



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON CÁNCER:

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

LIC. TERESA IVETH SOTELO QUIÑONEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN.

JURADO DE EXAMEN: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS.

DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ.

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO.

MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA.

MEXICO, D.F.

Junio, 2007.



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por ofrecer espacios para el crecimiento profesional y ofrecerme la oportunidad de pertenecer a ellos.

A mi Tutora, Dra. Laura Hernández, que con sus conocimientos y experiencia guió mi desempeño durante la maestría.

A mis maestros: Dra. Isabel Reyes, Mtro. Leonardo Reynoso, Dr. Samuel Jurado, Mtro. Arturo Lara, Mtra. Rebeca Sánchez y Dr. Florente López, que con sus enseñanzas en el salón de clases, ampliaron mis conocimientos y mejoraron mis habilidades clínicas.

A mis supervisores In Situ y Académicos por brindarme su apoyo en los momentos difíciles dentro del hospital.

Al Dr. Francisco García, por permitirme realizar este trabajo dentro de su Servicio.

A mis pacientes, ya que sin su participación este trabajo no hubiese sido posible.

A quien con su existir, me motiva y me da la fuerza para continuar en esta aventura de la vida: Santiago A. Del Castillo Sotelo.

A todos los que con su apoyo me permitieron concluir esta meta.

*Quebrar la inercia no es fácil. Nuestro cuerpo está cómodo en la quietud,
Pues no corre ningún peligro _aunque tampoco vivirá ninguna aventura_.*

*Es nuestro espíritu el que se inquieta y nos anima a iniciar la marcha,
A ponernos en movimiento para entablar el Buen Combate por nuestros
sueños.*

Coelho, Pablo.

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	6
1. Terapia Cognitivo-Conductual	7
<i>Antecedentes de la terapia cognitivo-conductual</i>	7
<i>Supuestos básicos de las terapias cognitivo-conductuales</i>	9
<i>Las terapias cognitivo-conductuales en la actualidad</i>	10
2. Solución de Problemas	13
<i>Desarrollo</i>	13
<i>Definición y fases de la solución de problemas sociales</i>	14
<i>Aplicaciones</i>	20
3. Medicina Conductual	21
<i>Definición y origen de la medicina conductual</i>	21
<i>Aportaciones de la terapia cognitivo-conductual a la medicina conductual</i>	23
4. Impacto Psicológico del Cáncer en el Enfermo y el Cuidador Primario	25
<i>Enfermedades crónicas degenerativas</i>	25
<i>El cáncer</i>	26
<i>Epidemiología y etiología</i>	28
<i>Aspectos psicológicos del cáncer en el enfermo</i>	28
<i>Etapas pre-diagnóstico</i>	29
<i>Durante el diagnóstico</i>	30
<i>Durante el tratamiento</i>	31
<i>Periodo libre de enfermedad</i>	32
<i>El cuidador del paciente con cáncer</i>	32
<i>La ansiedad</i>	35
5. Programa de Intervención para Familiares de Paciente con Cáncer	37
<i>Participantes</i>	37
<i>Escenario</i>	38
<i>Instrumentos</i>	38
<i>Procedimiento</i>	40
<i>Intervención</i>	40
6. Formulación de Casos	42
<i>Primer caso</i>	42
<i>Ficha de identificación</i>	42
<i>Motivo de consulta</i>	43
<i>Impresión y actitud general</i>	43
<i>Antecedentes de importancia</i>	44
<i>Padecimiento actual</i>	44
<i>Examen mental</i>	45
<i>Formulación cognitivo-conductual</i>	46
<i>Mapa clínico</i>	47
<i>Tratamiento</i>	49
6.1.10. <i>Resultados obtenidos</i>	51
<i>Segundo caso</i>	53
<i>Ficha de identificación</i>	53
<i>Motivo de consulta</i>	54
<i>Impresión y actitud general</i>	54

<i>Antecedentes de importancia</i>	54
<i>Padecimiento actual</i>	55
<i>Examen mental</i>	56
<i>Formulación cognitivo-conductual</i>	57
<i>Mapa clínico</i>	59
<i>Tratamiento</i>	61
6.2.10. <i>Resultados obtenidos</i>	63
<i>Tercer caso</i>	65
<i>Ficha de identificación</i>	65
<i>Motivo de consulta</i>	66
<i>Impresión y actitud general</i>	66
<i>Antecedentes de importancia</i>	66
<i>Padecimiento actual</i>	67
<i>Examen mental</i>	68
<i>Formulación cognitivo-conductual</i>	69
<i>Mapa clínico</i>	70
<i>Tratamiento</i>	72
6.3.10. <i>Resultados obtenidos</i>	74
<i>Discusión</i>	75
7. Conclusión	78
ANEXOS	80
Anexo 1. <i>Lista de Pensamientos</i>	81
Anexo 2. <i>Perfil del Problema</i>	82
Anexo 3. <i>Perfil para Reclasificar el problema</i>	84
Anexo 4. <i>Valorar las Consecuencias</i>	85
Anexo 5. <i>Cuestionario de Verificación de la Solución</i>	86
Anexo 6. <i>Entrevista Semiestructurada para Cuidadores Primarios</i>	87
Anexo 7. <i>Inventario de Ansiedad de Beck</i>	90
Anexo 8. <i>Inventario de Depresión de Beck</i>	91
8. Informe de Actividades Desarrolladas en la Sede	94
<i>Características de la sede</i>	94
<i>Primer año de residencia: Unidad de Trasplante Renal</i>	94
<i>Aspectos psicológicos de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónico</i> <i>Terminal</i>	95
<i>Actividades dentro del Servicio de Trasplante Renal</i>	97
<i>Actividades diarias del Servicio de Trasplante Renal</i>	100
<i>Actividades académicas</i>	100
<i>Segundo año: Unidad de Oncología</i>	101
<i>Aspectos psicológicos del paciente con cáncer</i>	103
<i>Actividades dentro de la Unidad de Oncología</i>	104
<i>Actividades diarias dentro de la Unidad de Oncología</i>	106
<i>Actividades académicas</i>	107
<i>Evaluación</i>	107
<i>De la sede: Hospital Juárez de México</i>	107
<i>Del sistema de supervisión</i>	108
<i>Supervisor In Situ</i>	108
<i>Supervisor académico</i>	108
<i>Tutor académico</i>	109
<i>De las competencias profesionales alcanzadas</i>	109
<i>Conclusiones y sugerencias</i>	110

RESUMEN

Las enfermedades crónico degenerativas aparecen con mayor frecuencia en nuestro país, generando costos socioeconómicos importantes. El cáncer es una enfermedad crónico degenerativa, caracterizada por el crecimiento desorganizado de las células, que pierden sus mecanismos de control. El cáncer y sus tratamientos invasivos generan, en el paciente, daño en el funcionamiento biológico, psicológico y social, es decir, un cambio en el estilo de vida del paciente; que afecta a la familia y a la persona que se encarga de los cuidados que el enfermo requiere (cuidador primario). El cuidador primario está expuesto a una sobreactivación, ya que tiene que cubrir las necesidades de cuidado y tolerar los cambios emocionales del enfermo; además de seguir con sus actividades cotidianas y cargar sus propias emociones. La sobreactivación puede llevarlo a desarrollar reacciones emocionales de ansiedad y depresión, poniéndolo en riesgo de enfermar. El propósito de este trabajo fue reducir sintomatología ansiosa en el cuidador primario, a través del programa de intervención cognitivo-conductual, basado en la solución de problemas. Para la evaluación se utilizó el Inventario de Ansiedad y el de Depresión de Beck. La intervención se realizó individualmente; en ocho sesiones, de hora y media, una vez por semana. El programa de intervención se aplicó a tres cuidadores primarios de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México. Los resultados obtenidos fueron: la reducción de la sintomatología ansiosa, depresiva de los tres cuidadores primarios, así como mejoras en la relación entre el cuidador primario y el paciente. Los resultados concuerdan con la amplia documentación existente sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual.

Palabras claves: cáncer, cuidador primario, ansiedad y solución de problemas.

1. Terapia Cognitivo-Conductual

Antecedentes de la terapia cognitivo-conductual

Existen versiones diferentes de los orígenes del enfoque cognitivo-conductual. Algunos autores mencionan que las terapias cognitivo-conductuales surgen del enfoque conductual y sus principios (Guidano, 1997; Kazdin, 1989; Phares & Trull, 1999), otros dicen que los orígenes están en el enfoque cognitivo (Caro, 1997; Dattilio, 1990) y quienes refieren que este enfoque surge como un modelo evolutivo, integrativo y parte de lo que se denominó revolución cognitiva (Kendall & Norton-Ford, 1988; Meichenbaum, 1988, 1997).

Lo que podemos observar es que existen básicamente tres etapas que hicieron posible el surgimiento del enfoque cognitivo-conductual. La primera etapa fue alrededor de los años 1950, con el modelo estímulo-respuesta de la terapia conductual. Esta etapa se dio de dos formas paralelas, por Pavlov, Watson, Hull y posteriormente Joseph Wolpe, quien en el área clínica desarrolló tratamientos para ansiedad, agorafobia, entre otros. La influencia de Skinner, prestó más importancia al área clínica, a pacientes institucionalizados con desórdenes psiquiátricos. Sin embargo, la insatisfacción con el conductismo radical, que utilizaba una metodología rígida en donde su objeto de estudio era lo observable, medible y cuantificable, y dejaban de lado lo no observable o los eventos encubiertos, es uno de los factores que dan pie a la aceptación de la terapia cognitivo conductual (Golfried & Marvin, 1996; Hart & Morgan, 1993; Raciman, 1997; Trence, 1978). La segunda etapa se marca cuando emergen las terapias cognitivas, se encontró evidencia de que los procesos de pensamiento influyen en la conducta y en el aprendizaje, ejemplo de esto es el trabajo de Bandura (1997) del aprendizaje social o por observación. El papel de la cognición en el condicionamiento clásico y operante, ejemplo, cuando el sujeto tiene información sobre el condicionamiento clásico los resultados predichos se alteran, el sujeto puede disminuir el número de respuestas requeridas. En el condicionamiento operante, si el sujeto conoce la relación entre el estímulo y las contingencias, puede acelerar el aprendizaje (Hart & Morgan, 1993).

Posteriormente, tomó auge la terapia cognitiva en adultos con Ellis y Beck. Sus primeras publicaciones fueron el libro de Ellis (1962) titulado Razón y emoción en psicoterapia y el artículo de Beck (1963) Thinking and depression. Son terapias diferentes, pero se basan en la auto-observación y se relacionan en cuanto a la teoría, terminología y metodología. Se enfocan en el cambio de contenido de pensamientos, imágenes y creencias disfuncionales y muestran eficacia clínica en problemas de depresión y ansiedad (Rachman, 1997). Años después, alrededor de los 70, la aplicación de técnicas de condicionamiento a eventos privados, en los estudios de Cautela (1973) fueron los orígenes de la terapia cognitivo-conductual, así como, el análisis teórico del rol de la cognición en la conducta y en el cambio conductual, generalización y mantenimiento de la conducta (Hart & Morgan, 1993). Las primeras publicaciones sobre las terapias cognitivo-conductuales fueron manuales, que marcaron la tercera etapa del desarrollo. En este momento, la fusión de los modelos permite ver al ser humano en forma global, donde la conducta instrumental o manifiesta, el pensamiento y la emoción son parte de la definición de conducta (Kendall & Hollon, 1979; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977; Sánchez-Sosa, 2002). El manual de tratamiento de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) que aplica la terapia cognitiva a la depresión, es uno de los pasos que permitieron su consolidación.

Esto llevó al psicólogo clínico a ampliar su campo de intervención, comunitario, salud mental, psicología de la salud, infantil, vejez, entre otros. (Lega, Caballo & Ellis, 1997). Las intervenciones clínicas se dirigieron entonces a modificar también valores, creencias, verbalizaciones, cogniciones, pensamientos, sentimientos, etc., que son constructos en su gran mayoría inobservables, pero presentes a lo largo de cualquier intervención terapéutica (Lega, et al., 1997). Y por último se da la posibilidad de trabajar con el paciente de manera integral (Rachman, 1997).

Supuestos básicos de las terapias cognitivo-conductuales

La terapia cognitivo conductual integra estrategias de intervención conductual, que son intentos directos por modificar las conductas y emociones disfuncionales. Las estrategias de intervención cognitiva tienen la finalidad de cambiar los pensamientos y la valoración que el individuo hace de las situaciones que enfrenta. También aborda los procesos cognitivos que participan en el intercambio terapéutico, como la atención, imaginación, memoria, percepción etc. Como parte de los cambios en la conducta, el individuo tiene la oportunidad de aprender experiencias nuevas, más adaptativas que lo lleven a reducir significativamente su malestar (Brewin, 1996; Lega, et al., 1997; Rachman, 1997).

Los supuestos básicos que comparten las terapias cognitivo-conductuales pueden resumirse de la siguiente manera (Ingram & Scout, 1990):

- a. Los individuos responden a las evaluaciones o representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales, en vez de a las situaciones reales;
- b. El aprendizaje está mediado cognitiva y conductualmente;
- c. Cogniciones, emoción, y conducta interactúan y se afectan mutuamente;
- d. Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse;
- e. La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta, pero es la conducta misma la que realimenta a las cogniciones;
- f. Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales son necesarios para el cambio y se integran para generarlo.

Las características que prevalecen en las terapias cognitivo-conductuales en sus diferentes modalidades son (Ingram & Scott, 1990; Mahoney, 1997):

1. Las variables cognitivas desempeñan un papel importante en el aprendizaje y la conducta,

2. Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos,
3. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas,
4. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en un intento de modificar las cogniciones,
5. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica,
6. La terapia es de duración breve,
7. La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente, y
8. Los terapeutas cognitivo-conductuales son directivos.

Lo anterior lleva a los psicólogos clínicos cognitivo-conductuales a postular que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio en la cognición y la conducta. El cambio se origina mediante una serie de posibles intervenciones, lo que incluye la práctica y el reforzamiento de nuevas conductas, el análisis de pautas erróneas de pensamiento y la enseñanza de un diálogo más adaptativo con uno mismo. Se relaciona también con el mantenimiento posterior de los cambios cognitivos (Brewin, 1996, citado por Lega, Caballo & Ellis, 1997).

1.3. Las terapias cognitivo-conductuales en la actualidad

Hoy en día las terapias cognitivo-conductuales incorporan procedimientos conductuales y cognitivos al aplicarse a los distintos problemas. Se han propuesto la agrupación en tres clases principales de terapias cognitivo-conductuales (Mahoney & Arnkoff, 1978):

- El primer grupo de terapia cognitivo-conductual es el que utiliza métodos de reestructuración cognitiva, que supone que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer pautas de pensamiento más adaptativas. Se encuentra en este grupo el entrenamiento

autoinstruccional de Meichenbaum, la terapia cognitiva de Beck y la reestructuración racional-sistemática de Goldfried;

- En el segundo grupo se incluyen las terapias de habilidades de afrontamiento, que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresoras. Aquí se encuentra el modelado encubierto de Cautela para enfrentar situaciones, el entrenamiento en el manejo de la ansiedad de Suinn, el entrenamiento de inoculación al estrés de Meichenbaum y;
- Al tercer grupo pertenecen las terapias de solución de problemas, que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar con un amplio espectro de problemas personales. Insisten en la importancia de una colaboración activa entre el paciente y el terapeuta. Se incluyen la terapia de solución de problemas de D'Zurilla & Goldfried, la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack & Shure, la ciencia personal de Mahoney y, recientemente, la terapia de solución de problemas de Nezu.

En conclusión puede decirse que la terapia cognitivo-conductual ofrece una amplia gama de procedimientos que permiten abordar diversas e importantes problemáticas en distintas áreas, y que han demostrado ser ampliamente eficaces. Los estudios citados por Mahoney (1997) lo demuestran; Sanderson y Beck (1990) realizaron un estudio sin grupo control, en el cual mostraron una reducción significativa de ansiedad y depresión, en una muestra de 32 pacientes, con un tiempo medio de tratamiento de 10 semanas. Los pacientes que presentaban comórbidamente problemas de personalidad mejoraron significativamente también, aunque el tratamiento estaba pensado para pacientes sin problemas de personalidad. Por otra parte, Power, et al. (1990) realizaron un estudio comparativo controlado con 101 pacientes que cumplían con los criterios diagnósticos de DSM-III del trastorno de ansiedad generalizada. Se asignaron al azar a grupos de terapia cognitivo-conductual, de diazepam,

placebo, terapia cognitivo conductual más diazepam, o terapia cognitivo conductual más placebo, con una duración de 10 semanas de tratamiento. Los resultados obtenidos al final del tratamiento y en el seguimiento, a los seis meses demostraron una mejora importante en todos los grupos que recibieron tratamiento con terapia cognitivo-conductual, especialmente la terapia cognitivo-conductual sola y la combinada con diazepam.

También ha resultado eficaz para el tratamiento de pacientes con trastorno de pánico, como lo demuestran los estudios de Newman, Beck, Beck, Tran y Brown (1990). Para tratar trastornos de alimentación, Fairburn et al. (1991) encontraron que la terapia cognitivo-conductual es más efectiva en pacientes con bulimia que la terapia interpersonal o la versión conductual simplificada del tratamiento cognitivo-conductual. Agras et al. (1992) han informado que la combinación de imipramina y terapia cognitivo-conductual produce resultados mejores a largo plazo que la imipramina sola, o la terapia cognitiva sola o placebo. Y, recientemente, Safren (Comunicación personal, febrero de 2005) ha implementado un programa de intervención cognitivo-conductual para el manejo de la depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, con resultados favorables. Manejo de la ansiedad en pacientes con Síndrome de Asperger, mediante técnicas cognitivo conductuales, es el estudio de Aderson, Stephen, Morris & Jane (2006), quienes demuestran la eficacia de este tipo de terapia. Del Castillo (2005), en su tesis de titulación sugiere resultados favorables con pacientes diabéticos con esta modalidad de intervención, al igual que Vega (2006), en pacientes con cáncer. La literatura que demuestra consistentemente la eficacia de la terapia cognitivo-conductual es muy extensa. Los estudios descritos son sólo ejemplos del cúmulo de investigaciones en este campo.

2. Solución de problemas

2.1. Desarrollo

Dentro de las terapias cognitivo-conductuales destaca actualmente la terapia de solución de problemas, cuya eficacia se ha documentado ampliamente.

El interés por los mecanismos que intervienen en la solución de problemas no es nuevo, existen diversos estudios con animales que los exploran. Los estudios de Thorndike en su estudio con gatos, W. Köhler sobre el insight en el mono, entre otros (Fontaine, 1981; Kazdin, 1989) sugieren que los animales parecen capaces de hallar soluciones sorprendentes algunas en términos operantes o de aprendizaje asociativo y, en otras situaciones, poniendo en juego estrategias para resolver problemas.

En los seres humanos, las investigaciones han explorado esencialmente los conceptos y procesos implícitos en el fenómeno de solución de problemas, más que al examen de su función adaptativa. Estas investigaciones del fenómeno de la solución de problemas destacan el papel que desempeña la percepción, el razonamiento lógico y el desarrollo humano, estudiados en modelos matemáticos de elección razonada y de creatividad, que reflejan la inmensa complejidad de los mecanismos utilizados por el hombre en la solución de problemas (Fontaine, 1981).

Este fenómeno ha sido de interés en la industria, la pedagogía y no fue sino hasta alrededor de los años 70, cuando la clínica se interesó, y demostró en diferentes investigaciones que la incompetencia para resolver problemas, es la causa o consecuencia de emociones intensas y perturbadoras, como la ansiedad, depresión y la emergencia de problemas suplementarios, y que existe una diferencia significativa en como resuelven los problemas los individuos normales y los desviados (Fontaine, 1981).

En el área clínica este fenómeno ha sido de gran interés y la terapia de solución de problemas de D'Zurilla goza de renombre como terapia de solución de problemas sociales. Es la terapia que en los últimos años ha tenido mayor

utilidad (D'Zurilla & Nezu, 1982). Dado que los problemas con los que se enfrenta una persona pueden ser tanto personales como interpersonales, se empleó en el presente trabajo para el manejo terapéutico de tres familiares de pacientes con cáncer. En esta problemática se refleja claramente los problemas de interacción entre el paciente enfermo de cáncer y su cuidador.

2.2. Definición y fases de la solución de problemas sociales

La solución de problemas se define como un proceso cognitivo-afectivo-conductual mediante el cual un individuo, o un grupo, identifica o descubre medios efectivos para enfrentarse con los problemas que encuentra en el cotidiano vivir. Este proceso incluye la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones o elección conductual. La solución de problemas sociales, al mismo tiempo, es un proceso de aprendizaje social, una técnica de automanejo y una estrategia general de afrontamiento (D'Zurilla & Nezu, 1982).

Es importante diferenciar la definición de la solución de problemas del término problema, solución y competencia social (D'Zurilla, 1986, 1988; D'Zurilla & Goldfried, 1971; D'Zurilla & Nezu, 1982; Nezu & Nezu, 1991). Problema es una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo, pero para el cual ninguna respuesta efectiva es inmediatamente aparente o está disponible en ese momento. En esta situación el individuo o el grupo percibe una discrepancia entre "lo que es" (circunstancias actuales o anticipadas) y "lo que debería ser" (circunstancias que se demandan o se desean).

La solución es una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuesta efectivo para enfrentar la situación problemática y/o las reacciones personales propias, para que ya no se perciba como un problema. Al mismo tiempo maximiza otras consecuencias positivas (beneficios) y minimizan otras consecuencias negativas.

La efectividad de cualquier solución particular puede variar para diferentes individuos o diferentes ambientes, lo que depende de las normas, valores y niveles del solucionador del problema o de otras personas

significativas responsables de juzgar la ejecución del que ha solucionado el problema.

Poner en práctica la solución se traduce en la ejecución de la respuesta de solución, que no es sólo una función de la solución de problemas, sino también de otros factores relacionados con la historia de aprendizaje del individuo, tales como deficiencia de habilidades de ejecución, inhibiciones emocionales, y deficiencias motivacionales.

La competencia social comprende un amplio espectro de habilidades sociales, competencias conductuales y conductas de afrontamiento que capacita a un individuo para enfrentarse efectivamente con las demandas vitales. En este contexto la ejecución de la solución de problemas efectiva es sólo uno de los componentes de la competencia social, aunque uno muy significativo.

D'Zurilla & Goldfried (1971) proponen que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas y que, de persona a persona, existen diferencias en cuanto a esta habilidad. El entrenamiento en solución de problemas dota a la persona de habilidades adecuadas de solución de problemas.

La formulación inicial de la solución de problemas, de acuerdo con D'Zurilla & Goldfried (1971) constaba de cinco etapas: a) orientación general; b) definición y formulación del problema; c) generación de alternativas; d) toma de decisiones; y e) verificación. D'Zurilla & Nezu (1982) y D'Zurilla (1986, 1988) han reetiquetado dos de las anteriores con los nombres de orientación hacia el problema y ejecución de la solución y verificación. Cada componente, o fase, del proceso tiene un propósito o función determinado. Conjuntamente, se espera que cuando se apliquen los cinco componentes eficazmente a un problema, aumente la probabilidad de descubrir y llevar a cabo la solución más eficaz. El orden de las cinco etapas representa una secuencia lógica y práctica para el entrenamiento, y para una aplicación sistemática y adecuada. Este orden no significa que la solución de problemas se desarrolle siempre en una secuencia unidireccional, comenzando en la primera fase y terminando en la última, sino

que una buena solución de problemas conduce al sujeto de una fase a otra con la posibilidad de retroceder a etapas previas, antes de completar el proceso.

