



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**Efectos de la solución de problemas sobre la
calidad de vida y comportamientos de autocuidado
de cuidadores de pacientes oncológicos en fase
paliativa**

Y REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

Nancy Elizabeth Rangel Domínguez

DIRECTOR DEL INFORME: Dr. Juan José Sánchez-Sosa

REVISORES :

Mtro. Edgar Landa Ramírez

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez

Mtra. Rosa Ornelas Mejorada

Mtra. Nelly Flores Pineda

México, DF, 2013



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.

	Página
Agradecimientos	3
Primera sección: Reporte de Investigación	
Resumen	4
Introducción	5
Método	
Participantes	15
Diseño	15
Variables	19
Materiales	21
Procedimiento	24
Resultados	27
Conclusiones	30
Segundo estudio piloto	
Participantes	34
Procedimiento	35
Resultados	36
Conclusiones	39
Referencias	45
Segunda Sección: Reporte de experiencia profesional	
Introducción	50
Primer año de residencia: Servicio de Oncología, Hospital Juárez de México	53
Segundo año de residencia: Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Cancerología	61
Referencias	86

AGRADECIMIENTOS

A mi familia:

Alejandro Silva Callejas. Por los cuidados y apoyo. ¡Prepárate porque vienen más proyectos!

Papá, mamá, Roberto, Jesús, Susana, Karla y Paola. Por estar siempre y en todo

A mi comité:

Dr. Juan José Sánchez –Sosa: Por el tiempo dedicado y las muchas ideas sugeridas.

Mtro. Edgar Landa Ramírez: Por sacar lo mejor y peor de mí en el proceso de elaboración del reporte.

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez: Por las oportunidades de formación y crecimiento en Cuidados Paliativos.

Dra. Rosa Ornelas Mejorada: Por siempre estar dispuesta a apoyarme (en la maestría y en la vida).

Mtra. Nelly Flores Pineda: Por la formación como terapeuta.

A mis amigas y amigos:

Leticia Ascencio Huertas: Por ser maestra y ejemplo de vida. Por abrirme puertas. Por confiar en mí.

Las madrinas: Selene, Rosario, Ivonne, Thelma, Centli, Cinthia, Cristina: Por todo lo que nos tocó vivir juntas en las clases, el hospital, los congresos, y también fuera de ellos.

Cinthya, Samantha y Alex: Por las muchas vivencias en el hospital y fuera de él.

Ceci, Minerva, Paty, Andrea: Por los buenos momentos. Por siempre echarme porras. Por estudiar conmigo.

A mis espacios de trabajo y las personas que los conforman:

Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México /Programa de Atención y Cuidados en Oncología (PACO) del INCan: Por las oportunidades de aprendizaje, trabajo en equipo y los muchos momentos (buenos y malos) compartidos.

A los pacientes y sus cuidadores:

Porque sin su confianza y disposición no habría sido posible este reporte, ni mi formación como maestra en Psicología.

RESUMEN. Cuidar de un familiar con cáncer avanzado trae consigo una serie de problemas familiares, laborales, económicos, y sociales que impactan negativamente sobre la calidad de vida y la salud física y psicológica de los cuidadores primarios. El objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de una intervención basada en la terapia de solución de problemas sobre la adquisición de habilidades de autocuidado, la calidad de vida, y la sintomatología ansiosa y depresiva en cuidadores primarios de pacientes que reciben cuidados paliativos. Se utilizó un diseño de N=1 de medidas repetidas, con evaluación pre y post- test con los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, el inventario de calidad de vida WHOQol Bref y un cuestionario de conductas de autocuidado diseñado *ex profeso* para esta investigación. Se identificaron mejorías clínicamente significativas en las medidas de sintomatología ansiosa y depresiva, un incremento en la calidad de vida y la identificación de la Terapia de Solución de Problemas como una herramienta útil para afrontar las problemáticas derivadas de las actividades de cuidado. La principal limitante para el desarrollo de la intervención fue lo extenso de la misma y que el tiempo propuesto no correspondió con el promedio de sobrevida de los pacientes atendidos en el servicio.

Palabras clave: terapia de solución de problemas, cuidadores primarios, ansiedad, depresión, calidad de vida.

EFFECTS OF PROBLEM SOLVING THERAPY ON QUALITY OF LIFE AND SELF-CARE BEHAVIORS BY PRIMARY CAREGIVERS OF TERMINAL CANCER PATIENTS

ABSTRACT. Caring for a relative with terminal cancer brings a series of problems in the family, work, financial and social arenas. These problems, in turn, cause a negative impact on the Quality of Life (QOL) of the patients' primary caregivers, including their physical and psychological health. The purpose of the present study was to examine the effects of an intervention based on Problem Solving Therapy on QOL, anxious and depressive symptoms and on the acquisition of self-care skills by terminal cancer patients' primary caregivers. A repeated measures N=1 design was used on pre and post intervention measurements on Beck's anxiety and depression inventories, the WHOQOL-Bref and a questionnaire on self-care expressly designed for the study. Results revealed clinically significant improvements on anxious and depressive symptoms and improvement on the participants' QOL. Problem Solving Therapy resulted a viable and effective approach to cope with the problems posed by caring for a terminal patient and improving self-care skills. A possible drawback of the procedures includes a lengthy intervention which was not always commensurate with the survival time of the terminal patients.

