

Trabajo Fin de Grado

Promoviendo la Calidad de Vida en Supervivientes de Cáncer Mayores de 64 años: Una Propuesta de Intervención

Promoting Quality of Life in Cancer Survivors Aged Over 64: An Intervention Proposal

Autor/es

Paula Santamaría Santander

Director/es

Carmen Picazo Lahiguera

Grado en Psicología

Año 2023 – 2024

Promoviendo la Calidad de Vida en Supervivientes de Cáncer Mayores de 64 años: Una Propuesta de Intervención

Resumen

Las investigaciones de supervivientes de cáncer en torno a su calidad de vida en mayores, en comparación con la existente en niños, jóvenes y adultos, son notablemente escasas, lo que subraya la importancia de investigar para poder implementar intervenciones dirigidas a este grupo etario. No obstante, se cuenta con hallazgos que permiten realizar propuestas de intervención que son beneficiosas para los supervivientes mayores de 64 años.

Así, el objetivo del presente trabajo es promover la calidad de vida de las personas mayores de 64 años que han superado un cáncer, pero enfrentan dificultades emocionales debido a pensamientos negativos relacionados con una posible recaída en la enfermedad, así como el temor de que algún familiar o amigo también tenga cáncer.

La intervención que se propone se basa en la técnica cognitivo-conductual, la cual ayuda a los pacientes a identificar y modificar sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. Se espera que esta intervención reduzca los efectos negativos de los pensamientos intrusivos y disminuya los niveles de ansiedad.

Por tanto, este trabajo busca verificar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en contextos de supervivencia de cáncer, abriendo paso a futuras líneas de investigación en la que se cuente con recursos económicos, profesionales y de infraestructura que posibiliten abarcar de manera más amplia a los diferentes pacientes que precisen esta intervención, para conseguir que la gran parte de los adultos mayores de 64 años reciban la atención necesaria para tener una mejor calidad de vida.

Palabras clave

Envejecimiento, cáncer, estrés, calidad de vida, distorsiones cognitivas.

*Promoting Quality of Life in Cancer Survivors Aged Over 64: An Intervention Proposal***Abstract**

Research on the quality of life of cancer survivor in older adults, compared to that of children, young people, and adults, is notably scarce, highlighting the importance of investigating to implement interventions targeted at this age group. However, findings do exist that allow for the formulation of intervention proposals beneficial for survivors over 64 years old.

This, the objective of this work is to promote the quality of life of individuals over 64 who have survived cancer but face emotional difficulties due to negative thoughts related to a possible relapse of the disease, as well as the fear that a family member or friend might also have cancer.

The proposed intervention is based on cognitive-behavioral techniques, which help patients identify and modify their automatic thoughts and cognitive distortions. It is expected that this intervention will reduce the negative effects of intrusive thoughts and decrease anxiety levels.

Therefore, this work seeks to verify the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in cancer survival contexts, paving the way for future research that includes economic, professional, and infrastructure resources to more broadly address the various patients needing this intervention, aiming to ensure that most adults over 64 receive the necessary care to achieve a better quality of life.

Key words

Aging, cancer, distress, quality of life, cognitive distortions.

Introducción

1. El Proceso de Envejecimiento

El envejecimiento es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022) como un proceso fisiológico que consiste en una serie de daños moleculares y celulares, el cual se extiende a lo largo de la vida de las personas ocasionando cambios en sus características, tanto externas como internas, que requerirán la adaptación del organismo al medio.

La adaptación, a partir de lo señalado por Papalia et al., (2017) conllevará determinadas alteraciones como son: a nivel cognitivo la disminución de la inteligencia fluida (manejo de situaciones novedosas), también se verá afectada la memoria, fundamentalmente la memoria a largo plazo, presentando además una menor eficiencia a la hora de procesar la información, almacenarla y recuperarla. Por otra parte, en cuanto a la resolución de problemas, presentan una mayor cantidad de dificultades a la hora de tomar decisiones, de organizar el pensamiento y de discriminar la información recibida. Además, se reducen los reflejos para reaccionar a estímulos, mostrando problemas a la hora de transformar en imágenes mentales la información verbal del entorno, y son cada vez menos capaces de llevar a cabo dos tareas a la vez, sobre todo si estas son complejas. Otro de los aspectos que se verá disminuido es la fluidez verbal, ya que tendrán dificultades a la hora de evocar palabras durante una conversación (Papalia et al., 2017).

Asimismo, el proceso trae consigo además una serie de eventos y cambios sociales significativos, tales como la transición a la jubilación, la experiencia de duelo tras la pérdida de seres queridos, la demanda de asistencia y respaldo social para llevar a cabo las actividades cotidianas, el aislamiento social, así como una mayor

susceptibilidad y sensibilidad hacia enfermedades o condiciones psicológicas, como la depresión (Alibasic et al., 2018).

En cuanto a los cambios psicológicos que se atraviesan durante el envejecimiento, es importante hacer referencia a las dos teorías principales.

Tabla 1

Teorías del proceso de envejecimiento de Erikson y Peck (1950 y 1968 respectivamente).

Teoría	Descripción
Teoría de Erikson	El ser humano atraviesa 8 crisis a lo largo de la etapa vital. En la octava etapa es necesario aceptar el estilo de vida que ha seguido la persona (integración). Si esta aceptación no ocurre, se experimenta gran desesperación y frustración (Papalia et al., 2017) (Bordignon, 2005) (Izquierdo, 2007).
Teoría de Peck	El ser humano pasar por 3 crisis correspondientes a los cambios en el ciclo vital. Es crucial que estas crisis sean correctamente resueltas para un envejecimiento saludable y que la propia identidad de la persona trascienda su existencia, aspecto físico y trabajo (Papalia et al., 2017) (Izquierdo, 2007).

El envejecimiento es un periodo ineludible y progresivo que constituye una transición natural en el ciclo vital de la mayoría de las personas. De hecho, se anticipa un aumento en la población mayor de 60 años para el año 2050, especialmente en las regiones más desarrolladas (Yasli et al., 2023), como consecuencia de la baja natalidad y la alta esperanza de vida, que se debe a mejoras características del siglo XXI, tanto en el sistema de salud como en los hábitos nutricionales y las condiciones de trabajo (Boelhouwer et al., 2021) (Andreu et al., 2023).

