

Ansiedad por COVID-19: estudio de caso del uso de telepsicología en paciente con Síndrome de Cowden

Jorge Bazán-Muñoz

Ivan Rivera-Olvera

Verónica Neri

Lizette Gálvez-Hernández

Resumen

Posiblemente los pacientes oncológicos no estén asistiendo a los entornos de atención médica por temor a contraer COVID-19, lo que podría complicar su pronóstico de vida. Mujer de 43 años sometida a mastectomía preventiva, fue atendida por ese motivo. En la evaluación presentó sintomatología ansiosa severa y nivel alto de malestar emocional. Método: diseño de $n = 1$, se evaluó la sintomatología de la paciente con instrumentos validados en población mexicana. Se implementó una intervención cognitivo conductual a distancia, y se calculó el índice de no solapamiento de todos los pares y el cambio clínico objetivo para conocer su eficacia. Resultados: después de la intervención se encontró una disminución clínicamente

Abstract

Cancer patients may not be attending health care settings for fear of contracting COVID-19, which could complicate prognosis and increase their mortality. A 43-year-old woman who underwent preventive mastectomy was admitted for this cause. In the evaluation, she presented severe anxious symptomatology and high level of emotional distress. Method: $N = 1$ design, the patient's symptomatology was evaluated with instruments validated in Mexican population. A cognitive behavioral intervention was implemented remotely, and the non-overlapping index of all pairs and the objective clinical change were calculated to know its efficacy. Results: After the intervention, a clinically significant decrease in anxious symp-

JORGE BAZÁN-MUÑOZ, IVAN RIVERA-OLVERA, VERÓNICA NERI, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM) e Instituto Nacional de Cancerología, México. LIZETTE GÁLVEZ-HERNÁNDEZ, Facultad de Psicología, UNAM e Instituto Nacional de Cancerología, México, Catedrática de Consejo Nacional de Ciencia y tecnología (Conacyt). México. Contacto: psic.jorgebazan@icloud.com

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 22, núm. 2, julio-diciembre 2020, pp. 53-81.
Fecha de recepción: 9 de marzo de 2021 | Fecha de aceptación: 15 de junio de 2021.

significativa en la sintomatología ansiosa y en el malestar emocional (CCO = 0.89; 0.66) NAP = (0.93; 0.86). Conclusiones: la intervención cognitivo conductual a distancia puede ser una alternativa de tratamiento psicológico que fomente la adherencia al tratamiento oncológico en un contexto pandémico.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad, COVID-19, estudio de caso, telepsicología, enfermedad de Cowden

tomatology and emotional distress was found (occ = 0.89; 0.66) NAP = (0.93; 0.86). Conclusions: Distant delivery of cognitive behavioral intervention can be an alternative to provide psychological therapy and encourage compliance with oncological treatment in a pandemic context.

KEYWORDS

Anxiety, COVID-19, case report, telepsychology, Cowden disease

En diciembre de 2019, se observó un brote respiratorio de tipo infeccioso ocasionado por un virus desconocido, focalizado en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei en China (Wang, Horby, Hayden y Gao, 2020). Al poco tiempo se denominó al agente infeccioso SARS-COV-2, virus causante del cuadro clínico de neumonía atípica nombrado como COVID-19, que se expandió rápidamente en los cinco continentes (Peeri *et al.*, 2020). Esto causó que en marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud la declarara una pandemia.

La situación ha generado particular preocupación para la población considerada vulnerable, como es el caso de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama (CaMa) (Güven, Sahin, Aktepe, Yildirim, Aksoy y Kilickap, 2020). Los efectos inmunosupresores de la enfermedad y de los tratamientos, en combinación con la multimorbilidad que presentan a menudo las pacientes oncológicas, puede aumentar la probabilidad de tener complicaciones y, en general, de un pronóstico precario en caso de contagio de COVID-19 (Zhang *et al.*, 2020; Jiang, Deng, Zhang, Cai, Cheung y Xia, 2020 ; Ferlay *et al.*, 2019).

Lo anterior cobra importancia, pues se ha reportado que las pacientes oncológicas que asisten a entornos de atención médica han experimentado miedo por el riesgo al contagio del nuevo coronavirus (Guven *et al.*, 2020), situación que ha llevado a que las pacientes retrasen sus citas de seguimiento y sus tratamientos (Sharpless, 2020), e incluso a rechazarlos (Curigliano *et al.*, 2020). Un ejemplo es lo sucedido en 8 hospitales en el Reino Unido que reportó una reducción significativa en la asistencia a citas para recepción de quimioterapia (60%) y para diagnóstico temprano (76%) (Lai *et al.*, 2020). Datos similares fueron encontrados en una investigación en Italia, donde las pacientes con lesiones sospechosas o con diagnóstico de CaMa rechazaron la administración del tratamiento debido al miedo de contraer el nuevo coronavirus (Vanni *et al.*, 2020).

Lo anterior sugiere que tanto las pacientes con sospecha de cáncer o diagnóstico confirmado podrían no estar acudiendo a los servicios de salud por el riesgo al contagio. Asimismo, se ha reportado que las pacientes que experimentaron interrupciones en sus servicios de atención oncológica tuvieron niveles elevados de ansiedad generalizada y depresión (Swainston, Chapman, Grunfeld y Derakshan, 2020), pues el retraso en el diagnóstico o tratamiento puede complicar el pronóstico, y aumentar la mortalidad (Shankar *et al.*, 2020).

Por consiguiente, algunos pacientes pueden presentar preocupación por la interrupción de recibir la atención médica y por el contagio de COVID-19 (Vanni *et al.*, 2020). Swainston, Chapman, Grunfeld y Derakshan (2020) mencionan que estos cambios pueden provocar un nivel mayor de angustia en la población oncológica, por lo que es relevante atender las preocupaciones y efectos relacionados con la crisis sanitaria por COVID-19 en estos pacientes.

Estudios metanalíticos han indicado que la terapia cognitivo conductual (TCC) tiene una sólida evidencia de efectividad en una amplia gama de problemas psicológicos, especialmente para los trastornos de ansiedad (Hall, Kellet, Berrios, Bains y Scott, 2016; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012). Sin embargo, las medidas de distanciamiento social y el confinamiento han significado un reto para administrar tratamientos

psicológicos cara a cara de manera segura —especialmente para las personas vulnerables¹— por lo que la intervención a distancia ha emergido como una alternativa para ofrecer terapia psicológica (Payne *et al.*, 2020).

La terapia psicológica a distancia o telepsicología ha surgido ante la necesidad de opciones digitales y remotas para personas que no pueden asistir fácilmente a las sesiones en persona (Andersson y Titov, 2014). Éstas pueden brindarse por teléfono, videollamada o por mensajería instantánea (Payne *et al.*, 2020) y han demostrado ser útiles para reducir la sintomatología ansiosa y depresiva en adultos (Davies, Morriss y Glazebrook, 2014), incluso puede ser tan efectiva, como los tratamientos presenciales (Olthuis, Watt, Bailey, Hayden y Stewart, 2016).