En la primera fase del entrenamiento en solución de problemas, orientación general hacia el problema, se pretende que el sujeto (D'Zurilla & Goldfried, 1971) acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz, reconozca las situaciones problemáticas cuando ocurren e inhiba la tendencia a responder de forma impulsiva o a no hacer nada. Por ello, el sujeto debe reducir o al menos distraer su atención de los pensamientos negativos que puedan interferir con el pensamiento de solución de problemas sociales, y centrarse en aquellos estímulos que puedan facilitar una buena conducta de solución de problemas. Lo que le permitiría ignorar los estímulos determinantes de las respuestas negativas (D'Zurilla & Nezu, 1982). Lo anterior se consigue adoptando la actitud de solución de problemas.

Los objetivos y pasos de esta fase son (D'Zurilla, 1986): a) incrementar la sensibilidad hacia los problemas y decidir la ocasión para la actividad de solución de problemas, b) centrar la atención sobre expectativas de solución de problemas positivos y evitar preocupaciones improductivas y pensamientos autopreocupantes, c) maximizar los esfuerzos y la persistencia en vista de los obstáculos y del estrés emocional y, d) minimizar la angustia emocional perjudicial e intentar maximizar la probabilidad de estados emocionales positivos facilitadores.

Las variables más importantes de la orientación hacia el problema son: la percepción del problema (reconocimiento y etiquetación del mismo), atribución del problema (atribución causal que la persona tiene de los problemas en su vida), valoración del problema (significado que tiene un problema para su bienestar personal y social) y compromiso de tiempo y esfuerzo (probabilidad de que se dedique tiempo y esfuerzo a la solución del problema).

La segunda fase, la de definición y formulación del problema, es una parte básica del proceso de solución de problemas, ya que como afirma D'Zurilla (1986) no es exagerado decir que, cuando se define bien un problema, la mitad

del mismo está resuelta. A partir de un problema bien definido los otros elementos (ej., generación de alternativas) se facilitarán.

Dado que es común que los problemas no se definan claramente, y sean vagos, ambiguos, irrelevantes, con información inadecuada o metas poco claras, durante esta fase se pretende: obtener información relevante sobre el problema, identificar más claramente la naturaleza del problema, establecer una meta realista de solución del problema, y reevaluar la importancia del problema para el bienestar personal y social de esa persona. Si no se tiene suficiente información sobre el problema es necesario buscarla, para poseer toda la información necesaria que permita poder llegar posteriormente a una alternativa de solución.

Establecer la meta es una parte importante de la formulación del problema que posteriormente posibilita la generación de soluciones alternativas, así como su evaluación. Es por ello importante concretar la meta en términos específicos, y evitar afirmaciones no realistas o metas inalcanzables. Hay que ver si el problema es un problema real, si el problema es tal problema o es la consecuencia, y si el problema es parte de un problema mucho más amplio. Esto debe llevar a pensar en la utilidad de empezar por el problema general o por uno específico. Si este es el caso será necesario dividir el problema general en subproblemas.

Cuando ya se ha definido y formulado el problema lo que falta es reevaluar su significado para facilitar el bienestar personal y social de la persona.

El propósito de la tercera fase, la de generación de soluciones alternativas, es tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para que así se maximice la probabilidad de que la mejor solución figure entre ellas. Para la generación de soluciones alternativas se utilizan tres principios: el principio de cantidad, el principio de aplazamiento del juicio y el principio de variedad. En esta parte del proceso hay que considerar que la angustia emocional, el hábito de llegar siempre a la misma solución y la falta de información, son los factores más importantes que interfieren o impiden llegar a formular alternativas de

solución adecuadas. Si este fuese el caso sería preciso echar mano de otras técnicas como son la reestructuración cognitiva, la autoinstrucción o el entrenamiento en relajación (Nezu et al., 1989).

Una vez que se ha generado una lista de soluciones alternativas con las reglas anteriores, la cantidad y variedad de las soluciones disponibles puede aumentar al generar combinaciones, modificaciones y elaboraciones a partir de esas soluciones o bien al imaginar cómo otra persona afrontaría el problema (D'Zurilla, 1986; Nezu, et al., 1989).

El objetivo de la cuarta fase, la de toma de decisiones, es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores), para ponerla en práctica en la situación problemática. En esta fase, para cada solución alternativa, se indican los costos y beneficios, a corto y a largo plazo, y se juzga el resultado esperado o la utilidad de cada alternativa, se comparan alternativas, y se selecciona la solución o combinaciones de soluciones, con la mejor utilidad esperada. El juicio de la utilidad esperada se basa principalmente en cuatro criterios costo/beneficio: (a) resolución del problema (probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema), (b) bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado), (c) tiempo/esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo esperado a ser requerido), y (d) bienestar personal y social en conjunto (razón coste/beneficio esperado total). Aún utilizando los anteriores criterios, la persona que toma la decisión puede variar en sus evaluaciones de los resultados de la solución, a causa de diferencias en normas, valores y compromisos personales.

Basado en su evaluación de los resultados calculados de las alternativas de solución disponibles, la persona debe responder a estas tres cuestiones: a) ¿es el problema resoluble?, b) ¿necesito más información antes de que pueda seleccionar e implantar una solución?, y c) ¿qué solución o combinación de soluciones debería elegir para poner en práctica? Si su respuesta a la primera pregunta es afirmativa, a la segunda negativa, y puede contestar la tercera, entonces ya se habrá llegado a una solución para el problema. En el caso de que no sea así, hay que volver a fases previas del proceso de solución de

problemas para que al cambiarlo o reformularlo, sea posible llegar a conseguir una solución satisfactoria. Si las respuestas a a) y b) son afirmativas se debe entonces preparar un plan de solución caracterizado por la mejor probabilidad de maximizar la utilidad esperada. El plan puede ser simple o complejo. Uno simple implicaría un solo curso de acción; uno complejo consistiría en combinar varias soluciones alternativas.

En la última fase, la puesta en práctica y verificación de la solución, se evalúa el resultado de la solución y se verifica la efectividad de la estrategia de solución elegida en la situación problemática de la vida real. Esto se hace primero simbólicamente y luego en la situación de la vida real.

La ejecución se refiere a la implementación de la solución. Es importante tener en cuenta que la ejecución de una solución elegida en la vida real puede depender significativamente de otros factores distintos a la capacidad para resolver problemas. Por ejemplo, tener deficiencia en otra habilidad (aptitud académica), deficiencia en la habilidad de ejecución (habilidades sociales), inhibición emocional y carencia de reforzamiento. A continuación la persona debe autoobservarse; esto es, la observación de la propia conducta de solución y/o sus productos (resultados). La ejecución de la solución hay que evaluarla de modo objetivo. En la autoevaluación, se compara el resultado de la solución observada con el resultado predicho o esperado para la solución, basado en el proceso de toma de decisiones. Si la solución ha sido satisfactoria entonces sólo queda el último paso del auto-reforzamiento, en donde se reconoce a sí mismo por "un trabajo bien hecho". Este refuerzo puede ser tanto una autoafirmación positiva o un refuerzo más tangible como comprarse un objeto o realizar una actividad. Pero no cabe duda que la resolución del problema en sí mismo es un importante reforzador intrínseco.

Si hay discrepancias entre el resultado de la solución observada y el resultado esperado se debe buscar la fuente de dicha discrepancia, especialmente si la persona se encuentra en el proceso de solución de problemas o en la ejecución de la solución (ej., déficit de habilidades, inhibición emocional). Si después de realizar todas las evaluaciones y todas las

correcciones, se realiza adecuadamente la solución al problema, el proceso habrá finalizado. Si no se encuentra una salida al problema y no se puede aplicar exitosamente las estrategias, habría que ayudar a la persona a concluir que el problema es irresoluble y centrarse en otro tipo de técnicas. El perfeccionismo en la solución de problemas y la incapacidad para aceptar que algunos problemas son irresolubles, tal como están formulados, son a veces características de personas con el patrón tipo A y trastornos relacionados con el estrés, que no conducen a la solución de problemas.

El entrenamiento específico en solución de problemas es una parte básica de una intervención cuando se aplica esta técnica, pero no hay que olvidarse de la fase previa de evaluación y de la posterior de mantenimiento y generalización. Para ésta resultan de gran ayuda las distintas tareas que el cliente ha llevado a cabo en las sesiones de terapia y en las tareas para casa. Otro modo de favorecer la generalización es proporcionar al cliente distinto material en las sesiones que luego pueda seguir utilizando una vez finalizado el tratamiento, como el manual para el cliente (Becoña, 1993) o los que habitualmente se incluyen en los manuales sobre esta terapia.

A nivel práctico, la aplicación del entrenamiento en solución de problemas se puede hacer de dos modos: 1) con entrenamiento secuencial en las distintas fases a lo largo de las sesiones del tratamiento sucesivas, y 2) con entrenamiento en todas las fases de solución de problemas al individuo desde las primeras sesiones y profundizar gradualmente en la solución de problemas, empezando por problemas hipotéticos, mediante soluciones simbólicas y, finalmente, solucionando sus problemas en las situaciones reales. El número de sesiones para el tratamiento de solución de problemas oscila de 4 a 6 sesiones (Hawton & Kirk, 1989), 6 a 10 sesiones (Heppner & Killerbrand, 1991), 10 (Nezu *et al.*, 1989) y entre 14 y 16 (D'Zurilla, 1986).

2.3. Aplicaciones

El entrenamiento en solución de problemas sociales de D'Zurilla se ha utilizado en un amplio conjunto de conductas, (Becoña, 1993; Becoña &

Gutiérrez-Moyano, 1987; D'Zurilla, 1986; Nezu & Nezu, 1991), como intervención en crisis, abuso de sustancias adictivas (alcohol, drogas, tabaquismo, obesidad, juego patológico), trastornos de ansiedad y estrés, depresión, problemas de pareja, malos tratos, problemas comunitarios, bajo rendimiento académico e indecisión vocacional, control de la ira y de la agresividad en niños normales y retrasados, etc. En los últimos años destaca su aplicación a la depresión y en el área de la salud con pacientes con cáncer y familiares de éstos, especialmente, del grupo de Nezu (Nezu, Nezu & Perri, 1989).

La terapia de solución de problemas se ha considerado, desde su aparición como "una de las terapias con mayor futuro y aceptación en el campo del tratamiento, y al mismo tiempo, puede ser un adjunto a otros tratamientos psicológicos o físicos" (Hawton & Kirk, 1989, p. 425).

3. Medicina conductual

3.1. Definición y origen de la medicina conductual

Brik (1973), al intentar expresar la importancia de la intervención de las técnicas conductuales, especialmente bioretroalimentación, dentro de padecimientos como el asma, la epilepsia, dolor de cabeza tensional, migrañas y enfermedad de Reynaud, fue quien utilizó por primera vez el término medicina conductual (Programa de la Maestría en Medicina Conductual, 2001) .

Según Schwartz & Weiss, (1978) la medicina conductual surge formalmente en la "Conferencia sobre Medicina Conductual" llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977. Más adelante en una reunión llevada a cabo en la Academia Nacional de Ciencias que toma en cuenta la idea de integración entre pensamiento y tecnología, se definió a la medicina conductual como " Un 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 evolución, tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos, así

como la validación de programas en problemas de salud” (Donker, 1991; Morales, 1997).

El campo de la Medicina Conductual comenzó a crecer rápidamente a partir de ese momento, pues se creó el Journal of Behavioral Medicine como una revista que fomentaba la intervención interdisciplinaria. Al mismo tiempo se estableció la academia de Investigación en Medicina conductual, y se integró como miembro permanente de la Study Section on Behavioral Medicine, perteneciente al National Institute of Health, así como del National Cancer Institute.

Posteriormente, se conformó la Sociedad de Medicina Conductual una organización profesional afiliada a la A.A.B.T., que actualmente cuenta con 3000 miembros y la cual, además de la revista llamada Behavioral Medicine, edita otra revista denominada Behavioral Medicine Update (Programa de Maestría en Medicina Conductual, 2001).

El desarrollo de la medicina conductual implica una aproximación científica diferente dentro del campo de la Salud-Enfermedad. Conduce a la investigación interdisciplinaria y forma un puente entre el estudio de las ciencias biomédicas y las ciencias sociales y conductuales. Cobra vital importancia en la Medicina Conductual la integración del conocimiento empírico que surge de los esfuerzos de la investigación interdisciplinaria (Agras, 1982).

En la actualidad, la medicina conductual ha extendido su ámbito de investigación, ya no sólo a la intervención de padecimientos médicos ya establecidos, sino también a la prevención y mantenimiento de la salud como elementos centrales de la conducta humana. La prevención de la enfermedad mediante cambios conductuales y medioambientales se percibe como el aspecto de mayor importancia para controlar algunas enfermedades crónicas que aquejan a nuestra sociedad (Morales, 1997).

Los expertos han demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos de las enfermedades y la interrelación de éstos con factores medioambientales. Resalta el papel del psicólogo, ya que es bien conocido y comprobado que la manera en que uno vive (estilos de vida), como el vivir en

áreas altamente contaminadas, la obesidad, la vida sedentaria, utilizar cinturones de seguridad, el fumar, el consumir alcohol en exceso y, sobre todo, el estrés cotidiano influyen en nuestra salud, y que los tratamientos únicamente médicos no son suficientes para restablecer y mantener la salud. Es necesario identificar conductas que disminuyan el riesgo de la enfermedad y favorecer las para ayudar a los individuos a conservar su salud, lo que implica un cambio y mantenimiento de un nuevo estilo de vida (Seligson, Reynoso-Erazo & Nava, 1993).

Podemos darnos cuenta que el campo de la medicina conductual aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos mediante diferentes estrategias de afrontamiento, que implican entrenar al paciente a apegarse a los tratamientos, así como a adaptarse a esta nueva condición de vida. Con esto se logra el disfrute de la vida a pesar del problema de salud y se evita el deterioro psicológico y conductual. Mejora así en general la calidad de vida del paciente. Esto lleva a que la investigación en salud hoy en día, a no sea únicamente biomédica, sino integral o interdisciplinaria. Permite así un mejor manejo al enfermo, trabajo en prevención de conductas de alto riesgo y, sobretodo, el mantenimiento de la salud de las personas sanas (Seligson, et al. ,1993).

3.2. Aportaciones de la terapia cognitivo-conductual a la medicina conductual

Como mencionamos anteriormente la medicina conductual surgió como un puente entre la psicología y los padecimientos psicósomáticos o médicos, lo que abrió las puertas a la psicología a diferentes problemáticas. En un principio las intervenciones iban dirigidas sólo a cambios en el estilo de vida asociados con el desarrollo de enfermedades, o bien, a la conservación de la calidad de vida de pacientes enfermos. Tales intervenciones eran meramente conductuales, la modificación de conducta de estos estilos de vida permitía al enfermo no complicar aun más su condición de enfermedad o bien a personas sanas a conservar su salud.

Sin embargo, en la actualidad se puede decir que no sólo el estilo de vida o conductas patógenas son lo que presenta un paciente con una enfermedad, sino que las enfermedades, y dentro de ellas las crónicas degenerativas, impactan de manera significativa en la calidad de vida del individuo y su familia. Se ven involucrados otros elementos debido a que desde el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad se genera un impacto emocional importante. Ejemplo de esto el diagnóstico de cáncer que lleva a desarrollar padecimientos psicológicos como ansiedad y depresión además del padecimiento médico (Sanchez-Sosa, 2002). La ansiedad y la depresión podrían también obstruir la adherencia al tratamiento médico del paciente y llevarlo a un deterioro más rápido de su condición física. El 20 - 25 % de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas generan síntomas psicológicos clínicamente significativos.

La importancia de fomentar conductas que disminuyan hábitos de riesgo para el paciente como fumar, una dieta no saludable, entre otros y aumentar las de autocuidado es muy importante y necesario para un paciente con una enfermedad crónica. Pero existen otras variables importantes que también deben tomarse en cuenta como son, los pensamientos y creencias que se generan alrededor de una enfermedad crónico degenerativa. Un ejemplo son las atribuciones que hacen los pacientes acerca del origen de sus padecimientos que los llevan a tomar decisiones de tratamiento poco eficaces que disminuyen la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento oportunos. En un estudio de Lacroix (1991) se encontró que la atribución que se hacía a los síntomas de algunos padecimientos médicos serios, era de creencias sobre dolencias sin importancia (Craig, 2001).

Esto ha abierto un espacio a la terapia cognitivo-conductual dentro de la medicina conductual. Burns & Beck (1978) sugieren su eficacia en los padecimientos de depresión y ansiedad que son las reacciones psicológicas más comunes en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Otros padecimientos en los que existen datos sobre la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales, según Craig, (2001), son el cáncer, el síndrome de fatiga

crónica, la bulimia nerviosa, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los ataques de pánico, etc. Se ha extendido el tratamiento conductual al área cognoscitiva en todos los ámbitos del funcionamiento humano.

4. El impacto psicológico del cáncer en el enfermo y el cuidador primario

4.1. Enfermedades crónico degenerativas

En los últimos años se ha presentado un cambio en la estructura de la población. Gracias a los avances médicos notables se ha logrado controlar en gran medida las enfermedades infecciosas. Esto ha dado como resultado el aumento en la esperanza de vida de la población adulta y anciana. Ahora se viven más años, pero ¿con qué calidad de vida?. Nos hemos esforzado por conservar la vida, pero ¿la salud?. Estos años ganados de vida generalmente son acompañados de enfermedades crónicas degenerativas. Ya no nos morimos de diarreas, nos morimos de infartos, diabetes, cáncer, etc. Estas enfermedades no matan rápidamente, sino disminuyen nuestra calidad de vida precisamente durante esos años que hemos ganado de vida. Esto constituye un problema, ya que también han aumentado los ingresos hospitalarios con el consecuente alto impacto económico y social (Buendía,1999).

Esto se refleja en las estadísticas que indican que las enfermedades crónico-degenerativas se encuentran entre las primeras 10 causas de muerte en nuestro país. Han ocupado los lugares subsecuentes durante 1999: enfermedades del corazón, primer lugar; diabetes tipo 2, tercer lugar; y enfermedades cerebro-vasculares, sexto lugar (Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, 2001).

Jáuregui (2002) ha resumido en los siguientes aspectos sobresalientes, la problemática y trascendencia de los padecimientos crónicos-degenerativos.

- a) Éstos ubican en los primeros lugares de morbilidad y mortalidad, tanto en consulta externa como en hospitalización.

- b) Se observa un aumento progresivo del número de pacientes en edad productiva con enfermedades crónico-degenerativas, con el consiguiente costo, las incapacidades y la disminución de la productividad.
- c) Son enfermedades que tienen factores de riesgo conductuales, los cuales pueden ser modificables y previsibles.
- d) Son enfermedades para las que no se ha logrado abatir el descontrol asociado al padecimiento, con el consecuente aumento de complicaciones crónicas y agudas y el deterioro en la calidad de vida.
- e) Los programas prioritarios de las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y SSA) sólo cuentan con estrategias educativas y de orientación y no consideran los aspectos cognoscitivos, afectivos y sociales de la conducta de los enfermos.

Existen diferentes factores que se involucran en el continuo salud enfermedad que al combinarse pueden llevar al individuo a enfermar, éstos son la genética, la nutrición los factores medioambientales, los servicios del cuidado de la salud y, por supuesto, los elementos psicológicos y sociales (Sánchez-Sosa, 2002). Por esta situación, podemos reforzar la idea de que las intervenciones en pacientes con una condición de enfermedad no se pueden reducir a un tratamiento sólo médico, tienen que implicar un manejo integral y multidisciplinario.

4.2. El cáncer

El término de cáncer no describe a una sola enfermedad, sino alrededor de 200 clases diferentes de cáncer. Sin embargo, las diferentes clases de cáncer tienen una característica en común el incontrolable crecimiento y acumulación de células anormales. Las células normales obedecen a una preprogramación genética y siguen reglas únicas para cada tipo de células de la piel, del cerebro, etc. Estas se dividen, maduran, mueren y se reemplazan de acuerdo con este plan ordenado. Las células cancerosas no siguen las reglas

biológicas, pues se dividen más rápidamente, tienen un crecimiento desordenado y no maduran propiamente.

Las células cancerosas son inmortales no saben cuando parar de dividirse o cuando morir, pueden destruir el tejido normal que se encuentra a su alrededor y tienden a expandirse en el cuerpo. La acumulación de las células anormales eventualmente forma una masa o tumor, del que posteriormente pueden desprenderse células y desarrollar uno nuevo en otra parte del cuerpo, tal proceso le llama metástasis. Eventualmente los órganos y sistemas afectados no pueden seguir sus funciones, lo que puede llevar a perder el órgano o a la muerte (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1999).

Existen diversos factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de esta enfermedad, varían dependiendo de la clase de tumor. Algunos factores de riesgos son: La disposición genética o historial familiar positivo a cáncer, ciertos virus como el Virus del Papiloma Humano en el cáncer cérvico uterino, ciertas drogas como el tabaco para el cáncer de pulmón o la administración inadecuada de estrógenos para el cáncer de mama, la exposición constante a químicos como insecticidas, fertilizantes, a rayos ultravioleta, entre otros (Herrera, Granados, & de la Garza, 2003; Nezu et al., 1999).

El tratamiento para el cáncer básicamente consiste en quimioterapia, radioterapia y cirugía. Estos tratamientos pueden aplicarse solos o una combinación de éstos, dependiendo de cual sea la mejor intervención para el paciente.

La quimioterapia puede usarse como cura, control o paliativo en un proceso de cáncer. La quimioterapia es un tratamiento sistemático, la aplicación de la droga no sólo ataca a las células malignas, sino también a algunas sanas del organismo, como las células del riñón y neuronas dependiendo del tipo de droga. Sin embargo, los efectos más comunes de la quimioterapia son la pérdida del cabello, baja de glóbulos blancos y plaquetas, náusea, vómito, diarrea, diferentes tipos de infecciones por la pérdida de glóbulos blancos y plaquetas que pueden llevar a un aumento en la temperatura corporal.

La radioterapia también es un tratamiento que se puede utilizar como cura, control o paliativo. Este es un tratamiento local, se utilizan alta energía o partículas para destruir las células cancerígenas. Las células normales pueden verse afectadas por la radiación, pero tienen la capacidad de recuperarse rápidamente, las cancerígenas no. Los efectos secundarios de este tratamiento son acumulativos a diferencia de la quimioterapia y dependen de la zona radiada. Algunos de éstos son: diarrea, náusea, vómito, pérdida de cabello, oscurecimiento de la piel, resequedad o anemia.

La cirugía es un tratamiento mutilatorio y produce efectos secundarios dependiendo del lugar donde esté localizado el cáncer. Por ejemplo, la mastectomía trae, además de problemas de inmovilidad del brazo del lado del seno afectado, una serie de problemas con la apariencia e identidad que repercuten en el estado emocional de la paciente y en su relación de pareja, etc. (Herrera, et. al. 2003; Nezu et al,1999).

4.3. Epidemiología y Etiología

Se calcula que cada 4 de 10 mexicanos desarrollen alguna forma de cáncer y 1 de cada 5 muera por esta causa. Desafortunadamente, la frecuencia y la mortalidad del cáncer es creciente. En México, la tasa de mortalidad fue de 14.2/100,000 habitantes en 1992 y para 1994 había aumentado a 40/100,000. En 2003 ocupó el segundo lugar como causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y representó el 11% del total de muertes ocurridas en el país, correspondientes a 44,423 personas fallecidas (Herrera, et. al., 2003).

