la ansiedad existencial que se da en aquellos pacientes que experimentan sentimientos de vacío y pérdida de sentido de su propia existencia a consecuencia del diagnóstico y condiciones de su enfermedad. Por su parte Matías, Manzano, Montejo, Llorca y Carrasco (1995) hacen referencia a la ansiedad durante el tratamiento del cáncer la cual está relacionada con los procedimientos propios del tratamiento oncológico como la radioterapia y cirugía mutilante. A su vez manifiestan tres tipos de ansiedad en pacientes oncológicos: ansiedad de sospecha, ansiedad de expectativa depresión y ansiedad de abandono deterioro orgánico.

El temor a la muerte tiene un peso significativo en nuestra experiencia interna ya que está relacionada con nuestra propia desaparición, concepción que supera el miedo conduciéndolo a la ansiedad. (Yalom citado por Rodríguez, 2006). Por tanto, se podría predecir que la ansiedad ante la muerte será más alta mientras se emplee más tiempo en pensar en ella. (Gil, 1998).

Por lo anterior expuesto, Templer (1970) categoriza la ansiedad, expresándola en un factor denominado ansiedad ante la muerte, padecido sobre todo por personas con diagnósticos médicos que indican la inevitable muerte del paciente.

#### 2.2.4.1 Factores asociados a la ansiedad ante la muerte

Existen diversos factores que pueden vincularse a la aparición o permanencia de la ansiedad ante la muerte, estos podrían estar asociados a características propias del individuo o del medio en el que se desenvuelve.

Ansiedad ante la muerte y género: De acuerdo a las investigaciones, las mujeres tienden a presentar niveles de ansiedad a la muerte superiores a la de los varones (Pollak citado por Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003). Esto podría atribuirse a sus características individuales. Por su parte, Templer (citado por Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003) propone que existen países en los cuales los roles de género están puntualmente

diferenciados, cuyas características de valentía se reflejan en los varones con índices de ansiedad ante la muerte muy por debajo de la de las mujeres. Además, las investigaciones señalan que existen diferencias entre varones y mujeres respecto a los niveles de ansiedad ante la muerte, siendo las mujeres quienes tienen a experimentar ansiedad ante la muerte en un grado más intenso. (Rivera-Ledesma, Montero-López & Sandoval-Ávila, 2010).

Ansiedad ante la muerte y edad: Templer (citado por Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003) encuentra una correlación significativa entre la edad y la ansiedad ante la muerte explicado a que un grupo de la sociedad mantiene expectativas de futuro un tanto negativas con relación a otros.

Ansiedad ante la muerte y estado de salud: Para Rodríguez (2006), la ansiedad es una reacción común en casi todos los enfermos que padecen alguna enfermedad en cualquiera de sus fases. Por otro lado, existen investigaciones que indican una mayor incidencia de ansiedad ante la muerte en personas que mayores que padecen alguna enfermedad. (Fortner & Neimeyer citados por citado por Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003).

#### 2.2.4.2 Teoría de ansiedad ante la muerte de Templer

Templer (1970) define la ansiedad ante la muerte como aquella que “está asociada básicamente a las reacciones emocionales que puede presentarse como ansiedad, neurosis y depresión frente al deceso de la vida” (p. 21).

El autor refiere que en este tipo de ansiedad la persona atraviesa por un periodo emocional desagradable el cual está producido por la percepción de la propia muerte, originando de esta manera consecuencias a nivel cognitivo sobre el proceso del fin de la propia vida. En tal sentido, esta variable se presenta como un conjunto de emociones desagradables, que se produce al imaginar o sentir cercano el deceso de la propia vida. Templer (citado por Graus, 2016) explica que esta manifestación se produce, sobre todo, a nivel cognitivo a través de pensamientos inmersos en temores de la muerte, ansiedad que anticipa las posibles dolencias físicas y la conciencia del deceso de la vida.

Templer (1970) encuentra dos factores que están relacionados a la ansiedad frente a la muerte, esto están relacionados a la ansiedad respecto a la salud psicológica y ansiedad en cuanto a experiencias vitales. Gilliland y Templer (citados por Gil, 1988) explican que el primer factor (respecto a la salud psicológica) está relacionado directamente con la ansiedad

ante la muerte, mientras que el segundo factor (experiencias vitales) se relaciona con el miedo a la muerte.

Gil (1988) manifiesta que un error en los mecanismos de defensa de los individuos puede provocar ansiedad ante la muerte. Refiere que la literatura e investigaciones indican que existe una relación entre la ansiedad ante la muerte y los síntomas producidos por un mal ajuste al contexto o situación adversa, es decir entre la ansiedad y las experiencias vitales.

A consecuencia de ello, Templer (1970) desarrolló un instrumento con el cual poder valorar la presencia y los niveles de ansiedad ante la muerte, denominado Escala de Ansiedad Ante la Muerte (DAS en su siglas en inglés). Este instrumento consta con tres dimensiones:

#### 2.2.4.2.1 Miedo a la agonía o enfermedad

En esta dimensión se encuentran las respuestas como tensión emocional y estrés sobre el sufrimiento e incapacidad que podría generar la enfermedad que se padece. (Graus, 2016).

#### 2.2.4.2.2 Miedo a que la vida llegue a su fin

Referida a la preocupación a nivel cognitivo sobre el deceso de la vida.

#### 2.2.4.2.3 Miedo a la muerte

Ansiedad que anticipa las alteraciones físicas producidas por la enfermedad y que provocan la muerte.

## 2.2.5 Psicooncología

### 2.2.5.1 Definición

Cuando una persona es diagnosticada con cáncer se produce un impacto emocional importante tanto en ella como en su entorno. La información brindada respecto a su diagnóstico y la intervención psicológica individual y familiar especializada, serán de suma importancia ya que influirán en el proceso de la adaptación a la enfermedad, permitiendo de esta manera mejorar considerablemente los posibles síntomas emocionales que producen malestar.

El trabajo del psicólogo está orientado a la intervención tanto con el paciente como con la familia, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida, ayudar al paciente y su esfera familiar a aceptar la enfermedad, disminuyendo así los síntomas ansiosos y depresivos, aumentando la autoestima personal y el sentimiento de autoeficacia, canalizando los miedos para reducir determinadas tensiones, generando un espacio de autoconocimiento y crecimiento personal y adaptativo.

Así mismo, tras la intervención, el paciente podrá aprender y poner en práctica recursos personales para vencer la apatía y el desgano, para superar dificultades a nivel sexual que puedan aparecer como resultado del tratamiento. Podrá desarrollar un nivel adecuado de autoestima que le permita aceptar algunos cambios corporales. En definitiva, dotar de estrategias para afrontar la enfermedad y prepararse para el futuro inmediato. (Gimeno, Colchero & Badillo, 2019).

### 2.2.5.2 La Consulta Psicooncológica

Gimeno, Colchero y Badillo (2019), consideran que la consulta de psicooncología se orienta a brindar contención y ayuda relacionada con los diferentes cambios (desajustes emocionales) que se pueden dar en las diversas fases del proceso de la enfermedad (desde el diagnóstico, tratamiento, hasta el final de la vida y el proceso de duelo). La finalidad es equipar de herramientas tanto a los pacientes oncológicos como a sus familiares para fortalecer la adaptación a los cambios y el nivel de afrontamiento a la enfermedad, así como también fomentar una mejor calidad de vida. Las fases en las que se puede requerir la consulta psicooncológica son:

**a. Fase diagnóstica:** El diagnóstico de la enfermedad genera una repercusión emocional significativa para el paciente y la familia. En esta fase puede experimentarse

emociones con un alto nivel de intensidad tales como el miedo, la culpa, rabia, incertidumbre, etc. La finalidad de la intervención será identificar las necesidades, conocer el patrón de afrontamiento y dotar de recursos psicológicos con miras a lograr la adaptación.

**b. Fase de tratamiento:** El inicio de los tratamientos puede modificar significativamente el estilo y calidad de vida que el paciente acostumbraba antes del diagnóstico de cáncer, ello debido a los efectos secundarios propios de la enfermedad, a nivel físico, sexual, emocional y cognitivo. El fin de esta intervención es disminuir el impacto emocional producido por estos cambios.

**c. Fase libre de enfermedad:** Esta fase se caracteriza por los controles frecuentes con los respectivos especialistas, hecho que es vivenciado como un peligro a que la enfermedad se presente originando respuestas emocionales tales como el temor, la duda y la angustia anticipada. El objetivo del psicooncólogo es que el paciente aprenda a manejar dichas emociones e intentar que se mantengan a niveles adaptativos y funcionales.

**d. Vuelta a la vida normal (supervivencia):** Luego de un proceso de tratamiento de cáncer exitoso, se pueden generar problemas adaptativos por los cambios significativos y los efectos del o de los tratamientos a los que el paciente ha sido sometido, llegando a marcar su vida con un hito antes y después de la enfermedad. La finalidad de esta fase es desarrollar y fortalecer la resiliencia del paciente y su medio socio familiar, darle sentido a la vida y tener los mecanismos adecuados para abordar la vida incluso de manera más eficaz que antes del cáncer.

**e. La recidiva:** La reaparición de la enfermedad produce un gran impacto a nivel emocional, incluso más intenso que ante el primer diagnóstico. Durante esta fase la finalidad del abordaje consiste en brindar tratamiento a los síntomas que puedan aparecer y favorecer la adaptación frente a la nueva experiencia.

**f. Final de la vida:** El trabajo del psicooncólogo es muy importante en esta etapa dado que este centra su intervención hacia la mejora en la calidad de vida del paciente, coadyuvando a que el paciente controle los síntomas físicos, así como también brindarle soporte emocional.

**g. Duelo:** El objetivo primordial en esta etapa es dar apoyo y acompañamiento profesional, facilitando la preparación del proceso de duelo a fin de reducir la posibilidad de la aparición del duelo complejo o no resuelto, y que, la familia pueda entender sus respuestas emocionales propias del duelo.

#### 2.2.5.3 Reacciones emocionales en el paciente

En relación a los aportes de Gimeno, Colchero y Badillo (2019), cuando una persona es diagnosticada con cáncer en cualquiera de sus etapas, experimenta un gran impacto emocional lo cual tiene repercusión en su desempeño personal, laboral y psicosocial en general. Así mismo, dicho impacto se extiende a sus relaciones parentales y sociales. El diagnóstico inicial supone un evento altamente perturbador, en un inicio, al paciente se le hace difícil aceptar el diagnóstico, puede interferir en su capacidad para tomar decisiones y realizar sus actividades con normalidad, experimentando emociones como el miedo, así como sensación de fin de la vida, el estado emocional se vuelve altamente inestable.

En este sentido, se hace imprescindible educar al paciente en cuanto a la expresión de sus emociones y a la vez orientar a los familiares a la comprensión y tolerancia de las mismas, con el fin de que el paciente no se sienta incomprendido respecto a sus experiencias emocionales, es decir, fomentar el desarrollo de la inteligencia emocional. En este sentido, las emociones pueden definirse como respuestas que se producen cuando se percibe una situación como significativamente importante para nuestros intereses o como procesos internos de corta duración y que se suelen manifestarse en sensaciones corporales.

El paciente se enfrenta a una de las experiencias vitales más perturbadoras, manifestando ciertas preocupaciones, emociones y conductas específicas. Tanto el paciente como la familia experimentarán una sensación de rompimiento con las actividades de la vida cotidiana al recibir el diagnóstico inicial, toda vez que la enfermedad aparece de forma sorpresiva, irrumpiendo las actividades cotidianas del paciente y su entorno familiar, en tal sentido, el diagnóstico supone un peligro para la vida del paciente así como para su desarrollo psicosocial y un inminente resquebrajamiento de su proyecto de vida y el de su familia, obligándolo a tener que responder a nuevas demandas, las mismas que serán afrontadas con una comprensible incertidumbre por parte del paciente. Las reacciones iniciales ante el diagnóstico incluyen negación, dudas, resignación o shock emocional, dado que en gran parte, el diagnóstico es inesperado para luego de un tiempo se alcance un proceso paulatino de adaptación. Las respuestas emocionales son inestables y dependen de diversos factores,

tales como la edad, puesto que se ha observado que las personas más jóvenes suelen reaccionar con mayor ansiedad, buscan más información sobre el diagnóstico, se interesan por la imagen corporal, por su respuesta sexual, sumado a la preocupación por el cuidado de los hijos, por sus proyectos de vida, por sus condiciones económicas; entre otras, mientras que las personas mayores revelan menor ansiedad, pero una indefensión más significativa.

Para los problemas más relevantes son la ansiedad y el temor ante el proceso quirúrgico los mismos que pueden originar una visión catastrófica y una abstracción selectiva respecto a su futuro, es decir, pensar en una única alternativa sin considerar la gama de posibles alternativas y variables para afrontar la enfermedad, y es que, cuando los pacientes se enfrentan por primera vez a esta situación inesperada y desconocida, el cerebro busca respuestas aun cuando estas no fueran lo suficientemente válidas, dado que este proceso ayuda a que el paciente pueda compensar sus dudas y temores, generando gran malestar a nivel emocional. (Gimeno, Colchero & Badillo, 2019).

En los tratamientos es muy común que los pacientes busquen comparar sus casos con los de otros pacientes que pasaron por la misma experiencia, lo que en definitiva puede llevarlos a interpretar la realidad desde una perspectiva poco adaptativa y funcional para el paciente. No podemos dejar de reconocer que los tratamientos pueden ocasionar evidentes cambios en nuestra imagen corporal y, por consiguiente, alteraciones en el estado emocional tales como ansiedad, enojo, ira, irritabilidad, tristeza y pobre capacidad para desenvolverse de manera autónoma.