1.2 Vulnerabilidad

No obstante, es importante destacar que entre el 10 y el 20% de las personas mayores de 64 años presenta una mayor vulnerabilidad y fragilidad hacia ciertas

enfermedades, como es el cáncer. El cáncer según Ethun y colaboradores (2017) puede representar el 80% de las muertes anuales (Ethun et al., 2017) (Giri et al., 2021). En este sentido, analizar el impacto que enfermedades como el cáncer tiene en una población que aumenta con los años cobra especial relevancia.

2. Cáncer

2.1 Acercamiento Conceptual al Cáncer

El cáncer ha sido definido por el Instituto Nacional del Cáncer (NIH) como una enfermedad originada por el crecimiento desordenado de células anormales en cualquier parte del cuerpo, las cuales corren el riesgo de invadir partes adyacentes a su localización o extenderse a otros órganos. La International Agency for Research on Cancer estimó que, en el año 2020, se diagnosticaron aproximadamente 18,1 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo y que, en las próximas dos décadas, dicha cifra aumentará a 28 millones para el año 2040.

Sin embargo, debido a los cambios demográficos y a la mayor incidencia de problemas de salud con la progresión de la edad, el cáncer es, ante todo, una enfermedad vinculada al envejecimiento (Giri et al., 2021).

2.2 Consecuencias del Cáncer

Esta enfermedad conlleva una serie de síntomas físicos, psicológicos y sociales, que incluyen ansiedad, miedo, incertidumbre y preocupación por la apariencia física (particularmente en el caso del cáncer de mama), dolor corporal y limitaciones en la capacidad para llevar a cabo ciertas actividades diarias (Costa et al., 2016).

Numerosos estudios han evidenciado que el 40% de los pacientes diagnosticados con cáncer experimentan un incremento significativo en la angustia emocional, la cual se atribuye tanto a la enfermedad en sí como a los tratamientos asociados (Cormio et al.,

2019), lo que acabará causando impedimentos en las actividades diarias y traerán consigo percepciones de incompetencia (Alibasic et al., 2018).

Lamentablemente, este problema no suele recibir la atención adecuada, ya sea porque no se le otorga la debida importancia o simplemente porque se pasa por alto (Alibasic et al., 2018).

2.3 El Cáncer en Supervivientes de Cáncer Mayores de 64 Años

Las investigaciones con supervivientes de cáncer mayores de 64 años están infrarrepresentadas en comparación con la amplia investigación existente con otros colectivos (Fitch et al., 2021) (Habbous et al., 2022).

En contraste, los pacientes más jóvenes tienden a disponer de una variedad más amplia de alternativas para consultar con especialistas y recibir tratamientos adecuados a su situación, en comparación con los individuos de mayor edad (Habbous et al., 2022) (Chang et al., 2020).

Hasta el momento, en la literatura consultada para la realización de este trabajo, las personas supervivientes de cáncer mayores de 64 años no informan de que su calidad de vida se vea más mermada que los supervivientes de cáncer más jóvenes. No obstante, conviene destacar que sí se informa sobre un malestar en diversas áreas vitales, fenómeno conocido como distrés, el cual acabará teniendo un impacto en la calidad de vida percibida (Joshy et al., 2020).

3. Distrés

3.1 Acercamiento Conceptual al Distrés

El distrés se define como una respuesta desadaptativa frente a estímulos percibidos como amenazantes y se manifiesta a través de sentimientos negativos, como ansiedad o angustia. Este fenómeno se interpreta como una incapacidad para adecuarse

eficazmente a las demandas del entorno en situaciones estresantes, lo que implica una alteración en los procesos de adaptación psicológica (Zavala Zavala, 2008).

Este puede influir, junto con otras necesidades no satisfechas, en una peor calidad de vida, mayor deterioro físico y carga de síntomas, además de causar mayores niveles de ansiedad y depresión. Se destaca que la ansiedad y el miedo a la recurrencia del cáncer están asociados con las necesidades de apoyo y la utilización de servicios de atención médica (Mayer et al., 2017).

3.2 *El Distrés en la Tercera Edad*

Entre el 27 y el 48% de las personas en la etapa de la tercera edad experimentan angustia psicológica, siendo influenciados por variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales, que actúan como factores de riesgo. Estos incluyen el sexo (más prevalente en mujeres), la edad, el nivel educativo, el apoyo social percibido, el grado de dependencia, las estrategias de afrontamiento utilizadas y las condiciones médicas comórbidas (Hurria et al., 2009).

Hurria y colaboradores (2019) informaron en su trabajo que hay múltiples razones por las cuales las personas mayores tienden a presentar mayor distrés ante la presencia de cáncer. Primero, existe una mayor necesidad de asistencia para las actividades diarias. Segundo, los cambios significativos en la estructura familiar a lo largo del proceso de envejecimiento, como la pérdida de amigos cercanos, del cónyuge o la jubilación, pueden conducir a un aumento del aislamiento social, exacerbado por la enfermedad. Tercero, el tratamiento del cáncer puede tener efectos adversos tanto a corto como a largo plazo, que se ven aumentados por los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Por último, las comorbilidades relacionadas con la edad pueden afectar la tolerancia y respuesta al tratamiento (Hurria et al., 2009).

En consecuencia, la presencia de distrés afectará de manera negativa en la calidad de vida de las personas mayores de 64 años.

4. Calidad de vida

4.1 Acercamiento Conceptual a la Calidad de Vida

La calidad de vida es un término que hace referencia al bienestar general de una persona y abarca aspectos como la felicidad y la satisfacción con la vida. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022), este concepto se refiere a la percepción individual de la vida en términos de metas, expectativas, estándares y dificultades experimentadas, influenciadas por el entorno, la cultura y los valores personales (Yasli et al., 2023).

Es importante destacar que existen, según Schalock y Verdugo (2002), una serie de dimensiones centrales de la calidad de vida:

Tabla 2

Dimensiones de Calidad de Vida según Schalock y Verdugo (2002)

Dimensiones	Descripción
Bienestar emocional (BE)	Tranquilidad, seguridad, ausencia de agobio y nerviosismo.
Relaciones interpersonales (RI)	Capacidad de establecer vínculos y tener relaciones positivas con el entorno.
Bienestar material (BM)	Recursos económicos suficientes para sus necesidades y deseos.
Desarrollo personal (DP)	Adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para alcanzar el máximo potencial personal.
Bienestar físico (BF)	Estado de salud óptima y percepción de buena forma física y correcta alimentación.
Autodeterminación (AU)	Capacidad de tomar decisiones y elegir opciones que afectan a la vida personal.
Inclusión social (IS)	Acceso y participación en actividades comunitarias, siendo aceptado y apoyado por la sociedad.
Derechos (DE)	Trato equitativo y respeto hacia la forma de ser, opiniones, deseos, intimidad y derechos.

