

# **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LA DEPRESIÓN DESDE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LOS FUNDAMENTOS DE BECK**

*Paula Andrea Carmona Duque\**  
*Marta Juliana Villegas\*\**

## **PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR DEPRESSION IN BREAST CANCER PATIENTS FROM THE PERSPECTIVE OF COGNITIVE THERAPY BASED ON BECK'S THEORY**

### **SÍNTESIS**

El cáncer es una enfermedad compleja de carácter crónico, que implica no sólo cambios a nivel corporal, sino también de conductas, pensamientos y emociones, por lo cual tiene implicaciones físicas, psicológicas y sociales. A nivel psicológico el trastorno de depresión es frecuente en los pacientes con cáncer, ya que éste se relaciona con creencias de sufrimiento, muerte, cambios en el estilo de vida y efectos secundarios de los tratamientos. Por tanto, uno de los papeles del psicólogo en el área oncológica es la intervención, especialmente en pacientes que presenten algunos trastornos, como la depresión. Así, la terapia cognitiva suele ser una de las más utilizadas para tratar tal trastorno, ya que tiene como objetivo fomentar pensamientos y conductas adaptativas que promuevan una actitud positiva para afrontar la enfermedad. Por tal razón, en este trabajo, se revisa la intervención psicológica desde la terapia cognitiva de Beck, para la depresión en pacientes con cáncer de seno.

### **Descriptores:**

Cáncer, cáncer de seno, depresión, terapia cognitiva, conducta adaptativa.

### **ABSTRACT**

Cancer is a complex chronic disease, which involves not only changes in the patients' body but also in their behavior, thoughts and emotions. The disease has, therefore physical, psychological and social implications. At the psychological level, depression is common in breast cancer patients, because the illness is associated with suffering, death, changes in lifestyle and side effects of treatments. Consequently, one of the roles of psychologists in the oncology area is to offer treatment to depressed patients. In addition, cognitive therapy is one of the most used instruments to treat the said disorder, given that the therapy seeks to promote adaptive thoughts and behaviors that create a positive attitude to cope with the disease. For this reason this paper assesses psychological intervention from the standpoint of Beck's cognitive therapy as a tool to be used in the treatment of depressed breast cancer patients.

### **Descriptors:**

cancer, breast cancer, depression, cognitive therapy, adaptive behavior

\* Psicóloga. Universidad Católica Popular del Risaralda. Residente en la Línea de investigación Psicología clínica y de la salud, de julio de 2007 a noviembre de 2008

\*\* Psicóloga. Máster en Intervención en psicología clínica y salud. Docente Universidad Católica Popular del Risaralda. Líder de la Línea de investigación: Psicología clínica y de la salud.

## INTRODUCCIÓN

La psicología ha cobrado gran importancia en el área de la salud, en el abordaje de la enfermedad, teniendo en cuenta la relación que existe entre conducta y enfermedad. Esta importancia se debe a que la psicología es una disciplina que pretende comprender los sentimientos, emociones, pensamientos y conductas del ser humano en todas las situaciones vitales, entre éstas la situación de enfermedad, que afecta el comportamiento, las emociones y el pensamiento, debido a las alteraciones que puede causar en la persona, especialmente cuando se trata de enfermedades crónicas como el cáncer.

El cáncer es una enfermedad que por sus características especiales con relación a las afecciones orgánicas que genera, los estigmas sociales, y demás características de enfermedad crónica, altera en el sujeto los procesos psicológicos; por tal razón, enfermedades como ésta no son un tema solamente médico, sino multidisciplinar, lo que hace entonces que la psicología tome importancia e intervenga en el tratamiento integral del cáncer, en cuanto a las alteraciones a nivel comportamental, emocional o cognitivo, que la enfermedad puede generar en quien la padece.

La mayoría de pacientes que reciben un diagnóstico de enfermedades crónicas, como el cáncer, experimentan malestar emocional como rabia o tristeza, que puede presentarse por un periodo corto de tiempo; sin embargo, hay muchos pacientes que continúan con el malestar emocional, que puede terminar en un trastorno psiquiátrico, siendo uno de los más comunes la depresión, ya que se encuentra relacionado con las creencias (de sufrimiento y muerte) acerca de la enfermedad, temor a la muerte, los síntomas físicos

o a nivel de la imagen corporal, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, y los efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer, entre otras implicaciones de la enfermedad. (Valencia, 2006; Villegas, 2007 y Krikorian, 2008).

Cabe señalar la pertinencia de la participación del psicólogo en el área de oncología con relación a los pacientes con cáncer, ya que éste actúa en tres áreas fundamentales: a) educación, b) información e c) intervención psicológica; estos aspectos van desde la prevención (primaria y secundaria), asistencia sanitaria, supervivencia y cuidados paliativos.

En el caso de la intervención psicológica existen varias alternativas, como brindar al paciente un tratamiento en el cual se enseñan hábitos saludables de vida, técnicas de relajación, expresión de emociones, entre otras técnicas o terapias como la reestructuración cognitiva o terapia psicológica adyuvante, ya que éstas técnicas permiten al paciente modificar algunas conductas y pensamientos acerca de la enfermedad, y reemplazarlos por otros más saludables y adaptativos. Así, la intervención psicológica resulta importante en los pacientes con cáncer, en la medida en que posibilita brindarles un mejor estado emocional y una mejor calidad de vida. (Ibañez, E., 2004; y Murillo & Alarcón., 2006)

Siendo entonces la intervención psicológica una función importante del psicólogo en pacientes con cáncer, y teniendo en cuenta que la terapia cognitiva es una de las alternativas de intervención, surge el siguiente interrogante: ¿La intervención psicológica desde la terapia cognitiva, con base en los planteamientos de Beck, disminuye los síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama que presentan depresión?