De acuerdo a Gimeno, Colchero y Badillo (2019), en esta etapa, la inactividad produce dudas recurrentes y constantes, elevados niveles de ansiedad, preocupación y temores sobre la posibilidad de padecer cáncer nuevamente, y, finalmente, sentimientos de vacío y soledad. También mencionan que los días previos a las revisiones y la espera de resultados generan altos niveles de ansiedad, lo que repercute en la calidad de vida y es que, el no disponer de total capacidad para desempeñar actividades habituales desencadenan sentimientos de frustración, merma en la autoestima y en la percepción de sus competencias personales.

Ahora bien, en palabras de Gimeno, Colchero y Badillo (2019), “las recidivas son un momento sumamente devastador para cualquier persona que ha llevado a cabo un tratamiento de cáncer puesto que, además, de oír que ha ocurrido, a pesar de todos los tratamientos y los esfuerzos, la enfermedad ha regresado. Las reacciones emocionales son de frustración, indefensión, sentimientos de escaso control, después, van derivando hacia la aceptación de la situación. En general, induce expectativas más pesimistas que en el

diagnóstico inicial”. En este sentido, señalan la importancia de definir algunas reacciones emocionales para con la finalidad de aprender a identificarlas y normalizarlas:

**Ansiedad:** Estado emocional en el que se experimenta tensión y miedos desagradables con expresiones corporales tales como presión en el pecho, taquicardia, tensión muscular, sudoración, etc. Es una emoción natural cuya función es activar al organismo ante potenciales peligros o amenazas, su presencia es imprescindible para la vida, no obstante, se convierte en disfuncional cuando existe un aumento de la intensidad, frecuencia y duración del evento, además de ser desproporcionada frente a la situación de amenaza.

**Tristeza:** Estado afectivo relacionado a la idea de pérdida. Se puede entender como una reacción natural que se puede presentar durante el proceso de adaptación, que suelen ser acompañados de sentimientos de desánimo y abatimiento. Todo ello genera un impacto conductual, produciendo así el aislamiento del entorno, disminución de la cualidad comunicativa e incluso puede aumentar la sensación de dolor. Es disfuncional cuando su intensidad es desmedida, y su duración afecta significativamente a la vida cotidiana.

**Irritabilidad:** Estado emocional que enmascara sentimientos de ira mal canalizados, en el que el paciente se encuentra hipersensible a la falta de respuestas sobre sus inquietudes relacionadas a la enfermedad.

**Miedo:** Aunque esta sea una de las emociones más temidas, es la más necesaria para nuestra supervivencia puesto que es parte de la capacidad evolutiva que nos permite identificar y evitar amenazas. Esta emoción se convierte en disfuncional desadaptativa cuando la causa es desproporcionada a la reacción. Las pérdidas pueden generar miedos irracionales ya que se pierde algo que se considera valioso. Muchos de los miedos existentes pueden haber sido aprendidos por experiencias de personas cercanas que han vivido situaciones similares, lo que genera realizar comparaciones alejadas de la realidad.

**Negación:** Reacción mediante la cual se tiende a evitar una situación real percibida como dolorosa y/o amenazante. Considerada como un mecanismo de defensa primario que permite tomar distancia temporal de los hechos para de esta manera disminuir el las reacciones emocionales producto de la realidad. Se considera este mecanismo de defensa como des adaptativo cuando permanece en el tiempo e interfiere en la adherencia al tratamiento.

**Incertidumbre:** El desconocimiento de lo que pueda llegar a pasar en un futuro inmediato o a largo plazo, en cuanto a la enfermedad estaría ligado la inseguridad de lo

que pueda suceder respecto al tratamiento, pronóstico, y posibles recaídas. Esta constante preocupación puede dar paso a la aparición de los síndromes ansioso.

**Culpabilidad:** Aparece cuando el paciente cree que pudo haber hecho algo para prevenir la enfermedad o detectarla con anterioridad.

Es sumamente relevante que las personas en general y no solo los pacientes oncológicos tengan la posibilidad de expresar y canalizar sus emociones y sentimientos, dado que esto permitirá normalizar una situación compleja y afrontar situaciones adversas. Clasificar las emociones como positivas o negativas fomenta el hábito de reprimirlas, afectando seriamente el mundo psíquico del paciente. La tarea de la psicología se orienta a que el paciente aprenda a gestionarlas y reconducirlas.

#### 2.2.5.4 Terapia grupal en oncología

La terapia grupal en el ámbito oncológico está constituida por un la ejecución de una serie de técnicas psicoterapéuticas a un número determinado de pacientes con la finalidad de mejorar su situación actual, brindándoles herramientas que les permitan establecer cambios en alguna conducta des adaptativa que interfiera en su desempeño eficaz.

Las psicoterapias oncológicas en grupos han confirmado su eficacia en la mejora de la autoestima y en la reducción de los niveles de ansiedad, hostilidad y depresión, así como en facilitar espacios de exploración y canalización emocional. Estas actividades brindan un espacio en el que los pacientes pueden hablar sobre sus experiencias relacionadas a la enfermedad, contribuyendo al afrontamiento activo y a mejorar la percepción sobre la enfermedad, así mismo, promueve la relación positiva con la enfermedad y sus tratamientos. Similar eficacia tienen los grupos para familiares, los cuales constituyen un gran soporte como aliados para los profesionales. (Gimeno, Colchero & Badillo 2019).

#### **2.2.6 Calidad de vida del paciente oncológico**

Durante mucho tiempo, los estudios y ensayos clínicos de pacientes con cáncer se orientaron a la búsqueda de alternativas para aliviar la sintomatología producto de la enfermedad; sin embargo, a la actualidad, se pretende no solo aliviar dicha sintomatología sino también en el mejor de los casos, mejorarla.

Los tratamientos oncológicos actuales repercuten significativamente en la calidad de vida de los pacientes puesto que durante o después de su aplicación, el paciente presenta grandes

dificultades que le impiden retornar a su vida normal de manera natural; pues en su intento de incorporarse nuevamente a la sociedad de la mejor manera, va a requerir un esfuerzo importante de parte del mismo paciente y de su entorno inmediato. (Álvarez, Bayo & García, 2019).

#### 2.2.6.1 Secuelas físicas

Consecuencias del propio tumor: Cambios en la apariencia física y en la imagen corporal que afectan el autoconcepto y autoestima.

Derivadas de los tratamientos oncológicos: La cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia (menopausia precoz, flebitis, sobrepeso, pérdida del deseo sexual).

#### 2.2.6.2 Secuelas psicológicas

Alteraciones emocionales: Muy comunes en los inicios de la enfermedad, pero que pueden complicarse si no se tratan a tiempo, entre ellas tenemos a la ansiedad, angustia, depresión, miedo, sensación de soledad, sentimientos de culpa, hostilidad o el insomnio. Definitivamente, todas estas alteraciones influyen en la pérdida y/o disminución de la autoestima.

Alteraciones de la imagen corporal: Estas son producidas tanto por la enfermedad como por los tratamientos oncológicos, estas impiden que el paciente tenga un estilo de vida adecuado.

Secuelas derivadas del miedo o temor a la enfermedad: En este tipo de secuelas se presenta el miedo a morir, al dolor, a los efectos secundarios de los tratamientos, a las recaídas, entre otros.

Disfunciones sexuales: Aquellas producidas por la enfermedad, así como las que se originan como resultado de los tratamientos. Su recuperación, requiere un enfoque de pareja.

#### 2.2.6.3 Secuelas psicosociales

En palabras de Álvarez, Bayo y García (2019) “El paciente enferma en sociedad, y por tanto tiene un impacto social determinante, por ello, se hace necesario contar con un buen apoyo social y familiar. Sabemos que el cáncer es una enfermedad social. Aquí surgen las necesidades sanitarias (bajas médicas, coberturas, prestaciones sanitarias), necesidades económicas (gastos en medicinas, en pruebas médicas, rehabilitación, desplazamientos, no

siempre cubiertos por el Sistema de Salud), necesidades laborales (despidos, distanciamiento del ambiente laboral, y de la socialización que conlleva, etc.), y familiares (pérdida de su papel en la familia, y de los proyectos vitales, sentimientos de soledad, culpa, compasión, incomprensión, inutilidad, que van a dificultar las relaciones conyugales, con los hijos, y resto de la familia)”.

## **2.2.7 Programas de intervención psicológica en pacientes con cáncer**

### **2.2.7.1 Definición**

Una visión integral del paciente oncológico supone con cada vez mayor certeza incluir el factor psicológico como aspecto relevante en el fenómeno de la enfermedad. El cáncer trasciende el aspecto somático volviéndose fundamental la búsqueda de la calidad de vida y desarrollo de experiencias vitales positivas de los pacientes. (Pérez, 2005).

Se ha logrado ver que las intervenciones psicológicas en el contexto oncológico pueden tener efectos positivos en la reducción de la sintomatología ansiosa y del distress emocional. (Sheard & Maguire, 1998).

En tal sentido, la enfermedad oncológica y sus tratamientos pueden originar restricciones funcionales o discapacidades que derivan en una gran diversidad de problemas psicosociales. Las intervenciones psicológicas se muestran como alternativas beneficiosas para el paciente promoviendo un mejor ajuste psicosocial, bienestar y calidad de vida de los pacientes. (Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997).

## **2.2.8 Modelo de intervención cognitivo conductual en pacientes oncológicos**

### **2.2.8.1 Introducción**

El apogeo, desarrollo y extensión de los enfoques cognitivos le ha otorgado a esta especialidad un sitio preponderante en el mundo de los procesos psicoterapéuticos. Es vital distinguir entre lo que aporta la psicología cognitiva y la Psicoterapia cognitiva, toda vez que, aunque ambas se encuentren relacionadas, los máximos exponentes de la psicología cognitiva hicieron sus mejores aportes fuera del espacio psicoterapéutico, estableciendo una clara diferencia con otros sistemas de psicoterapia. Los enfoques cognitivos dirigen su abordaje sobre los esquemas mentales, es decir, sobre sus pensamientos y la influencia que estos tienen para construir realidades. Un aspecto relevante a considerar en cuanto al enfoque cognitivo es lo organizado que resulta sus planes de intervención y la gran atención que le

ponen al resultado, esto originó que la psicología como ciencia investigara sobre el alcance y efectividad de la psicoterapia. (Camacho, 2003).

#### Diferencias entre Psicología Cognitiva y Psicoterapia Cognitiva:

La primera se dedica al estudio y comprensión de las funciones mentales del ser humano, abarcando diversos sistemas que intervienen en el favorecimiento del aprendizaje, vale decir, se ocupa del estudio de la capacidad para incorporar, retener y recuperar información reciente y pasada, la habilidad para mantenerse concentrados, la elaboración de nuevos conceptos, la forma en la que se procesa la información del exterior, etc. Distintamente, la Psicoterapia cognitiva creó procedimientos de intervención tomando como línea base los alcances de la psicología cognoscitiva, los cuales, al ser puestos en práctica en las personas con distintas problemáticas, tendrían la posibilidad de incrementar su experiencia vital, resolver conflictos, además, realizar intervenciones con personas con alteraciones psicopatológicas. Camacho (2003).

#### Los primeros estudios del enfoque psicoterapéutico cognitivo

El reporte con mayor trascendencia en la historia de este modelo se remonta a la filosofía propuesta por Epícteto, quien expresa: “No son en sí las cosas la que perturban nuestra vida, sino la interpretación que nos hacemos de tales cosas”. En esta frase se evidencia con claridad uno de los presupuestos primordiales de este enfoque, lo importante no es lo que sucedió, sino el significado que se le otorga a eso que aconteció, es decir, la personal construcción de la realidad.

El cognitivismo rescata contribuciones de pensadores como Kant y algunos otros exponentes del existencialismo, no obstante, es preponderante señalar que existen gran número de modelos y sistemas en el interior de la Psicoterapia Cognitiva, y, cada una ellas se sostienen en ciertas referencias particulares. Jean Piaget es uno de los referentes más notorios de la Psicología Cognitiva, dado que realizó importantes estudios sobre cómo es que los niños se desarrollan, maduran y obtienen habilidades cognoscitivas.

Principalmente, modelo de intervención de psicoterapéutico cognitivo es el resultado de dos eventos:

El Simposio de Hixson y el crecimiento del Cognitivismo: En este evento se establecen los pilares de un novedoso modelo que orienta su preocupación hacia la forma en la que se procesa la información.

Los rotundos fracasos en el tratamiento de la depresión por parte de los modelos psicoterapéuticos que imperaban en ese tiempo, tales como el paradigma conductista y el modelo psicoanalítico.

Es así que, el modelo cognitivista, nace como una alternativa eficiente ante los pobres resultados del conductismo, el cual solo explicaba el comportamiento como respuestas condicionadas a estímulos u aprendizajes del contexto. Para el modelo cognitivista, más importante que el estímulo era la interpretación que las personas hagan de tales estímulos, a esto definieron Modelo del Procesamiento de la Información.

Desde inicios del siglo XX, hasta los años 40', fue el modelo conductista el que gozaba de mayor impacto en la psicología científica y experimental, a su vez, el psicoanálisis era muy influyente en la práctica clínica. Camacho (2003).

#### El nacimiento de la Psicoterapia Cognitiva

Este modelo nació de los sistemas conductista y psicoanalítico, el Psicoanálisis y el conductismo, pero más allá de estos dos modelos, se destaca Kelly como el primer teórico cognitivo, dado que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo (Weishaar & Beck, 1987).