4.4. Aspectos psicológicos del cáncer en el enfermo

La experiencia de cáncer requiere de una adaptación substancial al cambio y se da desde el inicio de la enfermedad. Antes del diagnóstico el paciente tiene que someterse a estudios dolorosos e invasivos como la biopsia, cambios biológicos relacionados con la apariencia física, hormonal, actividad y el estado general de salud, puede requerir de un ajuste psicosocial significativo.

Estos cambios pueden afectar negativamente el funcionamiento general del individuo, como el funcionamiento sexual, la salud mental y el bienestar en general. El tratamiento y la recuperación suelen requerir cambios en la conducta. Por ejemplo algunos pacientes pueden requerir la disminución o incluso la cesación de la conducta como fumar y beber alcohol. Deben aumentar conductas, como una dieta saludable, hacer ejercicio, acudir al hospital, tomar medicamentos, adaptarse a estudios invasivos y dolorosos, incrementar sus cuidados. En términos de funcionamiento psicológico propiamente podría verse afectada la forma de percibir la vida, los pensamientos y creencias que tienden llevar al paciente con cáncer a presentar niveles elevados de sufrimiento y pesimismo. Emocionalmente suele encontrarse reacciones emocionales como ansiedad y depresión. El suicidio en esta población también es alto (Nezu et al, 1999).

Como en toda transición, la persona se expone a una crisis que le exige recursos que, en ocasiones, no posee, como el estilo de afrontamiento, la red interpersonal, y situaciones como trabajo, religión, sexo, metas personales, etc. Por ejemplo, algunos pacientes con cáncer que trabajan, tienen que dejar de hacerlo durante el tratamiento o recuperación. Dejar algunas actividades o responsabilidades y tener que depender de otros, como en el caso de los pacientes que son padres de niños pequeños, impide llevar un adecuado cuidado de la familia. El cansancio y los gastos pueden ser variables que afecten la relación de pareja o las relaciones cercanas. La creencia de que el cáncer es sinónimo de muerte afecta la percepción de la enfermedad, lo que se interpreta como una sentencia de muerte y lo experimenta con un gran malestar, tanto el paciente como su familia (Nezu, et al.,1999).

4.4.1. Etapa Pre-diagnóstico

Esta etapa se marca desde el momento en que representa la molestia y la posibilidad de padecer cáncer. En este momento el paciente tiene que someterse a una serie de estudios invasivos y dolorosos, visitas frecuentes al médico y sobretodo enfrentarse a la incertidumbre de padecer esta enfermedad.

Generalmente, los pacientes en esta etapa presentan ansiedad al anticipar un diagnóstico positivo de cáncer. En un estudio Hughes, et al. (1986) evaluaron ansiedad y depresión en mujeres que presentaban síntomas de cáncer de mama, y encontraron que el informe del 25% de las mujeres fue de ansiedad grave al inicio de la enfermedad, y del 7% depresión, por lo que se concluyó que la reacción de ansiedad es más común de lo que se pensaba en la etapa inicial del cáncer (Jacobsen & Holland, 1991).

4.4.2. Durante el diagnóstico

Ante esta situación sólo se pueden obtener dos resultados, el negativo o el positivo a cáncer. En el caso de que la resultado sea positivo, la persona suele reaccionar de diferentes formas dependiendo de su estilo de afrontamiento. Algunas reaccionan con crisis de shock, enojo, incredulidad, por lo que muchos médicos prefieren dar el diagnóstico al paciente en presencia de la familia.

Algunos pacientes se hacen preguntas retóricas ¿Por qué a mí?, ¿Por qué tengo cáncer?, rumian este tipo de preguntas en su mente con una duración inespecífica. Otros aceptan la realidad de su situación médica, sin embargo reaccionan con enojo y pueden externarlo o dirigirlo a los otros. Este enojo puede dirigirse al personal médico por no detectar el cáncer con anterioridad, a la tecnología por no dar una cura, a los miembros de la familia por no haberlos dotado de hábitos saludables, al cónyuge, a la religión o con Dios. Esto tiene que ver con los factores a los que el paciente atribuye el cáncer.

Otros pacientes presentan una combinación de emociones, y manifiestan sentimientos de tristeza o depresión, miedo al tratamiento, miedo a morir, la incertidumbre de estar bien en el futuro. Otros prefieren vivir solos esta situación, porque temen las reacción de los otros o no quieren que los perciban con lástima, débiles o diferentes.

A pesar de que los aspectos emocionales de la enfermedad son entendibles, la naturaleza progresiva de la enfermedad podría no brindar el tiempo suficiente para contemplar que es lo que pasa y su nueva situación. Las

personas con cáncer se ven inmediatamente forzadas a pensar en su estatus financiero, reflexionar sobre lo que desean de su vida, en opciones de tratamiento, entre otros aspectos psicosociales. Si ellos son la primera persona de su familia que padece cáncer, podrían tener pocos conocimientos sobre qué esperar durante el curso de la enfermedad. Para observar las diferentes alternativas de tratamiento, se requiere una educación amplia para calcular el proceso clínico, el tipo de especialistas que necesitan, encontrar un centro en donde se reciba atención con eficacia y calidez para llevar el tratamiento, transporte y otros datos de logística de tratamiento. Esto depende de las estrategias de afrontamiento, también de la información que se maneje en el diagnóstico y la información que se tenga, y afecta si se percibe como catastrófica esta nueva situación. Aquí es importante que se maneje un mínimo de información necesaria al paciente, que le de la opción de elegir la mejor alternativa de tratamiento.

Este podría ser un buen momento para introducir habilidades de afrontamiento, para que el paciente enfrente sus reacciones emocionales y las comprenda, para mostrarle nuevos caminos para prevenir emociones que pudieran perjudicar o interferir con una decisión racional sobre el tratamiento y los planes sobre el futuro a corto y largo plazos (Jacobsen & Holland, 1991; Nezu et al,1999) .

4.4.3. Durante el tratamiento

Los tratamientos del cáncer son aversivos y con muchos efectos secundarios que llevan a las personas a percibir el cáncer como la peor de las enfermedades, si los síntomas del cáncer no se han tratado a tiempo.

Generalmente, los pacientes reciben quimioterapia, radiación y cirugía o la combinación de éstos. La quimioterapia implica el uso de más de 50 drogas, por lo que los efectos secundarios podrían variar. Muchos experimentan náuseas y vómito, problemas intestinales, diarreas, pérdida del cabello, etc. El síntoma más común de las radiaciones es la fatiga, las quemaduras, la pigmentación de la piel y otros efectos dependiendo del lugar radiado. Es común

que estos efectos secundarios generen sufrimiento en los pacientes. En cuanto a la cirugía depende del tipo y lugar en donde se lleve a cabo, generalmente afecta la imagen corporal, concerniente a los cambios en la apariencia física. Cuando las personas empiezan el tratamiento, los sentimientos de pérdida y la falta de control pueden aumentar. Además, el cáncer es ahora una nueva condición y el paciente podría sentir que no encaja en sus actividades sociales o laborales. Tal vez ahora también requiera ir más frecuentemente al hospital o internarse. Puede sentir ansiedad cuando va a la consulta médica, al anticipar resultados, procedimientos. En el caso de no atenderse a tiempo podría aumentar su ansiedad y vivir el tratamiento como la peor de sus experiencias. El depender de otros también genera pensamientos de inutilidad o impotencia en el paciente, pues a veces no puede cumplir con sus necesidades básicas y requiere de ayuda. Las personas, cuya fuente de ingreso es la principal en la familia, podrían presentar pensamientos de inadecuación por no seguir trabajando. La reducción del contacto sexual con la pareja es otro factor que lleva a conducir al deterioro de la relación.

Las personas con cáncer que desempeñan el rol de padres deben enseñar a sus hijos a afrontar esta situación con ellos. Esta situación generalmente puede producir un estado de estrés y emociones negativas en muchos pacientes con cáncer.

Es importante en esta etapa la red social, pues ayuda al paciente a soportar estas emociones, además de prestarle apoyo, llamándole, o acompañándole al hospital. Es posible que se desarrollen problemas cuando las expectativas del paciente no se cumplen y éste perciba a los demás con poco interés, y perjudicar su adaptación a la enfermedad. El cambio de rol en la estructura familiar se ve afectado, al no poseer ya la energía suficiente para mantenerse en ese rol.

En el transcurso de la enfermedad, las reacciones del individuo dependen del curso que tome la enfermedad. Es posible que ya no sea necesario continuar con otro tratamiento, pero si tal vez requiera de otro

tratamiento o se le haya dado la noticia del que el tratamiento sólo era paliativo, implicaría una reorganización de su pronóstico.

Cuando los tratamientos no dan los resultados esperados, se tiene que tomar otra serie de decisiones sobre el tratamiento, la expectativa de éste, la sobrevivencia, y evaluar las ventajas y la calidad de vida.

Las personas en esta fase tienen que enfrentar la idea de muerte y el impacto de ésta en la familia y amigos, lo que lleva al aumento de los síntomas de ansiedad y depresión. Aparecen una serie de estresores ¿Cuánto tiempo me queda?, ¿Quién va a cuidar de mis hijos, a mi mascota?, ¿Cómo le voy a decir a mi familia?, ¿Cómo va a reaccionar mi pareja, familia o amigos?, ¿Cómo puedo preparar a los niños?. Podrían sentir miedo ante la pérdida de control en su vida. En casos extremos pueden idear el suicidio pasivo, es decir dejarse morir dejando de comer, o suicidarse (Nezu, et al., 1991).

4.4.4. Periodo libre de enfermedad

Cuando el tratamiento se ha terminado y se ha tenido una respuesta favorable, se inserta al paciente en el estilo de vida que llevaba antes, pero ahora tiene que incluir una dieta y ejercicio, entre otros cuidados. En esta etapa puede presentarse miedo a una recaída y a su nueva imagen corporal. Las recaídas suelen ser difíciles, pues significan volver a empezar y esto puede generar en el enfermo ansiedad, depresión y desesperanza (Nezu, et al., 1991).

4.5. El cuidador del paciente con cáncer

Anteriormente se revisó que el paciente en condición de cáncer presenta ciertas características y necesidades; necesidades que en su gran mayoría debe cumplir la familia o el cuidador primario, lo que representa para éstos una carga considerable de trabajo, que en ocasiones lleva a desatenderse. Esto aumenta el cansancio y torna la situación más difícil.

El cuidador primario es el pilar del paciente con cáncer, no sólo en el aspecto emocional, ya que puede presentar conceptos e interpretaciones inadecuadas de la enfermedad o de los tratamientos. En algunas ocasiones,

confunde los efectos secundarios del tratamiento con signos de empeoramiento de la enfermedad, lo que conduce a actitudes de desconfianza del tratamiento, lo que repercute seriamente en el paciente, pues entorpece el trabajo médico.

Esto lleva a cuestionar ¿quién cuida al cuidador? Estas personas que generalmente son familiares del enfermo, en las que recae todo el peso de la enfermedad del familiar, no sólo hacen un esfuerzo físico para atender al paciente que los desgasta, sino que hacen un doble esfuerzo emocional al cargar con sus emociones de pérdida y duelo, y tener que funcionar como apoyo emocional al enfermo. Esta situación pone en riesgo su salud física y bienestar psicológico.

Existen factores que ponen a una persona en riesgo de enfermar y afectar su bienestar físico, mental y social. Morales (1997) menciona que una persona está en riesgo de enfermar cuando:

1. Su “estilo de vida” incluye comportamientos nocivos para la salud (beber alcohol, fumar, sedentarismo) y el ambiente social refuerza estos comportamientos.
2. En su ambiente inmediato se presenta un mayor número de acontecimientos significativos que la obligan a esfuerzos adaptativos.
3. Dispone de menos recursos personales para interactuar con estos acontecimientos.
4. Su patrón habitual de comportamiento se orienta a la hostilidad y la competitividad.
5. La estructura de sus creencias de salud la hacen sentirse poco vulnerable a la enfermedad.
6. Cuando dispone de pocos recursos de apoyo social.

Como podemos observar, el ambiente y los sucesos de la vida cotidiana pueden llevar a una enfermedad. Estos sucesos vitales se entienden como aquellos hechos deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto y que ejercen un impacto importante en términos de vivencias emocionales o que

introducen cambios en los hábitos y costumbres que requieran de un esfuerzo adaptativo (Buendía, 1993).

Díaz y Morales, (1990, en Morales, 1997) apoyan la idea de que la ocurrencia de estos acontecimientos actúan como precursores de estados de enfermedad o accidentes. Operan como situaciones de gran tensión que activan respuestas neuroendocrinas. Esta situación de gran tensión puede implicar cambios tales como aumento en la tensión arterial, modificaciones en el metabolismo de los lípidos o cambios de estado de ánimo, por ejemplo, depresión y ansiedad. También podría afectar la atención activa, lo que dificulta la capacidad laboral y crea una cierta propensión a los accidentes, o lleva a la persona a adoptar o intensificar ciertos comportamientos nocivos para la salud como fumar, ingerir bebidas alcohólicas, etc. Esta constante activación se puede observar claramente en los cuidadores primarios, ya que tienen que llevar a cabo sus actividades cotidianas, cargar con sus propias emociones y, además, cubrir las necesidades de cuidado y cambios emocionales del enfermo, lo que los lleva a desarrollar reacciones emocionales como ansiedad y depresión.

El proporcionar al cuidador primario recursos para afrontar de manera funcional y adaptativa la nueva condición de su familiar o paciente que depende de él, suele generar bienestar y apoyo adecuado en esta etapa tan difícil en su vida. El apoyo social es un amortiguador importante del estrés, por lo que el cuidador estará en condiciones de brindar al paciente una opción de mejora en su calidad de vida y facilitar su adaptación y su aceptación del cáncer de su familiar (Black & Todd, 2002).

4.6. La ansiedad

El estrés implica una descompensación entre las demandas del ambiente y los recursos con los que cuenta el individuo, en el momento en que se tiene que hacer frente a tales demandas. Se convierte así en un factor desencadenante de enfermedad y de reacciones emocionales como la ansiedad (Buendía, 1993).

La ansiedad se considera un fenómeno afectivo, intenso y difuso, o bien un estado emocional displacentero. Caracterizada por un estado semejante a la señal de peligro inminente, interno o externo, y por la preparación psicológica esta respuesta no es proporcional al evento, es irracional y persiste aunque esté o no presente el estímulo. Este estado emocional displacentero tiene manifestaciones, físicas, cognitivas y conductuales (Solloa, 2001).

Dentro de las manifestaciones físicas de la ansiedad se observa con un incremento en la actividad del sistema nervioso autónomo: frecuencia cardíaca y respiratoria aceleradas, aumento de la tensión arterial, sudoración, resequedad de boca, vasoconstricción que genera disminución de la temperatura periférica y piloerección, dolor abdominal difuso, temblor principalmente de manos, deseos de orinar, ondas repentinas de calor o frío y enrojecimiento o palidez del rostro. Cuando alguno o varios síntomas persisten se puede ocasionar cefaleas, trastornos digestivos, náuseas y posible vómito (Solloa, 2001).

Cognitivamente, esta dimensión involucra la experiencia mental de la persona, lo que piensa sobre algo que está pasando y el informe de lo que siente. La participación del mecanismo de pensamiento y atención selectiva hacia claves de sucesos amenazantes, acompañados por pensamientos anticipatorios y ciertas imágenes, se relacionan con la ansiedad. Se observa también distorsiones del pensamiento, fantasías y aprensiones de lo que podría acontecer o de lo que ya aconteció (Solloa, 2001).

Conductualmente, se observaran manifestaciones como voz temblorosa, posturas rígidas, temblor de manos, llanto, onicofagia, tics, explosiones de cólera y agitación psicomotriz. Conductas sociales más complejas y con implicaciones psicosociales son la evitación, la inhibición del comportamiento, la dependencia ansiosa que consiste en un lazo excesivo, entre otras (Solloa, 2001).

La mejor forma de reducir el riesgo de generar reacciones emocionales de ansiedad, es enseñar al individuo formas de afrontar estas situaciones estresoras de manera funcional. La terapia de solución de problemas nos ofrece esta alternativa, ya que el entrenamiento de solución de problemas lleva al

paciente a focalizar el problema, generar alternativas de solución y elaborar un plan de acción, con esto el paciente afronta el problema con mejores recursos que permiten predecir eficacia de la alternativa de solución. Esto conlleva a reducir los niveles de ansiedad generados por la incertidumbre o pensamientos catastróficos en el paciente ante situaciones estresoras.

5. Programa de Intervención para Familiares de Paciente con Cáncer

Esta sección tiene el propósito de describir el programa de intervención que tuvo como objetivo reducir los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer, mediante la técnica de solución de problemas.

5.1. Participantes

Participaron en el programa de intervención tres cuidadores primarios de pacientes con cáncer de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México, seleccionados a partir de una invitación abierta entre quienes acudieron a solicitar el servicio.

Criterios de inclusión:

- Que el participante tenga a su cargo un paciente con cáncer.
- Que sepa leer y escribir.
- Que acceda a participar en la intervención voluntariamente.

Criterios de exclusión:

- Que presenten sintomatología psiquiátrica, ejemplo: depresión mayor o psicosis.
- Que esté recibiendo apoyo psicológico.

Criterios de eliminación:

- Que presente algún intento suicida durante el tratamiento.
- Que tenga más de tres faltas a las sesiones de tratamiento.
- Que no cumpla con los ejercicios realizados en la sesión, ni con tareas.

5.2. Escenario.

La intervención se llevó a cabo en un consultorio de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México, dicho escenario es un lugar reducido en donde hay dos silla, una mesa y un archivero.

5.3. Instrumentos

1. Entrevista semi-estructurada.

La entrevista semi-estructurada se creó con el fin de recabar los datos sociodemográficos del enfermo y el cuidador. También se elaboraron 17 preguntas sobre pensamientos y emociones de los familiares con respecto a la enfermedad de su familiar. Dentro de estas 17 preguntas, también se le pide al cuidador que hable de la información que posee de la enfermedad los tratamientos y los efectos secundarios de estos, así como de las necesidades de este.

2. Inventario de ansiedad de Beck.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), diseñado para evaluar sintomatología ansiosa, la versión estandarizada y confiabilizada en población mexicana, se utilizó en este trabajo.

El BAI consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califican en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa “poco o nada” y 3 “gravemente” de sintomatología ansiosa.

Las normas de calificación del BAI son las siguientes:

Nivel de Ansiedad	Puntaje Crudo	Rango Percentilar
Mínima	0-5	1-10
Leve	6-15	25-50
Moderada	16-30	75-90
Severa	31-63	95-99

El inventario demostró una alta consistencia interna, con un alpha de .84 y .83, una alta confiabilidad test-retest, por lo que se puede considerar una escala confiable para evaluar sintomatología ansiosa. También demostró validez pues los pacientes con trastornos de ansiedad puntúan más alto que las personas sanas (Varela, Jurado & Páez, 2001) Ver anexo ().

3. Inventario de depresión de Beck.

Se utilizó para medir síntomas depresivos la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998) (Ver Anexo...). Este inventario se diseñó para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento cuenta con 21 reactivos, cada uno de ellos con cuatro opciones de respuesta, las cuales describen la gravedad de la categoría sintomática y conductual elevada. Las puntuaciones van de 0 a 4, 0 indica la ausencia de de sintomatología y 4 representa la severidad máxima del síntoma.

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 1. Ánimo | 8. Ideación Suicida | |
| 2. Pesimismo | 9. Llanto | 15. Trastorno del Sueño |
| 3. Sensación de Fracaso | 10. Irritabilidad | 16. Fatigabilidad |
| 4. Insatisfacción | 11. Aislamiento | 17. Apetito |
| 5. sentimientos de Culpa | 12. Indesición | 18. Pérdida de Peso |
| 6. Sensación de Castigo | 13. Imagen Corporal | 19. Preocupación Somática |
| 7. Auto-aceptación | 14. Rendimiento Laboral | 20. Pérdida de Líbido |

Los primeros catorce apartados corresponden a síntomas afectivo-cognitivos y los restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para diagnosticar la depresión mayor. Las normas de calificación de Invierno de Depresión de Beck se presentan a continuación:

Nivel de Depresión	Puntaje Crudo	Rasgo Percentilar	
		Población General	Población Estudiantil
Mínima	0-9	4-61	5-59
Leve	10-16	66-81	64-86
Moderada	17-29	83-96	88-97
Severa	30-63	97-99	98-99

Los datos de estandarización del Inventario en México muestran una consistencia interna de 0.78, además, se demostró que el instrumento cuenta con una adecuada validez de constructo y discriminante (Jurado et. al., 1998).

5.4. Procedimiento

Se hizo una invitación abierta a los familiares por medio de carteles en las salas de espera. En el momento en que el participante se presentaba en el consultorio, se le informaba sobre la existencia de este servicio y se les invitaba a participar en el programa de intervención. Sí accedía voluntariamente se le informaba sobre el objetivo de la intervención, posibles beneficios, duración y se le subrayaba que si deseaba abandonar la intervención en cualquier momento, no habría consecuencia como usuario del hospital. Se acordaba una nueva cita para iniciar el programa de intervención.

5.5. Intervención

Consistió en ocho sesiones de hora y media cada una. La primera sesión tenía como objetivo que el participante obtuviera información sobre los temas específicos a tratar. Al dar inicio a la sesión, se abría la oportunidad para iniciar con rapport con el terapeuta, en el que se explicaba temas a tratar, se le pregunta al participante qué expectativas tenía de la intervención, qué deseaba lograr. Posteriormente, se aplicaba la entrevista semiestructurada, que permitiera evaluar datos sociodemográficos del participante, del paciente, así como

algunos conocimientos sobre el cáncer y su tratamiento, pensamientos y emociones con respecto al diagnóstico de la enfermedad (Ver Anexo 6).

El objetivo de la segunda sesión era que el participante adquiriera habilidades de orientación al problema, por medio de la observación y el registro. Se iniciaba con una explicación de qué es un problema, cómo identificarlo, qué es la solución de problemas y los pasos que la integran. Posteriormente, se explicaba que es la orientación al problema y, en una hoja en blanco se le pedía describir una situación problema, que en este momento le estuviese afectando y quisiera solucionar. Se le pedía que reflexionara y registrara como esa situación había afectado cada una de las áreas de su vida: salud, emocional, trabajo, actividades sociales, en la relación con sus hijos, economía, relación de pareja, etc. El ejercicio terminaba con la mención de los elementos de una orientación positiva al problema. Al finalizar la sesión se aclaraban dudas y se hacían preguntas con el fin de corroborar que la información se hubiera entendido. Se daban las gracias y se cerraba la sesión.

En una tercera sesión, el propósito era generar en el familiar habilidades de identificación de ideas irracionales implicadas en su problema. Aquí se explicaba el modelo ABC de Ellis y las ideas irracionales. Posteriormente, se realizaba un ejercicio, en donde el cuidador identificaba cuales eran los pensamientos irracionales o racionales. Se continuaba con la identificación de los pensamientos irracionales en su problema, para finalizar la sesión.

En la cuarta sesión se sometían a prueba las ideas irracionales relacionadas con la situación problemática mediante el juego de roles con el terapeuta. Se le enseñaba que es el debate empírico y su utilidad cuando las personas llegan a conclusiones de sobregeneralización, basada en datos insuficientes y el estilo socrático que va enfocado a cuestionar la falta de funcionalidad y lógica e invita al paciente a pensar por sí mismo, y con esto generar nuevas alternativas de pensamiento más funcionales.

La quinta sesión tenía como propósito que el paciente redefiniera el problema, pero ahora con los elementos de análisis ya establecidos y pensamientos funcionales mediante los cuestionarios del perfil de respuesta y el

perfil para reclasificar el problema. Una vez resueltos estos cuestionarios se daba una hoja en blanco, en donde describía la situación problema redefinida y se planteaban metas realistas de solución del problema.

