



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
ADAPTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y  
PSICOEDUCACIÓN EN CUIDADORES DE PACIENTES ONCOPEDIÁTRICOS

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
MARIANA ORTIZ OMAÑA

TUTOR PRINCIPAL  
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR  
DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM

DR. CLAUDIO ANTONIO CARPIO RAMÍREZ  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. CAROLINA SANTILLÁN TORRES TORIJA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Tlanepantla, Estado de México, enero, 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Dedicatorias

**A mis padres,** siempre he podido contar con ustedes en las situaciones difíciles. Gracias por darme lo mejor de cada uno, no estaría aquí de lo contrario. Los amo

**A mis hermanos,** me apoyaron es situaciones de estrés y me motivaron para no darme por vencida, gracias. Los amo

**Al Mtro. Leonardo,** todo lo que recibí siempre de usted fue mucha paciencia y apoyo para mi crecimiento profesional el cual ayudó a continuar aprendiendo y no rendirme. Muchas gracias

**A la Mtra. Cintia,** su constante apoyo y guía con los pacientes me ayudó a crecer profesionalmente, sin duda le debo mucho de los que pude aprender a hacer y ser durante mi residencia en el hospital. Gracias

**A mis compañeros y amigos,** Ceci, Carmen, Cristian, Erik, Anahí, Yosemite, fueron un gran apoyo tanto emocional como profesionalmente. Aprendí mucho de ustedes, son grandiosos todos y cada uno. Gracias

**A Emmanuel,** a pesar de lo difícil que fue para mi este proceso, estuviste allí para apoyarme. Gracias. Te amo

## Índice

Introducción	5
<b>Capítulo 1. Adaptación de un programa de entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación en cuidadores de pacientes oncopediátricos</b>	<b>10</b>
1.1 Antecedentes	11
1.1.1 Cáncer infantil	11
1.1.2 Cuidador primario de paciente oncopediátrico	19
1.1.3 Estrés y afrontamiento	21
1.1.4 Terapia de solución de problemas	29
1.2 Objetivos	33
1.2.2 Objetivo general	33
1.2.3 Objetivos de la intervención	34
1.3 Hipótesis	35
1.4 Variables	35
1.5 Método	37
1.5.1 Diseño de investigación	37
1.5.2 Tipo de estudio	37
1.5.3 Tipo de muestreo	37
1.5.4 Participantes	37
1.5.5 Instrumentos	38
1.5.6 Materiales	39
1.5.7 Procedimiento	40
1.6 Conclusiones	42
<b>Capítulo 2. Reporte de experiencia profesional</b>	<b>44</b>
2.2 Contextualización de la medicina conductual	44
2.1.1 Antecedente histórico	44

2.1.2 Definición de Medicina Conductual	46
2.2 Características de la sede	50
2.2.1 Ubicación	50
2.2.2 Antecedentes	50
2.2.3 Servicios	52
2.3 Ubicación del residente en la sede	53
2.4 Actividades desarrolladas en la sede en el servicio de Medicina interna en el periodo de enero-mayo 2019	56
2.4.1 Contexto psicológico de los pacientes del servicio de medicina interna	56
2.4.2 Actividades asistenciales desarrolladas en el servicio de medicina interna	57
2.4.3 Rotación realizada en el servicio de medicina interna (evaluación inicial)	58
2.4.4 Reporte de productividad del servicio de medicina interna en el periodo del mes de enero-mayo 2019	59
2.5 Actividades desarrolladas en la sede en el servicio de Oncopediatría en el periodo de junio 2019-marzo 2020	64
2.5.1 Contexto psicológico de los pacientes del servicio de oncopediatría	64
2.5.2 Actividades asistenciales desarrolladas en el servicio de oncopediatría	65
2.5.3 Rotación realizada en el servicio de oncopediatría (evaluación inicial)	66
2.5.4 Reporte de productividad del servicio de oncopediatría en el periodo del mes de junio-marzo 2020	67
2.6 Competencias profesionales alcanzadas	72
2.7 Evaluación	75
2.8 Conclusiones y sugerencias	75
<b>Conclusiones generales</b>	76
<b>Referencias bibliográficas</b>	78

## **Anexos**

Anexo 1	85
Anexo 2	87
Anexo 3	88
Anexo 4	89
Anexo 5	91
Anexo 6	92
Anexo 7	98
Anexo 8	127
Anexo 9	132
Anexo 10	150
Anexo 11	169

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las primeras causas de muerte por enfermedad en la infancia a partir del primer año de vida. De acuerdo con la OMS, el cáncer a nivel mundial tiene incidencia de 300,000 casos de niños entre 0 a 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Se estima que en México cada año se diagnostican alrededor de 5,000 casos nuevos de cáncer en personas menores de 18 años siendo un 8.9 por cada 100,000 habitantes afiliados al seguro popular. Recientemente se ha demostrado un incremento de los tumores sólidos malignos, principalmente en los grupos de 1 a 4 y 15 a 19 años de edad (Secretaría de Salud, 2019).

El cáncer infantil contribuye a la aparición de nuevas necesidades en el entorno familiar debido a que los familiares son quienes de forma explícita o implícita se asignan como cuidador del paciente pediátrico (Safarabadi-Farahani, Maarefvand, Biglarian, & Khubchandani, 2016)

Los cuidadores primarios informales (CPI) juegan un papel importante para el cuidado del paciente. Éstos proporcionan la atención física, social y emocional que los pacientes requieren en su vida diaria. El cuidado usualmente puede percibirse como una responsabilidad normal y familiar por lo que se prioriza el cuidado del enfermo dando como el resultado descuido de áreas vitales del CPI, lo que favorece la aparición de deterioro en la calidad de vida de los cuidadores y problemas de salud (Del Bianco & Cardoso, 2016) además de la presencia de sintomatología de ansiedad, estrés, sobrecarga, etc. (Palomino et al., 2008)

El estrés es considerado uno de los principales factores que se presentan en los CPI, el impacto del estrés está determinado por diversos aspectos, como el grado en que la situación sea percibida como amenazante y la vulnerabilidad de la persona, así como su capacidad para adaptarse y enfrentarse al estímulo estresante. La relación existente entre el estrés y la vulnerabilidad es lo que determina los efectos sobre la salud (Young Oh, 2017)

Se ha identificado que programas de intervención dirigidas a esta población favorece en el estado de salud de los CPI. En 2010, Northouse et al., publicaron un metaanálisis en donde se identificaron 3 tipos de intervenciones en cuidadores, entre ellas se encuentran incluidas las intervenciones psicoeducativas, el entrenamiento en habilidades y el asesoramiento terapéutico, dichas intervenciones se identificaron como las más eficaces para favorecer la reducción de carga en el cuidador, un mejor afrontamiento del cuidador, una mayor autoeficacia y mejores aspectos de la calidad de vida (Ferrell & Wittenberg, 2017; Montero et al., 2012). Espinoza-Salgado (2017) en su estudio sobre el entrenamiento basado en terapia de solución de problemas y psicoeducación con cuidadores primarios, muestra una disminución sobre los niveles de estrés y ansiedad en dicha población. El cáncer es una de las enfermedades con mayor carga de trabajo para los cuidadores primarios informales (Ferrell & Wittenberg, 2017), además, la presencia de alguna enfermedad crónica como ésta tiene un impacto importante tanto en el paciente como en las familias.

Los CPI de pacientes con cáncer asumen una gran responsabilidad debido a la atención que el paciente requiere, entre los que se encuentran; manejo de efectos adversos del tratamiento, síntomas de la propia enfermedad, manejo del estrés, apoyo emocional, instrumental, actividades de la vida diaria, atención durante procedimientos médicos (Berry, Dalwadi, & Jacobson, 2017; Yabroff & Kim, 2009)

Además, Yabroff & Kim (2009) señalan que el tiempo de atención que los cuidadores proporcionan al cuidado de su paciente con cáncer es en promedio de 8.3 horas diarias durante 13.7 meses aproximadamente. Debido al tiempo requerido por el paciente desde el momento del diagnóstico hasta el final del tratamiento, el cuidado del paciente con cáncer puede ser sumamente desafiante.

El impacto psicológico relacionado a la nuevas responsabilidades que involucra el cuidado del paciente, favorece en la pérdida de la salud física y emocional del cuidador (Montero et al.,

2012). Es decir, contribuye a la generación de respuestas psicológicas como estrés, depresión, incertidumbre y otras respuestas tales como insomnio, fatiga, una salud general disminuida, entre otras (Ferrell & Wittenberg, 2017; Cedillo-torres, Guadalupe, & Cuevas-abad, 2015)

Kim, Carver, Shaffer, Gansler y Cannady (2014) refieren que el estrés favorece la presencia de efectos para la salud del cuidador de pacientes con cáncer por lo que se requieren programas de manejo de estrés dirigido a esta población para disminuir a presencia de estos efectos a largo plazo.

El modelo de solución de problemas ha sido adaptado para tratar una gran diversidad de problemas psicológicos, como depresión, pacientes con enfermedades crónicas como cáncer, así como en cuidadores de pacientes con múltiples enfermedades, cuya eficacia ha sido corroborada (Nezu, Nezu, & D'Zurilla, 2014).

De acuerdo con Nezu, Nezu, & DZurilla (2014) un entrenamiento dirigido a favorecer la orientación hacia los problemas y promover la regulación emocional puede contribuir a aumentar la tolerancia al estrés e impedir posibles problemas futuros de salud física.

Diversas son las fuentes de apoyo dirigidas a los pacientes del servicio de Oncopediatría que contribuyen a una mejor adaptación durante el tratamiento, sin embargo, existen pocos programas que se dirijan a la atención específica de los CPI, a pesar de encontrarse sometidos a diversas fuentes de estrés.

Intervenciones en cuidadores muestran resultados positivos tanto en los cuidadores como en los pacientes (Berry et al., 2017). La educación sobre la enfermedad, capacitación en habilidades y el asesoramiento terapéutico para los cuidadores influye favorablemente en la forma en que perciben su carga, la calidad de vida, las habilidades de afrontamiento y el conocimiento, así mismo favorecen la disminución de sus niveles de depresión y estrés. De la misma manera, los pacientes que cuentan con el apoyo efectivo de un cuidador son menos

sintomáticos y experimentan una mejor salud física y mental que aquellos que no lo tienen (Berry et al., 2017).

Gran número de cuidadores no se encuentran preparados para el papel que deben desempeñar, tienen conocimientos limitados respecto a la enfermedad de su paciente (Olatunji & Mayers, 2019) y se ha identificado el uso de la búsqueda de información así como un afrontamiento dirigido principalmente a disminuir los sentimientos relacionado con la amenaza de la enfermedad a la vida de su hijo o familiar, es decir, un estilo de afrontamiento centrado en la emoción como las principales estrategias utilizadas por los cuidadores (Ruiz, Martínez, López, & Fernández, 2016). El uso este tipo de estrategias tales como la evitación se encuentra relacionada con problemas en la salud mental y física del cuidador (Sheehan, Hiscock, Massie, Jaffe, & Hay, 2014) mismo que puede afectar a la evolución natural de la enfermedad del paciente oncológico (Ruiz et al., 2016).

En el servicio de Oncopediatría del Hospital Juárez de México se identifican diversos factores como fuentes de estrés en los cuidadores primarios informales. Dirigir una intervención con un entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación que modifique la respuesta de estrés y el estilo de afrontamiento, podría disminuir probabilidad de presentar efectos en su salud en los cuidadores y favorecer su adaptación en el proceso de la enfermedad del paciente oncopediátrico.

Después de realizar entrevistas conductuales y observación en los CPI de pacientes oncopediátricos del Hospital Juárez de México se detectó un déficit de información con relación a la enfermedad de su paciente, así como la presencia de estrés relacionada con múltiples factores; ante ello y con el propósito de disminuir los niveles de estrés de los cuidadores, se decidió ofrecer un entrenamiento en psicoeducación y solución de problemas, realizando la adaptación del trabajo de Espinoza-Salgado (2017) quien previamente ofreció este entrenamiento en adultos cuidadores de pacientes con cáncer.

## **Capítulo 1. Adaptación de un programa de entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación en cuidadores de pacientes oncopediátricos**

### **1.1 Antecedentes**

#### **1.1.1 Cáncer infantil**

En términos de prevalencia, la organización mundial de la salud (OMS) señala que a nivel mundial el cáncer infantil tiene una incidencia de 50 y 200 por cada millón de niños haciéndolo la primera causa de muerte por enfermedad en niños y adolescentes (OMS, 2014).

En América latina y el Caribe se registran un mayor número de casos en comparación al resto del mundo, al año se detectan 17,500 aproximadamente y más de 8 mil fallecimientos (Pozo, Bretones, Méndez, Alonso, & Cid, 2015).

La tasa de supervivencia al cáncer infantil difiere en distintos países. Más del 80% de los niños y adolescentes afectados por el cáncer en países desarrollados sobreviven al cáncer, no así en países en desarrollo, ya que la tasa de supervivencia a esta enfermedad es aproximadamente del 20% (OMS, 2017). En este contexto, se estima que el 30% de los casos evolucionarán hacia la muerte (De Alencar, Nunes, & Cardoso, 2019).

De acuerdo con el GLOBOCAN (2018) la leucemia es el cáncer infantil con mayor incidencia en el mundo, siendo ésta de 3.4 casos por cada 100 mil niños, seguido por el cáncer en sistema nervioso y linfoma No Hodgkin, con tasas de 1.2 y 0.87 por cada 100 mil niños, respectivamente. Mientras que en México se registraron en el 2018, 5.4 casos de leucemia por cada 100 mil niños, 2.1 nuevos casos de cáncer en sistema nervioso y 0.7 casos de linfoma no Hodgkin por cada 100 mil niños.

Dicho anteriormente, la leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia más frecuente en edad pediátrica y constituye el 80% de las leucemias que se presentan en esta edad. La LLA

es el resultado de la transformación maligna de una célula progenitora linfoide inmadura que presenta a su vez una alta tasa de proliferación y reordenamiento genético (Lassaletta, 2016).

Diversos agentes se encuentran relacionados con la etiología de la LLA. Los factores genéticos tienen un papel importante debido a que existe mayor frecuencia de leucemia aguda en familiares de pacientes con LLA, además, enfermedades como síndrome de Down, Klinefelter, neurofibromatosis, Schwachman, Bloom, Falconi, etc., presentan mayor incidencia de LLA. Por otro lado, factores medioambientales como la exposición a radiaciones ionizantes, a productos químicos como el benceno o inhibidores de topoisomerasa. Así mismo, se ha visto relacionada con virus como el Epstein-Barr, en la LLA-L3, y los HTLV I y II, debido a que la mayoría de las LLA se producen cuando el sistema inmune está en desarrollo pueden estar relacionados con LLA (Lassaletta, 2016).

Los síntomas iniciales de la enfermedad pueden estar relacionadas a la infiltración de los linfoblastos de la médula ósea. Dentro de las principales manifestaciones clínicas se encuentran fiebre, sangrado, dolor óseo, adenopatía, esplenomegalia, así como hepatoesplenomegalia (Villarejo, Aransay, & Márquez, 2016).

La tendencia actual de tratamiento para LLA consiste en una atención adaptada a los distintos grupos de riesgo (Bajo riesgo, riesgo estándar, alto riesgo, paciente con muy alto riesgo y lactantes), es decir, se proporciona un tratamiento con mayor intensidad a los pacientes con mayor riesgo de recaída al momento del diagnóstico y no se sobreexpone a los pacientes con riesgo estándar (Villarejo et al., 2016).

El tratamiento contra el cáncer se adapta a los distintos grupos de riesgo y se divide en tres fases; inducción, intensificación o consolidación y mantenimiento, con una duración total de dos años aproximadamente, sin embargo, puede alargarse debido a complicaciones durante el tratamiento (Villarejo, Aransay, & Márquez, 2016).

El pronóstico del paciente pediátrico con LLA ha mejorado en las últimas décadas gracias a nuevos fármacos y al tratamiento adaptado al grupo de riesgo. Sin embargo, a pesar de dicho avance cerca de un 10 a 20% de los casos con LLA fracasan en el tratamiento (Villarejo et al., 2016).

Por otro lado, los tumores del sistema nervioso central (SNC) son el segundo cáncer más frecuente en niños y adolescentes, y se consideran los tumores sólidos más frecuentes en esta etapa (Villarejo et al., 2016).

La etiología de la mayoría de los tumores del SNC es desconocida, sin embargo, se encuentra relacionada con diversos factores. Síndromes como neurofibromatosis tipo 1 y tipo 2, esclerosis tuberosa, síndrome de Von Hippel-Lindau, síndrome de Cowden, síndrome de Gorlin, entre otros síndromes cerebrales hereditarios, caracterizados por la alteración en oncogenes y genes supresores de tumores, exposición a radiaciones ionizantes, síndromes de inmunodeficiencia como el Wiskott-Aldrich se relaciona con un mayor riesgo de padecer neoplasias del SNC (Villarejo et al., 2016).

La clasificación de los tumores de SNC se realiza en función de la estirpe celular a partir de la cual se origina el tejido anormal, a su vez éstos se subclasifican en diferentes grados de acuerdo con las características histológicas y citológicas. Los astrocitomas, los meduloblastomas, y los tumores derivados de células neuroepiteliales, son los tumores con mayor frecuencia en niños. No obstante, la incidencia de los distintos tipos de tumores del SNC en niños varía de acuerdo con el grupo de edad. De esta manera, entre los 0 y 2 años, predominan los papilomas de plexos coroideos, los astrocitomas desmoplásicos, teratomas y tumores neuroectodérmicos primitivos. Entre los 3 y 11 años, predominan los astrocitomas y craneofaringiomas. Y después de los 12 años, son más frecuentes los tumores de células germinales (Villarejo et al., 2016).

Las manifestaciones clínicas en neoplasias del SNC se encuentran condicionadas a distintos factores, como la edad, tipo de tumor, localización, entre otros. No obstante, cada manifestación depende del efecto de la neoplasia en las estructuras neuroanatómicas o en fisiología de las áreas comprometidas. Es decir, las lesiones intraventriculares se producen comúnmente cefalea, emesis y alteraciones en el líquido cefalorraquídeo (Toro-Moreno et al., 2017)

Actualmente, la tasa de supervivencia varía entre 35% y 65% en función de la histología del tumor y su localización. A pesar de la mejora significativa en la tasa de curación en los tumores cerebrales pediátricos, gracias al diagnóstico precoz y los tratamientos, las neoplasias del SNC frecuentemente tienen un pronóstico devastador y lleva a altas tasas de mortalidad (Toro-Moreno et al., 2017).

Por otra parte, el linfoma no Hodgkin (LNH) es el tercer cáncer con mayor incidencia en edad niños (GLOBOCAN, 2018) Hay más de 30 tipos diferentes de LNH, aproximadamente 90% son linfomas de células B y el otro 10% corresponde a linfoma de células T (Guerra-Soto, Reboloso-Zúñiga, González-Sánchez, Rubio-Jurado, & Nava, 2013).

Los linfomas se originan como consecuencia de la expansión clonal de líneas linfoides dando como resultado dos grandes grupos: linfoma Hodgkin y linfoma No Hodgkin. La causa del LNH es desconocida, sin embargo, se ha identificado que la inmunodeficiencia, primaria o adquirida, es un factor de riesgo para el desarrollo de LNH, así como, se ha demostrado que existe una relación con este linfoma y el virus de Epstein-Barren (Guerra-Soto et al., 2013).

El LNH en niños son enfermedades muy agresivas y pueden iniciar con cuadros clínicos extremadamente graves, como son: síndrome de la vena cava superior, compresión de la vía aérea, síndrome de lisis tumoral, insuficiencia respiratoria o cardíaca por derrames masivos,

insuficiencia renal, síndromes de compresión medular, etc. En otros casos menos graves la presentación clínica depende de la localización (Sánchez & Sábado, 2016).

En la actualidad el pronóstico de sobrevida para LNH ha mejorado en los últimos años, siendo de un 80 a 95 % en casos con enfermedad localizada y de un 70 a 85% en casos con enfermedades avanzadas. Este tipo de cáncer se clasifica de acuerdo a la extensión de la enfermedad y usualmente el tratamiento se basa en combinaciones de quimioterapia (Sánchez & Sábado, 2016).

Los tratamientos contra cualquier tipo de cáncer van dirigidos a curar o prolongar la vida de los pacientes, así como garantizar la mejor calidad de vida a quienes padecen y sobreviven a la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2020). Sin embargo, cada uno se adapta de acuerdo con tipo de cáncer como al riesgo del paciente. La duración promedio del tratamiento del cáncer infantil es de 1-3 años y puede incluir quimioterapia, radioterapia, cirugía u hormonoterapia (Lassaletta, 2016; Pozo et al., 2015).

### **Tratamientos**

El abordaje mediante quimioterapia se realiza de diferentes formas, la quimioterapia de inducción, adyuvante, neoadyuvante y de rescate: a) Quimioterapia de inducción. Se emplea como tratamiento primario en pacientes con enfermedad avanzada o diseminada. Este tratamiento actúa sobre todas las posibles localizaciones tumorales incluidas las microscópicas, b) Quimioterapia adyuvante. Consiste en administrar quimioterapia sistémica después de controlar el tumor primario. La finalidad de ésta consiste en eliminar la enfermedad microscópica presente al momento del diagnóstico y que no se elimina con el tratamiento inicial, c) Quimioterapia neoadyuvante. Contribuye a la reducción de tamaño del tumor y facilita la intervención de tratamientos posteriores. Se emplea como tratamiento inicial en pacientes con cáncer localmente avanzado y limitado, d) Quimioterapia de rescate. Es una segunda línea de

tratamiento compuesta por fármacos con diferentes mecanismos de acción utilizado al haber un fracaso en el primer protocolo de tratamiento. Su objetivo consiste en lograr una nueva remisión completa de la enfermedad (Fernández-Plaza & Reques-Llorente, 2016; Lassaletta, 2016)

Por otro lado, la radioterapia en el tratamiento del cáncer infantil consiste en depositar una determinada cantidad de energía en un área específica de tejido previamente seleccionada, con el objetivo de destruir las células malignas. Produce daños en el ADN de las células, tanto sanas como malignas, mediante una ionización de sus átomos. Las células sanas, en general, son capaces de reparar estos daños con más facilidad, mientras que las células tumorales suelen ser más afectadas debido a que sus mecanismos de reparación se encuentran alterados. La aplicación de la radioterapia en la infancia requiere una especial atención, debido a sus potenciales efectos sobre los tejidos en fase de crecimiento y desarrollo, sin embargo, se realiza un balance costo-beneficio al intervenir con este tipo de tratamiento (Fernández-Plaza & Reques-Llorente, 2016).

La cirugía como tratamiento contra el cáncer se utiliza para tratamientos radicales, así como intervenciones más sencillas, es decir, en algunos casos, se utiliza para la resección completa; pero, en muchos otros, es una herramienta útil para el diagnóstico y estadiaje, la citorreducción, la colocación de accesos venosos centrales y el tratamiento de las complicaciones de la quimio/radioterapia (Fernández-Plaza & Reques-Llorente, 2016).

Todos los tratamientos se adecúan a las características de la enfermedad y el paciente con la finalidad de ser más efectivo, sin embargo, factores como incapacidad de obtener un diagnóstico preciso, la inaccesibilidad de los tratamientos, el abandono del tratamiento, la muerte por toxicidad (efectos secundarios del tratamiento), la falta de acceso a medicamentos y tecnologías esenciales favorecen a que las tasas de supervivencia se reduzcan (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Los tratamientos oncológicos se dirigen a mejorar la calidad de vida del paciente y/o curar la enfermedad, no obstante, presentan efectos secundarios temporales o permanentes. Debido a estos, así como a la agresividad de la propia enfermedad, el paciente pediátrico requiere un acompañamiento activo multidisciplinario por parte del servicio de salud, así como por parte del cuidador y familiares desde el momento del diagnóstico (De Alencar et al., 2019). Fernández-Plaza & Reques-Llorente, (2016) señalan que el abordaje multidisciplinario del diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico beneficia a este grupo de pacientes en el proceso de la enfermedad.

Debido al cáncer así como la toxicidad de los tratamientos médicos, los pacientes pediátricos pueden experimentar diversos efectos secundarios temporales o permanentes tales como: pérdida de cabello y apetito, náuseas, vómito, fatiga, alteraciones nutricionales y metabólicas entre otras (Castellanos, Soto, Galarreta, del Riego, & Miján, 2014) mismas que contribuyen a un mayor riesgo de resultados psicosociales negativos como el estrés, tanto en los pacientes como en sus familiares a cargo de su cuidado y hermanos (Bakula & Mullins, 2018).

En síntesis, el cáncer en la actualidad representa un problema de salud que demanda intervenciones prioritarias tanto en políticas de prevención, como en el diagnóstico y el tratamiento debido a que es considerada una de las principales causas de muerte y discapacidad. El paciente oncológico enfrenta múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, asociados a los diferentes estadios de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Así mismo, se ve obligado a realizar diversos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo seria dificultad para sobrellevar esta enfermedad por lo que los modos de afrontamiento del familiar y el paciente tienen un papel imprescindible que incidirá en la calidad de vida de éste último, al igual que el soporte familiar (Del Bianco & Cardoso, 2016; Fernández-Plaza & Reques-Llorente, 2016; De Alencar et al., 2019)

### 1.1.2 CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTE ONCOPEDIÁTRICO

Tras el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer suele modificarse significativamente la dinámica familiar, debido que la progresión de la enfermedad debilita a los pacientes e incrementa la complejidad de las actividades a realizar por los cuidadores (Barrón & Alvarado, 2009; Valencia et al., 2017).

En el estudio de los cuidadores se han propuesto algunas definiciones de cuidador:

- Toronjo (2001) define al cuidador como “la persona que, unida por vínculos de parentesco directo, y que permanece física casi permanentemente es la que asume la responsabilidad de atender las necesidades de la persona hospitalizada” (Toronjo 2001 como se cita en Flores, et al., 2017, p. 3).

- Ruiz & Nava (2012) definieron al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”.

- Astudillo, et. al. (2008) definen al cuidador como “aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo”, dicho papel regularmente es desempeñado por el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente (Barrón & Alvarado, 2009).

Por otro lado, Ruiz & Nava (2012) distinguen, además, entre cuidadores directos formales e informales, así como en primarios y secundarios. Los cuidadores formales son aquellos que tienen la capacitación y remuneración para el cuidado del paciente, además, el tiempo que se dedica al cuidado es limitado. Por otro lado, los cuidadores informales son aquellos que no disponen de capacitación para realizar la tarea ni reciben remuneración, otorgan una atención sin límites de horarios y tienen un elevado grado de compromiso a causa del afecto hacia el paciente.

El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos. Por otra parte, los cuidadores principales o primarios se caracterizan por asumir la total responsabilidad en la tarea, mientras que los cuidadores secundarios, no tienen la responsabilidad principal del cuidado del paciente (Ruiz & Nava, 2012).

De este modo, el cuidador primario informal (CPI) es la persona, regularmente un familiar, que asume la responsabilidad total de atender las necesidades físicas y emocionales de aquella que presenta cualquier tipo de discapacidad o enfermedad y que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas. Además, no posee capacitación previa, remuneración económica, ni límites de tiempo para realizar la tarea (Fernández, Sotelo, García, Campos, & Mercado, 2018).

En México, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, es decir, a los cuidadores informales. Los familiares son los que toman consciencia de la enfermedad y asume la responsabilidad sobre la salud enfermo, además, pasan la mayor parte del tiempo con los pacientes (Flores, et al., 2017; Barrón & Alvarado, 2009).

De acuerdo con la literatura, el perfil del cuidador primario es frecuentemente predominando el género femenino, con una edad media de entre 36 y 67 años, sin actividad laboral, solteras o casadas, (Flores et al., 2017; Barrón & Alvarado, 2009; Ruiz & Nava, 2012). Principalmente proporcionan al paciente al menos cuatro tipos de asistencia: 1) actividades de la vida diaria (aseo, vestimenta, alimentación, desplazamiento); 2) atención médica (manejo de medicamentos, cuidado de heridas, inyecciones); 3) apoyo social (compañerismo, estímulo, comunicación con amigos y familiares); y 4) defensa (Berry et al., 2017)

El cuidado de pacientes con cáncer puede ser sumamente desafiante, con grandes responsabilidades asociadas con el manejo de los síntomas de los pacientes. El cuidador es

quien se encarga de proporcionar apoyo emocional, social y/o financiero, así como, asistencia en varios aspectos de autocuidado (Lee, Yiin, & Chao, 2015).

La naturaleza del cáncer, en contraste con otras enfermedades crónicas, favorecen un rápido deterioro de salud y angustia en el cuidador (Cortijo-Palacios, Ortiz-Aguilar, & Cibrián-Llenderal, 2019). Así mismo, implica cambios relacionados con la transformación de roles, responsabilidades familiares, cambios en el estilo de vida, generando en la mayoría de las ocasiones sobrecarga, estrés, entre otras dificultades físicas, emocionales, sociales y económicas (Valencia et al., 2017; Lee et al., 2015)

Frecuentemente los CPI de un enfermo experimentan deterioro importante en su vida ya que se reducen sus oportunidades de desarrollo personal y profesional; las relaciones que establecen con otras personas pueden volverse problemáticas y sus recursos económicos ser insuficientes debido a la interrupción del estilo de vida, aislamiento social, alteraciones en su estado de salud, en su tiempo libre, en sus aficiones, en su intimidad, se perturba su equilibrio personal y familiar, mismo que contribuye a la presencia de estrés, caracterizado por trastornos del sueño, tristeza, fatiga, dificultades en la atención, cansancio, dispepsia, vértigo, pérdida de interés en actividades placenteras, cefaleas, además de cambios de humor, dañando gravemente la relación con la familia, el personal de salud o incluso hacia el propio paciente (Camejo, Coro, & Reyes, 2017). Es decir, cuidar de un familiar enfermo favorece regularmente al desarrollo de una serie de problemas familiares, laborales, dificultades económicas, sociales, así como deterioro de la salud física y psicológica. Dichas situaciones pueden hacerlos más vulnerables y llevarlos a problemas de salud graves, poniendo en peligro el propio bienestar de los cuidadores (Rangel-Domínguez, Ascencio-Huertas, Ornelas-Mejorada, Landa-Ramírez, & Sánchez-Sosa, 2013).

Así mismo, dado el prologando tiempo que se dedica al cuidado al paciente con cáncer, un gran número de cuidadores se ven obligados dejar un trabajo remunerado o tomar una licencia

prolongada, lo que empeora el impacto financiero (Berry et al., 2017), a su vez puede contribuir al incremento o mantenimiento de estrés.

De acuerdo con la literatura, los CPI tienen un mayor riesgo de padecer una variedad de problemas psicosociales, como depresión, incertidumbre y otras respuestas tales como insomnio, fatiga, una salud general disminuida, entre otras son algunas de las consecuencias negativas que suelen experimentar (Ferrell & Wittenberg, 2017; Cedillo-Torres, Grijalva, Santaella-Hidalgo, Cuevas-Abad, & Gonzalez Pedraza-Aviles, 2015) sin embargo, Line, Lone, Aagaard, & Groenvold (2014) señalan al estrés como una de las consecuencias negativas más frecuentes en los cuidadores.

El estrés y la sobrecarga derivados del cuidado del paciente con cáncer contribuyen en el cambio de las condiciones biológicas, psicológicas y comportamentales que pueden contribuir en el desarrollo de trastornos afectivos, alteraciones en el sistema inmunológico, daño cardiovascular, trastornos psiquiátricos y muerte temprana (Cortijo-Palacios et al., 2019).

Ser cuidador primario tiene consecuencias negativas en su propio bienestar, sin embargo, las consecuencias de dicha tarea no son iguales para todos los cuidadores, ya que se ven condicionadas por los recursos psicológicos, sociales, económicos, etcétera, con los que cuenten cada uno y el sentido del cuidado como amortiguador del estrés. No obstante, se identifica que un gran número de los cuidadores se encuentran impactados emocionalmente y con gran estrés por lo que les está sucediendo a sus hijos (Llantá, Hernández, & Martínez, 2015).

### 1.1.3 ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

En las primaras aportaciones la teoría cognitiva de la emoción, las emociones fueron tratadas como un *drive* unidimensional y se consideró como una variable interviniente entre el estímulo y la respuesta. Más tarde este concepto de *drive* fue modificado por la adición de nuevos *drives* instintivos como el pensamiento y el razonamiento, sin embargo, en la revolución cognitiva, este concepto se vio sustituido por la cognición como la causa principal de la conducta (Lazarus & Folkman, 1986).

Por otro lado, Schachter en 1962 señaló que la emoción es una percepción de *arousal* que es interpretada de acuerdo con la información cognitiva y ambiental de la que dispone. A su vez, Madler refería que el *arousal* es una reacción inespecífica y difusa del organismo, sin embargo, ambos autores sentaron las bases en las que se señala que para que una reacción emocional aparezca dependerá del significado que se le otorgue a lo que está ocurriendo (Lazarus & Folkman, 1986).

En la tradición antigua fenomenológica se consideraba que, para un individuo, el significado de un acontecimiento se determina por su respuesta emocional y conductual, sin embargo, Lazarus & Folkman en 1986, apoyados en investigaciones desarrolladas sobre el estrés con modelos no cognitivos como los de reforzamiento del *drive* y los del *arousal*, señalaron que la evaluación cognitiva hace referencia a los procesos de evaluación que intervienen entre los recursos que tiene para afrontar la situación y la reacción del sujeto (Lazarus & Folkman, 1986).