4.2 Calidad de Vida en Supervivientes de Cáncer Mayores de 64 Años

Hasta el momento, la atención que ha recibido la literatura sobre la calidad de vida en supervivientes mayores de 64 años ha sido escasa en comparación con la gran cantidad de información que se tiene acerca de los supervivientes adultos menores de 64 años, adolescentes y niños (Habbous et al., 2022) (Fitch et al., 2021) (Andreu et al., 2023).

No obstante, existen diferentes instrumentos que evalúan la calidad de vida de los supervivientes de cáncer, como es la versión española de la escala de Calidad de Vida en Adultos Supervivientes de Cáncer (QLACS) de Escobar y colaboradores, la cual está compuesta por 47 ítems divididos en 12 dominios, que son los sentimientos negativos, los sentimientos positivos, problemas cognitivos, dolor físico, fatiga, evitación social, problemas sexuales, problemas financieros, distrés familiar por el miedo de que alguien cercano contraiga la enfermedad, preocupación por la apariencia, distrés por el miedo a la recaída y los beneficios del cáncer (Andreu et al., 2023)(Andreu Vaillo et al., 2022)(Avis et al., 2005).

4.3 Pensamientos Negativos como Consecuencia del Cáncer

El dominio de “pensamientos negativos” aborda los sentimientos negativos y pensamientos pesimistas que pueden experimentar los supervivientes de cáncer, ya sea por un sentimiento de incapacidad por el tratamiento o por el miedo experimentado durante el proceso y tras este, además de traer consigo preocupaciones y temores relacionados con la posibilidad de que el cáncer regrese a la vida del individuo (Andreu et al., 2022) o de que algún familiar acabe desarrollando la enfermedad.

Según la “Asociación Española Contra el Cáncer” (2024), un sentimiento muy habitual en los pacientes del cáncer a la hora de acudir a una revisión, acercarse una fecha importante como un diagnóstico o una cirugía, o que una persona cercana

contraiga la enfermedad, es el miedo a la recaída. Esto provocará cierta incertidumbre que se verá reflejada en el día a día de las personas, afectando en el sueño, la concentración, el humor, entre otras cosas (Asociación Española Contra el Cáncer, 2021).

Por esto es muy importante contar con el apoyo de un especialista en psicología para aprender a gestionarlo. Además, existen unas herramientas que pueden resultar de gran utilidad para conseguir que el miedo disminuya y no afecte en la vida cotidiana (Asociación Española Contra el Cáncer, 2021).

El primero sería centrar los pensamientos en el momento actual, aunque sea un proceso costoso, poco a poco se podrá conseguir controlarlo. El segundo sería planificar rutinas para el día a día, consiguiendo así continuar su vida con normalidad. Por otra parte, la relajación y meditación ayudará a desactivar los pensamientos que se vienen a la mente con frecuencia. La regulación emocional tiene también una gran importancia, a partir de la cual se aprenderá a gestionar las emociones, sabiendo cuándo y con quién quieren expresarse (Asociación Española Contra el Cáncer, 2021).

Tal y como se ha mencionado anteriormente, las personas supervivientes de cáncer mayores de 64 años ven su calidad de vida afectada por el estrés, los sentimientos negativos y los problemas cognitivos.

El presente TFG tiene como objetivo general diseñar una intervención para mejorar la calidad de vida de las personas supervivientes de cáncer mayores de 64 años, para neutralizar los sentimientos y pensamientos negativos que experimentan fruto de la enfermedad.

Estar libre del tratamiento del cáncer no es estar libre de lo que supone el cáncer. Así, para lograr el objetivo general, la intervención se centrará en dos objetivos específicos u operativos:

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Aliviar/mitigar los pensamientos de angustia de que alguna persona de su familia o allegada padezca cáncer.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Neutralizar/contrarrestar los pensamientos relacionados con el miedo a la recaída.

Métodos

Participantes

Esta intervención va dirigida hacia un grupo específico de población, con criterios de inclusión que requieren que los participantes, tanto hombres como mujeres, tengan una edad superior a 64 años, hayan realizado el tratamiento de un diagnóstico de cáncer y presenten una percepción de calidad de vida considerablemente disminuida debido a las preocupaciones asociadas con la enfermedad: miedo a la recaída y alta preocupación por que algún/a familiar tenga cáncer.

Instrumentos para Evaluar las Diferentes Dimensiones de la Calidad de Vida

Escala de Calidad de Vida en Adultos Supervivientes de Cáncer (QLACS) de Escobar y colaboradores (antes, después y a los 6 meses de la intervención), escala compuesta por 47 ítems divididos en 12 dominios (Avis et al., 2005).

Grabación de audio con la voz de la terapeuta que permita a los pacientes realizar la Relajación Progresiva de Jacobson, la cual facilitará su realización al tratarse de una voz conocida y cercana, con conocimientos para realizarla.

Procedimiento

Se seleccionarán a 15 personas que habían pasado por un tratamiento de cáncer, con una edad superior a los 64 años y que afirmaran encontrarse en una situación de distrés debido a los pensamientos negativos que vienen a la cabeza, sobre todo el miedo a la recaída y a que personas cercanas contraigan la enfermedad, causando una disminución en su calidad de vida. Esta selección se realizará en la Asociación Española

contra el Cáncer, para las personas que estén interesadas en participar y afirmen presentar esas condiciones.

El primer paso será firmar el consentimiento informado, así como una breve entrevista inicial y la administración del cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Supervivientes de Cáncer (QLACS), donde se medirán los niveles de calidad de vida en diferentes dimensiones y posteriormente tendrá lugar la intervención psicológica que constará de 8 sesiones y tendrá una duración de 8 semanas.

Esta intervención se efectuará mediante la terapia cognitivo-conductual la cual, según Robles (2010) y Bragado (2009), es de gran utilidad a la hora de tratar a personas con hábitos o pensamientos que afectan a su salud y a su estado de ánimo habitual, empleándose en contextos de pacientes con cáncer para aliviar los síntomas que la presencia de la enfermedad ha causado, a través de la relación entre cognición, emoción y conducta (Quintero & Finck, 2018).

Las técnicas de este modelo teórico que más se han utilizado son la relajación con imaginación guiada, relajación muscular progresiva, relajación con respiración, detención del pensamiento, distracción cognitiva, distorsión cognitiva, entrenamiento en comunicación, entrenamiento en planificación de actividades placenteras y entrenamiento en auto instrucciones (Quintero & Finck, 2018).