La sexta sesión tenía como propósito generar nuevas alternativas mediante la lluvia de ideas para solucionar el problema, tomar una decisión y elaborar el plan de acción. Alternativas que se evaluaban en términos de ventajas y desventajas. Se llevaba a cabo al final de la sesión la toma de decisiones, y se elaboraba un plan de acción para afrontar la situación problema. Se dejaba como tarea someterlo a prueba.

En la séptima sesión se llevaba a cabo una nueva valoración del plan de acción para solucionar el problema en términos de los resultados obtenidos. Se reforzaban los logros obtenidos, se analizaba y tomaban nuevas decisiones en aquellos aspectos que no se habían logrado.

En la última sesión, se hacía un resumen de todo lo visto durante las sesiones pasadas, se aplicaban los instrumentos utilizados en la primera sesión y se concluía.

6. Formulación de casos

6.1. Primer caso

6.1.1. Ficha de Identificación

Datos del cuidador:

Sexo: Femenino

Edad: 26 años

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Casada

Religión: Católica

Lugar de Residencia: México, D. F.

Número de Hijos: 1

Relación con el enfermo: Nuera

Datos del enfermo:

Sexo: Femenino

Edad: 56 años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Hogar

Estado Civil: Divorciada

Religión: Católica

Lugar de residencia: México, D. F.

Número de hijos: 3

Tipo de tumor: Cáncer de garganta

Tiempo de diagnóstico: Cuatro meses

Tiempo de tratamiento: Cirugía y radioterapia

6.1.2. Motivo de consulta

La paciente acude al consultorio solicitando el apoyo psicológico brindado a los familiares de pacientes con cáncer que estaba anunciado en la sala de

espera de la unidad de Oncología. Debido a que le gustaría conocer más sobre el padecimiento de su suegra, no sabe como tratarla o controlarla cuando ésta se encuentra enojada o triste. Además, presenta una serie de quejas, pues piensa que su suegra es una manipuladora que finge sentirse mal para acaparar la atención de los demás.

6.1.3. Impresión y actitud general

Paciente femenina con edad mayor a la cronológica, complexión robusta, estatura alta, morena clara, se presenta en condiciones de higiene y aliño adecuadas, durante las sesiones se muestra cooperadora, participativa y muy interesada en el contenido de las sesiones.

6.1.4. Antecedentes de importancia

La paciente refiere ser la mayor de sus hermanos, refiere tener una buena relación con ellos, aunque con la hermana menor últimamente han existido algunas riñas. Tiene una buena relación con su madre a la cual frecuenta en un promedio de 2 veces a la semana. Su padre murió cuando ella tenía 18 años.

Se casó a los 22 años y desde ese momento vive en la casa de su suegra, a quién desde hace cuatro meses le diagnosticaron cáncer en la garganta. La paciente informa que la relación con ella no ha sido del todo satisfactoria, a lo largo de su matrimonio han tenido pequeñas disputas, pues la suegra se involucra constantemente en la relación de ella con su esposo. Pero ahora en esta nueva condición, ha tenido que ocuparse de gran parte de los cuidados de su suegra, como recordarle los medicamentos, acompañarla al hospital, cuidar sus alimentos e ingesta de líquidos, además de ayudarla en la limpieza de la casa.

6.1.5. Padecimiento actual

Actualmente diagnosticaron a su suegra de cáncer. En un inicio ella pesó que iba a morir, se preocupó por la reacción que pudiera tener su esposo, pues él tiene una relación muy estrecha con ella, también pensó que cambiarían muchas cosas. Ante esto se sintió desesperada y preocupada. Ahora esta preocupación ha cambiado, reconoce que en un inicio la enfermedad fue una situación novedosa que no esperaban, pero ahora su preocupación es no poder ayudar a su suegra. Esto la frustra y, a veces, la desespera. También siente miedo al pensar que su suegra pudiera tener una recaída. Cuando la suegra está en crisis de enojo, desesperación y llanto, la corre. La paciente menciona que desearía tener habilidades para controlarla y motivarla.

Al preguntarle qué cambios en su vida ha tenido que hacer a partir del diagnóstico de cáncer responde: "Tener que venir al hospital todos los días, dejar de hacer responsabilidades dentro de la casa". "Han aumentado los problemas con mi marido, porque no le lavo, él no ve que estoy en el hospital todo el día y cuando llego no hay agua".

Respecto a su pareja, además de los conflictos de limpieza del hogar, ha aumentado el miedo de que a su esposo le pase lo mismo, pues él, según la paciente, también fuma mucho. Otra situación que la ha afectado es que su esposo, a partir de que se enfermó su mamá, sólo piensa en el bienestar de ésta, y la paciente percibe una disminución del interés y atención a la relación de pareja “yo también necesito atención, él no piensa que yo me siento mal, para él primero siempre ha sido su mamá y después yo, quiero que él me ponga un poco de atención”.

Esta enfermedad ha afectado también, según la paciente, la vida de su hija, debido a que su esposo no le pone la atención adecuada por estar tan pendiente de lo que le pasa a su mamá. “Él piensa que llevándole algún presente con eso repone el tiempo que no está con ella”. Todo este problema la ha llevado a disminuir la motivación en el estudio, piensa que ya le es muy difícil seguir estudiando por falta de tiempo y gusto.

También su economía se ha visto afectada por tener que pagar doctor, medicamentos y algunos otros gastos.

Emocionalmente se siente deprimida y piensa que no puede ser ya un apoyo para nadie, ni para su suegra ni para su hija. Su esposo constantemente le confirma lo anterior diciéndole “estás loca y sólo inventas cosas”.

6.1.6. Examen mental

Al examen mental la paciente refleja estados adecuados de conciencia en tiempo, lugar y persona. Durante las sesiones se mostró con una actitud cooperadora, latencia de respuesta disminuida, humor triste, presenta llanto congruente con su afecto deprimido, con su respuesta psicomotora y expresión verbal. Se encuentra orientada en persona, tiempo y espacio, procesos de atención y concentración sin alteraciones clínicamente significativa, memorias conservadas, sin alteraciones sensoriales. En cuanto al lenguaje es coherente, el volumen de su voz es medio. El contenido del pensamiento se encuentra dirigido a la problemática actual. En cuanto a su capacidad de juicio,

muestra conciencia que lo que está viviendo y que requiere de apoyo psicológico para resolver la situación problema que vive actualmente.

6.1.7. Formulación Cognitivo-Conductual

Esta sección (en cada uno de los casos presentados) se elaboró bajo las sugerencias del Dr. Heman (2006).

- Forma de pensamiento: En cuanto a la forma se observa que es rígido, su estilo de funcionamiento es pobre en el análisis, generaliza, lo que no le permite ver otras alternativas. Las cosas deben de ser como ella las piensa.
- Estructura de pensamiento: La paciente no presenta fallas de orden ni organización. Según Arnáiz e Ibarra (1996), el paciente presenta las siguientes fallas de razonamiento: *premisas verdaderas conclusiones falsas* “él solo piensa en el bienestar de su mamá, pero no piensa que yo también necesito atención”, *totalización-generalización* “siempre es primero su mamá y después yo”, *inferencia arbitraria* “imagino que su enfermedad la está utilizando para chantajear a sus hijos y en cierta forma a los que estamos a su alrededor”, *condicional versus absoluto* “cada vez que llega mi esposo de trabajar ella finge sentirse mal”. Presenta déficit en análisis y síntesis así como anticipación y planeación, lo que la lleva a actuar de forma impulsiva y no visualiza otras alternativas de solución.
- Contenido de pensamiento: “mi suegra nos manipula a todos”, “mi suegra finge sentirse mal y no quiere hacer nada”, “mi suegra debería de hacer algo para que no estar deprimida todo el día”, “sus dolores no deben ser tan fuertes como sus ganas de salir adelante” “mi suegra no debería de decir mentiras”, “no debería manipular”, “mi esposo no debería hacer lo que mi suegra dice”, “mi suegra no debería preocupar tanto a mi esposo”, “mi suegra hace que nos preocupemos mas de lo que realmente le pasa”, “no

es justo lo que me pasa”, “mi esposo debería de brindarme más tiempo a mí, que soy su esposa, y no a mi suegra, pues ella, sólo está fingiendo” y “mi suegra tiene que cambiar y no manipularnos”.

A	B	C
<p>Mi suegra está acostada en el sillón y cuando llega mi esposo y la saluda, ella contesta muy desanimada “mal hijo todavía me duele mucho” y yo estoy en la sala viendo la televisión con ella.</p>	<p>“Que mentirosa y sólo es para manipularlo y que haga todo lo que ella dice”.</p> <p>“Sólo hace que se preocupe más de lo que realmente pasa”.</p> <p>“Si ella se pusiera más mala, ya no voy a creerle que realmente se siente mal”.</p>	<p>Emocional: Enojo</p> <p>Conductual: No me despido y me subo a mi cuarto.</p>

Mapa Clínico.

Los mapas clínicos patogénicos presentados en este apartado son retomados de Nezu, Nezu y Lombardo (2006), para describir gráficamente las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de los pacientes, y especificar las relaciones funcionales entre ellas.

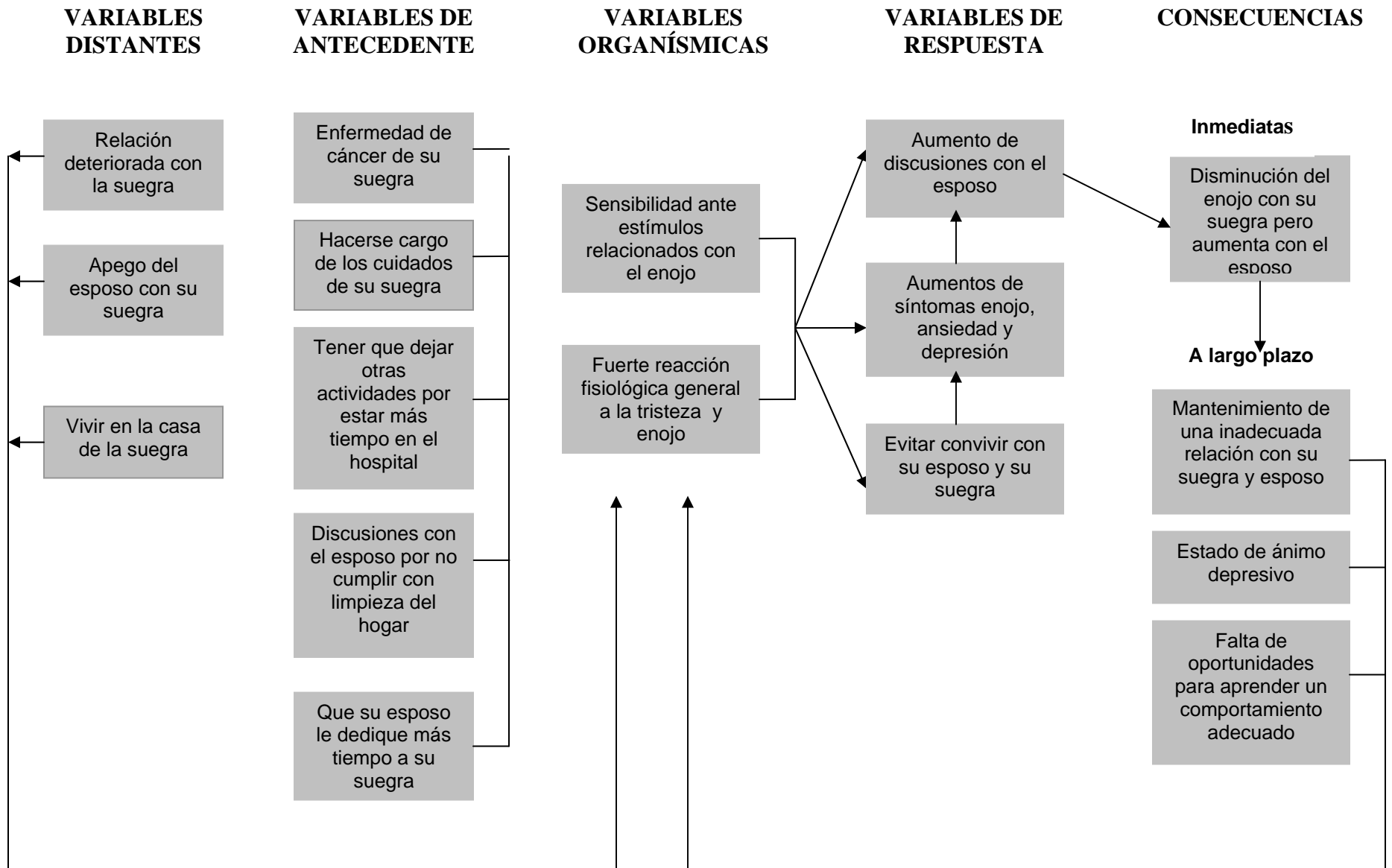


Fig. 1 Mapa Clínico del Caso 1

6.1.9. Tratamiento.

En la orientación general hacia el problema, la paciente percibe como problema que su suegra todo el día se encuentra bien, dentro de sus molestias, pero cuando llega su esposo, la paciente piensa: "mi suegra finge sentirse mal y no quiere hacer nada", "mi suegra debería de hacer algo para que no estar deprimida todo el día", "sus dolores no deben ser tan fuertes como sus ganas de salir adelante". Además, imagina que está utilizando enfermedad para chantajear a sus hijos y los que están a su alrededor.

Se observó que la paciente atribuye a su suegra y a la enfermedad, la causa de su problema. Le da una valoración negativa a la situación, pues le genera alto malestar emocional, deterioro en la relación con su esposo y su suegra. Esto significa para ella, una situación difícil de soportar, que la lleva al fracaso de su familia, ya que no ha logrado resolver esta situación.

El primer paso dentro de la terapia es validar la emoción negativa de la paciente, que surge de la situación problemática relacionada con su suegra y su esposo. Por medio del debate educacional, se lleva a la paciente a comprender la naturaleza de un problema, sus características, lo importante que es identificar lo que se piensa, y se siente física y emocionalmente. La importancia de evitar actuar impulsivamente, cuando está frente a la situación problema.

Mediante la terapia racional emotiva, la paciente identificó las siguientes ideas irracionales relacionadas con el problema: "mi suegra no debería de decir mentiras", "no debería manipular", "mi esposo no debería hacer lo que mi suegra dice", "mi suegra no debería preocupar tanto a mi esposo", "no es justo lo que me pasa", "mi esposo debería de brindarme más tiempo a mí, que soy su esposa, y no a mi suegra, pues ella, sólo está fingiendo" y "mi suegra tiene que cambiar y no manipularnos". Por medio del debate socrático y empírico, se generó en la paciente alternativas de pensamientos racionales, ante las demandas inflexibles, que convirtió en deseos o preferencias.

Lo anterior permitió que esta fase de formulación o definición del problema, se llevara a cabo con mayor claridad y de forma racional.

La paciente logró identificar que el problema no era su esposo, o que su suegra fingiera estar mal, al poner cara de enferma cuando llegaba su esposo, para llamar su atención. El problema real era que cuando llegaba su esposo, ella interpretaba que su suegra ponía cara de enferma o se quejaba con la intención de quitarle la atención de su esposo. Estos pensamientos generaban en ella enojo y conductualmente se retiraba del lugar sin despedirse.

Concluyó que el problema es que, cuando su esposo complacía a su suegra, ella pensaba que él, debía darles más tiempo y atención, a ella y a su hija, no a su suegra. Esto le generaba emocionalmente enojo, molestia y conductas impulsivas.

Al lograr una definición clara y real del problema, se continuó con la formulación de metas, apegadas a esta nueva percepción del problema:

1. Lograr no enojarse cuando viera que su esposo le ponía atención a su madre y cuando ésta se quejara o tuviera actitudes que no le agradaran.
2. Llegar a compartir más tiempo con su esposo y su hija.

Como soluciones alternativas la paciente generó:

1. Fingir estar bien.
2. Salirse con su hija de la casa.
3. No estar en el momento en que su esposo llegara.
4. Cambiar los pensamientos que le molestaban.
5. Quedarse en su cuarto.

Para llegar a la toma de decisiones se evaluó cada una de las alternativas de solución, se enlistaron las ventajas y desventajas, a corto y largo plazo. Posteriormente, se le dió una valoración de 1 a 10 a cada ventaja, en donde 1 nada positivo y 10 muy positivo. También evaluó las desventajas en una escala subjetiva en donde 1 es nada negativo y 10 muy negativo.

La paciente eligió poner en práctica la alternativa que tenía un valor más alto en las ventajas y un valor menor en las desventajas. La alternativa elegida fue la de identificar y cambiar los pensamientos que surgían en el momento en que ella observaba que su suegra manipulaba a su esposo.

El plan de acción que la paciente elaboró es:

1. Identificar los pensamientos que se generaban en la situación problema.
2. Cuestionarse, para generar un nuevo pensamiento.
3. Cambiar el pensamiento por el nuevo más funcional.
4. Cuando su esposo se desocupara expresarle que le gustaría compartir con él un momento, y cuando lo hiciera, reconocerlo y agradecerlo.

Una vez que llevó a cabo el plan de acción, se reevaluaron los resultados obtenidos. La paciente mencionó estar satisfecha con el plan y decidió seguirlo practicando. Solucionar el problema y lograr sus metas, la hacía sentirse muy bien y capaz de lograr solucionar problemas, que había llegado a percibir como irresolubles. El terapeuta reforzó a la paciente y juntas se eligieron el premio que ella deseada recibir.

6.1.10. Resultados Obtenidos

Los instrumentos utilizados fueron Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. Las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento mediante estos instrumentos se ilustran en las siguientes gráficas:

Fig. 2 Cambios del Pretest al Posttest y un Seguimiento a un mes en
Ansiedad del Caso 1

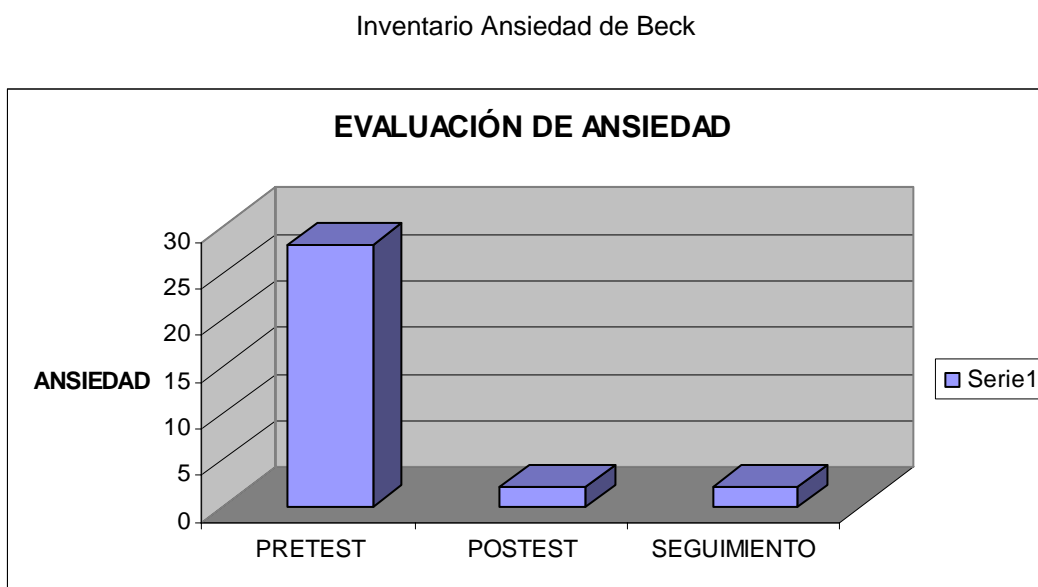
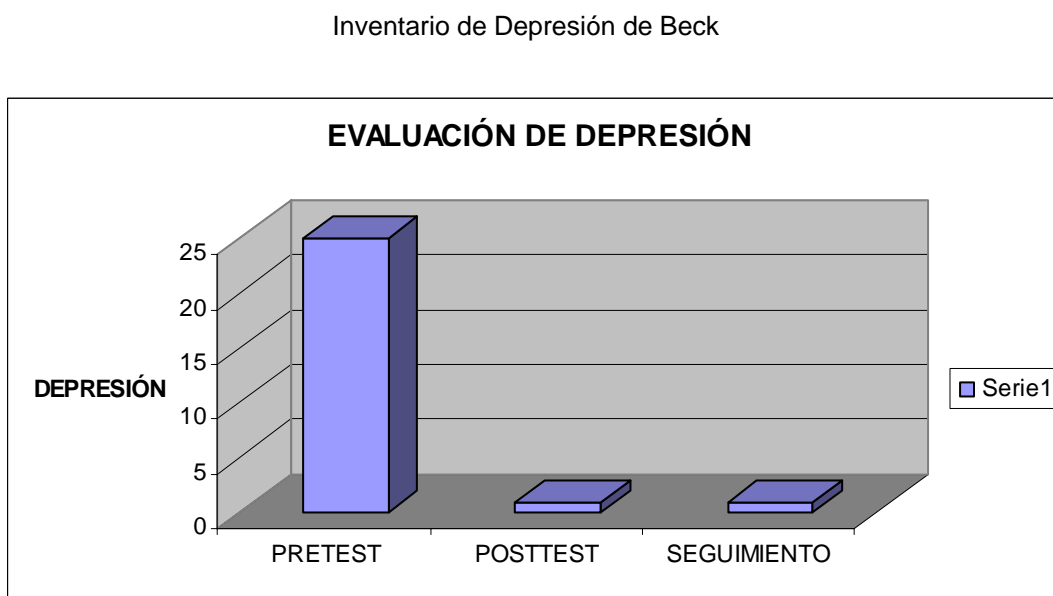


Fig. 3 Cambios del Pretest al Posttest y un Seguimiento en
Depresión del Caso 1



Al finalizar la terapia, se le pidió a la paciente un informe verbal de los avances que ella consideraba haber realizado en el tiempo de terapia y respondió lo siguiente:

“Mediante el plan de de solución de problemas aprendí a controlar mis emociones, a no actuar impulsivamente guiada por la emoción. Estos resultados se acercaron a mi meta en un 100%. Los efectos que esta solución han tenido en mí son que ahora me siento mejor, sin tantos pensamientos irracionales, con una mejor calidad de vida. Ahora he cambiado mi forma de ser y de pensar, puedo notarlo porque ya no grito, ni me exalto tan fácilmente como antes, por lo que estoy satisfecha con los resultados obtenidos en 5 puntos de una escala de 1 a 5, donde 1 es nada y 5 es mucho”.

6.2. Segundo caso

6.2.1. Ficha de identificación.

Datos del cuidador:

Sexo: Femenino

Edad: 45 años

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Hogar

Estado civil: Unión Libre

Religión: Católica

Lugar de Residencia: México, D. F.

Número de Hijos: 3

Relación con el enfermo: Pareja

Datos del enfermo:

Sexo: Masculino

Edad: 65

Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Ninguna actualmente

Estado Civil: Unión Libre

Religión: Católica

Lugar de residencia: México, D. F.

Número de hijos: 3

Tipo de tumor: Cáncer de estómago

Tiempo de diagnóstico: Dos meses

Tipo de tratamiento: Cirugía y Quimioterapia

6.2.2. Motivo de Consulta

La paciente acude a solicitar el apoyo psicológico brindado a los familiares de pacientes con cáncer en la unidad de Oncología. La paciente refiere desear conocer más sobre el padecimiento de cáncer el tratamiento y los efectos secundarios. Además dice encontrarse abatida por el impacto de la nueva situación que la ha acarreado pérdidas, como su libertad, compromisos familiares, trabajo y tiempo para dedicarse a su propia persona. Esto le ha generado peleas y enojos frecuentes con su pareja.