De esta manera, mediante los procesos de evaluación cognitiva el individuo estima el significado e importancia de la situación para su bienestar. Una vez realizada la evaluación a los factores considerados como estresantes, es decir, a las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes, el individuo estima diversas formas de lidiar con éstos, algunas de ellas pueden ser adaptativas o desadaptativas. Dichas estrategias cognitivas y

conductuales denominadas estrategias afrontamiento (Quezada-Berumen, De La Rubia, Ibarra-González, & González-Ramírez, 2018).

El concepto de afrontamiento ha sido definido desde distintos modelos, tales como el modelo animal, que lo define como actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, logrando disminuir su grado de perturbación psicofisiológica. Por otro lado, en los modelos psicológicos del Yo se encuentra relacionado con el éxito adaptativo y es denominado como mecanismos de defensa (Lazarus & Folkman, 1986).

En 1986 Lazarus y Folkman definieron el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986).

Es decir, el afrontamiento consiste en el conjunto de respuestas aprendidas que resultan efectivas para disminuir el grado de activación mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva. En la teoría del estrés, el afrontamiento es una construcción explicativa importante que se usa con frecuencia para señalar las diferencias individuales en respuesta al estrés (D’Zurilla & Chang, 1995). De esta manera, los individuos continuamente se enfrentan a situaciones estresantes y dependiendo de la complejidad de la situación o el índice percibido de la gravedad de tales problemas, la efectividad con la que se enfrente varía claramente de persona a persona (D’Zurilla & Chang, 1995).

El estudio de este concepto se ha dirigido a identificar las influencias de las características de personalidad en los procesos de afrontamiento, y se ha logrado establecer diferencias entre dos conceptos: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986; Pérez, González, Mieles, & Uribe, 2017).

Los estilos afrontamiento se refieren a las predisposiciones personales para enfrentar las situaciones, es decir, son las preferencias individuales regularmente estables, al usar una u otra estrategia de afrontamiento. Las estrategias, por otro lado, son los procesos concretos que se realizan de acuerdo con el contexto y pueden modificarse dependiendo la situación (Lazarus & Folkman,1986)

Existen diversas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo, sin embargo, principalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman,1986). Las estrategias de resolución de problemas, consideradas como adaptativas y son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar. Frecuentemente se utiliza cuando la situación es evaluada como susceptible a cambio. Por otro lado, las estrategias de regulación emocional, consideradas como desadaptativas, son aquellos métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema, este estilo tiene una mayor de probabilidad de ser utilizado por el individuo al realizar la evaluación de la situación estresante y considerar que no puede modificar el entorno y solo dirige sus esfuerzos a regular los estados emocionales (Quezada-Berumen et al., 2018)

La existencia de tales diferencias individuales ha sido reconocida durante mucho tiempo; cuando un individuo no puede resolver ciertos problemas situacionales en su vida, sus intentos inadecuados tienen efectos no deseados, como estrés, ansiedad, depresión y la creación de más problemas (D'Zurilla & Goldfried, 1971).

El uso de una estrategia de afrontamiento considerada como adaptativa favorece que el individuo logre lidiar con los factores evaluados como estresantes de una manera más adaptativa lo cual disminuye la probabilidad de presentar problemas de salud en los cuidadores primarios y contribuye a mitigar el disturbio emocional, el agotamiento y estrés percibido en los individuos,

especialmente en aquellos que realizan labores de cuidado de alguna persona con enfermedad crónica como el cáncer (D'Zurilla & Goldfried, 1971; Hernández, Salas, & Altuve, 2020 ).

Diversas son los estímulos generadores de estrés, sin embargo, se distinguen aquellos considerados como internos (estilos habituales de afrontamiento y algunas variables de personalidad) aquellos estimados como externos (recursos materiales, apoyo social y la actuación de otros factores estresantes simultáneos) (White,1959, como se cita en Lazarus & Folkman, 1986). Así mismo, se identifican tres tipos de acontecimientos, cambios mayores, cambios mayores que afectan solo a una persona o más personas, y los estímulos cotidianos. Con relación a los primeros, estos cambios son los fenómenos que afecta de forma universal y situados fuera de cualquier tipo de control. Se trata de hechos que pueden ser prolongados o suelen ocurrir de manera súbita, tales como desastres naturales, catástrofes como guerras, encarcelamiento, etc. Los segundos pueden afectar a una sola persona o a un número relativamente bajo de ellas, pero el número de afectados no altera de forma significativa la capacidad perturbadora de tales eventos. Los acontecimientos estresantes pueden encontrarse fuera del control del individuo, como la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o perder el puesto de trabajo (Lazarus & Folkman, 1986).

El concepto del estrés se ha definido de diversas maneras. Algunas perspectivas lo definen como estímulo y respuesta. Perspectivas que consideran al estrés como estímulo se centran en los acontecimientos del entorno, mientras que las definiciones que consideran al estrés como respuesta, lo abordan como una perturbación de la homeostasis. Desde esta perspectiva se ha propuesto diversas definiciones, Selye (1980) lo define como “aquella respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda”. Por otro lado, Miller (1953 como se cita en Lazarus y Folkman,1986) define al estrés como “cualquier estimulación vigorosa,

extrema o inusual que, representado una amenaza, cause algún cambio significativo en la conducta”:

Por otro lado, el estrés también se ha definido como un proceso en el que las demandas ambientales comprometen o superan la capacidad adaptativa de un organismo, o que son percibidas como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica, dando como resultado cambios psicológicos y biológicos, que altera la homeostasis del cuerpo, desencadenando la activación de una serie de circuitos determinados genéticamente y modulados ambientalmente. El propósito de éstos cambios es hacer que el organismo responda de la manera más adaptativa posible al factor estresante (Ramírez-Moreno, Muñoz, Espada, Bartolomé, Aguirre, Peral, 2017; Colombo, 2017).

Lazarus en 1966 sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal (Lazarus & Folkman, 1986). De esta manera, el estrés no es considerado como un estímulo o como una respuesta, sino más bien como una transacción que se encuentra influida por el individuo, así como por el entorno, por tanto, el estrés es una relación dinámica bidireccional entre la persona y el entorno, dado que uno influye sobre el otro (Meichenbaum, 1987).

El modelo transaccional hace hincapié en el contexto interpersonal cognitivo del estrés y señala la relevancia de estudiar el individuo y su ambiente como un carácter dinámico, es decir, un sistema que se retroalimenta mediante variables psicológicas moduladoras (Camejo, Coro, Reyes, 2017) y que es multifacético e involucra una interacción compleja y recíproca entre diversas variables, internas y externas (demandas adaptativas externas / internas, evaluaciones cognitivas, actividades de afrontamiento, respuestas fisiológicas y emocionales), relacionadas con el entorno y la persona. Para Lazarus y Folkman (1984 como se cita en Reynoso et al., 2019) el estrés está determinado por un amplio número de factores personales y situacionales y se origina con una evaluación en que se identifica si la situación demanda de una respuesta efectiva

para evitar o reducir el daño físico o psicológico, luego entonces, el individuo intenta responder ante la amenaza, responde equivocadamente o no responde.

Dependiendo de las variables específicas de la persona y el entorno, la naturaleza de la experiencia estresante puede variar considerablemente de una persona a otra. De esta manera, la evaluación cognitiva que se realiza determina las diferentes adaptaciones de los individuos a la misma situación estresante (Oh, 2017). Es decir, la combinación particular de variables de persona y entorno en muchas situaciones puede ser única para el individuo en particular, favoreciendo a que la experiencia pueda considerarse como estresante o no (Lazarus y Folkman, 1984, como se cita en Reynoso, Becerra & Lugo, 2019).

En esta perspectiva transaccional, el individuo no es víctima del estrés, sino que juega un papel activo contribuyendo al estrés que experimenta, es decir, al interpretar los acontecimientos, pensamientos imágenes y sentimientos se colabora en la creación y mantenimiento de las reacciones estresantes.

La evaluación que el individuo realiza respecto a la situación se divide en tres niveles, evaluación primaria, secundaria y reevaluación. La *Evaluación primaria* consiste en un proceso mediador que permite distinguir las situaciones potencialmente amenazantes de las benéficas o de las que no tienen importancia, es decir, en una situación específica el individuo juzga inicialmente si esa situación es irrelevante o estresante para su bienestar. Por otro lado, en *la Evaluación secundaria* el paciente examina los recursos de los cuales dispone para enfrentar la situación percibida como amenazante y finalmente *en la reevaluación* se modifica la percepción original de la situación debido a las condiciones cambiantes del ambiente o a los cambios internos que se suscitan en él (Reynoso et al., 2019; Oh, 2017).

Simultáneamente se realiza una evaluación que le permite decidir si un evento de este tipo ya le ha sucedido, si considera que el evento es amenazante y si hay historia de cómo se enfrentó a dicho evento, para responder con otras respuestas para reducir o eliminar la amenaza. Sin embargo, si se considera que la situación es difícil de controlar o que no se cuenta con los recursos enfrentarla, entonces se puede decir que la persona se encuentra en estrés agudo (Reynoso et al., 2019).

En síntesis, a pesar de ser un modelo propuesto hace muchos años atrás, el modelo transaccional sigue vigente a la fecha debido a que se considera uno de los más adecuados para describir el proceso de estrés, así como por su visión integral de la persona (Reynoso et al., 2019). Dicho modelo describe al estrés como una transacción entre la persona y el ambiente en la cual las exigencias (externas o internas) son percibidas como excedentes de los recursos que considera disponibles. El estrés puede tener efectos sobre la salud, así como en el modo de solucionar problemas de manera efectiva (Nezu, Nezu & D'Zurilla, 2014).

Por otro lado, el afrontamiento es considerado como los esfuerzos cognitivos y conductuales que el individuo lleva a cabo para manejar las situaciones que le generan estrés y para adaptarse a éstas. De esta manera, la persona evalúa lo que es estresante mediante la transacción entre éste y el entorno, y pone en marcha diversas formas para lidiar con éste (Meichenbaum, 1987; Quezada-Berumen et al., 2018).

El uso de una estrategias de afrontamiento más adaptativas como las estrategias en solución de problemas puede contribuir a que los cuidadores de pacientes crónicos asuman de manera más efectiva los roles que implica el cuidado de su paciente, así como, sobrellevar la crisis de la enfermedad (Hernández, Salas, & Altuve, 2020)

Según este punto de vista, la resolución de problemas sociales es principalmente un proceso de afrontamiento consciente, racional, con esfuerzo y con un propósito que puede

mejorar la capacidad de una persona para lidiar efectivamente con una amplia gama de situaciones estresantes (D'Zurilla & Chang, 1995). La utilización de un afrontamiento considerado como adaptativo puede contribuir en numerosos beneficios a largo plazo (Colombo, 2017)

De acuerdo con Nezu, Nezu y D'Zurilla (2014) un entrenamiento dirigido a favorecer la orientación positiva hacia los problemas y promover la regulación emocional puede contribuir a aumentar la resiliencia al estrés e impedir posibles problemas futuros de salud física.

#### **1.1.4 TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Nezu, Nezu y D’Zurilla (2014) definen al proceso autodirigido de Solución de problemas de la vida real como aquel en el que la persona trata de identificar, descubrir y/o desarrollar soluciones adaptativas de enfrentamiento a los problemas, es decir, el individuo dirige sus esfuerzos de enfrentamiento para modificar; la naturaleza de la situación, sus reacciones inadaptadas a tales problemas o a la situación y su respuesta emocional inadaptada al problema.

Las intervenciones que han mostrado ser más efectivas han tenido el objetivo de desarrollar las habilidades de afrontamiento de los cuidadores, (Berry et al., 2017) como aquellas basadas en la terapia de solución de problemas.

Debido a que el entrenamiento en solución de problemas (ESP) implica un proceso cognitivo y comportamental que ayuda a las personas a tener disponibles diversas alternativas de respuesta para enfrentar diferentes situaciones problemáticas, puede ser de gran utilidad en los cuidadores para poder afrontar las dificultades en el cuidado de su paciente, así como las demandas de los otros aspectos de su vida, como trabajar, cuidar del hogar o a otros miembros de la familia, y a la vez aumentar la probabilidad de elegir las respuestas más eficaces entre las alternativas posibles (Fernández, Sotelo, García, Campos, & Mercado, 2018).

La aplicación del ESP ha sido efectiva en el tratamiento de diversos problemas psicológicos y de poblaciones de pacientes. Entre ellos se destaca la depresión geriátrica, cuidadores de adultos con múltiples enfermedades, pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, diabetes, enfermedades renales, entre otras (Nezu, Nezu & D’Zurilla, 2014; Fernández et al., 2018; De la Vega & Cruz, 2018).

Así mismo, se ha identificado el impacto positivo que tiene el entrenamiento en solución de problemas en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer, sobre la mejoría en

habilidades de autocuidado, calidad de vida y disminución de ansiedad (Fernández et al., 2018; Rangel-Domínguez et al., 2013)

Para profundizar un poco en el modelo, Nezu, Nezu y D´Zurilla realizaron su definición de problema y solución. El Problema, según lo señalan, es una transacción persona-ambiente en la cual hay una diferencia de lo real o percibido con las exigencias de la situación y la disponibilidad de respuesta. La persona en esta situación percibe una discrepancia entre “lo que es” y “lo que debería ser” para la cual no dispone de una respuesta efectiva para confrontar la situación (Caro, 2009; D´Zurilla & Goldfried, 1971; Nezu, Nezu, & D´Zurilla, 2014)

Por otro lado, definen que la Solución es una respuesta de afrontamiento o pauta de respuesta que es eficaz en alterar una situación problemática y/o las reacciones personales ante la misma de modo que ya no es percibida como un problema, al mismo tiempo que maximiza otros beneficios y minimiza los costos (Caro, 2009).

El modelo de solución de problemas se encuentra compuesto por dos aspectos diferentes, orientación hacia el problema y las habilidades de solución de problemas. El primer aspecto implica un conjunto de esquemas emocional-cognitivo que refleja la conciencia y estimación que la persona hace de solución de problemas, por otro lado, con el segundo aspecto se refiere al conjunto de actividades cognitivo-conductuales con que la persona trata de desarrollar soluciones o formas eficaces de enfrentarse a problemas cotidianos (Nezu et al., 2014).

Se han identificado dos variables fundamentales para abordar los problemas estresantes, aunque parcialmente independientes: la orientación hacia el problema, la orientación positiva y negativa, y el estilo de solución de problemas, la solución planificada, la evitación del problema y solución impulsiva o descuidada del problema (Nezu et al., 2014).

La orientación positiva hacia el problema implica la tendencia a del individuo de considerar los problemas como retos, ser optimista, verse capaz de enfrentarse a los problemas, entender

que la solución de problema requiere de tiempo y esfuerzo. Mientras que la orientación negativa hacia los problemas es aquella en la que se consideran a los problemas como amenazas, creer que son irresolubles y/o dudar de su propia capacidad para resolverlos problemas (Nezu et al., 2014).

Dado que la orientación refleja la tendencia a considerar cierto tipo o conjunto de problemas desde una determinada perspectiva es importante la evaluación de esta dimensión para el abordaje mediante la terapia de solución de problemas.

Como se mencionó anteriormente, con relación a uno de los estilos de solución de problemas Nezu et al. (2014) definieron tres tipos de estilo, solución racional, solución evitativa y solución impulsiva-descuidada de los problemas. La primera hace referencia al enfoque constructivo para enfrentarse a problemas estresantes e implica la aplicación sistémica de ciertas habilidades concretas: definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones e implementación de la solución. Por otro lado, el estilo evitativo se caracteriza por la postergación, pasividad, inacción y dependencia de los demás. Y con el estilo impulsivo/descuidado el individuo realiza intentos de solución apresurados, limitados e incompletos, estas personas suelen considerar pocas soluciones y quedarse compulsivamente con la primera opción.

D'Zurilla y Chang (1995) señalan que la orientación positiva al problema, así como la solución racional de problemas se encuentran relacionadas con el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas, de esta manera, los objetivos de la terapia de solución de problemas se dirigen a mejorar la orientación positiva hacia los problemas, alentar la solución planificada de problemas, así como minimizar la solución de evitación, así como impulsiva/descuidada de problemas (Caro, 2009; Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012)

El modelo de solución de problemas estresantes implica la interacción entre varios sistemas, que engloban factores psicosociales, neurológicos y biológicos que interactúan y se afectan produciendo resultados positivos o negativos en la salud (Nezu et al., 2014).

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo general

Proporcionar un programa de entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación para cuidadores primarios informales de pacientes oncopediátricos a través de la adaptación de un programa utilizado previamente en cuidadores de pacientes adultos con cáncer.

### 1.2.2 Objetivos específicos

Objetivos de Espinoza- Salgado Fátima	Objetivos Actual Investigación
Diseñar un programa de intervención en terapia de solución de problemas y psicoeducación	Adaptar un programa de intervención en terapia de solución de problemas y psicoeducación (Espinoza-Salgado, 2017) <ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar dudas de cuidadores primarios informales, con relación a la enfermedad y el cuidado del paciente de Oncopediatría</li><li>- Construir materiales psicoeducativos en conjunto con médicos adscritos y psicólogos expertos sobre cáncer pediátrico.</li></ul>
- Identificar los niveles de estrés previos a la intervención.	-Determinar niveles de estrés pre- intervención <ul style="list-style-type: none"><li>- Determinar estilo de afrontamiento previo a intervención</li></ul>

- Implementar un programa de intervención basado en Terapia de Solución de Problemas.
- Implementar un programa de intervención basado en Terapia de Solución de Problemas
- Describir los niveles de estrés posteriores a la intervención.
- Identificar nivel de estrés post- intervención.
- Describir los niveles de ansiedad posteriores a la intervención
- Describir la estrategia de enfrentamiento utilizada posterior a la intervención.
- Identificar estrategia de enfrentamiento utilizada posterior a la intervención.
- Comparar los niveles de estrés antes y después de la intervención.

### **1.2.3 Objetivos de la intervención**

Modificar los niveles de estrés en los CPI, con una intervención basada en terapia de solución de problemas y psicoeducación.

Modificar las estrategias de afrontamiento en los CPI, con una intervención basada en terapia de solución de problemas y psicoeducación.

### **1.3 HIPÓTESIS**

Con un programa de intervención basado en terapia de solución de problemas y psicoeducación, los CPI modificarán sus niveles de estrés y cambiarán y/o mejorarán su estrategia de afrontamiento evaluado mediante la Escala de estrategias de enfrentamiento en cuidadores primarios informales.

### **1.4 VARIABLES**

Variable independiente

*Terapia de solución de problemas*

Definición conceptual: intervención psicológica, cognitivo-conductual, que aspira a modificar la capacidad de enfrentarse a estresores mayores como a estresores menores para reducir los problemas de salud mental y de salud física (Nezu et al., 2014).

Definición operacional: Programa de intervención formado por un total de 5 sesiones, siendo éstas una por semana; exteriorización, visualización, simplificación, solución de problemas, balance decisional y lluvia de ideas (Espinoza-Salgado, 2017).

Definición conceptual: La psicoeducación es una estrategia que consiste en proporcionar información a la persona sobre algún tema particular para favorecer que la persona realice determinada conducta en determinada situación (Cobos y Gavino, 2006, como se citó en Bravo-González, 2014).

Definición operacional: Psicoeducación sobre leucemia y entrenamiento en solución de problemas proporcionada con materiales de apoyo como trípticos y manual de “Enfrentando al estrés”.

## Variable dependiente

### *Estrés*

Definición conceptual: “Estrés es una relación particular entre el individuo y el entorno, percibido como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar; se relaciona también estrechamente con las estrategias de afrontamiento que se tienen y las emociones experimentadas tras la valoración del evento que se da en dos momentos” (Berra, Muñoz, Vega, Silva, & Gómez, 2014, pp. 38)

Definición operacional: Escala de estrés en el cuidador. Escala conformada de 13 reactivos, que evalúa situaciones que estresan a un cuidador. A mayor puntaje mayor nivel de estrés (García, Gallardo, Reyes-Lagunes, & Bravo-González, 2015, como se cita en Espinoza-Salgado, 2017).

### *Estrategia de afrontamiento*

Definición conceptual: aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Definición operacional: Será evaluada a través de la Escala de estrategias de enfrentamiento en cuidadores primarios informales (Espinoza-Salgado, Reyes-Lagunes, Velasco-Rojano, Bravo-González, & Ramírez-Ramírez, 2017). Constituido por 15 reactivos divididos en 2 factores (Dirigido a la emoción: evitativo y negativo) y 3 indicadores (Dirigido al problema: directo, reevaluación cognitiva positiva y negativa).

## **1.5 MÉTODO**

### **1.5.1 Diseño de investigación**

Se propone la realización de un estudio pre experimental con pre y post evaluación (R. Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Diseño transversal descriptivo. Indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población (Hernández et al., 2014).

### **1.5.2 Tipo de estudio**

Estudio descriptivo. Consiste en especificar las propiedades y características del fenómeno de análisis (Hernández et al., 2014)

### **1.5.3 Tipo de muestreo**

No probabilístico por conveniencia

### **1.5.4 Participantes**

#### *Criterios de inclusión*

- Hombre o mujer que sea cuidador informal de un paciente pediátrico que reciba tratamiento contra cáncer.
- Cuidador primario que no reciba remuneración económica por su labor como cuidador.
- Escolaridad mínima secundaria.
- Puntajes de medio a altos en Escala de estrés del cuidador.

#### *Criterios de exclusión*

- Encontrarse en tratamiento psicológico.
- Ser cuidador secundario.

### *Criterios de eliminación*

- No asistir a 80% las sesiones programadas.
- Alta probabilidad de mortalidad del paciente durante la intervención.
- Deceso del paciente durante la intervención.
- Abandonar la intervención.

### **1.5.5 Instrumentos**

*Escala de estrategias de enfrentamiento en cuidadores primarios informales.* Constituido por 15 reactivos divididos en 2 factores (Dirigido a la emoción evitativo y Dirigido a la emoción emocional negativo) y 3 indicadores (Dirigido al problema directo, Dirigido al problema reevaluación cognitiva positiva y reevaluación cognitiva negativa) y un Alpha de Cronbach de 0,703 (Espinoza-Salgado et al., 2017). Los puntajes de esta escala se obtienen por factores e indicadores a mayor puntaje en cada uno, es la estrategia que predomina en el participante (Anexo 1).

*Escala de estrés en el cuidador* (García et al., 2015, como se cita en Espinoza-Salgado, 2017). Fue diseñada para evaluar niveles de estrés en cuidadores. Se conforma por 13 reactivos, cada uno de los cuáles se califican en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa “Nunca” y 3 “Siempre”. A mayor puntaje de ésta, se considera un alto nivel de estrés. Con un Alpha de Cronbach de .903 (Anexo 2).

Consentimiento Informado. Documento dirigido a informar al participante sobre el objetivo de la investigación, los posibles beneficios que puede obtener de ésta, y con esta información el participante expresó voluntariamente su intención de participar en la investigación, de manera escrita (Anexo 3).

Hoja de Datos Sociodemográficos. Instrumento orientado a compilar datos como edad, género, ocupación, escolaridad, parentesco con el paciente, estado civil, lugar de origen (Anexo 4)

Cuestionario. Listado de preguntas dirigidas a identificar la efectividad y la presencia de dudas respecto a la psicoeducación que se proporcionará sobre leucemia, así como tratamientos y signos de alerta (Anexo 5).

### **1.5.6 Materiales**

#### *Escenario*

Se llevarán a cabo las sesiones de manera grupal en la sala de espera del servicio de urgencias pediátrica.

#### *Materiales impresos*

Trípticos sobre la enfermedad del paciente de Oncopediatría

Manual del cuidador. Adaptación de manual “Enfrentando el estrés” de Espinoza-Salgado (2017), basado en material de Nezu et al., (2013) (Anexo 7).

Manual de terapeuta. Mismo que contiene los criterios de inclusión y exclusión para los participantes, instrumentos utilizados, carta descriptiva de cada una de las sesiones. Adaptación de manual para terapeuta de Espinoza-Salgado (2017) (Anexo 6).

#### *Grabación*

Grabación sobre técnicas de relajación (respiración diafragmática e imaginación guiada) misma que será utilizada para la sesión número 3 (Miguel-Corona, 2016).

### 1.5.7 Procedimiento general

- Se realizó la adaptación del programa de intervención basado en Terapia de Solución de Problemas, dirigido a modificar los niveles de estrés, ansiedad y estrategias de afrontamiento en Cuidadores Primarios Informales desarrollado por Espinoza-Salgado (2017).

- Se eliminó la variable de ansiedad debido a que en el trabajo de Espinoza-Salgado, (2017) con relación a esta variable, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa mediante la prueba T de Wilcoxon de muestras relacionadas, antes y después del programa de entrenamiento en solución de problemas.

- Después de realizar entrevistas conductuales y observaciones a los CPI de pacientes de la unidad de Oncopediatría del Hospital Juárez de México, se identificó déficit de información con relación a la enfermedad en gran número de los cuidadores. Por ello se añadió información sobre “¿Qué es leucemia?”

- Los cuidadores primarios informales de pacientes pediátricos con una enfermedad como el cáncer, asumen una gran responsabilidad debido a las condiciones a las que tiene que estar sometido el paciente, es decir, mayor tiempo de atención gracias a la necesidad de su asistencia al paciente, así como apoyo emocional durante los procedimientos médicos por ser menores de edad, apoyo para realizar actividades diarias, etc., se realizaron modificaciones al manual para el cuidador “Enfrentando al estrés” en los siguientes rubros:

- Modificación de número de sesiones
- Modificación del diseño del material con la finalidad de favorecer la apariencia de éste

- Se elaboró un cuestionario de 10 preguntas dirigidas a identificar la efectividad y la presencia de dudas respecto a la psicoeducación.

- Elaboración de materiales de apoyo

- La leucemia en México y el mundo es el cáncer con mayor incidencia en pacientes con cáncer pediátrico, sin embargo, de acuerdo con el Globocan (2019) el cáncer en sistema nervioso, así como osteosarcoma, entre otros tipos de cáncer, tienen gran incidencia en esta población. Con la finalidad de proporcionar la información adecuada de acuerdo con las necesidades de los participantes del taller “Enfrentando el estrés” se desarrollaron trípticos sobre osteosarcoma, leucemia linfoblástica aguda y tumor de sistema nervioso, mismo que proporcionan información sobre qué es, tratamientos y sus efectos secundarios, principales cuidados y signos de alerta durante el tratamiento.

- Desarrollo de trípticos basado en la descripción de principales tipos de cáncer en pacientes pediátricos, así como sus tratamientos, efectos secundarios y signos de alerta (anexo 8). Su validez se puso a prueba mediante el piloteo de dos médicos y tres psicólogos expertos en el tema, quienes evaluaron: Pertinencia de los temas, Cantidad de información, Instrucciones, Ortografía, Redacción y Diseño. Durante las revisiones se realizaron modificaciones en cantidad y calidad de contenido, así como en iconos adecuadas a la población blanco.

- Reclutamiento

Se identificará a los cuidadores primarios informales de los pacientes de oncopediatria y se les invitará a participar en el taller. Al realizar la invitación se explicarán las características de la intervención. Dicho taller se impartirá semanalmente de manera

grupal, se realizarán 5 sesiones con una duración de 60 minutos cada una, aproximadamente.

Una vez enterados de la intervención se procederá a la firma del consentimiento informado.

- Evaluación

Se realizará entrevista inicial para recabar datos del cuidador primario, así como la aplicación de la escala de estrategias de Afrontamiento en cuidadores primarios informales y la escala de estrés en el cuidador, se seleccionará para el análisis a los cuidadores que obtengan nivel medio y alto estrés, en esta última. En caso de no cumplir con los criterios de inclusión se proporcionará el taller de “Enfrentando el estrés” cuidador, sin embargo, no se tomará en cuenta los datos proporcionados por éste, para el análisis final.

- Intervención

Se realizará una intervención con un total de 5 sesiones. Se programarán semanalmente cada sesión con una duración de 50 minutos.

- Evaluación final

Se realizará una segunda aplicación de las escalas psicométricas.

## **1.6 Conclusiones**

Por dificultades de organización, así como por la emergencia sanitaria por Sars-Cov 2 y la pronta retirada del Hospital Juárez de México no se logró aplicar el taller “Enfrentando el estrés” en cuidadores de pacientes pediátricos.

En México y el mundo la leucemia es el cáncer con mayor incidencia, mientras que el cáncer de sistema nervioso y el osteosarcoma se encuentran en el segundo y tercer lugar de incidencia respectivamente (Globocan, 2019).

Con la finalidad de brindar la información adecuada a las necesidades de los cuidadores de pacientes del servicio de oncopediatria este estudio se dirigió a proporcionar un programa de entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación para cuidadores primarios informales de pacientes oncopediátricos a través de la adaptación de un programa de Espinosa (2017), utilizado previamente en cuidadores de pacientes adultos con cáncer, misma que se orientó al abordaje de las necesidades de los cuidadores identificadas mediante observación y entrevistas conductuales. Es decir, se identificó déficit de información sobre la enfermedad, tiempo limitado debido a la necesidad de atención requerida por el paciente oncopediátrico (apoyo instrumental y emocional durante procedimientos médicos invasivos, asistencia con los alimentos, higiene personal, etc.), estrés, tener una red disminuida de apoyo en la mayoría de los cuidadores favoreciendo el desgaste del cuidador.

La adaptación del taller “Enfrentando el estrés” consistió en la adición de información sobre qué es leucemia, tratamientos y sus efectos secundarios, principales cuidados y signos de alerta durante el tratamiento, la elaboración del listado de preguntas dirigidas a identificar la efectividad y la presencia de dudas respecto a la psicoeducación que se proporcionará sobre leucemia, así como tratamientos y signos de alerta, así mismo se realizó el desarrollo de trípticos sobre osteosarcoma, leucemia linfoblástica aguda y tumor de sistema nervioso con la finalidad de proporcionar material visual a los cuidadores de pacientes con enfermedades diferentes a leucemia.

## **Capítulo 2. Reporte de experiencia profesional**

### **2.2 Contextualización de la Medicina Conductual**

#### **2.1.1 Antecedente histórico**

El presente apartado se dará mención a los acontecimientos que dieron lugar al surgimiento de la Medicina Conductual (MC) con la contribución de diversos autores, además se analizan aspectos relacionados con los conceptos que dan origen a esta área.

En la década de los 70's se identifican tres acontecimientos que favorecieron el origen de la MC, entre ellos se encuentran el uso de técnicas útiles para modificar el comportamiento en pacientes con problemas de salud como obesidad, diabetes, cáncer, etc., el desarrollo del campo de la biorretroalimentación en pacientes con enfermedades crónicas, así como el reconocimiento del papel que tiene la modificación del comportamiento en el tratamiento y la prevención de enfermedades cardiovasculares y cáncer (Blanchard, 1982, como se citó en Rodríguez, 2010)

Así mismo, en la primera conferencia organizada por la Universidad de Yale en 1977 con la aportación de diversos especialistas de diferentes disciplinas en el área de la salud así como en ciencias sociales, tales como antropología, epidemiología, medicina, psiquiatría, psicología y sociología, se formalizó la creación de la medicina conductual la cual tendría como objetivo diseñar e implementar procedimientos para la prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes (Schwartz & Weiss, 1978, como se citó en Rodríguez, 2010).

Otro acontecimiento importante que dio lugar al desarrollo de la medicina conductual fue la fundación de la Association for the Advancement of Behavior Therapy en la década de 1960, la cual agrupaba a los más importantes terapeutas conductuales. Esta asociación dio lugar a la formación del Special Interest Group sobre medicina conductual en la década de 1970, posteriormente se formó la International Society of Behavioral Medicine, que en 1990 convocó al

Primer Congreso Internacional sobre esta disciplina en Uppsala, Suecia y que en la actualidad cuenta con 26 sociedades nacionales afiliadas (Reynoso & Becerra, 2013).

Un elemento para destacar es el uso del término “Medicina Conductual” y su sustitución por el de Psicología de la Salud. Gutiérrez, (2013) señala dos razones por el que se originó este cambio, una de ellas es la separación del modelo médico en donde el usuario es considerado como “paciente” o elemento pasivo en el tratamiento, en el que es receptor de la intervención médica mediante fármacos por aparte de los médicos, sin tener participación en el proceso de salud-enfermedad. Una segunda razón se encuentra relacionada con el uso de técnicas psicométricas de evaluación e intervención derivadas de técnicas cognoscitivistas que resultaron en posturas eclécticas como la perspectiva cognitivo-conductual.

El desarrollo del campo de medicina conductual en Estados Unidos y en México, se diferencia por diversos factores. Los estadounidenses hacían referencia a factores de tipo académico e investigación, como las actividades de congresos, revistas y fundación de academias, y la declaración de la década de la conducta (2000-2010) (Camacho, 2013).