Al acabar la intervención, se realizará una postevaluación, administrando nuevamente el cuestionario QLACS para comprobar si realmente se han producido mejoras. Además, se programó una evaluación de seguimiento seis meses después de la intervención para evaluar los efectos a largo plazo.

Toda la intervención será llevada a cabo por una psicóloga cualificada y tendrá lugar en las instalaciones de la Asociación Española Contra el Cáncer, donde se habilitó una sala en la que tuvieron lugar cada una de las sesiones.

Tabla 3*Distribución de las sesiones con sus objetivos, procedimiento y resultados esperados*

Sesiones	Procedimiento e instrumentos	Resultados esperados	Para saber más
Sesión 1: Introducción Objetivo: Introducir la intervención generando un clima cómodo para el paciente.	Se le mostrará al paciente un calendario detallado con las sesiones que se llevarán a cabo y posteriormente se solicitará al paciente que firme un consentimiento informado.	Sensibilizar la primera toma de contacto.	Para información más detallada consultar anexo 1 (sesión 1)
Sesión 2: Evaluación de la Calidad de Vida. Objetivo: Conocer los valores de calidad de vida en los participantes.	Evaluación inicial a través del cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Supervivientes de Cáncer (QLACS).	-	Para información más detallada consultar anexo 1 (sesión 2)
Sesión 3: Relajación muscular progresiva de Jacobson. Objetivo: Reducir la ansiedad.	Se realizará de manera guiada por parte de la psicóloga encargada de la intervención y posteriormente se proporcionará una grabación de audio con su propia voz a los pacientes para ponerla en práctica en casa.	Conseguir un mayor estado de relajación en aquellos momentos en los que sienta una mayor ansiedad.	Para información más detallada consultar anexo 1 (sesión 3)
Sesión 4: Relajación por imaginación guiada. Objetivo: Reducir la ansiedad.	Se realizará en consulta la relajación con imaginación guiada.	Reducir los niveles de tensión y ansiedad, consiguiendo despejar la mente de los pensamientos intrusivos que se le presentan habitualmente.	Para información más detallada consultar anexo 1 (sesión 4)
Sesión 5: Reestructuración cognitiva. Objetivo: Reducir los pensamientos negativos.	Se hará una breve explicación sobre lo que son los pensamientos automáticos y se pedirá al paciente que rellene una tabla a lo largo de la semana sobre los pensamientos automáticos que se presentan y en qué situación lo hacen, las emociones que causa y la conducta que se lleva a cabo tras estos.	Mejora de las estrategias de pensamiento adaptativo, para poder reemplazarlos por otros más positivos.	Para información más detallada consultar anexo 1 (sesión 5)

<p>Sesión 6: Reconocimiento de los pensamientos.</p> <p>Objetivo: Reducir los pensamientos negativos.</p>	<p>El paciente traerá la tabla que ha ido completando a lo largo de la semana y se le pedirá que hable con la terapeuta más en profundidad sobre lo anotado.</p> <p>Para continuar, se buscará dar una evidencia o no a esas cogniciones negativas que el paciente ha ido identificando, para lo cual se realizará un autorregistro de pensamientos negativos. Antes de que haga uso de esta a lo largo de la siguiente semana, se le explicará brevemente su finalidad.</p>	<p>Mejora de las estrategias de pensamiento adaptativo, para poder reemplazarlos por otros más positivos.</p>	<p>Para información más detallada consultar anexo 1 (sesión 6)</p>
<p>Sesión 7: Experiencias y sensaciones.</p> <p>Objetivo: Comprobar la efectividad de las sesiones anteriores.</p>	<p>Comentar con el paciente los pensamientos automáticos que se han ido presentando y la respuesta racional que les ha dado. Explicación de que la técnica utilizada durante la terapia le ha proporcionado herramientas para afrontar estas situaciones y sus consecuencias potenciales.</p>	<p>Que el paciente esté preparado para enfrentar posibles recaída gracias a la explicación de la técnica y de las herramientas proporcionadas.</p>	<p>Para información más detallada consultar anexo 1 (sesión 7)</p>
<p>Sesión 8: Postevaluación.</p> <p>Objetivo: Evaluación de la mejora en la calidad de vida.</p>	<p>Se administrará nuevamente el cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Supervivientes de Cáncer (QLACS) para comprobar las posibles mejoras. Se establecerá una fecha para realizar una tercera administración del cuestionario en un lapso de 6 meses, con el fin de examinar el efecto a largo plazo de la intervención.</p>	<p>Las puntuaciones de calidad de vida deben ser más elevadas que las obtenidas al principio de la intervención.</p>	<p>Para información más detallada consultar anexo 1 (sesión 8)</p>

Resultados Esperados

Tras la intervención, como se ha mencionado en la tabla 3, se espera que los pacientes desarrollen habilidades para manejar los pensamientos automáticos que experimentan en su vida diaria. Esto implica aprender a regular la interpretación que dan a estos pensamientos, utilizando además técnicas de relajación que se enseñarán durante la intervención. El objetivo es reducir los efectos negativos de la ansiedad generada por las distorsiones cognitivas, lo que mejora la calidad de vida de los individuos.

Por tanto, desde una perspectiva operativa, se anticipa que en la segunda aplicación del cuestionario QLACS, que se lleva a cabo una semana después de la última sesión de intervención, se observará un aumento en la puntuación de Calidad de Vida en comparación con la primera aplicación. Este aumento sugeriría una mejora derivada de las actividades realizadas durante la intervención. Sin embargo, el factor más crucial para validar esta mejora radica en que la puntuación continúe siendo superior seis meses después de la intervención. Esto permitirá evaluar si los conocimientos han sido internalizados y si los pacientes han logrado aplicar las técnicas enseñadas en su vida diaria.

Conclusiones

La literatura consultada para este TFG revela que hay muy pocas investigaciones sobre supervivientes de cáncer de edades avanzadas en comparación con niños y adolescentes, quienes reciben más atención. Es crucial abordar el estrés, la ansiedad y la depresión en los adultos mayores después del tratamiento contra el cáncer, siendo el principal objetivo mejorar la calidad de vida de los supervivientes mayores de 64 años mediante la intervención en pensamientos angustiosos relacionados con el miedo a la recaída o la enfermedad de un ser querido.