Tomando en cuenta los efectos psicológicos derivados de la pandemia y la necesidad de brindar atención psicológica a distancia, el presente estudio de caso pretendió evaluar el efecto de una intervención TCC a distancia para reducir la sintomatología ansiosa de una paciente que se sometió a una mastectomía preventiva por diagnóstico de Síndrome de Cowden. Este síndrome es una mutación genética variante en el gen *PTEN* que la predisponía a desarrollar ciertos tipos de cáncer (mama, tiroides, endometrio, riñón y colorrectal) (Fernández-Bañares, Ribera y López-Jurado, 2010).

Para reportar el caso, en el presente documento se siguió la estructura sugerida en “Directrices para la Redacción de Estudios de Caso en Psicología Clínica: Psychocare Guidelines” de De Vicente, Santamaría y Gonzalez (2020).

Diseño

El presente estudio utilizó un diseño de $n = 1$ de caso único de tipo A-B, con seguimiento de 2 meses (Kazdin, 2011). Previamente, la atención psicológica se estableció a distancia debido a las medidas de distanciamiento social implementadas para reducir la propagación del virus SARS-COV 2.

¹ Se considera población vulnerable a complicaciones por COVID-19 a las personas con una edad mayor a 60 años o con enfermedades crónicas degenerativas (diabetes, EPOC, hipertensión, cáncer) (Secretaría de Salud, 2020).

Esto es, las sesiones de línea base (LB), intervención y seguimiento se realizaron a distancia, utilizando diferentes medios electrónicos (llamada telefónica y videollamada).

La paciente CVC fue referida al área de psicología por personal de enfermería del departamento de tumores mamarios del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), ya que en una de sus citas de seguimiento posquirúrgico la jefa de la unidad funcional² notó a la paciente en un estado de nerviosismo y preocupación. Por esa razón, ofreció el servicio a CVC y contactó (por medio de mensajería instantánea) al personal de psicología (véase figura 1 para observar el proceso completo de referencia).

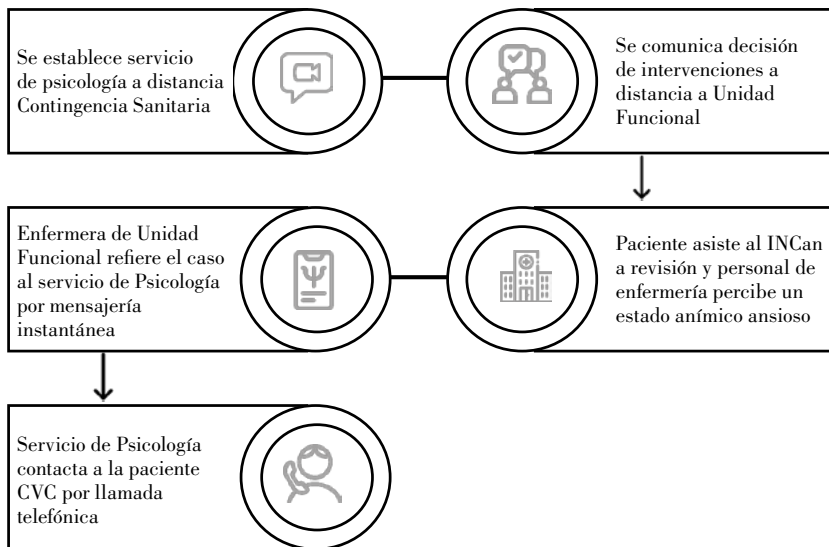


Figura 1. Descripción de la referencia de CVC al servicio de psicología.

Nota: Aquí se muestra de manera breve el proceso de referencia de CVC, desde que se estableció el servicio de psicología a distancia, hasta el contacto con la paciente.

FUENTE: equipo biopsicosocial de cáncer de mama.

² Es una unidad multidisciplinaria que concentra en un mismo espacio físico todos los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes que padecen algún tipo de cáncer (Instituto Nacional de Cancerología, 2013).

El psicólogo tratante, estudiante de maestría en psicología con experiencia en la implementación de tratamientos cognitivo conductuales, contó con supervisión semanal de un grupo de expertos en tratamientos psicológicos de pacientes oncológicos y del que recibió retroalimentación durante todo el proceso del caso, así como de la pertinencia de las técnicas de intervención implementadas.

Metodología de Evaluación

Materiales

Se utilizó una entrevista clínica psicológica, así como instrumentos de autorreporte y autorregistros de pensamientos, los cuales se describirán a continuación.

La entrevista clínica psicológica fue diseñada exprofeso para los pacientes atendidos a distancia y se retomó el modelo de análisis de la terapia cognitiva conductual para su creación, el cual busca explorar las principales áreas de funcionamiento y los factores relacionados con el motivo de consulta (Dobson y Dobson, 2009).

Para evaluar la sintomatología ansiosa y el malestar emocional, se utilizaron instrumentos de autorreporte válidos y confiables en población mexicana. Éstos son:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en inglés; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Es un cuestionario de 21 preguntas que proporciona un rango de puntuaciones entre 0 y 63. Aunque no es un instrumento que diagnostique trastornos de ansiedad, se decidió utilizarlo por su fácil aplicación e interpretación práctica (0-7 ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad severa) (Sanz, 2014). Ha sido utilizado ampliamente en la última década (Cabrero *et al.*, 2009) y validado en población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), obteniendo un coeficiente de α de Cronbach de 0.84

en estudiantes universitarios y de 0.83 en adultos de población general, así como validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0.50) y validez divergente moderada (correlaciones menores a 0.60).

Termómetro de distrés (TD). Es una escala análoga visual del 0 al 10 ubicada en forma vertical y bajo la apariencia de un termómetro, creada inicialmente en inglés. Evalúa el malestar emocional en pacientes con cáncer (Roth *et al.*, 1998). Es frecuentemente utilizado para la detección temprana del malestar emocional en pacientes con distintos tipos de cáncer. Fue validado por Almanza-Muñoz y Juárez (2008), indicando un área bajo la curva de 0.631, sensibilidad = 93%, especificidad = 76%, valor predictivo positivo = 82% y valor predictivo negativo = 90%, con un punto de corte sugerido mayor a 4.

Los instrumentos de evaluación fueron aplicados en las sesiones de LB, tratamiento y seguimiento a dos meses, de acuerdo con las características del diseño planeado (A-B con seguimiento). Los registros de pensamientos se diseñaron exprofeso para el apartado de intervención (reestructuración cognitiva) tomando como referencia el modelo ABC (Ellis, 1977 citado en Valladares y Rentería, 2016).

Análisis de datos

Para el análisis de datos, se optó por un análisis visual, acompañado del estadístico para las variables ansiedad y malestar emocional. De igual manera, se reportó un análisis de cambio clínico con resultados pre y post de estas variables. Se describen a continuación los procedimientos utilizados.

Análisis visual: Tiene como objetivo establecer si existe evidencia de una relación entre una variable independiente y una variable de resultado, así como la fuerza de esa relación (Kratotchwill *et al.*, 2010). En el presente estudio, se consideró un efecto cuando el patrón de datos de la base B (intervención) difería más de lo que se esperaba en el patrón de datos observado en la fase A (LB). Para el análisis visual se utilizó el programa

Excel y las recomendaciones de Dixon (*et al.*, 2009) para graficar los resultados. Durante este análisis, se buscó reducir la sintomatología ansiosa y el malestar emocional durante la intervención y se comparó con los datos obtenidos durante la LB (Kazdin, 2011).