En México, dicho desarrollo se logró mediante diversos acontecimientos; la creación del primer centro de análisis de la conducta en los años 60’s por Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado. El uso de técnicas y terapias de modificación de conducta en reclusos por doctor Benjamín Domínguez, a diferencia de lo que comúnmente se utilizaba en estos ambientes (Rodríguez, 2010). Intervenciones con biofeedback de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres y ciertas paresias y tipos de epilepsia por Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz en la década de los 80’s (Alcaraz, 1977; Alcaraz, Castro- Velázquez, De la Cruz, & Del Valle, 1981; Gallegos & Torres Torrija, 1983; Gallegos, Medina, Espinoza, & Bustamante, 1987, como se citó en Rodríguez, 2010), así mismo, durante dicha época en la Escuela Nacional de Estudios Superiores Zaragoza se creó una línea de investigación sobre las aplicaciones clínicas del condicionamiento instrumental, misma que estaba encabezada por Luis

Flórez, a su vez, se creó la unidad de cardiología conductual en donde se realizan investigaciones interdisciplinarias sobre factores psicosociales que favorecen la aparición del desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Figuroa, Domínguez, & Ramos del Rio, 2009; Rodríguez, 2010).

En síntesis, en México se detallaban factores distintos como el tecnológico con el uso de la biorretroalimentación para investigar e intervenir en problemas de salud, tener una perspectiva teórico-metodológica del análisis conductual, así como la incorporación de académicos formados en esta perspectiva en los setentas, en la formación de profesionales de la psicología, y finalmente un factor de contexto social como el cambio en el perfil epidemiológico (Camacho, 2013). La medicina conductual reconoce e incluye el uso de tecnología y las aportaciones de profesionales de otras disciplinas debido a que contribuyen al conocimiento de la naturaleza multifacética de los problemas de salud. Como fruto de diversas investigaciones de expertos en MC, se identificó la importancia del componente psicológico en el proceso salud, y su relación ambiental. De esta manera se demostró la necesidad de favorecer conductas saludables que ayuden a reducir el riesgo de padecer ciertas enfermedades (Camacho, 2013).

### **2.1.2 Definición de medicina conductual**

La Medicina Conductual surge como un enfoque integrador para la atención del proceso salud-enfermedad. En ésta se comienza a resaltar la importancia de la responsabilidad del individuo con su propio proceso vital, y comienza a centrar sus acciones en la promoción de la salud y prevención de enfermedad, más que en la curación y la rehabilitación (Flórez, 1991).

Se han propuesto diversas definiciones de Medicina Conductual mismas que se presentan a continuación:

- Medicina Conductual es el campo interdisciplinario que está relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales, a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos, así como la validación de estos programas en problemas de salud (Schwartz & Weiss, 1977; 1978a; 1978b como se cita en Reynoso & Becerra, 2014).

- Medicina Conductual es el campo interdisciplinario de las ciencias conductual y biomédica que se ha desarrollado para entender la salud-enfermedad y aplicar los conocimientos y técnicas derivados del mismo en los distintos niveles de prevención. El sustento en que se fundamenta la Medicina Conductual como disciplina es que los cambios en la conducta pueden reducir la sintomatología en personas enfermas (Reynoso, 2012).

- Es un campo interdisciplinario de investigación y de práctica clínica que se enfoca en las interacciones entre el ambiente físico y social, la cognición, conducta y biología en la salud y la enfermedad, supone un abordaje integral del paciente partiendo de la evidencia empírica que revela que la conducta puede generar enfermedades, así como que las enfermedades modifican el comportamiento. Este campo se interesa en estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario; considerando sus creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad, su curación, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etc. (Arroyo et al., 2013 como se citó en Reynoso & Becerra, 2014

- Se define como “un campo interdisciplinario en el que se integra el conocimiento biomédico y social” (pp.1) para la promoción de la salud, así como la prevención de la enfermedad, mediante el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Se refiere que la Medicina Conductual se ha orientado principalmente al abordaje de

tratamiento de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, VIH-sida y adicciones (Camacho, 2013).

En 1978 la Academia de investigación en Medicina Conductual la definió como el campo interdisciplinario que se ocupa de la integración de la ciencia de la conducta con la biomédica, con el fin de desarrollar y aplicar los conocimientos y técnicas dirigidas a la promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (Rodríguez, 2010).

Reynoso (2014) refiere que Medicina Conductual es

“el campo interdisciplinario de las ciencias conductual y biomédica que se ha desarrollado para entender la salud-enfermedad y aplicar los conocimientos y técnicas derivados del mismo en los distintos niveles de prevención. El sustento en que se fundamenta la Medicina Conductual como disciplina es que los cambios en la conducta pueden reducir la sintomatología en personas enfermas” (pp. 15.)

El concepto de Medicina Conductual reconoce el valor que representan otras disciplinas al aportar diferentes conocimientos y formas de solución ante las problemáticas de salud. Además, identifica que el paciente no es un elemento pasivo en el tratamiento y que solo recibe la intervención mediante fármacos por los médicos, además, utiliza técnicas psicométricas de evaluación o técnicas de intervención derivadas de perspectivas cognitivas (Camacho, 2013).

El modelo de trabajo de Medicina Conductual se basa en un abordaje integral del paciente; su fundamento parte de la suposición de que la conducta puede generar enfermedades (como obesidad, hipertensión arterial, entre otras), así como que las enfermedades modifican el comportamiento, además de que existe evidencia empírica que los factores conductuales contribuyen en gran medida al desarrollo de la enfermedad (Reynoso, 2014; Gutiérrez, 2013).

El objetivo del residente en Medicina Conductual consiste en colaborar con el equipo médico en la rehabilitación del paciente o a mejorar la calidad de vida en el caso de enfermedades terminales (Reynoso, 2011). Partiendo de las bases del concepto de la medicina conductual se busca modificar los factores conductuales del paciente que se encuentren relacionadas con la enfermedad.

Con la finalidad de capacitar a psicólogos en habilidades que les permitan realizar intervenciones en el ámbito hospitalario, existen programas como el de residencia de Medicina Conductual con sede en FES Iztacala, mismo que cuenta con convenios en sedes hospitalarias como en el Hospitales Juárez de México y el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón” gracias a los cuales los alumnos de Medicina Conductual son colocados en instituciones médicas (Reynoso, 2011).

A continuación, se presenta una breve descripción y reseña histórica del Hospital Juárez de México.

## **2.2 Características de la sede**

### **2.2.1 Ubicación**

Actualmente se encuentra ubicado en Av. Instituto politécnico nacional 5160 en la Col. Magdalena de las Salinas C.P. 07760 en la Ciudad de México.

El Hospital Juárez de México, es una institución de tercer nivel de atención con cobertura nacional. Proporciona atención médica de la más alta calidad a la población abierta. Para dar una mejor atención se cuenta con recursos humanos, tanto en el área médica como paramédica y administrativa, así como el desarrollo de investigación básica aplicada.

### **2.2.2 Antecedentes**

El hospital Juárez de México recibió el nombre por el presidente Benito Juárez, en 1872, propuesto del regidor García López a los miembros del ayuntamiento de la ciudad. Fue uno de los hospitales instalados el 19 de noviembre de 1844 para proporcionar atención médica a los heridos civiles dependientes del consejo superior de salubridad (Vargas, 2002)

En un principio es atendido por Sor Micaela Ayans y las hermanas de la caridad, sin embargo, el 1948, siendo presidente José Joaquín Herrera y director de la Escuela de Medicina José Ignacio Duran, se inician en el hospital las clínicas medicas de la escuela de Medicina de la Universidad.

Fue en el Hospital Juárez donde se inició la cuna de la cirugía debido a la primera cirugía de recto y ano por una lesión cancerosa, realizada en la ciudad de México por el doctor Carpio e Hidalgo el 29 de junio de 1871, además es el lugar en donde se utilizó por primera vez el algodón hidrófilo. Este hospital ha sido escenario de grandes avances y acontecimientos en la historia de la medicina en el país, entre ellos, la segunda transfusión de sangre en 1860 y en 1896 la primera radiografía de América Latina con fines de diagnóstico, haber tenido el primer Banco de Huesos

y Tejidos de México en 1940 y el primer Banco de Sangre en 1942. En 1949 Guillermo González Camarena llevó a cabo la primera prueba de su sistema de televisión a color en un circuito cerrado del hospital (Vargas, 1999).

En el año de 1985 el sismo de 8.1 grados Richter destruyó gran parte de las unidades de salud que produjo el derrumbre de la gran unidad hospitalaria, se destruyeron de forma importante servicios de medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia y servicios de diagnóstico (Peñuelas, 2001).

La Secretaria de Salud en el año de 1986 elaboró los primeros proyectos médicos arquitectónicos para la construcción de un hospital de alta capacidad científica, cuya estructura, planeación, equipamiento y recursos humanos, incorporara los conceptos más modernos de la administración médica, no solo en México, sino a nivel internacional.

Se asignó un equipo para realizar el proyecto de manera clara y eficaz. Por último se seleccionó la zona de Magdalena de las Salinas, donde, además de ya existir estructuras semejantes se tenía cercanía con los estados conurbados, las vías de comunicación y la central camionera del norte que permitían fácil acceso al hospital.

El hospital fue inaugurado el 19 de septiembre de 1989 con la presencia del presidente de la república, Lic. Carlos Salinas de Gortari. El hospital inició actividades médicas y administrativas en consulta externa el 24 de octubre de 1989.

En 1992 se realizaron los primeros trabajos de trasplantes de riñón con el personal médico del propio hospital. Para 1994 se realizó una redistribución de las camas censables con base al porcentaje de ocupación que presentaban los diferentes servicios médicos, para favorecer el uso de la infraestructura (Peñuelas, 2001)

Con relación al aspecto académico se obtuvo el reconocimiento universitario para los cursos de la especialidad en cirugía oncológica, cardiología, cirugía maxilofacial y cirugía cardiotorácica; con ello 18 de las 20 especialidades cuentan con el aval de la Universidad Nacional Autónoma de México (Peñuelas, 2001).

Actualmente, cuenta con 47 especialidades médicas, aproximadamente 333 médicos y 927 enfermeras, quienes brindan el servicio de atención. Cada día se hacen 621 consultas y se atienden 152 urgencias. Además, cuenta con el área académica para la formación de médicos especialistas y la escuela de enfermería, y cuatro unidades de investigación que realizan estudios como cáncer y enfermedades autoinmunes (Jiménez, 2017; Vargas, 1999)

### **2.2.3 Servicios de la sede**

En general, los servicios de esta sede se dividen en seis grandes divisiones; la de cirugía, medicina, pediatría y ginecología y obstetricia.

Servicios de la división de cirugía: Anestesiología, Angiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Endoscopía, Medicina Física y Rehabilitación, Neurocirugía, Oftalmología. Oncología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Trasplantes, Urología.

Servicios de la división de medicina: Alergia e Inmunología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriatria, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Preconsulta, Psiquiatría, Reumatología, Salud Mental Comunitaria.

Servicios de la división de pediatría: Cirugía Pediátrica, Neonatología, Pediatría Médica, Urgencias Pediatría, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

Servicios de la división de Gineco-Obstetricia: Biología de la Reproducción, Ginecología, Obstetricia.

Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento: Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico, Medicina Nuclear, Neurofisiología Clínica, Radiología e Imagen.

Dirección médica: Homeopatía, Toxicología, Unidad de Vigilancia, Epidemiológica – Infectología.

El hospital lo constituyen direcciones encargadas de administrar al personal de esta sede hospitalaria: Dirección General, Dirección de investigación y Enseñanza, y la Dirección administrativa.

### **2.3 Ubicación de la residente en la sede**

De acuerdo con Reynoso, (2014), *“una residencia está definida por la práctica profesional supervisada en un escenario donde se realiza el ejercicio de la profesión. Es un conjunto de prácticas de diagnóstico, evaluación e intervención vinculadas conceptualmente, y que definen un estilo de abordaje para la solución de problemas de salud, educación, sociales y organizacionales”* (pp. 17). Con la finalidad de realizar este ejercicio de la profesión, en el programa de residencia de Medicina Conductual se asigna a cada alumno en uno de los servicios del Hospital Juárez de México: Oncología, Oncopediatría, Hematología, Clínica del Dolor, Medicina interna y Geriátrica, con el objetivo de que el trabajo en hospital tenga una duración de 18 meses, siendo la mayor parte del tiempo dedicada a la atención de pacientes realizando hasta 2,800 horas de práctica.

El trabajo de práctica en el programa de Medicina Conductual se desarrolló en dos servicios del Hospital Juárez de México, debido a la reestructuración de actividades de la residencia con la incorporación de Medicina Conductual a la Unidad de Salud Mental. En primer lugar, se realizó en el servicio de Medicina Interna (figura 1) en el periodo de enero a mayo del 2019, durante este primer periodo la supervisión *in situ* se encontró a cargo del Dr. Ricardo Gallardo Contreras y en segundo lugar se realizó en el servicio de Oncopediatría (figura 2) del

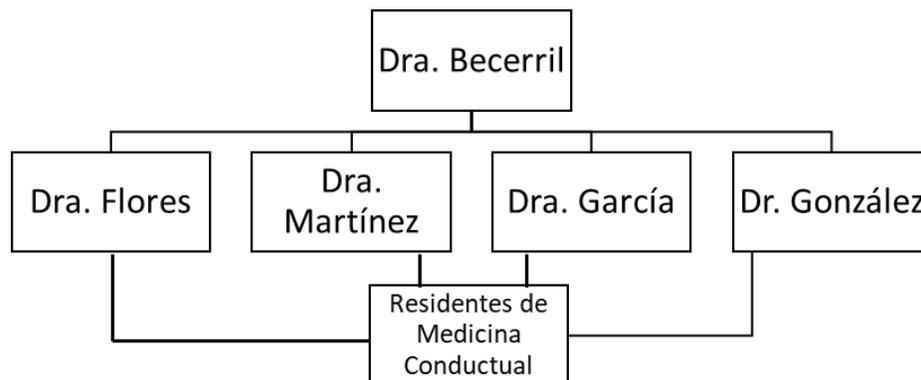
mes de junio del 2019 a junio del 2020. La supervisión *in situ* se encontró bajo el cargo de la Mtra. Cintia Sánchez Cervantes. Este último periodo de asistencia práctica al Hospital Juárez de México fue suspendido en el mes de marzo debido a la contingencia sanitaria por Sars-Cov-2.

A continuación, se presenta la organización de los servicios en cada una de las etapas en que se realizó las prácticas.

En la figura 1 se muestra la manera en la que se encuentra la organización del equipo médico del servicio de medicina interna, en el que la jefatura del servicio se encontraba a cargo de la Dra. Lizbeth Becerril.

### Figura 1

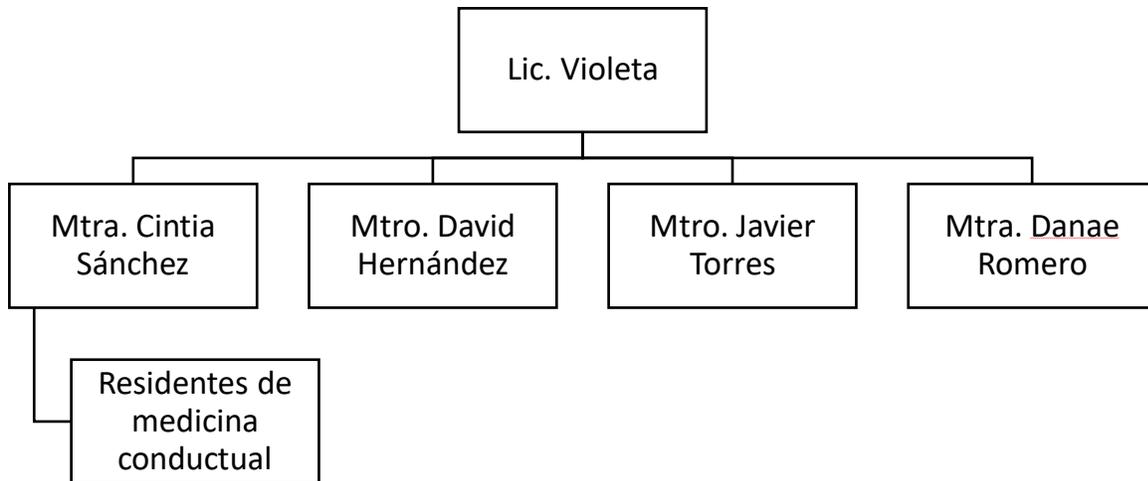
*Organigrama del servicio de medicina interna*



En el segundo periodo de la residencia se realizó con la integración del programa de Medicina Conductual a la Unidad de Salud Mental (Figura 2) así mismo, se realizó la modificación del supervisor *in situ* quedando a cargo por la Mtra. Cintia Sánchez.

### Figura 2

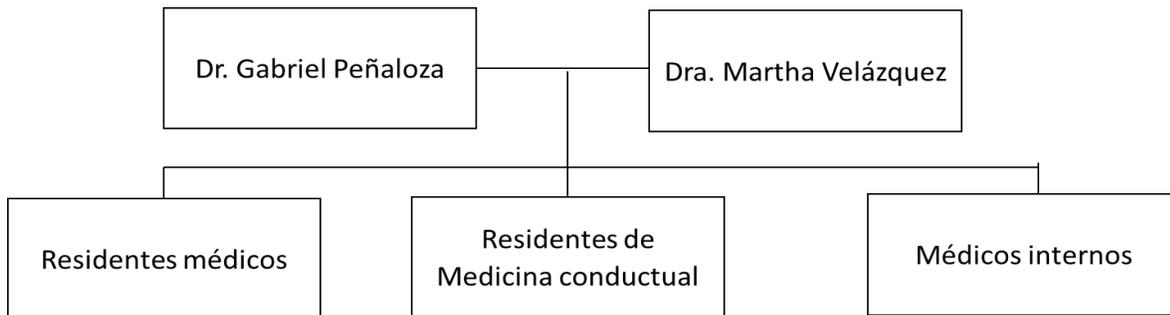
*Organigrama del servicio de salud mental*



Las actividades de presenciales del segundo periodo de la residencia se desarrollaron en el servicio de oncopediatria (Figura 3), el cual es un servicio a cargo de dos médicos adscritos al área de pediatría.

**Figura 3.**

*Organigrama del servicio de oncopediatria.*



En los siguientes apartados se presentarán las actividades y productividad de las dos rotaciones realizadas en los servicios de medicina interna y Oncopediatria respectivamente.

## **2.4 Actividades desarrolladas en la sede en el servicio de Medicina interna en el periodo de enero-mayo 2019**

### **2.4.1 Contexto psicológico de los pacientes del servicio**

Las personas hospitalizadas, además del padecimiento físico, con frecuencia presentan dificultades psicológicas que pueden afectar su enfermedad, regularmente dichas dificultades limitan o impiden la recuperación física.

Regularmente las personas que viven con una enfermedad crónico-degenerativa se enfrenta a situaciones que desafían su habilidad para enfrentar, resolver y adaptarse al diagnóstico.

La atención psicológica a pacientes hospitalizados parte de la base de que el ser humano enfermo tiene una serie de creencias respecto de su enfermedad, del uso de medicamentos, de los médicos y enfermeras, del progreso de la enfermedad e incluso de la muerte. Además, una persona enferma puede desarrollar miedos derivados, por ejemplo, del desconocimiento del posible curso de su enfermedad, debido a que ignora los procedimientos médicos o quirúrgicos a los que será sometido y que es separado de su núcleo familiar, de su trabajo, de actividades recreativas y todo ello le genera estrés y diversas emociones que intervienen en el proceso de la enfermedad.

Sin embargo, dichas creencias y temores pueden variar de acuerdo con las características de cada paciente e incluso a la enfermedad. El servicio de Medicina Interna es *“especialidad clínica dedicada a la atención integral del adulto, desde la adolescencia hasta la senectud, con énfasis en el diagnóstico y tratamiento no quirúrgico de sus patologías y en la prevención primaria y secundaria de éstas, tanto en ambiente hospitalario como ambulatorio”* (Letelier, Valdivieso, Gazitúa, Echávarri, & Armas, 2011 como se citó en Montero 2012, p.1083). Los principios diagnósticos en las personas atendidas fueron los siguientes: enfermedad renal crónica, diabetes

mellitus, hipertensión arterial, síndrome coronario agudo, obesidad, cirrosis hepática, hipotiroidismo, enfermedad vascular cerebral isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía adquirida en la comunidad, anemia carencial, sepsis, procesos infecciosos más comunes (Montero, 2012). Cada una de dichas enfermedades difiere en atención médica, compromiso por parte del paciente en el tratamiento y complicaciones.

García et al, (2008) señalan que los pacientes que reciben atención psicológica tiene una repercusión positiva que contribuye a un mejor manejo de alteraciones emocionales relacionadas con diagnósticos y tratamientos médicos, así mismo, ayuda a tanto a pacientes como familiares a enfrentar el efecto emocional de la enfermedad y promover mayor calidad de vida.

#### **2.4.2 Actividades asistenciales realizadas en el servicio de Medicina Interna.**

Con la finalidad de favorecer en los pacientes la adaptación al diagnóstico y la estancia hospitalaria el medico conductual realizó actividades clínicas y académicas dentro de la sede tales como: pase de visita a piso, atención a pacientes hospitalizados y en consulta externa, trabajo con familiares de los pacientes, elaboración de notas clínicas, asistencia a reuniones diarias con la supervisora *in situ*, sesiones generales y revisión de casos clínicos y artículos académicos.

En este servicio se encontraban cuatro médicos adscritos a cargo de las aproximadamente 40 camas de ubicadas en el tercer piso del área de hospitalización. Los Residentes de Medicina Conductual realizaron una rotación con cada uno de estos adscritos en periodos de dos semanas con cada uno de ellos.

La labor del psicólogo Médico Conductual inició en la detección de necesidades psicológicas en el pase de visita que se realizaron en conjunto con los médicos adscritos de cada servicio. Durante el pase de visita se observó a los pacientes, la facie, movimientos

estereotipados, la interacción con el cuidador, así como el personal médico. Así mismo, se identificó a los pacientes que por indicación de médico adscrito requerían de atención psicológica.

La atención a pacientes hospitalizados del servicio de medicina interna ubicado en el tercer piso de la torre de hospitalización se llevó a cabo con la finalidad de proporcionar atención psicológica individualizada y adaptada de acuerdo con las necesidades particulares de cada paciente detectadas en el pase de visita, en la entrevista de primera vez y en el seguimiento.

Así mismo, la asistencia a consulta externa se llevó a cabo con la finalidad de captar y dar seguimiento a los pacientes que se encontraban en observación por el médico, dicha atención se proporcionó por indicación del médico adscrito o por la valoración del residente de medicina conductual ante la necesidad de atención psicológica.

Las actividades realizadas en los diferentes servicios durante las practicas hospitalarias, son diversas y la integración de los residentes de medicina conductual a estas actividades se realizó de manera paulatina, con la finalidad de favorecer una mejor integración y adaptación en los servicios. A continuación, se describe la incorporación de la residente al servicio de medicina interna.

#### ***2.4.3 Rotación realizada en el servicio de medicina interna (evaluación inicial)***

El primer contacto a la sede como residente de Medicina Conductual, fue durante el proceso de inducción (septiembre-diciembre 2018), y en esta etapa se observaron las necesidades de los pacientes, dentro de las que se pueden mencionar: sintomatología ansiosa o depresiva, déficit de información de los pacientes o cuidadores, así como crisis, mientras que en consulta externa se observaron dificultades en la adherencia al tratamiento así como al seguimiento de indicaciones médicas para control de enfermedad. Las técnicas de intervención que se observaron durante esta etapa fueron de relajación, balance decisional entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación que permitieron atender las necesidades de los

pacientes. Una vez concluida la fase de introducción se llevó a cabo la integración al equipo de medicina conductual en el servicio de medicina interna (enero-mayo 2019). En dicho servicio el equipo médico realizaba la atención a todos los pacientes de manera óptima a pesar de las dificultades de comunicación entre el equipo. Se observó un trabajo cordial en conjunto con los residentes de Medicina Conductual, no obstante, la labor del psicólogo no es tan indispensable para todo el equipo médico. En el equipo de residentes de Medicina Conductual, asignados al servicio de medicina interna se identifica una desintegración entre estos, así como problemas de comunicación y de coordinación de tareas, lo que favorecía en la aparición de complicaciones en la atención de los pacientes del servicio.

Como se mencionó anteriormente se realizó una primera estancia de la residencia en medicina conductual en el servicio de medicina interna (septiembre 2018 mayo 2019) misma que se llevó a cabo desde la introducción hasta el momento en el que el equipo de Medicina Conductual se retiró momentáneamente del Hospital Juárez de México. A continuación, se presenta la productividad realizada por la residente en el servicio de medicina interna.

#### **2.4.4 Reporte de productividad del servicio de Medicina Interna en el periodo del mes de enero-mayo de 2019**

Durante el periodo de enero 2019 a mayo 2019 se proporcionó atención a un total de 95 pacientes del servicio de medicina interna. En las Tabla 1 y 2 se muestran los tipos de consulta y las áreas de consulta en las que fueron atendidos los pacientes, así como una distribución por género.

Se identifica una muestra compuesta en su mayoría por hombres (Tabla 1), y con relación a los diagnósticos médicos principales más frecuentes de los pacientes atendidos se observaron infección en tejidos blandos, así como neumonía (Tabla 2).

Tabla 1.

*Pacientes atendidos de acuerdo con el género y tipo de consulta.*

Tipo de consulta	Hombres	Mujeres	Total
Primera vez	60	35	95
Subsecuente	43	33	76

En las tablas 2 y 3 se muestran, respectivamente, los diagnósticos médicos y psicológicos identificados en los pacientes atendidos. Los diagnósticos psicológicos fueron identificados mediante los criterios del DSM IV. Cabe señalar que el principal motivo de atención fue debido a Factor psicológico que afecta al estado físico.

Tabla 2.

*Tipo de diagnósticos de pacientes atendidos*

Diagnóstico Médico	N
Infección de tejidos blandos	25
Neumonía adquirida en la comunidad	23
Choque séptico	12
Diabetes mellitus tipo 2	12
Neumonía atípica	11
Derrame pleural	9
Insuficiencia Cardíaca	6
Infección de vías urinarias	5
Enfermedad renal crónica	4
Neumonía Nosocomial	4
Anemia	3
Anemia normocítica normocrómica grado III	3
Bicitopenia	2
Absceso hepático	2
Encefalopatía hepática	2

Diarrea crónica	2
Encefalopatía hepática	2
Epilepsia descontrolada	2
Gastroenteritis	2
Hemorragia	2
Infección por virus herpes zoster	2
Apnea obstructiva	1
Cáncer de Páncreas	1
Celulitis de miembro torácico izquierdo	1
Choque mixto	1
Enfermedad vascular cerebral	1
Estatus epiléptico	1
Hemorragia Digestiva	1
Hipertensión arterial sistémica	1
Insuficiencia hepática	1
Lesión renal aguda	1
Multiinfarto	1

Tabla 3.

*Diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos*

Diagnóstico psicológico	N
Factor psicológico que afecta estado físico	59
Incumplimiento terapéutico	35
Aplazado	25
Síntomas de ansiedad	24
Sin trastorno psicológico aparente	13
No valorable debido a condición médica	10
Reacción de estrés aguda	2
Factor psicológico	1
Sintomatología depresiva	1
Trastorno adaptativo mixto	1

Los datos con relación a la modalidad y clase de atención psicológica se pueden observar en las tablas 4 y 5. El tipo de modalidad más frecuente durante la residencia en el servicio en medicina interna fue de manera individual, mientras que la atención psicológica se realizó principalmente con el uso de técnicas como la orientación, psicoeducación y evaluación (tabla 6)

Tabla 4.

*Modalidad en las que se proporcionó atención a los pacientes.*

Modalidad de atención	N
Individual	140
Familiar	29
Grupal	1
Individual y Familiar	1

Tabla 5.

*Clase de atención psicología*

Clase de atención psicológica	N
Entrevista Inicial	69
Seguimiento	66
Entrevista de detección de problemas	23
Monitoreo	8
Intervención	3
Evaluación	2

Tabla 6.

*Técnicas de intervención psicológica.*

Técnica psicológica	N
Orientación	56
Evaluación	46
Psicoeducación	28
Establecimiento de componentes de relación	15
Respiración pasiva	12
Información	5
Solución de Problemas	3
Técnica Psicológica	2
Autocontrol	1
Balance decisonal	1
Distracción instrumental	1
Imaginería Guiada	1

*Nota.* Técnicas psicológicas utilizadas en la intervención con los pacientes de medicina interna atendidos en el periodo de enero a mayo del 2019.

Como se pudo observar durante la estancia de la residencia en el servicio de medicina interna se proporcionó atención psicológica a un total de 95 pacientes, en su mayoría fue de manera individual y con un diagnóstico de factor psicológico que afecta a la enfermedad (déficit de información), mismos que principalmente se les brindo orientación como técnica psicológica para su abordaje.

En el siguiente apartado se describen las actividades y productividad que la residente realizó durante la estancia en el servicio de oncopediatria en el periodo de junio 2019 a marzo 2020.

## **2.5 Actividades desarrolladas en la sede en el servicio de Oncopediatría den el periodo de junio 2019-marzo 2020**

### **2.5.1 Contexto psicológico de los pacientes del servicio**

El cáncer pediátrico suele ser diferente que los que se producen en la edad adulta, así mismo el tratamiento, los cuidados necesarios y el seguimiento. Sus necesidades como pacientes también son distintas debido su temprana edad (Colombo, 2017).

La intervención psicológica es importante en todas las distintas fases del tratamiento del niño y del adolescente oncológico debido a que el tratamiento oncológico a menudo causa efectos secundarios indeseables. Sin embargo, no todos los niños tienen efectos secundarios, y la gravedad del efecto es variable de un niño a otro incluso recibiendo el mismo tratamiento. De acuerdo con el tratamiento recibido, es posible prever qué probables efectos pueden ocurrir y prevenirlos o paliarlos en la medida de lo posible (Lassaletta, 2016).

La magnitud del impacto del diagnóstico, las características de los propios enfermos, la alteración del funcionamiento del núcleo familiar, entre otros efectos que provoca el cáncer infantil, marcan una realidad compleja, que requerirá más de una única intervención (Montero et al, 2012).

El tratamiento oncológico a menudo causa efectos secundarios indeseables debido a que no sólo se destruyen las células cancerosas sino también células normales, sin embargo, no todos los niños tienen efectos secundarios, y la gravedad de estos es variable de un niño a otro incluso recibiendo el mismo tratamiento (Lassaletta, 2016)

Debido a la temprana edad de estos pacientes, aún se encuentran íntimamente ligados a sus padres y a su familia. El cáncer infantil suele producir en los padres síntomas de ansiedad y depresión que afectan a las relaciones entre ellos, con el niño enfermo, con el resto de los hijos

y de la familia, su entorno laboral y social. En los padres se pone en marcha mecanismos de afrontamiento ante la enfermedad, diferentes para cada uno de ellos, cuyo comportamiento no es siempre acorde a su situación actual (Colombo, 2017).

Sus necesidades como pacientes también son distintas, mismo que requiere una intervención dirigida a los pacientes como a sus cuidadores que favorezca su respuesta de adherencia al tratamiento así como la adaptación a la enfermedad (Frómeta, Iglesias, & Nariño, 2018)

### **2.5.2 Actividades asistenciales realizadas en el servicio de Oncopediatría**

Con la finalidad de proporcionar una atención adecuada a las necesidades de los usuarios del servicio de Oncopediatría los residentes del equipo de medicina conductual realizaron diversas actividades clínicas y académicas tales como: la asistencia a pase de visita con el equipo médico, se proporcionó atención psicológica a pacientes en hospitalización, sala de procedimientos, quimioterapia ambulatoria y consulta externa, además, se brindó apoyo psicológico a los familiares de los pacientes, así mismo, se realizó la elaboración de notas clínicas, reuniones diarias con la supervisora *in situ*, revisión de casos clínicos se asistió a sesiones generales y clases teóricas médicas.

El pase de visita a piso con el médico adscrito y los médicos residentes, así como la asistencia a la consulta externa médica se realizó con el objetivo de detectar a pacientes que requerían atención psicológica individual o familiar. Por otro lado, la consulta externa psicológica se realizó con el objetivo de proporcionar asistencia psicológica y seguimiento por la indicación de médico tratante, o a consideración de la residente.

Otra de las actividades a desempeñar por parte de los residentes en medicina conductual en el servicio de oncopediatría fue el apoyo psicológico a pacientes y/o familiares en sala de procedimientos, quimioterapia ambulatoria y hospitalizados en cuarto piso, así como en urgencias

pediatría. Además, se preparó psicológicamente a pacientes candidatos a procedimientos de amputación o desarticulación de miembros superiores o inferiores.

Debido a la incorporación de la residencia de Medicina Conductual al servicio de Salud Mental Comunitaria, se llevó a cabo modificación en el sistema de supervisión *in situ* mediante la integración de diversas actividades al programa de dicha residencia, mismas como la asistencia por parte de los residentes a reuniones diarias con la supervisora *in situ*, revisión semanal de casos clínicos en conjunto a los miembros del servicio de Salud Mental Comunitaria, asistencia a sesiones generales sobre la presentación de temas de salud y clases teóricas médicas con hematólogos, oncopediatras, residentes y estudiantes de medicina.

### **2.5.3 Rotación realizada en el servicio de Oncopediatría (evaluación inicial)**

Se identificó que el servicio de oncopediatría no contaba con residente en medicina conductual y las tareas del psicólogo eran desarrolladas por una de las psicólogas adscritas de la unidad de salud mental, por dicha razón el primer acercamiento al servicio de Oncopediatría se realizó con la dirección de la supervisora *in situ* durante la primera semana de introducción a dicho servicio. Se observó al inicio y durante toda la estancia en el servicio de oncopediatría una adecuada relación con el trabajo en conjunto con el equipo médico, así como un buen trabajo multidisciplinario debido a que, en el servicio, la labor del psicólogo se considera de igual importancia que el resto del equipo.