Este TFG verificaría por tanto la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, previamente utilizada en otros contextos de pacientes con cáncer, como mujeres con cáncer de mama, para su aplicabilidad en adultos mayores de 64 años que han superado la enfermedad. Se concluirá que es crucial no pasar por alto el estado psicológico de los individuos que han completado su tratamiento, dado que el cáncer no finaliza con la recuperación física, sino que deja secuelas significativas, especialmente a nivel psicológico, que requieren atención. Específicamente, como se menciona en este trabajo, en el caso de las personas que se encuentran en proceso de envejecimiento, el cual conlleva una serie de repercusiones adicionales que, combinadas con las de la enfermedad, pueden afectar considerablemente a su calidad de vida y bienestar.

Esta intervención tiene ciertas limitaciones importantes debido a la pequeña muestra de participantes, lo que impide generalizar los resultados ampliamente. Futuras mejoras incluyen aumentar la participación de psicólogos experimentados, el tamaño de la muestra, asignar más recursos financieros para materiales e infraestructuras, y adaptar las intervenciones a las necesidades individuales de cada paciente.

Referencias

- Alibasic, E., Ramic, E., Bajraktarevic, A., Karic, E., Batic-Mujanovic, O., Ramic, I., & Alibasic, E. (2018). Geriatric Depression in Family Medicine. *Materia Socio-Medica*, 30(1), 26. <https://doi.org/10.5455/MSM.2018.30.26-28>
- Andreu Vaillo, Y., Conchado Peiró, A., Martinez Lopez, P., Martinez Martinez, M. T., Moreno, P., & Arribas Alpuente, L. (2022). Possible substantive improvements in the structure of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) scale? A study based on its Spanish version. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 31(6), 1871–1881. <https://doi.org/10.1007/S11136-021-03036-4>
- Andreu, Y., Martínez, P., Soto-Rubio, A., Pérez-Marín, M., Cervantes, A., & Arribas, L. (2022). Quality of life in cancer survivorship: Sociodemographic and disease-related moderators. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), e13692. <https://doi.org/10.1111/ecc.13692>
- Andreu, Y., Picazo, C., Murgui, S., Soto-Rubio, A., García-Conde, A., & Romero, R. (2023). Exploring the independent association of employment status to cancer survivors' health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02124-y>
- Aprendiendo a vivir con el miedo [Consejos para pacientes y familiares]. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Recuperado de: <https://blog.contraelcancer.es/cancer-hacer-frente-a-la-recaida/> [6 de mayo de 2024]
- Arévalo Morales, J. N., Arias López, E. V., & Valencia Vargas, A. P. (2022). Regulación emocional: Reevaluación cognitiva (Material Audio Visual)

- Avis, N. E., Smith, K. W., McGraw, S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Carver, C. S. (2005). Assessing Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS). *Quality of Life Research*, 14(4), 1007–1023. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-2147-2>
- Boelhouwer, I. G., Vermeer, W., & van Vuuren, T. (2021). The associations between late effects of cancer treatment, work ability and job resources: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(2), 147–189. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01567-w>
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.
- Bragado, C. (2009) Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología* 6(2-3), 327-341.
- Chang, H.-K., Gil, C.-R., Kim, H.-J., & Bea, H.-J. (2020). Factors Affecting Quality of Life Among the Elderly in Long-Term Care Hospitals. *The Journal of Nursing Research*, 29(1), e134. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000413>
- Cobos, F. M., & Almendro, J. M. E. (2008). Active ageing and gender inequalities. *Atencion Primaria*, 40(6), 305–309. <https://doi.org/10.1157/13123684>
- Cormio, C., Caporale, F., Spatuzzi, R., Lagattolla, F., Lisi, A., & Graziano, G. (2019). Psychosocial distress in oncology: using the distress thermometer for assessing risk classes. *Supportive Care in Cancer*, 27(11), 4115–4121. <https://doi.org/10.1007/S00520-019-04694-4/METRICS>
- Costa, D. S. J., Mercieca-Bebber, R., Rutherford, C., Gabb, L., & King, M. T. (2016). The Impact of Cancer on Psychological and Social Outcomes. *Australian Psychologist*, 51(2), 89–99. <https://doi.org/10.1111/ap.12165>
- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. (s.f.). Técnicas de relajación e imaginería. Universidad de Chile.

- Ethun, C. G., Bilen, M. A., Jani, A. B., Maithel, S. K., Ogan, K., & Master, V. A. (2017). Frailty and cancer: Implications for oncology surgery, medical oncology, and radiation oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(5), 362–377. <https://doi.org/10.3322/caac.21406>
- Fitch, M. I., Nicoll, I., Lockwood, G., Newton, L., & Strohschein, F. J. (2021). Improving survivorship care: Perspectives of cancer survivors 75 years and older. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(3), 453–460. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.09.012>
- Gavino, A. (1997). Técnicas de terapia de conducta. Martínez Roca.
- Giri, S., Clark, D., Al-Obaidi, M., Varnado, W., Kumar, S., Paluri, R., Gbolahan, O., Bhatia, S., & Williams, G. R. (2021). Financial Distress Among Older Adults With Cancer. *JCO Oncology Practice*, 17(6), e764–e773. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00601>
- Habbous, S., Alibhai, S. M. H., Menjak, I. B., Forster, K., Holloway, C. M. B., & Darling, G. (2022). The effect of age on the opportunity to receive cancer treatment. *Cancer Epidemiology*, 81, 102271. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2022.102271>
- Hurria, A., Li, D., Hansen, K., Patil, S., Gupta, R., Nelson, C., Lichtman, S. M., Tew, W. P., Hamlin, P., Zuckerman, E., Gardes, J., Limaye, S., Lachs, M., & Kelly, E. (2009). Distress in Older Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27(26), 4346–4351. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.19.9463>
- Izquierdo Martínez, A. (2007). PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO DE LA EDAD ADULTA: TEORÍAS Y CONTEXTOS. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 67-86 Asociación Nacional