Análisis estadístico: Para calcular el tamaño del efecto de la intervención en este estudio, se eligió el índice de no-solapamiento de todos los pares (NAP, por sus siglas en inglés) (Parker y Vannest, 2009), considerando los rangos propuestos por los autores del índice: efecto débil: 0-0.65; efecto medio 0.66–0.92; efecto fuerte: 93–100 (Parker y Vannest, 2009). Para calcular el índice NAP se debe comparar cada dato de la LB con cada dato del tratamiento o seguimiento. Un par de datos se considera no solapamiento (N) si el dato de la fase de tratamiento-seguimiento supera (en dirección de la funcionalidad) al de la LB. Se puede considerar un solapamiento (S) si el dato de tratamiento-seguimiento no supera (en dirección de la funcionalidad) al de la LB. Finalmente, se considera un empate (E) si ambos datos son iguales.³

Para facilitar el cálculo del índice NAP, sus autores crearon una calculadora virtual (Vannest, Parker, Gonen y Adiguzel, 2016) que permite comparar distintas fases de LB y de tratamiento en diseños de caso único. Sin embargo, la calculadora virtual asume que la funcionalidad implica un dato en la fase de tratamiento mayor en la LB; por ende, no puede utilizarse con medidas en las que una puntuación implica una mayor funcionalidad o mejoría como es el caso del BAI y del TD. Es por ello que se utilizó un programa de computadora (R Studio) para calcular el tamaño del efecto; para más información sobre la fórmula del índice NAP se recomienda revisar la fuente original (Parker y Vannest, 2009).

Significancia clínica: Se consideró calcular la significancia clínica para reportar una medida que mostrara el cambio que se produce como producto de la intervención (Cardiel, 1994). Esta medida tiene como ventaja evaluar a través del síntoma, por lo tanto, se muestra el grado en que el tratamiento influye en la mejoría de la sintomatología. Para calcular el Cambio Clínico

³ Para calcular los valores se asignan los siguientes puntajes: S = 1, E = 0.5 y N = 0.

Objetivo (Cardiel, 1994), se computó la diferencia entre las puntuaciones del postest y pretest dividida entre el pretest, considerando cambios clínicamente significativos cuando estos eran mayores al 0.20.

Presentación del caso

La paciente CVC es una mujer de 43 años, soltera, con escolaridad de licenciatura, que cuenta con un trabajo estable en el sector público. Ella vive con su hermana mayor, su sobrino y su padre, adulto mayor con comorbilidades. Asimismo, reportó ser la principal fuente de ingresos de su núcleo familiar. CVC es una paciente con historial de lesiones oncológicas benignas derivadas de una mutación genética que le fue diagnosticada en 2019 (Síndrome de Cowden).

Por esta razón, en marzo de 2020 fue sometida a una mastectomía preventiva de riesgos con reconstrucción inmediata. El objetivo era reducir el riesgo de desarrollar CaMa. Dicho procedimiento consiste en extirpar todo el tejido de ambas mamas, preservando el complejo areola-pezones. Durante la misma cirugía se colocó un expansor⁴—de manera temporal— que moldearía su piel para sustituirlo por el implante mamario permanente, constituyendo la reconstrucción mamaria (Alarcón *et al.*, 2018). Aunque la cirugía del expansor se realiza en el mismo tiempo quirúrgico, implica dos procedimientos, lo que puede traducirse en mayores complicaciones y cuidados posquirúrgicos (Mayo Clinic, 2019).

En el momento de la entrevista la paciente refirió como motivo de consulta ansiedad y nerviosismo al pensar en la posibilidad de contagiarse: “Me da mucha ansiedad contagiarme; temo por mi salud y por mi familia, especialmente por mi padre que es una persona mayor y es población vulnerable”.

⁴ Dispositivo similar a un globo que estira la piel para crear un “bolsillo” donde va la mama reconstruida debajo de la piel (Breast Cancer, 2016).

Antecedentes

En la evaluación inicial, CVC comentó que la ansiedad relacionada al contagio de COVID-19 comenzó desde que inició el brote de la nueva enfermedad en diciembre de 2019. Sin embargo, sus preocupaciones aumentaron cuando fue citada en el INCan —hospital híbrido que comenzó a atender pacientes oncológicos contagiados de COVID-19— para llevar un seguimiento de la evolución de su cirugía (revisión de expansores).

Aunado a la situación médica, es importante mencionar que CVC residía en el Estado de México —estado de la República Mexicana caracterizado por poseer un índice de pobreza del 51.4%⁵— y que en el periodo de marzo-abril de 2020 fue uno de los estados con mayor índice de contagios (Secretaría de Salud, 2020).

Por las situaciones mencionadas, CVC empezó a cuestionarse sobre la viabilidad de su asistencia al hospital para la revisión de expansores. Incluso, antes de ser referida al servicio de psicología, ya había cancelado una de sus citas por el temor a contagiarse tanto en el espacio público, como en entornos de atención médica.

Evaluación inicial

En las tres sesiones de evaluación de LB, se obtuvieron los siguientes puntajes: BAI = 49, 49 y 38; TD = 9, 6, 6. Estos resultados indican —de acuerdo con los puntos de corte reportados en la sección de instrumentos— ansiedad severa y distrés alto, respectivamente.

⁵ Aproximadamente 9.087.9 miles de personas (51.4%) poseen un ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos. Coneval (2018).

Formulación del caso

Para la formulación del caso se retomó la propuesta de Nezu, Nezu y Lombardo (2006), en la que se busca representar de manera esquematizada las variables que pudieron originar y mantener la sintomatología ansiosa de la paciente CVC. En la figura 2, se muestra que la variable de respuesta de la paciente (sintomatología ansiosa) estaba caracterizada por nerviosismo y miedo, acompañadas por sensaciones físicas de taquicardia, problemas digestivos y movimientos continuos con su cuerpo. Se detecta como variable antecedente, que la sintomatología ansiosa se detonaba cuando la paciente estaba en contacto con noticias relacionadas a la COVID-19 y cuando veía a sus vecinos en el exterior de su casa sin utilizar medidas de protección y/o sin seguir las reglas de distanciamiento social.

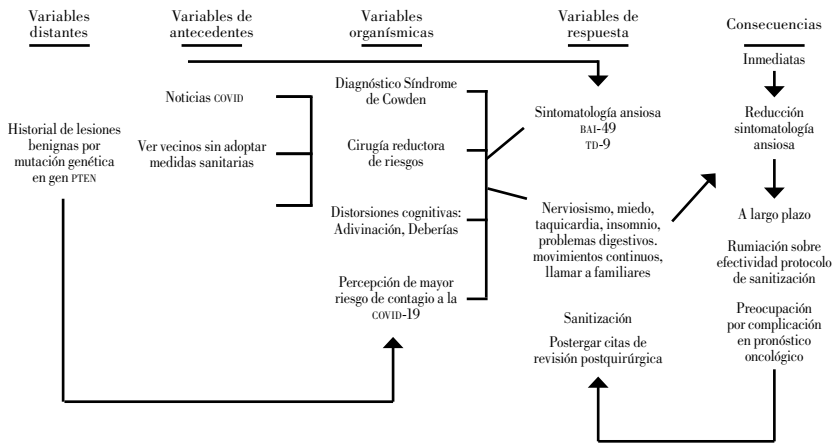


Figura 2. Mapa clínico de patogénesis de CVC.

