

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Terapia Dialéctica Conductual para Regulación Emocional en  
Pacientes Oncológicos  
Proyecto de Investigación**

**Diana Gabriela Castillo Pita**

**Psicología Clínica**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Psicóloga Clínica

Quito, 30 de abril de 2019

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Terapia Dialéctica Conductual para Regulación Emocional en Pacientes  
Oncológicos**

**Diana Gabriela Castillo Pita**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico:

Ana Francisca Trueba, PhD.

Firma del profesor:

---

Quito, 30 de abril de 2019

### **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

---

Nombres y apellidos:

Diana Gabriela Castillo Pita

Código:

00128420

Cédula de Identidad:

1723854814

Lugar y fecha:

Quito, 30 de abril de 2019

## RESUMEN

Las personas con un diagnóstico de cáncer se enfrentan a una enfermedad crónica que afecta su salud física y mental. Investigaciones con esta población han encontrado una alta incidencia de trastornos mentales como ansiedad y depresión, además de un deterioro en la calidad de vida derivado de comportamientos desadaptativos por falta de habilidad para comprender y manejar de manera funcional las emociones abrumadoras. La regulación emocional, componente de la Terapia Dialéctica Conductual, propone una forma eficaz de manejar las emociones no placenteras, generando un bienestar en la vida del paciente diagnosticado con una de las enfermedades más comunes en los últimos años. En el futuro se puede continuar la investigación sobre la incidencia de nuevos trastornos mentales dentro de la población oncológica con el objetivo de enlazarlos con técnicas de Terapia Dialéctica Conductual aplicables para los síntomas de dichas patologías.

Palabras clave: Terapia Dialéctica Conductual, regulación emocional, Pacientes Oncológicos, Ansiedad, Depresión

## ABSTRACT

People with a cancer diagnosis face a chronic disease that affects their physical and mental health. Research with this population has found a high incidence of mental disorders such as anxiety and depression, as well as a deterioration in the quality of life derived from maladaptive behaviors due to the lack of ability to comprehensively understand and handle overwhelming emotions. Emotional regulation, a component of Dialectic Behavioral Therapy, proposes an effective way of managing non-pleasurable emotions, generating a well-being in the life of the patient diagnosed with one of the most common diseases in recent years. In the future, research on the incidence of new mental disorders within the oncological population can be continued with the aim of linking them with applicable Dialectical Behavioral Therapy techniques for the symptoms of these pathologies.

*Key words:* Dialectic Behavioral Therapy, Emotional Regulation, Oncological Patients, Anxiety, Depression.

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
<b>DISEÑO Y METODOLOGÍA.....</b>	<b>22</b>
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>26</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>26</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>28</b>

## **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**

### **TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA REGULACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

#### **Planteamiento del Problema.**

El cáncer es una enfermedad que en el último año terminó con la vida de aproximadamente, 609 640 personas en Estados Unidos (Instituto Nacional del Cáncer, 2018). Esta patología es considerada una de las principales causas de muerte en regiones de África, Asia y América Central y del Sur (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Sin embargo, gracias a los avances científicos ha mejorado la calidad y expectativa de vida de miles de personas diagnosticadas con cáncer.

La persona diagnosticada con cualquier tipo de cáncer, se enfrenta una enfermedad que impactará física y psicológicamente: a sí mismo y a sus familiares, y significará, además múltiples cambios en su estilo de vida, en sus creencias centrales y sistema de valores. Después de un diagnóstico de cáncer, la persona que padece esta enfermedad atraviesa distintas etapas relacionadas con su tratamiento, exámenes invasivos y no invasivos, operaciones, quimioterapias, radioterapias, hormonoterapia e inmunoterapia y las consecuencias físicas que estos procedimientos traen consigo (Die Trill, 2003). Con el paso del tiempo el paciente oncológico se va desgastando físicamente y emocionalmente, y entonces se enfrenta a una enfermedad que podría terminar con su vida y a la incertidumbre de una recuperación exitosa o una recaída en cualquier momento. Así, a mediados de 1970 nace formalmente la psicooncología, rama de la psicología que se enfoca en las psicopatologías y busca mejorar la calidad de vida de los pacientes de cáncer; de la mano del aumento de casos de cáncer, van creciendo y progresando las investigaciones en esta área de la psicología (Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013).

En un estudio realizado por Hernández y colaboradores, se demostró que los pacientes oncológicos presentan una mayor prevalencia de psicopatologías como ansiedad, estrés, mayor malestar emocional y trastorno de adaptación que aquellos que no han sido diagnosticados con esta enfermedad (Hernández et al., 2012).

El enfrentarse a una enfermedad como el cáncer implica un cambio en el esquema de valores, un reenfoque de los objetivos y metas planteadas a corto y largo plazo, se reorganizan las prioridades y, en algunos casos, las creencias acerca de sí mismo, el mundo y el futuro, se transforma y de vuelve dubitativas (Die Tril, 2003). Por esto, y por las implicaciones médicas y sociales que trae consigo la enfermedad, se puede decir que es una modificación constante de los estados de ánimo del paciente. En un estudio realizado por Durá, Andreu, Galdón y colegas, se comprobó que los pacientes oncológicos que tienen un mayor nivel de angustia psicológica durante su tratamiento contra el cáncer son aquellos que evitan las emociones que podrían causar un displacer o un malestar emocional (Durá et al., 2010).

Los pacientes oncológicos presentan mayor prevalencia de psicopatologías que aquellos que no tienen esta enfermedad, especialmente desórdenes como ansiedad, depresión y trastorno de adaptación. Los trastornos mentales tienen como generalidad la inflexibilidad o la incapacidad de cambio y amoldamiento a las circunstancias que rodea a la persona. En un desorden mental, las emociones, comportamientos y pensamientos desempeñan un papel importante, ya que existe una influencia bidireccional entre estos tres elementos de la psique humana (Dekker, et al., 2017). Los sentimientos influyen en salud mental de los pacientes con cáncer; según un meta-análisis realizado por Dekker y colaboradores, se encontró que la



desregulación emocional que presenta la población oncológica con respuestas emocionales mal adaptativas (Dekker, et al., 2017).