A continuación, se presenta la productividad realizada por la residente en el servicio de oncopediatría.

#### 2.5.4 Reporte de productividad del servicio de Oncopediatría en el periodo de junio 2019 a marzo 2020.

En los siguientes apartados se muestran total de 51 pacientes atendidos por una de las residentes del servicio de oncopediatria en el periodo de junio 2019 a marzo del 2020.

En la tabla 7 y 8 se muestran los tipos de consulta y las áreas de consulta en las que fueron atendidos los pacientes, así como una distribución por género. La atención psicológica en su mayoría estuvo dirigida a mujeres, así como a pacientes en el área de hospitalización.

Tabla 7.

*Pacientes atendidos de acuerdo con el género y tipo de consulta.*

Tipo de consulta	Hombres	Mujeres	Total
Primera vez	23	28	51
Subsecuente	66	177	243

Tabla 8.

*Pacientes atendidos con relación a género y áreas de atención*

Área de consulta	Hombres	Mujeres	Total
Hospitalización	69	167	236
Quimioterapia	16	30	46
Consulta externa	2	6	8
Urgencias	1	1	2
Procedimientos	1	1	2
Interconsultas	1	0	1

Los diagnósticos médicos más frecuentes en los pacientes a los se les proporcionó la atención psicológica fueron leucemia linfoblástica aguda, así como sarcoma sinovial (tabla 9). Por otro lado, uno de los principales diagnósticos psicológicos que se identificaron en este grupo de pacientes fue factor psicológico que afecta al estado físico, en estos casos, específicamente fue déficit de información, así como sintomatología de ansiedad (tabla 10).

Tabla 9.

*Tipo de diagnósticos médicos de los pacientes atendidos por tipo de consulta*

Diagnóstico médico	Consulta de primera vez	Subsecuentes
Leucemia linfoblástica aguda	23	106
Sarcoma Sinovial	4	20
Linfoma No Hodgkin	3	6
Germinoma	3	15
Osteosarcoma	2	45
Carcinoma Epidermoide	2	6
Leucemia mieloblástica	2	2
En estudio	1	1
Tumor neuroendocrino maligno	1	21
Leucemia bifenotípica	1	10
Rabdiomiosarcoma	1	8
Sarcoma de Ewing	1	3
Dermatitis atópica	1	1
Teratoma inmaduro	1	1
Infección de tejidos blandos	1	1
Insuficiencia cardiaca	1	0
Diparesia	1	0
Epilepsia	1	0
Tumor germinal pineal	1	0
Otros diagnósticos	1	0

Tabla 10.

*Diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos*

Diagnóstico psicológico	Primera vez	Subsecuente
Factor psicológico que afecta a estado físico (déficit de información)	23	116
Sintomatología de ansiedad	14	99
Aplazado	5	3
Sin factor psicológico aparente	4	9
Incumplimiento terapéutico	2	7
Sintomatología depresiva	2	5
Sintomatología mixta	1	5

La atención psicológica que principalmente se proporcionó a los pacientes del servicio de oncopediatria se realizó de manera individual (Tabla 11) y en su mayoría se llevó a cabo para realizar seguimiento al trabajo anteriormente realizado (Tabla 12). Respiración pasiva, orientación y psicoeducación fueron las técnicas psicológicas que principalmente se trabajaron los estos pacientes, como se puede observar en la Tabla 13.

Tabla 11.

<i>Modalidad en las que se proporcionó atención a los pacientes.</i>		
Modalidad de atención psicológica	Primera vez	Subsecuente
Individual	36	168
Familiar	9	72
Individual y Familiar	6	3
Grupal	0	0

Tabla 12.

<i>Clase de atención psicología</i>	
Clase de atención psicológica	<b>N</b>
Seguimiento	244
Entrevista de detección de problemas	25
Entrevista Inicial	19
Monitoreo	4
Evaluación	2
Intervención	1

Tabla 13.

*Técnicas de intervención psicológica.*

Técnica psicológica	<b>N</b>
Respiración pasiva	57
Orientación	55
Psicoeducación	35
Manejo de contingencias	27
Establecimiento de componentes de relación	22
Imaginería Guiada	20
Distracción cognitiva	18
Comunicación asertiva	15
Solución de problemas	12
Información	12
Autocontrol	8
Entrevista	7
Distracción instrumental	6
Balance decisional	1

Como se observa en las tablas anteriores, durante el periodo de junio 2019 a marzo 2020 se proporcionó atención psicológica a un total de 51 pacientes pertenecientes al servicio de oncopediatria. En su mayoría con diagnóstico médico de leucemia, así como con diagnóstico psicológico de déficit de información y sintomatología de ansiedad. Con base a un análisis sobre las necesidades de cada uno de los pacientes brindó entrenamiento en respiración pasiva, así como orientación y psicoeducación como parte de las estrategias de intervención.

A partir de la experiencia obtenida durante las rotaciones en los servicios de medicina interna, así como oncopediatria se lograron desarrollar diversos conocimientos y competencias por la residente en medicina conductual, las cuales se mencionan a continuación.

## **2.6 Competencias profesionales alcanzadas**

A pesar de la suspensión de actividades asistenciales debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 se logró favorecer el desarrollar algunas de las competencias que señala el perfil del egresado de la residencia en Medicina Conductual, mismas que se mencionan a continuación:

- Detectar problemas y necesidades psicológicas socialmente relevantes en el área de la salud.
- Evaluar y diagnosticar problemas de acuerdo con el modelo de evaluación conductual.
- Diseñar y/o adaptar instrumentos y técnicas de medición confiables y válidos para las poblaciones de interés.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional.
- Desarrollar materiales psicoeducativos con información verídica y válida.
- Refinar su intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.
- Utilizar los principales enfoques metodológicos y estadísticos útiles en la práctica profesional.

Por otro lado, debido a dificultades de coordinación y la suspensión de actividades asistenciales al Hospital Juárez de México por emergencia sanitaria, no se realizó aplicación de protocolo.

## **2.7 Evaluación en la residencia en medicina conductual**

Como se mencionó anteriormente en documento, la estancia de la residencia estuvo dividida en dos fases, la primera en el servicio de medicina interna con la supervisión *in situ* a cargo del Dr. Ricardo Gallardo, y una segunda fase, en la que se presentaron grandes cambios

compuestos por la integración de medicina conductual al servicio de salud mental, el cambio de supervisión *in situ* quedando a cargo de la Mtra. Cintia Sánchez, así como la integración al servicio de oncopediatria.

En la primera fase la incorporación en el servicio de medicina interna fue difícil debido a problemas en la coordinación del trabajo en equipo por parte de los residentes de medicina conductual, mismo que favoreció a que el ambiente de trabajo no fuera el ideal para una buena adaptación e integración de algunos de los nuevos residentes, a los servicios a los que fueron asignados.

Por otro lado, en la supervisión *in situ* no existía ninguna retroalimentación que contribuyera al desempeño o elaboración de notas de los residentes en medicina conductual, lo cual complicaba la adaptación al programa de residencia, así como una mejora del desempeño.

En la segunda fase la incorporación al servicio de oncopediatria fue bastante favorable, debido al trabajo en conjunto con los médicos de servicio, así como la nueva supervisión *in situ*, misma que con las supervisiones de notas clínicas, retroalimentación del desempeño de los residentes en las consultas, así como asesoría en casos difíciles ayudó en gran medida a una mejora en el desempeño.

Con relación a la supervisión académica se realizó la revisión de casos clínicos y la asistencia en clases académicas mismas que se realizaron de acuerdo con lo estipulado, gran cantidad de material administrado, durante la segunda fase, por parte de la supervisión, contribuyó en gran medida en el aprendizaje relacionado temáticas en la atención a pacientes en el ambiente hospitalario. Por otro lado, la dinámica de presentación de caso ayuda en gran medida a reforzar los conocimientos sobre el diseño de intervención. Cabe mencionar que se observa por parte de la supervisión académica, el reforzamiento de conductas en los residentes que no favorecen el aprendizaje en la presentación de casos clínicos, mismo que contribuye al

desarrollo de un mal clima de trabajo entre los estudiantes. De acuerdo con Ccora & Matas (2015) el clima laboral es un factor determinante en el desempeño, así como en una predisposición de un trabajo óptimo, lo cual tendrá un impacto positivo en la enseñanza, aprendizaje y la construcción de nuevos conocimientos.

Por último, respecto a una autoevaluación, debido al estilo de afrontamiento predominante y la poca capacidad de adaptación y toma de decisiones se realizaron conductas que no favorecieron al aprendizaje, así como desempeño óptimo y deseado, sin embargo, se logró en pequeña medida mejorar en la práctica clínica y aprender de los errores ésta.

De manera personal existen diversas competencias que sin duda se lograron alcanzar, sobre todo con el apoyo y guía de la supervisora *in situ* Mtra. Cintia Sánchez. Dichas competencias son las siguientes:

- Desarrollar mayor autoconfianza al interactuar con el equipo médico, pacientes y cuidadores.
- Comprender la importancia de realizar una buena evaluación en la entrevista y sobre todo “no apresurarse”.
- Desarrollar mejor capacidad de elección en las técnicas de acuerdo con la evaluación.
- Comprender lo relevante de tener orden y estructura en las sesiones.

## 2.8 Conclusiones

La rotación en los servicios asignados fue de gran utilidad para el desarrollo de un mayor número de competencias por parte de la residente. Así mismo, el ingreso de medicina conductual al servicio de salud mental fue una de las modificaciones que favorecieron en gran medida a la residencia. Se tuvo una mayor organización con los alumnos, así como una retroalimentación de su desempeño más inmediata y con mayor fundamentación debido a la observación diaria de la supervisión *in situ*.

Evidentemente es una residencia de alta exigencia y por ende los residentes tienen que responder de acuerdo al perfil, sin embargo, existen diferencias individuales mismas que favorecen o impiden en la adaptación, aprendizaje y el desempeño académico, como académicos sería importante considerarlas al momento de enseñar y/o retroalimentar a los alumnos, con la finalidad de que una mayor cantidad de los residentes logre alcanzar el perfil deseado al finalizar el programa de residencia en medicina conductual.

Resolver los conflictos directamente con el residente involucrado, mayor uso de asertividad al realizar la retroalimentación con relación al desempeño, dar menor importancia a la evaluación realizada por parte de los residentes con mayor antigüedad debido a que puede ser poco objetiva, acordar en conjunto con el alumno metas y objetivos alcanzables en caso de haber algún rezago o problema con éste. Dichos aspectos pueden ser algunas estrategias que podría beneficiar a la adaptación y desempeño, de los residentes con conflictos, en el programa de maestría.

## CONCLUSIONES GENERALES

El trabajo realizado en los servicios de medicina interna y oncopediatria, así como, el trabajo en colaboración con el equipo de medicina conductual y la asistencia a clases médicas. resultaron enriquecedoras para el desarrollo de más habilidades prácticas y crecimiento profesional.

Sin embargo, el cambio de servicio de medicina interna a oncopediatria fue un gran reto debido a las diferentes características y necesidades de estas poblaciones. Sin embargo, gracias al apoyo y el trabajo en conjunto con la nueva supervisión in situ a cargo de la Mtra. Cintia Sánchez se logró la adaptación y el desarrollo de los conocimientos requeridos para ofrecer la atención adecuada a las necesidades de los pacientes.

Durante el trabajo realizado con los pacientes y familiares en el servicio de medicina interna se identificó déficit de información e incumplimiento terapéutico como los diagnósticos con mayor recurrencia en la población atendida. Por otro lado, en los pacientes del servicio de oncopediatria se observaron deficiencias en la información que el paciente y/o familiares tenían sobre la enfermedad, así como, sintomatología de ansiedad.

Con relación a esta investigación se decidió trabajar con CPI debido al impacto que produce del desempeño del rol del cuidador. No obstante, no se logró realizar la aplicación de la adaptación del trabajo de Espinoza-Salgado (2017) a causa de dificultades en planeación y a la salida del equipo de Medicina Conductual del Hospital Juárez de México. Debido a lo anterior el objetivo de esta investigación se dirigió proporcionar un programa de entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación para cuidadores primarios informales de pacientes oncopediátricos a través de la adaptación de un programa utilizado previamente en cuidadores de pacientes adultos con cáncer, mismo que se cumplió.

De esta manera, el programa de la maestría con residencia en medicina conductual propone, así como la incorporación de la nueva supervisión in situ, favorece el aprendizaje y el desarrollo de un repertorio amplio de habilidades prácticas necesarias para la atención optima en el ámbito hospitalario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrón, B., y Alvarado, S. (2009). Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Cancerología*, 4, 39–46. <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
- Bakula, D. M., & Mullins, L. L. (2018). JPP Student Journal Club Commentary: Stress, Conflict, and the Family System in Pediatric Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(6), 599–600. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy023>
- Berra, E., Gómez, G., Muñoz, M., Silva, C., & Vega, S. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 37–57.
- Berry, L., Dalwadi, S., & Jacobson, J. (2017). Supporting the Supporters: What Family Caregivers Need to Care for a Loved One With Cancer. *Journal of Oncology Practice*, 13(1), 35–41. <https://doi.org/10.1200/jop.2016.017913>
- Bravo-González, C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. In L.R. & A.B. (Eds.), *Medicina Conductual: teoría y práctica* (1a ed., pp. 43–64). Retrieved from <http://doi.org/10.29410/QTP.14.01>
- Camacho, E. (2013). La medicina conductual en México: un breve análisis histórico e historiográfico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 3(1), 1–4. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283032589002>
- Camejo, J., Coro, C., & Reyes, D. (2017). Estrés en el cuidador primario de niños con enfermedad hematológica maligna. *Revista Ciencias Médica De Pinar Del Rio*, 21(4), 503–509.
- Caro, I. (2009). El modelo de solución de problemas. In I. C. (Ed.), *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (2da ed., pp. 181–218). Desclée de Brouwer.
- Castellanos, S., Soto, M., Galarreta, J., del Riego, A., & Miján, A. (2014). Efectos adversos metabólicos y nutricionales asociados a la terapia biológica del cáncer. *Nutricion Hospitalaria*, 29(2), 259–268. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.2.7023>
- Ccora, R., & Matas, J. (2015). Clima organizacional y desempeño laboral docente en

- instituciones educativas de nivel primario y secundario. *Apuntes En Ciencias Sociales*, 05(02), 334–338.
- Cedillo-torres, A. G., Guadalupe, B., & Cuevas-abad, M. (2015). Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. *Revista Medica Del Instiuto Mexicano Del Seguro Social*, 53(3), 362–367.
- Colombo, G. (2017). Estilos De Afrontamiento Y Su Relación Con El Estrés En Padres Con Hijos Menores De Edad Con Diagnóstico De Cáncer. *Revista de Investigación En Psicología Social*, 4(2422-619X), 82–94. Retrieved from <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/2947>
- Cortijo-Palacios, X., Ortiz-Aguilar, G., & Cibrián-Llenderal, T. (2019). Comparación psicoafectiva entre cuidadores principales de pacientes psiquiátricos y con cáncer en estadios avanzados de la enfermedad. *Acta Médica Del Centro*, 13(1), 93–99. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=134190553&lang=es&site=e=ehost-live>
- D’Zurilla, T. J., & Chang, E. C. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Research*, 19(5), 547–562. <https://doi.org/10.1007/BF02230513>
- D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- De Alencar, K., Nunes, A., & Cardoso, I. (2019). Comunicación de malas noticias en cuidados paliativos en la oncopediatria. *Revista de Bioética*, 27(4), 719–728.
- Del Bianco, A., & Cardoso, C. (2016). Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psico*, 47(3), 228. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.3.21479>
- Espinoza-Salgado, F. (2017). *Efectos de un programa de entrenamiento basado en terapia de solución de problemas en cuidadores primarios de pacientes oncológicos*. FES Iztacala, UNAM.
- Espinoza-Salgado, F., Reyes-Lagunes, I., Velasco-Rojano, E., Bravo-González, C., & Ramírez-Ramírez, A. (2017). Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 121–136.

<https://doi.org/10.5209/PSIC.55816>

- Fernández-Plaza, S., & Reques-Llorente, B. (2016). Tratamiento del cáncer en pediatría: Principios de la terapia multimodal. *Pediatría Integral*, 20(7), 465–474.
- Fernández, K., Sotelo, T., García, R., Campos, N., & Mercado, S. (2018). Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos. *Psicología y Salud*, 28(2), 251–259. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2561>
- Ferrell, B., & Wittenberg, E. (2017). A review of family caregiving intervention trials in oncology. *A Cancer Journal for Clinicians*, 67(4), 318–325. <https://doi.org/10.3322/caac.21396>
- Flores, M., Fuentes, H., González, G., Meza, I., Cervantes, G., & Valle, M. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, 14(88), 2.
- Flórez, L. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la medicina conductual. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 13–30. Retrieved from <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/35717>
- Frómata, L. V., Iglesias, Y. N., & Nariño, I. P. (2018). *Salud de familias con niños y adolescentes con cáncer*. (3), 606–615.
- García, P., Arzate, J., Bailón, C., Martínez, L., Torres, T., Castro, M., ... Padillai, S. (2008). Psicología de enlace en medicina interna. *Medicina Interna de Mexico*, 24(3), 186–192.
- GLOBOCAN. (2018). Cáncer Today. Retrieved from Globocan website: <https://gco.iarc.fr/today/>
- Guerra-Soto, A., Reboloso-Zúñiga, E., González-Sánchez, A., Rubio-Jurado, B., & Nava, A. (2013). Linfoma no Hodgkin. Conceptos Generales. *Medigrafic*, 8(1), 23–34.
- Hernández, N., Salas, A., & Altuve, J. (2020). Afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 30(2), 161–172. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2651>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Elección de diseño de investigación. In R.H., C.F., & P.B. (Eds.), *Metodología de la investigación* (6ta ed., pp. 126–168). Mc Graw Hill.
- Kim, Y., Carver, C., Shaffer, K., Gansler, T., & Cannady, R. (2014). El cuidado del cáncer

- predice impedimentos físicos: roles del estrés del cuidado anterior y ser un cuidador conyugal. *Cáncer*, 121(2), 302–311.
- Lassaletta, A. (2016). Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda. *Pediatría Integral*, 20(6), 380–389.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (1a ed.; M. Roca, Ed.).
- Lee, K. C., Yiin, J. J., & Chao, Y. F. (2015). Effect of integrated caregiver support on caregiver burden for people taking care of people with cancer at the end of life: A cohort and quasi-experimental clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 17–26.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.002>
- Line, L., Lone, R., Aagaard, P., & Groenvold, M. (2014). Cancer caregiving tasks and consequences and their associations with caregiver status and the caregiver's relationship to the patient: a survey. *BMC Cancer*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-541>.
- Llantá, M., Hernández, K., & Martínez, Y. (2015). Calidad de Vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos . Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(1), 97–106.
- Meichenbaum, D. (1987). Modelo conceptual que fundamenta el adiestramiento en inoculación al estrés. In *Manual de inoculación de estrés* (1 a. Ed., pp. 5–14). Retrieved from <http://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/12/Manual-de-inoculacion-de-estresocr.pdf>
- Montero, X., Jurado, S., Robles, R., Aguilar, J., Figueroa, C., & Méndez, J. (2012). Carga en Cuidadores Primarios Informales de Niños con Cáncer: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 2(2), 118–124.
- Nezu, A., Nezu, C., & DZurilla, T. (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento* (1a ed.). Desclée de Brouwer.
- Oh, Y. (2017). Communications with health professionals and psychological distress in family caregivers to cancer patients: A model based on stress-coping theory. *Applied Nursing Research*, 33, 5–9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.008>

- Oh, Young. (2017). Communications with health professionals and psychological distress in family caregivers to cancer patients: A model based on stress-coping theory. *Applied Nursing Research*, 33, 5–9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.008>
- Olatunji, I., & Mayers, P. (2019). Effects of a psychosocial intervention on the quality of life of primary caregivers of women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 38(April 2018), 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.12.003>
- OMS. (2014). OMS | Cáncer de mama: prevención y control. Retrieved June 27, 2018, from WHO website: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index4.html>
- OMS. (2015). OMS | Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2014. Retrieved June 26, 2018, from WHO website: <http://www.who.int/nmh/countries/es/>
- OMS | Depresión. (2017). WHO. Retrieved from <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Palomino, L., Avilés, G. P., Loyola, B., Alberto, L., Palomino, G. L., González, A., ... Loyola, B. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(4), 159–166.
- Peñuelas, J. (2001). Algunos aspectos históricos del Hospital Juárez de México. *Revista Del Hospital Juárez de México*, 68(1), 92–94.
- Pérez, P., González, A., Mielles, I., & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41–54. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi15-2.rase>
- Pozo, C., Bretones, B., Méndez, M., Alonso, E., & Cid, N. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil : apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 93–101.
- Quezada-Berumen, L., De La Rubia, J., Ibarra-González, L., & González-Ramírez, M. (2018). Estudio de validación del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés en personas trans de México. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 121–134. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.1018.19367>
- Ramírez-Moreno, J., Muñoz, P., Espada, S., Bartolomé, S., Aguirre, J., & Peral, D. (2017).

Association between self-perceived psychological stress and transitory ischaemic attack and minor stroke: a case-control study. *Neurología (English Edition)*, 35(8), 556–562. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2017.09.004>

Rangel-Domínguez, N., Ascencio-Huertas, L., Ornelas-Mejorada, R., Landa-Ramírez, E., & Sánchez-Sosa, J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: un estudio piloto. *Psicooncología*, 10(2–3), 7–32. <https://doi.org/10.5209/rev>

Reynoso, L., & Becerra, A. (2013). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (1a ed.). Qartuppi.

Reynoso, L., Becerra, A., & Lugo, I. (2019). *Trastorno de estrés postraumático en adultos* (1a ed.). <https://doi.org/10.29057/esat.v6i12.4553>

Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5–12. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975002.pdf>

Ruiz, A., & Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 11(3), 163–169. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0304-y>

Ruiz, Angeles, Díaz, I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (2da ed.). <https://doi.org/B1-3308-2011>

Ruiz, M., Martínez, E., López, M., & Fernández, A. (2016). Evaluación de los estilos de afrontamiento utilizados en cuidadores familiares de enfermos crónicos complejos. *European Journal of Health Research*, 2(3), 83–93. <https://doi.org/10.1989/ejhr.v2i3.36>

Safarabadi-Farahani, A., Maarefvand, M., Biglarian, A., & Khubchandani, J. (2016). Effectiveness of a Brief Psychosocial Intervention on Quality of Life of Primary Caregivers of Iranian Children With Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), e262–e270. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.01.002>

Salud, S. de. (2014). Programa de Acción Específico. Cáncer en la infancia y la adolescencia 2013-2018. *Programa Sectorial de Salud*, 1–66.

Sánchez, J., & Sábado, C. (2016). Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin. *Pediatría Integral*, 20(6), 390–400.

- Sheehan, J., Hiscock, H., Massie, J., Jaffe, A., & Hay, M. (2014). Caregiver coping, mental health and child problem behaviours in cystic fibrosis: A cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 211–220. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9289-y>
- Toro-Moreno, A., Serna-Velez, L., Gallego-González, D., Jaramillo-Jaramillo, L., Martínez-Sánchez, L., & Álvarez-Hernández, L. (2017). Tumores de sistema nervioso central en pediatría: Presente y futuro del abordaje diagnóstico. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3), 283–288.
- Valencia, M. C., Meza-Osnaya, G., Pérez-Cruz, I., Cortes-Campero, N., Hernández-Ovalle, J., Hernández-Paredes, P., ... Romero-Figueroa, M. S. (2017). Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(4), 221–225. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.11.003>
- Vargas, C. (2002). *Reseña histórica del Hospital Juárez de México* (1a ed.). Formex Impresores.
- Villarejo, F., Aransay, A., & Márquez, T. (2016). Tumores cerebrales en niños. *Pediatría Integral*, 20(6), 401–411.
- Yabroff, K. R., & Kim, Y. (2009). *Time Costs Associated With Informal Caregiving for Cancer Survivors*. 115(18), 4362–4373. <https://doi.org/10.1002/cncr.24588>

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### INSTRUMENTO DE ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES

A continuación, encontrará una lista de situaciones que en general las personas piensan, sienten y/o hacen para enfrentar el cuidado de un paciente. Lea por favor cada una de las oraciones y marque con una cruz el número que corresponda a la categoría que mejor exprese lo que usted ha hecho a partir de que su familiar enfermó.

Totalmente en desacuerdo 0

En desacuerdo 1

De acuerdo 2

Totalmente de acuerdo 3

1)	Procuro que mi paciente no se entere de su actual estado de salud	0	1	2	3
2)	Siento que mi cuerpo tiembla, cuando cuido a mi paciente	0	1	2	3
3)	cuidar a mi paciente me provoca miedo	0	1	2	3
4)	Trato que los demás no se enteren de la enfermedad de mi paciente	0	1	2	3
5)	Le he dedicado tiempo al cuidado de mi paciente	0	1	2	3
6)	He intentado golpear a alguien, cuando realizan comentarios sobre el cuidado de mi familia	0	1	2	3
7)	Quisiera salir corriendo ante el cuidado de mi paciente	0	1	2	3
8)	Pienso que el cuidado de mi paciente es mi responsabilidad	0	1	2	3
9)	He brindado muestras de afecto a mi paciente (consentirlo, mimarlo, apapacharlo, etc.)	0	1	2	3
10)	Si descuido a mi paciente, me siento una persona desobligada	0	1	2	3
11)	Cuidar a mi paciente me genera angustia	0	1	2	3
12)	Pienso que es mi deber cuidar a mi familiar	0	1	2	3
13)	Lloro cuando cuido a mi familiar	0	1	2	3
14)	Cuidar a mi paciente me genera tristeza	0	1	2	3
15)	Si descuido a mi paciente, me siento irresponsable	0	1	2	3

## Calificación

<b>Dirigido a la emoción</b>	<b>Reactivos</b>	<b>Suma</b>	<b>Percentil</b>
Evitativo	6,7,13,14		
Emocional negativo	2,3,11		
<b>Dirigido al problema</b>			
Directo	5,8		
Revaluación cognitiva positiva	12,9		
Revaluación cognitiva negativa	15,10		

<b>Percentil</b>	<b>Dirigido a la emoción</b>	<b>Dirigido a la emoción</b>	<b>Dirigido al problema</b>	<b>Dirigido al problema</b>	<b>Dirigido al problema</b>
	Evitativo	Emocional negativo	Directo	Revalorativo positivo	Revalorativo Negativo
25	2	1	3	2	1
50	4	4	5	4	4
75	6	6	6	6	6

ANEXO 2

**Escala de estrés en el cuidador**

INSTRUCCIONES: Lea cada enunciado con atención y marque con una “X” la respuesta que considere que coincide actual.

		Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
1	Es difícil enfrentar mis problemas laborales siendo cuidador				
2	Tengo problemas laborales desde que soy cuidador				
3	Creo que es difícil acercarme a mis familiares mientras soy cuidador				
4	Por atender a mi paciente descuido mi salud				
5	Creo que soy incapaz de cuidar de mi salud desde que soy cuidador				
6	Desde que soy cuidador me siento enfermo				
7	Creo que es difícil estar con mis amigos y ser cuidador				
8	Considero que NO puedo atender mi salud mientras soy cuidador				
9	Creo que es complicado relacionarme con mi paciente				
10	Me parece complicado atender a mi relación de pareja mientras apoyo a mi paciente				
11	Ser cuidador perjudicar mi relación de pareja				
12	La relación entre mi paciente y yo, me afecta				
13	Creo que atender a mi paciente NO afecta a mi salud				

### Anexo 3

#### Consentimiento informado

El Hospital Juárez de México y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México están realizando una investigación referente a estrés en cuidadores de pacientes oncopediátricos. La Investigadora Responsable es la Lic. Mariana Ortiz Omaña. Por lo tanto, en cumplimiento de las reglas establecidas por la Secretaría de la Salud y el Código Ético del Psicólogo, respecto a la protección para participantes en investigación, se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio. Su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a participar sin que tenga ninguna repercusión en la atención que recibe usted y su paciente. Si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio en cualquier momento, sin que eso signifique consecuencia de ninguna índole como usuario de los servicios del Hospital.

El propósito del estudio es identificar cómo el padecimiento de su paciente ha impactado en su vida personal como cuidador, y brindarle herramientas que le sean útiles en el cuidado de su paciente. Se le pedirá que llene algunos cuestionarios en los que se le preguntará sobre la enfermedad de su paciente, cómo se han sentido, qué ha hecho al respecto y cómo cuida a su paciente. A su vez se le solicitará participar en cinco sesiones de terapia psicológica, para proporcionarle herramientas que ayuden en el cuidado y atención que usted brinda a su paciente.

Toda la información que proporcione se utilizará únicamente para propósitos de investigación. Al finalizar el estudio se le dará información de lo que se ha evaluado y de sus resultados. La participación en el estudio no genera beneficios económicos o pagos de ninguna forma. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactar, a la psicóloga responsable de la investigación.

Con mi firma declaro que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar las preguntas de los cuestionarios y asistir a seis sesiones.

Fecha, Nombre y Firma del Participante

---

## Anexo 4

Instrucciones: Indique la respuesta correspondiente a cada inciso. Asegúrese de no dejar ninguna pregunta en blanco.

### DATOS GENERALES DEL CUIDADOR

1. Lugar de origen:
2. Edad:
3. Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino
4. Escolaridad ( )
  1. Saber leer y escribir
  2. Primaria
  3. Secundaria
  4. Preparatoria
  5. Licenciatura
  6. Otra, especifique:
5. Estado civil: ( )
  1. Soltero/a
  2. Casado/a
6. Ocupación
  1. Estudiante
  2. Empleado.
  3. Profesionista
  4. Comerciante
  5. Ama de casa
  6. Desempleado
  7. Otro, especifique:

### DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Nombre de la enfermedad de su paciente:
2. Edad de su paciente:
3. Sexo de su paciente ( )
  1. Masculino
  2. Femenino
4. Parentesco con su paciente ( )
  1. Hijo/a
  2. Hijastro/a
  3. Sobrino/a
  4. Hermano/a
  5. Abuelo/a
  6. Otro, especifique
5. Horas al día que dedica al cuidado de su paciente ( )
  1. 6 horas
  2. 8 horas
  3. 12 horas
  4. 24 horas
6. ¿Desde cuándo cuida a su paciente? ( )
  1. Hace 15 días
  2. Hace un mes
  3. Hace 2 meses
  4. Hace 6 meses
  5. Hace más de 6 meses

7. Etapa del tratamiento en la que actualmente se encuentra su paciente. ( )
1. Le están haciendo estudios para saber que tiene
  2. Van a operar para saber qué tiene
  3. Ya saben qué tiene y va a recibir Quimioterapia
  4. Ya saben qué tiene y va a recibir Radioterapia
  5. Ya saben qué tiene y va a recibir Quimioterapia y Radioterapia
  6. Ya lo operaron y va a recibir Quimioterapia
  7. Ya lo operaron y va a recibir Radioterapia
  8. Ya lo operaron y nos dirán si requiere algo mas
  9. Recibe Quimioterapia
  10. Recibe Radioterapia
  11. Va a recibir trasplante de medula ósea
  12. Recibe Quimioterapia y terminando lo van a operar
  13. Recibe Radioterapia y lo van a operar
  14. Recibió Quimioterapia, lo operaron y le darán Radioterapia
  15. Ya terminó el tratamiento y viene a revisión
  16. Terminó el tratamiento hace tiempo y otra vez está enfermo
  17. Quedó fuera de tratamiento
  18. Esta en cuidados paliativos

## Anexo 5

### Cuestionario

1. El cáncer es una enfermedad en la que crecen las células descontroladamente  
Cierto      Falso
2. La leucemia es un tipo de cáncer  
Cierto      Falso
3. En la leucemia hay un crecimiento descontrolado de las plaquetas (una de las células de la sangre)  
Cierto      Falso
4. ¿Es bueno para mi hijo que en su sangre haya muchos glóbulos blancos inmaduros?  
Cierto      Falso
5. ¿Hay cura para el cáncer?  
Cierto      Falso
6. ¿La intratecal es un tipo de aplicación de la quimio?  
Cierto      Falso
7. ¿Los efectos de la quimio, como la caída del cabello y las náuseas son temporales?  
Cierto      Falso
8. El estrés en ocasiones es útil  
Cierto      Falso
9. Cuando estamos estresados nuestro cuerpo se puede sentir tenso y nos sentimos “preocupados”  
Cierto      Falso
10. La exteriorización funciona para...
  - Descargar la cabeza de preocupaciones y crear soluciones
  - Platicar con otros sobre mis sentimientos
  - Sentirnos mejor

## Anexo 6

### Manual del terapeuta

#### *Criterios de inclusión*

- Hombre o mujer que sea cuidador informal de un paciente pediátrico que reciba tratamiento contra cáncer.
- Cuidador primario que no reciba remuneración económica por su labor como cuidador.
- Escolaridad mínima secundaria.
- Puntajes de medio a altos en Escala de estrés del cuidador.

#### *Criterios de eliminación*

- No asistir a 80% las sesiones programadas.
- Alta probabilidad de mortalidad del paciente durante la intervención.
- Deceso del paciente durante la intervención.
- Abandonar la intervención.

#### *Criterios de exclusión*

- Encontrarse en tratamiento psicológico.
- Ser cuidador secundario.