Para dar respuesta a este interrogante, este artículo de carácter teórico, tiene como objetivo revisar literatura existente con relación al tema de interés, para conocer su estado actual. Por tanto, se exponen algunos antecedentes del tema, se realiza una definición de: cáncer, cáncer de mama, depresión, terapia cognitiva de Beck, y finalmente se realiza una conclusión acerca de lo encontrado con relación al problema planteado.

## DESARROLLO TEÓRICO

Las personas con cáncer generalmente se enfrentan con una serie de incertidumbres y amenazas relacionadas con el progreso de la enfermedad, la efectividad de los tratamientos y sus efectos secundarios. Frente a éstas los pacientes asumen ciertos comportamientos y actitudes distintas a las que cotidianamente tenían, es decir, hay respuestas diferentes ante la situación de enfermedad; entre las respuestas más comunes del sujeto frente a estas amenazas se encuentran emociones como la rabia, la tristeza y la ansiedad, que son emociones adaptativas, es decir, aparecen por un periodo corto de tiempo después del diagnóstico. Sin embargo, a pesar de experimentar emociones negativas, los pacientes experimentan también sensaciones de pérdida que se encuentran relacionadas con preguntas como: ¿voy a morir?, ¿mi familia soportará esta situación?, ¿qué va a pasar con los tratamientos?, ¿por qué me enfermé?; entre otras incertidumbres que parten desde el diagnóstico del cáncer. (Rojas, 2006)

Teniendo en cuenta las reacciones emocionales adaptativas de los pacientes con cáncer, como las que generalmente se espera que experimente una persona que atraviesa por una situación en crisis, en algunos pacientes tales reacciones continúan por un

periodo largo de tiempo y por tanto pueden llegar a ser patológicas, es decir convertirse en trastornos psiquiátricos, como lo son la depresión y ansiedad.

Algunos autores como Olivares (2004) y Krikorian (2008), señalan que la depresión es un trastorno que puede presentarse con facilidad en los pacientes con cáncer, ya que tal enfermedad se relaciona con factores personales, del tratamiento y la enfermedad, por lo cual es importante la implementación de tratamiento psicológico acompañado de tratamiento farmacológico, pues el estado depresivo afecta más la calidad de vida de los pacientes y el mismo curso de la enfermedad, a causa de los efectos de la depresión en el sistema inmunológico. (Velásquez, García, Alvarado & Ángeles, 2007)

Las mujeres con cáncer de mama de igual manera están propensas a presentar depresión, especialmente por las implicaciones a nivel corporal, con relación a la pérdida de los senos, cambios en la relación de pareja, implicaciones en la sexualidad, entre otros aspectos, como los efectos de los tratamientos en la imagen corporal. Frente a la aparición de depresión en pacientes con cáncer, es importante la intervención psicológica con el fin de disminuir los síntomas y reacciones negativas, al igual que generar una sensación de control de la enfermedad.

Para la intervención psicológica en estos pacientes se ha planteado por algunos autores como Olivares (2004) y Lara (2006), que la terapia cognitiva de Beck y la terapia psicológica adyuvante (adaptación de la terapia cognitiva de Beck), resultan ser las más utilizadas en los pacientes que presentan depresión, incluyendo mujeres con cáncer de sean, teniendo en cuenta que un objetivo de la intervención psicológica a partir de la

terapia cognitiva, es reducir los síntomas de la depresión y la ansiedad, brindar un ajuste mental a partir de pensamientos más positivos, y facilitar la sensación de control de la enfermedad.

Barraza (2004) señala, a partir de su trabajo realizado sobre la evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama, cómo a partir de la intervención psicológica desde un enfoque cognitivo-conductual, retomando la terapia cognitiva de Beck para la reestructuración de estas distorsiones, se logró disminuir el puntaje obtenido al inicio de la evaluación de 33, en el BDI (inventario de depresión de Beck), a 18, lo cual indica que disminuyó la depresión y los pensamientos negativos, posterior a la intervención psicológica, y la reestructuración cognitiva a partir de la propuesta de Beck.

Los tratamientos psicológicos para la intervención en pacientes con cáncer, suelen tener en común el interés de ayudar al paciente a afrontar mejor los aspectos emocionales relacionados con la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el transcurso o evolución y tratamientos de la misma. En este sentido, distinguen dos tipos de intervenciones: a) psicoterapéuticas y b) psicoeducativas. (Amaira, Etxeberria, & Valdosedra, 2001)

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, (las que interesan en este texto), tienen como objetivo proporcionar información al paciente sobre la enfermedad y los tratamientos, facilitando así los recursos de afrontamiento, al igual que la reducción de la ansiedad ante la visita médica y los tratamientos.

Estas intervenciones suelen inspirarse en la terapia psicológica adyuvante (TPA), la cual es una adaptación de la terapia cognitiva de Beck para pacientes con cáncer. Con esta terapia de carácter cognitivo conductual se logran identificar aspectos del paciente con relación a la enfermedad, al mismo tiempo que se enseñan estrategias cognitivas y conductuales que faciliten la solución de problemas y fomenten la aparición de actitudes positivas para afrontar la enfermedad y los tratamientos. De tal manera, uno de los objetivos principales de esta terapia es la reestructuración cognitiva de pensamientos desadaptativos e irracionales sobre la enfermedad y los tratamientos, y la aplicación de algunas técnicas conductuales. (Salinas, 1998, y I. Amaira, & otros, 2001)

La mayoría de estos objetivos se logran a partir de la intervención con las pacientes, como lo muestra una investigación realizada por Greer, Moorey, Baruch y Watson (1992) y Moorey y Cols (1994) (Citado por Olivares, 2004), en la cual se llevó a cabo una evaluación de la eficacia de la Terapia Psicológica Adyuvante (ATP), en 134 pacientes con cáncer seleccionados al azar. Los resultados reflejaron una mejoría en la ansiedad, depresión y adopción de estrategias para el afrontamiento más positivas de la enfermedad. Igualmente, los resultados fueron revisados tanto a los dos como a los doce meses después de la intervención, demostrando los beneficios a corto y a largo plazo.