### **Objetivos y Pregunta de Investigación.**

Como se ha demostrado en varios estudios, el cáncer es una enfermedad física que afecta drásticamente a la persona que lo padece; trae consigo un desequilibrio emocional que es difícil de llevar; son emociones intensas y variables con las cuales la persona debe aprender a convivir y aceptar para llevar una óptima salud mental y, por consiguiente, una mejor calidad de vida. La Terapia Dialéctica Conductual está estructurada de manera que la regulación emocional es una de sus bases; se han desarrollado diversas herramientas para fortalecer este aspecto, y múltiples investigaciones han corroborado el éxito de esta. La terapia dialéctica conductual tiene como objetivo enseñar al paciente habilidades en el manejo funcional las emociones abrumadoras.

Esta terapia fue creada por Marshal Linehan, y cuenta con múltiples estrategias para lograr reducir las consecuencias negativas de dicha activación emocional, es decir, comportamientos o cogniciones desadaptativos que esas emociones generan en la persona. Para esto se han desarrollado múltiples actividades, cuyo objetivo es promover el fortalecimiento e internalización de herramientas de regulación emocional.

Una persona que tiene cáncer atraviesa diversas emociones que vienen, van, se intensifican o desaparecen, según las etapas de tratamiento, remisión o recurrencia del cáncer que padecen. Por esto la regulación emocional, es decir, el manejo de esas emociones, aceptarlas, no evitarlas o negarlas y mejorar la calidad de vida es un aspecto imprescindible dentro de una intervención psicológica con un paciente oncológico.

A pesar de esta relevante asociación entre pacientes oncológicos, TDC y su componente de regulación emocional, no existe mucha investigación acerca de cómo las herramientas de regulación emocional utilizadas en Terapia Dialéctica Conductual pueden promover y mejorar la sintomatología psicológica de un paciente con cáncer. El ámbito emocional es un aspecto relevante en el tratamiento psicooncológico; por esto, cabe preguntarse: ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Dialéctica Conductual ayuda a la regulación emocional en pacientes con cáncer?

### **Justificación.**

El presente estudio pretende demostrar la funcionalidad de la Terapia Dialéctica Conductual en el desarrollo de habilidades de manejo y regulación emocional, lo que favorecerá la calidad de vida y, por ende, constituirá un antídoto contra el sufrimiento.

Investigaciones avalan la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento con pacientes que tienen problemas de desregulación emocional, lo cual es una característica importante para el tratamiento con pacientes oncológicos cuyas abrumadoras emociones son difíciles de manejar por su estado de salud. Este estudio quiere despertar interés de nuevas investigaciones que profundicen este abordaje del paciente oncológico y el análisis de los múltiples beneficios en el manejo de emociones que este tipo de terapia, específicamente, ayuda a esta población.

### **Marco Teórico.**

Durante el siglo diecinueve, diagnosticar cáncer era sumamente raro; en consecuencia no existía un tratamiento y la muerte era segura; siendo una enfermedad, desconocida,

surgieron mitos y tabúes sobre este mal, lo que propició que la palabra cáncer generara miedo y pensamientos de peligro y muerte, percepción que aún subsiste. Con la llegada del siglo 20, el panorama cambia, y la posibilidad de intervenciones quirúrgicas logran evitar la muerte. Es la gran opción para aquellos con esta enfermedad (Watson, Dunn, & Holland, 2014), aunque más tarde, nuevos estudios e investigaciones encontraron a la radioterapia y quimioterapia, tratamientos que en conjunto generan esperanza en los pacientes con cáncer por una mayor la posibilidad de remisión y una alta calidad de vida (Watson, Dunn, & Holland, 2014).

Hoy por hoy el cáncer termina con la vida de millones de personas alrededor del mundo. La posibilidad de sobrevivir a esta enfermedad ha ido creciendo gracias a los avances científicos que han generado tratamientos eficaces para esta patología

Al mismo tiempo que la incidencia de esta enfermedad y la expectativa de vida de quienes la padecen, iba creciendo, se iba generando una nueva necesidad. ¿Cómo los pacientes oncológicos estaban manejando emocionalmente su enfermedad y su tratamiento agresivo? ¿cómo esta enfermedad les afectaba en las distintas áreas de su vida, laboral, familiar, sexual o social? ¿Qué conductas mal adaptativas se estaban creando? ¿Qué cogniciones se formaban en un paciente oncológico? ¿En general, cómo se estaba adaptando a los cambios?, ¿se estaban generando psicopatologías que empeorarán la calidad de vida del paciente?

Como respuesta a las preguntas anteriormente planteadas, desde la década de los 70's' 80's, médicos oncólogos reconocen la necesidad de un cuidado psicológico para los pacientes diagnosticados con cualquier tipo de cáncer (Watson, Dunn, & Holland, 2014). En virtud de

esto se crea una rama de la psicología denominada psicooncología misma que se enfoca en la adaptación del paciente a su enfermedad y todos los cambios físicos y emocionales que esta conlleva (Garssen, et al., 2016). La psicooncología busca intervenir en las diferentes psicopatologías, conductas o emociones mal adaptativas que se van generando en el paciente oncológico, razón por la cual el psicooncólogo es importante y necesario dentro del equipo multidisciplinario en el área oncológica (Heron-Speirs, Harvey, & Baken, 2013). El profesional, en el área de psicooncología, acompaña al paciente en los diferentes estadios de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento – cirugía, sesiones de radio y quimioterapia-, cuidados durante y después de la enfermedad (Levy & Fann, 2008).

El padecer una enfermedad crónica implica el compartir este evento y las emociones que ella produce, con las personas que te rodean. El paciente con cáncer no es la excepción; comparte los aspectos negativos y estresantes de su experiencia con quienes están a su alrededor, lo que contribuye a generar una narrativa que represente el evento estresante y doloroso (Cantisano, Rimé, & Muñoz-Sastre, 2012). El compartir las emociones, socialmente, es una parte relevante en el proceso de adaptación emocional y social de la enfermedad. Se han realizado estudios en hombres con cáncer de próstata y los resultados han arrojado que el hecho de compartir las emociones socialmente promovió una mejor forma de afrontamiento de la enfermedad en el aspecto de salud mental (Cantisano, Rimé, & Muñoz-Sastre, 2012). A pesar de la evidencia que respalda la importancia del compartir las emociones socialmente, los pacientes no siempre se sienten bien haciéndolo, pues son proclives a sentirse heridos o atacados. Esto debido a los mitos, temores y prejuicios sobre esta enfermedad (Cantisano, Rimé, & Muñoz-Sastre, 2012).