### Pretest

Se invitará a los cuidadores a participar en el taller

Se solicitará a los cuidadores firmen, si están de acuerdo, el consentimiento informado.

Se realizará la aplicación de las escalas

*Escala de estrategias de enfrentamiento en cuidadores primarios informales*

*Escala de estrés en el cuidador*

<b>Sesión 1</b>	
Tema Exploración de dudas con cuidadores	Terapeuta Psic. Mariana Ortiz Omaña
Objetivos Identificar dudas respecto al diagnóstico y/o tratamiento del paciente. El cuidador identificará la génesis, el mecanismo y la función del estrés El cuidador identificará qué situación respecto al cuidado del paciente le resulta estresante El cuidador identificará la función que cumple la técnica exteriorización El cuidador identificará posibles soluciones a la situación estresante El cuidador realizará ejercicios de exteriorización	
Técnicas Entrevista conductual Psicoeducación Exteriorización	Material Manual “Enfrentando el estrés”. Sesión “El cáncer, quimio y estrés” Cuestionario “Enfrentando el estrés” Lápiz y pluma
Descripción de la sesión <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se capacitará a los cuidadores sobre el uso del Manual “Enfrentando al estrés”, su importancia y el cuidado que debe de tener dicho material</li> <li>• Se describirá el objetivo del taller a los cuidadores</li> <li>• Se psicoeducará sobre leucemia</li> <li>• Se explorará con los cuidadores dudas con relación al diagnóstico y tratamiento su paciente de Oncopediatría.</li> <li>• Con ayuda del Manual “Enfrentando el estrés”, se psicoeducará sobre el estrés</li> <li>• Se psicoeducará sobre la función de la técnica de exteriorización, como ésta nos ayuda a poner en claro todas las posibles soluciones que pueden tenerse en mente de forma confusa.</li> <li>• Se llevará a cabo la técnica de exteriorización.</li> <li>• Se elaborará un resumen de lo visto en esta sesión, se explorará dudas y de haberlas aclararlas.</li> <li>• Aplicación del cuestionario “Enfrentando el estrés”</li> <li>• Explicar la tarea que se tiene asignada para la próxima sesión.</li> </ul>	
Tareas para casa Realizar listado de dudas respecto al aspecto médico Realizar ejercicio de exteriorizar, con una situación estresante respecto al cuidado del paciente, de no existir puede trabajarse con una situación pasada para ponerlo en práctica.	
<b>Sesión 2</b>	
Tema Gestión del estrés	Terapeuta Psic. Mariana Ortiz Omaña
Objetivos	

<p>El cuidador identificará los elementos de la técnica de imaginería y como éstos contribuyen a la disminución de niveles de estrés</p> <p>El cuidador practicará ejercicios de imaginería para experimentar respuestas contrarias al estrés.</p> <p>El cuidador controlará sus niveles de estrés mediante técnicas de relajación para mejorar su capacidad de solución de problemas.</p>	
<p>Técnicas</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Visualización</p>	<p>Material</p> <p>Manual “Enfrentando el estrés”.</p> <p>Sesión “nos tomaremos unas vacaciones”</p> <p>Grabación auditiva (Miguel-Corona, 2016)</p> <p>Reproductor de música mp3</p> <p>Lápiz y pluma</p>
<p>Descripción de la sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza un pequeño resumen de la sesión anterior, se preguntará si existe alguna duda al respecto.</li> <li>• Se revisará la tarea respecto a la técnica de exteriorización, si existieron dudas, se aclararán</li> <li>• Se llevará a cabo Psicoeducación sobre “imaginería guiada”</li> <li>• Explicar como “la imaginería” es una forma de gestión del estrés</li> <li>• Mediante el reproductor de música MP3 y bocinas se realizará un ejercicio con los cuidadores</li> <li>• Una vez terminado el ejercicio en la sesión, se identificará en qué momento del día y lugar el cuidador puede realizar estos ejercicios</li> <li>• Se explicará la técnica en casa utilizando el MP3 y el registro.</li> <li>• Se reforzará la importancia de seguir practicando en casa</li> </ul>	
<p>Tarea para casa</p> <p>Realizar ejercicios de imaginación guiada en casa, utilizando el dispositivo y registro</p> <p>Continuar con ejercicios de exteriorización</p>	

<b>Sesión 3</b>	
Tema Simplificación del problema	Terapeuta Psic. Mariana Ortiz Omaña
Objetivos El cuidador identificará la utilidad de la técnica de simplificación El cuidador identificará los pasos a seguir para simplificación de un problema El cuidador revisará el problema de acuerdo con las partes que lo componen El cuidador evaluará las soluciones al problema menos complejo El cuidador aplicará la técnica de simplificación, con su propia problemática	
Técnicas Psicoeducación Simplificación	Material Manual "Enfrentando el estrés". Sesión "desmenuzando el problema" Lápiz
Descripción de la sesión <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza un pequeño resumen de la sesión anterior, se preguntará si existe alguna duda al respecto.</li> <li>• Se revisará la frecuencia de la práctica de la técnica, mediante el registro del manual "Enfrentando el estrés"</li> <li>• Se retomará la lista generada en la sesión 3</li> <li>• El cuidador elegirá una situación de cuidado, que considere que no puede solucionar fácilmente, que le genere estrés y que sea más difícil de solucionar</li> <li>• Se psicoeducará en a técnica "simplificar" mediante el ejemplo presentado en el manual "enfrentando el estrés"</li> <li>• Se elaborará un resumen de lo visto en la sesión</li> <li>• Se preguntarán dudas al respecto y se resolverán durante la sesión</li> <li>• Se insistirá en continuar con ejercicios de imaginación a consideración del cuidador</li> </ul>	
Tarea para casa Realizar ejercicio de simplificación Realizar ejercicios de imaginación en casa utilizando el dispositivo y registro	

<b>Sesión 4</b>	
Tema Solución planificada del problema	Terapeuta Psic. Mariana Ortiz Omaña
Objetivos El cuidador: Definirá su problema Generará probables soluciones a dicho problema Evaluará cuál de todas las soluciones presentadas es más efectiva Elegirá la solución más viable Aplicará la solución que considere más efectiva	
Técnicas Psicoeducación Definición del problema Lluvia de ideas Balance decisional Solución de problemas	Material Manual "Enfrentando el estrés". Sesión "hagamos un plan" Lápiz
Descripción de la sesión <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza un pequeño resumen de la sesión anterior, se preguntará si existe alguna duda al respecto.</li> <li>• Se revisará la tarea respecto a la técnica de exteriorización, si existieron dudas, se aclararán</li> <li>• Se psicoeducará en solución planificada de problemas, mediante el manual "Enfrentando el estrés"</li> <li>• El cuidador retomará el problema simplificado de la sesión anterior, para definirlo</li> <li>• Realizar "lluvia de ideas" utilizando los tres principios. La cantidad conduce a la calidad, no juzgues, pensar en variedad, de acuerdo con el manual "enfrentando el estrés".</li> <li>• El cuidador tomará decisiones</li> <li>• Esbozar un plan de acción, puede tratarse de un problema que se vea a futuro.</li> </ul>	
Tarea para casa Intentar llevar a cabo el plan de acción, sin importar a qué parte del problema pueda llegar	

<b>Sesión 5</b>	
Tema Evaluación de la solución del problema	Terapeuta Psic. Mariana Ortiz Omaña
Objetivos El cuidador evaluará los aciertos y errores que se tuvieron con la puesta en marcha del plan	
Técnicas Psicoeducación Verificación	Material Manual “Enfrentando el estrés”. Sesión “¿cómo me fue con el plan?” Lápiz
Descripción de la sesión <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza un pequeño resumen de la sesión anterior, se preguntará si existe alguna duda al respecto.</li> <li>• El cuidador identificará los aspectos que favorecieron a la solución de problemas</li> <li>• El cuidador identificará los aspectos que obstaculizaron la solución del problema</li> <li>• Se realizará retroalimentación al cuidador</li> <li>• Se invitará al cuidador a seguir la estrategia ante cualquier otro problema, e instigar a seguir utilizando el cuaderno de ejercicios ante problemáticas fuentes de estrés del cuidador</li> <li>• Realizar la aplicación de las escalas</li> <li>• <i>Escala de estrategias de enfrentamiento en cuidadores primarios informales</i></li> <li>• <i>Escala de estrés en el cuidador</i></li> </ul>	



Adaptación del manual  
“Enfrentando el estrés”  
Espinoza-Salgado, (2017)

Nombre del propietario.

---

Programa de entrenamiento en solución de problemas y psicoeducación  
para cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos.

## Índice

### El cáncer y la quimio

¿qué es el cáncer?

¿qué es la leucemia?

Falso/verdadero

¿y si tengo dudas y eso me preocupa?

Exteriorizar

Vamos a exteriorizar

### Nos tomaremos unas vacaciones

A escuchar

Vamos a exteriorizar

### Desmenuzando el problema

#### Hagamos un plan

Paso 1. Un problema bien definido

Paso 2. Llevarlo a la práctica

Paso 3. Lluvia de ideas

Paso 4. Crear soluciones

Paso 5. Es momento de valorar qué idea si es un solución

Paso 6. Llevarlo a la practica

Paso 7. Llevar a cabo el plan de acción

Paso 8. Llevar a cabo la solución posible

¿Cómo me fue con el plan?



Este programa está diseñado, porque sabemos que el proceso de enfermedad es estresante, para quien cuida de nuestros pacientes dentro y fuera del hospital



### Objetivo

Brindarle herramientas, para que tenga la capacidad de reconocer y solucionar los problemas que se vayan presentando a lo largo del proceso de enfermedad de su paciente.

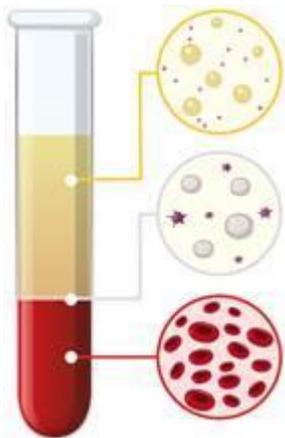
Es importante que siga el programa para alcanzar el objetivo. Ante cualquier duda o comentario, acérquese a la terapeuta, ella está para ayudarle en todo momento

**Bienvenido al programa**

Sabemos que en este momento usted puede tener algunas dudas, por ejemplo:

- 1.- Sobre el diagnóstico de su paciente
- 2.- Sobre el tratamiento que recibirá su paciente, la famosa “QUIMIO”
- 3.- ¿Qué pasa con las defensas o plaquetas de mi paciente?

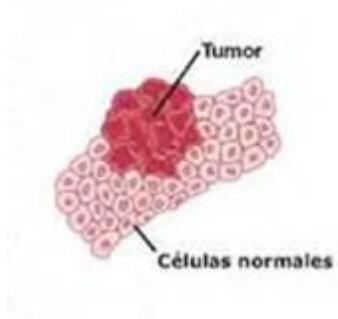
*Por ello es importante hablar de estos puntos*



**¿Qué pasa si hay muchos glóbulos blancos y éstos no son normales?**

- No pueden proteger al cuerpo de infecciones
- No permite que haya otras células de la sangre y que hagan su trabajo

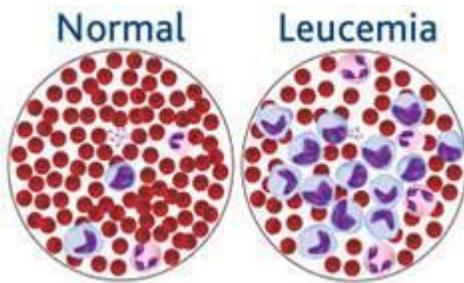
Células de la sangre	¿Para qué sirven?
Plaquetas	Ayuda a detener sangrados
Glóbulos blancos	Protegen al cuerpo de infecciones
Glóbulos rojos	Transporta oxígeno a todo el cuerpo



## 2.- ¿Qué es el cáncer?

Nuestro cuerpo se compone por pequeñas partes llamadas células, éstas nacen, crecen y mueren todos los días, pero....

Algunas de ellas NO MUEREN y CRECEN sin control, formando lo que llamamos cáncer.

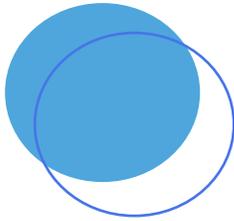


En la leucemia los glóbulos blancos son anormales y son fabricados de manera descontrolada.

Existen muchos tipos de cáncer, uno de ellos es la LEUCEMIA, pero...

### **¿Qué es la leucemia?**

Es un cáncer de los glóbulos blancos.



Cuando uno de nuestros familiares recibe la noticia de que TIENE CÁNCER, nos surgen muchas dudas y comenzamos a escuchar o buscar información, en ocasiones es información **verdadera** y en otros casos es **falsa**, en la siguiente Tabla se muestran ejemplos de esta información.

A continuación, presentamos ejemplos de información falsa que leemos o escuchamos, cuando un familiar recibe el diagnóstico de cáncer

Falso	Verdadero
Las emociones negativas producen cáncer	Existen diversos factores que lo producen
El cáncer es contagioso	No
Si mi paciente tiene cáncer no hay nada que hacer	Existen tratamientos como: Quimioterapia Radioterapia Cirugía
Cáncer es igual a muerte	Existen posibilidades de cura

Cómo vimos en la página anterior, existen tratamientos como la “QUIMIO” que ayudan a controlar los efectos del cáncer, ésta es un conjunto de varios medicamentos y su objetivo es eliminar las células que crecen rápido, como los TUMORES.

Pero...

Existen otras células en nuestro cuerpo, que también crecen rápido, por ejemplo:

- Cabello
- Células de la boca, estómago, esófago, intestino
- Células de la sangre (defensas).



A veces éstas también mueren y los pacientes tienen EFECTOS SECUNDARIOS, por ejemplo:

- Vómitos
- Diarrea
- Caída del cabello
- Cansancio



La quimio tiene algunos efectos secundarios poco agradables, pero **SON TEMPORALES**, y no ocurren en todos los pacientes. Ante cualquier duda, pregunte al oncólogo pediatra.

¿Y SI TENGO DUDAS Y ESO ME PREOCUPA?...

1. Realizar una lista con las dudas que se tengan acerca del tratamiento, duración, tipo de medicamentos, efectos secundarios, costos.

Recuerde:

Ninguna pregunta es absurda o tonta, si ésta le ayudará al cuidado de su paciente.



Ejemplo:

¿Es normal que mi paciente vomite después de la quimio?

¿Cuánto tiempo estará mi paciente en el hospital?

2. Después de escribir estas preguntas, es **IMPORTANTE** que en la siguiente consulta las realice a su oncólogo pediatra.

3. Ante un malestar de su paciente que usted note grave, por ejemplo:

Dolor intenso, diarrea por más de un día, debilitamiento grave y acuda al servicio de urgencia pediatría.

**Ahora anote las dudas que usted tenga, para que, en la siguiente consulta, las realice al ONCÓLOGO.**

La mayoría de las personas hemos tenido experiencias con el estrés y las podemos recordar con facilidad,



por ejemplo:

Estrés es cuando vamos tarde a una cita y sentimos "preocupación" por no llegar.

El estrés se origina cuando los pensamientos negativos y constantes sobre una situación, nuestro cuerpo se puede sentir tenso y nos sentimos "preocupados".

El que estemos ESTRESADOS, en ocasiones es útil para adaptarnos a la situación o cambiarlo a nuestro favor.

Responda:

¿Qué cosas o situaciones le estresan, en este momento Sobre el cuidado de su paciente?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Pensemos en alternativas**

**Exteriorizar** consiste en hacer notas, listas y/o diagramas de las ideas que tenemos sobre probables soluciones a una situación que parece ser en un problema y ayuda a liberar nuestra mente.

Esto nos ayudará a:

- Tratar de entender el problema
- Pensar creativamente en diferentes soluciones
- Tomar decisiones eficaces



En la página anterior, usted escribió una situación que le estresa. Ahora anote lo que usted ha pensado para solucionarlo, NO IMPORTA si puede o no funcionar

Situación que me estresa del cuidado de mi paciente:

---

---

---

¿Qué actividades puedo hacer para resolverlo?

(Todas las soluciones que se le han ocurrido hasta el momento)

---

---

---

---

---

**Vamos a exteriorizar**

Durante el tiempo que no habrá sesión, es importante realizar tareas para reforzar las habilidades que se enseñaron.



Por lo tanto, debemos hacer ejercicios de **exteriorización** sobre todo en situaciones estresantes, por mínimas que sean. Tal vez no lo haga al momento, pero si tóme un tiempo para realizar el ejercicio.

Para ello habrá páginas similares a esta a lo largo del manual para practicar este ejercicio, no es que tenga que hacerlo con la misma situación, sino con situaciones diferentes.

Recuerde anotar la situación que le estresa, después escriba las cosas que usted cree que puede hacer para solucionarlo.

En caso de que en este momento no existan situaciones que le estresen, puede utilizar una **situación pasada**, que le **haya estresado** y plantearse qué cosas pudo haber hecho.

Situación que me estresa del cuidado de mi paciente:

---

---

---

¿Qué actividades puedo hacer para resolverlo?

(Todas las soluciones que se le han ocurrido hasta el momento)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vamos a exteriorizar**

Recuerde lo importante que es exteriorizar nuestros problemas, por lo que a lo largo del manual habrá páginas como éstas, para utilizarlas, si existe una segunda o tercera situación estresante, complete los siguientes espacios, que le darán claridad para resolverlas y si no, utilice una situación pasada.

Situación que me estresa del cuidado de mi paciente:

---

---

---

¿Qué actividades puedo hacer para resolverlo?

(Todas las soluciones que se le han ocurrido hasta el momento)

---

---

---

---

---

---

---

---

Ante una situación que nos provoca estrés, nuestro cuerpo se pone muy tenso, pero podemos enseñarle a **relajarse** mediante ejercicios de “**imaginación guiada**”, que funciona para reducir el estrés.

Lo importante es imaginar un lugar en el que nos sintamos tranquilos. Piense en ello como si se tratara de “tomarse vacaciones mentales”, para relajar y calmar la mente.



unas

Es muy útil en situaciones estresantes, para reducir la tensión y se asemeja a “bajar el volumen del estrés”.

Esta herramienta también puede llevarlo a un estado mental de **relajación** antes de enfrentarse a una situación difícil. Cuanto más **practique** esta habilidad, se dará cuenta que será que obtendrá beneficios positivos de la relajación.



A continuación, escucharemos una grabación que nos permitirá realizar un ejercicio de “**imaginación guiada**”. Por favor siga las instrucciones y si tiene alguna duda comentarla con la psicóloga.

Si en algún momento usted se siente que hay situaciones que le **estresan** respecto al cuidado de su paciente, **realice el ejercicio “Vamos a exteriorizar”** en las siguientes páginas contienen el espacio para realizarlo, recuerde su importancia.

Se le entregará un MP3 con la grabación, para realizarla en casa



Momento del día en que puedo hacerlo: \_\_\_\_\_

Lugar de mi casa donde puedo hacerlo: \_\_\_\_\_

Puede realizar el ejercicio las veces que considere necesario para sentirse tranquilo

El siguiente cuadro le ayudara para recordar cuando y cuantas veces al día realizó la técnica, puede marcar cuantas veces lo ha hecho.

¿Qué día?	¿Practiqué la imaginaria? Si/no	¿Cuántas veces?

## Vamos a exteriorizar

Recuerde lo importante que es exteriorizar nuestros problemas, por lo que a lo largo del manual habrá páginas cómo estás, para utilizarlas, si existe una segunda o tercera situación estresante, complete los siguientes espacios, que le darán claridad para resolverlas y si no, utilice una situación pasada.

Situación que me estresa del cuidado de mi paciente:

---

---

---

¿Qué actividades puedo hacer para resolverlo?

(Todas las soluciones que se le han ocurrido hasta el momento)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vamos a exteriorizar**

Recuerde lo importante que es exteriorizar nuestros problemas, por lo que a lo largo del manual habrá páginas cómo estás, para utilizarlas, si existe una segunda o tercera situación estresante, complete los siguientes espacios, que le darán claridad para resolverlas y si no, utilice una situación pasada.

Situación que me estresa del cuidado de mi paciente:

---

---

---

¿Qué actividades puedo hacer para resolverlo?

(Todas las soluciones que se le han ocurrido hasta el momento)

---

---

---

---

---

---

---

---

Cuando tenemos un problema en ocasiones sentimos que este no puede solucionarse, porque lo vemos como UN PROBLEMA MUY GRANDE.

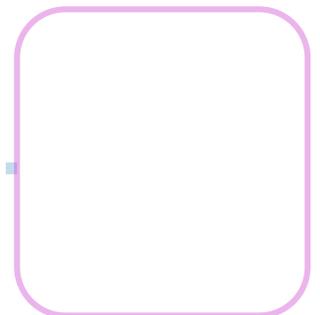
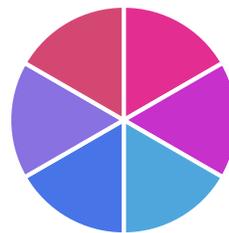
Tal vez, no puede resolver TODO EL PROBLEMA, pero probablemente si lo divide en PARTES PEQUEÑAS PODRÍA SOLUCIONARLO.

**Ejemplo:**

María vive en Hidalgo, tiene 40 años y su papá tiene cáncer. Ella se siente estresada porque dice: “Mi problema es que no tengo dinero para los medicamentos de mi papá”.

Sin duda es un problema IMPORTANTE, pero...

**¿Qué pasaría si lo dividimos en problemas pequeños?**



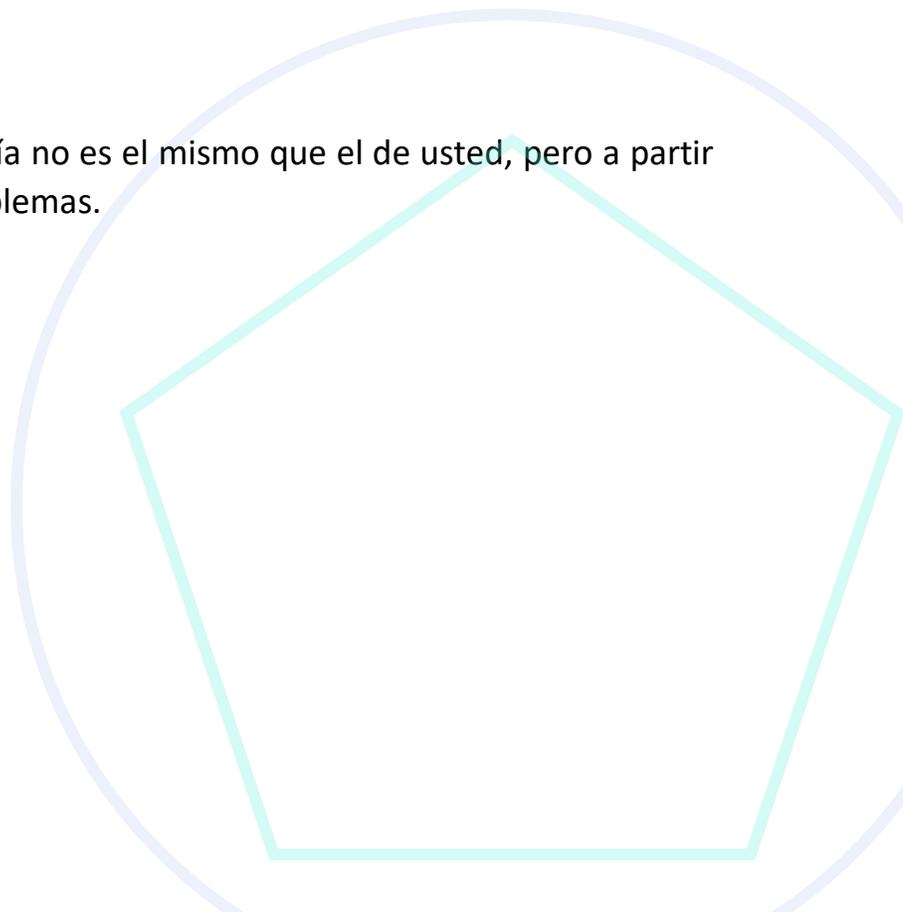
Podemos ayudar a María a desmenuzar al problema en lugar de pensar en que María NO TIENE DINERO pensemos en una parte del problema que puede resolverse:

**¿Cómo va a conseguir dinero para la consulta del día de mañana en el Hospital Juárez?**

*¿El problema de María sigue siendo MUY GRANDE?*

*¿Se puede resolver esa parte del problema de María?*

Puede ser que el problema de María no es el mismo que el de usted, pero a partir de este ejemplo describirá sus problemas.



Su problema es:

---

---

Ahora, simplifique ese problema con las siguientes preguntas:

¿Qué cosas de todo el problema me estresan más?

---

---

¿Qué cosas Si puedo solucionar?

---

---

¿Qué de todo es más urgente solucionar?

---

---

¿Qué de todo NO se puede solucionar?

---

---

¿Cuál es el problema actual que SI va a solucionar?

---

---

TAREA

- ❖ En caso de percibir que tiene un problema, dedique unos minutos a realizar este ejercicio para poder encontrar una probable solución, las paginas siguientes están destinadas para ello. De no tener en este momento un problema, puede hacerlo con un problema pasado.
- ❖ Continúe con los ejercicios de “imaginación guiada”.

El siguiente espacio está destinado para que practique los ejercicios de las paginas anteriores.

Su problema es:

---

---

---

Ahora, simplifique ese problema con las siguientes preguntas:

¿Qué cosas de todo el problema me estresan más?

---

---

¿Qué cosas Si puedo solucionar?

---

---

¿Qué de todo es más urgente solucionar?

---

---

¿Qué de todo NO se puede solucionar?

---

---

¿Cuál es el problema actual que SI va a solucionar?

---

---

A lo largo de las sesiones hemos aprendido algunas estrategias y ha llegado el momento de poner en práctica algunas, para llevar a cabo un plan de acción y solucionar un problema.

### **PASO 1. “Un problema bien definido es un problema resuelto”**

Necesitamos hacer una ruta como cuando vamos de viaje, saber por qué lugares pasaremos, qué actividades haremos, qué lugares visitaremos, el primer paso es definir el problema.

Definir un problema implica:

- ❖ Buscar ¿Quién? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde?
- ❖ Usar un lenguaje que todos entendemos
- ❖ Ver qué hechos son reales y cuales suposiciones
- ❖ Establecer objetivos que se pueden cumplir
- ❖ Identificar los obstáculos

### **PASO 2. Llevarlo a la práctica.**

De acuerdo con uno de los problemas con los que hemos trabajado a lo largo de las sesiones respecto al cuidado de su paciente, **describirlo** a detalle contestando las preguntas anteriores en las siguientes líneas:

---

---

---

---



**PASO 5. Es momento de valorar qué idea es una solución.**

De las alternativas pensadas, valoraremos cuál es la adecuada para elegir la mejor solución.

Para poder ver cuál de todas las alternativas que hemos pensado es la mas adecuada, llenaremos el siguiente cuadro para elegir la mejor solución.

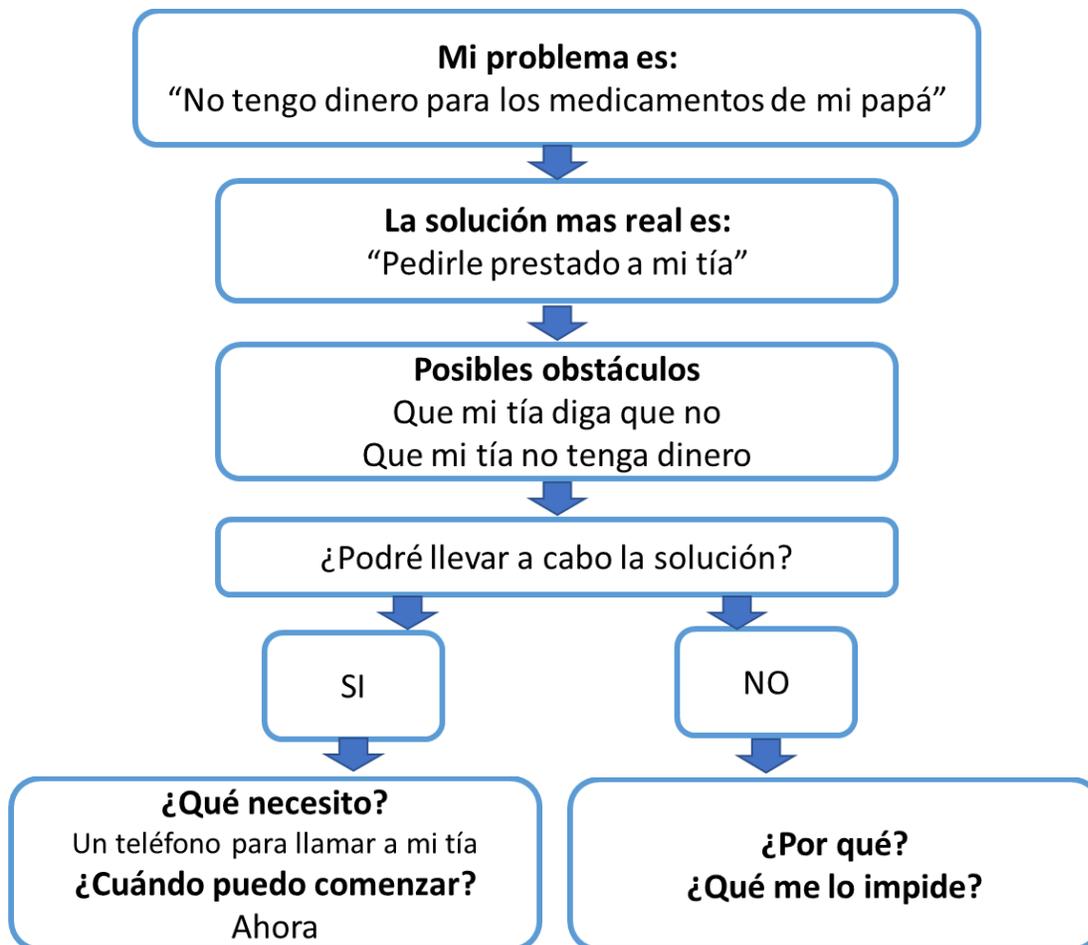
**PASO 6. Llevarlo a la práctica**

Ideas para solucionar	¿Funcionará? Si/No	¿Puedo realizarla? Si/No	¿Qué beneficios obtengo?	¿Cómo se sentirían los demás?

## PASO 7. Llevar a cabo el plan de acción

Recordemos el Ejemplo de María y los problemas de dinero para el tratamiento de su padre.

Ahora ella ha generado algunas probables soluciones

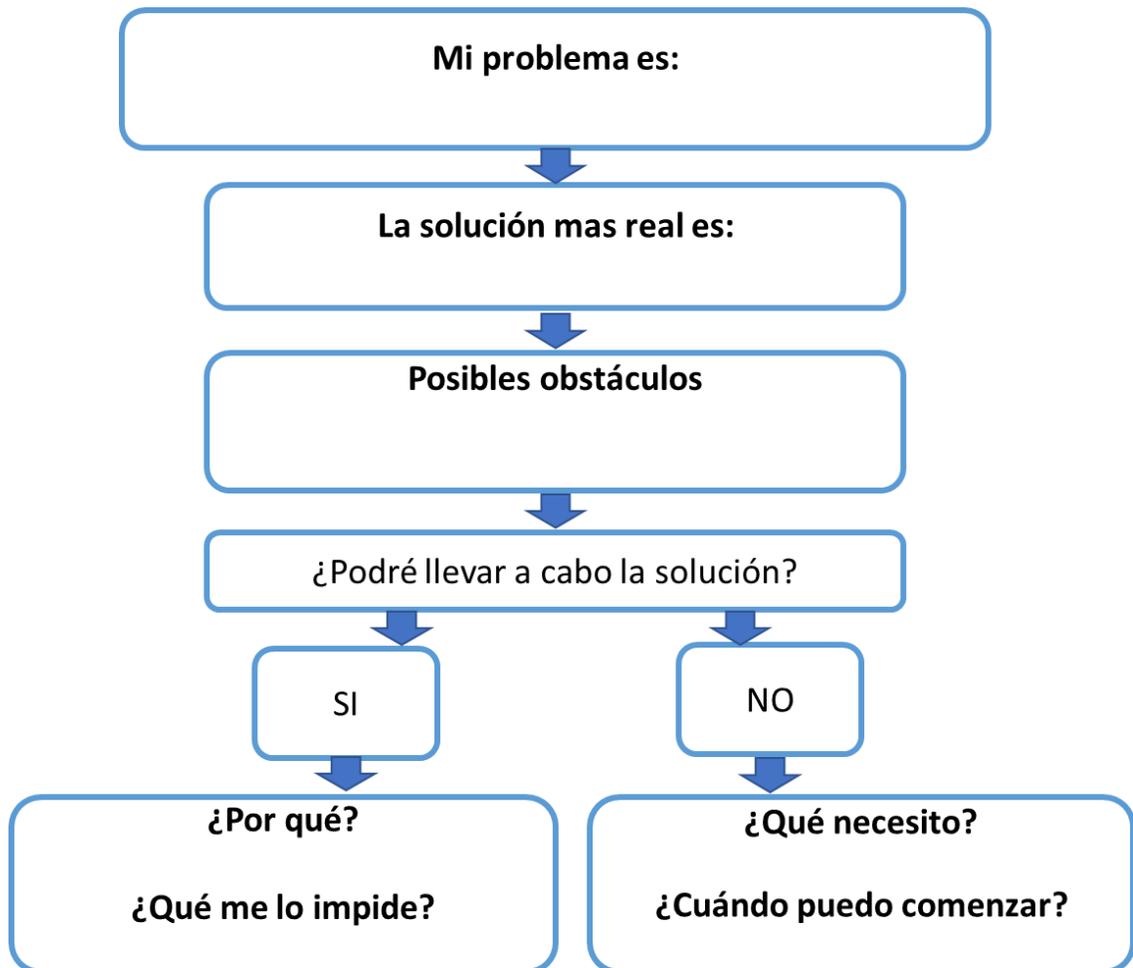


### PASO 7. Llevar a cabo el plan de acción

Ahora llenaremos el esquema con las soluciones antes planteadas

IMPORTANTE

Puede pensar qué haría un familiar en su lugar



## PASO 8. Llevar a cabo la posible solución

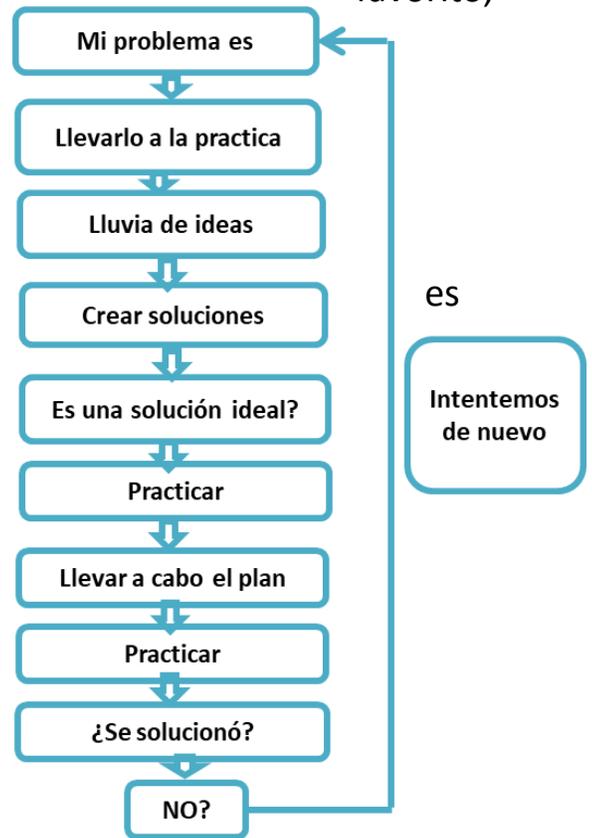
### ¡Lleve a cabo el plan!