6.2.3. Impresión y Actitud General

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, compleción robusta, estatura media, tez morena, se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, durante las entrevistas se mostró cooperadora, cálida, participativa y tensa por la situación problema que vivía.

6.2.4. Antecedentes de Importancia

La paciente recuerda vivir en unión libre con el enfermo alrededor de 28 años, ella tenía 17 años y el 37 cuando alentada por sus padres decide vivir con él. Ella refiere no haber conocido muchas cosas de la vida en pareja y sin embargo mantenía ilusión. Pero al paso del tiempo la relación se fue complicando pues al ser su pareja 20 años mayor que ella, la celaba constantemente, la agredía física y verbalmente. Bajo este tipo de relación tuvieron tres hijos, una hija de 27 años, y dos hijos varones de 25 y 17 años. Actualmente la mayor es divorciada con dos hijos, y los dos hijos viven aún en la

casa de sus padres; la relación con ellos es buena aunque últimamente discute con frecuencia con el hijo menor quien muestra poco apoyo con la nueva situación de enfermedad del padre.

Hace un par de años logró terminar la relación, vivía con su hija, tenía un trabajo y una propuesta de empleo fuera del país. Pero al enfermar su pareja de cáncer, se comprometió a apoyarlo en los cuidados y regreso a vivir con él.

6.2.5. Padecimiento Actual

Antes del diagnóstico de la enfermedad la paciente había terminado la relación de pareja con el enfermo, se encontraba viviendo con su hija y estaba trabajando por su cuenta como estilista. En el momento que le ofrecieron un empleo fuera de la ciudad de México, en donde aumentarían significativamente sus ingresos; su pareja le comunicó que tenía cáncer. Cuando ella escuchó este diagnóstico por primera vez pensó lo peor, que en cualquier momento su pareja podría morir. Se pensó muy sola y que todo lo que vendría sería muy difícil “no es justo, que empezaba asentirme bien conmigo y con lo que estaba haciendo y me lo quitan de golpe”, ante esto se sintió muy enojada. Ahora el hecho que su pareja padezca cáncer para ella significaba una responsabilidad muy grande, por que le hizo la promesa de que lo ayudaría hasta el final de su tratamiento. Su vida a partir de este momento cambó en diferentes aspectos, ahora pasaba más tiempo en el hospital, comparte más tiempo con su pareja y hablaban de temas de los que antes no hablaban, se toleraban más. También tuvo que dejar de trabajar y hacerse cargo de los cuidados de su pareja, entre otros. Ella se encarga de todos los cuidados del enfermo. Sus hijos a veces le ayudaban en el trasladarlo de su casa al hospital. Por lo anterior ella refiere que la enfermedad de su pareja la afectó de muchas formas. Aunque el había hecho un compromiso con Dios y consigo misma de hacerle sentir bien, no se sentía a gusto “estoy muy enojada a veces y ya no se ni por qué”, “esto se está prolongando cada vez más por los efectos posteriores a los medicamentos”, “me enoja mucho y después me siento muy culpable por sentirme así o pensar de esta manera”. Además a partir de este problema se siente muy insegura y

culpable cuando su pareja le pedía alguna demostración de afecto o alguna caricia íntima.

En el área familiar, disminuyó el contacto con su familia, a partir de la situación problema. Esta le ha dejado toda la responsabilidad de los cuidados de su pareja y manifiesta desacuerdo por haber regresado con su pareja “¿Por qué regresaste con quien no te trató bien?; socialmente disminuyeron las reuniones, pues su pareja no le permite salir de casa, ni de la rutina.

A nivel laboral, tuvo que cancelar citas de trabajo, pues ahora pasaba más tiempo en el hospital, y en casa tenía que encargarse de los cuidados de su pareja. Como su trabajo se empezó a ver afectado, recibía menos ingresos además la cirugía y demás tratamientos afectaron de manera importante su economía.

Esta situación la confundía, pues no entendía bien el problema, deseaba que todo pasara muy rápido. Conforme pasaban los días pensaba flaquearía. “Quisiera salir corriendo, no regresar o quedarse dormida y no despertar jamás”. Ella pensaba que en parte la confusión con la que vivía se debía a la enfermedad de su pareja y, por otra parte a la relación disfuncional en la que vivieron muchos años, todo esto le impedía reconocer que las cosas no eran igual, que la situación era diferente “él ya cambió, porque siento que ahora está en desventaja y ahora yo soy su único apoyo”. Esto la hacía sentirse más irritable, angustiada y físicamente con sensaciones de cansancio, opresión en el pecho, sudoración, así con más apetito.

6.2.6. Examen Mental

La paciente reflejaba un estado de conciencia adecuado, en el aspecto general la paciente se presenta a las sesiones en condiciones de higiene y aliño personal adecuadas. Complexión robusta, con una edad aparente igual a la cronológica, estatura media, su actitud hacia el psicólogo a cargo es cooperadora, presenta una adecuada latencia de respuesta, humor ansioso. Éste es congruente con su afecto angustiado. Su respuesta psicomotora es congruente con su afecto y con la expresión no verbal. Se encuentra orientada

en persona, tiempo y espacio, procesos de atención y concentración sin alteraciones, memoria a corto y largo plazo conservada. No presenta alteraciones sensoriales. En cuanto al lenguaje es coherente, el volumen de su voz es medio. El contenido del pensamiento va dirigido a la situación problema, la enfermedad de su pareja y a la frustración de haber tenido que dejar sus propias metas por atender a su pareja. Presenta adecuada capacidad de juicio e insight.

6.2.7. Formulación Cognitivo-Conductual

- Forma de pensamiento: En cuanto a la forma se observa que es recurrente, pues su estilo de pensamiento fluctúa entre la promesa de hacerse cargo de los cuidados de su pareja enferma y la posposición de sus metas.
- Estructura de pensamiento: La paciente presenta fallas en orden y organización, pues se le dificulta organizar sus tareas laborales, de cuidados hacia el enfermo, actividades del hogar y personales que la mantienen angustiada. En razonamiento y conclusión. Las fallas de razonamiento según Arnáiz e Ibarra (1996) son: *premisas sin conclusiones* “ He perdido mi libertad, he tenido que dejar mi trabajo, tiempo para mi misma, paso más tiempo en el hospital, a veces pienso que voy a flaquear, esto es una promesa que hice con Dios y conmigo misma”, *inferencia arbitraria* “por que no me ayuda, sabe que estoy cansada”, *conclusiones sin premisas* “él no debería depender tanto de mi, ni cambiar su estado de ánimo”.Presenta déficit en análisis y síntesis, así como anticipación y planeación, lo que la lleva a actuar impulsivamente y no visualizar las alternativas de solución.
 - Contenido de pensamiento: “Pienso que voy a flaquear”, “Quisiera salir corriendo, no regresar o quedarme dormida y no despertar jamás”, “Se que no es la enfermedad de mi pareja, sino lo que hubo atrás lo que no me permite reconocer que ahora él está en desventaja y que depende

de mi en todos mis aspectos”, “debo aguantarme”, “debo de sacarlo adelante”, “no debía de sentirme enojada, ni culpable”, “él debía de ayudarme y saber cuando estoy cansada”, “él no debía depender tanto de mí”, “él no debía presentar cambios en su estado de ánimo”, “él no debía de enfermarse ahora que tengo la oportunidad de hacer algo”.

A	B	C
El hecho de que su pareja esté enferma	<p>No debería de sentirme culpable ni enojarme por que está así.</p> <p>El no debía de ser así pues debería de ayudarme y saber cuando estoy cansada.</p> <p>El no debía depender tanto de mí.</p> <p>El no debía presentar cambios en su estado de ánimo y yo no debo de alterarme cuando esto suceda.</p>	<p>Emocional:</p> <p>Enojo</p> <p>Desesperación</p> <p>Angustia</p> <p>Tristeza</p> <p>Conductual:</p> <p>Evita</p> <p>Pelea</p> <p>Abandona la actividad que está realizando</p>
Cuando él se queja	<p>Por que se queja.</p> <p>El no debió enfermarse.</p> <p>¿Por qué no hace él, lo que necesita?</p>	<p>Emocional:</p> <p>Enojo</p> <p>Desesperación</p> <p>Conductual:</p> <p>Evita</p>

		<p>Pelea</p> <p>Abandona la actividad que está realizando</p>
--	--	---

6.2.8. Mapa Clínico

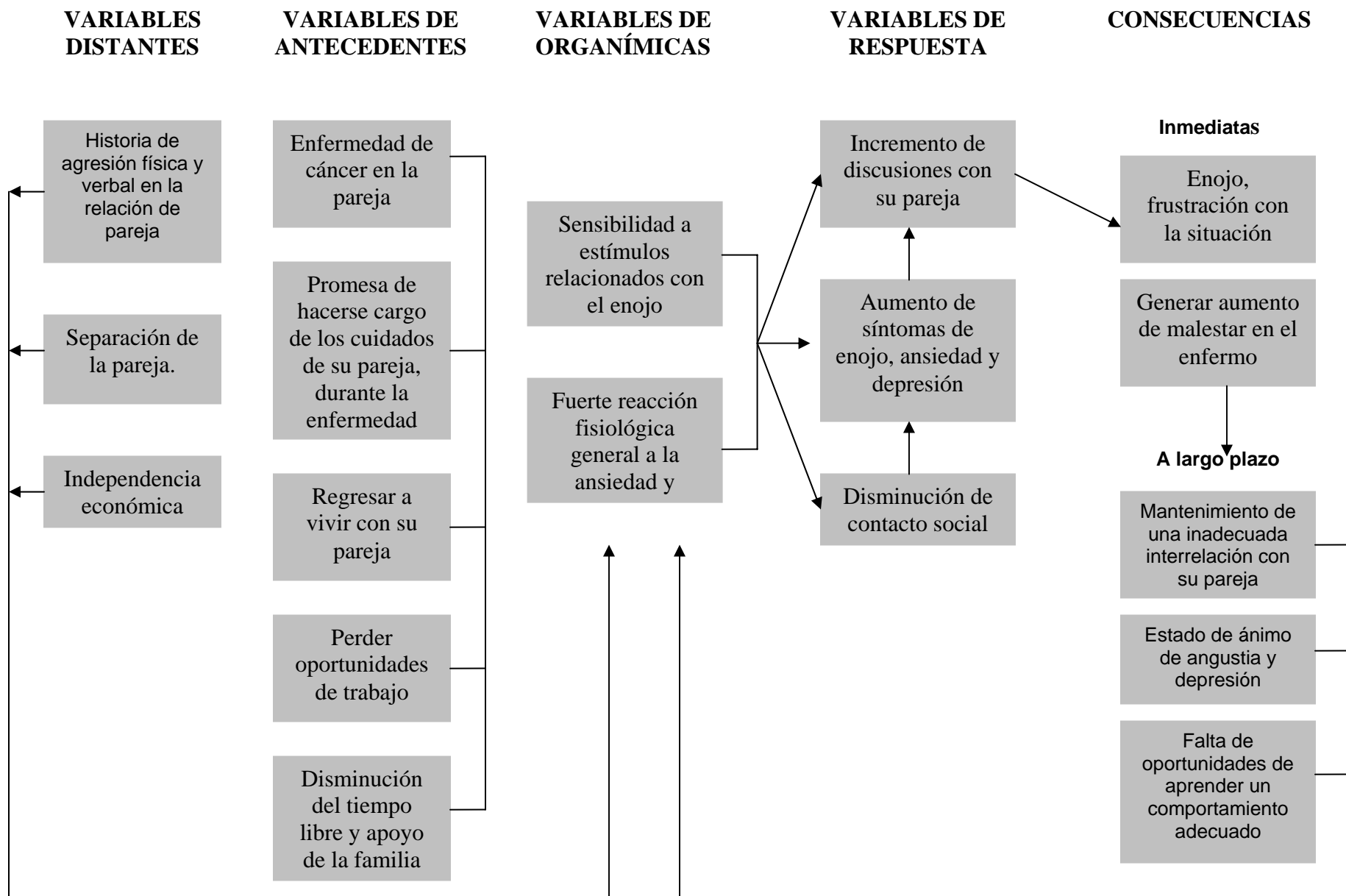


Fig. 4 Mapa Clínico del Caso 2.

6.2.9. Tratamiento

El proceso terapéutico de la intervención de solución de problemas en este paciente se presentó de la siguiente manera:

Durante la primera fase de la solución de problemas, orientación general hacia el problema. La paciente percibe como problema la enfermedad de su pareja, pues la afecta en muchos aspectos, economía, trabajo, independencia, entre otros. El compromiso que hizo con su pareja de cuidarlo durante la enfermedad, cuando ella ya había logrado separarse de él, no le permite sentirse a gusto, piensa que cada vez se prolonga el tiempo que dedica a su pareja, por los efectos de los tratamientos. Se siente enojada frecuentemente y a veces no identifica el motivo de su enojo. Cuando se percata de su enojo, se piensa culpable, piensa que no debía sentirse enojada, ni actuar impulsivamente bajo esta emoción.

Se observa que la paciente atribuye como la causa de su problema a la enfermedad de su pareja y el compromiso que hizo, de cuidarlo durante el periodo de enfermedad. Esto significa para ella la pérdida de su libertad, independencia y trabajo. Piensa que esta situación es muy difícil de soportar, por lo que quisiera salir corriendo, quedarse dormida y ya no despertar.

Se maneja la emoción de la paciente, empalizando con sus emociones, desde cambiar el foco de atención y, por medio del debate educacional, se le explica qué es un problema, la normalidad de éstos, la importancia de identificar lo que piensa, siente física y emocionalmente, así como el evitar actuar impulsivamente.

Mediante el modelo ABC de la terapia racional emotiva se le enseñó, a identificar las ideas irracionales de la situación problema. Ejemplo de algunas de ellas son: “no debía de sentirme enojada, ni culpable”, “él debía de ayudarme y saber cuando estoy cansada”, “él no debía depender tanto de mí”, “él no debía presentar cambios en su estado de ánimo”, él no debía de enfermarse ahora que tengo la oportunidad de hacer algo”. Para lograr convertir estas ideas inflexibles en deseos o preferencias, se utilizó el debate socrático, empírico, de sus ideas irracionales.

Lo anterior, el perfil del problema y el perfil para reclasificar el problema, permitió a la paciente formular el problema de forma racional y se redefinió de la siguiente manera:

El problema real es que cuando su esposo la contradice, ella piensa que él no tiene la razón, que él no debía de portarse así, pues ella dejó su trabajo, su libertad y a su familia por cuidarlo, no es justo, pues ella le está haciendo un favor. Esto la lleva a sentirse triste, enojada y frustrada, por lo que responde gritando, insultando y aventando objetos.

Como metas se planteó:

1. Lograr el autocontrol de sus emociones
2. Expresarse más asertivamente
3. Retomar algunas de sus actividades laborales

Las soluciones alternativas generadas por la paciente para lograr sus metas son las siguientes:

1. Ignorarlo
2. Escucharlo antes de cualquier cosa
3. Pensar y razonar, antes de contestar
4. Cambiar su forma de pensar a más racional
5. Programar horarios flexibles de trabajo y entregar tarjetas de presentación.

Como parte del ejercicio de la toma de decisiones, se evaluó cada alternativa de solución, enlistando ventajas y desventajas, a corto y largo plazo. Se dió una valoración en una escala de 1-10, en donde 1 es nada positivo y 10 es muy positivo. Las desventajas se evaluaron con 1 que significa muy negativo y 10 nada negativo.

Dentro del plan de acción plantearon los siguientes pasos:

1. Identificar los pensamientos que generan la situación problema.
2. Cuestionarse, para generar un nuevo pensamiento.
3. Cambiar su pensamiento por uno más funcional.
4. Expresar su desacuerdo asertivamente.
5. Organizar su tiempo y generar espacio para el trabajo.
6. Entregar tarjetas de presentación y dejar anuncios en los edificios.

Al poner en práctica el plan de acción, la paciente refirió estar satisfecha, pues se pensaba capaz de enfrentar esta situación sin que le generara tanta molestia, entendía mejor la situación y, por lo tanto sus metas eran ya más claras. Con esto podía dar un mejor apoyo a su pareja en este periodo de enfermedad.

Se reforzó socialmente a la paciente y se acordó el premio que ella merecía al resolver tan favorablemente la situación problema.

6.2.10. Resultados Obtenidos

Los instrumentos utilizados fueron Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck ya descritos. Puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento mediante estos instrumentos se ilustran en las siguientes gráficas:

Fig. 5 Cambios Pretest al Postest en Ansiedad del Caso 2

Inventario de Ansiedad de Beck

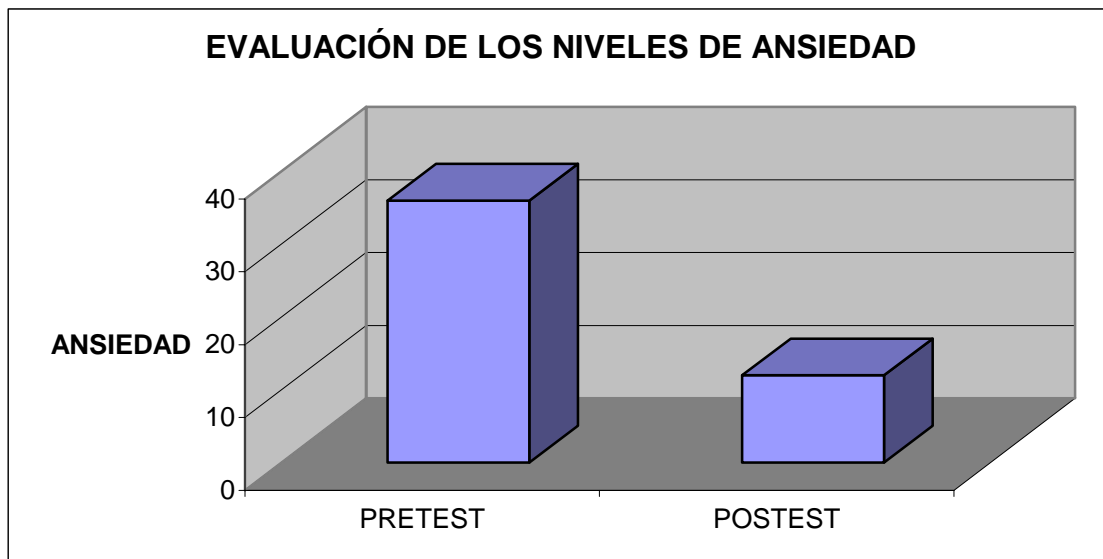
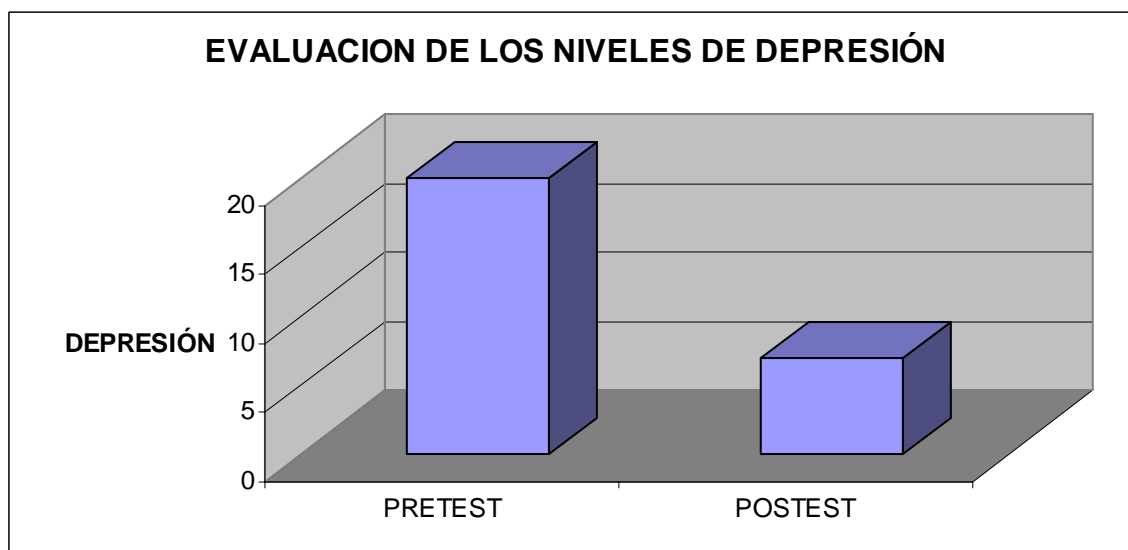


Fig. 6 Cambios del Pretest al Postest en Depresión del Caso 2

Inventario de Depresión de Beck



Al finalizar el plan de tratamiento se pidió a la paciente un informe verbal de los cambios obtenidos al finalizar la terapia. La paciente informó que mediante la intervención basada en la solución de problemas aprendió a tener más calma y entender la situación problema. Logró así la disminución de sus enojos y peleas con su pareja. Estos resultados se acercaron a su meta 4 puntos en una escala de 1 a 5, donde 1 es nada y 5 mucho.

Los efectos de la alternativa de solución que implementó fueron que logró más seguridad y toma de sus propias decisiones, estas más funcionales.

“Las personas a mi alrededor notaron el cambio en mi forma de pensar y actuar. Ahora escucho un poco más a mi familia y tolero más a mí pareja. Por lo que me encuentro satisfecha en 5 puntos una escala de 1 a 5, donde 1 es nada y 5 es mucho”.

6.3. Tercer Caso

6.3.1. Ficha de Identificación

Datos del cuidador:

Sexo: Masculino

Edad: 47 años

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Comerciante

Estado civil: Unión Libre

Religión: Ninguna

Lugar de Residencia: Veracruz

Número de Hijos: 2

Relación con el enfermo: Pareja

Datos del enfermo:

Sexo: Femenino

Edad: 53 años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Comerciante

Estado Civil: Unión Libre

Religión: Ninguna

Lugar de residencia: Veracruz

Número de hijos: 3

Tipo de tumor: Cáncer de mama

Tiempo de diagnóstico: Cinco meses

Tiempo de tratamiento: Cirugía, Quimioterapia y Radioterapia

6.3.2. Motivo de Consulta

El paciente acude al consultorio solicitando el apoyo psicológico brindado a los familiares de pacientes con cáncer, anunciado en la sala de espera de la unidad de Oncología. Muestra interés por conocer el padecimiento de su esposa, pues los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia, le estaban generando malestares importantes en su pareja.

6.3.3. Impresión y Actitud General

Paciente masculino con edad aparente igual a la cronológica, compleción robusta, estatura alta, moreno claro, cabello cano. Se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, durante las sesiones se mostró cooperador, participativo en el transcurso de las sesiones.

6.3.4. Antecedentes de importancia

El paciente es originario y residente del estado de Veracruz, vive con su pareja desde hace 5 años, cuando decidieron vivir en unión libre. La relación era regular antes del diagnóstico debido a que tenían constantes conflictos, la familia del paciente no aceptaba a la pareja.

Al inicio de la relación le detectaron y diagnosticaron cáncer de mama a su pareja. En ese momento él pensó que la iba a perder, se pensó solo si ella fallecía. Sintió miedo y angustia. Esta percepción de la enfermedad cambió con el tiempo. Para él la enfermedad de su pareja significaba ahora un cambio en su

estilo de vida y mayor sufrimiento, tanto para él como para ella, sentía miedo, pero con menor intensidad que antes. Esta situación le ha traído una serie de complicaciones en su vida actual.