La literatura indica que uno de los problemas más frecuentes a los que se enfrenta una persona con cáncer, cuando comparte sus emociones y su enfermedad con los demás, es el sentirse culpable de tener dicha enfermedad. A pesar de estar en el siglo 21, las sociedades siguen creyendo que el tener cáncer es producto de cómo la persona ha manejado sus emociones o cómo ha sido el estilo de vida. Tienden a concluir que era una enfermedad que se hubiese evitado si la persona hubiera hecho las cosas mejor. Es común observar personas que tienen un juicio formado y firme acerca de por qué una persona desarrolla cáncer y otra no. En definitiva, existe una tendencia a responsabilizar a la propia persona por el cáncer que padece, generando, así, emociones como vergüenza y culpa (Gibson, Broom, Kirby, Wyld, & Lwin, 2016).

En estudios realizados por Zuccheromaglio y Alby, se detectaron tres estrategias utilizadas por los pacientes oncológicos al momento de relacionarse con la sociedad: en la primera, los pacientes confían abiertamente, interactúan y reciben apoyo de su grupo social; en la segunda, decidieron aislarse o alejarse del resto con el objetivo de evitar ser lastimados, y una última estrategia, en la que los pacientes mantienen un equilibrio de las dos estrategias antes mencionadas (Zuccheromaglio & Alby, 2017). La estrategia que se utilice dependerá de los recursos psicológicos personales de cada paciente con cáncer, así como del apoyo, del contexto social y el tipo de cultura en la cual se desenvuelva.

La cultura juega del paciente influye en esta enfermedad. Su concepción de la vida y de la misma enfermedad, su capacidad de salir fortalecido de un problema, le permitirá asumir de mejor manera su situación. La cultura establece estereotipos para cada género: masculino o femenino, y son diferentes los roles que ejercen cada uno de ellos.

Investigaciones efectuadas indican que las mujeres son más propensas a buscar y recibir apoyo emocional de las personas que la rodean (Zabalegui, 2013).

Los hombres diagnosticados con cáncer presentan un mayor nivel de estrés y depresión que aquellos que presentan sólo un diagnóstico de infertilidad (Miner, 2018), entendible porque el cáncer, aparte de representar posibles problemas de infertilidad, afecta su masculinidad, causa un impacto negativo como proveedor y protector de su familia (Zabalegui, 2013). Y rehúsan a buscar apoyo emocional en su entorno social, ya que lo asocian con conducta femenina. Los hombres, por prejuicios o atavismo cultural rehúsan a buscar apoyo profesional o familiar; blogs on line, suplen, comúnmente, esa carencia (Miner, 2018). En general, para hombres y mujeres, el apoyo emocional y social es importante en dentro de la calidad de vida y salud mental del paciente con cáncer. Crothers y colaboradores, en su investigación realizada en 2006, concluyeron que la percepción de apoyo emocional, social y el afecto demostrado por los seres queridos y personas cercanas al paciente está correlacionado con su nivel de esperanza (Crothers, Tomter, & Garske, 2006).

Diversos estudios ratifican la influencia positiva que ejerce la percepción de apoyo emocional y social de la familia, amigos y personal médico en la salud mental del paciente oncológico. Durante el tratamiento oncológico, la confianza que el paciente tenga con sus médicos tratantes está relacionada con la presencia o ausencia de insomnio. A mayor confianza en el personal médico menor ansiedad se generará en el paciente y, por lo tanto, mayor calidad de sueño, menos episodios de insomnio y, en general, una menor presencia de sintomatología de estrés y ansiedad (Corey, 2008).

Los pacientes con cáncer en edad adolescente, necesitan el fortalecimiento de su red de apoyo. El sentirse identificados con sus pares es un aspecto psicológicamente importante, ya que a raíz de la enfermedad han desarrollado una alta dependencia con sus padres que afecta su autoconcepto y genera una percepción de incapacidad para controlar su enfermedad y manejar su vida por sí solos (Corey, 2008), todo esto provoca emociones de frustración, miedo, desesperanza, culpa, entre otras emociones, que pueden ser experimentadas como desbordantes.

Otro aspecto relevante en la vida de un paciente con diagnóstico de cáncer es su trabajo. Muchas veces el ámbito laboral se convierte en una fuente de estrés, preocupación y, en algunos casos, de graves problemas tanto emocionales como físicos. El trabajo es sinónimo de fuente de ingresos, mismos que son imprescindibles durante el tratamiento de esta enfermedad, sin embargo, el despido de personas recién diagnosticadas con cáncer es común (Frazier, 2009). La inestabilidad económica es un problema más que el paciente oncológico debe sobrellevar (Faatin, 2011), así como la pérdida de una red de apoyo social como los compañeros de trabajo (Sesto, 2011).

Para aquellos pacientes que no han perdido su empleo, los conflictos que deben vencer son diferentes. El retorno al trabajo después de un tratamiento agresivo, como la quimioterapia (y sus efectos secundarios) o una operación mayor, constituye uno de los estresores más grandes, ya que el nivel de productividad y desempeño laboral no será el mismo, lo que ocasionará disgustos entre compañeros de trabajo y llamadas de atención por parte de jefes (Frazier, 2009).

Adicionalmente, no se puede olvidar del malestar y dolor físico que un paciente con cáncer puede experimentar, en ocasiones se necesitará de adaptaciones laborales o físicas que mejoren la forma en la cual las personas en tratamiento de cáncer o sobrevivientes de él puedan trabajar y tener un estado de bienestar dentro de su ambiente laboral (Sesto, 2011); lastimosamente en la mayoría de ocasiones estos aspectos no son tomados en cuenta y es el paciente con cáncer quien debe adaptarse al ambiente y reglas laborales.