Es pertinente mencionar que la terapia cognitiva es uno de los tratamientos psicológicos más efectivos para disminuir los síntomas de los pacientes que padecen depresión, no sólo en quienes presentan problemas graves de salud como el cáncer, sino en

aquellos que por diferentes razones sufren este trastorno; Pérez y García (2001), señalan que la terapia cognitiva cuenta con numerosos estudios que muestran su efectividad, como los realizados por Rusch, Beck, Kovacs y Hollon (1977), en el cual comparaban la terapia cognitiva con la imipramina (medicamento para la depresión); los resultados evidenciaron que aunque ambos disminuyeron la depresión, la terapia cognitiva generó una disminución de los síntomas más significativamente. En otro estudio realizado por Murphy, Simons, Wetzel y Lustman (1986), encontraron que en pacientes con tratamiento farmacológico y pacientes con tratamiento tanto farmacológico como con terapia cognitiva, recaían más los pacientes que sólo tenían tratamiento farmacológico.

De igual manera, en el estudio realizado por Echeburúa, Salaberría, de Corral, Cenea y Berasategui (2000), que pretendía mirar la eficacia de la terapia cognitiva en un trastorno mixto de ansiedad y depresión, donde algunos pacientes recibían terapia cognitiva, otros terapia cognitiva y farmacológica, y el último grupo sólo tratamiento farmacológico, los resultados mostraron que los pacientes a quienes se les aplicó terapia cognitiva presentaron una mejora en un 70% frente a un 9% de los pacientes con tratamiento farmacológico solo. Así, Pérez y García (2001) concluyen que la terapia cognitiva es eficaz para tratar la depresión, incluso en ocasiones más eficaz que la terapia farmacológica sola.

Sánchez Rosa y Olivares (1999) señalan, a partir de un estudio realizado acerca de las técnicas cognitivo conductuales en los problemas clínicos y de salud, que tales técnicas son efectivas para el bienestar emocional de personas con problemas de salud. Por tanto, retoman los fundamentos de la tera-

pia cognitivo conductual, teniendo en cuenta la influencia de los procesos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de conductas. De igual manera, plantean que hay tres principales técnicas cognitivo conductuales, entre estas la terapia cognitiva de Beck, ya que en ésta se enfatiza en la modificación de algunas cogniciones desadaptativas de los sujetos, resaltando la influencia de éstas en la conducta y las emociones. Así, concluyen entonces que algunas técnicas cognitivo conductuales, entre éstas la terapia cognitiva de Beck, son muy eficaces por su contenido conductual, especialmente en personas con problemas de salud y depresión.

Una vez señalados algunos antecedentes acerca de la intervención psicológica en pacientes con cáncer que presentan depresión, es pertinente continuar con el desarrollo de los conceptos: cáncer, cáncer de mama, depresión y terapia cognitiva, con el fin de dar continuidad a este artículo.

El cáncer es una enfermedad definida por la multiplicación incontrolada de células que conlleva a la destrucción de tejidos del organismo y a la formación de masas tumorales, o lo que se conoce como neoplasias. Así pues, el cáncer es reconocido como una enfermedad de carácter crónico, en la cual se da una alteración en la proliferación y diferenciación celular. En general, las células tumorales se multiplican más rápido que el tejido normal del cual derivan sin cumplir correctamente el programa normal de diferenciación. (Guevara, 2000). El cáncer puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, lo cual la hace una enfermedad que no es única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Del mismo modo, de acuerdo con la ubicación del tumor, el cáncer puede

clasificarse en: **1) Carcinoma**, si se ha originado en tejidos epiteliales (piel, mucosas que tapizan las cavidades y órganos corporales). **2) Sarcomas**, neoplasmas malignos de los tejidos muscular, óseo y conectivo. **3) Linfomas**, cáncer en el sistema linfático. **Y 4) Leucemias**, cánceres en los órganos que forman la sangre (médula ósea). (Arrivillaga, Correa, & Salazar, 2007).

El cáncer tiene origen en las células cuando éstas se convierten en células anormales, debido al desorden del proceso ordenado de división celular en el cual las células crecen y se dividen, produciendo nuevas células de acuerdo con las necesidades del cuerpo. A medida que las células envejecen y mueren son reemplazadas por células nuevas; así, en ocasiones las células nuevas continúan formándose sin que el cuerpo las necesite y sin que hayan muerto las células viejas, de tal manera estas células nuevas pueden llegar a formar una masa o, comúnmente, lo que se conoce como tumor (www.todocancer.com, 2008). Los tumores pueden ser de carácter benigno o maligno; en cuanto a los primeros, se denominan benignos ya que no son cancerosos y no se diseminan hacia otros tejidos, pueden ser extirpados y generalmente no crecen otra vez. En cuanto a los segundos tumores, los malignos, se denominan así ya que sí son cancerosos, debido a que "las células cancerígenas tienen la capacidad de invadir los tejidos cercanos y movilizarse a otras partes del cuerpo, a través del torrente sanguíneo o sistemas linfáticos, donde forman nuevos cánceres que reciben el nombre de metástasis". (Arrivillaga y otros, 2007, 4)