- Motívese  
“Lo malo de no hacer algo” contra la posibilidad obtener una solución  
¿Cómo me sentiría si resolviera el problema?
- Observe los obstáculos para resolver el problema, de eso podemos APRENDER



- **Recompénsese** cada que haga un esfuerzo. Felicítese, regálese su postre etc. favorito,

- Es posible que NO encontremos la solución perfecta en el primer intento, si así vuelva de nuevo a las actividades anteriores (paso 1, 2 y 3).



La sesión anterior se trabajó en realizar un plan para RESOLVER un PROBLEMA relacionado con el cuidado de su paciente.

### ¿Cómo nos fue en la solución de este problema?

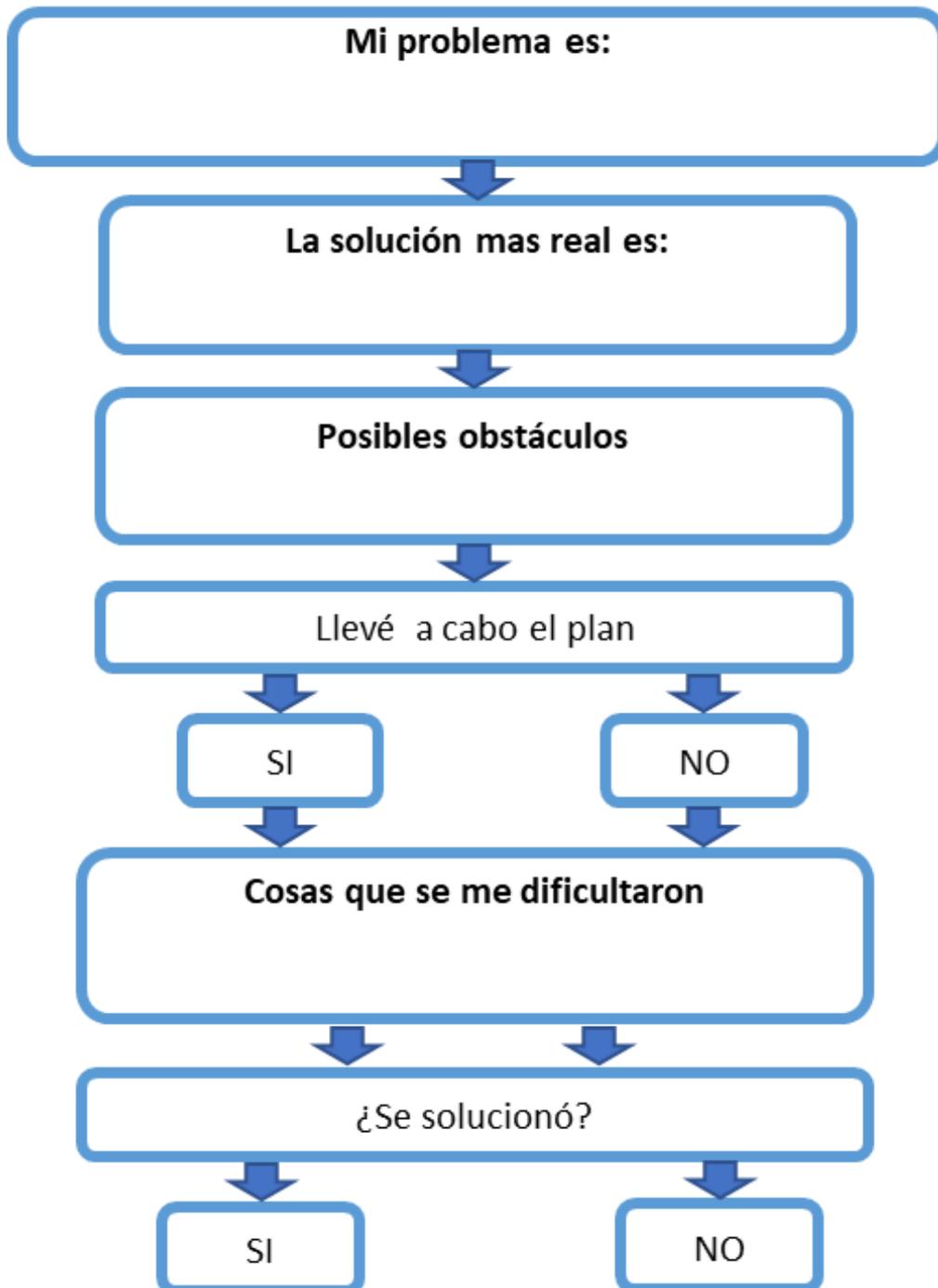
Es válido reconocer que probablemente el problema no se resolvió por completo pero el esfuerzo es ¡muy significativo!



Es importante conocer ¿Cuáles con los obstáculos que se presentaron? Para aprender de ellos.

En la sesión anterior, trabajamos con un diagrama que nos permitía formular la solución del problema. Ahora trabajaremos con un diagrama que nos permitirá evaluar la puesta en marcha de la solución, para ver qué se puede modificar en futuras ocasiones.

En conjunto con la psicóloga se llenará el siguiente cuadro.



# LLEGAMOS AL FINAL



El programa de “Enfrentando el estrés” termina cuando ponemos a prueba la solución del problema y lo analizamos con el plan anterior.

Es el momento indicado para realizar algún comentario o una duda.

Recuerde que ninguna pregunta es absurda.



Anexo 8

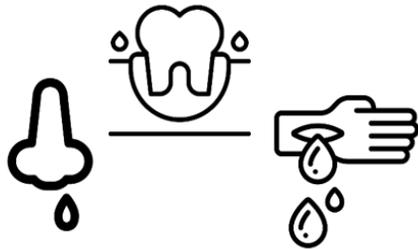
## Signos de alerta

Presentar alguno de estos síntomas al menos una vez



Fiebre mayor a 38°

Sangrado o moretones



Diarrea y vómito



Hospital Juárez de México  
Unidad de Salud Mental  
Medicina Conductual



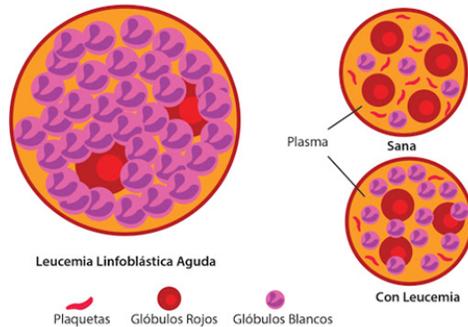
## Leucemia linfoblástica aguda



Elaborado por:  
Lic. Psic. Mariana Ortiz Omaña  
Revisado por:  
Mtra. Psic. Ma. Cristina Bravo  
Contacto:  
mariano\_o@comunidad.unam.mx

## ¿Qué es leucemia linfoblástica aguda?

Es el cáncer más común en niños. Se caracteriza por la formación de glóbulos blancos anormales y su crecimiento de manera descontrolada



## ¿Qué pasa si hay muchos glóbulos blancos y éstos no son normales?

- No pueden proteger al cuerpo de infecciones
- No permite que haya otras células de la sangre y que hagan su trabajo

## Tratamiento

### ¿Qué es la quimioterapia?

Es un conjunto de varios medicamentos y su objetivo es eliminar células que crecen rápidamente

### Vías de administración de Quimioterapia

Por inyección :

- ✓ Intratecal
- ✓ Intramuscular



Intravenosa



Por administración oral



### ¿Cómo actúa la quimioterapia?

Elimina células cancerígenas, así como células sanas.

Actúa en todo el cuerpo



### Efectos **TEMPORALES** de la quimioterapia

Náuseas y vómito

Caída del cabello

Pérdida del apetito

Cansancio



Úlceras en boca y garganta

### Cuidados durante tratamiento

Consumir alimentos preparados en casa, es más limpio que en la calle.

Constante lavado de manos

Lavado de dientes 2 veces al día

Tomar agua

## Tratamiento con radioterapia

La radioterapia destruye las células cancerosas o hace lento su crecimiento, al dañar su ADN

Durante este tipo de radiación, la alta energía proviene de una máquina que apunta los rayos a un punto preciso del cuerpo.



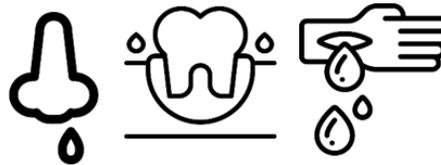
Elimina células cancerígenas, así como células sanas. Con frecuencia, las células normales pueden reparar gran parte del daño causado por la radiación.

Signos de alerta  
Presentar alguno  
de estos síntomas  
al menos una vez



Fiebre  
mayor a 38°

Sangrado o moretones



Diarrea y vómito

Elaborado por:  
Lic. Psic. Mariana Ortiz Omaña  
Revisado por:  
Mtra. Psic. Ma. Cristina Bravo  
Contacto: [mariano\\_o@comunidad.unam.mx](mailto:mariano_o@comunidad.unam.mx)



Hospital Juárez de México  
Unidad de Salud Mental  
Medicina Conductual



## Tumor de sistema nervioso



## ¿Qué es un tumor de sistema nervioso central?

La radioterapia destruye las células cancerosas o hace lento su crecimiento, al dañar su ADN.

Un tumor cerebral es un grupo de células anormales que crecen y se multiplican en el cerebro o alrededor de él.

Durante este tipo de radiación, la alta energía proviene de una máquina que apunta los rayos a un punto preciso del cuerpo.



¿Qué pasa si hay un tumor en el sistema nervioso?

Un tumor cerebral puede crecer y eliminar células cancerígenas, así como células sanas, hacia otras partes del cerebro y dañarlas.

## Tratamiento con cirugía

El objetivo de la cirugía es quitar las células cancerosas.

### Tipos de cirugía

Conservadora: Se extrae el tumor

Amputación: Se retira la extremidad

## Tratamiento con quimioterapia

### Signos de alerta

Es un conjunto de varios síntomas y su objetivo es eliminarlos. Presentar alguno de estos síntomas al menos una vez.



### Manera de administración de Quimioterapia

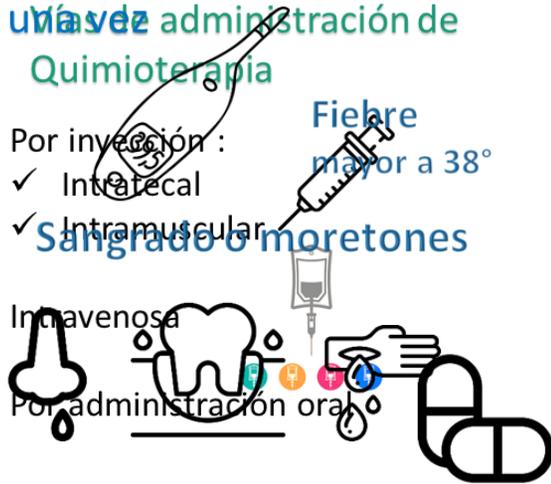
Por inyección:

✓ Intratecal

✓ Intramuscular

Intravenosa

Por administración oral



Fiebre mayor a 38°

Sangrado o moretones

### ¿Cómo actúa la quimioterapia?

Elimina células cancerígenas, así como células sanas.

Indicado por: Lic. Psic. Mariana Ortiz Ochoa

Actúa en todo el cuerpo por: Mtra. Psic. Ma. Cristina Bravo

Contacto:

mariano\_o@comunidad.unam.mx



## Efectos TEMPORALES de la quimioterapia

Hospital Juárez de México  
Unidad de Salud Mental  
Medicina Conductual  
Nauseas y vómito



Caída del cabello

## Osteosarcoma

Pérdida del apetito

Cansancio

Úlceras en boca y órganos

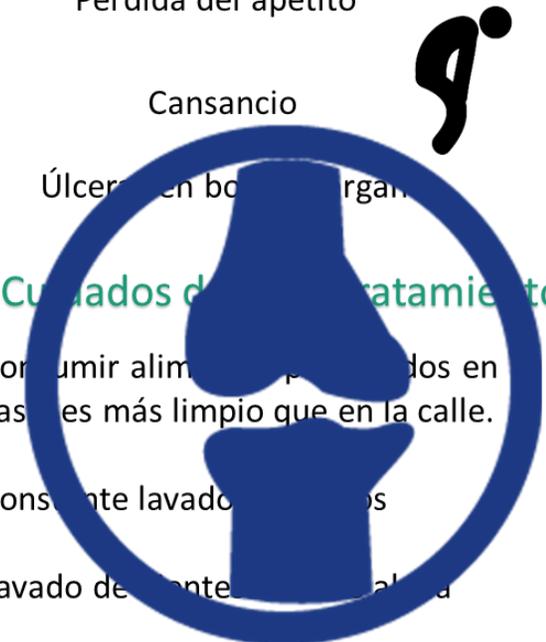
### Cuidados durante el tratamiento

Consumir alimentos preparados en casa es más limpio que en la calle.

Constante lavado de manos

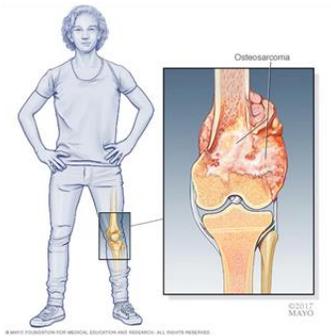
Lavado de dientes y boca

Tomar agua



## ¿Qué es osteosarcoma?

Es un cáncer que crece en las células que forman los huesos.



Suele manifestarse en los huesos largos que forman los brazos y las piernas, aunque puede presentarse en cualquier hueso. Afecta con mayor frecuencia a los niños y adultos jóvenes.

## Tratamiento con quimioterapia

Es un conjunto de varios medicamentos y su objetivo es eliminar células que crecen rápidamente

### Vías de administración de Quimioterapia

Por inyección :

✓ Intramuscular



Intravenosa



Por administración oral



### ¿Cómo actúa la quimioterapia?

Elimina células cancerígenas, así como células sanas.

Actúa en todo el cuerpo



### Efectos TEMPORALES de la quimioterapia

Náuseas y vómito

Caída del cabello

Pérdida del apetito

Cansancio

Úlceras en boca y garganta



### Cuidados durante tratamiento

Consumir alimentos preparados en casa, es más limpio que en la calle.

Constante lavado de manos

Lavado de dientes 2 veces al día

Tomar agua



**Hospital Juárez de México  
Residencia en Medicina Conductual  
Servicio de Medicina Interna**

Lic. Psic. Mariana Ortiz Omaña  
Primer Caso Clínico



**Ficha de identificación**

**Nombre:** Sara  
**Edad:** 43 años  
**Ocupación:** comerciante de un negocio de comida  
**Religión:** católica  
**No. De hijos:** 2  
**Sexo:** Femenino  
**Estado civil:** Divorciada  
**Escolaridad:** Secundaria  
**Lugar de origen/residencia:** Estado de México  
**Dx médico:** Diabetes mellitus tipo 2 en descontrol

**Criterio de selección de caso**

Se estima que en la actualidad las cifras de la no adherencia terapéutica son de aproximadamente del 50% y en países en desarrollo es aún más baja. Los factores que mayor influencia tienen en la adherencia se relacionan con el propio paciente, las características de la enfermedad, el tratamiento requerido y los servicios de salud que estén a su disposición (Terechenko, Baute, y Zamonsky, 2015).

Diversos estudios han identificado una importante relación entre factores psicológicos y sociales con la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus. En general las enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial son las que presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades agudas (Ramos, Morejón, Gómez, Suárez, Rangel y Cabrera, 2017).

Por lo anterior, el presente caso tiene como objetivo ilustrar una intervención cognitivo-conductual con una paciente con diabetes mellitus tipo 2 con la finalidad de favorecer adherencia al tratamiento y disminuir sintomatología de ansiedad.

### **Motivo de consulta**

La paciente es referida por médico adscrito debido a la presencia de sintomatología de ansiedad y falta de adherencia al tratamiento médico para control de diabetes mellitus tipo 2.

Paciente refiere *“cada vez que peleo con mis hijas me siento ansiosa y como pan, comerlo me hace sentir más tranquila pero algunas veces pierdo la cuenta de cuantos me como” (sic pac.)*.

### **Antecedentes**

#### **Heredofamiliares:**

- Madre con diabetes mellitus tipo 2.

#### **Personales no patológicos:**

- Sara reside en casa propia, con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construida con materiales perdurables. Alimentación no adecuada en calidad y cantidad. Hábitos de higiene adecuados, con baño y cambio de ropa diario. Zoonosis negada.

#### **Personales patológicos:**

##### *Crónico-degenerativos:*

- Diabetes mellitus tipo 2 con 4 años de evolución, actualmente tratada con insulina NPH con dosis de 10 unidades antes del desayuno y 6 antes de cenar.

##### *Quirúrgicos:*

- Dos cesáreas a los 24 y 27 años.
- Drenaje de absceso de cuello el 8 de agosto 2018.

*Alérgicos:* Interrogados y negados.



2 de agosto de 2018. Acude al servicio de urgencias por dolor de 15 días de evolución. Se determina probable celulitis capilar y es ingresada a hospitalización donde es atendida por el servicio de otorrinolaringología.

6 de agosto de 2018. TAC evidencia absceso profundo de cuello.

8 de agosto de 2018. Se realiza drenaje de absceso de cuello por parte del servicio de cirugía de cabeza y cuello.

10 de agosto de 2018. Se da de alta por el servicio de otorrinolaringología.

28 de enero de 2019. Acude a consulta de primera vez al servicio de medicina interna para control de Diabetes Mellitus, en donde se identifica glucosa capilar en ayuno de 168 mg/dl. Se realiza cambio en el tratamiento a insulina NPH.

28 de enero de 2019. Es referida al servicio de medicina conductual por presencia de sintomatología de ansiedad, así como falta de apego al tratamiento.

### **Padecimiento actual**

Sara menciona tener dificultades en el tratamiento debido a la falta de tiempo. Indica conocer la prescripción médica de insulina 10 unidades de insulina NPH antes del desayuno y 6 unidades antes de la cena, sin embargo, señala aplicar las 16 unidades por la mañana debido a *“la dificultad de tener un horario específico para la aplicación”* (sic pac.). Menciona, además, *“no tengo mucho cuidado con lo que como sobre todo cuando me siento ansiosa o me peleo con mis hijas...comer pan me hace sentir más tranquila”* (sic pac.).

Respecto a hábitos alimenticios comenta *“no tengo horarios fijos para comer y como lo que me haya sobrado del negocio o lo que sea más fácil preparar porque cuando tengo mucha hambre me da mucha ansiedad, como lo que sea...regularmente me da por comer pan, sobre todo pan de dulce”* (sic pac.).

Refiere tener con frecuencia discusiones con sus hijas debido a dificultades para comunicarse *“casi todos los días discuto con mis hijas, me he dado cuenta de que estoy molesta con ellas porque no quiero que cometan los mismos errores que yo, pero no sé cómo decírselos sin que se los diga de forma agresiva...siempre que quiero hacerles algún comentario terminamos peleando y cada vez que nos peleamos me da mucha ansiedad y como pan, me como uno o dos panes”* (sic pac.).

Sara tiene un negocio de comida en una escuela primaria, mismo que es su único ingreso económico para ella y su familia. Señala carecer de habilidades de comunicación para dirigirse a sus empleadas *“no sé cómo dirigirme a ellas sin que parezca que las estoy regañando, pero veo que no hacen las cosas correctamente y no les digo nada y lo termino haciendo todo yo...eso me estresa mucho porque las cosas salen mal en el negocio y me canso mucho al tener que estar haciendo todo”* (sic pac.). Indica sentirse *“atormentada...como en una olla exprés”* (sic pac.) debido a dificultades económicas *“siento como una carga horrible porque no tengo dinero”* (sic pac.).

### **Impresión y actitud general**

Paciente femenina de complexión ectomórfica, en condiciones de higiene y aliño acordes al contexto. Presenta facie ansiosa. Se muestra cooperadora ante la entrevista.

### **Examen mental de primera vez**

Paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en tres esferas (TEP). Consciente, alerta y con respuesta al ambiente. Cooperadora ante entrevista. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y verborreico. Pensamiento concreto. Juicio conservado. Impresión clínica de inteligencia igual al promedio. Afecto ansioso. Con noción de enfermedad.

### **Factores psicológicos complementarios**

Paciente con locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, de tipo evitativo. Redes de apoyo percibidas como insuficientes.

## **Personalidad previa**

Sara se refiere a sí misma como una persona muy ansiosa “*siempre he sido muy ansiosa, desde que estaba chica, me preocupa que las cosas salgan muy bien y por eso siento que debo hacerlo yo*” (sic pac.). Además, señala presentar dificultades de comunicación “*nunca me ha sido fácil expresarme, decir lo que siento y pienso...de hecho creo que eso pudo haber sido uno de los motivos de mi divorcio...y ahora es un problema con mis hijas principalmente, pero también con la gente...he notado que no puedo decir las cosas de forma que no suenen agresiva...y termino discutiendo con mis hijas*” (sic pac.).

## **Selección y aplicación de técnicas de evaluación**

- ✓ Entrevista conductual.
- ✓ Observación clínica.
- ✓ Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).
- ✓ Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
- ✓ EVA de ansiedad.
- ✓ Escala de Adherencia terapéutica (EAT)

## **Análisis y descripción de conductas problema**

- ✓ Aplicación incorrecta de dosis de insulina
- ✓ Ingesta de alimentos como pan dulce
- ✓ Horarios de ayuno prolongados
- ✓ Dificultades en comunicación

## Análisis secuencial integrativo del incumplimiento terapéutico

2. Estímulo	4. Organismo	1. Respuesta	3. Consecuencias
<p><b>Externos</b>            Cuando tuvo ayuno prolongado            Cuando tiene discusiones con sus hijas</p> <p><b>Internos</b>  <i>Cognitivo</i>            Minimiza las repercusiones de consumir alimentos restringidos como pan</p> <p><i>Motor</i>            Modifica dosis de ampliación de insulina</p> <p><b>Historia</b>  <i>Pasada</i>            Divorcio de hace 3 años            Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2</p> <p><i>Contemporánea</i></p>	<p><b>Biológico</b>            Diabetes mellitus tipo 2</p> <p><b>Habilidades y déficits</b>            Comerciante de un negocio de comida            Déficit de información sobre diabetes mellitus tipo 2 y tratamientos de control</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b>            Locus de control externo            Estilo de afrontamiento centrado en la emoción</p>	<p>Incumplimiento terapéutico</p> <p><b>Cognitivo</b>            “me siento como una olla exprés por los gastos de la casa que tengo que solventar yo sola” (sic pac.)</p> <p><b>Motor</b>            Aplicación incorrecta de dosis de insulina            Consumo de alimentos restringidos como pan            Discusiones con sus hijas</p>	<p><b>Inmediatas</b>  <i>Internas</i>            Sentir sensación de placer y tranquilidad cuando come pan después de alguna discusión con sus hijas o de muchas horas de ayuno</p> <p><b>Mediatas</b>  <i>Externas</i>            Glucosa de capilar en ayuno de 168 mg/dl.</p> <p><i>Internas</i>            Se siente ansiosa cada vez que discute con sus hijas            Ingesta de alimentos restringidos debido a horas prolongadas de ayuno</p> <p><i>De otros</i></p>

## **Análisis funcional**

Paciente femenina de 43 años originaria y residente del Estado de México, con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2, es atendida por el servicio de Medicina Conductual por solicitud de médico adscrito debido a falta de adherencia al tratamiento de diabetes ya que presentaba glucosa de capilar en ayuno de 168 mg/dl. Sara comenta *“la verdad si como cosas que no debo comer, como el pan, algunas veces como pan cuando me siento ansiosa”* (sic pac.).

La conducta problema se caracteriza a nivel motor por el consumo de alimentos restringidos para pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la falta de horarios para ingerir sus alimentos, la modificación de dosis de insulina.

Lo anterior se hace más probable cuando discute con sus hijas, la percepción de dificultad para comunicar sus pensamientos e ideas de manera asertiva y la presencia de un ayuno prolongado.

La conducta problema puede estar mantenida por consecuencias inmediatas como la sensación de tranquilidad después de ingerir pan y puede estar siendo mantenida por variables como locus de control externo, un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción.

De acuerdo con el análisis anterior se considera que el tratamiento se enfoque al abordaje del déficit de información a través de psicoeducación que permita el desarrollo de conductas de autocuidado y favorecer la adherencia al tratamiento.

### Triple relación de contingencia de respuesta de ansiedad

Estímulo	Respuesta	Consecuencias
Cuando discute con sus hijas Cuando sus empleadas queman la comida Cuando no tiene dinero para pagar las cuentas de la casa Cuando hay labores en casa y no sabe como pedir ayuda a su hija.	Movimientos estereotipados de manos y pies Llanto  Cognición: <i>"me siento como en una olla exprés"</i> (sic pac.) <i>"siento que no puedo sola con todo esto"</i> (sic pac.)	Sensación de tranquilidad al comer una o más piezas de pan dulce.

### **Análisis funcional**

Como estímulo desencadenante de la respuesta de ansiedad en Sara se identifica las discusiones con sus hijas, dificultades con sus empleadas al quemar los productos de la venta, al presentarse dificultades económicas y dificultades para pedir ayuda para las labores de la casa así como para comunicar pensamientos "no sé cómo decir las cosas y que no parezca que es de forma agresiva, por eso discuto tanto con mis hijas o no les digo nada a las chicas que trabajan conmigo porque no quiero que parezca que las estoy regalando pero al no decirles nada me pongo más ansiosa y termino haciendo todo yo" (sic pac.) lo que produce en Sara movimientos estereotipados y llanto contingente a pensamientos como "me siento como en una olla exprés" (sic pac.) así como "siento que no puedo yo con todo esto...tengo que hacerme cargo de todos los gastos y tareas de la casa y nadie me ayuda" (sic pac.).

De acuerdo con lo anterior se considera que la intervención se enfoque en el abordaje de sintomatología de ansiedad a través de técnicas de relajación, comunicación asertiva y solución de problemas, que contribuyan a que la paciente desarrolle habilidades que favorezcan la disminución de sintomatología de ansiedad.

## **Hipótesis Funcional**

Si la paciente recibe información a través de psicoeducación respecto a diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 así como entrenamiento en respiración diafragmática, comunicación asertiva y solución de problemas entonces se favorecerán adherencia al tratamiento y disminuirá su sintomatología ansiosa.

## **Diagnóstico DSM IV**

**Eje I:** [Z91. 1] Incumplimiento terapéutico [V15.81]

**Eje II:** Sin diagnóstico

**Eje III:** Diabetes mellitus dependiente de insulina [E10]

**Eje IV:** Sin diagnóstico

**Eje V:** EEAG=70

## **Diagnóstico DSM 5**

V15.81 [Z91.19] Incumplimiento de tratamiento médico. Diabetes mellitus tipo 2. WHODAS (versión de 12 preguntas administradas por el entrevistador): 25

## **Objetivo del tratamiento psicológico**

### Objetivo General:

- ✓ Disminuir los niveles ansiedad y favorecer adherencia a tratamiento de diabetes mellitus tipo 2.

### Objetivos específicos:

- ✓ Verbalizará la definición de diabetes mellitus tipo 2

- ✓ Identificará síntomas alarma de diabetes mellitus
- ✓ Aplicará en dosis adecuadas de insulina
- ✓ Aplicará insulina en horarios señalados por médico
- ✓ Registrará el consumo de alimentos diarios
- ✓ Registrar niveles de glucemia capilar
- ✓ Realizará ejercicios de relajación
- ✓ Practicará ejercicios de relajación
- ✓ Verbalizará elementos de comunicación asertiva
- ✓ Empleará elementos de comunicación asertiva

**Selección de técnicas.**

- 1) Psicoeducación
- 2) Respiración diafragmática
- 3) Solución de problemas
- 4) Comunicación asertiva

## Descripción de sesiones

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<b>Sesión 1</b> <b>14/02/2019</b>	Entrevista conductual	<p>Se evalúa sobre el motivo de consulta de la paciente, así como los conocimientos de su enfermedad.</p> <p>Se registra ENA de ansiedad</p> <p>Observación clínica</p> <p>Se psicoeduca sobre el papel del psicólogo en el servicio de medicina interna.</p> <p>Se realiza entrenamiento en respiración diafragmática</p> <p>Se realiza aplicación de instrumento HADS</p>	<p>Sara reporta presentar sintomatología de ansiedad cada vez que tiene alguna pelea con sus hijas, lo que la lleva a comer pan, comenta <i>“me enoja mucho y me pongo muy ansiosa cuando peleo con cualquiera de mis hijas y tiendo a comer mucho pan...algunas veces no me doy cuenta de cuántos me como” (sic pac.)</i>. <i>“También me pone ansiosa tener que mantener toda la casa yo...son muchos gastos y todos los tengo que cubrir yo” (sic pac.)</i>. Sobre su enfermedad refiere desconocer etiología y complicaciones de diabetes.</p> <p>Ansiedad 7/10</p> <p>Se identifica movimientos estereotipados en manos, así como respiración agitada</p> <p><i>“sí, quisiera que alguien pudiera orientarme porque no me gusta sentirme así...siempre estoy ansiosa” (sic pac.)</i></p> <p>Posterior al ejercicio refiere ENA de ansiedad 5/10 y menciona <i>“me siento un poco más tranquila, no había notado que apretaba los dientes y ahora que me siento un poco mas relajada, no lo hago” (sic pac.)</i></p> <p>A:14 (sintomatología relevante)</p>

	Respiración diafragmática		D: 8 (requiere consideración)
	Aplicación de instrumento		
<b>Sesión 2</b> <b>25/02/2019</b>	HADS	Se realiza devolución sobre instrumentos	Se realiza devolución de resultados en el instrumento HADS y comenta “si me siento a mi misma como una persona muy ansiosa desde que tengo memoria” (sic pac.).
	Respiración diafragmática	Se registra ENA de ansiedad 7/10  Se realizan ejercicios de respiración debido a que se identifica movimientos estereotipados	Ansiedad 7/10  Se continua con entrenamiento en respiración diafragmática. Reporta ENA de ansiedad 4/10.
	Psicoeducación	Psicoeducación sobre etiología y tratamientos para diabetes mellitus tipo 2  Se indicó importancia de dosis y horarios de la aplicación de la insulina y psicoeducación sobre hiperglucemia e hipoglucemia.	En relación al tratamiento de diabetes refiere “ <i>el medico me indicó aplicara 10 unidades de insulina NPH en la mañana y 6 en la noche pero yo aplico las 16 unidades en la mañana porque algunas veces se me olvidaba ponérmela en la noche porque no tengo un horario fijo para poder aplicarme la insulina</i> ” (sic pac.). Además comenta “ <i>la mayoría de los días paso más de 6 horas entre el desayuno y la comida, y cuando tengo mucha hambre como cualquier cosa</i> ” (sic pac.).  Se realizó psicoeducación sobre diabetes y se hizo énfasis en los tipos de insulina, la capacidad de acción de la insulina INPH así como la importancia de los horarios para la aplicación de medicamento “ <i>no sabia que así es como funcionaba la insulina...ya aplicaré la insulina como me lo indicó el doctor</i> ” (sic pac.)