Sin embargo, el tener un trabajo no siempre es considerado un problema, ya que se ha comprobado que las persona diagnosticadas con cáncer afirman que el trabajar les ayuda a sentir que las cosas en su vida siguen normales y esto les genera la sensación de mantener el control (Frazier, 2009). Si existe una buena relación con los compañeros de trabajo y los jefes, este aspecto aumentará la calidad de vida de la persona con cáncer (Frazier, 2009).

Un diagnóstico de cáncer tiene implicaciones en la pareja. Por un lado, están aquellos hombres y mujeres que no tienen un compromiso formal y que después de una enfermedad complicada como el cáncer, buscan su pareja ideal. Sin embargo, para que esto suceda, deben conocer a la persona, tratarla y permitir que le conozcan. Este proceso de involucrarse de manera romántica con una nueva persona genera mucha ansiedad por los múltiples obstáculos que se debe atravesar (Shaw, Sherman, & Fitness, 2016).

Estos obstáculos se relacionan con aspectos físicos de la enfermedad como el cansancio y aspectos psicológicos como baja autoestima, debido a efectos secundarios del tratamiento (pérdida del cabello o aumento de peso o la inconformidad con su autoimagen por la amputación de alguna parte de su cuerpo), lo que vuelve conflictiva la intimidad, específicamente lo sexual. Es común que una mujer que se sometió a quimioterapia o una



mastectomía, a causa de cáncer de seno, experimente los problemas antes mencionados. La investigación indica que estas dificultades están presentes en los pacientes con todo tipo de cánceres (Shaw, Sherman, & Fitness, 2016). Los hombres diagnosticados con cáncer de próstata que han recibido el tratamiento correspondiente, pueden presentar disfunción eréctil. En estos casos la intervención de un profesional de la salud mental es importante (Schover, 2004).

Tanto en el caso de disfunción sexual como en la mastectomía, se está hablando de la pérdida de símbolos que, culturalmente, las personas han internalizado como aspectos de identificación del rol masculino y femenino. El paciente oncológico se siente menos masculino/femenino y esto tendrá un impacto en cómo se observará a sí mismo y cómo relacionaría con el sexo opuesto. El comunicar y dialogar con la futura pareja sobre temas relacionados con la enfermedad y sus consecuencias, son un asunto que ahora genera ansiedad, miedo y preocupación en el paciente con cáncer (Shaw, Sherman, & Fitness, 2016).

Por otro lado, hay los pacientes que ya han establecido una relación formal antes del diagnóstico de la enfermedad. Se ha observado que este diagnóstico afecta de diferente forma tanto a los matrimonios jóvenes como a los matrimonios antiguos. Los matrimonios jóvenes que padecen cáncer de uno de los dos miembros, experimentan mayores ansiedad y estrés que los matrimonios antiguos (Hasson-Ohayon, Goldzweig, Dorfman, & Uziely, 2014).

La hipótesis que la investigación generó está relacionada en las etapas de vida por las cuales cada tipo de matrimonio atraviesa. Las parejas jóvenes comienzan su vida familiar, negocian las tareas del hogar, el cuidado de hijos y el trabajo; es decir, manejan mayor estrés y carga emocional. Los matrimonios con más años de antigüedad ya han pasado esta etapa e

incluso tienen más herramientas de resolución de conflictos (Hasson-Ohayon, Goldzweig, Dorfman, & Uziely, 2014).

En general, las personas con cáncer atraviesan una gran cantidad de dificultades que comienzan con el diagnóstico de esta enfermedad; estos problemas generan una carga y desgaste emocional importante, ya que cada obstáculo se ve acompañado de diferentes tipos de emociones que producen displacer o estrés emocional que, al final del día, afecta la calidad de vida del paciente oncológico.

Investigaciones en esta área indican que los problemas de salud mental, relacionados con depresión, ansiedad y malestar emocional, tienen mayor frecuencia en la población oncológica que en la población general (Hernández et al., 2012). Bert Garssen PhD & Marije van der Lee aplicaron una encuesta en la cual psicooncólogos profesionales reportaron que aproximadamente el 53% de sus pacientes oncológicos tienen síntomas o cumplen con los criterios de depresión y/o ansiedad (Garssen & Van der Lee, 2011)

Ansiedad y depresión son las psicopatologías más frecuentes y comórbidas entres sí, según lo investigado por Van Oers y Schlebusch, aproximadamente dentro del 62 al 85% de pacientes con cáncer presentan criterios de diagnóstico para una o los dos trastornos mentales. Las causas de estas psicopatologías no solo están relacionadas con los problemas sociales, laborales, personales y de pareja que esta enfermedad genera, sino que también se ve involucradas las distintas etapas de la enfermedad, así como los distintos tipos de tratamiento (Van Oers & Schlebusch, 2013). En el caso de la radioterapia se encontró que “un 50% de los pacientes .... tiene algún trastorno mental: 3.4% trastornos depresivos, 10.3%

ansiedad y 5.7% otros trastornos.” (Hernández & Cruzado, 2013, pag. 2); es común que estas cifras se eleven a medida que este tipo de tratamiento va avanzando (Annunziata, 2012).

La ansiedad es una emoción cuya intensidad fluctuará a lo largo de la vida del paciente con cáncer; sin embargo, recientes investigaciones han determinado que los picos más altos de ansiedad se dan en el diagnóstico de la enfermedad y en el comienzo del tratamiento. Al hablar de tratamientos se está hablando de procedimientos médicos que van desde la ingesta de una pastilla hasta varias sesiones de quimioterapia y cirugías para retirar una parte del cuerpo. Debido a los efectos secundarios, en la quimioterapia o en la radioterapia es común que los pacientes experimenten un nivel más elevado de malestar emocional, debido a su estado físico de vulnerabilidad. Así mismo, el someterse a intervenciones quirúrgicas, procedimientos médicos invasivos y exámenes decisivos son eventos que causan un elevado y prolongado nivel de ansiedad y síntomas depresivos (Van Oers & Schlebusch, 2013).

Es común observar a pacientes con cáncer que presentan sintomatología de ansiedad y depresión; por esto diversos estudios han analizado un riesgo de suicidio dentro de esta población, entre dos a diez veces mayor de cometer suicidio que la población general (Costantini, et al., 2014); en otras palabras, un paciente con cáncer que tiene síntomas de ansiedad, depresión y, en general, que presenta un malestar emocional elevado, es más propenso a cometer suicidio (Diaz-Frutos, Baca-Garcia, Mahillo-Fernandez, Garcia-Foncillas, & Lopez-Castroman, 2016).