De acuerdo con lo anterior, es necesario señalar que los carcinomas son los tumores que generalmente dan lugar al cáncer de mama, en este caso en el cáncer de mama

hay una formación de células malignas en los tejidos de la mama. Ésta se compone de lóbulos y conductos, los lóbulos contienen secciones más pequeñas llamadas lobulillos, éstos a su vez terminan en pequeños bulbos, donde se produce la leche materna. Los lóbulos, los lobulillos y los bulbos se comunican a través de tubos muy pequeños, los conductos, así, el cáncer de mama más común es el carcinoma ductal que tiene inicio en las células de los conductos, mientras el cáncer que tiene inicio en los lóbulos o en los lobulillos se conoce como carcinoma lobular. (Instituto Nacional de Cáncer [INC], 2008)

Frente a la enfermedad del cáncer de mama existen diferentes tratamientos médicos con el fin de combatir la enfermedad y sus síntomas, y al mismo tiempo con el fin de ofrecer una mejor calidad de vida al paciente que la padece. Así pues, los tratamientos médicos más comunes son la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía. Cirugía, que en el caso del cáncer de mama se denomina mastectomía, la cual se practica ya sea para extirpar algunas partes del seno o, si es necesario, extirpar toda la mama.

Considerando lo anterior, es importante explicar en qué consiste cada uno de los tratamientos médicos mencionados: (Arrivillaga, et al., 2007)

**1. La cirugía:** éste es uno de los tratamientos con más nivel curativo en el cual se extirpa el tumor o se extraen las células malignas, teniendo en cuenta si la parte del cuerpo donde se presenta el tumor facilita la extirpación, e igualmente que en ocasiones, de acuerdo con el lugar de la cirugía, se verá afectada la imagen corporal, como en el caso de la mastectomía donde se extirpa el o los senos completos. Existen diferentes tipos de



cirugías del cáncer de mama: 1) la estereotomía, en la cual se extirpa sólo el tumor, conservando el seno, y 2) la mastectomía en la cual se extirpa toda la mama. Sin embargo, hay varios tipos de mastectomía:

- a) Mastectomía subcutánea: se retira toda la mama dejando el pezón.
- b) Mastectomía total: extracción de toda la mama, con conservación de los ganglios linfáticos ubicados debajo del brazo.
- c) Mastectomía radical modificada: extracción de la mama y los ganglios linfáticos debajo del brazo.
- d) Mastectomía radical: extracción de los músculos de la pared torácica, los ganglios linfáticos debajo de la mama y la mama.

**2. La radioterapia:** es un procedimiento mediante el cual los tejidos afectados se exponen a radiaciones ionizantes electromagnéticas o por partículas, que destruyen tales tejidos. Como efectos secundarios de este procedimiento está el dolor, quemaduras en la piel, ardor o fatiga física.

**3. La quimioterapia:** consiste en la utilización de fármacos dirigidos al sistema circulatorio para atacar las células malignas. En este procedimiento los efectos secundarios son más notorios: náuseas, vómitos, fatiga física, pérdida del cabello, entre otros.

Estos tratamientos médicos generalmente son aversivos para los pacientes, debido a los efectos secundarios que generan, por tanto, para ellos resulta incoherente que los tratamientos siendo dirigidos para conseguir una mejora de los síntomas, los haga sentir más enfermos o con mayor malestar. (Simon, et.al., 1999). Así, los efectos de los tratamientos son una de las razones por las cuales surgen en el paciente importantes

implicaciones psicológicas, siendo las más mencionadas, según Chon y Lazarus, (citado en Velásquez, García, Aguilar & Ángeles, 2007), amenazas a la vida, a la integridad corporal, la modificación de roles, la poca tolerancia al dolor, sentimientos de cólera, hospitalización, la pérdida de intimidad física y psicológica.

Tanto las pacientes con cáncer de mama como los demás pacientes con otros tipos de cáncer, viven desde el momento del diagnóstico un proceso de duelo, denominado duelo oncológico, que actúa como un mecanismo que permite que la paciente responda a la enfermedad, así "cabe señalar que el duelo oncológico es no solo muy frecuente, sino que también es, la más de las veces, un mecanismo de reconstrucción psíquico fundamental, que le permite a la paciente estructurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se ve enfrentada a partir de ese momento" (Rojas, 2006, 2). El duelo de las mujeres con cáncer de mama tiene una duración de aproximadamente 6 meses en los cuales se comprenden varios momentos que van desde la negación, la rabia, la pena, la adaptación y la aceptación. Sin embargo, a causa de los tratamientos empleados para el cáncer y los efectos secundarios que estos tienen en las pacientes, el duelo parece empezar una vez disminuyen o terminan los tratamientos.

De tal manera, en cuanto a las pacientes con cáncer de mama, cabe señalar que siendo el cáncer una enfermedad multifactorial, como ya se ha mencionado, ya que afecta las esferas psicológica, física y social, cobra especial significado en estas mujeres, pues se perciben aspectos sociológicos dolorosos para la paciente, a nivel de la relación de pareja, una amenaza tanto para la paciente

como para sus hijas, hermanas, nietas y demás mujeres de su generación. Igualmente la paciente se verá enfrentada a tratamientos con grandes secuelas no sólo a nivel orgánico sino también estético, funcional y cognitivo. Es necesario tener en cuenta que las respuestas emocionales de las pacientes se encuentran influenciadas por la existencia de otras enfermedades previas y las estrategias de afrontamiento frente a éstas, las experiencias anteriores a la aparición del cáncer con respecto a familiares o amigos.