- de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz, España
- Joshy, G., Thandrayen, J., Koczwara, B., Butow, P., Laidsaar-Powell, R., Rankin, N., Canfell, K., Stubbs, J., Grogan, P., Bailey, L., Yazidjoglou, A., & Banks, E. (2020). Disability, psychological distress and quality of life in relation to cancer diagnosis and cancer type: population-based Australian study of 22,505 cancer survivors and 244,000 people without cancer. *BMC Medicine* 2020 18:1, 18(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S12916-020-01830-4>
- Larios-Jiménez, F. E., González-Ramírez, L. P., Montes-Delgado, R., González-Betanzos, F., De Morán-Mendoza, A. J., Solano-Murillo, P., Oceguera-Villanueva, A., Montero-Ramírez, M., & Daneri-Navarro, A. (2018). Efficacy of relaxation techniques in the reduction of tension, anxiety and stress perceived by patients with cancer under chemotherapy treatment. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17(2), 93–99. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.M18000138>
- Mayer, D. K., Nasso, S. F., & Earp, J. A. (2017). Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *The Lancet Oncology*, 18(1), e11–e18. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30573-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30573-3)
- Páez, Y., Luciano, C. & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4(1), 75-95.
- Papalia, D. E., Martorell, G., & Feldman, R. D. (2017). *Desarrollo humano* (13^a ed.). McGraw-Hill.
- Quintero M. F. & Finck C. (2018). Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cáncer de mama en Latinoamérica y España: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(1), 49-64. <https://doi.org/10.5209/PSIC.59174>

- Ramírez Orozco, M., Rojas Russell, M. E., & Landa Ramírez, E. (2016). Efecto de una intervención cognitivo conductual breve sobre el afrontamiento y las sintomatologías ansiosa y depresiva de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 7(1), 1-8.
- Riso, W. (2006). Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso 14 clínico (Vol. 239). Editorial Norma.
- Robles, R. (2010). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En Oblitas L, editor. *Psicología de la Salud y Calidad de Vida Mexico: CENGAGE Learning*. 77-249.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002). The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Traducido al Castellano por Miguel Ángel Verdugo y Cristina Jenaro, Alianza Editorial, 2003].
- Yasli, G., Turhan, E., Kızıloğlu, F., & Kabanli, A. (2023). Quality of Life and Depression in the Individuals Above 65 Years Old Cross-Sectional Study in Altindag Neighborhood of Izmir City. *Aging Medicine and Healthcare*, 14(2), 61–67. <https://doi.org/10.33879/AMH.142.2021.09088>
- Zavala Zavala, J. (2008). Estrés y burnout docente: conceptos, causas y efectos. *Educación*, 17(32), 67–86. <https://doi.org/10.18800/educacion.200801.004>

Anexos:

Anexo 1:

Sesión 1. Introducción

En la primera sesión se llevará a cabo una breve entrevista inicial para establecer una relación terapéutica sólida entre paciente y terapeuta, fomentando así un ambiente de confianza mutua que facilite que las futuras sesiones se realicen de manera fluida y natural (Anexo 2). se le mostrará al paciente un calendario detallado con las sesiones que incluirá las fechas, duración, contenido y objetivos terapéuticos de cada sesión programada (Anexo 3). Posteriormente se solicitará al paciente que firme un consentimiento informado sobre todas las actividades que se van a realizar a lo largo de las sesiones y la información que se va a compartir, la cual quedará en total confidencialidad (Anexo 4).

Sesión 2. Evaluación de la Calidad de Vida

Para empezar con el proceso de intervención, es necesario realizar una evaluación inicial a través del cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Supervivientes de Cáncer (QLACS), el cual está compuesto por 47 ítems divididos en 12 dominios (Anexo 5), que son los sentimientos negativos, los sentimientos positivos, problemas cognitivos, dolor físico, fatiga, evitación social, problemas sexuales, problemas financieros, estrés familiar por el miedo de que alguien cercano contraiga la enfermedad, preocupación por la apariencia, estrés por el miedo a la recaída y los beneficios del cáncer (Andreu et al., 2023)(Andreu Vaillo et al., 2022).

La evaluación de la Calidad de Vida de las personas será un indicador muy importante de que la investigación ha sido o no un éxito. Concretamente, este cuestionario cubre áreas más relevantes que otros instrumentos como el QOL-CS y el

LTQL, y presenta unas propiedades psicométricas que demuestran que los dominios que abarca tienen una buena consistencia interna y validez (Avis et al., 2005).

Sesión 3. Relajación muscular progresiva de Jacobson

En la siguiente sesión, tendrá lugar la relajación progresiva de Jacobson (Anexo 6), la cual se realizará de manera guiada por parte de la psicóloga encargada de la intervención y posteriormente se proporcionará una grabación de audio con su propia voz a los pacientes, los cuales podrán ponerla en práctica cada vez que lo estimen conveniente en su propia casa.

Sesión 4. Relajación por imaginación guiada

Continuando con las técnicas de relajación, se realizará en consulta la relajación con imaginación guiada, la cual servirá para que el paciente reduzca sus niveles de tensión y ansiedad, consiguiendo despejar la mente de los pensamientos intrusivos que se le presentan habitualmente (Anexo 7).

Sesión 5. Reestructuración cognitiva

Esta sesión se centra más profundamente en los pensamientos habituales en los pacientes. Concretamente tendrá lugar la técnica de reestructuración cognitiva, la cual ayudará a mejorar las estrategias de pensamiento adaptativo, preparando a los pacientes para reconocer los pensamientos en el momento en el que ocurren y poder reemplazarlos por otros más positivos (Ramírez Orozco et al., 2016).

Antes de comenzar, se hará una breve explicación sobre lo que son los pensamientos automáticos (Anexo 8). Posteriormente, se pedirá al paciente que rellene una tabla a lo largo de la semana sobre los pensamientos automáticos que se presentan y en qué situación lo hacen, las emociones que causa y la conducta que se lleva a cabo tras estos (Anexo 9).

Sesión 6. Reconocimiento de los pensamientos

El paciente traerá la tabla que ha ido completando a lo largo de la semana sobre los momentos en los que se presentaban los pensamientos automáticos y las consecuencias que estos tenían, y se le pedirá que hable con la terapeuta más en profundidad sobre estos.

Para continuar, se buscará dar una evidencia o no a esas cogniciones negativas que el paciente ha ido identificando, para lo cual se realizará un autorregistro de pensamientos negativos (Anexo 10). Antes de que haga uso de esta a lo largo de la siguiente semana, se le explicará brevemente su finalidad (Anexo 11).

Sesión 7. Experiencias y sensaciones

El principal objetivo de esta sesión es comentar con el paciente los pensamientos automáticos que se han ido presentando y la respuesta racional que les ha dado. Además, se llevará a cabo la preparación del cliente para enfrentar posibles recaídas, mediante la explicación de que la técnica utilizada durante la terapia le ha proporcionado herramientas para afrontar estas situaciones y sus consecuencias potenciales. Se recalca que será responsabilidad del paciente implementar la técnica de manera autónoma en momentos futuros en los que se presente la necesidad (Gavino, 1997).