Nota: Para la formular el caso se retomó la propuesta de Nezu, Nezu y Lombardo (2006), se busca representar de forma esquematizada las variables de origen y mantenimiento de la sintomatología ansiosa y malestar emocional de CVC.

FUENTE: Nezu, Nezu y Lombardo, 2006.

Es posible que la percepción de mayor riesgo puede ser originada por el historial de lesiones benignas por la mutación genética en el gen PTEN,

mismas que llevaron a la paciente a establecer reglas estrictas de comportamiento y a adelantarse a sacar conclusiones anticipadas sin evidencia que las respalden: “si me enfermo, seguro voy a morir porque tengo una condición genética que me predispone al cáncer; además, si me muero voy a dejar a mi familia sin recursos porque soy la cabeza de la casa, yo soy la que aporta dinero a mi familia”.

Las distorsiones cognitivas,⁶ aunadas a la percepción de mayor riesgo, pueden explicar la sintomatología ansiosa en presencia de las variables antecedentes mencionadas. Se hipotetiza que la sintomatología ansiosa y la preocupación por el contagio pudieron mantenerse debido a que la paciente percibía que sus esfuerzos y sus protocolos no eran suficientes para evitar un contagio, y aunque utilizaba diversas medidas de protección (como el lavado de manos, uso de gel sanitizante, desinfección de productos del exterior o el uso de cubrebocas) sólo le producía un alivio inmediato, ya que eventualmente dudaba sobre la efectividad de sus protocolos y comenzaba a buscar información en internet sobre los efectos de la COVID-19 en la población vulnerable.

Estas estrategias para lidiar con la situación validaban los pensamientos sobre el riesgo de salir de casa y las implicaciones que tendría en su salud y en la de su familia; influyendo así, en su decisión de postergar sus citas de revisión en el INCan, lo que también le provocaba preocupación por las complicaciones que podrían presentarse ante la falta de seguimiento médico. Todo contribuía a aumentar la sintomatología ansiosa.

Tratamiento y curso

Teniendo en cuenta la formulación del caso, se optó por un tratamiento cognitivo conductual, ya que ha mostrado sólida evidencia de efectividad en el tratamiento de trastornos de ansiedad (Hall *et al.*, 2016). La intervención tuvo como objetivo reducir la sintomatología ansiosa de CVC a través del desarrollo de habilidades de identificación y reestructuración

⁶ Errores en el proceso de la información influenciados por creencias del paciente promueven sesgos al recibir la información y permiten al paciente mantener la validez de sus pensamientos (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

de pensamientos, así como habilidades de regulación emocional que, en conjunto, fomentaran respuestas de afrontamiento adaptativas ante situaciones de estrés. Se describirá a continuación la justificación de las técnicas utilizadas (en la figura 3 se muestra el mapa de alcance de metas).

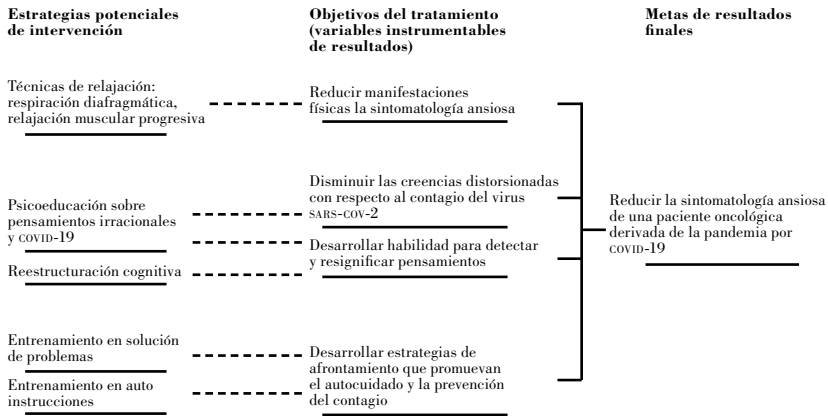


Figura 3. Mapa de alcance de metas de cvc.

Nota: Mapa de alcance de metas propuesto Nezu, Nezu y Lombardo, donde se muestran las técnicas de intervención utilizadas y los objetivos que persiguió la intervención. FUENTE: Nezu, Nezu y Lombardo, 2006.

En primer lugar, se decidió utilizar la reestructuración cognitiva como eje central de la intervención con la finalidad de identificar y reestructurar pensamientos irracionales, basándonos en el modelo ABC (Ellis, 1977 citado en Valladares y Rentería, 2016). La evidencia indica que las respuestas sin adaptación (emocionales, fisiológicas y conductuales) pueden sustituirse por adaptativas cuando se cambia el significado de la situación (Valladares y Rentería, 2016).

Por otra parte, se eligió la psicoeducación, ya que ha demostrado ser potencialmente efectiva en problemas de salud mental (Xia *et al.*, 2013).

En este caso, la finalidad fue proporcionar información relevante y fidedigna relacionada con las medidas para evitar un contagio por COVID-19 y cambiar la percepción de CVC respecto a la probabilidad de contagio. Desde este punto, se considera que la evaluación y percepción de la situación estresante juegan un papel importante para solucionar un problema (Lazarus y Folkman, 1986).

Se eligió modificar las respuestas fisiológicas exacerbadas de CVC a través de técnicas de regulación emocional como la relajación muscular progresiva de Jacobson, y la respiración diafragmática, con la finalidad de aumentar la percepción de control sobre sus respuestas fisiológicas ante la sintomatología (Conde y Menéndez, 2002). De manera que, al impactar indirectamente en su estado anímico y en su comportamiento, fomentará la autoeficacia.⁷

Finalmente, para evitar recaídas se entrenó a la paciente en autoinstrucciones y en solución de problemas, pues la primera técnica permite poner en práctica las habilidades de reestructuración. De tal manera que pueda sustituir los pensamientos disfuncionales por los orientados a la objetividad, antes durante y después de una situación estresante (Del Arco Jódar, Tornero y García, 2014). Se esperaba que lo anterior sería reforzado por la técnica de solución de problemas, ya que pone en marcha una variedad de conductas (orientación al problema, definición del problema, alternativas de solución y demás) para resolver una situación compleja (Valladares y Rentería, 2016).

A continuación, se describe de manera detallada el contenido de cada sesión.

Sesión 1: Se aplicaron los instrumentos de evaluación a CVC, posterior a ello se le realizó una entrevista semiestructurada diseñada para atender a pacientes en modalidad a distancia. Se le explicó la confidencialidad de la intervención (que ella aceptó verbalmente). Posteriormente, se preguntó

⁷ Competencia personal amplia y estable sobre cuán efectiva puede ser la conducta de una persona para afrontar una variedad de situaciones potencialmente estresantes (Choi, 2004).

sobre el motivo de consulta y las respuestas emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales derivadas de su sintomatología.

Sesión 2-3: En las dos sesiones se aplicaron los instrumentos de evaluación; posteriormente, se indagó con la entrevista semiestructurada sobre el inicio y curso del problema, así como parámetros de frecuencia, duración e intensidad. De acuerdo con los datos obtenidos, se analizó detalladamente el caso y se presentó a la paciente la propuesta de intervención y objetivos terapéuticos.