Cabe mencionar ahora algunos aspectos relacionados con la depresión. Ésta suele ser común frente a las situaciones de pérdida, situación que experimentan las pacientes con cáncer de mama, especialmente cuando les han practicado cirugía, ya que ésta altera la forma de su o sus senos. Por tanto, la depresión puede aparecer como trastorno en las pacientes con cáncer mastectomizadas, sumado a algunos factores intrínsecos como el dolor, el avance de la enfermedad, los tratamientos; y los factores extrínsecos como aislamiento, pérdidas recientes, actitud pesimista o resignada. (Amaira, et al., 2001)

Es pertinente señalar que la depresión es entendida desde el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) como un trastorno en el cual se destacan síntomas como: estado de ánimo depresivo, disminución del interés o de la capacidad de sentir placer, cambios de apetito o de peso, cambios en el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, y pensamientos recurrentes de muerte (American psychiatric Association, 1995; Beck, 1970; García Delgado y Gastelurrutia, 2003; León, 2003, citado en Pérez, 2006)

Éste plantea que la depresión está relacionada con pensamientos irracionales que acompañan estados emocionales tristes o depresivos, así, la percepción e interpretación que el sujeto tenga del ambiente o de diferentes situaciones, influye para que aparezcan diferentes estados emocionales. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2003). Es decir:

Beck (1976) concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto, existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los tres patrones cognitivos (Beck y Cols, 1979). La triada cognitiva consiste de tres patrones cognitivos que controlan la ideación: una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo. Los esquemas cognitivos, se supone, llevan a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria. Tales distorsiones son los errores cognitivos. Ellos son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización. (Citado en Salinas, 1998)

Según Aron Beck, en los trastornos emocionales existe una distorsión en el procesamiento de la información, como sucede en la depresión, ya que en las personas depresivas existe tal distorsión en el procesamiento de la información con relación a las situaciones de pérdida o privación emocional, pues ante estas situaciones negativas el sujeto deprimido realiza una valoración exagerada. Esta valoración negativa en las personas con depresión, tiene una característi-



ca, lo que Beck denomina triada cognitiva, como el modelo cognitivo de la depresión, así, la triada cognitiva consta de tres patrones cognitivos principales en el sujeto, que determinan una manera característica para que el paciente se perciba así mismo, a los otros y a su futuro.

El primer componente hace referencia a la visión negativa del paciente hacia sí mismo, el segundo componente hace referencia a la interpretación negativa que el paciente hace de la mayoría de sus experiencias, refiriendo esto especialmente a concebir un mundo muy negativo, y por último, el tercer componente de la triada se refiere a la visión negativa de su futuro, y por tanto éste se vislumbra siempre con fracasos, dificultades y sufrimientos. (Beck, et al, 2003)

De igual manera, los demás síntomas motivacionales (poca fuerza de voluntad, evitación, etc.) que presenta un paciente cuando se encuentra deprimido, se encuentran relacionados con estos pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, pensamientos que se encuentran de base. Sin embargo, cabe señalar que los pensamientos negativos del paciente deprimido cuentan con una organización estructural, es decir, de base existen unos esquemas de pensamiento en el sujeto, teniendo en cuenta que un esquema es "una entidad organizacional y estable que contiene todo el conocimiento acerca de uno mismo y el mundo" (Hollon y Kriss 1984, citado en Riso, 1992, 21), son estructuras cognitivas en las cuales se encuentra la información de las personas, situaciones u objetos.

El sujeto cuenta con diferentes esquemas de base que le permiten organizar la información proveniente de los estímulos externos, así, a partir de ellos puede transformar la

información que proviene de sus experiencias en cogniciones, ya sean ideas, pensamientos, o contenidos verbales. Por tanto, en diferentes situaciones, entre éstas la situación de enfermedad, especialmente enfermedad crónica que implica diferentes alteraciones, se activaran ciertos esquemas que contienen información relacionada con tal situación, lo que posibilita entonces estructurar e interpretar las experiencias. Lo que sucede con los pacientes que presentan depresión, es que sus conceptualizaciones frente a ciertas situaciones están distorsionadas y no se ajustan a los esquemas adecuados: "La diferencia principal entre los grupos depresivos y no depresivos, no residiría tanto en la manera de procesar la información, sino en el contenido esquemático. Es decir, mientras los depresivos distorsionan la información en un sentido pesimista o negativo, los no depresivos lo harían en una dirección optimista o positiva". (Riso, 1992, 9)

Existen entonces diferentes causas que pueden provocar la distorsión en el procesamiento de la información, por ejemplo la aparición de un estresor específico o suceso considerado importante, como las enfermedades físicas, especialmente cuando éstas son de carácter crónico. También, actitudes disfuncionales acerca del significado de ciertas experiencias, y una alta valoración por parte del sujeto de la importancia de esas experiencias. Así, en la depresión el procesamiento de la información negativo se encuentra activo, mientras que el procesamiento de la información positiva no se encuentra muy activo en el sujeto. Para que se dé el procesamiento distorsionado y negativo de la información en el sujeto, debe aparecer un suceso estresante, es decir, un desencadenante de la depresión, como la enfermedad, un fracaso laboral, un problema de pareja, etc. (Sanz, 1993)

Esta distorsión en el procesamiento de la información, es lo que puede ocurrir en las pacientes con cáncer, ya que al ser ésta una enfermedad crónica y altamente estresante, al igual que las implicaciones de los tratamientos, da cabida a la aparición de la depresión, pues se activa en mayor medida el procesamiento de la información negativa. Así, las experiencias o acontecimientos, en este caso la enfermedad, pueden ser interpretadas erróneamente, es decir, distorsionadas, considerando que las distorsiones son alteraciones en la forma de ver e interpretar los hechos. (Beriso, Plans y Sánchez, 2002)

De acuerdo con la información de los esquemas y el procesamiento de la información, Beck plantea que existen algunos errores en este mismo procesamiento, errores que han sido clasificados en: (Beck, et al, 2002)

**1. Inferencia arbitraria:** se refiere al adelanto de las conclusiones acerca de algo que no ha sucedido aún, es decir, cuando aún no hay evidencia o cuando la evidencia es contraria a las conclusiones. También indica la interpretación negativa que hace el sujeto sin datos o información que fundamenten las conclusiones.