Los principales representantes de la Psicoterapia Cognitiva, originalmente provenían del Psicoanálisis, entre ellos Ellis (1962) y Beck (1967), quienes dejaron de seguir esa escuela por considerar que no aportaba criterios científicos relevantes ni resultados óptimos en el trabajo clínico. Por esta razón, la Psicoterapia Cognitiva se esmeró en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica. (Camacho, 2003).

Ellis desarrolló lo que se denomina la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, en donde todos los componentes eran considerados, lo novedoso de su aporte fue sustituir la escucha pasiva por un diálogo mucho más participativo y directivo con el paciente, en donde es necesario debatir y cuestionar sus creencias distorsionadas, estas se consideraban como las causantes de la sintomatología. (Camacho, 2003).

Beck, en su obra más reconocida “Terapia Cognitiva de la Depresión” (1979), narra la forma en la que empezó a cuestionar algunos aspectos teóricos del Psicoanálisis, hasta que sus propios estudios con pacientes deprimidos, le permitieron darse cuenta del poco éxito que habían tenido sus colegas haciendo uso del psicoanálisis. Es así que empieza a desarrollar lo que luego se transformaría en una de las psicoterapias más eficaces para el tratamiento de la Depresión. (Camacho, 2003).

La otra línea de desarrollo que formó parte de los orígenes de la Terapia Cognitiva tiene que ver con los máximos representantes provenientes del modelo conductista, los mismos que, al percatarse de las deficiencias del mismo, comenzaron a incluir nuevas propuestas y a profundizar sus bases teóricas, dentro de los más sobresalientes fueron Albert Bandura (1969) y Lazarus (1971). Es por ello que se hace referencia a la Terapia Cognitivo-Comportamental, para dar a conocer la integración de dos enfoques que por aquel tiempo empezaban a coincidir. La contribución más relevante de estos representantes fue la incorporación de la premisa de la relación ser humano y su ambiente, y en la práctica, la creación de técnicas de abordaje clínico de comprobada e irrefutable eficacia, como por ejemplo la desensibilización sistemática. (Camacho, 2003).

#### Conceptos fundamentales de la Terapia Cognitiva

La Psicoterapia Cognitiva no posee un cuerpo teórico unificado o un autor preponderante, por ello, a veces se hace complejo plantear los conceptos centrales sin considerar aportes de uno u otro autor. En general existe cierto acuerdo respecto de los principios básicos, no obstante, pueden encontrarse distintas conceptualizaciones o incluso términos diversos que se refieren al mismo proceso.

#### Estructuras, procesos y resultados cognitivos:

Camacho (2003), expresa que “las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas. Los resultados cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad, dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso”.

#### Esquemas

El concepto de esquema es vital para todas las líneas cognitivas, fue reformulado y bastante empleado por Beck. Los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. (Beck, 1979).

Las personas emplean sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar e interpretar la realidad. Todas las personas contamos con una serie de esquemas que nos ayudan a seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de tal forma que sean accesibles y tengan un significado para nosotros, a su vez hacen posible identificar y seleccionar los mecanismos de afrontamiento para actuar. Los esquemas son funcionales y adaptativos y van tomando sentido a través las relaciones que las personas van estableciendo con el ambiente. Inicialmente tuvieron un gran sentido adaptativo intentando la supervivencia tanto psicológica como física de la persona, pero en algunos casos los modos que se emplearon para sobrevivir en una época son usadas de manera automática, rígida y desadaptativa en cualquier situación, lo que puede devenir en trastornos psicológicos severos. (Camacho, 2003).

Creencias:

Se denomina creencias a la forma particular que tienen los individuos de entender y configurar la realidad. Estas nos permiten interpretar lo que nos sucede puesto que se forman a través de nuestras experiencias. Existen varios tipos de creencias, entre las que podemos mencionar:

Creencias nucleares: Aquellas que representan el ser más profundo de la persona, debido a eso, no son sencillas de modificar puesto que representan la identidad y la cultura de las personas.

Creencias periféricas: Están relacionadas con asuntos menos relevantes, son más sencillas de modificar.

Es por ello que Camacho (2003) propone que estas cogniciones centrales determinan nuestra vida y nuestro modo de comportarnos en el mundo. Sin embargo, considera que las creencias periféricas o secundarias no tienen que ver asuntos relacionados a la personalidad, de esta forma por lo tanto pueden cambiarse con más facilidad. La relación entre las creencias y los esquemas constituyen es lo que sostiene los síntomas según la Terapia Cognitiva, por ende, trabajar sobre esas creencias es la razón más importante de este modelo terapéutico.

## Pensamientos automáticos

Conjunto de ideas que se originan durante el curso del acto de pensar y se les adjudica una verdad, por esta razón no se los cuestiona y dirigen el comportamiento y los sentimientos. Generalmente son raudos, en algunos casos pueden ser verbales o hacer su aparición mediante imágenes, la persona no tiene control sobre ellos, por esta razón se les llama automáticos. En otras palabras son la manifestación de las creencias, es decir, las personas no son conscientes de estas, aunque podrían serlo de sus pensamientos automáticos. Bajo esta perspectiva, la Psicoterapia Cognitiva aborda los diálogos internos que hacemos, puesto que, nos pasamos gran parte del tiempo hablándonos a nosotros mismos. Al insistir reiteradas ocasiones los mismos contenidos, acabamos creyendo lo que estos pensamientos nos dicen sin someterlos a prueba.

### **El método terapéutico**

La Psicoterapia Cognitiva se caracteriza por ser un tratamiento:

Activo: Dado que terapeuta y paciente desempeña ambos roles activos en la terapia.

Directivo: El terapeuta es quien dirige el tratamiento.

Estructurado: Puesto que se sigue una serie de pasos para el abordaje del mismo.

Con tiempos establecidos: Dado que la terapia se llevará a cabo durante un periodo de tiempo determinado.

La Psicoterapia Cognitiva es un modelo que se creó originalmente para ofrecer tratamiento a la depresión, no obstante, en la actualidad se emplea para dar tratamiento a otros trastornos psicológicos.

El tratamiento está sustentado en el supuesto teórico de que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de interpretar el mundo (Beck, 1976).

El esquema básico de la Terapia Cognitiva puede ser graficado como un triángulo en donde en cada vértice podemos ubicar a los pensamientos o cogniciones, la conducta y la emoción. (Camacho, 2003).

### 2.3 Referencial conceptual

**Cáncer:** en definición de De la Roche (como se citó en Álamo, Caldera, Cardozo & González, 2012) el cáncer es la proliferación y crecimiento progresivo e incontrolable de las células en una parte específica del cuerpo, produciendo así daños, en muchos casos, irreparables. Esta es una de las enfermedades con mayor morbilidad a nivel mundial.

**Ajuste mental al cáncer:** se define como “respuestas cognitivas y conductuales de un individuo frente a su diagnóstico de cáncer (Watson, Greer, Inayat, Burgess, & Robertson, 1988) y las reacciones emocionales que conlleva (Greer y Watson, 1987 en Nordin, 1999). (p.)

**Espíritu de Lucha:** la persona entiende el diagnóstico como un desafío que puede dominar o controlar, ofreciendo una respuesta de afrontamiento que lo predispone a involucrarse de manera activa en conductas que coadyuvan su proceso de aceptación y adaptación a la enfermedad, participación en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento y mostrando optimismo sobre el pronóstico.

**Evitación o negación:** el paciente no acepta el diagnóstico de cáncer y lo rechaza, de esta manera evita pensar en la enfermedad y no adopta mecanismos racionales de afrontamiento frente a ella.

**Fatalismo o Aceptación estoica:** la persona no muestra interés en afrontar activamente la enfermedad debido a que siente que todo está perdido y que no está en capacidad de ejercer control sobre los hechos, es decir, se resigna a aceptar el diagnóstico mostrando una actitud fatalista.

**Preocupación ansiosa:** el paciente percibe la enfermedad como una amenaza potencial para su vida, razón por la que experimenta un sentimiento recurrente de ansiedad, preocupación y escaso control sobre su pronóstico; muestra temor ante cualquier malestar o dolor físico dado que piensa que el cáncer avanza en su organismo, por ello, para comprobar sus ideas, se concentra en la búsqueda compulsiva de información respecto a la sintomatología de la enfermedad, actitud que aumenta sus niveles de ansiedad y por ende, limita su adaptación.

**Indefensión aprendida o desesperanza:** la persona muestra una actitud bastante pesimista y desesperanzadora frente al diagnóstico, siente que carece de fortaleza para tomar

control sobre la enfermedad. Esta actitud podría interferir en el desempeño de sus actividades diarias.

**Ansiedad ante la muerte:** Templer (1970) define la ansiedad ante la muerte como aquella que “está asociada básicamente a las reacciones emocionales que puede presentarse como ansiedad, neurosis y depresión frente al deceso de la vida” (p. 21).

**Miedo a la agonía o enfermedad:** respuestas como tensión emocional y estrés sobre el sufrimiento e incapacidad que podría generar la enfermedad que se padece. (Graus, 2016).

**Miedo a que la vida llegue a su fin:** referida a la preocupación a nivel cognitivo sobre el deceso de la vida.

**Miedo a la muerte:** ansiedad que anticipa las alteraciones físicas producidas por la enfermedad y que provocan la muerte.

**Programas psicosociológicos:** El cáncer trasciende el aspecto somático volviéndose fundamental la búsqueda de la calidad de vida y desarrollo de experiencias vitales positivas de los pacientes. (Pérez, 2005). Las intervenciones psicológicas se muestran como alternativas beneficiosas para el paciente promoviendo un mejor ajuste psicosocial, bienestar y calidad de vida de los pacientes. (Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997).

**Terapia cognitivo-conductual:** “comprende un conjunto de técnicas que se basan en la modificación de las cogniciones relacionadas con el dolor (actitudes, creencias y expectativas) así como en la modificación de la reacción del individuo ante la experiencia del dolor”. (Velázquez, Vázquez & Alvarado, 2009, p.27).

## CAPITULO III

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo de investigación

Esta investigación será de tipo cualitativa; la misma que, como explican Hernández, Fernández y Baptista (2014), busca comprender fenómenos a través de la exploración de los individuos en un ambiente natural y en relación al contexto en el que se desarrollan.

#### 3.2 Métodos de investigación

La presente tendrá una metodología fenomenológica; la cual, como mencionan Hernández, Fernández y Baptista (2014) estudia la variedad de fenómenos que incluyen el estudio de emociones, percepciones y aspectos de la vida diaria.

#### 3.3 Diseño de investigación

El diseño de la investigación será no experimental pues las variables no serán manipuladas. Así mismo, se han de recabar los datos en un momento determinado, por lo cual el presente estudio será transversal. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

#### 3.4 Participantes de la investigación

Para la aplicación del programa de adecuado ajuste mental al cáncer para disminuir la ansiedad ante la muerte, se contará con los pacientes oncológicos sin distinción del tipo de cáncer que presenten, en cualquiera de sus etapas, a partir de los 18 años considerados como mayores de edad. Así mismo, deberían brindar su consentimiento para formar parte de la investigación. Los pacientes, deberían tener capacidades mínimas como leer, desarrollar cuestionarios y comprender instrucciones, así como una situación física que les permita participar de las actividades que se desarrollarían durante el programa.

#### 3.5 Escenario de estudio

El escenario de estudio donde se ejecutaría el programa tiene relevancia en cuanto a su influencia en el comportamiento y la respuesta emocional de los participantes deberá ser un ambiente amplio, que permita a los facilitadores y participantes desplazarse con normalidad y que garantice privacidad, seguridad y confort, que facilite el desarrollo de las actividades programadas.

Es importante considerar un espacio inclusivos, que cuenten con rampas y todos los implementos necesarios para facilitar la movilidad de pacientes que puedan tener alguna discapacidad física o dificultad para moverse de manera adecuada. Así mismo, se debe contar con todos los protocolos de bioseguridad, como la toma de temperatura y la disposición de alcohol.

El ambiente deberá reflejar organización y pulcritud, se hace necesario que se cuente con un mobiliario, sistemas de iluminación, ventilación, energía eléctrica, sanitarios y recursos tecnológicos en óptimas condiciones. Sería importante, que el ambiente tenga colores cálidos y aromas agradables para desarrollar adecuadamente las actividades, así como contar con armarios donde se puedan mantener las pertenencias personales y de grupo, mientras se desarrollan las actividades.

Es deseable que el ambiente cuente con sofás, plantas y otros elementos similares (colchonetas, pisos de fómix, pizarra acrílica, mesas de soporte para los recursos tecnológicos tales como cañón multimedia, laptop, parlantes, equipo de sonido, materiales de escritorio, entre otros) adecuadamente ubicados, que generen una sensación de familiaridad.

### **3.6 Técnicas e instrumentos**

Para el desarrollo del programa, se podría contar con la aplicación de instrumentos que permitan recabar información sobre el estado de la población con la cual se pretende trabajar, este proceso se llevaría a cabo a través de una evaluación psicométrica a manera de pre y post test, esto permitiría conocer el estado de las variables de estudio para lo cual se aplicarían los siguientes instrumentos:

Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC-R): Cuestionario adaptado por Trigos (2009), evalúa percepción y significado del cáncer en la vida de los pacientes. 31 ítems que se agrupan en 4 subescalas: Espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo/aceptación estoica. La versión revisada presenta confiabilidad con Alfa de Cronbach de .76

Test de Ansiedad Frente a la Muerte (DAS<sub>1</sub>): Cuestionario adaptado por Blanco y Salazar (2014), evalúa de manera concisa y confiable la actitud ante la agonía y la muerte. Consta de cuatro factores que miden: temor a la muerte, temor a la enfermedad, temor al paso del

tiempo y evaluación cognitiva de la muerte. Este instrumento es válido y confiable con Alfa de Cronbach de .71

### **3.7 Procedimiento de recolección y análisis de datos**

Después del primer contacto con la población, se les podría informar sobre la aplicación del programa, las consideraciones que sean necesarias como la cantidad de sesiones y el compromiso que se requeriría por parte de los participantes. Enseguida, se brindaría el consentimiento informado a través del cual los participantes puedan asegurar su participación voluntaria en el programa. Se procedería a informarle a los pacientes los aspectos éticos que guiarían la investigación, haciendo hincapié en la confidencialidad de sus datos y en la equidad y dignidad de los procesos. Así mismo, se les haría de conocimiento que ellos podrían desistir de su voluntad de participar en el momento que consideren pertinente, pero que sería importante su participación durante todas las sesiones programadas. Sería importante establecer una relación de confianza y profesionalismo, con la finalidad de poder desarrollar las actividades de la mejor manera y disipar las dudas que se podrían presentar durante el desarrollo del programa.