Sesión 4: Posterior a la aplicación de los instrumentos, se brindó psicoeducación sobre las medidas sanitarias para prevenir un contagio por COVID-19. Por otra parte, se entrenó en respiración diafragmática. La técnica se modeló a través de la cámara web, se revisó su ejecución y se le envió una grabación diseñada para practicarla en casa.

Sesión 5: Se aplicaron los instrumentos de evaluación y después se le explicó sobre el modelo ABC de Ellis (1977), que postula la existencia de un acontecimiento activador (A), que una persona interpreta a través de pensamientos sobre sí misma (B) produciendo (consecuencia) emociones o conductas (C) derivadas de la interpretación del acontecimiento A. Partiendo de esta idea, se le expusieron ejemplos de distorsiones cognitivas (de acuerdo con su motivo de consulta), para identificar los pensamientos que influían en la presentación de sus emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas. Al final de la sesión, se le pidió realizar un registro diario de pensamientos relacionados al contagio de COVID-19.

Sesión 6: Nuevamente se aplicaron los instrumentos de evaluación. Se revisaron los registros de pensamientos y se le pidió que identificara ejemplos de distorsiones cognitivas en relación a su motivo de consulta. Posteriormente, para promover la generación de pensamientos alternativos,⁸ se trabajó con la reestructuración cognitiva. Esto mediante el cuestionamiento de ideas irracionales con preguntas enfocadas en buscar la evidencia, funcionalidad y lógica de las ideas expresadas (Ruiz *et al.*, 2012). Por ejemplo: “entiendo que salir a la calle en este momento es muy

⁸ Interpretaciones o inferencias basadas en la evidencia y en una secuencia lógica (Lega, Caballo y Ellis, 2002).

riesgoso, pero dime, ¿de qué manera podemos asegurar que las medidas que estás tomando no te van a proteger? “¿Hay alguna evidencia de que no funcionen?”.

Posterior al debate, la paciente generó pensamientos alternativos respecto al contagio de la COVID-19. Por ejemplo: “Es verdad que tengo una posibilidad de contagio en mis citas, pero no puedo asegurar que esto vaya a ser de esta manera, ya que puedo utilizar algunas medidas de protección para evitar un contagio”.

Al final de la sesión, se mostró la técnica relajación muscular progresiva de Jacobson, para complementar las habilidades de regulación emocional practicadas en la sesión 4. Se revisó la ejecución mediante la cámara web, y se pidió (como tarea) realizar una lista de pensamientos alternativos con lo aprendido en la sesión.

Sesión 7: CVC contestó los cuestionarios de evaluación y se resumieron las temáticas abordadas en la sesión anterior (modelo ABC y las distorsiones cognitivas). Posteriormente, para otorgar una nueva estrategia de afrontamiento ante situaciones estresantes, se entrenó en autoinstrucciones. Se revisó la lista de pensamientos alternativos generados por la paciente y se le indicó que estas frases serían autodirigidas en su visita al hospital, para favorecer el autocontrol y la confianza en sus recursos personales (Ruiz *et al.*, 2012).

Sesión 8: Después de contestar los cuestionarios, se le entrenó en solución de problemas. Se promovió que identificara, definiera un problema, y posteriormente buscara posibles soluciones. Consecutivamente, se pidió mencionar las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones planteadas para elegir la opción más adecuada de acuerdo con su problemática.

Sesión 9-11: Finalmente, durante las últimas sesiones se aplicaron los instrumentos de evaluación y se hizo una revisión de todas las técnicas practicadas y se exploró que la paciente las aplicara en su vida cotidiana. Por otra parte, se reforzaron los pensamientos alternativos generados, enfatizando y analizando su efecto positivo en emociones y comportamientos (principalmente en los relacionados al cuidado de su salud). Por ejemplo:

“Me da gusto que hayas ido a tu cita médica, sin duda eso refleja que has podido manejar de mejor manera tus pensamientos y eso te ha llevado a tener un mayor control sobre tus emociones y conductas”.

Resultados de la intervención

En la figura 4, se muestran los puntajes obtenidos por CVC en el BAI. El análisis visual de datos muestra durante la LB (las primeras tres sesiones) sintomatología ansiosa severa (debido a los puntajes fuera del rango de normalidad = > 26) y a la ausencia de un patrón claro de decremento en la sintomatología. Conforme la intervención inició, se nota un cambio gradual, a excepción de la sesión 4. Al final de la intervención, el puntaje se mantuvo por debajo del punto de corte (5) durante el seguimiento a dos meses.

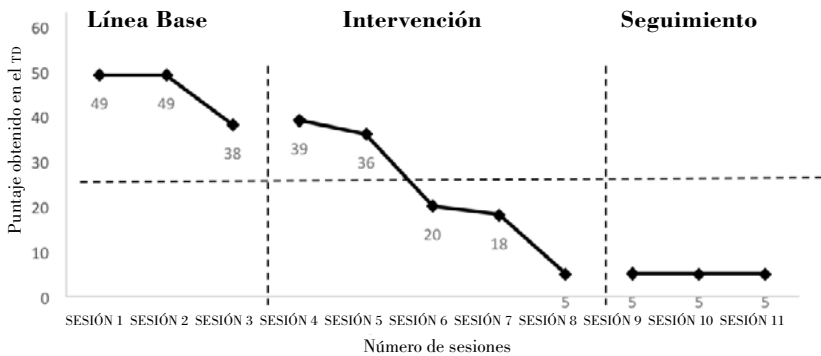


Figura 4. Sintomatología Ansiosa a lo largo de las sesiones (BAI).

Nota: En el eje X se muestra el número de mediciones realizadas en las diferentes fases, por otra parte, en el eje Y se muestra el puntaje crudo obtenido en el BAI. Las líneas verticales punteadas indican la distinción entre las fases de LB, intervención y seguimiento; la línea horizontal indica el punto de corte (26).

Fuente: Elaboración propia.

El análisis visual de datos en la figura 5 muestra la presencia de un malestar emocional importante (los puntajes estaban en rangos anormales

= > 4), y un decremento del malestar emocional en la LB. Después de la intervención, se observa un cambio gradual, con excepción de la sesión 4. Al finalizar la intervención, el puntaje se mantuvo por debajo del punto de corte (3) hasta el seguimiento a 2 meses.

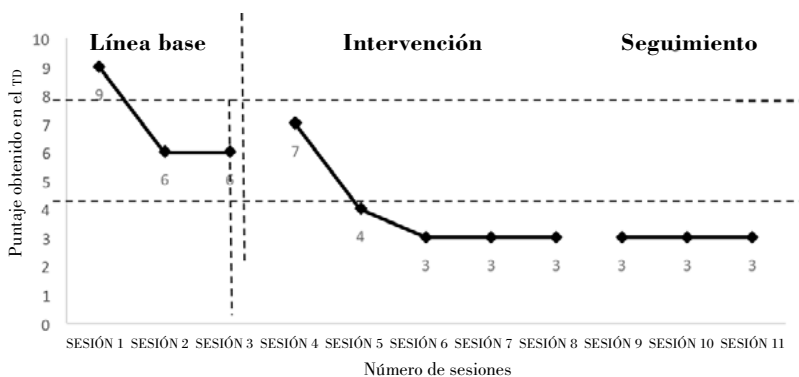


Figura 5. Malestar emocional a lo largo de las sesiones (TD).

Nota: En el eje X se muestra el número de mediciones realizadas en las diferentes fases.