**2. Abstracción selectiva:** alude a la atención centrada en un detalle extraído fuera de su contexto, y a la vez ignorando otras características importantes de la situación. Es decir, un detalle negativo logra opacar la realidad.

**3. Generalización excesiva:** aquí el sujeto elabora una regla, norma o conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados. Así, esta generalización se aplica tanto para situaciones relacionadas, como las que

no lo son, y el sujeto considera que siempre saldrán más las situaciones, generando desesperanza.

**4. Maximización y minimización:** se refiere a lo que queda reflejado en los errores cometidos al evaluar la magnitud de un evento, errores que constituyen una distorsión. Por tal razón se exagera la importancia de los sucesos o se hace una valoración muy reducida hasta el punto de hacer parecer la situación o hecho como diminuto.

**5. Personalización:** tendencia del sujeto para atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no hay evidencias que permitan realizar tal conexión. Así, el sujeto se atribuye toda la responsabilidad de aquello que tiene consecuencias negativas, generando sentimientos de culpa.

**6. Pensamiento absolutista, dicotómico:** tendencia del sujeto a clasificar la mayoría de las experiencias según una o más categorías opuestas.

Sin embargo, en la depresión se evidencia con mayor frecuencia abstracción selectiva, maximización de la información negativa y personalización de los errores o fallos que suceden en la situación, pero al mismo tiempo se minimiza e ignora la información positiva.

Estos errores en el procesamiento de la información que se dan en la depresión, aparecen con relación a las interpretaciones que el sujeto realiza de sus experiencias, interpretaciones que resultan básicas o primitivas, es decir el sujeto no evalúa la situación a partir de diferentes alternativas o dimensiones, sino a partir de pocas y reducidas categorías. Igualmente, tienden a ser interpretaciones negativas, catastróficas y absolutistas.

Con el fin de disminuir los síntomas de la depresión y mejorar el estado de ánimo de los pacientes que la presentan, Beck planteó la terapia cognitiva, desde la cual se propone una intervención psicológica que resulta importante, ya que su objetivo principal es que el paciente identifique y modifique aquellas conceptualizaciones y creencias distorsionadas que subyacen a las cogniciones, es decir, que el paciente logre cambiar su manera de pensar y, por ende, cambie su estado de ánimo o forma de sentirse.

Es pertinente señalar que los primeros tratamientos para la depresión fueron a nivel farmacológico, sin embargo, después surgen también los tratamientos psicológicos, al tener en cuenta que en las personas con depresión hay cogniciones y emociones poco adaptativas. De los tratamientos psicológicos para la depresión, han sido tres específicamente los que se han reconocido, a partir de varias investigaciones o estudios (Pérez y García, 2001), que han probado su eficacia; estos tratamientos son: a) la terapia de conducta, b) la terapia cognitiva de Beck y c) la psicoterapia interpersonal.

La terapia cognitiva de Beck es uno de los tratamientos psicológicos más reconocidos para la depresión, surge en sus inicios específicamente para tratar la depresión, sin embargo, algunos de sus principios son utilizados para el tratamiento de otros trastornos. Así, la terapia cognitiva empieza a ser reconocida con relación a un influyente estudio del National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin, Parloff, Hadley y Autry, 1985, citado en Pérez & García, 2001) en el cual se pretendía evaluar la eficacia de la terapia cognitiva con relación a la medicación antidepressiva, y finalmente concluyen que hubo un grado mayor de recu-

peración en los pacientes que fueron tratados con esta terapia.

La implementación de la terapia cognitiva en los pacientes deprimidos requiere que en un primer momento se realice una selección de los síntomas objetivos, es decir, aquellos síntomas (físicos, motivacionales, conductuales o fisiológicos) que estén generando un mayor malestar en el paciente. Una vez seleccionados estos síntomas, se da paso a la aplicación de técnicas conductuales con el propósito de que algunas modificaciones conductuales contribuyan a la modificación cognitiva, especialmente cuando el paciente y las personas que lo rodean (familiares y amigos) consideran que él no puede realizar algunas funciones, ya sean laborales, académicas, etc., es decir las técnicas conductuales funcionan en la medida en que permiten que el paciente corrobore sus ideas frente a su incapacidad o poca funcionalidad.

Una vez establecidos tanto los síntomas objetivos como algunas técnicas conductuales, es necesario implementar las técnicas cognitivas como tal, que se llevan a cabo generalmente durante la interacción verbal, terapeuta-paciente. De tal manera, es preciso dar una breve explicación al paciente acerca del objetivo de la terapia cognitiva y de su fundamento, aclarar que algunos pensamientos (esquemas) de base, tienen un efecto negativo en el estado emocional y en las conductas.

Lo que se espera es que el paciente se dé cuenta que puede ser funcional y que está en capacidad de realizar diferentes funciones, lo cual aumentará la satisfacción y la autoestima, afectadas cuando el paciente, al interrumpir diferentes funciones a causa de los síntomas depresivos, se percibe como incapaz, fatigado, insatisfecho y con baja autoestima. (Beck, et al, 2003)

Existen diferentes estrategias o técnicas para llevar a cabo la intervención a partir de la terapia cognitiva, las cuales se utilizan con el fin de proporcionar al paciente diversas alternativas, que permitan la organización de su información de manera lógica, y exista claridad tanto para el terapeuta como para el paciente acerca de la interpretación de la realidad que está haciendo el paciente. Sin embargo las más importantes pueden organizarse en tres grandes grupos: (Riso, 1992 y Beck, et al, 2003)

**1. El empirismo colaborativo:** establecimiento de un equipo de trabajo entre el terapeuta y el paciente, con el fin de examinar y corroborar con soporte científico las creencias del paciente. Por tanto, el trabajo se basa en el contraste de la realidad con tales creencias.