Se llevaría a cabo la aplicación de instrumentos de medición a manera de pre test al inicio de la aplicación del programa y post test al término del mismo, para evaluar su efectividad. Se brindarían las indicaciones para desarrollar los test. Después de la aplicación de los instrumentos, se codificarían las respuestas de acuerdo a la escala que presenta el instrumento DAS<sub>1</sub> (respuestas dicotómicas) cuya puntuación total puede variar entre 0 (mínimo nivel de ansiedad) y 15 (máximo nivel de ansiedad) para conocer los niveles de ansiedad frente a la muerte en pacientes oncológicos. Por su parte, para conocer el ajuste mental al cáncer se codificarían las respuestas del test MAC-R en escala Likert (“definitivamente esto no se aplica a mí” = 1pto., “definitivamente esto se aplica a mí” =2pts.).

Posteriormente se desarrollaría la aplicación del programa, que constaría de 12 sesiones, cada una de las cuales tendrían una duración de una hora aproximadamente que podrían desarrollarse en un ambiente facilitado por el hospital en el cual los pacientes lleven el tratamiento oncológico.

Al finalizar el programa, se aplicarían nuevamente los instrumentos a manera de pos test, para evaluar la efectividad del programa basado en terapia cognitivo conductual para lograr un adecuado ajuste mental al cáncer y disminuir la ansiedad ante la muerte.

Sería importante realizar un seguimiento después de cierto tiempo de la aplicación del programa, con la finalidad de fortalecer estrategias que se hayan podido aprender durante la aplicación del programa.

### **3.8 Ética investigativa y rigor científico**

Bajo la premisa de que toda labor profesional ha de ser guiada bajo principios éticos, este programa priorizaría:

**Autonomía:** Se cumpliría con el respeto a la persona y a la libertad de participación, mediante el uso *consentimiento informado*, donde los participantes conocerían la finalidad y beneficios del programa. Así mismo, respetando su autonomía y toma de decisiones, los participantes podrían cesar su participación en cualquier etapa del programa si así lo llegaran a considerar.

**Confidencialidad:** Se respetaría la confidencialidad de los datos obtenidos, a fin de proteger la intimidad de los participantes.

**Equidad:** Se brindarían las condiciones de manera equitativa a fin de que la posible aplicación del programa pueda beneficiar a todos los participantes, sin excepción.

**Dignidad:** El reconocimiento y respeto de los derechos de las personas, que aseguraría una participación digna de los participantes.

## CAPITULO IV

### IV. RESULTADOS

#### 4.1 Presentación de procedimientos de análisis de la información

OBJETIVO	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Lograr la asistencia y evaluación de los pacientes oncológicos en el programa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes oncológicos asistentes y evaluados en el programa}}{\text{pacientes oncológicos}} * 100 = 80\%^{10}$	Indicador de asistencia	Lista de asistencia
<b>O.G.</b> Disminuir la ansiedad frente a la muerte en pacientes oncológicos mediante un programa de adecuado ajuste mental al cáncer.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes oncológicos que disminuyen la ansiedad frente a la muerte mediante un programa de adecuado ajuste mental al cáncer}}{10 \text{ pacientes oncológicos}} * 100 = 75\%$		Post test
<b>O.E. 1</b> Identificar cuáles serían los niveles, según dimensiones, del ajuste mental al cáncer en pacientes oncológicos.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes oncológicos que presenta niveles significativos de ajuste mental al cáncer}}{10 \text{ pacientes oncológicos}} * 100 = 80\%$	Indicador de resultados	Pre test
<b>O.E.2</b> Identificar cuáles serían los niveles, según dimensiones, de la ansiedad ante a la muerte en pacientes oncológicos.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes oncológicos que presenta niveles significativos de ansiedad ante la muerte}}{10 \text{ pacientes oncológicos}} * 100 = 80\%$		Pre test

OBJETIVO	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p><b>O.E.3</b> Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a la agonía o enfermedad, en pacientes oncológicos.</p>	<p>El programa de adecuado ajuste mental al cáncer tiene un 75% de impacto sobre el miedo a la agonía o enfermedad, en pacientes oncológicos.</p> <hr/> <p style="text-align: right;"><i>*100= 75%</i></p> <p style="text-align: center;"><i>10 pacientes oncológicos</i></p>	Indicador de impacto	Post test
<p><b>O.E.4</b> Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a que la vida llegue a su fin, en pacientes oncológicos.</p>	<p><i>N° de pacientes oncológicos que disminuyen la ansiedad frente a la muerte mediante un programa de adecuado ajuste mental al cáncer</i></p> <hr/> <p style="text-align: right;"><i>*100= 75%</i></p> <p style="text-align: center;"><i>10 pacientes oncológicos</i></p>		Post test
<p><b>O.E.5</b> Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a la muerte en pacientes oncológicos.</p>	<p><i>N° de pacientes oncológicos que disminuyen la ansiedad frente a la muerte mediante un programa de adecuado ajuste mental al cáncer</i></p> <hr/> <p style="text-align: right;"><i>*100= 75%</i></p> <p style="text-align: center;"><i>10 pacientes oncológicos</i></p>		Post test

**Resultados esperados del programa.**

OBJETIVO GENERAL	RESULTADO ESPERADO	OBJETIVO ESPECÍFICO	RESULTADO ESPERADO
<p><b>O.G.</b> Disminuir la ansiedad frente a la muerte en pacientes oncológicos mediante un programa de adecuado ajuste mental al cáncer.</p>	<p><b>R0</b> El 75% de los pacientes oncológicos disminuyen la ansiedad frente a la muerte mediante un programa de adecuado ajuste mental al cáncer.</p>	<p><b>O.E. 1</b> Identificar cuáles serían los niveles, según dimensiones, del ajuste mental al cáncer en pacientes oncológicos.</p>	<p><b>R1</b> El 80% de los pacientes oncológicos es evaluado con la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC-R)</p>
			<p><b>R2</b> EL 80% de los pacientes oncológicos presenta niveles significativos de inadecuado ajuste mental al cáncer</p>
		<p><b>O.E.2</b> Identificar cuáles serían los niveles, según dimensiones, de la ansiedad ante a la muerte en pacientes oncológicos.</p>	<p><b>R3</b> El 80% de los pacientes oncológicos es evaluado con la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS-1)</p>
			<p><b>R4</b> EL 80% de los pacientes oncológicos presenta niveles significativos de ansiedad ante la muerte</p>
		<p><b>O.E.3</b> Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a la agonía o enfermedad, en pacientes oncológicos.</p>	<p><b>R5</b> El programa de adecuado ajuste mental al cáncer tiene un 75% de impacto sobre el miedo a la agonía o enfermedad, en pacientes oncológicos.</p>
			<p><b>R6</b> El programa de adecuado ajuste mental al cáncer tiene un 75% de impacto sobre el miedo a que la vida llegue a su fin, en pacientes oncológicos.</p>

**O.E.4** Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a que la vida llegue a su fin, en pacientes oncológicos.

**O.E.5** Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a la muerte en pacientes oncológicos.

**R7** El programa de adecuado ajuste mental al cáncer tiene un 75% de impacto sobre el miedo a la muerte, en pacientes oncológicos.

#### **4.2 Análisis y discusión de procedimientos de análisis de la información**

En la etapa anterior a la aplicación del programa, se espera que el 80% de los pacientes oncológicos sea evaluado con la Escala de Ajuste Mental al Cáncer, como se sabe, la finalidad es aplicar instrumentos de medición a manera de pre test para conocer cuáles son los niveles, según dimensiones, del ajuste mental al cáncer en pacientes oncológicos. Para ello, tenemos el resultado esperado de que 80% del total de los pacientes oncológicos evaluados con el Pre test, presenta niveles significativos de inadecuado ajuste mental al cáncer inadecuado, lo cual, como refiere De la Fuente (s.f.), la noticia del diagnóstico de cáncer genera una serie de reacciones emocionales que afectan significativamente la vida del paciente, así mismo, la base teórica indica que la amenaza de la pérdida de la propia vida puede afectar el proceso adaptativo del paciente con diagnóstico oncológico, en tal sentido se podría entender que el 80% de los pacientes que fueron evaluados con el test, tuvieran niveles inadecuados de ajuste mental al cáncer debido a que, como lo mencionan Lazarus y Folkman (citados por Jorques en 2015) el ajuste es el proceso por el cual la persona maneja las demandas del exterior empleando sus recursos personales, los cuales se pueden ver afectados por la noticia del diagnóstico de cáncer y lo que todo ello implica.

Así mismo, antes de que se aplique el programa se espera evaluar al menos al 80% de los pacientes oncológicos con la Escala de Ansiedad ante la Muerte, tras lo cual se tiene la expectativa de que el 80% del total de pacientes oncológicos evaluados con el test presenten niveles significativos de ansiedad ante la muerte. Esto se puede explicar a través de la definición que brinda el DSM5 sobre trastornos de ansiedad debido a otra enfermedad médica, lo cual explica que cuando el individuo presenta a nivel fisiológico alguna patología, se pueden desencadenar en él condiciones de angustia y ansiedad provocados por tales condiciones médicas. Así mismo, como lo menciona Meseguer (2003) existen diversos tipos de ansiedad, entre los cuales se presenta la ansiedad existencial referida a la percepción de la pérdida del sentido de la propia existencia a consecuencia del diagnóstico oncológico. Sin embargo, puede que algunos pacientes tengan fortalecidas sus capacidades individuales y que, por tanto, hayan desarrollado su resiliencia.

Al aplicar el programa, se espera que los participantes logren aprender ciertas habilidades que les permitan mantener un adecuado ajuste mental respecto al diagnóstico de cáncer para, de esta manera, disminuir los niveles de ansiedad que se puedan presentar respecto a la muerte. En tal sentido, se espera que dicho programa tenga un 75% de impacto sobre el

miedo a la agonía o enfermedad, en pacientes oncológicos, en la cual el paciente experimenta respuestas como tensión emocional y estrés sobre el sufrimiento y sobre la incapacidad que podría generarle la enfermedad (Templer, 1970). El miedo a la agonía o enfermedad es una reacción natural frente a dicho diagnóstico, puesto que como lo refiere De la Fuente (s.f.), el cáncer es una de las enfermedades más temidas, sinónimo de sufrimiento físico extremo. Por tanto, con ayuda técnicas de la terapia cognitiva, en la sesión número 07 del programa se espera identificar los pensamientos que producen ansiedad con la finalidad de que ellos sean modificados, estos pensamientos ligados al sufrimiento que podrían padecer durante el curso de la enfermedad. Se fundamenta el impacto del 75% debido a que las técnicas dirigidas a identificar pensamientos catastróficos y sus respuestas conductuales son efectivas, así como refieren Haller, et. al. (2017) quienes tras su investigación sistemática afirman que la terapia cognitiva tiene un nivel significativo de efectividad cuando se aplica a los programas en cuanto a disminución de estrés y ansiedad en población oncológica. Así mismo, en octava sesión se pretendería reducir el dolor producido por la enfermedad oncológica promoviendo actividades físicas lúdicas y funcionales, en un espacio interdisciplinario, los resultados del 75% de impacto podrían coincidir con la investigación de Vera (2012) quien halló que los programas que desarrollen también actividad física servirán de acompañamiento al paciente para reducir significativamente percepciones y sensaciones de dolor y, de esta manera, reducir impacto emocional y temor a la agonía.

El programa de adecuado ajuste mental al cáncer tiene un 75% de impacto sobre el miedo a que la vida llegue a su fin, en pacientes oncológicos. Como lo menciona Templer (1970) esta dimensión comprende la preocupación a nivel cognitivo sobre el término de la experiencia de la vida. En tal sentido, en las sesiones 09 y 10 se pretendía aplicar técnicas cognitivas dirigidas a identificar creencias, emociones y conductas relacionadas a la muerte, brindar herramientas necesarias para centrarse en el presente, como visualizar el temor desde una perspectiva de control. En estas sesiones pretendiendo fortalecer las capacidades personales para centrarse en el presente, por lo cual el 75% de impacto coincidiría con la investigación realizada por Aberturas, et. al. (2015) quien encontró un incremento en la calidad de vida de los pacientes, pese a que su muestra fue menor (05 pacientes) a la que forma parte de la población de nuestra investigación, se puede afirmar que existe en esta relación la disminución de sintomatología ansiosa.