	<p>Comunicación asertiva</p> <p>Aplicación de instrumento</p>	<p>Se inició entrenamiento en comunicación asertiva</p> <p>Se realiza aplicación de instrumento IDARE;</p> <p>Escala de adherencia terapéutica:</p>	<p>Se inicio psicoeducación sobre comunicación asertiva y menciona <i>“me cuesta mucho trabajo decir lo que pienso sin que sea de forma agresiva, yo creo que ese es una de los errores que cometo con mis hijas porque siempre salimos peleando” (sic pac.)</i></p> <p>E: 42; nivel medio</p> <p>R: 50 nivel alto</p> <p>1520 puntos de un total de 2100. Se entiende, de acuerdo a los autores, que un puntaje cercano al total el paciente es mas adherente.</p>
<p><b>Sesión 3</b></p> <p><b>08/03/2019</b></p>	<p>IDARE</p> <p>Comunicación asertiva</p>	<p>Se registra ENA de ansiedad</p> <p>Se realiza devolución sobre instrumentos</p> <p>Se continua con entrenamiento en comunicación asertiva</p> <p>Se continua con psicoeducación sobre complicaciones de DM2</p>	<p>Sara acude con 15 minutos tarde. Se le menciona la importancia de acudir de manera puntual a sus citas.</p> <p>Ansiedad 4/10</p> <p><i>“siempre he sido una persona muy ansiosa, desde que era chica he sido una persona así y no lo he sabido modificar” (sic pac.)</i></p> <p>Se continua con psicoeducación sobre comunicación asertiva <i>“eso es lo que quisiera cambiar...siento que digo las cosas de una forma muy agresiva y por eso no siento que se entienda lo que quiero decir pero cuando veo ya estoy diciéndolo así luego,</i></p>

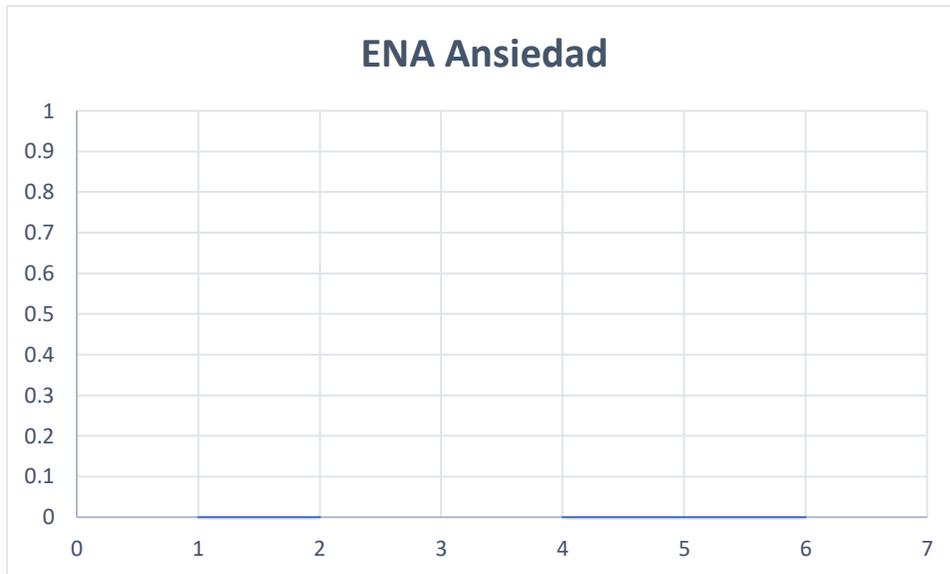


	<p>Respiración diafragmática</p> <p>Solución de problemas</p>	<p>Se realizan observaciones sobre la ejecución de a técnica</p> <p>Se inicia entrenamiento en solución de problemas</p>	<p><i>“si hago los ejercicios de respiración, pero no siento que me ayuden mucho” (sic pac.).</i> Se identifican errores en la ejecución y se realiza retroalimentación sobre la ejecución de la técnica.</p>
--	---	--	---

## **Resultados**

Objetivos	Estatus
Verbalizará la definición de diabetes mellitus tipo 2	✓
Identificará síntomas alarma de diabetes mellitus	✓
Aplicará en dosis adecuadas de insulina	✓
Aplicará insulina en horarios señalados por médico	✓
Registrará el consumo de alimentos diarios	En curso
Registrar niveles de glucemia capilar	En curso
Realizará en sesión ejercicios de relajación	✓
Practicará ejercicios de relajación	En curso
Verbalizará elementos de comunicación asertiva	✓
Empleará elementos de comunicación asertiva	En curso
Empleará elementos de estrategia de solución	

En la figura 2 se muestran los puntajes obtenidos de la Escala Visual Numérica de Sara, la cual muestra una disminución de ansiedad a lo largo de las intervenciones.



**Figura 1. Puntaje de ENA de ansiedad a lo largo de las sesiones**

### **Conclusión y comentarios finales**

La adherencia terapéutica se encuentra relacionada con la presencia de factores psicológicos y sociales tales como estrés, ansiedad y sus estilos de afrontamiento, sintomatología depresiva y percepción de apoyo social, sin embargo, se ha identificado que una intervención cognitivo conductual dirigido a estos factores favorecerá el desarrollo de conductas complejas que incluyan en el apego al tratamiento.

El objetivo de este caso consistió en disminuir los niveles ansiedad y favorecer adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, como se puede observar en los resultados se identifica una disminución en niveles de ansiedad de acuerdo al reporte verbal de la paciente, sin embargo, debido a dificultades en el hospital se vio necesaria la suspensión a atención a esta paciente, por lo que no se cuenta con datos objetivos sobre dichos cambios, tanto para los niveles de ansiedad como para el apego al tratamiento, así mismo algunos de los objetivos no se alcanzaron debido a que solo se logró realizar la primeras etapas de la técnica.

Así mismo se considera importante que se consideren como áreas de oportunidad para este caso:

- Realizar una entrevista a profundidad que diera más elementos para elección del tratamiento.

- Utilizar un instrumento específico de adherencia terapéutica para pacientes que viven con diabetes.
- Comenzar una intervención dirigida a disminuir inicialmente sintomatología de ansiedad y después trabajar incumplimiento terapéutico.
- Utilizar estrategias como planeación de actividades debido a las complicaciones de la paciente para toma de medicamento.

## **Referencias**

Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. y Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública*, 55(2), 129-136.

Ramos, Y., Morejón, R., Gómez, M., Rangel, C. y Cabrera, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*, 7(2).

Terechenko, N., Baute, A. y Zamonsky, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Biomedicina*, 10(1), 20-33.

Vargas, C. y Toledo, A. (2018). Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México. *Aten Fam*, 25(4):146-150.



**Hospital Juárez de México**  
**Residencia en Medicina Conductual**  
**Servicio de Oncología**

Presentación de caso clínico

*Lic. Psic. Mariana Ortiz Omaña*

**Ficha de Identificación**

**Nombre:** Leticia

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 50 años

**Estado civil:** Unión libre

**Ocupación:** Ama de casa

**Escolaridad:** Primaria

**Religión:** cristiana

**Lugar de origen/residencia:** Edo. Méx. / Edo Mex.

**No. de hijos:** Cinco

**Selección del caso**

Al presentarse en un niño o adolescente una enfermedad crónica las nuevas necesidades de estos pacientes se ven cubiertas principalmente por uno de los padres o algún familiar. Las actividades del cuidador primario (CP) se desarrollan alrededor de las necesidades del paciente propiciando a que los CP se vuelvan personas vulnerables ya que su rol se enfrenta a fuentes de estrés ante las nuevas responsabilidades. Ante esto, pueden aparecer problemas psicológicos como carga, ansiedad y depresión, mismo que al no ser atendidos pueden transformarse en la pérdida de la salud física y emocional (Montero et al., 2012). Por ello es importante proporcionar atención que favorezca a prevenir o atender condiciones

que puedan poner en riesgo el estado de salud de los pacientes y de los cuidadores.

Considerando lo anterior, el presente caso busca ilustrar el trabajo del médico conductual ante la respuesta de ansiedad y depresión presentes en una CP. Se identifica relación de dicha sintomatología con el cuidado de la paciente pediátrica, el estilo de afrontamiento propio de la paciente, así como factores estresantes como la separación con su pareja, por lo anterior, esta intervención esta dirigida a favorecer la disminución de sintomatología de ansiedad y depresión de la paciente.

### **Motivo de consulta**

La paciente fue entrevistada por primera vez el día 5 de julio del 2019 en hospitalización debido a presencia de sintomatología de ansiedad ante proceso quirúrgico de su hija, paciente del servicio de Oncopediatría. Durante entrevista se observa llanto contingente a lo siguiente *“grita y no quiere que se le acerque nadie, dice que es por dolor, pero ya le pusieron medicamentos, no se que hacer (sic pac.)*.

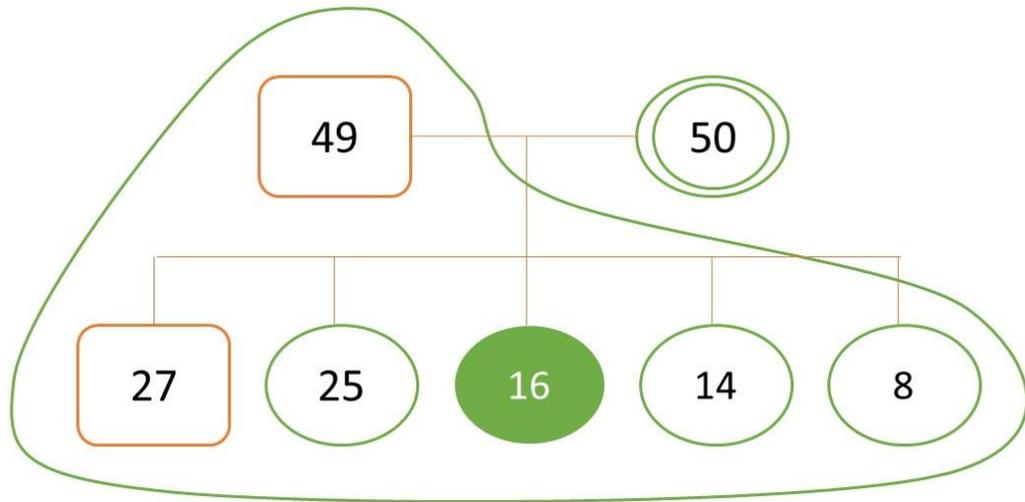
### **Antecedentes**

- Heredofamiliares: Padre y hermana con diabetes mellitus tipo II.
- Personales no patológicos: Habita en casa familiar, con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construido con materiales perdurables. Alimentación inadecuada en cantidad y calidad. Hábitos de higiene adecuados, sin baño y cambio de ropa diario durante estancia hospitalaria de la paciente de Oncopediatría. Zoonosis positiva.
- Personales patológicos:
  - Crónico-degenerativos: interrogados y negados.
  - Quirúrgicos: vesícula hace 5 años
  - Alérgicos: interrogados y negados.
  - Toxicomanías: interrogados y negados.
  - Psicológicos patológicos: el paciente refiere nunca haber recibido atención psicológica ni psiquiátrica

### **Dinámica familiar y familiograma**

Al momento de la entrevista Leticia menciona que vive con sus cinco hijos en la casa de sus padres. Señala mantener una relación complicada con su hijo mayor y poca comunicación con su hija Amanda. (Figura 1).

**Figura 1.**



## Historia del problema

### Médica

Junio de 2019. Se entregan resultados confirmatorios de sarcoma sinovial de antebrazo derecho de Amanda (hija de 16 años).

5 de julio de 2019. Se realiza amputación en antebrazo derecho de Amanda.

Julio de 2019: separación con su pareja.

Agosto de 2019. Colocación de catéter puerto.

Agosto de 2019. Hospitalización por fiebre y neutropenia.

Septiembre 2019. Decisión de sus hijas para ir a vivir con su padre.

### Psicológica

2003→Diagnóstico de depresión “exógena” por psiquiatra y comienzo de toma de medicamentos amitriptilina y diazepam.

2017→Suspensión de toma de medicamentos.

2018→ Reinicio de toma de medicamentos por decisión propia debido a cirugía de vesícula.

5/07/19→ Paciente presenta llanto y sintomatología de ansiedad con relación a reciente cirugía de su hija “no se qué hacer, está gritando, dice que es de dolor, pero no soporta a nadie, no deja que nadie se le acerque y no deja de llorar...me siento muy nerviosa...me da miedo entrar” (sic pac.).

### **Padecimiento actual**

La paciente comenta que a partir del diagnóstico de sarcoma sinovial de antebrazo derecho de su hija, la amputación de dicho miembro, la separación con su pareja y la decisión de sus hijas sobre vivir con su padre ha sentido mayor tristeza y ansiedad y refiere “me siento culpable de la separación de mi familia, siento que yo lo hice por haberle reclamado al papá de mis hijos por no hacerse cargo de los gastos de mis hijos de ya la situación de Amanda...algunas veces siento que ya no vale la pena estar vivo pero me pongo a pensar en Amanda y es lo que me tiene aquí, me preocupa qué pueda pasar con

*ella" (sic pac.).*

### **Impresión y actitud general**

Paciente de complexión mesomórfica, en condiciones de higiene y aliño adecuadas de acuerdo con el contexto hospitalario. Al momento de la entrevista se encuentra con facie triste. Se muestra cooperador a la entrevista.

### **Examen mental**

Paciente femenino, de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en tres esferas (T.E.P). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y verborreico. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en senso-percepción. Impresiona clínicamente con inteligencia igual al promedio. Afecto hipotímico. Juicio conservado. Con noción de la enfermedad.

### **Factores psicológicos complementarios**

Paciente con locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo percibidas como existentes y poco funcionales.

### **Personalidad previa**

Leticia se considera una persona con un carácter fuerte, sin embargo, señala presentar dificultades para salir sola a la calle desde hace 16 años aproximadamente y comenta *"desde la infidelidad de mi esposo no puedo salir sola a la calle por las crisis que me dan, de hecho no puedo llegar sola con Amanda al hospital, me tienen que traer, no me atrevo ni salir del hospital por comida porque me dan muchos nervios, comienzo a sofocarme, siento que no puedo y comienzo a imaginarme que algo me podría pasar"* (sic pac.).

### **Selección y aplicación de técnicas de evaluación**

- Observación clínica.
- Entrevista conductual.
- ENA de preocupación.
- ENA de tristeza.

### **Análisis y descripción de conductas problema**

#### Lista de conductas problema

- Llorar por no saber qué hacer con su hija debido a que discuten mucho.
- Pensar que no tiene sentido seguir con vida.
- Sentimiento de tristeza por discusiones sus hijos.
- Sentimiento de culpa por la separación de su familia.
- Sentimiento de tristeza por cirugía de su hija.
- Dificultad para salir a la calle sola.

Estimulo	Respuesta	Consecuencias
Diagnóstico de sarcoma sinovial de antebrazo derecho	Aumento de ansiedad <i>“desde que nos dieron el diagnóstico me sentí más preocupada, más nerviosa porque no sé qué va a pasar con su enfermedad...espero que todo salga bien”</i>	Mayor numero de discusiones con Amanda  Llanto
Amputación de antebrazo derecho	Llanto <i>“no sé qué hacer, no sé qué decirle, me siento culpable porque fui yo la que autorizó la cirugía”</i>  Tristeza	Llanto  Culpa
Separación con su pareja	Llanto Frustración Tristeza	Mayor número de discusiones con sus hijos y expareja
Discusiones con su hijo Mayor y con Amanda	Llanto Tristeza Enojo Ansiedad	Pensamientos como <i>“soy un molestia para mi hijo, no me quiere cerca” (sic pac.)</i>
Dificultad de salir a la calle sola desde hace 16 años	Ansiedad  Preocupación sobre que <i>“algo malo me pasara”</i>	Dejar de salir a la calle sola
Decisión de sus hijas de vivir con su padre	Culpa <i>“yo tengo la culpa de que mi esposo se fuera porque le reclama que no nos apoyaba y ahora nuestra familia se separó”</i>	Pensamientos como <i>algunas “algunas veces pienso que para qué vale la pena vivir...ya solo estoy aquí por Amanda”</i>

Análisis funcional

Paciente femenino de 50 años, originaria y residente de Naucalpan Estado de México, religión católica, ama de casa, escolaridad secundaria, unión libre. Cuidadora de paciente del servicio de Oncopediatría, Amanda quien presenta el diagnóstico de sarcoma sinovial con amputación de antebrazo derecho. Después de cirugía de la paciente pediátrica se realiza entrevista con familiar debido a que se identifica sintomatología de ansiedad y llanto.

En junio del 2019 el equipo médico del servicio de Oncopediatría dio a conocer a los familiares el diagnóstico de sarcoma sinovial de antebrazo derecho, así como su tratamiento. El día 5 de julio de 2019 se realizó amputación de antebrazo derecho a Amanda por lo que se realizó entrevista inicial con cuidadora de la paciente quien refiere *“no sé qué hacer, está gritando, dice que es de dolor, pero no soporta a nadie, no deja que nadie se le acerque y no deja de llorar...me siento muy nerviosa...me da miedo entrar”* (sic pac.), se observa respuesta de llanto contingente a la anterior verbalización.

Además, señala presentar frecuentes discusiones con Amanda, así como con sus demás hijos manifiesta llanto contingente a las siguientes verbalizaciones *“siento que ya soy una molestia para mi hijo, creo que no me puede ni ver, nos peleamos mucho porque ya esta cansado de tener que mantener todos los gastos de la casa y de sus hermanas...ya hasta fue al psiquiatra como yo”* (sic pac.), así mismo señala *“con Amanda casi todos los días que estamos en el hospital nos peleamos, me dice que ya la deje en paz pero a mi me preocupa su tratamiento, también nos gritamos porque le digo como debe de hacer las cosas y no me entiende”* (sic pac.)

Después de cirugía de Amanda, la señora Leticia menciona *“mi esposo y yo nos separamos, el decidió irse, me siento muy molesta con su decisión, me frustra pensar que todos estos años no significaron nada para el, pero también me molesta que no me apoya con los gastos de Amanda ni con los de la casa y sus hermanos”* (sic pac.).

Por otro lado, señala encontrarse *“molesta y triste”* (sic pac) por la decisión de tres de sus hijas al irse a vivir con su padre y comenta *“me siento culpable por haber separado a nuestra familia, creo que tengo la culpa por haber reclamado a mi esposo que nos apoyara más y por eso se fue...ahora mis hijas también quieren irse y no quiero decirles que no porque se ven felices allá”* (sic pac.).

De acuerdo con el análisis anterior, se considera que la respuesta ansiedad y depresión caracteriza por sentimientos de tristeza, preocupación, pensamientos anticipatorios que presenta la paciente en un nivel cognitivo, favorecen la desadaptación su desadaptación ante su labor como cuidadora primaria, así como el riesgo de su propia salud e integridad física, por lo que un tratamiento con Terapia Cognitiva, dirigido a la modificación de los pensamientos, acompañado estrategias de relajación disminuirá su respuesta de ansiedad ante la preocupación permitiéndole adaptarse mejor a su condición como cuidadora primaria informal.

### **Hipótesis funcional**

Si el paciente recibe una intervención basada en elementos de terapia cognitiva y estrategias de relajación se favorecerá a la modificación de su respuesta a nivel cognitivo y en la respuesta fisiológica.

### **Diagnóstico multiaxial DSM IV**

Eje I: Trastorno mixto ansioso-depresivo

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Sin diagnóstico

Eje IV: Problemas relacionados al grupo primario de apoyo y relativos al ambiente social.

Eje V: 60-51

### **Criterios de diagnóstico:**

- ❖ Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos 1 mes.
- ❖ El estado de ánimo disfórico se acompaña al menos durante 1 mes de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas:
  - dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco
  - trastornos del sueño (dificultades para iniciar o mantener el sueño, o sensación de insatisfacción al despertarse o de no haber descansado bien)
  - fatiga o falta de energía
  - irritabilidad
  - preocupaciones
  - llanto fácil
  - hipervigilancia
  - anticipación del peligro
  - desesperanza (permanente pesimismo ante el futuro)
  - baja autoestima o sentimientos de inutilidad
- ❖ Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **Diagnóstico DSM 5**

Trastorno mixto ansioso-depresivo.

### **CIE-10**

F41.2. Trastorno mixto ansioso-depresivo.

### **Objetivo general**

El paciente modificará sus respuestas de tristeza y preocupaciones a nivel cognitivo, así como la ansiedad a nivel fisiológico para favorecer una mejor adaptación a las nuevas tareas como cuidadora primaria.

### **Objetivos específicos:**

El paciente:

1. Implementará estrategia de relajación como herramienta para disminuir respuesta fisiológica de ansiedad.
2. Identificará la relación emoción-pensamiento-conducta.
3. Modificará sus cogniciones con relación a preocupaciones anticipatorias.
4. Modificará emociones y comportamientos.

### **Selección de técnicas**

- ✓ Elementos de la terapia cognitiva (búsqueda de evidencias, flecha descendente, detención de pensamiento).
- ✓ Estrategias de relajación





<p>Sesión 3 <b>23/09/2019</b> <b>Hospitalización</b></p>	<p>Elementos de la terapia cognitiva búsqueda de evidencias.</p>	<p>Se emplea un ejercicio de búsqueda de evidencias.</p>	<p>ENA de Tristeza 8/10. ENA de Preocupación 6/10.</p> <p>Indica <i>“soy una molestia para mi hijo, ya no quiere ni verme” (sic pac.)</i></p> <p>Al finalizar el Leticia refiere <i>“mi hijo nunca me ha dicho algo como que soy una molestia o que ya este cansado de mi y que discutamos no significa que el piense así” (sic pac.)</i></p>
<p>Sesión 4 <b>15/10/2019</b> <b>hospitalización</b></p>	<p>Estrategias de relajación</p> <p>Elementos de terapia: Flecha descendente y psicoeducación sobre distorsiones cognitivas</p>	<p>Se supervisa la ejecución de técnica de relajación mediante respiración pasiva.</p> <p>Se le proporciona psicoeducación sobre distorsiones cognitivas.</p> <p>Se proporciona registro de pensamientos.</p>	<p>ENA de Tristeza 9/10. ENA de Preocupación 8/10.</p> <p>Refiere <i>“la verdad no he practicado el ejercicio de relajación porque me dejo llevar por lo que dice Amanda sobre que esos ejercicios no sirven para nada” (sic pac.)</i></p> <p>Señala encontrarse <i>“preocupada, triste y con culpa” (Sic pac.)</i> debido a separación de su familia y comenta <i>“la verdad con la decisión de mis hijas de irse a vivir con su papá, pienso que de qué sirve estar aquí, con vida, solo estoy ahora por Amanda porque me preocupa pero de no ser por eso no tendría caso de estar aquí” (sic pac.)</i>.</p>

			<p>Al término del ejercicio refiere: <i>“muchas veces pienso cosas que las otras personas pueden pensar de mi y me hacen sentir mas triste” (sic pac.).</i></p> <p>Además comenta <i>“haciendo otra vez el ejercicio de respiración me doy cuenta que si me hace sentir diferente...intentare hacerlo mas seguido” (Sic pac.)</i></p>
<p>Sesión 5</p> <p><b>17/10/2019</b></p> <p><b>Hospitalización</b></p>	<p>Estrategias de relajación</p> <p>Elementos de terapia:</p> <p>Flecha descendente y detención del pensamiento.</p>	<p>Se da seguimiento entrenamiento en relajación y elementos de terapia cognitiva.</p>	<p>ENA de Tristeza 9/10.</p> <p>ENA de Preocupación 7/10.</p> <p>Paciente refiere sentirse sola y comenta <i>“me gustaría tener a alguien con quien contar pero no lo tengo, me siento muy sola y mas a hora que mis hijas estarán con su papá. Me gustaría tener a alguien que me dijera que todo va a estar bien” (sic pac.)</i></p> <p>Así mismo señala <i>“vienen pensamientos a mi cabeza que no solo me hacen sentir mas triste si no más preocupada, me preocupa Amanda y me da miedo que algo le vaya a pasar estando con su papá. Esos pensamientos también me invaden cuando quiero salir a la calle, pienso</i></p>

			<p><i>que algo malo me puede pasar y me entra una crisis de ansiedad, hasta no puedo respirar” (sic pac.)</i></p> <p><i>Al final de la sesión comenta “creo que ese ejercicio podría ser muy útil para no llegar a imaginarme muchas cosas feas que no son ciertas y que me hacen sentir muy mal” (sic pac.)</i></p>
--	--	--	--

## Resultados

El caso presentado anteriormente es un caso que aún continúa en proceso sin embargo en la tabla 2 se muestra que uno de los objetivos se ha cumplido mientras que para alcanzar el resto de ellos aún se requiere un mayor trabajo de intervención con la paciente.

**Tabla 2**

### Objetivos

<i>Objetivo general:</i>  <i>paciente modificará sus respuestas de tristeza y preocupaciones a nivel cognitivo, así como la ansiedad a nivel fisiológico para favorecer una mejor adaptación a las nuevas tareas como cuidadora primaria.</i>	En curso
<i>Objetivos específicos</i>	
1. <i>Implementará estrategia de relajación como herramienta para disminuir respuesta fisiológica de ansiedad.</i>	✓
2. <i>Identificará la relación emoción-pensamiento-conducta.</i>	En curso
3. <i>Modificará sus cogniciones con relación a preocupaciones anticipatorias.</i>	Pendiente
4. <i>Modificará emociones y comportamientos.</i>	Pendiente

Por otra parte, en la figura 2 se identifica una fluctuación en la percepción de ansiedad, iniciando con una disminución de ésta y posteriormente un incremento relacionado con nuevos factores familiares.

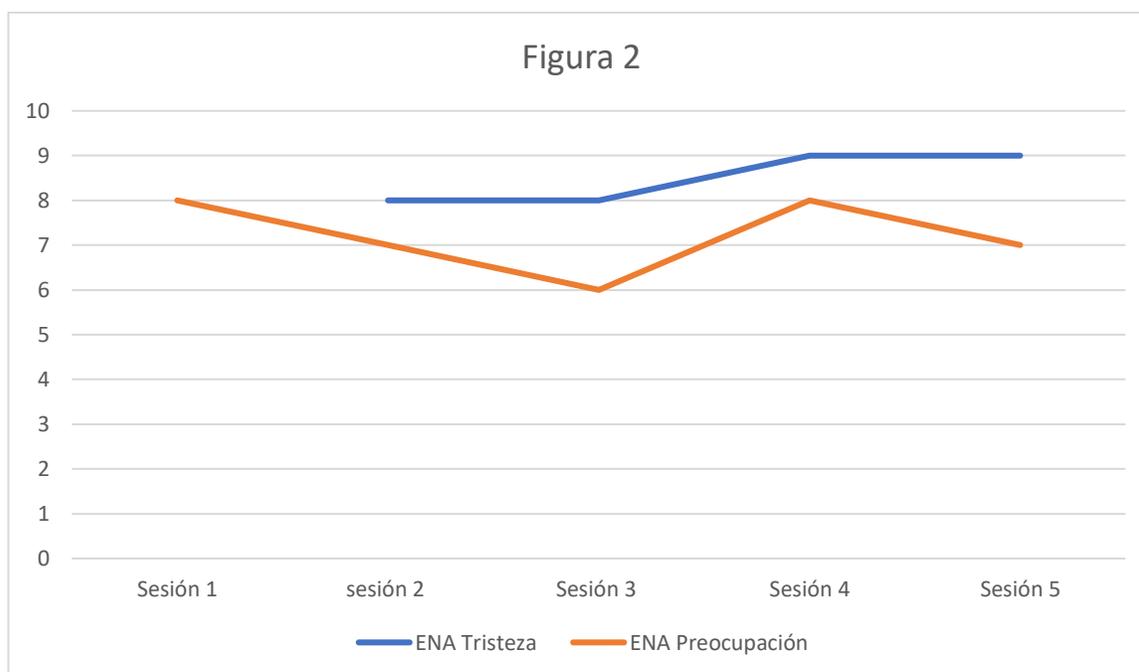


Figura 2. Escala Numérica Análoga de tristeza y preocupación durante las sesiones

Con relación a los resultados de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck no se pudieron realizar una prueba de comparación, sin embargo, debido a que este caso se encuentra en curso es posible realizarlo posteriormente para un conocimiento con mayor objetividad sobre la eficacia de la intervención.

### Conclusiones

El presente caso tiene por objetivo que la paciente modifique sus respuestas de tristeza y preocupaciones a nivel cognitivo, así como la ansiedad a nivel fisiológico para favorecer una mejor adaptación a las nuevas tareas como cuidadora primaria.

El trabajo con la paciente se ha dificultado debido a su incapacidad de asistir a consulta externa en fechas distintas a la hospitalización de su hija Amanda, debido a la crisis de ansiedad que genera el salir sola de casa. Por lo que el seguimiento de la paciente no es el óptimo para el trabajo en terapia.

Cabe señalar que el trabajo con la paciente del servicio de Oncopediatría se ha realizado con otra residente de medicina conductual sin embargo no se ha realizado un trabajo en conjunto para la atención con estas pacientes.

### Áreas de oportunidad

Durante el desarrollo del caso se presentaron diferentes áreas de oportunidad que pudieron ayudar en la atención al paciente. Algunas de estas áreas son:

- ✓ Aplicación de una prueba de personalidad
- ✓ Realización de un pos-test de IDB e IAB.
- ✓ Planeación en conjunto estrategias para las pacientes con residente de clínica del dolor.

### Referencia

- Bakula, D. M., & Mullins, L. L. (2018). JPP Student Journal Club Commentary: Stress, Conflict, and the Family System in Pediatric Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, *43*(6), 599–600.  
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy023>
- Berra, E., Gómez, G., Muñoz, M., Silva, C., & Vega, S. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, *16*(1), 37–57.
- Berry, L., Dalwadi, S., & Jacobson, J. (2017). Supporting the Supporters: What Family Caregivers Need to Care for a Loved One With Cancer. *Journal of Oncology Practice*, *13*(1), 35–41.  
<https://doi.org/10.1200/jop.2016.017913>
- Bravo-González, C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. In L.R. & A.B. (Eds.), *Medicina Conductual: teoría y práctica* (1a ed., pp. 43–64). Retrieved from <http://doi.org/10.29410/QTP.14.01>
- Camacho, E. (2013). La medicina conductual en México: un breve análisis histórico e historiográfico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, *3*(1), 1–4. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283032589002>
- Camejo, J., Coro, C., & Reyes, D. (2017). Estrés en el cuidador primario de niños con enfermedad hematológica maligna. *Revista Ciencias Médica De Pinar Del Rio*, *21*(4), 503–509.
- Caro, I. (2009). El modelo de solución de problemas. In I. C. (Ed.), *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (2da ed., pp. 181–218). Descleé de Brouwer.
- Castellanos, S., Soto, M., Galarreta, J., del Riego, A., & Miján, A. (2014). Efectos adversos metabólicos y nutricionales asociados a la terapia biológica del cáncer. *Nutricion Hospitalaria*, *29*(2), 259–268.  
<https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.2.7023>
- Ccora, R., & Matas, J. (2015). Clima organizacional y desempeño laboral docente en instituciones educativas de nivel primario y secundario. *Apuntes En Ciencias Sociales*, *05*(02), 334–338.
- Cedillo-torres, A. G., Guadalupe, B., & Cuevas-abad, M. (2015). Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. *Revista Medica Del Instiuto Mexicano Del Seguro Social*, *53*(3), 362–367.
- Colombo, G. (2017). Estilos De Afrontamiento Y Su Relación Con El Estrés En Padres Con Hijos Menores De Edad Con Diagnóstico De Cáncer. *Revista de Investigación En Psicología Social*, *4*(2422-619X), 82–94. Retrieved from <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/2947>

- Cortijo-Palacios, X., Ortiz-Aguilar, G., & Cibrián-Llenderal, T. (2019). Comparación psicoafectiva entre cuidadores principales de pacientes psiquiátricos y con cáncer en estadios avanzados de la enfermedad. *Acta Médica Del Centro*, *13*(1), 93–99. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=134190553&lang=es&site=ehost-live>
- D’Zurilla, T. J., & Chang, E. C. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Research*, *19*(5), 547–562. <https://doi.org/10.1007/BF02230513>
- D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, *78*(1), 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- De Alencar, K., Nunes, A., & Cardoso, I. (2019). Comunicación de malas noticias en cuidados paliativos en la oncopediatria. *Revista de Bioética*, *27*(4), 719–728.
- Del Bianco, A., & Cardoso, C. (2016). Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psico*, *47*(3), 228. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.3.21479>
- Espinoza-Salgado, F. (2017). *Efectos de un programa de entrenamiento basado en terapia de solución de problemas en cuidadores primarios de pacientes oncológicos*. FES Iztacala, UNAM.
- Espinoza-Salgado, F., Reyes-Lagunes, I., Velasco-Rojano, E., Bravo-González, C., & Ramírez-Ramírez, A. (2017). Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, *14*(1), 121–136. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55816>
- Fernández-Plaza, S., & Reques-Llorente, B. (2016). Tratamiento del cáncer en pediatría: Principios de la terapia multimodal. *Pediatría Integral*, *20*(7), 465–474.
- Fernández, K., Sotelo, T., García, R., Campos, N., & Mercado, S. (2018). Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos. *Psicología y Salud*, *28*(2), 251–259. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i2.2561>
- Ferrell, B., & Wittenberg, E. (2017). A review of family caregiving intervention trials in oncology. *A Cancer Journal for Clinicians*, *67*(4), 318–325. <https://doi.org/10.3322/caac.21396>
- Flores, M., Fuentes, H., González, G., Meza, I., Cervantes, G., & Valle, M. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *NURE Investigación: Revista Científica de Enfermería*, *14*(88), 2.
- Flórez, L. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la medicina conductual. *Revista Colombiana de Psicología*, *26*(1), 13–30. Retrieved from <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/35717>
- Frómata, L. V., Iglesias, Y. N., & Nariño, I. P. (2018). *Salud de familias con niños y adolescentes con cáncer*. (3), 606–615.
- García, P., Arzate, J., Bailón, C., Martínez, L., Torres, T., Castro, M., ... Padillai, S. (2008). Psicología de enlace en medicina interna. *Medicina Interna de Mexico*, *24*(3), 186–192.