6.3.5. Padecimiento Actual

Actualmente para el paciente la enfermedad de su esposa había implicado una serie de cambios que a partir del momento de diagnóstico. Ahora con la recaída, pasaba más tiempo en el hospital, lejos de lugar de donde viven, se hospedaban en un albergue y sólo tenían un cuarto para ambos, tuvo que dejar de trabajar por acompañarla, situación que lo hacía sentirse frustrado. Los gastos habían aumentado, y había tenido que limitarlos a pagar al doctor, los medicamentos, el albergue y los tratamientos.

Además, a partir de que inició la enfermedad y los tratamientos, el paciente se hizo cargo de los cuidados de su pareja, así como de los deberes dentro de la casa. Aunque había aumentado el apoyo de su mamá y hermana, él consideraba que no había percibido ningún apoyo de parte de la familia de su pareja. Últimamente no asistía a reuniones, no salía ya con los amigos sin embargo éstos le habían demostrado apoyo emocional.

Últimamente sentía miedo y ansiedad, al pensar pudiera haber más daño o infección, le da miedo pensar en que vuelva a recaer. Cuando la van a dar de alta definitivamente es otro de los pensamientos que lo angustian, así como el preguntarse hasta donde se está controlando el cáncer, esto lo ha llevado a sentir tristeza, frustración e incertidumbre.

En el área de pareja considera que hay mas unión, sin embargo le es difícil estar disponible cuando la enferma necesita algo, y esto interfiere con sus planes, se intolera más cuando ella no lo escucha bien y le tiene que repetir las cosas. Piensa que el convivir con ella las 24 horas, le genera frustración y molestia, además el ver la cirugía le genera tristeza. Ante todo esta situación, físicamente se siente cansado, ha subido de peso 3 kilos y siente hormigueo en el cuerpo.

Al preguntarle qué le gustaría lograr al venir a terapia, él menciona que le gustaría aprender a como tratar a su pareja.

6.3.6. Examen Mental

Al examen mental el paciente da la impresión de estados adecuados de conciencia, en cuanto al aspecto general se trata de una paciente en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, estatura alta, durante las sesiones se mostró con una actitud cooperadora, adecuada latencia de respuesta, humor tenso congruente con su afecto ansioso, con su respuesta psicomotora y expresión verbal, se encuentra orientado en persona, tiempo y espacio, procesos de atención y concentración sin alteraciones clínicamente significativa, memorias a corto y largo plazo conservadas, sin alteraciones sensoriales. En cuanto al lenguaje es coherente, el volumen de su voz es medio. El contenido del pensamiento dirigido a la problemática actual. En cuanto a su capacidad de juicio muestra conciencia que lo que está viviendo y que requiere apoyo psicológico para manejar la situación problema que vive actualmente con su pareja.

6.3.7. Formulación Cognitivo-Conductual

- Forma de pensamiento: Su estilo de pensamiento es rígido, no permite un análisis adecuado que le de pie a buscar otras alternativas de solución a su problema y hace demandas poco objetivas a su pareja.
- Estructura de pensamiento: en razonamiento y conclusión presenta fallas de razonamiento como *conclusiones sin premisas* “Ella puede hacerlo sin molestarme”, *preguntas retóricas* “¿Por qué le toco esta enfermedad?, ¿Por qué siente tanto dolor y molestias?”, *inferencia arbitraria* “ya me va a pedir algo” (Arnáiz & Ibarra, 1996). Presenta déficit en análisis y síntesis así como anticipación y planeación lo que lo lleva a actuar de forma impulsiva en base a emoción, llevándolo a no visualizar otras alternativas de solución.

- Contenido de pensamiento: “maldita enfermedad como le fue a tocar a ella”, “no quisiera estar en su lugar”, “quiero salir corriendo”, “no puedo remediar tanto malestar”, “que impotencia”, “yo debo de resolver el dolor que ella siente”, “Ella no debía estar enferma” “debía tener el remedio en mis manos “no debía de pedirme favores cuando estoy descansando”, “yo debería de tener espíritu de servicio”.

A	B	C
<p>Quejas de su pareja ante los malestares de la quimioterapia y radioterapia.</p>	<p>Ya va ha empezar. Ya me va a pedir favores, ahora que estoy acostado. Me va a pedir que la sobe. No tengo espíritu de servicio. Ya no aguanto quisiera salir corriendo. Ella puede hacerlo ¿por qué me molesta?. Yo no puedo hacer nada, no puedo solucionarlo. Quisiera poder quitarle el dolor. Maldita enfermedad, como le fue a tocar a ella. No quisiera estar en su lugar. Quisiera ser doctor o</p>	<p>Emocional: Impotencia Ira</p> <p>Fisiológicas: Dolor de nuca y hombros Cansancio</p> <p>Conductual: Peleas Salirse del cuarto</p>

	tener el remedio en mis manos para poder curarla.	
--	---	--

6.3.8. Mapa Clínico

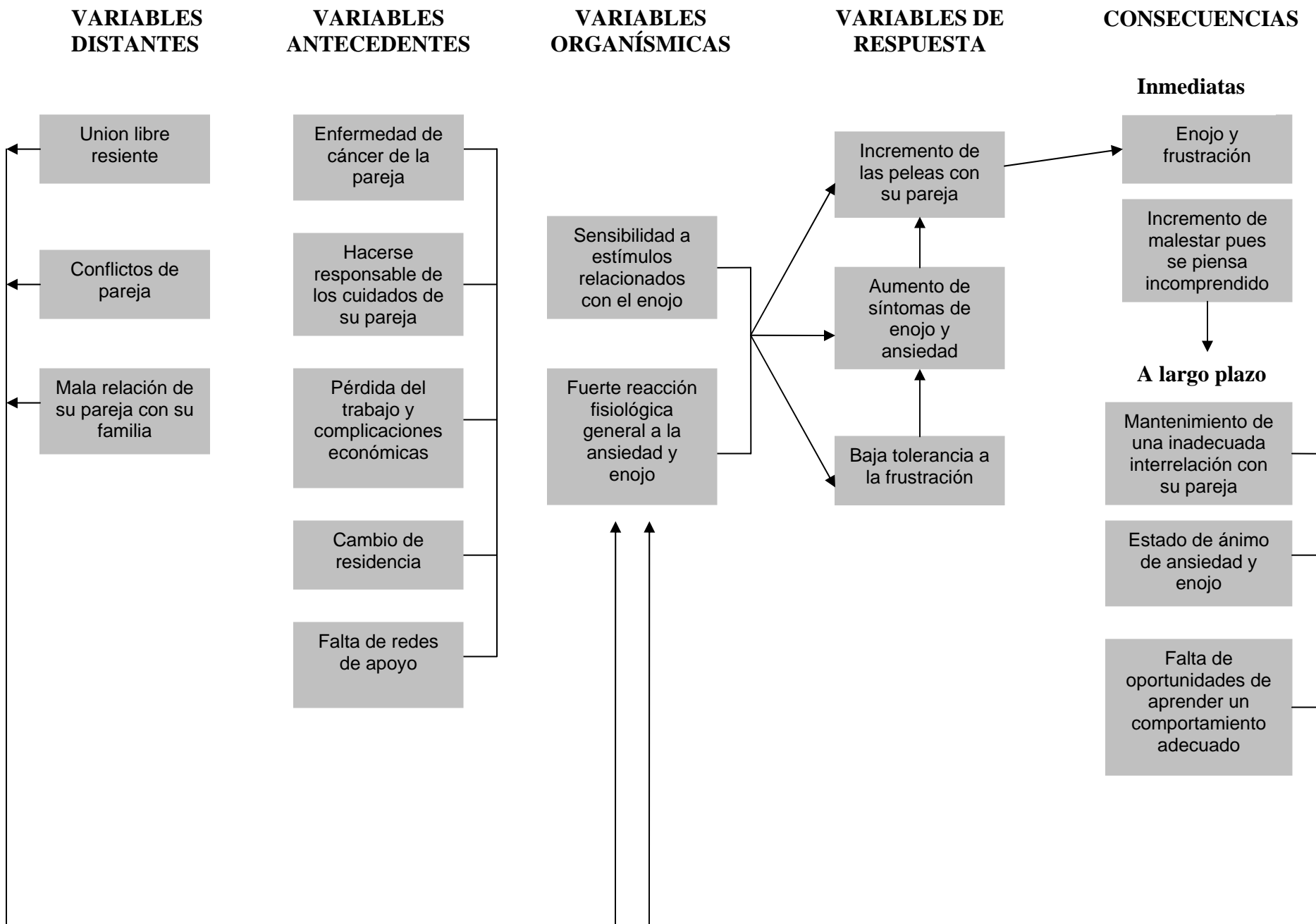


Fig. 7 Mapa Clínico del Caso 3.

6.3.9. *Tratamiento*

El paciente describe, como su problema, los malestares causados por los tratamientos de quimioterapia y radioterapia que recibe su pareja. Pues cuando ella siente dolor él se intolerera.

La atribución que el paciente le da al problema es al exterior, ya que para él el problema son los malestares producidos por los tratamientos del cáncer. La valoración negativa al problema se relaciona con la intolerancia que siente cuando su esposa siente molestias o dolor. La situación es difícil de soportar para él, pues representa, el no poder hacer nada para mejorar la situación. El dolor de su pareja, el cambio de residencia, el tener que hacerse cargo de los cuidados de su pareja así como la disminución de los momentos de descanso, tienen como consecuencia el deterioro de la relación.

Como primer paso dentro de esta fase se lleva a cabo el reconocimiento de las emociones del paciente. Se le permite expresarlas libremente y mostrarse empático con lo que siente. Posteriormente se le explica al paciente que los problemas son normales y comunes, que es importante no actuar impulsivamente, y se le pide que identifique lo que piensa, siente física y emocionalmente.

El modelo ABC de Ellis permitió enseñar al paciente sus ideas irracionales involucradas en la situación problema. Se identificaron las siguientes: “yo debo de resolver el dolor que ella siente”, “Ella no debía estar enferma” “debía tener el remedio en mis manos “no debía de pedirme favores cuando estoy descansando”, “yo debería de tener espíritu de servicio”. Mediante el debate socrático y empírico se llevó al paciente a modificar sus ideas irracionales a racionales. Se logró con que la formulación del problema más rápido y con menor dificultad. Se redefinió el problema por medio de los ejercicios de apoyo de la siguiente manera: piensa que ella puede realizar las cosas que le pide, “no debe de sentirse mal”, “por que me pide esto, cuando ya estoy acostado, me tengo que levantar otra vez”, pensamientos que generan enojo en el y lo lleva a actuar impulsivamente saliéndose de la recámara, diciéndole que ella puede.

Como meta se propone:

1. Lograr el control emocional que le permita realizar los cuidados que su pareja necesita con menor carga emocional.

Las soluciones alternativas planteadas fueron las siguientes:

1. Hacerlas cosas aunque se enoje
2. No hacerle caso
3. Ser mas tolerante
4. No enojarse y hacer las cosas de buen modo

Después de la evaluación de las ventajas y desventajas a corto y largo plazo del paciente mediante la escala subjetiva de 1 a 10. Se tomó la alternativa que le ofrecía al paciente mayores ventajas

Se elaboró el plan de acción:

1. La identificación de sus pensamientos generados en la situación problema.
2. Cuestionarse, para generar un pensamiento más adaptativo.
3. Cambiar el pensamiento que le genera enojo por el más adaptativo.
4. Respiración diafragmática y autoinstrucciones para disminuir la emoción en el momento y poder llevar a cabo los tres pasos anteriores.

Al evaluar el plan de acción, el paciente se mostró satisfecho con los resultados obtenidos mediante el tratamiento, pues había logrado ser más tolerante con su pareja, más tranquilidad, se le reforzó socialmente y se eligió el premio que él merecía por llevar a cabo el plan de acción con buenos resultados.

6.3.10. Resultados Obtenidos.

Los instrumentos utilizados fueron Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck ya descritos anteriormente. Puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento mediante estos instrumentos se ilustran en las siguientes gráficas:

Fig. 8 Cambios del Pretest al Postest de Ansiedad del Caso 3

Inventario de Ansiedad de Beck

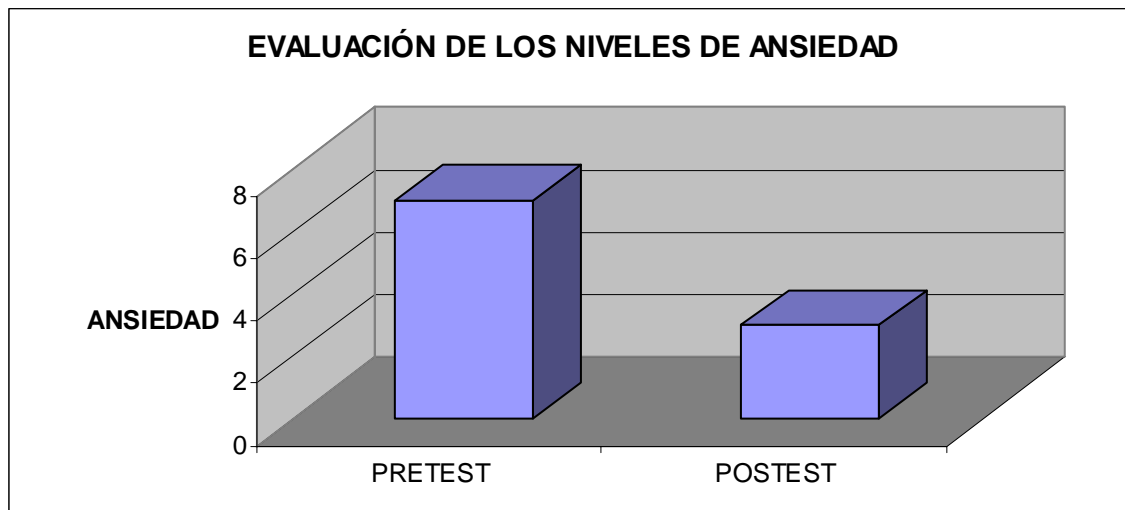
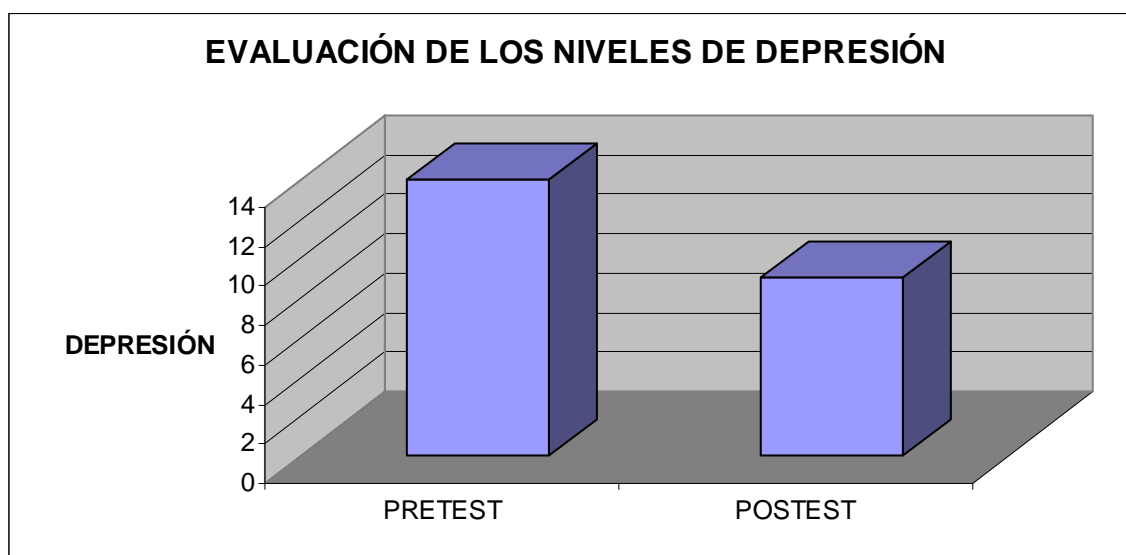


Fig. 9 Cambios del Pretest al Postest de Depresión del Caso 3.

Inventario de Depresión de Beck



Al finalizar el tratamiento terapéutico al paciente se le pidió un informe verbal sobre los cambios obtenidos a partir de la intervención terapéutica. El paciente manifestó que mediante el plan de solución de problemas obtuvo resultados positivos, pues ahora podía controlar más sus emociones y apoyar más a su pareja.

Los resultados le acercaron a su meta en 4 puntos en una escala de 1 al 5 en donde 1 es nada y 5 es mucho. Los efectos de la solución puesta en marcha es que ahora se encontraba más tranquilo.

Con respecto al impacto que la solución ha tenido en otras personas es que ahora es más tolerante y compartían más tiempo sin enojarse tanto. Por lo que estaba satisfecho en 5 puntos de una escala de 1 a 5 donde 1 es nada y 5 es mucho.

6.4. Discusión

El propósito de este programa de intervención fue disminuir los niveles de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Al final del tratamiento se observaron otros cambios en los pacientes. En el primer caso la paciente aumentó su capacidad para relajarse, se mostraba más tranquila, disminuyó el temor a que sucediera lo peor, así como el miedo a perder el control.

Se redujeron las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad como palpitations o aceleraciones cardíacas, nerviosismo, temblor de manos, agitación, debilidad y temblor en las piernas y mareo o ligereza de cabeza, sus pensamientos de culpabilidad, el llanto, la percepción negativa de su aspecto físico, aumentó la toma de decisiones.

Se mostraba motivada y su arreglo personal mejoró. Refirió enojarse y gritar con menor frecuencia, discutir y pelear menos con su suegra. La apoyaba más en los cuidados que requería y continuaba acompañándola a sus tratamientos.

Mejóro la relación de pareja y la relación con su hija, ya que utilizó también en estas áreas la solución de problemas. Esto le proporcionó una percepción de bienestar y satisfacción con la vida.

En el segundo caso la paciente mostró mejoría en la capacidad para relajarse, mejoró su arreglo personal, la satisfacción consigo misma y en las cosas que hacía. Disminuyó el miedo a perder el control, el temor a que sucediera lo peor, nerviosismo, terror, sus pensamientos de culpabilidad y castigo, su percepción de fracaso, pensamientos suicidas y los síntomas fisiológicos de ansiedad como agitación, dificultad para respirar, sensación de ahogo, falta de equilibrio.

Aumentó la tolerancia a la frustración, la capacidad para tomar dediciones y con ello la percepción de seguridad. Disminuyó la intensidad del enojo y las peleas con su pareja, lo que le permitió escucharlo y apoyarlo con más atención sin hacer reclamos de situaciones que la habían lastimado en el pasado.

La solución de problemas la ha aplicado también con sus hijos y mejoró la relación con ellos.

Al término del tratamiento en el tercer caso, también el paciente refirió cambios, mejoró su capacidad para relajarse, la satisfacción con las cosas que hacía, la autocrítica, la percepción de sí mismo y el interés por las cosas que realizaba, se mostraba motivado.

Disminuyó el temor a que sucediera lo peor, el miedo a perder el control, miedo a morir, el llanto, nerviosismo, la percepción de fracaso y los síntomas fisiológicos de la ansiedad como palpitaciones o aceleración cardiaca y la dificultad para respirar.

La solución de problemas le permitió disminuir el enojo y las peleas con su pareja. Logró mayor tolerancia que le permitió escuchar, apoyar a su pareja cuando lo necesitaba y compartir más tiempo con ella.

En términos generales se logró disminuir la sintomatología de los cuidadores primarios tanto de ansiedad como de depresión, mediante la intervención cognitivo-conductual. Se demostró el éxito de este tipo de intervenciones en estos padecimientos (Burns & Beck, 1978, Goleen, Gersh, & Robbins, 1992).

Como se puede observar, en cada caso descrito existen personas involucradas en la situación problema. Por tanto, la solución de problemas sociales propuesta por DZurilla & Nezu (1982) logró proporcionar a los pacientes una adecuada solución. Reducir los problemas interpersonales entre éstos les proporcionó mayor bienestar y a sus familiares enfermos.

La solución de problemas en estos tres casos ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la ansiedad, la depresión dentro del área de la salud, como lo ha demostrado Nezu, Nezu & Perru (1989).

En los tres casos se encontraron ideas de muerte asociadas al padecimiento de cáncer de sus familiares, pensamientos que les generaban ansiedad y tristeza.

La red social es importante para el apoyo del paciente con cáncer, por esta razón, el bienestar de los cuidadores y una buena relación entre ellos, son

circunstanciales en el periodo de enfermedad del paciente (Nezu et al. 1999, Roberts, Black & Todd, 2002). Se observa en cada uno de los casos, como una relación deteriorada genera malestar y conflictos frecuentes entre ellos. Ya que la familia y amigos desempeñan un papel importante en la forma de enfrentamiento del paciente a la enfermedad, así como, su adaptación al proceso, por lo que necesita información y apoyo (Roberts, Black, & Todd, 2002.).

Se pudo observar en los tres casos que la repuesta inicial de los familiares suele ser emocional, caracterizada por ansiedad, enojo, hostilidad, culpa, incredulidad, depresión, y algunos síntomas relacionados con el otros desórdenes asociados al estrés, como lo mencionan Goleen, Gersh y Robbins (1992).

La culpa y el enojo pueden estar asociados con la depresión. El enojo, proveniente de la ruptura de la estructura familiar, o de la frustración de sus planes personales, puede conducir a un trato agresivo o agresivo pasivo hacia el paciente. La ansiedad podría provenir de situaciones de estrés, como reducción de los ingresos económicos, el trabajo, los problemas interpersonales, etc. (Goleen, Gersh & Robbins,1992).

1. Conclusión

Como conclusión general del presente trabajo, se puede señalar que las técnicas cognitivo-conductuales son herramientas útiles en el trabajo psicoterapéutico dentro del ámbito hospitalario, especialmente en el manejo del aspecto psicológico de las enfermedades crónicas degenerativas. Como médicos conductuales nos permiten ofrecer un mejor servicio a los pacientes. Estas técnicas se pueden utilizar con eficacia, no sólo en consulta externa, sino en hospitalización, proporcionan habilidades enfrentar los problemas relacionados con la salud.

La terapia de solución de problemas a cada uno de los cuidadores primarios permitió generar alternativas para enfrentar la situación problema, al disminuir no sólo los síntomas de ansiedad y de depresión, sino también les proporcionó mejoras en su vida cotidiana, para cumplir sus metas personales, que habían dejado de lado por proporcionar apoyo a su familiar enfermo. Aumentó la tolerancia a los efectos de la enfermedad y los tratamientos en su familiar. Una mejor relación y convivencia entre ellos.

Por tanto es de suma importancia elaborar programas para atender psicológicamente, no sólo a los pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, sino también las necesidades de quienes les proporcionan apoyo. Estas personas influyen sobre la forma en que el paciente afronte el proceso de su enfermedad y sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes enfermos.

Sería importante en casos posteriores incluir medidas de adaptación al ambiente, adherencia al tratamiento del paciente con cáncer, de cómo manifiesta el paciente con cáncer su satisfacción o insatisfacción con la relación con su cuidador.

ANEXOS

Anexo 1. Lista de Pensamientos

Instrucciones: Subraya de esta lista las Ideas Irracionales.

1. El no debería de estar enfermo, por que es muy bueno.
2. Desearía no vivir esto, es difícil, pero, puedo tolerarlo.
3. Es injusto que el sufra tanto, él no tendría por que sufrir.
4. Me gustaría que el no estuviera enfermo.

5. Siempre le es lo mismo, los pobres somos los que más sufrimos.
6. Nunca va a superar esto, es lo más horrible que he vivido.
7. Siempre nos pasa lo peor.
8. Sería mas fácil si el tomara otra actitud, pero, puedo entenderlo.
9. Jamás volveremos a ser felices.
10. Me gustaría no verlo sufrir, es doloroso, pero, puedo aceptarlo.