Constantine y colegas encontraron que existen factores que inciden y aumentan el riesgo de suicidio. Un factor es la edad del paciente, pero personas adultas mayores tienen

más ideas de suicidio por el malestar físico y emocional que produce el cáncer. Otro factor es la calidad de vida que le espera al sobreviviente de cáncer, además de los efectos secundarios a largo plazo, que cada uno de los tratamientos trae consigo, no han encontrado diferencias de género (Costantini, et al., 2014).

Como ha demostrado la bibliografía, los pacientes oncológicos atraviesan distintas etapas y procesos de vida que los diferencian de la población en general. Los retos laborales, sociales y familiares están presentes en el día a día de la persona y significan nuevas e intensas emociones que, por su naturaleza, sobrepasan al paciente y sus recursos psicológicos, por lo cual la regulación emocional, el saber aceptar y sobrellevar estas emociones, es imprescindible para un paciente con cáncer, pues desde el momento del diagnóstico su vida se convierte en una montaña rusa de situaciones y emociones. Las emociones están presentes, son adaptativas y nos comunican una necesidad por lo que evitarlas no es la solución; al contrario, la evitación emocional lleva a una disminución de la calidad de vida de quien la practica (Bonacchi, 2012). Por esto, una intervención psicológica importante y necesaria para esta población está basada principalmente en el aprendizaje de regulación emocional, mindfulness y tolerancia al malestar, principios de la Terapia Dialéctica Conductual.

En 1991, Marsha M. Linehan creó la Terapia Dialéctica Conductual como una opción para la intervención de personas con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad; sin embargo, con el tiempo la aplicación de esta nueva terapia se ha ido ampliando, con resultados positivos, a diferentes desórdenes mentales como el consumo de alcohol, víctimas de violencia doméstica, ideación suicida, problemas alimenticios y una nueva forma de intervención para la depresión resistente al tratamiento. Esta nueva generación de terapia

tiene sus bases en la teoría dialéctica y la teoría biopsicosocial. Estas teorías resaltan el rol de la relación entre la desregulación emocional, es decir, emociones sobre controladas o descontroladas, y el comportamiento como fuente de las dificultades y problemas de la persona y, por ende, de las psicopatologías que presente (Linehan, 2015).

Existen 4 pilares en los que se basa la Terapia Dialéctica Conductual (TDB) y son: Tolerancia al malestar, Mindfulness, Regulación Emocional y Efectividad interpersonal. Como primer pilar se encuentra la tolerancia al malestar que hace referencia a la habilidad de afrontar situaciones o eventos de la vida que generen emociones y pensamientos desbordantes de manera funcional y adaptativa (Mckay, Wood & Brantley, 2007).

Mindfulness es un término que se refiere a la habilidad de vivir en el presente sin juzgarlo; esto quiere decir que el enfoque principal es el aquí y ahora, no las situaciones del pasado ni los posibles eventos del futuro, así mismo, tiene un amplio componente de aceptación de los pensamientos negativos sobre ti mismo o sobre los demás (Mckay, Wood & Brantley, 2007).

La regulación emocional comienza con la habilidad de reconocer e identificar las distintas emociones para después lograr que el paciente pueda sentirlas, experimentarlas y manejarlas sin llegar a sentirse abrumado o a realizar comportamientos desadaptativos que impliquen autolesiones. Como último pilar está la efectividad interpersonal, cuya meta es el lograr que el paciente exprese sus emociones, necesidades, límites y negociación de conflictos de manera adecuada con el objetivo de no dañar o irrespetar a los demás, pero, al mismo tiempo, sin dejar de lado las propias necesidades (Mckay, Wood & Brantley, 2007).

La eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual ha sido altamente investigada, siempre con resultados positivos hacia la regulación emocional y el cambio de comportamientos en los pacientes. Carlson y colegas en su investigación “The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up” encontraron que una intervención basada en mindfulness durante siete semanas, genera resultados positivos en el paciente; disminuye su nivel de estrés y de malestar emocional; más aún, estos cambios se mantienen por 6 meses después de la intervención (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen, & Speca, 2001).

En conclusión, DBT, por sus siglas en inglés, tiene como objetivo principal el entrenamiento del paciente en las habilidades basadas en los cuatro pilares antes mencionados y generar un cambio en sus patrones de pensamientos, comportamientos, en lo emocional y en su forma de expresarse y relacionarse con las personas que le rodeen (Linehan, 2015).

## **Diseño y Metodología**

### **Diseño.**

La presente investigación pretende demostrar la influencia y efectividad del componente de regulación emocional de la Terapia Dialéctica Conductual en pacientes con un diagnóstico de cáncer. La metodología del estudio es de tipo cuantitativo con enfoque experimental; se realizará una prueba T para muestras independientes. La variable independiente de este estudio es la aplicación o no de Terapia Dialéctica Conductual, tanto que la variable dependiente será los resultados obtenidos del test HADS.

**Población.**

Para el estudio se tomará como población hombres y mujeres de estrato socio-económico bajo y medio, entre 40 a 55 años de edad, pacientes del Hospital Oncológico Solca Núcleo de Quito diagnosticados de cáncer en estadio T2N2M0, lo cual quiere decir que el tamaño o extensión (T) del tumor esté en nivel dos, el número y ubicación de los ganglios afectados (N) esté en nivel dos, y no exista metástasis en otras partes del cuerpo. Se excluirá del estudio a aquellos pacientes diagnosticados de una psicopatología, como desórdenes emocionales, trastornos de la personalidad, abuso o dependencia de sustancias entre otros, previos al diagnóstico de cáncer.