- GLOBOCAN. (2018). Cáncer Today. Retrieved from Globocan website: <https://gco.iarc.fr/today/>
- Guerra-Soto, A., Reboloso-Zúñiga, E., González-Sánchez, A., Rubio-Jurado, B., & Nava, A. (2013). Linfoma no Hodgkin. Conceptos Generales. *Medigrafic*, 8(1), 23–34.
- Hernández, N., Salas, A., & Altuve, J. (2020). Afrontamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores venezolanos de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 30(2), 161–172. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2651>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Elección de diseño de investigación. In R.H., C.F., & P.B. (Eds.), *Metodología de la investigación* (6ta ed., pp. 126–168). Mc Graw Hill.
- Kim, Y., Carver, C., Shaffer, K., Gansler, T., & Cannady, R. (2014). El cuidado del cáncer predice impedimentos físicos: roles del estrés del cuidado anterior y ser un cuidador conyugal. *Cáncer*, 121(2), 302–311.
- Lassaletta, A. (2016). Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda. *Pediatría Integral*, 20(6), 380–389.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (1a ed.; M. Roca, Ed.).
- Lee, K. C., Yiin, J. J., & Chao, Y. F. (2015). Effect of integrated caregiver support on caregiver burden for people taking care of people with cancer at the end of life: A cohort and quasi-experimental clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.002>
- Line, L., Lone, R., Aagaard, P., & Groenvold, M. (2014). Cancer caregiving tasks and consequences and their associations with caregiver status and the caregiver's relationship to the patient: a survey. *BMC Cancer*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-541>.
- Llantá, M., Hernández, K., & Martínez, Y. (2015). Calidad de Vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos . Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(1), 97–106.
- Meichenbaum, D. (1987). Modelo conceptual que fundamenta el adiestramiento en inoculación al estrés. In *Manual de inoculación de estrés* (1 a. Ed., pp. 5–14). Retrieved from <http://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/12/Manual-de-inoculacion-de-estresocr.pdf>
- Montero, X., Jurado, S., Robles, R., Aguilar, J., Figueroa, C., & Méndez, J. (2012). Carga en Cuidadores Primarios Informales de Niños con Cáncer: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 2(2), 118–124.
- Nezu, A., Nezu, C., & DZurilla, T. (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento* (1a ed.). Descleé de Brouwer.
- Oh, Y. (2017). Communications with health professionals and psychological distress in family caregivers to cancer patients: A model based on stress-coping theory. *Applied Nursing Research*, 33, 5–9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.008>

- Oh, Young. (2017). Communications with health professionals and psychological distress in family caregivers to cancer patients: A model based on stress-coping theory. *Applied Nursing Research*, 33, 5–9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.008>
- Olatunji, I., & Mayers, P. (2019). Effects of a psychosocial intervention on the quality of life of primary caregivers of women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 38(April 2018), 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.12.003>
- OMS. (2014). OMS | Cáncer de mama: prevención y control. Retrieved June 27, 2018, from WHO website: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index4.html>
- OMS. (2015). OMS | Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2014. Retrieved June 26, 2018, from WHO website: <http://www.who.int/nmh/countries/es/>
- OMS | Depresión. (2017). WHO. Retrieved from <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Palomino, L., Avilés, G. P., Loyola, B., Alberto, L., Palomino, G. L., González, A., ... Loyola, B. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(4), 159–166.
- Peñuelas, J. (2001). Algunos aspectos históricos del Hospital Juárez de México. *Revista Del Hospital Juárez de México*, 68(1), 92–94.
- Pérez, P., González, A., Mieles, I., & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41–54. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi15-2.rase>
- Pozo, C., Bretones, B., Méndez, M., Alonso, E., & Cid, N. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil : apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 93–101.
- Quezada-Berumen, L., De La Rubia, J., Ibarra-González, L., & González-Ramírez, M. (2018). Estudio de validación del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés en personas trans de México. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 121–134. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.1018.19367>
- Ramírez-Moreno, J., Muñoz, P., Espada, S., Bartolomé, S., Aguirre, J., & Peral, D. (2017). Association between self-perceived psychological stress and transitory ischaemic attack and minor stroke: a case–control study. *Neurología (English Edition)*, 35(8), 556–562. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2017.09.004>
- Rangel-Domínguez, N., Ascencio-Huertas, L., Ornelas-Mejorada, R., Landa-Ramírez, E., & Sánchez-Sosa, J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: un estudio piloto. *Psicooncología*, 10(2–3), 7–32. <https://doi.org/10.5209/rev>
- Reynoso, L., & Becerra, A. (2013). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (1a ed.). Qartuppi.
- Reynoso, L., Becerra, A., & Lugo, I. (2019). *Trastorno de estrés postraumático en adultos* (1a ed.).

<https://doi.org/10.29057/esat.v6i12.4553>

- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5–12. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975002.pdf>
- Ruiz, A., & Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 11(3), 163–169. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0304-y>
- Ruiz, Angeles, Díaz, I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (2da ed.). <https://doi.org/B1-3308-2011>
- Ruiz, M., Martínez, E., López, M., & Fernández, A. (2016). Evaluación de los estilos de afrontamiento utilizados en cuidadores familiares de enfermos crónicos complejos. *European Journal of Health Research*, 2(3), 83–93. <https://doi.org/10.1989/ejhr.v2i3.36>
- Safarabadi-Farahani, A., Maarefvand, M., Biglarian, A., & Khubchandani, J. (2016). Effectiveness of a Brief Psychosocial Intervention on Quality of Life of Primary Caregivers of Iranian Children With Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), e262–e270. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.01.002>
- Salud, S. de. (2014). Programa de Acción Específico. Cáncer en la infancia y la adolescencia 2013-2018. *Programa Sectorial de Salud*, 1–66.
- Sánchez, J., & Sábado, C. (2016). Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin. *Pediatría Integral*, 20(6), 390–400.
- Sheehan, J., Hiscock, H., Massie, J., Jaffe, A., & Hay, M. (2014). Caregiver coping, mental health and child problem behaviours in cystic fibrosis: A cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 211–220. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9289-y>
- Toro-Moreno, A., Serna-Velez, L., Gallego-González, D., Jaramillo-Jaramillo, L., Martínez-Sánchez, L., & Álvarez-Hernández, L. (2017). Tumores de sistema nervioso central en pediatría: Presente y futuro del abordaje diagnóstico. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3), 283–288.
- Valencia, M. C., Meza-Osnaya, G., Pérez-Cruz, I., Cortes-Campero, N., Hernández-Ovalle, J., Hernández-Paredes, P., ... Romero-Figueroa, M. S. (2017). Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(4), 221–225. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.11.003>
- Vargas, C. (2002). *Reseña histórica del Hospital Juárez de México* (1a ed.). Formex Impresores.
- Villarejo, F., Aransay, A., & Márquez, T. (2016). Tumores cerebrales en niños. *Pediatría Integral*, 20(6), 401–411.
- Yabroff, K. R., & Kim, Y. (2009). Time Costs Associated With Informal Caregiving for Cancer Survivors. *115*(18), 4362–4373. <https://doi.org/10.1002/cncr.24588>



**Hospital Juárez de México**  
**Maestría en Medicina Conductual**  
**Servicio de Salud mental**  
**Oncopediatría**

Presentación de tercer caso clínico

*Lic. Psic. Mariana Ortiz Omaña*

**Ficha de Identificación**

Nombre: Franco

Lugar de origen: Edo. Chiapas.

Edad: 11 años

Lugar de residencia: Edo Mex.

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Primaria

Diagnóstico médico: Leucemia linfoblástica aguda L2 de alto riesgo por edad y por leucocitosis.

**Selección del caso**

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es el cáncer infantil más frecuente en México y el mundo. Constituyen el 80% de todas las leucemias agudas en edad pediátrica. La supervivencia de los pacientes con LLA se ha incrementado hasta alcanzar una supervivencia libre de enfermedad mayor al 80% en la mayoría de los casos. Sin embargo, entre 10 y 20% de los pacientes fracasan en el tratamiento debido a diferentes factores, recaída de la misma enfermedad o abandono del tratamiento. En países en vías de desarrollo las tasas de abandono del tratamiento en pacientes con LLA es muy frecuente y varían desde 0.5 hasta 50% (Klunder-Klunder, 2012) y se encuentran relacionados con problemas como un bajo nivel educativo y/o socioeconómico de los padres, una mayor distancia del hospital, falta de accesibilidad del tratamiento, aversión a procedimientos invasivos, larga duración del tratamiento, entre otros. Se ha identificado que el abandono del tratamiento continúa siendo un problema que impacta en el pronóstico de los pacientes y que representa un área de oportunidad para mejorar la supervivencia global y libre de enfermedad.

Es necesario un abordaje multidisciplinario para prevenir el abandono al tratamiento, así mismo, la lucha contra el abandono debe ser continua, abordando cada caso en forma individual desde su ingreso al hospital (Samudio, Figuredo, Torres, Mattio, Servin, Alcaraz, Zelada y Caniza, 2013).

### **Motivo de consulta**

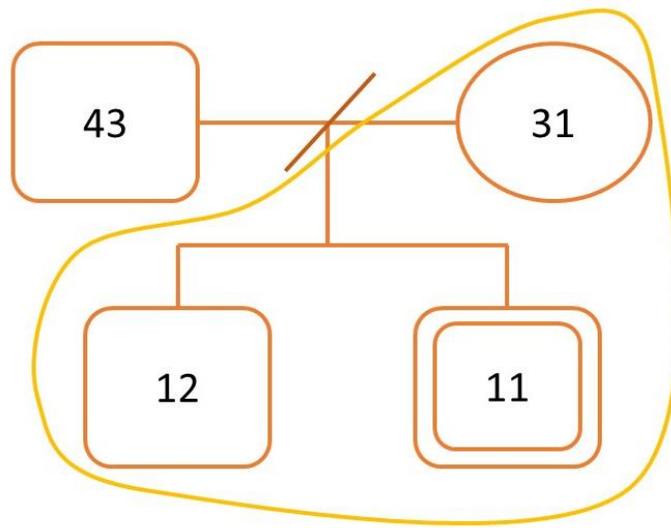
El primer contacto se realizó a petición del médico tratante en la entrega de resultado del protocolo de estudio a los padres de Franco, durante la entrega del informe de resultados la madre presenta llanto contingente y refiere *“no sé cómo lo vaya a tomar él, me dice que ya no puede más y se quiere ir...me da miedo que lo tome muy mal”* (sic fam.). Además, comenta *“no deja que le tomen las muestras...está muy enojado porque dice que están jugando con él, que lo pican demasiado, ya se quiere ir y llora casi todo el tiempo...de hecho lo han tenido que dormir para poder tomarle las muestras de sangre porque se mueve para evitar que lo piquen”* (sic pac.). En entrevista con Franco señala presentar ENA 10/10 de dolor con relación a la aplicación de quimioterapia intramuscular, así como, ENA de tristeza 10/10, así mismo comenta *“me siento asustado, todo el tiempo me están picando y ya no quiero estar más aquí, siento ganas de correr y salir corriendo a abrazar a mi hermano y mis primos, ya no quiero estar más aquí”* (sic pac.), y presenta llanto contingente a la anterior verbalización. Señala presentar mayor dolor con la aplicación de quimioterapia intramuscular, menciona comenzar a sentirse *“nervioso”* (sic pac.) desde que la enfermera se acerca con el carrito de curaciones y se exagera en el momento en el que comienza a preparar la jeringa de quimioterapia y comenta *“cuando la veo que viene me empiezan a sudar las manos, comienzo a respirar más rápido y mi corazón late también rápido”* (sic pac.). Además, refiere *“no quiero que nadie más me venga a cuidar...con los demás me desespero porque me aburro, además mi mamá es mi fuerza...y me da miedo que se vaya y me deje aquí”* (sic pac.).

### **Antecedentes**

- Heredofamiliares: interrogados y negados
- Personales no patológicos: Habita en casa familiar, con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construido con materiales perdurables. Alimentación inadecuada en cantidad y calidad. Hábitos de higiene adecuados, sin baño y cambio de ropa diario durante estancia hospitalaria del paciente de Oncopediatría. Zoonosis positiva.
- Personales patológicos: interrogados y negados.
- Crónico-degenerativos: interrogados y negados.
- Quirúrgicos: interrogados y negados.
- Alérgicos: interrogados y negados.
- Toxicomanías: interrogados y negados.
- Psicológicos patológicos: interrogados y negados.

### **Dinámica familiar y familiograma**

Franco refiere vivir con su madre y hermano mayor de 12 años, con quien tiene buena relación. Indica convivir *“poco”* (sic pac.) con su padre debido a que sus padres se encuentran separados desde hace 4 años, y al poco tiempo disponible de su padre debido a su trabajo (albañilería) y comenta *“casi no me gusta que venga a cuidarme, no hablo mucho con él”* (sic pac.). En la Figura 1 se presenta el familiograma de Franco.



**Figura 1. Familiograma de Franco**

### **Historia del problema**

#### Médica del paciente

2013. Hospitalización por infección en vías urinarias.

Octubre 2019. Fiebre recurrente y astenia.

11 de noviembre 2019. Ingreso a Hospital Juárez de México hiperleucositosis y hemorragia nasal

14 de noviembre 2019. Diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda

#### Psicológica

12 de noviembre 2019 → Llanto contingente ante procedimientos invasivos.

14 de noviembre 2019 → Incertidumbre debido a déficit de información.

### **Padecimiento actual**

Al momento de la entrevista con el paciente cursaba su día 4 de hospitalización, refiere presentar tristeza, preocupación y dolor debido a estancia hospitalaria, así como procedimientos médicos invasivos e indica ENA de 10/10, 10/10 y 9/10 respectivamente. El equipo médico proporcionó al paciente y familiar, información con relación al diagnóstico y tratamiento sin embargo Franco refiere “no sé por qué tengo que estar tanto tiempo aquí en el hospital... ¿Qué es lo que tengo? ¿qué me están ocultando?” (sic pac.) y presenta llanto

contingente a la anterior verbalización. Así mismo la familiar (madre) refiere “no sé cómo hablar de esto con él, dice que ya se quiere ir y me dice que no deje que lo lastimen más...y me pregunta para qué lo traje” (sic fam.). Señala, además, “tengo miedo en cómo vaya a tomar todo esto” (sic pac.). Durante exploración de noción de enfermedad Franco indica “tengo leucemia, la doctora me dijo que tengo células que no están maduras, como manzanas verdes y por eso me van a dar medicamento para que me cure, pero ¿cuánto tiempo tengo que estar aquí?” (sic pac.).

Con relación a procedimientos invasivos Franco presenta llanto, gritos en los que verbaliza “por favor, mamá, no dejes que me lastimen, ayúdame...no quiero” (sic pac.), movimientos que impiden la toma de muestra de sangre, así como la aplicación de quimioterapia intramuscular. Señala pensar “solo están experimentando conmigo... ¿por qué me deben estar pique y pique?” (sic pac.). Comenta “me siento triste porque no quiero estar más aquí...me duelen mucho los piquetes en la pompa...me da miedo que el próximo piquete me duela más...ya me quiero ir...cuando me den de alta ya no voy a regresar...mi mamá me dice que lo que me hacen es para que me cure, pero ya no quiero” (sic pac.). Familiar señala “antes no era así, en una anterior hospitalización cooperaba muy bien” (sic fam.). Durante dichos procedimientos refiere proporcionar al paciente apoyo verbal y comenta “le digo que todo es por su bien, que yo estoy apoyándolo en todo y cuando le ponen el piquete de pompa le digo que respire y que todo estará bien” (sic fam.).

Señala encontrarse “triste” (sic pac.) debido a que no ha visto a su hermano y primos, y presenta llanto contingente a la siguiente verbalización “extraño mucho a mi hermano...tengo ganas de salir corriendo a abrazarlo...lo extraño mucho...él y yo nos llevamos muy bien y ya quiero verlo...el hablo por teléfono, pero lo que quiero es abrazarlo y estar con él” (sic pac.). Por otro lado, la familiar (madre) indica encontrarse preocupada también por su otro hijo, sin embargo, comenta “no me he podido ir de aquí porque a Franco no le gusta que lo cuide su papá o nadie más, con su papá no se lleva muy bien desde que nos separamos”. Así mismo Franco refiere “no quiero que nadie más me venga a cuidar...con los demás me desespero porque me aburro, además mi mamá es mi fuerza...y me da miedo que se vaya y me deje aquí” (sic pac.).

### **Examen mental**

Paciente masculino, de edad aparente igual a la cronológica. Orientado en tres esferas (T.E.P). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Impresiona clínicamente con inteligencia igual al promedio. Afecto hipotímico. Juicio conservado. Sin noción de su enfermedad.

### **Factores psicológicos complementarios**

Paciente con locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo percibidas como existentes y funcionales.

### **Selección y aplicación de técnicas de evaluación**

- Observación clínica.
- Entrevista conductual con el paciente y cuidadora primaria.
- ENA de dolor.
- ENA de tristeza.

- ENA de preocupación.
- Escala de distrés conductual

## Análisis y descripción de conductas problema

### Lista de conductas problema

- Déficit de información respecto a la enfermedad, tratamiento, así como, tiempo de estancia hospitalaria.
- Miedo al dolor de aplicación de quimioterapia intramuscular, así como en la toma de muestra de sangre.
- Llanto recurrente ante los procedimientos médicos invasivos.
- Movimientos para impedir la aplicación para impedir procedimientos médicos invasivos.
- Ansiedad ante la aplicación de quimioterapia intramuscular.
- Percepción de dolor 10/10 ante aplicación de quimioterapia intramuscular.
- Sentimientos de irritabilidad debido a procedimientos médicos invasivos.
- Sentimiento de tristeza debido a larga estancia hospitalaria.

## Análisis secuencial

Estímulo	Respuesta	Consecuencia
<p>Cuando se acercan con el carrito para iniciar toma de muestras de sangre</p> <p>Momento en el que la enfermera prepara la jeringa para aplicación de quimioterapia intramuscular</p> <p>Aplicación de quimioterapia intramuscular</p> <p>Repetición de muestra de sangre</p>	<p>Sudoración de manos Incremento en la frecuencia cardiaca y respiratoria</p> <p>Movimientos para impedir la toma de muestra o aplicación de quimioterapia</p> <p>Llanto</p> <p>Gritos:  <i>"por qué estoy aquí...ya me quiero ir...mamá ¿por qué me trajiste? (sic pac.)</i>  <i>"Ya déjenme ir...¿qué me están ocultando? ¿por qué no me dejan ir" (sic pac.)</i>  <i>"no mamá, díles que no...ayúdame, no dejes que me hagan esto" (sic pac.)</i></p> <p>Cognición:  <i>"solo están experimentando conmigo por eso me toman y me toman las muestras" (sic pac.)</i>  <i>"me da miedo que me duelan los piquetes" (sic pac.)</i>  <i>"tengo miedo de que mi mamá se vaya y me deje aquí solo" (sic pac.)</i>  <i>"no pienso regresar cuando me den de alta" (sic pac.)</i></p>	<p>Recibe abrazos por parte de la madre, así como apoyo verbal.</p> <p>Recibe abrazos por parte de la madre, así como apoyo verbal.</p> <p>En ocasiones logra prolongar la toma de muestra de sangre.</p> <p>Sedación por parte del equipo médico para realizar toma de muestras de sangre.</p>
<p>Llanto de la madre y verbalizaciones de está "estoy contigo, vamos a salir adelante" (sic fam)</p>	<p>Llanto Gritos: ¿Qué es lo que tengo? ¿Qué están ocultando?</p>	<p>Recibe abrazos de la madre y apoyo verbal</p>

## **Análisis funcional**

Franco es un paciente de 11 años, originario del Estado de Chiapas, residente del Estado de México, con reciente diagnóstico médico de Leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo por edad. Durante estancia en urgencias pediatría, así como en hospitalización en servicio de oncopediatría el paciente presenta llanto recurrente. Se realiza primer contacto con el paciente por el médico conductual en la entrega de resultados a familiares y paciente.

La conducta problema es el déficit de información respecto a la enfermedad a pesar de la información proporcionada por el equipo médico, así como la sintomatología de ansiedad que presenta ante los procedimientos médicos invasivos, caracterizada por sudoración en manos, incremento frecuencia cardiaca y respiratoria, llanto, gritos, y movimientos para evitar procedimientos.

Esto se hace en el momento que la enfermera prepara la jeringa para aplicación de quimioterapia intramuscular y cuando se acercan con el carrito para iniciar toma de muestras de sangre o cuando se tiene que repetir toma de muestra de sangre.

La conducta problema se encuentra mantenida por el apoyo verbal y muestras de afecto que su madre le brinda durante la conducta, el aplazamiento breve de tomas de muestra de sangre, o sedación para realizar dicho procedimiento.

De acuerdo con el análisis anterior se considera que el tratamiento se enfoque principalmente a psicoeducación con relación a la enfermedad y tratamiento, así como técnica de relajación que favorecerá la disminución de percepción de ansiedad ante procedimientos médicos invasivos.

## **Hipótesis funcional**

Si al paciente se le corrobora la información proporcionada por el equipo médico respecto al diagnóstico y tratamiento, y se le proporciona entrenamiento en relajación y terapia cognitiva entonces se favorecerá disminución en la percepción sintomatología de ansiedad.

## **Diagnóstico DSM IV**

**Eje I:** F54. Déficit de información que afecta a la enfermedad

F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad

**Eje II:** Sin diagnóstico

**Eje III:** Leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo por edad, leucocitosis y traslocación 1.19

**Eje IV:** Sin diagnóstico

**Eje V:** Escala de evaluación de la actividad global= 70-61

## **Diagnóstico DSM 5**

Déficit de información que afecta a la enfermedad. Trastorno de adaptación con ansiedad WHODAS. 26

## **Objetivos del tratamiento psicológico**

### Objetivo general

Identificar qué es leucemia linfoblástica aguda y su tratamiento, así como disminuir percepción de ansiedad ante procedimientos médicos invasivos.

### Objetivos específicos

- Identificar qué es leucemia linfoblástica aguda
- Identificar utilidad del tratamiento
- Identificar efectos secundarios del tratamiento
- Identificará respuestas de alarma ante ansiedad.
- Practicará ejercicios de relajación
- Empleará ejercicios de relajación durante procedimientos médicos invasivos.
- Identificar la relación entre pensamiento-emoción-conducta
- Identificar evidencias con relación a miedos
- Identificar responsabilidades correspondientes al tratamiento.

### **Selección de técnicas**

- Psicoeducación
- Entrenamiento en relajación (respiración pasiva e imaginación guiada)
- Elementos de terapia cognitiva (búsqueda de evidencias, técnica del pastel)

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
14 de noviembre	Normalización de emociones Psicoeducación	A petición de médico tratante se realizó acompañamiento con padres de Franco en entrega de resultados de protocolo de estudios.  Se proporcionó psicoeducación sobre la labor del psicólogo.  Se normalizó emociones con la madre.	Madre presenta llanto contingente a la entrega de resultados.
15 de noviembre	Entrevista Psicoeducación  Relajación	Psicoeducación al paciente sobre leucemia linfoblástica aguda y tratamiento.  Respiración pasiva	ENA de preocupación: 10/10  El equipo médico le explicó a Franco y a sus padres sobre la enfermedad y tratamiento, así mismo exploraron dudas sobre el tema, sin embargo, Franco les refiere no presentarlas. Al momento de indagar señala presentar dudas sobre la enfermedad, tiempo de estancia hospitalaria, tratamiento y efectos secundarios de éste.  <i>Paciente refiere “no sé porque tengo que estar aquí...tengo ganas de salir corriendo...¿qué me están ocultando?...¿qué es lo que tengo?” (sic pac.)</i>  <i>Al finalizar la sesión el paciente indicó “me siento un poco más tranquilo... ¿de verdad eso es lo que tengo?” (sic pac.)</i>  ENA de preocupación: 8/10  ENA de tristeza 10/10

15 de noviembre	Información Acompañamiento	Se proporcionó información sobre la condición de Franco, así mismo se proporcionó acompañamiento a Erick (hermano de Franco)	Después de la visita de Erick, Franco señala encontrarse más "tranquilo" (sic pac.) y comenta "ya tenía muchas ganas de abrazarlo, lo extrañaba mucho, pero ahora me siento más tranquilo" (sic pac.).
16 de noviembre	Psicoeducación  Relajación  Evaluación	Psicoeducación sobre efectos secundarios de la quimioterapia  Respiración pasiva e imaginación guiada  Aplicación de escala de distrés conductual (Anexo 1)	Paciente refiere " <i>sigo un poco preocupado...¿qué me va a pasar con las quimios?</i> " (sic pac.).  Así mismo señala " <i>me han dolido mucho los piquetes de pompa</i> " (sic pac.) e indica ENA de dolor 10/10.  ENA de preocupación: 9/10  ENA de tristeza: 9/10  ENA de dolor (durante quimioterapia intramuscular) 10/10
25 de noviembre	Psicoeducación  Relajación Evaluación	Psicoeducación sobre tratamiento de leucemia linfoblástica aguda, así como estancia hospitalaria  Respiración pasiva e imaginación guiada  Aplicación de escala de distrés conductual (Anexos)	Paciente indica " <i>cuando me den de alta ya no voy a regresar...no sé por qué me tienen que estar picando tanto...están experimentando conmigo...vienen y me pican muchas veces</i> " (sic pac.).  Además, comenta " <i>me duele mucho todavía el piquete de pompa</i> " (sic pac.) e indica ENA de dolor 9/10.  Al finalizar la sesión refirió " <i>ahorita debo estar aquí pero después vendré a quimioterapia...es importante estar aquí para que me pueda</i>



## Resultados

Objetivos	Resultados
Identificar qué es leucemia linfoblástica aguda	✓
Identificar utilidad del tratamiento	✓
Identificar efectos secundarios del tratamiento	✓
Identificará respuestas de alarma ante ansiedad.	✓
Empleará ejercicios de relajación antes de aplicación de quimioterapia	✓
Empleará ejercicios de relajación durante aplicación de quimioterapia	✓
Empleará ejercicios de relajación antes de toma de muestra de sangre	✓
Empleará ejercicios de relajación durante de toma de muestra de sangre	✓
Identificar evidencias con relación a miedos	✓
Identificar responsabilidades correspondientes al tratamiento.	✓

En la Figura 2 se muestran los puntajes de dolor, ansiedad y tristeza reportadas por el paciente mediante las escalas numéricas análogas en cada una de las sesiones. En la figura se observa una disminución en cada una de las variables.

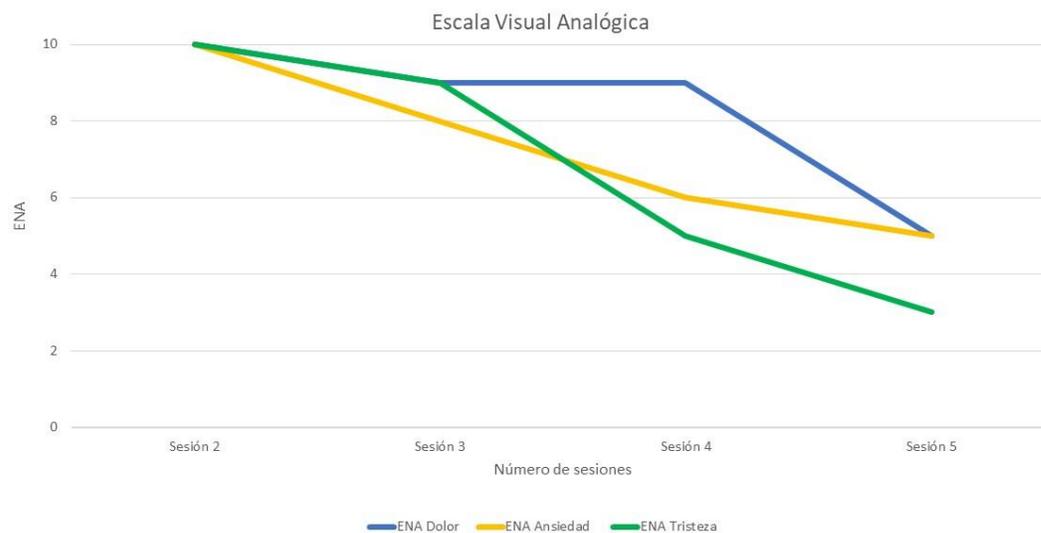


Figura 2. Escala Visual Numérica de dolor, ansiedad y tristeza reportadas por el paciente

Con relación al registro de la Escala Observacional de Distrés Conductual se observaron diferencias en la respuesta conductual del paciente ante los procedimientos médicos invasivos. Con respecto al inicio de la intervención se identifica que solo son el apoyo emocional y el dolor verbal las respuestas que prevalecen en el paciente (Tabla 3).

#### RESULTADOS DE LA ESCALA OBSERVACIONAL DE DISTRÉS CONDUCTUAL (EODC)

<b>Conductas</b>	<b>16 de noviembre</b>	<b>29 de noviembre</b>
1. Búsqueda de información	✓	
2. Llanto	✓	
3. Gritos	✓	
4. Resistencia física	✓	
5. Resistencia verbal	✓	
6. Apoyo emocional	✓	✓
7. Dolor verbal	✓	✓
8. Tensión muscular	✓	
9. Ansiedad verbal	✓	
10. Vómito/náusea		

Tabla 3. Presencia de conductas en la primera sesión de evaluación en contraste con la última sesión.

## Conclusión y comentarios finales

El objetivo general de esta intervención consistió en el paciente identifique qué es leucemia linfoblástica aguda y su tratamiento, así como disminuir percepción de ansiedad ante procedimientos médicos invasivos.

Con relación a los objetivos específicos, se pudieron alcanzar con éxito, debido a que Franco logró identificar la enfermedad que padece, el tratamiento, la duración de éste, las respuestas de alarma ante la ansiedad. Así mismo, logró realizar los ejercicios de relajación e implementarlos en los procedimientos médicos invasivos.

En población pediátrica existe un 10 al 20% de posibilidad de fracaso del tratamiento debido al abandono de este por diversas razones, entre ellas se encuentra la presencia de ansiedad ante procedimientos médicos invasivos, poco conocimiento de la enfermedad y la evolución de ésta, etc.

En cuanto a las áreas de oportunidad, se identifican las siguientes:

- Aplicación de escala de afrontamiento de dolor en niños.
- Entrenamiento en manejo de contingencias con la madre desde el inicio de la intervención.
- Seguimiento con la madre con relación de la presencia de conductas problema.
- Registro de la EODC por el personal de enfermería.

Debido a que el tratamiento médico para pacientes con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda es de aproximadamente tres años la atención psicológica a Franco aún continua en proceso.

## Referencias

- Klünder-Klünder, M., Miranda-Lora, A., Dorantes-Acosta, E., Zapata-Tarrés, M., Carranco-Hernández, T., Escamilla-Núñez, T., Cortés-Gallo, G., Muñoz-Hernández, O., Garduño-Espinosa, J. y Villasís-Keever M. (2012). Frecuencia de abandono del tratamiento en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. *Hospital Infantil de México*, 69(3) 226-232.
- Samudio, A., Figuredo, D., Torres, R., Mattio, I., Servin, Alcaraz, J., Zelada O. y Caniza, M. (2013). Estrategias para prevenir el abandono de tratamiento en niños con cáncer en un país en vías de desarrollo. *Pediatría*, 40(1), 119-123.

## Anexo 11.1

### ESCALA OBSERVACIONAL DE DISTRÉS CONDUCTUAL (EODC)

Paciente \_\_\_\_\_ Procedimiento \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Sesión \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_ Presencia de papás: SI NO

**Instrucciones: Marque con un “sí” o “no”, si ocurrió la conducta señalada en cada uno de los diferentes 3 tiempos.**

<b>Conducta</b>	<b>Tiempo 1</b>	<b>Tiempo 2</b>	<b>Tiempo 3</b>
1. Búsqueda de información			
2. Llanto			
3. Gritos			
4. Resistencia física			
5. Resistencia verbal			
6. Apoyo emocional			
7. Dolor verbal			
8. Tensión muscular			
9. Ansiedad verbal			
10. Vómito/náusea			

Descripción de la EODC

Conductas

1. Búsqueda de información: Cualquier pregunta concerniente al procedimiento
2. Llanto: Sonido de llanto o comenzar a salir lágrimas
3. Gritos: Expresión vocal alta
4. Resistencia física: Alguien debe agarrar y contener al niño
5. Resistencia verbal: Cualquier expresión verbal de resistencia o terminación del procedimiento