**2. El diálogo socrático y la disputa verbal:** guía e inducción que realiza el terapeuta al paciente, en el reconocimiento de las inconsistencias lógicas de sus formulaciones, atacando y examinando los supuestos que el paciente señala, teniendo en cuenta que ésto se realiza de manera cálida y empática.

**3. El descubrimiento guiado:** aquí el terapeuta lleva al paciente a que genere experiencias comportamentales o psicológicas con el fin de que descubra aspectos relevantes de su personalidad, lo cual se hace a partir de una investigación o autoevaluación de experiencias del paciente. Así, el descubrimiento guiado consiste en mantener una actitud de crecimiento por medio de experiencias nuevas, cada vez más enriquecedoras y cuestionadoras de sí mismo.

En el mismo orden de ideas, lo primero que debe hacer el terapeuta es brindarle al paciente una explicación acerca de la terapia

cognitiva, qué es y en qué consiste, a la vez que le proporciona evidencia acerca de la manera de pensar y su influencia en el estado de ánimo, y por tanto, cómo los pensamientos negativos contribuyen a mantener el estado de ánimo depresivo. Una vez el terapeuta explica la terapia cognitiva, es necesario enseñarle al paciente a identificar pensamientos negativos, lo cual se logra a partir de registros de pensamientos, con el fin de tenerlos como evidencia para mostrarle que está pensando de manera negativa o distorsionada.

Una vez el paciente logra identificar sus pensamientos negativos, el terapeuta los examina en su compañía para someterlos a prueba y conocer si coinciden con la realidad, es decir, evidenciar si lo que el paciente está pensando acerca de las situaciones, coincide con lo que realmente está sucediendo. De manera tal que él empiece a cambiar o corregir esos pensamientos distorsionados, por pensamientos más acordes con la realidad y a la vez aumente su capacidad para realizar inferencias lógicas y realistas. (Beck, et al., 2003)

Para lograr entonces que el paciente depresivo cambie la manera de pensar negativamente y elabore respuestas racionales ante sus cogniciones negativas, se emplean diferentes técnicas cognitivas, como las que ya se mencionaron antes, entre las cuales se encuentra también la técnica de retribución y la técnica de búsqueda de soluciones alternativas. La primera consiste en la revisión de los acontecimientos, por parte del terapeuta y el paciente, utilizando la lógica para atribuir la responsabilidad de los hechos a quien corresponde, ya que los pacientes depresivos tienden a culpabilizarse de los acontecimientos que tienen consecuencias negativas. El objetivo no es librar

al paciente de toda la responsabilidad, sino atribuírsela a quien corresponde. La segunda, técnica de búsqueda de soluciones alternativas, consiste en la búsqueda de diferentes alternativas o interpretaciones ante ciertas situaciones que son problemáticas para el paciente, ya que con esto se le proporciona otra manera de ver los problemas, permitiéndole sustituir las conclusiones negativas por otras más objetivas y reales.

## CONCLUSIONES

A manera de conclusión puede decirse que el cáncer, incluyendo el cáncer de seno, es una enfermedad con diferentes implicaciones, tanto orgánicas como psicológicas y sociales. Una de las implicaciones más frecuentes en los pacientes con cáncer, según algunos autores como Valencia (2006) y Krikorian (2008), es el trastorno de depresión. Así pues, las pacientes con cáncer de seno tienen alta probabilidad de padecer tal trastorno, teniendo en cuenta las implicaciones en la imagen corporal que tales pacientes pueden tener a raíz de la cirugía y los efectos de los tratamientos.

Generalmente hay una activación emocional cuando la persona percibe algunas condiciones internas y externas, las cuales pueden ser de peligro o amenazas; esta percepción conlleva a una valoración subjetiva, cambios fisiológicos y formas de afrontamientos. Así pues los procesos emocionales pueden ser adaptativos a las nuevas condiciones, o por el contrario poco adaptativos o disfuncionales. Estas últimas son las que se encuentran relacionadas con las crisis, recaídas o problemas de salud tanto físicos como mentales, entre los cuales se encuentran algunos trastornos psicológicos. (Fernández, E. & Francesc, 1999)

Con base en lo anterior, cabe señalar que la enfermedad de cáncer y las implicaciones de ésta, generan en los pacientes una activación emocional, ya que la enfermedad es percibida como una situación de amenaza para la salud. La mayoría de emociones en los pacientes con cáncer después del diagnóstico, son adaptativas, sin embargo, si perduran después del tiempo esperado suelen ser disfuncionales, las cuales se relacionan con los trastornos de depresión y ansiedad que generalmente manifiestan los pacientes con cáncer.

Siendo entonces la depresión uno de los trastornos más encontrados en los pacientes con cáncer, entre éstos las mujeres con cáncer de seno, cabe señalar que la psicología, teniendo un campo de actuación en el área de la salud, y entre ésta en el área oncológica, se interesa por realizar intervención psicológica en los pacientes con cáncer, con el fin de mejorar su calidad de vida y su adaptación a la enfermedad.

Dentro de las intervenciones psicológicas para los pacientes con cáncer se encuentra la intervención para algunos de los trastornos que tales pacientes pueden padecer, como la depresión. Desde el enfoque cognitivo conductual se han planteado algunas terapias para tratar la depresión, entre éstas una de las más destacadas es la terapia cognitiva de Beck, la cual cuenta con mucho reconocimiento por su eficacia. Así pues, aunque no son muchas las investigaciones acerca de la aplicación de la terapia cognitiva basada en la propuesta de Beck, en pacientes con cáncer de seno que presentan depresión, algunos autores como Olivares (2004), Barraza (2004) y Lara (2006) plantean a partir de sus estudios, cómo tal terapia es pertinente para la disminución de síntomas depresivos en pacientes con cáncer, incluyendo el cáncer de seno.