Sesión 8. Postevaluación

En esta sesión se administrará nuevamente el cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Supervivientes de Cáncer (QLACS) con el propósito de determinar si la intervención ha contribuido a la mejora de la Calidad de Vida de los participantes. Además, se establecerá una fecha para realizar una tercera administración del cuestionario en un lapso de 6 meses, con el fin de examinar el efecto a largo plazo de la intervención.

Anexo 2:

- Buenos días
- Me presento, soy la psicóloga que va a acompañarte a lo largo de esta intervención, la cual tiene como objetivo mitigar esos pensamientos negativos que han aparecido tras la recuperación del cáncer que has estado atravesando y que afectan en tu día a día, impidiéndote llevar tu vida con normalidad.
- Te comento que toda la información proporcionada a lo largo de estos meses va a ser totalmente confidencial y tu nombre no será difundido en ningún momento.
- Me gustaría que para empezar me hablases un poco sobre ti y las expectativas que tienes con esta intervención.
-
- Para terminar con esta sesión introductoria de hoy, te voy a mostrar el calendario de las sesiones que vamos a ir desarrollando, con información sobre el día, la duración y los objetivos y técnicas que se van a emplear (Anexo 2).
- Por último, este es el consentimiento informado general que ambos vamos a firmar para garantizar que este proceso está teniendo lugar de mutuo acuerdo y que se va a respetar la confidencialidad mencionada al principio de esta sesión (Anexo 3).

Anexo 3:

CRONOGRAMA			
Sesión 1 (05/06/2024)	Introducción de la intervención	Breve entrevista inicial y calendario de organización de las sesiones	1 hora
Sesión 2 (12/06/2024)	Evaluación de la Calidad de Vida	Administración del cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Supervivientes de Cáncer (QLACS)	45 min.
Sesión 3 (19/06/2024)	Relajación muscular progresiva de Jacobson	Reducción de la ansiedad	60 min.
Sesión 4 (26/06/2024)	Relajación por imaginación guiada	Reducción de la ansiedad	40-60 min.
Sesión 5 (03/07/2024)	Reestructuración cognitiva	Reducir el impacto de los pensamientos negativos	30-40 min.
Sesión 6 (10/07/2024)	Reconocimiento de pensamientos	Reducir el impacto de los pensamientos negativos	50-60 min.
Sesión 7 (17/07/2024)	Experiencias y sensaciones	Conclusiones sobre la tabla de respuestas racionales a los pensamientos automáticos	45 min.
Sesión 8 (24/07/2024)	Posevaluación de la Calidad de Vida	Administración del cuestionario de Calidad de Vida en Adultos Supervivientes de Cáncer (QLACS)	45 min.

Anexo 4:**CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL**

Participación en la intervención de mejora en la calidad de vida para supervivientes de cáncer mayores de 64 años.

Fecha

Yo, con documento de identidad certifico que he sido informado/a con claridad con respecto a las sesiones que van a tener lugar a lo largo de la intervención realizada por la psicóloga, participando en esta de manera voluntaria y activa.

Se respetará la confidencialidad e intimidad de la información que se va a intercambiar a lo largo de las sesiones, al igual que la seguridad física y psicológica del paciente.

Firma del participante:

Firma del responsable:

Anexo 5:

Tabla 4

Ítems del cuestionario QLACS original (en inglés)

Appendix A

Quality of Life in Adult Cancer Survivors Scale

Instructions: We'd like to ask you about some things that can affect the quality of people's lives. Some of these questions may sound similar, but please be sure to answer each one. Below is a scale ranging from never to always. Please indicate how often each of these statements has been true for you in the past four weeks. [CIRCLE ONE ANSWER FOR EACH QUESTION]

	Never	Seldom	Sometimes	About as often as not	Frequently	Very often	Always
In the past 4 weeks...							
1. You had the energy to do the things you wanted to do.	1	2	3	4	5	6	7
2. You had difficulty doing activities that require concentrating.	1	2	3	4	5	6	7
3. You were bothered by having a short attention span.	1	2	3	4	5	6	7
4. You had trouble remembering things.	1	2	3	4	5	6	7
5. You felt fatigued.	1	2	3	4	5	6	7
6. You felt happy.	1	2	3	4	5	6	7
7. You felt blue or depressed.	1	2	3	4	5	6	7
8. You enjoyed life.	1	2	3	4	5	6	7
9. You worried about little things.	1	2	3	4	5	6	7

	Never	Seldom	Sometimes	About as often as not	Frequently	Very often	Always
10. You were bothered by being unable to function sexually.							
11. You didn't have energy to do the things you wanted to do.	1	2	3	4	5	6	7
12. You were dissatisfied with your sex life.	1	2	3	4	5	6	7
13. You were bothered by pain that kept you from doing the things you wanted to do.	1	2	3	4	5	6	7
14. You felt tired a lot.	1	2	3	4	5	6	7
15. You were reluctant to start new relationships.	1	2	3	4	5	6	7
16. You lacked interest in sex.	1	2	3	4	5	6	7
17. Your mood was disrupted by pain or its treatment.	1	2	3	4	5	6	7
18. You avoided social gatherings.	1	2	3	4	5	6	7
19. You were bothered by mood swings.	1	2	3	4	5	6	7
20. You avoided your friends.	1	2	3	4	5	6	7
21. You had aches or pains.	1	2	3	4	5	6	7
22. You had a positive outlook on life.	1	2	3	4	5	6	7
23. You were bothered by forgetting what you started to do.	1	2	3	4	5	6	7
24. You felt anxious.	1	2	3	4	5	6	7
25. You were reluctant to meet new people.	1	2	3	4	5	6	7
26. You avoided sexual activity.	1	2	3	4	5	6	7
27. Pain or its treatment interfered with your social activities.	1	2	3	4	5	6	7
28. You were content with your life.	1	2	3	4	5	6	7
The next set of questions asks specifically about the effects of your cancer or its treatment. Again, for each statement, indicate how often each of these statements has been true for you in the past four weeks.							
29. You appreciated life more because of having had cancer.	1	2	3	4	5	6	7
30. You had financial problems because of the cost of cancer surgery or treatment.	1	2	3	4	5	6	7
31. You worried that your family members were at risk of getting cancer.	1	2	3	4	5	6	7
32. You realized that having had cancer helps you cope better with problems now.	1	2	3	4	5	6	7
33. You were self-conscious about the way you look because of your cancer or its treatment.	1	2	3	4	5	6	7
34. You worried about whether your family members might have cancer-causing genes.	1	2	3	4	5	6	7
35. You felt unattractive because of your cancer or its treatment.	1	2	3	4	5	6	7
36. You worried about dying from cancer.	1	2	3	4	5	6	7
37. You had problems with insurance because of cancer.	1	2	3	4	5	6	7
38. You were bothered by hair loss from cancer treatment.	1	2	3	4	5	6	7
39. You worried about cancer coming back.	1	2	3	4	5	6	7
40. You felt that cancer helped you to recognize what is important in life.	1	2	3	4	5	6	7
41. You felt better able to deal with stress because of having had cancer.	1	2	3	4	5	6	7

Nota: Imagen sacada del artículo de Avis et al., (2005).