El programa de adecuado ajuste mental al cáncer tiene un 75% de impacto sobre el miedo a la muerte, en pacientes oncológicos. Como menciona De la Fuente (s.f.), el cáncer tiene una relación estrecha con la muerte, lo cual produce miedo y conductas desadaptativas. Así mismo, según refiere Rodríguez (2006) la muerte supone un problema fundamental, ya que la consciencia de su proximidad podría generar angustia, sobretodo en personas con algún padecimiento físico y cuando el tratamiento brinda escasas expectativas de mejora. Durante la aplicación del programa, se espera que al menos exista un impacto del 75% en esta dimensión, con las sesiones 11 y 12, donde se pretendía identificar y modificar los automensajes relacionados con el temor a la muerte y promover y reemplazar cogniciones negativas relacionadas a la muerte por pensamientos positivos y esperanzadores. Este porcentaje del 75% favorable se asemeja con los resultados de la investigación de Tacón (2011) quien halló en su investigación que el 88% de las pacientes posterior a la aplicación mantenía estrategias aprendidas que permiten disminuir indicadores psicológicos referentes a la propia pérdida. Así mismo, el estudio realizado por Gonzales, et. al. (2015) pudieron encontrar después de la aplicación de su programa a disminuir la ansiedad respecto a pensamientos y miedo a la muerte, resultados que podrían fortalecer nuestros resultados esperados, ya que su programa incluía únicamente 10 sesiones a diferencia del programa propuesto por esta investigación con 12 sesiones.

Finalmente, se puede afirmar el impacto de las sesiones con un mínimo del 75% de efectividad, lo cual se sustenta con las investigaciones ya mencionadas, incluida la de Llácer y Campos-Ramos (2018) quienes hallaron una mejora significativa en cuanto al ajuste psicológico en los pacientes del estudio, pese a que únicamente se ejecutaron 08 sesiones, teniendo esta investigaciones más sesiones y de esta manera, mayores oportunidades de brindar estrategias de afrontamiento a los pacientes para mejorar su ajuste mental al cáncer y así disminuir los niveles de ansiedad respecto a la muerte.

## **V. CONSIDERACIONES FINALES**

El 75% de los participantes del programa de adecuado ajuste mental al cáncer logran disminuir significativamente sus niveles de ansiedad ante la muerte permitiéndoles afrontar mejor el proceso de enfermedad.

Se lograría identificar que el 80% de los participantes, después de ser evaluados, evidencian niveles significativos de inadecuado ajuste mental al cáncer, por lo que se

generaría la necesidad de su participación en el programa propuesto para disminuir las consecuencias emocionales negativas.

Se lograría identificar que el 80% de los participantes, después de ser evaluados, evidencian niveles significativos de ansiedad frente a la muerte, por lo que se generaría la necesidad de su participación en el programa propuesto, para mejorar su calidad de vida.

El 75% de los participantes del programa, como mínimo, reducirá su nivel de miedo a la agonía o enfermedad, tras la aplicación de las sesiones, lo cual permitirá mejorar su adhesión al tratamiento de manera más positiva.

El 75% de los participantes del programa, como mínimo, disminuirán su nivel de miedo a que la vida llegue a su fin, permitiendo que puedan otorgarle sentido y compromiso a su presente.

El 75% de los participantes del programa, como mínimo, mermarán su nivel de miedo a la muerte, generando percepciones realistas y racionales respecto a su diagnóstico y a l curso de la enfermedad.

Se puede tener en cuenta que la Terapia Cognitivo Conductual, es efectiva respecto a la disminución de sintomatología ansiosa en pacientes oncológicos.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Es importante mantener una supervisión constante sobre la evolución y desarrollo de la variable ansiedad en los pacientes oncológicos que participaron en el programa, aunque los resultados esperados puedan ser favorables, es probable que se presente esporádicamente.

Se sugiere tener en cuenta todos los aspectos éticos durante el proceso de aplicación del programa, con la finalidad de asegurar la integridad e intimidad de todos los participantes. Es importante, también, contar con profesionales capacitados en la especialidad de salud mental, para que brinden el soporte y contención emocional cuando surjan crisis durante el programa.

Se sugiere realizar nuevas investigaciones sobre las variables, por su naturaleza e importancia, así como la prevalencia de la población afectada con la enfermedad del cáncer, ya que esto podría permitir la realización de programas más completos y eficaces, en beneficio de la población.

Se recomienda integrar en futuros programas, la presencia de la familia así como de los cuidadores primarios, ya que son parte importante del proceso, padecen un impacto significativo al diagnóstico del paciente, el estilo de vida se modifica y, además, son una motivación para los pacientes.

Se recomienda el trabajo multidisciplinario, tanto de profesionales como de pacientes y familiares, con el fin de intervenir adecuadamente en casos de riesgo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberturas, P., Magán, I., Espinosa, R., Navas, E., Provencio, M. (2015). Efectividad del tratamiento cognitivo conductual centrado en el malestar emocional de pacientes con cáncer de mama. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 14(1), 13-30.
- Álamo, G., Caldera, M., Cardozo, M. y González, Y. (2012). Resiliencia en personas con cáncer. *Revista de Formación Gerencial*, 11 (2) 268-294.
- Álvarez, F., Bayo, M. y García, V. (2019). Calidad de vida en el paciente oncológico. Recursos Psicosociales. En Bayo, J., *Guía informativa para el paciente oncológico*. (pp. 180-191). España: islagrafica.com. Recuperado de: <http://ahjuanramonjimenez.es/wp-content/uploads/2020/01/libro-oncologia.pdf>.
- Bayo, J., Álvarez, F. y Amor, M. (2019) Introducción. Organización de un servicio de Oncología, En Bayo, J., *Guía informativa para el paciente oncológico*. (pp. 14-25). España: islagrafica.com. Recuperado de: <http://ahjuanramonjimenez.es/wp-content/uploads/2020/01/libro-oncologia.pdf>.
- Bolaños, M., Aviñó, V. y Rodríguez, Y. (2019). ¿Qué es el cáncer? En Bayo, J., *Guía informativa para el paciente oncológico*. (pp. 26-39). España: islagrafica.com. Recuperado de: <http://ahjuanramonjimenez.es/wp-content/uploads/2020/01/libro-oncologia.pdf>.
- De la Fuente, M. (s.f). Apoyo Psicológico al paciente con cáncer: Qué es, cómo surge y cómo actúa la Psicooncología [Mensaje en un Blog]. Recuperado de <https://www.areahumana.es/apoyo-psicologico-al-paciente-con-cancer/>
- Feliú, M. (2014) Trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría-Revista Iberoamericana de psicosomática*, (110), 62-69.
- Fernández, G. y Galarza, C. (2012). *Efectividad de risoterapia en ansiedad y depresión de personas adultas con tratamiento de quimioterapia Hospital Nacional Essalud Huancayo 2012*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú. Recuperado de:

<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3941/Fernando%20Ordo%C3%B1ez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

García, L. (s.f.). La muerte desde la mirada de la historia, la literatura y el arte. Recuperado de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/manongo21/21-12.pdf>

Gil, A. (1998). *Ansiedad ante la muerte en el paciente oncológico terminal*. (Tesis de pregrado). Universidad de Valencia, Madrid, España.

Gimeno, F., Colchero, A. y Badillo, J., (2019). La consulta psicooncológica. En Bayo, J., *Guía informativa para el paciente oncológico*. (pp. 156-167). España: islagrafica.com. Recuperado de: <http://ahjuanramonjimenez.es/wp-content/uploads/2020/01/libro-oncologia.pdf>.

González, A., González, A. y Estrada, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 129-140.

Globocan, (2020). Cancer Today. Recuperado de: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>

Graus, M. (2016). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte en pacientes adulto mayor de Instituciones de la Ciudad de Trujillo*. (Tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Trujillo, Lima, Perú.

Haller, H., Winkler, M., Klose, P., Dobos, G., Kummel, S. y Cramer, H. (2017) Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta oncológica*, 56(12). 1665-1676.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014), *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill Interamericana. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2017) *Datos Epidemiológicos*. [estadísticas]. Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2018) *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Adultos con Cáncer*. Recuperado

de:

[https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/INS/1157/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20de%20Diagn%C3%B3stico%20y%20Tratamiento%20de%20la%20Ansiedad%20en%20pacientes%20adultos%20con%20c%C3%A1ncer\\_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/INS/1157/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20de%20Diagn%C3%B3stico%20y%20Tratamiento%20de%20la%20Ansiedad%20en%20pacientes%20adultos%20con%20c%C3%A1ncer_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jorques, M., (2015). *Estrategias de afrontamiento al cáncer de mama*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, Madrid, España.

Landa-Ramírez, E., Greer, J., Vite-Sierra, A., Sánchez-Román, S. y Riveros-Rosas, A. (2014). Descripción de la Terapia Cognitivo-Conductual para la Ansiedad en pacientes con cáncer terminal. *Psicooncología*, 11(1), 151-162.

Llácer, L., y Ramos-Campos, M. (2018). Mindfulness y Cáncer: Aplicación del programa MBPM de Respira Vida Breatworks en pacientes oncológicos. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 3(2), 33-45.

Matias, J., Manzano, J., Montejo, A., Llorca, G. y Carrasco, J. (1995). Psicooncología: Ansiedad. *Actas españolas de psiquiatría*, 23(6), 305-309.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Perfiles oncológicos de los países, Perú. Recuperado de: [https://www.who.int/cancer/country-profiles/per\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/cancer/country-profiles/per_es.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud. (2020). Informe mundial sobre el cáncer: investigación del cáncer para la prevención del cáncer. Informes mundiales sobre el cáncer. Recuperado de: <https://shop.iarc.fr/products/world-cancer-report-cancer-research-for-cancer-prevention-pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>

Pérez, C. (2005). Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 21(1) 1-2. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi111-205.pdf>

Rivera-Ledesma, A., Montero-López, M. y Sandoval-Ávila, R. (2010). Escala de Ansiedad ante la Muerte, de Templer: propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia

- renal crónica terminal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2 (2), 83-91.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2822/282221720008>
- Ramos, W., Venegas, D., Medina, J., Guerrero P. y Cruz, M. (2013). Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2741.pdf>
- Rodríguez, I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Salazar, M., Regalado-Rafael, R., Navarro, J., Montanez, D., Abugattas, J. y Vidaurre, T. (2013). El Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas en el Control del Cáncer en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 105-112.
- Sheard, T. y Maguire, P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British journal of cancer*, 80(11), 1770-1780.
- Spijker, A., Trijsburg, R. & Duivenvoorden, H. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59 (1), 280-293.
- Tacón, A. (2011). Mindfulness: Existential, Loss and Grief Factors in Women whit Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29 (6), 643-656. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07347332.2011.615382?scroll=top&needAccess=true>
- Templer, D. (1970) The construction and validation of Death Anxiety Scale. *The Journal of General Psychology*, 82, 165-177. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
- Trigoso, V. (2009). *Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3), 257-279.

- Valencia-Toro, P., Mora, C., Arbeláez, A., Jaimes, D., Valle-Oñate, R. y Londoño, J. (2014), ¿Cuál es la percepción de enfermedad de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico? Aplicación del Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R). *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(1), 4-9.
- Velázquez, N. Vázquez, L. y Alvarado, S. (2009). Ansiedad Asociada al Dolor Agudo en Pacientes Oncológicos. *Cancerología*, 4, 19-29.
- Vera, C. (2012). Memoria de las Jornadas de Psicooncología 2009-2012. Encuentros, retos y esfuerzos compartidos: Programa Psicoeducativo para mujeres con cáncer ginecológico y mamario. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/283491653\\_La\\_Evaluacion\\_y\\_Tratamiento\\_Psicologico\\_en\\_Psico-Oncologia](https://www.researchgate.net/publication/283491653_La_Evaluacion_y_Tratamiento_Psicologico_en_Psico-Oncologia)
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. y Robertson B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer, the MAC scale. *Cambridge University Press*, 18(1), 203-209.

## ANEXOS

### Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos

#### ESCALA DE AJUSTE MENTAL AL CÁNCER (MAC-R):

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece alguna enfermedad. A la derecha de cada frase, encontrará los respectivos indicadores, por favor, escoja la opción con la que usted se identifica. Por ejemplo, si usted no se identifica en absoluto con la situación descrita en el enunciado, escoja la opción: “totalmente falso” marcando con una X en el recuadro correspondiente.

ÍTEM	Totalmente Falso	Falso	Verdadero	Totalmente verdadero
1. Creo que no puedo hacer nada para animarme.				
2. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.				
3. Creo que una actitud positiva será beneficiosa para mi salud.				
4. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas.				
5. Dejo todo en manos de mis médicos.				
6. Siento que en la vida no me queda esperanza.				
7. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella.				
8. Será lo que Dios quiera.				
9. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo).				
10. Me preocupa que vuelva la enfermedad o empeore.				
11. He tenido una buena vida; lo que me quede es un tiempo extra.				
12. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud.				
13. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme.				
14. Estoy decidido(a) a olvidar todo y comenzar de nuevo.				
15. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí.				
16. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.				
17. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro.				
18. De momento, procuro vivir día a día.				
19. Me siento como si me hubiera rendido.				
20. Trato de tomármelo con sentido del humor.				
21. Intento conseguir toda información que puedo sobre la enfermedad.				
22. Creo que no puedo controlar lo que sucede.				
23. Trato de tener una actitud muy positiva.				
24. Estoy tan ocupado(a) que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad.				
25. Evito informarme más sobre la enfermedad.				
26. Veo mi enfermedad como un reto.				
27. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será.				
28. Me siento completamente desorientado(a) sobre lo que he de hacer.				
29. Estoy muy enfadado(a) por lo que me ha pasado.				
30. Me concentro en los aspectos buenos.				
31. Intento luchar contra la enfermedad.				

### **ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (DAS 1) DE TEMPLER**

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones que tienen que ver con su **CREENCIA PERSONAL** sobre algunas áreas de su vida. Lo que tiene que hacer es leer atentamente cada afirmación y señalar con una equis (X), si considera que es verdadera (V) o falsa (F) según su creencia sobre cada afirmación. Por favor, asegúrese de responder todas las preguntas, y trate de ser sincero en sus respuestas, las cuales serán confidenciales y anónimas.