Anexo 2. Perfil del Problema

I. Situación (describa el problema con sus propias palabras).

¿Quién está involucrado? (otras personas).

¿Qué sucede? (que ha sucedido o dejado de suceder que le molesta).

¿Dónde sucede? (lugar).

¿Cuándo sucede? (momento durante el día, frecuencia, duración).

¿Cómo sucede? (las reglas que parece seguir, estados de ánimo implicados).

¿Por qué sucede? (razones que uno mismo o los demás dan para justificar el problema en el momento en que se presenta).

II Respuesta (escriba un resumen de lo que usted hace o deja de hacer).

¿Dónde lo hago? (lugar).

¿Cuándo lo hago? (tiempo en reaccionar, duración de la respuesta).

¿Cómo lo hago? (estilo, humor, intensidad o control).

¿Cómo me siento? (emociones de enojo, tristeza, confusión, etc.).

¿Por qué lo hago? (pensamientos sobre ellos, teorías, explicaciones, razones).

¿Qué quiero? (objetivos que si se cumplieran, significarían que el problema está solucionado).

Anexo 3. Perfil para Reclasificar el Problema

Con la información utilizada para llenar el perfil del problema, complementa las frases siguientes:

El problema real no es _____
Quien está implicado.

el problema real es _____
Donde responde usted.

El problema real no es _____

el problema real es _____ Que ha sucedido que le molesta.
_____ Cuando responde usted.

El problema no es _____ Como sucede.
el problema real es _____ Como se siente usted.

El problema no es _____ Por que sucede.
el problema real es _____
Por que responde usted del modo que lo hace
(pensamientos, teorías, racionalizaciones).

El problema real no es _____ La situación.
el problema real es _____ Como responde.

Anexo 4. Valorar las Consecuencias

Alternativa _____

Consecuencias positivas a corto plazo

Puntuación

Consecuencias negativas a corto plazo

Puntuación

Consecuencias positivas a largo plazo

Puntuación

Consecuencias negativa a largo plazo

Puntuación

Anexo 5. Cuestionario de Verificación de la Solución, retomado de Nezu (1999)

1. ¿Cuáles fueron los resultados del plan de acción?

2. ¿Qué tanto los resultados se acercaron a su meta?

Nada 1 2 3 4 5 Mucho

3. ¿Qué efectos tuvo esta solución en usted?

4. ¿Qué efectos tuvo esta solución en otras personas?

5. ¿Qué tan satisfecho está con los resultados?

Nada 1 2 3 4 5 Mucho

Anexo 6. Entrevista Semiestructurada para los Cuidadores Primarios

Fecha: _____

Datos generales del cuidador:

Nombre: _____	Edad: _____	
Sexo: _____	Escolaridad _____	Ocupación: _____
Estado Civil: _____	Religión: _____	
Lugar de residencia _____	Número de hijos _____	
Relación con el paciente: _____		

Datos generales del paciente:

Nombre: _____	Edad: _____	
Sexo: _____	Escolaridad _____	Ocupación: _____
Estado Civil: _____	Religión: _____	
Lugar de residencia _____	Número de hijos _____	
No. De expediente: _____	Tipo de tumor _____	
Tiempo del dx _____	Tipos de Tx: _____	

1. ¿Qué paso por su mente cuando le informaron del diagnóstico de su familiar?

--

2. ¿Cómo se sintió?

--

3. ¿Qué significa actualmente que su familiar padezca de cáncer?

--

4. ¿Cómo se siente ahora?

5. ¿Para usted qué es el cáncer?

6. ¿Sabe que cuidados debe tener una persona con cáncer?

7. ¿Conoce qué tratamientos existen para controlar el cáncer?

8. ¿Conoce qué es la quimioterapia?

9. ¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia?

10. ¿Qué cuidados debe tener un paciente con quimioterapia?

11. ¿Conoce qué es la radioterapia?

12. ¿Cuáles son los efectos secundarios de la radioterapia?

13. ¿Qué cuidados debe tener un paciente con radioterapia?

14. ¿En qué apoya a su familiar?

15. ¿Que hace cuando su familiar esta en crisis?

16. ¿Quiénes mas se encargan de los cuidados de su familiar?

17. ¿En qué le gustaría recibir apoyo a usted?

6. Inventario de Ansiedad de Beck

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK.

Nombre _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES: A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de ansiedad. Por favor lea cuidadosamente cada reactivo de la lista. Indique el grado en que le haya molestado cada síntoma durante LA ULTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY colocando una "x" en el espacio correspondiente a la columna que se encuentra junto a cada síntoma.

	Nada	Ligeramente sin molestia significativa	Moderadamente muy desagradable pero soportable	Severamente, casi insoportable
1. Hormigueo o adormecimiento de extremidades				
2. Oleadas de calor o bochornos				
3. Debilidad y temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarme				
5. Temor a que sucediera lo peor				
6. Mareo o ligereza de cabeza				
7. Palpitaciones o aceleración cardíaca				
8. Falta de equilibrio				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Agitación				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o molestias abdominales				
19. Desmayos				
20. Enrojecimiento de la cara				
21. Sudoración (no causada por calor)				

Anexo 8. Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN BE BECK.

Nombre _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación séllele cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Encierre en un **círculo** el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

- 1.- 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

- 2.- 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1 Me siento desanimado de cara al futuro.
2 Siento que no hay nada por que luchar.
3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

- 3.- 0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3 Soy un fracaso total como persona.

- 4.- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

- 5.- 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente.

- 6.- 0 No creo que esté siendo castigado.
1 Siento que quizá esté siendo castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

- 7.- 0 No estoy descontento de mí mismo.
1 Estoy descontento de mi mismo.
2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
3 Me detesto.
- 8.- 0 No me considero peor que cualquier otro.
1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2 Continuamente me culpo por mis faltas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9.- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2 Desearía poner fin a mi vida.
3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10.- 0 No lloro más de lo normal.
1 Ahora lloro más que antes.
2 Lloro continuamente.
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11.- 0 No estoy especialmente irritado.
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado continuamente.
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12.- 0 No he perdido el interés por los demás.
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
2 He perdido gran parte del interés por los demás.
3 He perdido todo interés por los demás.
- 13.- 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1 Evito tomar decisiones más que antes.
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3 Me es imposible tomar decisiones.
- 14.- 0 No creo tener peor aspecto que antes.
1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15.- 0 Trabajo igual que antes.
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

- 16.- 0 Duermo tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como antes.
2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
- 17.- 0 No me siento más cansado de lo normal.
1 Me canso más que antes.
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18.- 0 Mi apetito no ha disminuido.
1 No tengo tan buen apetito como antes.
2 Ahora tengo mucho menos apetito.
3 He perdido completamente el apetito.
- 19.- 0 No he perdido peso últimamente.
1 He perdido más de 2 kilos.
2 He perdido más de 4 kilos.
3 He perdido más de 7 kilos.
Estoy tratando intencionadamente de perder peso comiendo menos
Si__ No__
- 20.- 0 No estoy preocupado por mi salud.
1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar de estómago o catarros.
2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
21. 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1 La relación sexual me atrae menos que antes.
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3 He perdido totalmente el interés sexual.

REFERENCIAS

- A. Heman, (Comunicación personal, 27 de abril, 2006).
- Alcazar R. J. (2002). Reporte de experiencia profesional. Tesis de Maestría en Medicina Conductual. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Anderson, Stephen, Morris & Jane (2006). Cognitive behaviour therapy for people with Asperger Syndrome. *Behavioral and cognitive Psychotherapy*, 34, 293-303.
- Andreu, P., Force, E. (1997). *500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal*. España: Masson.
- Andrew, M. (1997). Information-processing biases in emotional disorders. En D. Clark, (Ed.), *The science and practice of cognitive behaviour therapy*. (Capítulo 3). New York: University of Oxford.
- Arnáiz, V. M. & Ibarra, E. (1996). *Cognición, razonamiento y psicopatología*. México: ITREM.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: the exercise of control*. Nueva York: Freeman and Company.
- Beck A. T., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortion. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford.
- Becoña, E. & Gutiérrez-Moyano, M. M. (1987). Las terapias de solución de problemas: Una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 89-118.
- Becoña, E. (1993). Terapias de solución de problemas. En F. J. Labrador., J. A. Cruzado, & M. Muñoz (Coord.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.
- Brickman, A. y Yount, S. (1996). Noncompliance in end-stage renal disease: A threat to quality of care and cost containment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 3 (4), 399-412

- Buchanan, D. & Abram, H. (1989). Psychological adaptation to hemodialysis. En R. Moos, (Ed.), *Coping with physical illness 2: new perspectives*. Nueva York: Plenum Medical.
- Buendía, J. (1999). *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Piramide.
- Caro, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: Modelos Básicos. En *manual de psicoterapias cognitivas* (Capítulo 2). México, D.F. : Editorial Paidós.
- Cautela, J. (1973). Covert processes and behavior modification. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 157, 27-35.
- Craig, A. (2001). *Behavior therapy for cronic medical problems: A guide to assesmentnand treatmet in preactice*. Newyork: Wiley.
- Christensen, A., Turner, C., Slaughter, J. & Holman, J. (1989). Perceived family support as a moderator psychological well-being in end stage renal disease. *Journal of behavioral medicine*. 12, 249-265.
- D' Zurilla, T. J. & Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, vol. 1 (pp. 201-274). New York : Academic Press.
- Dattilio, F. M. (1990). Panorámica de la terapia cognitiva. En *Terapia cognitiva con parejas* (Capitulo 1). Bilbao: Descleé de Broker.
- Del Castillo, A. (2005). *Intervención cognitivo conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitas tipo 2*. Tesis de Maestría en Medicina Conductual. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Donker, F. (1991). Medicina conductual y psicología de la salud. En G. Buela-Casual & V. Caballo (Eds.). *Manual de psicología clínica aplicada* (Capítulo 1). México: Siglo XXI.
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107- 126.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical interventions*. New York: Springer.

- D'Zurilla, T. J. (1988). Problem-solving therapies. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioural therapies* (pp. 85-135). London: Hutchinson.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia. España* : Desclée de Brouwer.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Cair, S. J. Solomon, P. A., O'Conor, M. E., Burton, J. & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatment for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fontaine, O. (1981). La relación terapéutica y sus medios. En *las terapias del comportamiento* (Capítulo 6). Barcelona: Herder.
- Goleen W., Gersh, W. & Robbins, D. (1992). *Psychological treatment of cancer patients: A cognitive-behavioral approach*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Guidano, V. F. (1997). Un enfoque constructivista de los procesos del conocimiento humano. En M. J. Mahoney, (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas Teoría, Investigación y Practica* (Capítulo 2). España: Editorial DDB.
- Hart, K. & Morgan, J. (1993). Cognitive-Behavioral procedures with children. En Jr. Funch, W. Nelson, W. & E. Ott, (Eds.), *Cognitive-Behavioral procedures with children and adolescents: A practical guide* (Capítulo 1). Massachusetts: Copyright.
- Hawton, K. & Kirk, J. (1989). Problem solving. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark, (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 406-426). Oxford: Oxford University Press.
- Heppner, P. P. & Hillerbrand, E. T. (1991). Problem-solving training: Implications for remedial and preventive training. En C. R. Snyder y D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 681-698). New York: Pergamon Press.
- Herrera, A., Granados, M. & de la Garza, S. (2003). Cáncer un problema clínico y de salud pública. En *manual de oncología*. 2da ed.. México: McGraw-Hill.
- Huerta, R. & Corona, J. (2003). Evaluación de estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. Tesis Licenciatura: UNAM.

- Ingram, R. E. & Scott, W. D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A. S. Bellack, M. Hersen & A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy, 2nd ed.* (pp. 53-65). New York: Plenum Press.
- Jáuregui, J. (2002). *Factores psicosociales en el paciente con enfermedad crónica-degenerativa*, Tesis: UNAM.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. España: Siglo Veintiuno.
- Kazdin, A. E. (1989). La modificación cognitiva de la conducta y el autocontrol. En *Historia de la modificación de conducta* (Capítulo 9). España: Desclée de Broker.
- Kendall, P. & Norton-Ford J. (1988). Intervenciones con individuos: terapias conductual, cognoscitiva y cognoscitivo-conductual. En *Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Kendall, P. C. & Hollon, S. D. (1979). *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press.
- Lega, L. I., Caballo, V. E. & Ellis, A. (1997). La terapia cognitivo-conductual y la TRE. En *teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual* (Capítulo 1). México, España: Siglo Veintiuno.
- Mahoney, M. J. & Arknoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Gardfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 2nd ed* (pp. 689-722). New York: Wiley.
- Mahoney, M. J. (1977). Personal science: A cognitive learning therapy. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer (trad. cast. : Bilbao, Desclée de Brouwer, 1981, pp. 369-382).
- Mahoney, M. J. (1979). *Self-change. Strategies for solving personal problems*. New York: W.W. Norton and Company.
- Mahoney, M. J. (1997). Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas y constructivistas. En A. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas, teoría, investigación y proética* (Capítulo 1). España: DDB.

- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger (trad. cast.: México, Trillas, 1983).
- Maichenbaum, D. (1997). Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva: pasado y futuro. En M. J. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas teoría, investigación y práctica* (Capítulo 2). España: Editorial DDB.
- McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1986). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. México, D.F.: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Meichenbaum D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En S. J. Linn, & Garske. *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos* (Capítulo 8). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Morales, F. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. México: UNISON.
- Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.
- Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- Nezu, A. M. y Perri, M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408-413.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación cognitivo-conductuales*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines*. New York: Wiley.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Bucher, J. & Linton, A. (1994). *Home care guide for cancer*. Washington D.C.: American Psychological Association.

- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. Faddis, S. & Houts, P. (1999). A problem-solving approach helping cancer patients cope. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- O'Donnell, K. & Chung, J. (1997). The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(1), 38-43
- Phares, E. & Trull, T. (1999). Terapia conductual y perspectivas cognoscitivo-conductuales. En *Psicología clínica. Conceptos métodos y práctica*. Capítulo 14. México: Manual Moderno.
- Power, K. G., Jerrom, D. W., Simpson R. J., Mitchell, M. J. & Swanson, V. (1989). A controlled comparison of cognitive behaviour therapy, diazepam and placebo in the management of generalized anxiety. *Behavioural Psycoterapy*, 17, 1- 14.
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología Profesional. (2001). *Programa de Residencia en Medicina Conductual* [folleto]. México: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología, UNAM.
- Rachlin, H. (1994). *Behavior and mind: The roots of modern psychology*. New York : Oxford University Press.
- Rachman, S. (1997). The evolution of cognitive behaviour therapy. En D. Clark, *The science and practice of cognitive behaviour therapy*. New Cork: University of Oxford.
- Roberts, S., Black, C. & Todd, K. (2002). The Living with cancer education programme. II. Evaluation of an australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. *European Journal of Cancer Care*, 11, 280-289.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2), 211-218.
- S. Safren, (Comunicación personal, 24 de febrero, 2005).
- Sanchez-Sosa, J. J. (2002). Health psychology: Prevention of diseaseand illness, maintenance of health. In: Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology. Oxford, UK, <http://www.eloss.net>.

- Sanderson, W. C. & Beck A. T. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: prevalence and temporal relations. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1025-1028.
- Secretaría de Salud (2001). *Estadísticas de Salud*. México.
- Seligson, I., Reynoso-Erazo, L., y Nava, C. (1993). Psicología de la Salud. *Salud y Sociedad*. Vol.1, No. 1, 18-24.
- Solloa, L. (2001). *Los Trastornos Psicológicos en el niño, etiología, características de diagnóstico y tratamiento*. México, D.F.: Trillas.
- Symister, P. & Friend, R. (1996). Quality of life and adjustment in renal disease: a health psychology perspective. En R. Resnick & R. Rozensky. *Health psychology through the life span: practice and research opportunities*. Washington: American psychological association.
- Trence, G. (1978). Cognitive behavior therapy. En J. Foreyt *Cognitive Behavior Therapy : Research and Application* (Capítulo1). Newyork: Plenum.
- Vega, M. (2006). Intervención cognitivo conductual en pacientes con cáncer de cabeza y cuello intervenidos quirúrgicamente. Facultad de Psicología. UNAM. México.

8. Informe de Actividades Desarrolladas en la Sede

8.1. Características de la sede

Durante los dos años de residencia estuve asignada en el Hospital Juárez de México (HJM), Unidad de Trasplantes durante el primer año en la Unidad de Oncología en el segundo año de residencia.

El Hospital Juárez de México se fundó el 23 de Agosto de 1847 con el nombre de "Hospital de San Pablo". Para el 19 de Junio de 1962, se le dio el nombre de "Hospital Juárez de México" (Contreras, 2000). Después del sismo de septiembre de 1985, el Hospital fue reconstruido y se inauguró el 19 de Septiembre de 1989. Actualmente existe el Hospital Juárez del centro de la ciudad de México y el Hospital Juárez ubicado en el norte de la ciudad.

El HJM se encuentra ubicado en la Av. Instituto Politécnico Nacional, y se considera un hospital de tercer nivel, ya que cuenta con 19 especialidades médicas y con servicios de internamiento.

8.2. Primer año de residencia: Unidad de Trasplante Renal

El Servicio de Trasplante Renal funciona en el hospital desde 1991. Actualmente está conformado por un jefe de servicio y dos médicos adscritos, 19 enfermeras divididas en turnos matutino, vespertino y nocturno. Dos médicos residentes, formados en cirugía, realizan el curso de subespecialidad en trasplante renal por 12 meses.

Como primera autoridad, se cuenta con el jefe de servicio, del que dependen dos médicos adscritos, dos residentes médicos y dos residentes en medicina conductual. Durante el año 2004, por primera vez, se asignaron dos residentes de medicina conductual con el fin de ofrecer un mejor servicio a los pacientes de esta unidad.

Dr. Andrés Bazan Borges, Jefe del Servicio de Trasplantes, supervisó indirectamente el trabajo realizado por los residentes en medicina conductual. Directamente lo hizo la Supervisora In situ, Mtra. Bertha Molina Zepeda, el Dr. Ricardo Gallardo, Jefe de Psiquiatría y Psicología del HJM, el Supervisor

Académico Leonardo Reynoso Erazo y la Tutora Académica Dra. Laura Hernández.

8.2.1. Aspectos psicológicos de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónico Terminal

La insuficiencia renal es uno de los padecimientos crónicos más complejos, requiere de la atención multidisciplinaria para su tratamiento. Actualmente, la enfermedad renal está considerada como la decimotercera causa de muerte en México y cada año menos la vida de más de 4000 personas (Andreu, 1997).

La insuficiencia renal crónica consiste en la disminución del funcionamiento de los riñones. Estos se encargan de expulsar las sustancias de desecho y el exceso de sales en la sangre, regulan el equilibrio de los líquidos en el cuerpo, mantienen el nivel normal del calcio y fósforo, intervienen en la formación de glóbulos rojos y desempeñan un papel fundamental en el control de la presión arterial, entre otras funciones, (Andreu, 1997)

Generalmente para su tratamiento el paciente requiere de diálisis peritoneal o hemodiálisis, una técnica médica para eliminar las impurezas y sustancias de desecho de la sangre. La esperanza de vida para pacientes en diálisis peritoneal es de 2 a 3 años mientras que en hemodiálisis es de 5 años en promedio (Andreu, 1997).

Con respecto a los tratamientos, una máquina que mide aproximadamente 1 metro x 1 metro x 50 cm. realiza la hemodiálisis. Los pacientes se someten a diálisis en promedio, cuatro horas, tres veces por semana en las instalaciones del hospital.

Para el procedimiento de diálisis peritoneal se utiliza un líquido especial, el cual se introduce por medio de un catéter en el abdomen, ocurre un cambio recíproco de líquidos por medio del peritoneo y se excreta el líquido con los tóxicos.

La diálisis peritoneal se enseña a los pacientes en el hospital con el fin de que ellos posteriormente la realicen en su casa. Dura aproximadamente dos

horas, dos o tres veces al día. La tercera opción de tratamiento es el trasplante renal. Antes de que los pacientes se trasplanten, es común que se encuentren en algún tipo de diálisis.

Dentro de los aspectos psicológicos que aquejan al paciente con esta enfermedad, son: la pérdida de autonomía, pues el tiempo y la frecuencia necesarios para realizar el tratamiento de diálisis, provoca que los pacientes interrumpan sus actividades diarias. Esto incluye el estudiar de forma escolarizada y trabajar dentro de un horario fijo. Los obliga a modificar sus estilos de vida y cambiar los roles que estaban desempeñando dentro de su familia. El desempeñar el rol de enfermo puede implicar para las personas productivas un cambio, que indique que ya no provea, sino que dependerán de otros para sus cuidados, traslados o incluso requieran ayuda económica. El contexto al que ahora frecuentemente el paciente se exponga es un hospital, en contacto continuo con el personal médico (Buchanan & Abram, 1989).

Esto cambia la forma de relacionarse, en mayor o menor medida, con la pareja, amigos, hijos, padres, en su trabajo, recreación, etc. Ahora invertirá mayor tiempo en su autocuidado y tratamiento, distanciándose así de las redes sociales habituales (Symister & Friend, 1996).

Como consecuencia de la insuficiencia renal crónica la libido disminuye, tanto en hombres como en mujeres. Puede presentarse impotencia parcial o total, dificultad para eyacular, lubricación nula o insuficiente en las mujeres, menor respuesta orgásmica. Las preocupaciones por la enfermedad también pueden influir en el desempeño sexual. Este es otro factor que puede afectar significativamente la relación de pareja del enfermo (Symister & Friend, 1996).

La ansiedad es otra de las consecuencias psicológicas del enfermo renal crónico. Pues la mayoría de los pacientes experimentan ansiedad durante su tratamiento. La incertidumbre acerca del futuro debido a la enfermedad, podría ser uno de los principales desencadenantes de ansiedad (Symister & Friend, 1996).

El trastorno del estado de ánimo o depresión, se presenta comúnmente en esta población. Existe una controversia sobre el diagnóstico en enfermos con

insuficiencia renal, ya que puede existir una identificación errónea de “síntomas depresivos”, estos pueden tener más bien, una base orgánica y no psicológica. Es importante considerar esto al aplicar los criterios del DSM-IV, para hacer un adecuado diagnóstico (O'Donnell & Chung, 1997).

El seguimiento de las indicaciones médicas del paciente con insuficiencia renal crónica incluye medicamentos, dieta baja en sales y potasio, así como, la disminución en la ingesta de líquidos. Es difícil que el paciente presente la conducta adherente y como consecuencia de esto, pudiera acelerarse el deterioro orgánico de los pacientes. En el caso de pacientes trasplantados la falta de adherencia constituye la mayor amenaza para el mantenimiento de la salud y causar la muerte (Brickman & Yount, 1996).

La respuesta de los pacientes ante la enfermedad renal depende de sus habilidades de afrontamiento, el apoyo familiar (Christensen, Turner, Slaughter & Holman, 1989; Palmer, Canzona & Wai, 1989), la autoeficacia (Bandura, 1997) y la participación del equipo terapéutico en el hospital (Stapleton, 2000).

8.2.2. Actividades dentro del Servicio de Trasplante Renal

Las actividades dentro del Servicio de Transplante se diseñan para cubrir las demandas de los pacientes. La unidad maneja dos tipos de protocolos, el protocolo de vivo relacionado en donde el paciente es captado en consulta externa, transferido por el Servicio de Nefrología para ser estudiado como posible receptor. La evaluación de los recursos económicos por Trabajo Social es el primer paso. Posteriormente, se le ofrece al receptor y su familia información sobre el procedimiento médico, psicológico y social. Esta cita permite conocer la red de apoyo del paciente, captar al posible donador y dar la primera cita para iniciar con las evaluaciones médicas, psicológicas, que incluye el protocolo.