Anexo 6:

El proceso comienza induciendo al paciente a un estado de relajación inicial, ya sea acostado o sentado, mediante el control de la respiración durante unos minutos. Una vez que el paciente ha alcanzado este estado inicial de relajación, se procede a dirigir la atención hacia la relajación de los distintos grupos musculares, comenzando por los faciales (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, s.f.).

Frente: Tensión al elevar las cejas, formando arrugas en la frente, seguido de relajación al permitir que vuelvan a su posición natural.

Entrecejo: Tensar intentando juntar las cejas entre ellas, marcando unas arrugas encima de la nariz. Relajar

Ojos: Tensarlos apretándolos fuertemente, relajarlos al aflojar la fuerza y permitir que los ojos permanezcan cerrados de forma más suave.

Nariz: Arrugar la nariz hacia arriba y aflojarla al cabo de unos segundos.

Sonrisa: Forzar la sonrisa lo máximo posible apretando los labios uno contra el otro, seguido de relajación.

Lengua: Apretar la lengua con fuerza contra la parte interior de los dientes de la parte superior, haciendo que se tensen la lengua, la parte inferior de la boca y los músculos de la mandíbula. Tras esto, aflojar lentamente.

Mandíbula: Apretar la mandíbula inferior contra la superior con fuerza para notar que se tensan los músculos de debajo de las orejas. Aflojar.

Labios: Sacar los labios hacia fuera y apretarlos el uno contra el otro. Relajar.

Cuello: Dejar caer la cabeza hacia delante acercando la barbilla al pecho lo máximo posible para tensar los músculos de la nuca. Relajar llevando la cabeza a la posición inicial. Posteriormente, inclinar la cabeza hacia un lado hasta que se sienta una

tensión en la zona lateral del cuello (repetir el proceso hacia el otro lado). Relajar volviendo a la posición habitual.

Hombros: Subir los hombros lo máximo posible hacia arriba, intentando tocar las orejas, mantener la tensión y relajar dejando que los hombros caigan poco a poco.

Brazos: Estirar primero uno de los brazos hacia delante cerrando el puño, apretándolo fuertemente e intentando que todo el brazo esté rígido. Aflojar abriendo el puño y dejando que caiga suavemente. Repetir el proceso con el otro brazo.

Espalda: Echar el cuerpo hacia delante, doblar los brazos por los codos y tirar de ellos hacia arriba y atrás sin apretar los puños. Para relajar volver a la posición original.

Abdomen: Apretar los músculos del abdomen hacia fuera, haciendo que esté duro. Dejar de tensionarlo al cabo de unos segundos.

Parte inferior de la cintura: Apretar la pierna izquierda contra la derecha para que la parte del cuerpo que está en contacto con la silla entre en tensión. Relajar.

Piernas: Estirarlas todo lo posible, notando la tensión en el muslo y en la pantorrilla. Poner el pie mirando al frente o tirando de él hacia atrás. Relajar el pie e ir soltando poco a poco la pierna, dejando que se relaje. Repetir el proceso con la otra pierna (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, s.f.).

Una vez que el paciente ha aprendido a tensar y relajar cada grupo muscular, se avanza hacia un recorrido mental de tensión-relajación, donde se repite mentalmente la secuencia de tensión y relajación, donde se van apretando y aflojando hasta que el cuerpo se encuentre en completa relajación (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, s.f.).

Es fundamental que la técnica de relajación progresiva se adapte a las necesidades individuales de cada paciente (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, s.f.).

Tras la sesión de relajación, se dedican unos minutos finales para experimentar y consolidar la sensación de relajación, acompañados de una respiración lenta y profunda (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, s.f.).

Anexo 7:

Durante la intervención, el facilitador implementa la técnica de moldeamiento, un enfoque conductual que enseñará a los participantes a realizar correctamente la respiración diafragmática. Una vez dominada esta habilidad, se les indica que cierren los ojos y presten atención a la voz del facilitador, quien les guiará a través de una visualización guiada adaptada a las características individuales de cada persona. La narrativa elegida del escenario elegido se presentó con variaciones en tono, ritmo y pausas, con el propósito de adecuarse a las particularidades del escenario y fomentar la inmersión en la experiencia. Finalmente, se lleva a cabo una evaluación posterior para obtener una retroalimentación sobre la experiencia del paciente en la sesión (Larios-Jiménez et al., 2018).

Anexo 8:

Los pensamientos automáticos son ideas que surgen sin que nos demos cuenta y afectan en cómo nos comportamos, ya que se producen una serie de respuestas emocionales a estos pensamientos. Los pensamientos automáticos que son catalogados como negativos son el resultado de una serie de procesos cognitivos distorsionados (Arévalo et al., 2022).

Estas distorsiones cognitivas implican una interpretación errónea basada en nuestros esquemas mentales, los cuales se relacionan con una autocrítica injustificada hacia nosotros mismos (Riso, 2006).

Algunos ejemplos de pensamientos automáticos negativos son: “*No soy capaz de hacer nada*”, “*soy una carga para mi familia*”

Anexo 9:

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	EMOCIONES	CONDUCTA

Anexo 10:

SITUACI ÓN	EMOCIÓN(ES) (0 A 100)	PENSAMIENT OS AUTOMÁTIC OS	RESPUESTA RACIONAL (INTERPRETACI ÓN ES ALTERNATIVAS)	RESULTA DO

Anexo 11:

La utilización de esta tabla es muy sencilla, lo principal es indicar el pensamiento automático que se está teniendo, la situación que lo desencadena y el nivel de malestar, de 0 a 100, que este causa. Posteriormente se le intentará dar una respuesta racional, es decir, buscar una interpretación alternativa que resulte más positiva y finalmente el resultado que esa nueva interpretación ha tenido sobre el malestar que se había presentado en un principio.