Tengo mucho miedo a morirme.	V	F
Casi no pienso en la muerte.	V	F
No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte.	V	F
Me asusta mucho pensar que tenga que hacerme una operación.	V	F
No tengo ningún miedo a morirme.	V	F
No tengo miedo a tener cáncer.	V	F
No me molesta en nada pensar en la muerte.	V	F
Casi siempre estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy rápido.	V	F
Me da miedo morir de una muerte dolorosa.	V	F
La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho.	V	F
En realidad, me asusta que me pueda dar un ataque al corazón.	V	F
Pienso a menudo que la vida es realmente muy corta.	V	F
Me asusto cuando oigo a la gente hablar de la Tercera Guerra Mundial.	V	F
Ver un cadáver me horroriza.	V	F
Pienso que el futuro no me guarda nada que temer.	V	F

Anexo 2: Consentimiento Informado.

**Consentimiento informado para participar en Programa Psicoterapéutico.**

Investigadores: Br. Luciana Loreline Farfan Chambergo. Br. Jesús Antonio Fernández Díaz

**Propósito del programa:** Le invitamos a participar de este programa que pretende mejorar su ajuste mental al diagnóstico y de esta manera disminuir la ansiedad. Este es un estudio desarrollado por la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, con fines pedagógicos. El ajuste mental al cáncer es la manera en la que interpretamos la enfermedad y la ansiedad se define como las sensaciones de angustia que se presentan tras una noticia desfavorable.

**Procedimientos:** Si decide participar en este programa, deberá asistir a doce sesiones de intervención, una vez por semana durante dos horas, dirigido por personal capacitado para orientar las actividades programadas.

**Riesgos:** No existen riesgos por participar en este programa.

**Beneficios:** Se beneficiará de una intervención multidisciplinaria donde podrá disminuir posibles signos de ansiedad relacionados al temor por el diagnóstico médico que presenta.

**Costos e incentivos:** No deberá cubrir ningún costo por participar del programa. No recibirá compensación económica por su participación.

**Confidencialidad:** Los investigadores se comprometen a guardar su información personal y no compartirla. Si los resultados del programa son publicados será solo con un fin académico y no se mostrará ninguna información que facilite la identificación de los participantes.

**Derechos del participante:** Si decide participar, podrá retirarse o dejar de asistir al programa si así lo decide, sin daño alguno.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto participar voluntariamente en este programa de intervención, comprendo lo que implica mi participación y entiendo que puedo decidir participar o retirarme en cualquier momento sin perjuicio alguno.

Participante:

DNI:

---

FIRMA

Anexo 3: Matriz de categoría y subcategorías

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	CATEGORÍAS	MARCO TEÓRICO	SUBCATEGORÍAS	MÉTODO
<p><b>Pregunta orientadora:</b></p> <p>¿De qué modo un programa dirigido a un adecuado ajuste mental al cáncer podría disminuir los niveles de ansiedad ante a la muerte en pacientes oncológicos?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Disminuir la ansiedad frente a la muerte en pacientes oncológicos mediante un programa de adecuado ajuste mental al cáncer.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> Identificar cuáles serían los niveles, según dimensiones, del ajuste mental al cáncer en pacientes oncológicos.</p> <p>Identificar cuáles serían los niveles, según dimensiones, de la ansiedad ante a la muerte en pacientes oncológicos.</p> <p>Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a la agonía o enfermedad, en pacientes oncológicos.</p> <p>Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a que la vida llegue a su fin, en pacientes oncológicos.</p> <p>Identificar cuál sería el impacto del programa del adecuado ajuste mental al cáncer sobre el miedo a la muerte en pacientes oncológicos.</p>	<p><b>Ajuste Mental al Cáncer</b></p>	<p>Ajuste Mental al Cáncer, se define como “respuestas cognitivas y conductuales de un individuo frente a su diagnóstico de cáncer (Watson, Greer, Inayat, Burgess, &amp; Robertson, 1988) y las reacciones emocionales que conlleva (Greer y Watson, 1987 en Nordin, 1999). (p.)</p>	Espíritu de lucha	<p><b>Tipo de investigación:</b> Cualitativa.</p> <p><b>Método:</b></p> <p><b>Diseño:</b> No experimental.</p> <p><b>Población:</b> Diez pacientes oncológicos que acepten voluntariamente participar del Programa.</p> <p><b>Instrumentos de recolección de datos:</b> Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) Test de Ansiedad Frente a la Muerte(DAS)</p> <p><b>Instrumentos de objeto de aprendizaje:</b> Programa “Superando temores para una vida plena” – 12 sesiones de dos horas cada una.</p>
				Desesperanza/desamparo	
				Preocupación ansiosa	
				Fatalismo/aceptación estoica	
				Negación	
	<p><b>Ansiedad ante la muerte</b></p>	<p>Ansiedad Frente a la Muerte “está asociada básicamente a las reacciones emocionales que puede presentarse como ansiedad, neurosis y depresión frente al deceso de la vida” (Templer, 1970). (p. 21)</p>	Miedo a la agonía o enfermedad		
			Miedo a que la vida llegue a su fin		
			Miedo a la muerte		

### Anexo 3: Instrumentos de objeto de aprendizaje

#### **Diseño de propuesta de programa.**

##### **I. DATOS INFORMATIVOS:**

Nombre de programa: “Superando temores para una vida plena”

Responsables: Farfán Chambergo Luciana Loreline. Fernández Díaz Jesús Antonio.

Participantes: Diez pacientes oncológicos que acepten libremente participar del programa.

- II. FUNDAMENTACIÓN:** A través de la aplicación del programa se busca generar un adecuado ajuste mental al cáncer en los pacientes, para así disminuir sus niveles de ansiedad ante la muerte, para mejorar su calidad de vida y brindarles estrategias de afrontamiento a la enfermedad adecuados, sabiendo que el ajuste mental influye considerablemente en el curso de la enfermedad y sus efectos psicológicos. Es innegable el impacto emocional que el paciente oncológico experimenta al recibir el diagnóstico de cáncer y la dificultad que conlleva tener que aceptarlo, dicha resistencia desencadena una serie de respuestas emocionales que afectan de manera significativa la salud mental y calidad de vida de los pacientes y familiares. Por esta razón, el presente programa se orienta a fortalecer y desarrollar en los participantes un adecuado ajuste mental al cáncer que les permita afrontar de manera realista la enfermedad, reduciendo la posibilidad de que la ansiedad que experimentan repercuta drásticamente en su desenvolvimiento cotidiano. Se espera que los participantes recuperen y valoren su identidad, su bienestar psíquico y, por ende, abracen una mejor calidad de vida personal, familiar y social.
- III. OBJETIVOS:** Se pretende disminuir los niveles de ansiedad ante la muerte en pacientes oncológicos fortaleciendo el ajuste mental al cáncer y sus dimensiones.
- IV. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:** Se pretende aplicar un programa de ajuste mental a diez pacientes oncológicos. Este programa sería aplicado en doce sesiones, una sesión semanal. Se pretende contar con la participación de otros profesionales de la salud para que la intervención sea multidisciplinaria.

**Cuadro resumen de programa “Superando temores para una vida plena”**

<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>SESIÓN N°</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>TÉCNICAS</b>
<b>AJUSTE MENTAL AL CÁNCER</b>	<b>Espíritu de Lucha</b>	<b>1 “EL ARTE DE LA CONEXIÓN INTERPERSONAL”</b>	Fomentar el desarrollo de las relaciones interpersonales entre los participantes	<b>PSICOEDUCACIÓN-TERAPIA GRUPAL.</b>
			Brindar información oportuna para favorecer conexión e identificación con el Programa.	
		<b>2 “HAY UN GUERRERO EN MÍ”</b>	Fortalecer la autoconfianza y seguridad de los participantes en sus cualidades personales.	<b>ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES-IDENTIFICACIÓN DE CREENCIAS IRRACIONALES-REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA</b>
			Incentivar a que los participantes pongan en práctica competencias para afrontar las situaciones adversas.	
			Identificar las creencias derrotistas que obstaculizan el sentido de supervivencia de los participantes.	
			Modificar los esquemas mentales de fracaso de los participantes.	
	<b>Evitación o negación</b>	<b>3 “ACEPTANDO LA REALIDAD PUEDO VER LA LIBERTAD”</b>	Promover en los participantes la capacidad para aceptar el diagnóstico a fin de iniciar y adherirse al tratamiento.	<b>PSICOEDUCACIÓN-DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS-REGISTRO DE PENSAMIENTOS-TAREA</b>
			Lograr que participantes identifiquen creencias distorsionadas respecto a la enfermedad y al diagnóstico	
	<b>Fatalismo o aceptación estoica</b>	<b>4 “ABRAZANDO UN FUTURO VICTORIOSO”</b>	Enseñar a los participantes a identificar y disminuir las ideas catastróficas y fatalistas sobre el diagnóstico y la enfermedad.	<b>PSICOEDUCACIÓN-CUESTIONAMIENTO SOCRÁTICO-IDENTIFICACIÓN DE CREENCIAS IRRACIONALES-REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA-TAREA</b>
			Desarrollar en los participantes estrategias de afrontamiento a los pensamientos automáticos fatalistas asociados al futuro.	
	<b>Preocupación ansiosa</b>	<b>5 “EL PODER DE MI MENTE”</b>	Disminuir la preocupación ansiosa mediante técnica de relajación e imaginación guiada.	<b>PSICOEDUCACIÓN-ENTRENAMIENTO DE RELAJACIÓN-REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA-TAREA</b>
			Desestructurar las cogniciones erróneas de los participantes, ligadas a la ansiedad y la preocupación por las consecuencias de la enfermedad.	
<b>Indefensión aprendida o desesperanza</b>	<b>6 “VIVIR CON OPTIMISMO ME HACE UN GANADOR”</b>	Identificar en los participantes las creencias erróneas que generan una actitud pesimista ante la enfermedad y el diagnóstico.	<b>IDENTIFICACIÓN DE CREENCIAS ERRÓNEAS-REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA-TAREA</b>	

VARIABLE	DIMENSIONES	SESIÓN N°	OBJETIVOS	TÉCNICAS
<b>ANSIEDAD ANTE LA MUERTE</b>	<b>Miedo a la agonía o enfermedad</b>	7 “MIS ZONAS ERRÓNEAS”	Identificar las cinco zonas involucradas en la aparición de la ansiedad y el temor a la agonía o sufrimiento y cómo afectan al paciente.	<b>AUTOREGISTRO EMOCIONAL-CONDUCTUAL</b>
		8 “MÁS ACTIVIDAD, MENOS DOLOR”	Fomentar un espacio de actividad física, dirigida a disminuir dolores propios de la enfermedad, orientados por un especialista.	<b>FISIOTERAPIA RESPIRATORIA, ETC. EVALUACIÓN, PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA, ETC.</b>
	<b>Miedo a que la vida llegue a su fin</b>	9 “MI VIDA ES HOY”	Identificar creencias, emociones y conductas relacionadas a la idea del final de la vida, brindar herramientas necesarias para centrarse en el presente.	<b>EXPOSITIVA REFLEXIVA</b>
		10 “GRACIAS A LA VIDA”	Modificar pensamientos y distorsiones cognitivas catastróficas que le impiden pensar y ejecutar su proyecto de vida.	<b>LÚDICA REFLEXIVA</b>
	<b>Miedo a la muerte</b>	11 “HABLANDO CONMIGO”	Identificar y modificar los automensajes relacionados con el temor a la muerte.	<b>AUTOINSTRUCCIONES IDENTIFICACIÓN DE DISTORSIONES COGNITIVAS</b>
		12 “MI NUEVO CAMINO”	Promover y reemplazar cogniciones negativas relacionadas a la muerte por pensamientos positivos y esperanzadores.	<b>BÚSQUEDA DE PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS AUTOINSTRUCCIONES REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA</b>

## Desarrollo de Sesiones.

### SESIÓN 1 “EL ARTE DE LA CONEXIÓN INTERPERSONAL”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
<p>-Fomentar el desarrollo de las relaciones interpersonales entre los participantes.</p> <p>-Brindar información oportuna para favorecer conexión e identificación con el Programa.</p>	<p>-Presentación</p> <p>-Bienvenida</p> <p>-Encuadre</p> <p>-Establecimiento de normas</p>	<p>-Los psicólogos se presentan y dan la bienvenida a los participantes.</p> <p>-Se dará información respecto al proceso de intervención, se explica la importancia del Programa.</p> <p>-Se establecen las normas de convivencia en coordinación con los participantes.</p> <p>-Se aplican los instrumentos como Pre-test</p> <p>-Lista de asistencia</p>	<p>Registro</p> <p>Expositiva</p>	<p>Trípticos informativos de beneficios del programa.</p> <p>Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC-R)</p> <p>Escala de Ansiedad Ante la Muerte (DAS 1) de Templer</p>	<b>15 minutos</b>
	Dinámica “mi compañero, mi aliado”	<p>Se disponen a los participantes en círculo, sentados en sillas. El orientador explica la dinámica, se presenta cada uno de los participantes, brindando su nombre y compartiendo un poco de su experiencia, al finalizar mencionarán frases como “Yo soy... y en mí encuentro un amigo y un aliado” se estimula la empatía entre los participantes y, de así desecharlo, se apertura un grupo virtual para mantener el contacto o se les invita a compartir sus números telefónicos para fomentar una red de apoyo.</p>	<p>Lúdica</p> <p>Entrenamiento de habilidades sociales</p>	Espacio físico	<b>30 minutos</b>
	Visualización de video informativo sobre la terapia cognitiva conductual	<p>-Se mostrará un video de corto tiempo en el que se explique la Terapia Cognitiva Conductual y su impacto en variables como ansiedad.</p> <p>Se les invita a realizar preguntas o dar opiniones acerca de lo visualizado. Feedback.</p> <p>Se realiza retroalimentación sobre la terapia y el contenido del programa, para favorecer el compromiso y asistencia.</p>	Expositiva	<p>Laptop</p> <p>Cañón multimedia</p> <p>Video informativo</p> <p>Parlantes</p> <p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=kvNnPwrYyJ8">https://www.youtube.com/watch?v=kvNnPwrYyJ8</a></p>	<b>30 minutos</b>
	Asignar tarea para casa	<p>Se asigna como tarea para casa registrar tres (3) cosas positivas cada día durante una semana sobre las que se sientan agradecidos.</p>	Tarea	Cuaderno de registro	<b>20 minutos</b>
	Despedida	<p>Se les entregará un refrigerio y se les despedirá, agradeciéndoles por su participación y motivando la asistencia para la siguiente sesión.</p>	Diálogo	Alimentos saludables, permitidos y recomendados por especialista en nutrición	<b>25 minutos</b>