**Instrumentos o materiales.**

Se utilizará la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) por su nombre en inglés. Esta escala autoadministrada, consta de 14 preguntas y fue desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983, es la escala más utilizada en ambientes hospitalarios no psiquiátricos por su sensibilidad hacia la sintomatología depresiva y ansiosa ya que mide los niveles afectivos y cognitivos, dejando de lado los aspectos somáticos de estos desórdenes para evitar posibles confusiones o asociaciones de esta sintomatología con efectos secundarios y malestares propios de la enfermedad. Diversas revisiones a esta herramienta psicológica han determinado que tiene una confiabilidad de 0.67 a 0.93, tanto para sintomatología ansiosa como depresiva. En cuanto a la sensibilidad y especificidad se concluyó que esta es de 0.80 para los dos factores, es decir, sintomatología de ansiedad y depresión (Galindo Vázquez, 2015). Un estudio acerca de la confiabilidad y validez realizado en

pacientes oncológicos en Colombia ha obtenido resultados similares (Rico, Restrepo, & Molina, 2005).

### **Procedimiento de recolección de datos.**

Se reclutará a 26 pacientes oncológicos del Hospital Oncológico Solca Núcleo Quito según los criterios de inclusión y exclusión planteados anteriormente. Se entregará un consentimiento que contenga, de forma clara y precisa, información relevante a la investigación; una vez firmado dicho consentimiento, a los participantes se les clasificará de manera aleatoria y homogénea en dos grupos: experimental (recibirá la intervención) y grupo control. A los pacientes de ambos grupos se les aplicará, de manera individual, la herramienta psicométrica HADS. Una vez administrada la escala se intervendrá en los pacientes del grupo experimental.

La intervención de Terapia Dialéctica Conductual consta de 10 sesiones individuales con un psicólogo clínico con entrenamiento y experiencia en este tipo de terapia psicológica. Las sesiones terapéuticas se llevarán a cabo una vez por semana. Es importante mencionar que cada tema abarca subtemas importantes y específicos por lo cual cada tema se trabajará en dos sesiones aproximadamente, algunos temas pueden necesitar más de dos sesiones terapéuticas.

Las sesiones estarán estructuradas de la siguiente manera: se iniciará con la revisión de las hojas de trabajo enviadas la sesión anterior, se propondrá un espacio para posibles observaciones o dificultades que se hayan presentado. Seguido de esto se abordará el tema y subtema correspondiente a la sesión, se dará una explicación del subtema en qué consiste, cuál es la importancia, el objetivo, los posibles inconvenientes que se podrían presentar al aplicarlo



y los beneficios. Se incentivará la participación activa del paciente, utilizando ejemplos de conflictos o problemas personales relacionados con la enfermedad; de ser necesario, se realizará un rol play. Después se abrirá un espacio en el cual el paciente pueda expresar sus percepciones, emociones y preguntas. Seguido se enviará a casa Handouts del subtema correspondiente, esto con el objetivo de aplicar y afianzar lo visto durante la sesión. Para finalizar la sesión se realizará un ejercicio de mindfulness de 5 minutos de duración.

Durante las sesiones individuales se tocarán los siguientes temas: 1. Las emociones, Subtema 1: Reconocer y nombrar las emociones, subtema 2: identificar la función que cumple cada emoción. 2. Cambiar las respuestas emocionales desadaptativas que se presenten en el paciente, Subtema 1: comprobar que la emoción esté acorde con la situación Subtema 2: hacer la acción contraria y resolución de conflictos 3. Reducción de la vulnerabilidad emocional, Subtema 1: Acumular emociones positivas y actividades placenteras Subtema 2: lista de valores 4. Técnicas para manejar de manera adaptativa un alto nivel de malestar emocional. Subtema 1: Técnica STOP y pros y contras Subtema 2: Relajación muscular 5. Mindfulness, Subtema 1: definición, beneficios y ejercicios de observación Subtema 2: ejercicio de amor y compasión. (Linehan, 2015).

Una vez concluidas las 10 sesiones de Terapia Dialéctica Conductual, se aplicará nuevamente la herramienta HADS a los dos grupos de pacientes.

### **Análisis de los datos.**

Con los resultados de la escala HADS, pre y post, obtenidos de ambos grupos, experimental y control, se realizará una prueba T para muestras independientes.

Los resultados serán entregados de manera confidencial a aquellos pacientes que quieran recibirlos.

### **Consideraciones Éticas**

Antes de comenzar con el reclutamiento de participantes, la propuesta de investigación se enviará al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito para su aprobación, de esta forma se asegurará el cumplimiento de las consideraciones éticas relacionadas a este tipo de estudios, es decir, a la investigación con personas. Como se mencionó antes, se entregará a cada participante un consentimiento con información relevante acerca del objetivo de la investigación, descripción de la intervención, descripción de los posibles riesgos y beneficios de ser parte del estudio, explicación sobre la participación voluntaria, resaltando el hecho de que el paciente puede retirarse de la investigación cuando desee, detalles respecto a la confidencialidad del estudio e información académica y de contacto de las personas a cargo del mismo. En el caso de que un paciente experimente algún daño o consecuencia negativa con respecto a su salud mental, se lo solventará con sesiones psicológicas individuales y particulares a cargo de un profesional en esta área de la salud.

### **Discusión**

#### **Fortalezas y limitaciones de la propuesta.**

La presente investigación cuenta con limitaciones como una muestra pequeña, derivada de los criterios de exclusión e inclusión seleccionados detenidamente para esta investigación. El estadio de la enfermedad es un factor que va a influir en los resultados obtenidos ya que al haber definido como característica un estadio de N2T2M0, se seleccionó

a pacientes oncológicos cuya salud física está afectada en un nivel medio, es decir, son pacientes que no se encuentran en un estadio temprano de la enfermedad, pero tampoco un estadio avanzado. Al utilizar la escala de autoreporte HADS, las respuestas pueden sujetarse al nivel de introspección del paciente.

La investigación contiene fortalezas significativas. Los participantes son pacientes de un importante centro de salud como es el Hospital Oncológico SOLCA, institución que alberga una gran variedad de pacientes de distintos estratos socio-económicos, lugar de origen, diferentes tipos de cáncer y la aplicación de diversos tratamientos. Cabe resaltar la aplicación de técnicas cuya eficacia está comprobada científicamente, cuentan con el respaldo de numerosas investigaciones y son ampliamente utilizadas alrededor del mundo, lo que hace única a la presente investigación.