La evaluación realizada por psicología tiene el objetivo de conocer el aspecto legal y psicológico del receptor y del donador.

Según la Ley de general de Salud en Materia de Donación y Trasplantes el receptor requiere:

- Capacidad de comprensión.
- Ser consciente de los riesgos del trasplante y la probabilidad de éxito (Art. 25, Fracc. IV).
- No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano (Art. 327 de la ley publicada en el Diario Oficial).
- Tener adherencia a los tratamientos.
- Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante (Art. 26, Fracc. IX).
- No tener síntomas_cuadros psicopatológicos (personalidad antisocial o cuadros psicóticos).
- Contar con recursos de afrontamiento para tolerar el período de aislamiento.

El donador requiere:

- Capacidad de comprensión.
- Estar libre de coacción física o moral para donar (Art. 16, Fracc. V).
- Tener conocimiento de los riesgos de la operación y sus consecuencias, así como posibilidades de éxito para el receptor (art. 16, Frac.IV).
- No tener expectativas de de ganancias secundarias (económicas o en especie) por donar.
- No tener síntomas_cuadros psicopatológicos (e.g. personalidad antisocial o cuadros psicóticos).

Esta información se obtiene de la entrevista clínica y de la batería de instrumentos: la Entrevistas Estructuradas para Trasplante Renal, de protocolo vivo relacionado donador y receptor; 16 PF, Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, IDARE y Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con IRCT.

Al concluir la evaluación se elabora un reporte que plasma los resultados obtenidos, si el donador y el receptor son psicológicamente aptos para llevar a cabo el trasplante. Este reporte se anexa a su expediente médico. La evaluación también permite elaborar una estrategia de intervención apropiada al paciente y reforzar sus recursos de afrontamiento para el trasplante. Antes de la cirugía se les lee y explica al paciente y a dos testigos La Carta de Consentimiento Informado, donde se expresan los riesgos y probabilidades de éxito del trasplante. Se procede al trasplante.

Otra función del psicólogo residente es brindar atención al paciente durante el periodo de aislamiento y a su familia. Al ser dados de alta da seguimiento al caso.

En el protocolo de cadáver se lleva a cabo el mismo procedimiento, lo que varía, es que no existe un donador vivo relacionado y al finalizar la evaluación psicológica y médica, el candidato entra a una lista de espera. Para permanecer en ella asiste a la unidad de trasplantes cada mes a actualizar sus valoraciones médica, psicológica y de trabajo social. La espera termina cuando en otro servicio del hospital hay un paciente en muerte cerebral, y su familia decide donar. Si el donador en muerte cerebral está en condiciones médicas apto para donar, se le llama a los receptores que se encuentren al inicio de la lista de espera y que son compatibles con el donador.

Durante el año 2004, se atendieron a 30 pacientes en protocolo, 8 receptores, 8 donadores en protocolo vivo relacionado, 14 en protocolo de cadáver, 10 pacientes en seguimiento ya trasplantados, familiares de los pacientes y por último 200 pacientes aproximadamente en consulta externa.

Se llevaron 350 consulta incluyendo las sesiones grupales, 40 de primera vez, 310 subsecuentes; el 60% fueron hombres y el 40% mujeres en un rango de edad de 16 a 48 años.

Los diagnósticos más atendidos fueron el trastorno adaptativo, trastorno de ansiedad y falta de adherencia a los tratamientos.

8.2.3. Actividades diarias del Servicio de Trasplante Renal

El horario de trabajo dentro del servicio de trasplante es de 8 de la mañana a 2 de la tarde, de lunes a viernes; en caso de existir algún trasplante fuera de este horario, es necesario estar presente. En período de aislamiento se requiere la presencia del psicólogo sábado y domingo.

Se inician actividades con el pase de visita, integrado por un médico residente, una trabajadora social y un psicólogo, este recorrido se realiza por todos los servicios del hospital, con el fin ubicar algún paciente en muerte cerebral, candidato a donador de cadáver.

Todos los días de 8:30 a 9:30 a.m., excepto los miércoles, se reciben clases sobre temas relacionados con la insuficiencia renal crónica terminal, el trasplante y la inmunosupresión. Las clases fueron impartidas por los médicos residentes, adscritos, trabajadoras sociales y jefe de servicio. Los miércoles de 8 a 9 a.m. una sesión compartida por trabajo social, médicos residentes y psicología en donde se trataban temas de interés común. En dicha sesión como residente en medicina conductual presenté tres temas “Como dar malas noticias”, “Intervención en crisis” y “El trabajo del psicólogo en el servicio de trasplantes”.

Al terminar las clases se atendía a los pacientes citados para evaluación o psicoterapia. Posteriormente, se atendía a los pacientes en hospitalización y se actualizaban expedientes. Los días martes de 10 a 11 a.m., teníamos accesoria clínica con la Supervisora In Situ y el Jefe de Servicio de Psicología y Psiquiatría. Los miércoles de 10 a 11 a.m. sesión clínica, en donde se expone un caso clínico, frente a adscritos y Jefe de Servicio de Psicología y Psiquiatría. Los viernes de 12 a 2 p.m. clases y asesoría de casos con la Supervisora In Situ.

8.2.4. Actividades académicas

- Diplomado en Tanatología. Escuela de Enfermería ISSSTE. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus FES Zaragoza. Diciembre 2004-Junio 2005.

- Artículo: Vera, J. y Sotelo, T. (2004) "Bienestar y Redes de Apoyo Social en la Población de la Tercera Edad". Revista La Psicología Social En México, Vol. X, pág. 95-102.
- Cartel: Sotelo, T., Reséndiz, A., Bazán, A., Reynoso, L. (2004)"Adherencia Terapéutica de los Pacientes en Protocolo de Trasplante Renal. IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, 15-19 de Noviembre.
- Cartel: Reséndiz, A., Sotelo, T., Bazán, A., Reynoso, L. (2004)"Enfrentamiento en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) Ante una cirugía de Trasplante Renal". IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, 15-19 de Noviembre.
- Cartel: Reséndiz, A., Sotelo, T., Molina, B., Reynoso, L. (2004)"Ansiedad y Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Protocolo de Trasplante Renal". IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, 15-19 de Noviembre.
- Conferencia Internacional: "IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud". Sociedad Cubana de Psicología de la Salud. Noviembre del 2004 en La Habana, Cuba.
- Congreso: X Congreso de la Asociación Mexicana de Psicología Social". Asociación Mexicana de Psicología Social. Octubre 2004 en Obregón, Sonora.
- Congreso: 8º Congreso Nacional de Trasplantes. Sociedad Mexicana de Trasplantes, A. C. Agosto 2004 en Boca del Río, Veracruz.

8.3. Segundo año: Unidad de Oncología

La Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México se formó con la creación del nuevo Hospital en Politécnico Nacional, instalando un área específica para la ubicación de consulta externa de Oncología, aplicación de quimioterapia e instalaciones para las máquinas de radioterapia. Dicha unidad cuenta con cuatro consultorios, 5 oficinas, un aula, un quirófano, una oficina de trabajo social, tres camas para procedimientos menores y urgencias, recientemente se cuenta con dos consultorios específicos de psico_oncología.

El servicio de oncología se encuentra estructurado por un jefe de servicio, quien tiene a su cargo al personal médico de base, Médicos residentes, jefe de enfermeras, personal administrativo, trabajo social y psicología.

Cuenta con dos secretarias, dos recepcionistas, 3 afanadoras, 9 enfermeras tituladas, 9 cirujanos oncólogos, 1 radio_oncólogo, 1 médico oncólogo, 1 profesionalista maxilofacial, 1 trabajadora social, 4 técnicos en radioterapia, 1 físico, 1 psicóloga adscrita, tres residentes en medicina conductual.

Durante el año de residencia 2005, fueron asignados tres residentes de Medicina Conductual, uno de primer año y dos del segundo año, durante los primeros seis meses se asignó, un residente por servicio, fusionando los servicios de mama y cabeza y cuello, pues este último es de menor demanda. (Ver Fig. 10); en los últimos seis meses se diseñó otra organización que permitiera cubrir con mayor eficacia las necesidades de la unidad, un residente en hospitalización y dos en consulta externa, estos últimos cubrían interconsulta de los cuatro servicios, incluyendo aquellos de quimioterapia, radioterapia, y urgencias oncológicas (Ver Fig. 11).

Fig. 10 Rotación de los Residentes de Medicina Conductual en los Servicios de la Unidad Oncológica, durante los primeros seis meses.

Residente	Marzo-Junio	Julio-Agosto
R2	Tumores Mixtos	Tumores de Mama y Cabeza y Cuello
R2	Tumores Ginecológicos	Tumores Mixtos
R1	Tumores de Mama y Cabeza y Cuello	Tumores Ginecológicos

Fig. 11 Rotación de los Residentes de Medicina Conductual en los Servicios de la Unidad Oncológica, durante los últimos seis meses.

Residente	Septiembre-Febrero
R2	Consulta Externa
R2	Consulta Externa
R1	Hospitalización

El trabajo realizado por los residentes fue supervisado por el Supervisor In Situ Dr. Ricardo Gallardo Contreras, Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología. Por la Supervisora Académica Ma. Cristina Bravo González y la Tutora Académica Dra. Laura Hernández. De forma indirecta el trabajo también fue supervisado por el Dr. Francisco García Rodríguez, Jefe del Servicio de Oncología.

8.3.1. Aspectos psicológicos del paciente con Cáncer

El cáncer es una de las enfermedades crónicas degenerativas, que más aqueja a nuestra sociedad, se encuentra dentro de las primeras causas de muerte en nuestro país.

El Cáncer se caracteriza por el crecimiento irregular de las células, las cuales no mueren y se reproducen rápidamente. Esto forma un tumor, el cual puede o no esparcirse a otros órganos impidiendo el funcionamiento de estos.

Esta enfermedad tiene un impacto importante en el paciente, lo afecta física, social y psicológicamente, por lo que se requiere una intervención multidisciplinaria. Pueden experimentar diversas emociones, intensificadas como ansiedad y miedo en las etapa de prediagnóstico debido a la incertidumbre, exámenes médicos intrusivos y dolorosos. Frustración o enojo durante el

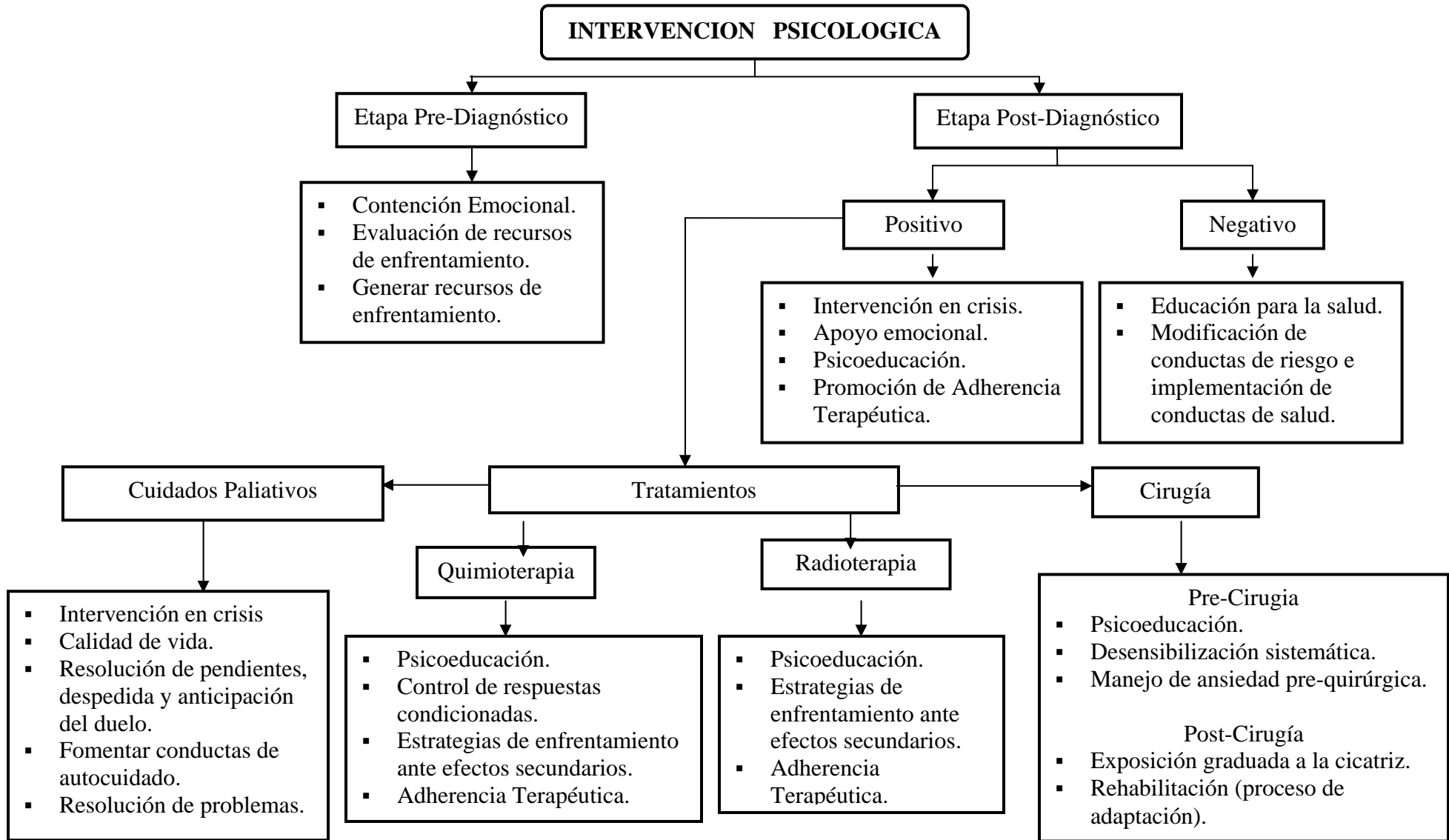
diagnóstico, depresión durante el tratamiento debido a la pérdidas que se sufren durante este, el trabajo, una parte del cuerpo, cabello, el rol familiar, diversión, etc.. Esto puede verse modulado por los recursos de afrontamiento con los que cuenta el paciente, así como el apoyo de la familia, amigos o profesionales de la salud, que le proporcionen soporte (Latorre & Beneit, 1994).

8.3.2. Actividades dentro de la Unidad de Oncología

Las actividades realizadas por el Residente en Medicina Conductual, se dirigieron básicamente a cubrir las necesidades de la Unidad Oncológica.

El abordaje psicológico de los pacientes oncológicos variaba dependiendo de la etapa de atención médica en la que se encontraban, esto se ilustra brevemente en la Figura 12.

Fig. 12 Abordaje Psicológico de los Pacientes Oncológicos.



8.3.3. Actividades diarias dentro de la Unidad de Oncología

Clase a las 7:00 a.m. con médicos residentes, y adscritos, en las cuales se presentan temas sobre el padecimiento, tratamientos, implicaciones de los tratamientos en los pacientes, etc., estas clases son ofrecidas algunas veces por el jefe de servicio y otras son exposiciones de los residentes. Posteriormente se lleva a cabo el pase de visita por el área de hospitalización con el Jefe de Servicio, médicos adscritos, residentes, trabajo social y residentes en medicina conductual.

Al finalizar la visita se atienden a pacientes citados en consulta externa o pacientes de hospitalización del servicio al que se pertenece, durante los primeros seis meses, en los últimos seis meses, regresábamos a consulta externa u hospitalización según la rotación. Los días martes de 10 a 11 a.m. se tenía clase con el Jefe de Servicio de Psicología y Psiquiatría el Dr. Gallardo C., los miércoles de 10 a 11 a.m. se presenta un clínico para discusión con los psicólogos adscritos y el Jefe de Servicio de Psicología y Psiquiatría. Los viernes de 8 a 10 a.m. supervisión por la Mtra. Cristina Bravo.

Durante la residencia en la Unidad de Oncología se atendieron a 334 pacientes, con edades entre 75 y 17 años, de los cuales el 72% tenían un rango de edad entre 29 y 47 años.

El 73% eran mujeres, 27% hombres. 83 % primera vez y 17 % subsecuentes. El diagnóstico mas frecuente fue el de Cáncer Cervico Uterino, seguido del Cáncer de Mama y Tumores Mixtos.

Los Diagnósticos psicológicos atendidos más frecuentemente fueron, Trastornos Adaptativos principalmente, seguidos de Trastornos de Ansiedad y del Estado de Ánimo.

Intervenciones más frecuentes fueron, en primer lugar las intervenciones en crisis, que tienen como función disminuir el estado emotivo disfuncional que experimenta el paciente. La educación para la salud consistía en proporcionar información con respecto al padecimiento médico y los tratamientos. En un

tercer lugar las sesiones familiares, en donde se les brindaba apoyo emocional a familiares del paciente con cáncer.

8.3.4. Actividades académicas

- Taller: "Therapeutic Adherence in Complicated Diseases: Lessons Learned from VIH". Universidad Autónoma de México. Febrero de 2005 en México, D.F.
- Taller: "Intervención en Crisis". INTEGRA, Centro Especializado en Trastornos por Ansiedad y Depresión. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Universidad Complutense de Madrid. Abril de 2005 en México, D.F.

8.4. Evaluación

8.4.1. De la Sede: Hospital Juárez de México

El Servicio de Trasplante Renal, sede durante el primer año de residencia, es un servicio en donde el residente en medicina conductual, pudo desarrollarse generando amplias habilidades, de evaluación, manejo psicoterapéutico del paciente candidato a trasplante renal, etc. La desventaja radicó en que el Jefe de Servicio, algunos adscritos y algunos residentes, no tenían claro las funciones de un psicólogo, así como la ética profesional de este. Lo que creó un conflicto, que complico las relaciones de trabajo.

En la Unidad Oncológica, sede durante el segundo año de residencia. Como médicos conductuales el Servicio de Oncología nos dejó una gran enseñanza profesional y personal. Profesionalmente se desarrollaron habilidades de evaluación y de manejo de pacientes con cáncer.

Afortunadamente en el año de rotación por Oncología, se contaba con dos espacios diseñados para la atención de pacientes, en el aspecto psicológico. La dificultad se presentó cuando este espacio resultó ser insuficiente, pues existían ocasiones en que los pacientes en crisis eran más de dos. Por lo que se tenía que buscar otro espacio para atender al paciente.

La desventaja de la demanda de pacientes, es que difícilmente nos permitía llevar a cabo un protocolo de investigación.

Durante este periodo elaboré un programa de intervención para familiares de pacientes con cáncer, debido a la demanda del servicio no pude dedicarle mucho tiempo, este fue uno de los factores que no permitió realizar replicas suficientes para una muestra representativa.

8.4.2. Del Sistema de Supervisión

8.4.2.1. Supervisor In Situ

El supervisor es parte fundamental de la formación del residente en Medicina Conductual, la supervisión cercana, permite al residente desarrollar habilidades terapéuticas imprescindibles, en manejo del paciente con enfermedad crónica. Durante el primer año conté con la Supervisora In Situ Mtra. Bertha Molina Zepeda, quien considero es una profesional capacitada en el aspecto teórico y clínico para cumplir con su función de supervisora. Con ella se realizaban actividades de supervisión dentro del hospital, de casos clínicos, formulaciones cognitivo-conductuales, clases teóricas del enfoque cognitivo-conductual, apoyo durante casos difíciles o de carácter legal, organización del trabajo dentro de los servicios y supervisión del protocolo.

Durante el segundo año, el Supervisor In Situ, fue el Dr. Ricardo Gallardo Contreras, Jefe del Servicio de Psiquiatría. Durante su supervisión se abordaron temas teóricos relacionados con el área clínica y proporcionaba apoyo psiquiátrico a pacientes que así lo requerían.

8.4.2.2. Supervisor Académico

En el primer año de residencia, el Mtro. Leonardo Reynoso fue el Supervisor Académico, quien asistía generalmente una vez a la semana, al hospital con en de detectar las necesidades de los residentes dentro del ámbito hospitalario ya asesorar nuestro trabajo.

La Supervisora Académica durante el segundo año, fue la Mtra. Cristina Bravo, quien asistió cada semana a la Unidad de Oncología para realizar actividades de revisión bibliográfica de temas relacionados con el trabajo dentro

del hospital, revisión de casos difíciles y supervisión en la elaboración del reporte de experiencia profesional.

8.4.2.3. Tutor Académico

El apoyo del Tutor Académico Dra. Laura Hernández ha sido indispensable para la elaboración del informe de experiencia profesional, su amplia experiencia en investigación, conocimientos clínicos y teóricos. Su retroalimentación constante hace esta asesoría invaluable en la formación de habilidades y competencias del médico conductual.

8.4.3. De las Competencias Profesionales Alcanzadas

En los años de residencia en el Hospital Juárez de México considero haber desarrollado las siguientes habilidades y conocimientos:

- Realizar evaluaciones que me permitan llegar a un diagnóstico acertado del paciente.
- Conocimientos y habilidades en la creación de instrumentos de medidas apropiadas a una población específica.
- Elaborar plan de tratamiento en base a técnicas cognitivo-conductuales para pacientes con necesidades específicas dentro del área de la salud, relacionadas con problemas de salud.
- Información necesaria, sobre el proceso de las enfermedades crónicas degenerativas, principalmente de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal y el Cáncer.
- Habilidades para trabajar en un equipo interdisciplinario.
- Elaboración de expedientes clínicos y notas.
- Identificar cuando canalizar otros especialistas cuando el paciente así lo requiere.
- Realizar intervenciones en crisis, en diferentes situaciones problemas de los pacientes, pérdida de un familiar, toma de decisiones difíciles, durante el diagnóstico de cáncer, crisis de ansiedad en los aislados, etc.

- Incremento en habilidades clínicas indispensables en el proceso terapéutico, como la empatía, contención emocional, identificación de momentos de intervención, escucha, focalizar la terapia a la solución de problemas en el presente, entre otras.
- Incremento en las habilidades de afrontamiento, a problemas de tipo emocional, frente al tipo de pacientes, crónicos terminales.
- Tolerancia ante las limitaciones del personal médico.
- Reconocimiento de mis limitaciones personales y de conocimientos.
- Actualización constante para el mejoramiento de mi desempeño profesional.

Como conclusión puedo afirmar que las competencias y habilidades desarrolladas durante la Maestría en Medicina Conductual corresponden al objetivo del programa de residencia.

8.5. Conclusiones y Sugerencias

La Residencia en el Hospital Juárez de México, tanto en el Servicio de Trasplante y Oncológico me ha permitido desarrollar una serie de conocimientos y habilidades, en cuanto al manejo de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas. El haber cursado un año en cada servicio me proporciona mayor variedad de conocimiento, con respecto a pacientes con problemas importantes de salud. Entender que cada enfermedad es diferente y que afecta de manera distinta a las personas aunque las reacciones emocionales pudieran parecer las mismas, ansiedad, depresión e ira.

Como sugerencia considero importante la sensibilización del personal médico a la intervención psicológica. Por lo que sería adecuado abrir espacios dentro de la amplia demanda de pacientes, para la realización de protocolos de investigación.

También pienso que sería importante desarrollar intervenciones grupales cognitivo-conductuales, breves que brinden habilidades a los enfermos y sus

familiares a enfrentar esta nueva condición de enfermedad. Con esto se podría dar un mejor servicio y reducir la demanda de estos pacientes.