De igual manera, la terapia cognitiva propuesta por Beck, desde sus inicios tuvo un especial interés por la intervención en pacientes con depresión, considerando que la depresión puede presentarse en una persona a partir de una o varias situaciones, como la situación de enfermedad crónica que implica alteraciones orgánicas y psicológicas. Las situaciones activan en la persona los esquemas que contienen la información, sin embargo, la información con relación a los hechos se encuentra distorsionada en las personas con depresión. Esto es lo que puede ocurrir en las pacientes con cáncer de seno desde el momento del diagnóstico, hasta las implicaciones de los tratamientos.

Las pacientes con cáncer de seno que presentan depresión, al igual que otras personas con este trastorno, pueden disminuir los síntomas depresivos a partir de la terapia cognitiva basada en los fundamentos de Beck, ya que esta terapia cuenta con varios estudios como el realizado en el National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program

(Elkin, et al, 1985 citado en Pérez, et al; 2001), que demuestran su efectividad para disminuir los síntomas depresivos, teniendo en cuenta que uno de los objetivos de ésta es la modificación de algunos pensamientos y conductas negativas. En el caso de las pacientes con cáncer, estaría enfocada a modificar estos pensamientos y conductas con relación a la enfermedad, por otros más adaptativos.

Finalmente hay un gran campo de investigación con relación a la efectividad de la psicoterapia individual con tratamientos cognitivos, específicamente en pacientes con cáncer de seno que presentan depresión a raíz de las diferentes implicaciones de la misma enfermedad, incluyendo las creencias o distorsiones que tales pacientes pueden presentar a partir de su cáncer y la relación que existe con las implicaciones a nivel corporal a raíz de los tratamientos. Esto con el fin de presentar mayores relacionadas con aspectos específicos en cuanto a la implementación y efectos de la terapia cognitiva en estas pacientes.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaira, I.; Etxeberria, A. & Valdosedá, M. (2001). [Versión Electrónica]. Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. Artículo especial. Departamento de Psicología de la Universidad de Deusto. Bilbao.

Arrivillaga, Q. M.; Correa, S. D.; & Salazar, C. I. (2007). Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica. Bogotá: Editorial Manual Moderno.

Barraza, P. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con residua por cáncer de mama. *Revista Psicooncología* Vol. 1 N° 1. pp. 165-178.

Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B.; & Emery, G. (2003). *Terapia cognitiva de la depresión*. New York: Editorial Desclee de Brouwer.

Beriso, A., Plans, B. & Sánchez I. (2002). *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual*. Madrid: Editorial ESO.

Branch, V. (2007). La autoimagen femenina, posterior a una mastectomía. Trabajo de grado para optar al título de psicóloga. Programa de Psicología, Universidad Católica Popular del Risaralda, Pereira.

Fernández, E. & Francisc, A. (1999). *Emociones y salud*. España: Editorial Ariel Psicología.

Guevara, P. G. (2000). Cáncer y evolución; *Revista Colombiana de Cancerología*, 5, 2, 14-21.

Ibáñez, E. (2004). El papel del psicólogo en los planes nacionales de oncología, *Boletín de Psicología* n° 82, Noviembre. Universidad de Valencia.

Instituto Nacional del Cáncer. Recuperado 27 de abril de 2008. <http://www.cancer.gov/español>. Cáncer de mama.

Krikorian, A. (2008). Cognición y cáncer: el rol de las estrategias de afrontamientos. Ponencia presentada en el IV encuentro colombiano de terapia cognitiva, Medellín, Colombia.

Lara, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. En: *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, Vol. 2 N° 2, pp. 241-257.

Lugo, M.; Martínez, D.; Alizo, J. & Sojo, V. (2006). Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente: valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*. Vol.52 N° 106. Recuperado 30 de mayo de 2008 de: [www.infomedicoline.com/biblioteca/revista/psiquiatria/vol52n106/at452.pdf](http://www.infomedicoline.com/biblioteca/revista/psiquiatria/vol52n106/at452.pdf)

- Murillo, M., Alarcón, A. (2006). Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer. *Revista colombiana de psiquiatría*, Vol. XXXV-suplemento, 1.
- Olivares, C. M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 22, 29-48
- Pérez, A, G. (2006). Cáncer de mama y depresión. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Vol 9 N° 2. Universidad Iberoamericana.
- Pérez, A, M. & García, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Revista Psicothema* Vol 13 N° 3, pp.493-510
- Riso, W. (1992). *Depresión*. Medellín: Ediciones Gráficas Ltda.
- Rojas, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica, Clínica Las Condes*, N° 17 Vol. 4, 194-197
- Sánchez, M,; J. Rosa & Olivares, R, J. (1999). Las técnicas cognitivo conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Revista Psicothema*, Vol. 11 N° 3, pp. 641-654. Universidad de Murcia.
- Salinas, J. (1998). La aplicación de técnicas cognitivo y conductuales para el tratamiento de la depresión: Un Caso. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. Vol. 1 No. 1. [Versión Electrónica]
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, Vol. 2 N° 9, pp. 133-170.
- Simón, M. A. & Otros. (1999). *Psicología de la salud, fundamentos metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Valencia, L. S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología* Vol. 2 N° 2, 241-252.
- Velásquez, M. A; García, C. M. Alvarado, A. S. & Ángeles, S. (2007). Cáncer y psicología. *Gaceta mexicana de oncología*. Vol. 6 N° 3, pp. 71-76 [Versión electrónica]. Artículo original.