En el eje Y se muestra el puntaje crudo obtenido en el TD. Las líneas verticales punteadas indican la distinción entre las fases de LB, intervención y seguimiento. La línea horizontal indica el punto de corte (4). FUENTE: Elaboración propia.

Respecto al análisis estadístico, se obtuvo un índice $NAP = 0.93$ para la variable de ansiedad con una $p = 0.036$, lo cual indica que el tratamiento cognitivo conductual a distancia tuvo un efecto fuerte y estadísticamente significativo. El malestar emocional obtuvo un índice de 0.86 con una $p = 0.062$, que permite interpretar que el tratamiento tuvo un efecto moderado en TD, aunque no significativo estadísticamente; por lo tanto, es posible que los cambios en esta variable no se deban a la intervención.

Tabla 1. Tamaño del efecto de la intervención en las variables ansiedad y malestar emocional.

Variable	NAP	Valor de <i>p</i>	Tamaño del efecto
Ansiedad	0.93	0.036*	Efecto fuerte
Malestar emocional	0.86	0.062	Efecto moderado

Nota: Se muestra el tamaño del efecto de la intervención cognitivo conductual a distancia para las variables ansiedad y malestar emocional.

FUENTE: Elaboración propia.

Finalmente, se obtuvo un $CCO = 0.89$ para la variable de ansiedad y $CCO = 0.66$ para el malestar emocional, por lo cual, se puede mencionar que existió un cambio clínicamente significativo para ambas variables.

Tabla 2. Cambio clínico objetivo (CCO) en las variables ansiedad y malestar emocional.

Variable	CCO	Mayor a 0.20	Interpretación
Ansiedad	-0.89*	Sí	Mejoría clínica significativa
Malestar emocional	-0.66*	Sí	Mejoría clínica significativa

Nota: Se espera que el signo sea negativo debido a la dirección de la funcionalidad.

FUENTE: Elaboración propia.

Para el cambio en las percepciones de la paciente respecto a sus recursos para prevenir un contagio de COVID-19 a lo largo de la intervención TCC a distancia, véase la figura 6.

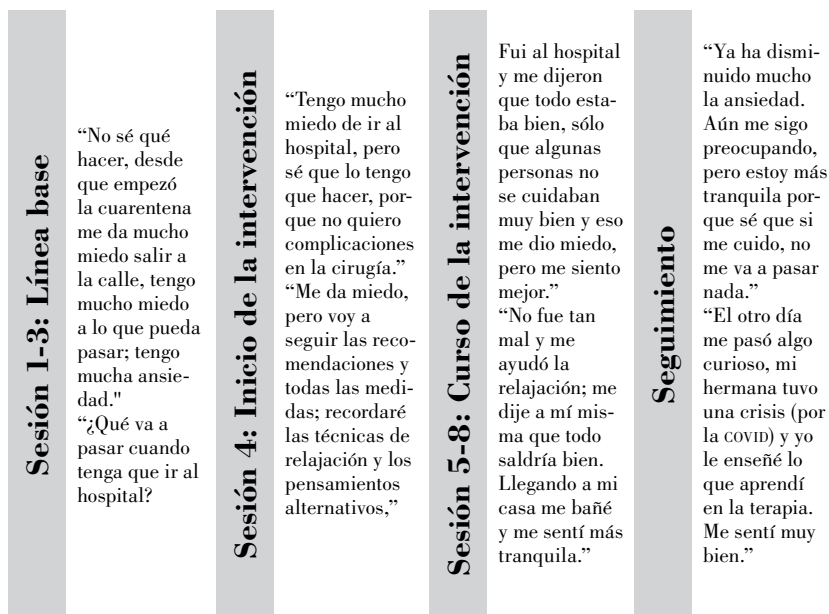


Figura 6. Cambio en las percepciones de la paciente CVCA lo largo del tratamiento.

Nota: se muestra el cambio en la percepción de la paciente antes, durante y después de la intervención psicológica.

FUENTE: Elaboración propia.

Discusión y conclusiones

El presente estudio de caso presenta una aplicación de la TCC a distancia ante la crisis sanitaria derivada de la pandemia de COVID-19, dirigida a una paciente sometida a mastectomía preventiva de cáncer (con Síndrome de Cowden), quien presentaba ansiedad por la posible exposición al nuevo coronavirus en sus citas de seguimiento posquirúrgico. Después de la intervención, los puntajes de la sintomatología ansiosa y el malestar emocional tuvieron una reducción clínica y estadísticamente significativa que se mantuvieron en el seguimiento.

La paciente en la evaluación inicial presentaba sintomatología ansiosa severa, ya que temía por el contagio de la COVID-19 y las implicaciones que tendría en su salud y en su núcleo familiar. Los datos recabados en la primera sesión mediante la entrevista inicial —diseñada exprofeso para pacientes atendidos a distancia— permitieron identificar su sintomatología caracterizada por emociones de nerviosismo, taquicardia, problemas digestivos y movimientos repetitivos. En otras investigaciones dirigidas a estudiar el impacto emocional de un brote epidémico/pandémico, se ha encontrado a la ansiedad como un problema común, tal es el caso de una investigación realizada en África Occidental, donde se encontró que aproximadamente el 48% de los participantes del estudio presentaron ansiedad —6% con niveles clínicos— después de la exposición al virus del Ébola (Jalloh *et al.*, 2018).

Por otra parte, es posible mencionar que al término de la intervención, la sintomatología ansiosa tuvo una disminución clínicamente significativa en relación con la LB (corroborado por el índice NAP). Este resultado puede ser explicado por el cambio en la percepción disfuncional del contagio (motivado por la información y recomendaciones brindadas mediante la psicoeducación), así como por el cambio en el significado de la situación (favorecido por la técnica de reestructuración cognitiva), que en conjunto influyeron en que CVC: 1) adoptará un pensamiento orientado a la objetividad y conductas más adaptativas y 2) mejorará el estado de ánimo y el control de las respuestas fisiológicas de ansiedad. Esto es consistente con lo mencionado por Valladares y Rentería (2016), en cuanto a que, si un individuo cambia sus creencias sobre su papel en la situación estresante, será capaz de controlar su conducta.

Aunado a lo anterior, es probable que aprender las técnicas de relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, entrenamiento en autoinstrucciones y solución de problemas se convirtiera en nuevas estrategias de afrontamiento adaptativas que redujeron la sintomatología ansiosa, en contraste con las estrategias de evitación que utilizaba para lidiar con su miedo. La modificación de las estrategias de afrontamiento retroalimenta positivamente el cambio cognitivo y, a su vez, refuerza la

validez de los nuevos pensamientos (Vásquez, Hervás, Hernangomez y Romero, 2010).

En relación con el malestar emocional, aunque este tuvo una reducción clínicamente significativa, el tamaño del efecto fue moderado, pero no estadísticamente significativo. Esto puede significar que el cambio no necesariamente se debe al efecto de la intervención. Otras variables pudieron influir en dicha reducción, entre las que destacan el apoyo social recibido de su familia y amigos, así como las actividades laborales que representaban una distracción para CVC. Por otra parte, es posible que las características de la pandemia (rápida expansión, amplia duración, impactos sociales y económicos), así como la interrupción en los servicios de atención médica pudieran significar ser una fuente adicional de preocupación para CVC que exacerbara su malestar emocional (Swainston *et al.*, 2020) de tal forma que la intervención no pudo afectar esta variable.