### **Recomendaciones para futuros estudios.**

Considero importante la profundización en la investigación de la presencia de otros trastornos mentales en la población oncológica. El conocer cómo esta enfermedad afecta emocionalmente a personas que, antes de diagnosticarles cáncer, sabían de familiares que padecían este mal. Así mismo, sería interesante investigar acerca de la respuesta emocional de personas con diagnósticos previos de desórdenes mentales y que ahora están en tratamiento de cáncer. Todo esto con el objetivo de estudiar la posible intervención eficaz del módulo de regulación emocional y mindfulness que ofrece la Terapia Dialéctica Conductual.

## REFERENCIAS

- Annunziata, M., Muzzatti, B., Bidoli, E., & Veronesi, A. (2012). Emotional Distress and Needs in Italian Cancer Patients: Prevalence and Associations with Socio-Demographic and Clinical Factors. *Tumori Journal*, *98*(1), 119-125. doi: 10.1177/030089161209800117
- Bonacchi, A., Miccinesi, G., Guazzini, M., Rossi, A., Bacci, S., Toccafondi, A., ... Rosselli, M. (2012). Temperament and Character Traits Associated with Health-Related Quality of Life in Cancer Patients. *Tumori Journal*, *98*(3), 377-384. <https://doi.org/10.1177/030089161209800316>
- Cantisano, N., Rimé, B., & Muñoz-Sastre, M. (2012). The social sharing of emotions in HIV/AIDS: A comparative study of HIV/AIDS, diabetic and cancer patients. *Journal Of Health Psychology*, *18*(10), 1255-1267. doi: 10.1177/1359105312462436
- Carlson, L., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Specca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care In Cancer*, *9*(2), 112-123. doi: 10.1007/s005200000206
- Costantini, A., Pompili, M., Innamorati, M., Zezza, M., Di Carlo, A., Sher, L., & Girardi, P. (2014). Psychiatric Pathology and Suicide Risk in Patients with Cancer. *Journal Of Psychosocial Oncology*, *32*(4), 383-395. doi: 10.1080/07347332.2014.917136
- Corey, A., Haase, J., Azzouz, F., & Monahan, P. (2008). Social Support and Symptom Distress in Adolescents/Young Adults With Cancer. *Journal Of Pediatric Oncology Nursing*, *25*(5), 275-284. doi: 10.1177/1043454208321117
- Crothers, M., Tomter, H., & Garske, J. (2006). The Relationships Between Satisfaction with Social Support, Affect Balance, and Hope in Cancer Patients. *Journal Of Psychosocial Oncology*, *23*(4), 103-118. doi: 10.1300/j077v23n04\_06
- Dekker, J., Braamse, A., Schuurhuizen, C., Beekman, A., Van Linde, A., Sprangers, M., & Verheul, H. (2017). Distress in patients with cancer – on the need to distinguish between adaptive and maladaptive emotional responses. *Acta Oncológica*, 1-3.
- Diaz-Frutos, D., Baca-Garcia, E., Mahillo-Fernandez, I., Garcia-Foncillas, J., & Lopez-Castroman, J. (2016). Suicide ideation among oncologic patients in a Spanish ward. *Psychology, Health & Medicine*, *21*(3), 261-271. doi: 10.1080/13548506.2015.1058960
- Die Trill, M. (2003). *Psicooncología* (pp. 103-112). Madrid: Ades Ediciones
- Durá, A., Andreu, Y., Galdón, M., Ibáñez, E., Peres, S., Ferrado, M., . . . Martínez, P. (2010). Emotional Suppression and Breast Cancer: Validation Research on the Spanish

- Adaptation of the Courtauld Emotional Control Scale (CECS). *The Spanish Journal of Psychology*, 406-417.
- Faatin, M., Wiegmann, D., Tevaarwerk, A., & Sesto, M. (2011). Differences in Long-term Employment and Health Outcomes Between Those with and Without Cancer. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 55(1), 1135–1139. <https://doi.org/10.1177/1071181311551237>
- Frazier, L.M., Miller, V.A., Horbelt, D.V., Delmore, J.E., Miller, B.E., & Averett, E.P. (2009). Employment and quality of survivorship among women with cancer: domains not captured by quality of life instruments. *Cancer control: journal of the Moffitt Cancer Center*, 16 1, 57-65.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas, E., Riveros, A., & Aguilar, J. et al. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. doi: 10.17711/sm.0185-3325.2015.035
- Garssen, B., Van der Lee, M., Van der Poll, A., Ranchor, A., Sanderman, R., & Schroevers, M. (2016). Characteristics of patients in routine psycho-oncological care, and changes in outcome variables during and after their treatment. *Psychology & Health*, 31(10), 1237-1254. doi: 10.1080/08870446.2016.1204447.
- Garssen, B., & van der Lee, M. (2011). Problems Addressed During Psycho-Oncological Therapy: A Pilot Study. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 29(6), 657-663. doi: 10.1080/07347332.2011.615379
- Gibson, A., Broom, A., Kirby, E., Wyld, D., & Lwin, Z. (2016). The Social Reception of Women With Cancer. *Qualitative Health Research*, 27(7), 983-993. doi: 10.1177/1049732316637591
- Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Dorfman, C., & Uziely, B. (2014). Hope and social support utilisation among different age groups of women with breast cancer and their spouses. *Psychology & Health*, 29(11), 1303-1319. doi: 10.1080/08870446.2014.929686
- Hernández, M., & Cruzado, J. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 1-9.
- Hernández, M., Cruzado, J., Prado, C., Rodriguez, E., Hernandez, C., Gonzalez, A., & Martín, J. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 2-3.
- Heron-Speirs, H., Harvey, S., & Baken, D. (2013). Moderators of Psycho-Oncology Therapy Effectiveness: Meta-Analysis of Therapy Characteristics. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 31(6), 617-641. doi: 10.1080/07347332.2013.835022