## SESIÓN 2 “HAY UN GUERRERO EN MI”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
<p>-Fortalecer la autoconfianza y seguridad de los participantes en sus cualidades personales.</p> <p>-Incentivar a que los participantes demuestren sus mejores competencias para afrontar las situaciones adversas.</p> <p>-Identificar las creencias derrotistas que obstaculizan el sentido de supervivencia de los participantes.</p> <p>-Modificar los esquemas mentales de fracaso de los participantes.</p>	<p>-Saludo y bienvenida</p> <p>-Exposición de la tarea para casa</p>	<p>-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes y registran la asistencia al Programa.</p> <p>-Se les invita a formar el grupo en media luna a fin de que cada participante de manera voluntaria exponga brevemente su experiencia en la ejecución de la tarea para casa.</p>	<p>Registro</p> <p>Diálogo Expositiva</p>	<p>Cuaderno de registro</p>	<p><b>15 minutos</b></p>
	<p>Lectura “Hay un guerrero en mí”.</p>	<p>-Los psicólogos alternan la lectura de motivación denominada “Hay un guerrero en mí”. Al finalizar se pide que el grupo se reúna para que en consenso lleguen a explicar la idea central de dicha lectura.</p> <p>-Retroalimentación.</p>	<p>-Expositiva</p> <p>-Entrenamiento en habilidades sociales</p>	<p>Hoja de lectura (Anexo N°)</p>	<p><b>15 minutos</b></p>
	<p>Visualización de material audiovisual.</p>	<p>-Se invita a los participantes a poner atención al video “No estás deprimido, estás distraído”.</p>	<p>Expositiva</p>	<p>Cañón multimedia Parlantes USB Internet</p> <p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=vpkPykEEjnQ">https://www.youtube.com/watch?v=vpkPykEEjnQ</a></p>	<p><b>25 minutos</b></p>
	<p>Ejercicio ICD</p>	<p>-Ejercicio “Identificación de Creencias Irracionales”: los psicólogos hacen entrega de hojas de trabajo las cuales contienen proposiciones con pensamientos racionales e irracionales para que los participantes los identifiquen y los pongan en evidencia. Se brindará un espacio de tiempo para que puedan sustentar su trabajo. Este ejercicio será guiado en su totalidad por los profesionales de la salud mental para evitar la aparición de crisis o contenerla en caso se presentara.</p>	<p>Identificación de creencias irracionales</p>	<p>Hojas de trabajo Lapiceros</p>	<p><b>35 minutos</b></p>
	<p>Dinámica “La Ruleta”</p>	<p>-Se invitará a los participantes a ponerse en pie y dirigirse de manera ordenada hacia el espacio denominado “zona batalla” el cual se ha preparado previamente por los psicólogos, en el que cada uno de ellos deberá girar una ruleta que le señalará el desafío con el que tendrán que lidiar durante la semana poniendo en práctica el cambio de creencias irracionales a otras más adaptativas y productivas.</p>	<p>Lúdica Reflexiva</p> <p>Modificación de pensamientos irracionales</p>	<p>Ruleta giratoria</p>	<p><b>30 minutos</b></p>

### SESIÓN 3 “ACEPTANDO LA REALIDAD, PUEDO VER LA LIBERTAD”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
<p>-Promover en los participantes la capacidad para aceptar el diagnóstico a fin de iniciar y adherirse al tratamiento.</p> <p>-Lograr que participantes identifiquen creencias distorsionadas respecto a la enfermedad y al diagnóstico</p>	<p>-Saludo</p> <p>-Retroalimentación</p>	<p>-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes.</p> <p>-Se invita a que los participantes comenten su experiencia respecto al cambio de pensamientos irracionales por esquemas mentales funcionales y productivos. Al culminar, los psicólogos sintetizarán las ideas expuestas por los participantes y se les exhortará a que apliquen constantemente la técnica de identificar y modificar ideas irracionales.</p>	<p>Registro</p> <p>Diálogo Expositiva</p>	<p>Papel</p> <p>Resaltadores</p>	<p><b>25 minutos</b></p>
	<p>-Visualización de material audiovisual</p> <p>-Terapia de grupo</p>	<p>-Se invita a los participantes a poner atención al vídeo: “Después del diagnóstico”.</p> <p>Los psicólogos invitarán a los participantes a dialogar sobre el vídeo y cierran con una reflexión final.</p>	<p>Psicoeducación</p>	<p>Cañón multimedia</p> <p>Parlantes USB</p> <p>Internet</p>	<p><b>20 minutos</b></p>
	<p>-Dinámica: “Rompiendo las ataduras de la negación”</p>	<p>-El ambiente ha sido previamente decorado con frases, proposiciones, ideas, pensamientos, sentimientos y emociones desadaptativas en relación al diagnóstico oncológico, para que los participantes identifiquen y replanteen todas aquellas ideas que representen un riesgo para su estabilidad emocional.</p>	<p>Identificación de pensamientos irracionales e ideas derrotistas</p>	<p>Hojas de colores</p> <p>Marcadores</p> <p>Cinta</p>	<p><b>35 minutos</b></p>
	<p>-Dinámica de cierre: “Círculo de confianza”</p>	<p>-Los psicólogos promueven la confianza a través del “círculo de confianza” en el cual los pacientes podrán exponer aquellos pensamientos y temores que les impiden cumplir con el tratamiento designado a cabalidad y cuáles son los obstáculos que se presentan en su día a día para mejorar.</p>	<p>Diálogo Introspección</p>	<p>Espacio físico</p>	<p><b>20 minutos</b></p>
	<p>-Tarea</p>	<p>-Se le pedirá a los participantes que durante la semana registren en una hoja de trabajo todos aquellos pensamientos negativos relacionados al diagnóstico y la enfermedad.</p>	<p>Registro de pensamientos automáticos</p>	<p>Cuaderno de registro</p>	<p><b>20 minutos</b></p>

## SESIÓN 4 “ABRAZANDO UN FUTURO VICTORIOSO”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
<p>-Enseñar a los participantes a debatir las ideas catastróficas sobre la enfermedad y el diagnóstico.</p> <p>- Desarrollar en los participantes una actitud de afrontamiento ante a los pensamientos automáticos asociados al futuro.</p>	-Saludo y bienvenida	<p>-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes.</p> <p>-Se toma lista de asistencia.</p> <p>-Se inicia con una dinámica “Yo soy y a mí me gusta” para romper el hielo.</p>	<p>Registro</p> <p>Expositiva</p>	Ninguno	<b>15 minutos</b>
	-Exposición de tarea	<p>-Se invita a que los participantes a compartir la tarea de la sesión 3: Se le pedirá a los participantes que durante la semana registren en una hoja de trabajo todos aquellos pensamientos negativos relacionados al diagnóstico y la enfermedad.</p> <p>-Los psicólogos preparan a los participantes para la actividad central.</p>	Diálogo	Ninguno	<b>15 minutos</b>
	-Exposición de video	-Los psicólogos invitarán a los participantes a dialogar sobre el vídeo y cierran con una reflexión final.	Psicoeducación	<p>Cañón multimedia</p> <p>Parlantes USB</p> <p>Internet</p>	<b>15 minutos</b>
	-Terapia de grupo	-Los psicólogos exhortan a que los participantes exterioricen de manera espontánea sus pensamientos catastróficos con la finalidad de enseñarles la técnica del cuestionamiento socrático.	Cuestionamiento Socrático	Ninguno	<b>40 minutos</b>
	-Terapia de grupo	<p>-Los psicólogos promueven a que los participantes expresen sus pensamientos respecto al futuro. Al identificar pensamientos automáticos o negativos cuestionará dichas creencias mediante técnicas cognitivo conductuales. Ayudarán a que los participantes puedan replantearse la forma cómo visualizan el futuro</p> <p>-Los participantes llegan a una conclusión final en relación a la importancia del cuestionamiento socrático.</p>	Reestructuración cognitiva	Ninguno	<b>35 minutos</b>

## SESIÓN 5 “EL PODER DE MI MENTE”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
<p>-Enseñar a los participantes las técnicas de relajación para afrontar la tensión emocional asociada a la enfermedad y el diagnóstico.</p> <p>-Desestructurar las cogniciones erróneas de los participantes, ligadas a la ansiedad y la preocupación por las consecuencias de la enfermedad.</p>	<p>-Saludo y bienvenida</p> <p>-Exposición de vídeo “8 poderosas decisiones para cambiar de actitud”</p>	<p>-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes.</p> <p>-Se toma lista de asistencia.</p> <p>-Se invita a que los participantes tomen sus lugares para prestar atención al material audiovisual de introducción a la sesión: 8 poderosas decisiones para cambiar de actitud.</p> <p>-Los psicólogos rescatan las ideas más importantes de los participantes para obtener una conclusión final.</p>	<p>Diálogo</p> <p>Expositiva</p> <p>Reflexiva</p>	<p>Registro</p> <p>Cañón multimedia, parlantes, USB, Internet</p> <p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=J0C6PnJQ3mw">https://www.youtube.com/watch?v=J0C6PnJQ3mw</a></p>	<b>20 minutos</b>
	-Relajación	<p>-Los psicólogos invitarán a los participantes a realizar técnicas de relajación</p> <p>-Los psicólogos supervisan que los participantes realicen de manera correcta las técnicas enseñadas</p> <p>-Los psicólogos invitan a que los puedan compartir su experiencia</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>TRC /Técnica de respiración completa)</p> <p>TRH (Técnica de respiración por hemisferios)</p> <p>TR457 (Técnica de respiración 457</p>	<p>Colchonetas</p> <p>Almohadas</p> <p>Audio con música instrumental</p>	<b>40 minutos</b>
	-Terapia de grupo	<p>-Los psicólogos ayudan a que los participantes identifiquen y expresen los pensamientos catastróficos relacionados a las consecuencias de la enfermedad. Se empleará la técnica de RC mediante la preguntas de tipo ¿qué es lo peor que podría pasar si?, si pasara, ¿podría afrontarlo?, ¿cómo lo haría?, es esta situación realmente tan terrible?, etc.</p>	<p>Identificación de pensamientos catastróficos</p> <p>Escucha activa</p> <p>Reestructuración cognitiva</p>	<p>Hojas, lapiceros</p>	<b>40 minutos</b>
	-Tarea	-Acudir a la siguiente sesión con buzo y zapatillas		Comunicación	Ninguno

## SESIÓN 6 “VIVIR CON OPTIMISMO ME HACE UN GANADOR”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
-Identificar en los participantes las creencias erróneas que generan una actitud pesimista ante la enfermedad y el diagnóstico.	-Saludo y bienvenida  -Dinámica: “Preocupaciones bajo control”	-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes. -Se registra lista de asistencia a la sesión.  -Los participantes escribirán en una pizarra acrílica las preocupaciones más notables respecto a su estado de salud actual, luego, los psicólogos proceden con el cuestionamiento de creencias para tomar control de las preocupaciones descritas.	Registro  Diálogo  Reflexiva  Expositiva  Psicoeducación	La comunicación  Pizarra acrílica Plumones	<b>35 minutos</b>
	-Exposición de video  -Terapia de grupo	-Los psicólogos presentan el vídeo “Cómo controlar la preocupación”  - Se invita a los participantes a socializar su opinión sobre el video, se hacen preguntas dirigidas a identificar si ellos se sintieron identificados o si han experimentado situaciones donde no han podido controlar sus pensamientos de preocupación y se trabaja en base a esa información.	Expositiva  Reflexiva  Diálogo	Cañón multimedia, parlantes, USB, internet  La comunicación	<b>40 minutos</b>
	-Terapia de grupo  -Imaginación	-Se les enseña a inspirar con las fosas nasales durante 5 tiempos y exhalar en 5 tiempos  -Los participantes toman posición sobre las colchonetas para dar inicio a la actividad de imaginación guiada. Al finalizar se les pide que compartan su experiencia personal y se les exhorta a poner en práctica lo aprendido ante situaciones de ansiedad o tensión emocional	Ejercicio de coherencia cardíaca o respiración guiada  Técnicas de Relajación	Cañón multimedia, parlantes, USB, internet  Colchonetas	<b>45 minutos</b>