Es posible mencionar que el tratamiento alcanzó sus objetivos ayudando a reducir la sintomatología ansiosa, el malestar emocional de la paciente, y el riesgo de complicaciones posquirúrgicas (Mayo Clinic, 2019), ya que CVC pudo abordar sus preocupaciones respecto a la crisis sanitaria y obtener estrategias que le permitieran retomar sus citas de seguimiento posquirúrgicas para revisión de expansores. Este logro cobra relevancia en una enfermedad como el cáncer, donde la adherencia terapéutica es esencial en el pronóstico—influenciado por el momento diagnóstico y por la recepción del tratamiento— (Sharpless, 2020).

Se ha reportado que este tipo de intervenciones tiene limitaciones; entre las que destacan la reducción en la interacción no verbal, los cambios en la relación terapéutica, el mantenimiento de la confidencialidad y la integridad del tratamiento (Barak, Hen, Boniel-Nissim, y Shapira, 2008). Sin embargo, los resultados presentados anteriormente indican que la paciente muestra mejoría debido a la intervención a distancia, en contraste con la evaluación inicial. También muestran que la intervención a distancia puede ser viable y factible en condiciones que ameritan distanciamiento social.

A diferencia de estudios previos, estos resultados indican que el desarrollo tecnológico permitió establecer contacto confidencial mediante plataformas especializadas para videollamadas; las herramientas utilizadas permitieron proyectar materiales psicoeducativos, modelar las estrategias de intervención cognitivo conductuales y brindar explicaciones a su problema. Posiblemente, las características sociodemográficas de CVC (mujer joven, nivel económico medio, escolaridad licenciatura) pudieron influir en este resultado.

Aunado a lo anterior, en nuestro estudio la paciente reportó una alta aceptación de la terapia a distancia, ya que comentó sentirse más segura y cómoda por el formato de atención, en contraste con el riesgo que implicaba asistir a un entorno médico para recibir la intervención psicológica. Este hallazgo coincide con un estudio que describió que las pacientes con CaMa percibían que el riesgo de contagio de COVID-19 superó los beneficios de recibir atención médica en un hospital (Shinan-Altman, Levkovich y Tavori, 2020).

Otra limitación consiste en que no se contó con un mayor número de pacientes que presentaran ansiedad por el temor al contagio por COVID-19, es por ello que la intervención dirigida a esta problemática no se replicó. Además, las características sociodemográficas de la paciente CVC no son representativas del promedio de población mexicana (Coneval, 2018). Por lo tanto, es posible que el efecto de la intervención, la aceptación de la misma, la fuerte alianza terapéutica y de trabajo hayan estado influenciadas por las características de la paciente. Por esta razón, los hallazgos deben ser interpretados con cautela, ya que, aunque es un estudio clínico-exploratorio, es posible que no pueda generalizarse. Sin embargo, la elección de la intervención se fundamentó teóricamente a través de una búsqueda sistemática de intervenciones basadas en la evidencia, que dio cuenta de la eficacia de las intervenciones considerando las distintas variables sociodemográficas (Hall *et al.*, 2016; Hofmann, Stefan y Smits, 2008).

La retroalimentación semanal que recibió el psicólogo tratante de un grupo de expertos en psicología fue a través de reuniones por video llamada, donde se intercambiaron puntos de vista y se decidió, en cada

momento, el mejor tratamiento para la paciente de manera consensada y profesional. Contar con este grupo de expertos permitió el correcto análisis de la información recabada durante las sesiones de LB, intervención y seguimiento; lo que aseguró la correcta implementación de las técnicas de intervención cognitivo conductual y, en última instancia, la integridad del tratamiento.

Un reto para implementar este estudio en el contexto de la situación sanitaria actual fueron las herramientas de evaluación. Al ser una problemática novedosa, no contábamos con instrumentos que evaluaran la ansiedad derivada de la COVID-19. Por ello, esta situación plantea la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación específicos que den cuenta de cómo se presenta esta problemática en la población.

A pesar del desafío, se eligieron pruebas estandarizadas y válidas en población mexicana, y crear herramientas para uso de la telepsicología (audios, registros), así como el diseño expofeso de una entrevista específica para pacientes a distancia permitieron implementar una evaluación oportuna de las diferentes dimensiones comportamentales. Todo esto para fundamentar y diseñar una intervención cognitivo conductual a distancia, compuesta proporcionalmente por diversos componentes terapéuticos como psicoeducación, entrenamiento en reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, autoinstrucciones y solución de problemas.

Finalmente, los hallazgos obtenidos son un ejemplo de los problemas psicológicos que pueden experimentar las pacientes oncológicas en un contexto de crisis sanitaria, e implícitamente de cómo la emergencia sanitaria ha ocasionado diversos efectos psicosociales. También son un ejemplo del abordaje psicológico eficaz, utilizando la tecnología actual y de que la intervención cognitivo-conductual en línea puede ser una alternativa de tratamiento en este contexto. En el presente estudio se favoreció la adopción de estrategias de afrontamiento adaptativas que influyeron en adherencia al tratamiento oncológico de una paciente joven con riesgo de padecer cáncer. Al mismo tiempo, proporciona soporte a la creciente evidencia de la viabilidad de las intervenciones psicológicas a distancia en un país como México.

Referencias

- Almanza-Muñoz, J. de J., y Juárez, I. R. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 62(5), 209–217.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., y Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2–4), 109–160. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Beck, Epstein, Brown y Steer. (1988). *Inventario de Ansiedad de Beck*.
- Breast Cancer. (2016) *¿Cuándo se realiza la reconstrucción mamaria?* Recuperado de <https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/reconstruccion/cuando>
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (eds.), *Epidemiología Clínica*. México: McGraw Hill.
- Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S. y Bhaskaran, K. (2018). Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *J. Natl. Cancer Inst.* 110, 1311–1327. doi: 10.1093/jnci/djy177
- Choi, N. (2004). Sex role group differences in specific, academic, and general self-efficacy. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 138(2), 149–159. Recuperado de <https://doi.org/10.3200/JRLP.138.2.149-159>
- Conde, M. y Menéndez, F. (2000). Estudio experimental sobre el parámetro de frecuencia respiratoria más adecuado para conseguir disminuir la activación psicofisiológica. *Ansiedad y Estrés*, 6(3), 153-167.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Coneval. (2018). Estadística de pobreza por entidad federativa: Estado de México.
- Curigliano, G., Cardoso, M. J., Poortmans, P., Gentilini, O., Pravettoni, G., Mazzocco, K., Houssami, N., Pagani, O., Senkus, E., y Cardoso, F. (2020). Recommendations for triage, prioritization and treatment of breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Breast*, 52, 8–16. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.04.006>
- Davies, E. B., Morriss, R., y Glazebrook, C. (2014). Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5), 1–22. Recuperado de <https://doi.org/10.2196/jmir.3142>