- Hsu, B., Chentsova Dutton, Y., Adams, I., Gomez, S., Allen, L., Huang, E., & Wang, J. (2017). Talking about cancer: Explaining differences in social support among Chinese American and European American breast cancer survivors. *Journal Of Health Psychology*, 135910531774596. doi: 10.1177/1359105317745967
- Instituto Nacional del Cáncer. (2018). *Estadísticas del Cáncer*. Obtenido de Instituto Nacional del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- Levy, M., & Fann, J. (2008). Assessment and management of psychiatric issues during cancer treatment. *Current Pain And Headache Reports*, 12(4), 262-269. doi: 10.1007/s11916-008-0045-y
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed., pp. 3-4). New York,: THE Guilford Press.
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Handouts and Worksheets*. New York: The Guilford Press.
- Mckay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2007). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook* (1st ed., pp. 2-3). Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Miner, S. A., Daumler, D., Chan, P., Gupta, A., Lo, K., & Zelkowitz, P. (2018). Masculinity, Mental Health, and Desire for Social Support Among Male Cancer and Infertility Patients. *American Journal of Men's Health*. doi.org/10.1177/1557988318820396
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Cáncer*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Rico, J., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (had) en una Muestra de Pacientes con Cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*. Obtenido de Universidad de São Paulo.
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 677-684.
- Schover, L., Fouladi, R., Warneke, C., Neese, L., Klein, E., Zippe, C., & Kupelian, P. (2004). Seeking Help for Erectile Dysfunction After Treatment for Prostate Cancer. *Archives Of Sexual Behavior*, 33(5), 443-454. doi: 10.1023/b:aseb.0000037425.31828.06
- Sesto, M., Wachowiak, R., Tevaarwerk, A., Faatin, M., Heidrich, S., & Wiegmann, D. (2011). Improving Employment Outcomes of Breast Cancer Survivors: Development of a Web-Based Educational and Decision Support Tool. *Proceedings Of The Human Factors And Ergonomics Society Annual Meeting*, 55(1), 1333-1337. doi: 10.1177/1071181311551277

- Shaw, L., Sherman, K., Fitness, J., & Breast Cancer Network Australia. (2016). Women's experiences of dating after breast cancer. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 34(4), 318-335. doi: 10.1080/07347332.2016.1193588
- Van Oers, H., & Schlebusch, L. (2013). Anxiety and the patient with breast cancer: a review of current research and practice. *South African Family Practice*, 55(6), 525-529. doi: 10.1080/20786204.2013.10874411
- Watson, M., Dunn, J., & Holland, J. (2014). Review of the history and development in the field of psychosocial oncology. *International Review Of Psychiatry*, 26(1), 128-135. doi: 10.3109/09540261.2013.849230
- Zabalegui, A., Cabrera, E., Navarro, M., & Cebria, M. (2011). Perceived social support and coping strategies in advanced cancer patients. *Journal Of Research In Nursing*, 18(5), 409-420. doi: 10.1177/17449871111424560
- Zucchermaglio, C., & Alby, F. (2017). Social Interactions and Cultural Repertoires as Resources for Coping With Breast Cancer. *SAGE Open*. <https://doi.org/10.1177/2158244017692015>

## ANEXO A: INSTRUMENTOS

### **HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)**

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso



2. Sí, pero no muy intenso

1. Sí, pero no me preocupa

0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre

1. Actualmente, algo menos

2. Actualmente, mucho menos

3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día

2. Gran parte del día

1. De vez en cuando

0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca

2. Muy pocas veces

1. En algunas ocasiones

0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre

1. A menudo

2. Raras veces

3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día

2. A menudo

1. A veces

0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

0. Nunca

1. Sólo en algunas ocasiones

2. A menudo

3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente

2. No me cuido como debería hacerlo

1. Es posible que no me cuide como debiera

0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

**Valoración:** se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas. Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.

Instrucciones para su administración:

- Está dirigida a la población general.
- Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:
  - I. Una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.
  - II. Ambas escalas tienen 9 preguntas.
- Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
- Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.
- Todos los ítems tienen la misma puntuación.
- Siguen un orden de gravedad creciente.
- Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

Subescala de ansiedad:

- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- ¿Se ha sentido muy irritable?
- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
- (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad:

Subescala de depresión:

- ¿Se ha sentido con poca energía?
- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?
- (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión:

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

## **ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**  
**Universidad San Francisco de Quito**  
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

**Formulario Consentimiento Informado**

Título de la investigación: Terapia Dialéctica Conductual para Regulación Emocional en pacientes con Oncológicos

Organización del investigador: **Universidad San Francisco de Quito**

Nombre del investigador principal: **Diana Gabriela Castillo Pita**

Datos de localización del investigador principal: **2241884/ 0992681593/ dgcastillo@estud.usfq.edu.ec**

**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

**Introducción** (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre Terapia Dialéctica Conductual para Regulación Emocional en paciente oncológicos porque tiene un diagnóstico de cáncer de estadio T2N2M0.

**Propósito del estudio** (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

Enseñar al participante a desarrollar una habilidad que le ayude a controlar y manejar de manera funcional las emociones abrumantes que puede experimentar, así mismo fortalece y empodera a la persona hacia el adecuado control del estrés sin llegar a respuestas conductuales o emocionales mal adaptadas.

**Descripción de los procedimientos** (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Para participar del estudio, usted asistirá a sesiones semanales de una hora de duración con un psicólogo entrenado en este tipo de terapia. Dentro de este tiempo aprenderá acerca de las emociones, su funcionalidad, como cambiar las respuestas emocionales des adaptativas, formas de reducción de vulnerabilidad emocional y técnicas para un manejo y reducción de emociones intensas.

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Los riesgos del estudio son mínimos y estos consisten en la experimentación de emociones incómodas como la ansiedad y la tristeza, pero a corto plazo. Esto debido a que el reflexionar y modificar pensamientos y conductas genera un malestar hasta que estos cambios sean procesados. Sin embargo, estos riesgos son minimizados ya que el psicólogo es un profesional capacitado para manejar cualquier tipo de dificultad en el ámbito emocional. Así mismo, la investigadora principal estará disponible para cualquier necesidad del participante. Si por cualquier motivo el participante desea abandonar el estudio, puede hacerlo sin ninguna repercusión. Los beneficios del estudio son mayores que los posibles riesgos. Las habilidades, herramientas y ejercicios adquiridos durante las sesiones pueden mejorar la calidad de vida del participante corto y largo plazo.

**Confidencialidad de los datos** *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el psicólogo encargado tendrán acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

**Derechos y opciones del participante** *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992681593 que pertenece a Diana Castillo, o envíe un correo electrónico a [dgcastillo@estud.usfq.edu.ec](mailto:dgcastillo@estud.usfq.edu.ec)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)