## SESIÓN 7 “MIS ZONAS ERRÓNEAS”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
<p>- Identificar las cinco zonas involucradas en la aparición de la ansiedad y el temor a la agonía o sufrimiento y cómo afectan al paciente.</p>	<p>-Saludo y bienvenida</p>	<p>-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes.                      -Se registra lista de asistencia a la sesión.                      -Dinámica de inicio para disminuir tensión y romper el hielo: “El piojo Juancho” se disponen a los pacientes en círculo y, de acuerdo a la posibilidad, se desarrolla la dinámica de pie o sentados. Cantando: Ahí viene el piojo Juancho/ ¡Qué horror!, ¿qué hacemos? Sacamos el matapijos, sacudimos el matapijos, se lo echamos al compañero, le frotamos la cabeza y todos saltando: Ahí viene el piojo Juancho.</p>	<p>Registro  Lúdica</p>	<p>Hoja de registro  Espacio físico</p>	<p><b>35 minutos</b></p>
	<p>-Las cinco zonas</p>	<p>Los psicólogos dirigen la actividad “Las cinco zonas” donde se identificarán los pensamientos que producen ansiedad y que modifican los comportamientos. En un cuadro pegado en el suelo o pared, cada uno deberá escribir su pensamiento relacionado al miedo a la agonía o enfermedad. Por ejemplo: “tengo miedo de que esta enfermedad me produzca tanto dolor que no pueda soportarlo”. El cuadro estará dividido por los indicadores: SITUACIÓN-PENSAMIENTOS-SENTIMIENTOS-REACCIONES FÍSICAS-COMPORTAMIENTOS. En cada apartado se identificarán las situaciones que activan los pensamientos catastróficos, qué pensamientos aparecen, cómo me hacen sentir y qué conductas aparecen automáticamente. Todo esto guiado por los profesionales, brindando el soporte necesario en cada situación si alguno de ellos entra en crisis.</p>	<p>Autoregistro emocional-conductual</p>	<p>Papelógrafos  Plumones</p>	<p><b>45 minutos</b></p>
	<p>-Dinámica de cierre</p>	<p>-En este tiempo, los participantes dispuestos dos grupos de cinco personas, realizarán una retroalimentación de la actividad principal, comentarán sus dudas, certezas y experiencias en general. Al finalizar un representante de cada equipo expondrá el sentir de todo su equipo con cinco palabras significativas, las cuales ha recogido de cada integrante y la escribirá en un papelote en blanco, que es el que se pegará en la pared a partir de esta sesión en adelante, que servirá como motivación a los participantes de continuar colaborando en las sesiones y mejorando cada día más.</p>	<p>Feedback</p>	<p>Papelógrafos  Plumones</p>	<p><b>40 minutos</b></p>

## SESIÓN 8 “MÁS ACTIVIDAD, MENOS DOLOR”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
<p>-Reducir el dolor producido por la enfermedad oncológica promoviendo actividades físicas lúdicas y funcionales, en un espacio interdisciplinario.</p>	<p>-Saludo y bienvenida</p>	<p>-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes.                      -Se registra lista de asistencia a la sesión.                      -Se presenta a los especialistas en fisioterapia y nutrición, quienes dirigirán las actividades siguientes.</p>	<p>Registro</p>	<p>Personal multidisciplinario: fisioterapeuta y nutricionista</p>	<p><b>10 minutos</b></p>
	<p>-Actividad física</p>	<p>-Muchas veces el temor a la agonía está producido por los dolores producidos por el progreso de la enfermedad. En tal sentido, en esta sesión se trabajaría en un entorno multidisciplinario, donde los profesionales fisioterapeutas tratarán a los pacientes en cuanto a los síntomas relacionados con las secuelas del proceso oncológico. Dentro de la dimensiones a trabajar se intentará disminuir las capacidades de los pacientes mermadas por la enfermedad como: fatiga, déficit de movilidad funcional, dolores agudos, etc.</p>	<p>-Fisioterapia respiratoria, etc.</p>	<p>Fisioterapeutas Colchonetas Música acorde a la sesión</p>	<p><b>40 minutos</b></p>
	<p>-Alimento mi mente y mi cuerpo</p>	<p>-Se realiza breve Psicoeducación sobre la importancia de la nutrición adecuada en nuestro régimen alimenticio. En esta sección, el tiempo restante el profesional de nutrición realizará una entrevista personalizada con cada uno de los participantes para brindarle atención e indicaciones individualizadas, para ello se gestionará la solicitud y acceso a datos importantes que solicite el profesional en nutrición como peso, talla, sintomatología, el tratamiento actual, medicamentos, reacciones adversas al tto., enfermedades concomitantes., etc. Para lo cual se solicitará el acceso a la historia clínica del paciente.                      -Se facilitará una libreta a cada paciente para que el profesional pueda prescribir la dieta correspondiente.</p>	<p>-Evaluación, prescripción dietética, etc.</p>	<p>Historial clínico de cada paciente. Cuaderno de registro de indicaciones.</p>	<p><b>A criterio del profesional de nutrición</b></p>

## SESIÓN 9 “MI VIDA ES HOY”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
<p>Identificar creencias, emociones y conductas relacionadas a la idea del final de la vida, brindar herramientas necesarias para centrarse en el presente.</p>	-Saludo y bienvenida	<p>-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes.</p> <p>-Se registra lista de asistencia a la sesión.</p>	Registro	Lista de registro de participantes	<b>10 minutos</b>
	-Dinámica “el artista”	<p>-Los psicólogos hacen entrega de cartulinas, témperas, pinceles, plastilinas, lápices y colores para llevar a cabo la dinámica denominada EL ARTISTA, se les pide que imaginen que todos son artistas destacados y que el reto consiste en demostrar su talento expresando su temor a que la vida llegue a su fin con los materiales e su elección. Al finalizar se les pedirá que puedan explicar su obra a los participantes mientras que los psicólogos toman nota de las creencias irracionales asociadas al temor de que la vida llegue a su fin</p> <p>-Finalizada la exposición de los participantes, los psicólogos pondrán en práctica estrategias cognitivas conductuales que les permita visualizar el temor desde una perspectiva de control. (El miedo no me controla, yo tomo control sobre mis temores).</p>	Expositiva	Cartulinas, crayones, colores, lápices, pinceles, témperas, plastilinas.	<b>30 minutos</b>
	Terapia de grupo	<p>-Se invita a que los participantes expresen qué emociones han experimentado al realizar la dinámica. Se realiza retroalimentación y discusión sobre los temores respecto a que la vida culmine, para ello es necesario que los psicólogos brinden contención emocional durante toda la actividad.</p>	Reflexiva	Comunicación	<b>45 minutos</b>
	Dinámica de cierre	<p>A fin de disminuir las posibles emociones negativas surgidas producto de la actividad central, se realizará una dinámica ronda de chistes, donde cada participante contará una anécdota o un chiste aprendido, socializando entre todos y compartiendo un momento agradable.</p>	Expositiva	Comunicación	<b>25 minutos</b>

## SESIÓN 10 “GRACIAS A LA VIDA”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
<p>Modificar pensamientos y distorsiones cognitivas catastróficas que le impiden pensar y ejecutar su proyecto de vida.</p>	<p>-Saludo y bienvenida</p>	<p>-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes. -Se registra lista de asistencia a la sesión.</p>	<p>Registro</p>	<p>Lista de registro de participantes</p>	<p><b>10 minutos</b></p>
	<p>Ejercicio CAM</p>	<p>-Se implementa el ejercicio Capacidades, Anhelos y Motivaciones (CAM). Este es un ejercicio que promueve la autorreflexión dirigida a la identificación y reconocimiento de los aspectos más importantes de las experiencias del pasado, presente y futuro de cada participante. -Se trabaja sobre una cartulina en cuyo interior estén contenidos 3 círculos consecutivos que los participantes deberán llenar con: capacidades y competencias personales, anhelos que le dan sentido a sus vidas y motivaciones que mantienen su interés por el futuro.</p>	<p>Lúdica</p>	<p>Cartulinas Plumones Moldes de circunferencia</p>	<p><b>50 minutos</b></p>
	<p>Retroalimentación</p>	<p>-Para animar una descripción positiva, los psicólogos realizan su propio diagrama como ejemplo para el grupo, a fin de lograr apertura y empatía. -Se les invita a reflexionar sobre el ejercicio.</p>	<p>Reflexiva</p>	<p>Comunicación</p>	<p><b>30 minutos</b></p>

## SESIÓN 11 “HABLANDO CONMIGO”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
Identificar y modificar los automensajes relacionados con el temor a la muerte.	-Saludo y bienvenida	-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes. -Se registra lista de asistencia a la sesión.	Registro	Lista de registro de participantes	<b>10 minutos</b>
	Dinámica: la escalera de mi vida.	<p><b>Antes:</b> cuando alguien tiene que enfrentarse a una situación que le resulta estresante o ansiógena suele anticipar su malestar y debido a ello, <b>ya en esta fase mantiene un diálogo interno negativo.</b></p> <p><b>Durante:</b> es el momento del enfrentamiento; <b>si el diálogo interno es negativo</b>, iniciaremos la intervención pero el malestar irá en aumento. <b>Después:</b> la persona se castigará emocionalmente por su mala actuación por lo que su alto nivel de ansiedad y la respuesta inadecuada quedarán condicionadas para el futuro</p>	Autoinstrucciones	Diario de registro	<b>40 minutos</b>
		-Se invita a los participantes a que puedan plasmar su proyecto de vida en una hoja de trabajo que será entregada por los facilitadores, la cual tendrá impresa una escalera con 10 peldaños enumerados, para lo cual, cada participante escribirá sus planes o proyectos personales logrados o inconclusos sobre la base de cada peldaño. Esta dinámica permitirá precisar si los participantes tienen metas por cumplir y si entienden la importancia de reorganizar su proyecto de vida. -Se indicará a los participantes colocar la hoja de trabajo en una parte del diario de registro.	Identificación de distorsiones cognitivas	Hoja de trabajo	<b>40 minutos</b>
		<p>Al finalizar, cada integrante dispone de 3 minutos para compartir con el grupo todos los logros personales que hayan concretado.</p> <p>- Los facilitadores cierran la actividad felicitando, y exhortando a los participantes a que no abandonen ni renuncien a su proyecto personal</p>	Reflexiva	Comunicación	<b>20 minutos</b>

## SESIÓN 12 “MI NUEVO CAMINO”

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	DESARROLLO	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO
<p>Promover y reemplazar cogniciones negativas relacionadas a la muerte por pensamientos positivos y esperanzadores.</p>	<p>-Saludo y bienvenida</p>	<p>-Los psicólogos saludan y dan la bienvenida a los participantes. -Se registra lista de asistencia a la sesión.</p>	<p>Registro</p>	<p>Lista de registro de participantes</p>	<p><b>10 minutos</b></p>
	<p>Dinámica “el juicio”</p>	<p>Se indica a los participantes que la dinámica de trabajo consiste en que todos participarán en la representación de un juicio, y que este implicará que se cuente con 3 jueces, 2 agraviados, 1 autor (muerte), 1 cómplice o coautor (cáncer), un fiscal, 2 testigos, 1 abogado defensor de los agraviados, 1 abogado defensor de los acusados y los miembros del jurado. El abogado defensor de los agraviados acusa a la muerte y su cómplice el cáncer de haber acabado con la esperanza y los sueños de los agraviados, generando repercusiones sobre ellos y sus familiares. El fiscal pide la pena de muerte para los acusados por haber ocasionado tan graves daños a la vida y a la salud. Por su parte, el abogado de los acusados sostiene que el pedido del fiscal es inadmisibles todo vez que sus patrocinados no tuvieron la intención de generar tales daños, incluso considera que ellos se comportan así por su naturaleza misma, además que ellos no tuvieron la intención de causar tales daños y que por el contrario es plausible que sus agraviados hayan tenido hábitos inadecuados en el desarrollo de su vida, los cuales los hicieron más proclives a desarrollar problemas oncológicos, es decir, culpa a los agraviados de su situación actual. Así mismo, sostiene que no está de acuerdo con el pedido fiscal dado que la muerte es un proceso que forma parte del ciclo vital y que los agraviados y demás participantes debieran aprender a esperarla sin fatalismos ni temores dado que irremediamente todos pasarán por ella. Los agraviados expresan sus razones para defenderse. Los testigos alegan lo que han visto de la forma en la que se ha producido durante los hechos. Escuchados los alegatos por todas las partes, el jurado delibera y entrega su veredicto final y recomendaciones. Al finalizar, se les pide a los participantes que expresen cómo se sintieron durante la dinámica.</p> <p>-Se les pide a los participantes a que identifiquen los pensamientos automáticos que se presentan en ese momento con la finalidad de poner en práctica la técnica detener el pensamiento para que mediante un diálogo interno elabore pensamientos más realistas y adaptativos y los plasme por escrito como evidencia de que está tomando control de dichos pensamientos.</p> <p>-Se pide a los participantes que mediante la técnica de cuestionamiento de ideas y contrastación de hipótesis sobre sus pensamientos, modifiquen sus esquemas irracionales sobre la muerte.</p>	<p>Búsqueda de pensamientos alternativos Autoinstrucciones Reestructuración cognitiva</p>	<p>Espacio físico</p>	<p><b>50 minutos</b></p>
			<p>Retroalimentación</p>	<p>Diario de registro</p>	<p><b>40 minutos</b></p>
	<p>Cierre de Programa y despedida.</p>	<p>Se realiza la aplicación del post test y se agradece a los participantes por haber formado parte del programa de intervención, exhortándoles a que continúen poniendo en práctica lo aprendido durante las sesiones.</p> <p>Entrega de certificado de felicitación a los participantes.</p> <p>Fotos del recuerdo y compartir.</p>	<p>Evaluación Motivación Círculo de agradecimiento</p>	<p>Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC-R) Escala de Ansiedad Ante la Muerte (DAS 1) de Templer</p>	<p><b>20 minutos</b></p>