- De Vicente-Colomina, A., Santamaría, P. y G.-O. (2020). Clínica y Salud. *Clínica y Salud*, 31, 69–76.
- Del Arco Jódar, R., Tornero Gómez, M., y García Soliveres, C. (2014). Intervención cognitivo-conductual en el manejo de obsesiones y compulsiones de lavado en una niña con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 141–148.
- Dixon, M. R., Jackson, J. W., Small, S. L., Horner-King, M. J., Lik, N. M. K., García, Y. y Rosales, R. (2009). Creating single-subject design graphs in Microsoft Excel™ 2007. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(2), 277–293. Recuperado de <https://doi.org/10.1901/jaba.2009.42-277>
- Dobson, D. y Dobson, K. (2009). *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*. Nueva York : Guilford.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A. y Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: Globocan sources and methods. *International Journal of Cancer*, 144(8), 1941–1953. <https://doi.org/10.1002/ijc.31937>
- Fernández-Bañares, F., Ribera, M. R. y López-Jurado, R. T. (2010). Síndrome de Cowden. *Gastroenterología y Hepatología Continuada*, 9(2), 64–67. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S1578-1550\(10\)70014-0](https://doi.org/10.1016/S1578-1550(10)70014-0)
- Guyen, D. C., Sahin, T. K., Aktepe, O. H., Yildirim, H. C., Aksoy, S. y Kıllickap, S. (2020). Perspectives, knowledge, and fears of cancer patients about COVID-19. *Frontiers in Oncology*, 10(August), 1–6. Recuperado de <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01553>
- Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K. y Scott, S. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review, meta-Analysis, and meta-regression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1063–1073. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.006>
- Hofmann, S G, Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2012). The efficacy of CBT: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36(5), 427–440. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
- Hofmann, Stefan G., y Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621–632. Recuperado de <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415>
- Instituto Nacional de Cancerología. (2013). Unidades funcionales. Ciudad de México. INCan. Recuperado de http://incan-mexico.org/incan/incan13.jsp?iu_p=/medicos/medicina-interna-unidades-funcionales.xml#:~:text=Es%20una%20

- unidad%20multidisciplinaria%2C%20en,alg%C3%BA%20tipo%20de%20c%C3%A1ncer%20ginecol%C3%B3gico
- Jalloh, M. F., Li, W., Bunnell, R. E., Ethier, K. A., O’Leary, A., Hageman, K. M., Sengeh, P., Jalloh, M. B., Morgan, O., Hersey, S., Marston, B. J., Dafaie, F. y Redd, J. T. (2018). Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015. *BMJ Global Health*, 3(2), 1–11. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000471>
- Jiang, F., Deng, L., Zhang, L., Cai, Y., Cheung, C. W. y Xia, Z. (2020). Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of General Internal Medicine*, 35(5), 1545–1549. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05762-w>
- Kazdin, A. (2011). *Single-case research designs : methods for clinical and applied settings*. Nueva York : Oxford University Press.
- Kratochwill, T. R. Hitchcock, J. Horner, R. H. Levin, J. R. Odom, S. L. Rinds-kopf, D. M y Shadish, W. R. (2010). Single-Case Design Technical Documentation. *Works Clearinghouse Website: Http://Ies.Ed.Gov/Ncee/Wwc/Pdf/Wwc_scd.Pdf., December, 2010.*
- Lai, A. G., Pasea, L., Banerjee, A., Denaxas, S., Katsoulis, M., Chang, W. H., Williams, B., Pillay, D., Noursadeghi, M., Linch, D., Hughes, D., Forster, M. D., Turnbull, C., Fitzpatrick, N. K., Boyd, K., Foster, G. R., Cooper, M., Jones, M., Pritchard-Jones, K. y Hemingway, H. (2020). Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency. *MedRxiv*, 15(11), Recuperado de <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.27.20083287v1>
- Lazarus, R. y Folkman , S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behaviour Modification*. Nueva York: Plenum.
- Mayo Clinic. (2019). Cirugía de cáncer de mama. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/breast-cancer-surgery/about/pac-20385255>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A. y Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565.pub2>

- Parker, R. I. y Vannest, K. (2009). An Improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357–367. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Payne, L., Flannery, H., Kambakara, C., Daniilidi, X., Hitchcock, M., Lambert, D., Taylor, C. y Christie, D. (2020). Business as usual? Psychological support at a distance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(3), 672–686. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1359104520937378>
- Peeri, N. C., Shrestha, N., Rahman, M. S., Zaki, R., Tan, Z., Bibi, S., Baghbanzadeh, M., Aghamohammadi, N., Zhang, W. y Haque, U. (2020). The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned?. *International Journal of Epidemiology*, 49(3), 717–726. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa033>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I. y Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, 82(10), 1904–1908. Recuperado de [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19980515\)82:10<1904::AID-CNCR13>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19980515)82:10<1904::AID-CNCR13>3.0.CO;2-X)
- Ruiz, A., Díaz, I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée.
- Sanz, J. (2014). *Utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. 25(1), 39–48. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>
- Secretaría de Salud (2020). Casos positivos y defunciones a COVID-19 por municipio. México. Recuperado de https://salud.edomex.gob.mx/salud/covid19_municipio
- Shankar, A., Saini, D., Roy, S., Jarrahi, A. M., Chakraborty, A., Bharati, S. J. y Taghizadeh-Hesary, F. (2020). Cancer care delivery challenges amidst coronavirus disease -19 (COVID-19) outbreak: Specific precautions for cancer patients and cancer care providers to prevent spread. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(3), 569–573. Recuperado de <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.3.569>
- Sharpless, N. E. (2020). COVID-19 and cancer. *Science*, 368(6497), 1290. Recuperado de <https://doi.org/10.1126/science.abd3377>

- Shinan-Altman, S., Levkovich, I. y Tavori, G. (2020). Health care utilization among breast cancer patients during the COVID-19 outbreak. *Palliative and Supportive Care*. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/S1478951520000516>
- Swainston, J., Chapman, B., Grunfeld, E. A. y Derakshan, N. (2020). COVID-19 Lockdown and Its Adverse Impact on Psychological Health in Breast Cancer. *Frontiers in Psychology*, 11(August), 1–10. Recuperado de <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02033>
- Valladares, P. y Rentería, A. (2016). *Psicoterapia cognitivo-conductual, técnicas y procedimientos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vannest, K., Parker, R., Gonen, O. y Adiguzel, T. (2016). Single Case Research: web based calculators for SCR analysis. (Version 2.0) [Web-based application]. College Station, TX: Texas A&M University.
- Vanni, G., Materazzo, M., Pellicciaro, M., Ingallinella, S., Rho, M., Santori, F., Cotesta, M., Caspi, J., Makarova, A., Pistolese, C. A. y Buonomo, O. C. (2020). Breast cancer and COVID-19: The effect of fear on patients' decision-making process. *In Vivo*, 34, 1651–1659. Recuperado de <https://doi.org/10.21873/in-vivo.11957>
- Vásquez, C. Hervás, G., Hernangomez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión : Una revisión tras 30 años de investigación. *Psychology/Psicología Conductual*, 18, 2015, 139–165.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G. y Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395(10223), 470–473. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
- Xia, J., Zhao, S. y Jayaram, M. B. (2013). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(11). Recuperado de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823>
- Zhang, L., Zhu, F., Xie, L., Wang, C., Wang, J., Chen, R., Jia, P., Guan, H. Q., Peng, L., Chen, Y., Peng, P., Zhang, P., Chu, Q., Shen, Q., Wang, Y., Xu, S. Y., Zhao, J. P. y Zhou, M. (2020). Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Annals of Oncology*, 31(7), 894–901. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.296>