Key words: problem solving therapy, primary caregivers, anxiety, depression, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Se agrupa con el nombre de cáncer a una serie de enfermedades que se caracterizan por el crecimiento descontrolado y desorganizado de células que pueden invadir y destruir los tejidos y suele ser resultado de alteraciones del contenido genético de las mismas. Estas enfermedades ponen en riesgo la vida de las personas debido a que generan muy serias alteraciones en el funcionamiento del organismo (Herrera, de la Garza y Granados, 2010).

Actualmente el cáncer es la primera causa de muerte en el mundo. En el año 2008 cerca de ocho millones de personas fallecieron debido a este padecimiento y se calcula que para el año 2030 el total de muertes alcanzará los 12 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011)

En México el cáncer es también una de las principales causas de muerte; en el año 2007 murieron más de nueve mil mujeres (entre las principales causas: cáncer de mama, cervico-uterino y neoplasias malignas de hígado). En el mismo año cerca de ocho mil hombres fallecieron por cáncer (próstata y pulmón entre los primeros lugares) (Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS], 2008)

El cáncer y sus tratamientos tienen consecuencias en la salud física y psicológica de las personas, ya que se modifican y deterioran seriamente las funciones del organismo, la imagen corporal, el estilo de vida, las expectativas y los planes personales y familiares. Estos cambios

hacen necesario la existencia de un sistema de apoyo para el paciente, el cual, con frecuencia, tiene lugar en la familia.

La familia del paciente con cáncer se ve afectada, frecuentemente, por el proceso de enfermedad de forma emocional, cognitiva y conductual, debido a que se modifican las rutinas, los planes para el futuro, la percepción de sí mismo, de los demás y de la vida en general (Baider, 2003; Mesquita, Magalhaes, De Almeida, Carvalho y Mota, 2001). Estos cambios se presentan en particular en aquella persona que tiene la mayor carga de responsabilidad en el proceso de cuidar de un familiar enfermo: el Cuidador Primario Informal (CPI).

Se identifica como cuidador primario informal (CPI) a la persona que se hace cargo de brindar los cuidados que otra requiere debido a que se encuentra enferma o tiene alguna discapacidad y por lo tanto, requiere de apoyo para llevar a cabo sus actividades cotidianas, vitales o de relación social (García, Mateo y Gutiérrez, 1999) generalmente es un familiar, amigo o vecino de la persona enferma.

El cuidador primario informal no recibe remuneración económica por el cuidado y no cuenta con la capacitación formal para desempeñarlo. No tiene un horario establecido y se encuentra vinculado de manera afectiva con la persona de quien cuida. Estas características son importantes ya que permiten distinguir entre un cuidador primario informal y uno formal. En esta última categoría se incluye a los prestadores de salud (personal médico, de enfermería, psicología, etc.), quienes cuentan con capacitación formal para los cuidados y reciben

remuneración o reconocimiento por sus actividades (Bazo y Domínguez, 1996).

Actualmente no se cuenta con datos que reflejen cuántos cuidadores primarios existen a nivel mundial, sin embargo, bajo el supuesto de que por cada paciente oncológico existe un cuidador, puede considerarse que durante 2008 cerca de 29 millones de personas dedicaron cuidados y atención a enfermos de cáncer a nivel mundial (Bray, 2012).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), en el 2002 un total de 1, 738,756 personas dedicaban parte del día al cuidado de un familiar enfermo. Sin embargo, no se cuenta con los datos que reflejen el tipo de problemas o enfermedades que aquejaban a estas personas (Nigenda, López-Ortega, Matarazzo y Juárez-Ramírez, 2007)

Diversas investigaciones han revelado que el perfil del cuidador primario habitualmente corresponde al de una mujer (en el 77% al 98% de los casos), entre los 40 y los 60 años de edad (del 30% al 32% de las veces), esposa o hija del paciente (entre el 45% y 90% de los casos), casada (aproximadamente en el 50%), dedicada al trabajo no remunerado dentro del hogar, y que comparte el domicilio con el paciente. Este perfil es consistente en múltiples enfermedades y discapacidades y se ha documentado en diversos países (Compean-González, Silerio-Vázquez, Castillo-Díaz y Parra-Domínguez, 2008; Islas, Ramos, Aguilar y García, 2006; Lara, González y Blanco, 2008; Pérez y

Llibre, 2010; Rivera, Dávila y González, 2011; Vásquez y Bonilla, 2010) Estos datos reflejan que existen marcadas diferencias por género respecto al desempeño del rol de cuidador, además de otras condiciones sociales que pueden impactar sobre la salud física y psicológica, así como el desarrollo económico, laboral y personal de quienes realizan tareas de cuidado.

Las personas que cuidan de un familiar enfermo experimentan un deterioro importante en su estilo de vida (Cameron, Franche, Cheung y Stewart, 2002), se reducen mucho sus oportunidades de desarrollo personal y profesional; las relaciones que establecen con otros familiares como los hijos o la pareja se tornan problemáticas (Nigenda et al., 2007) y sus recursos económicos pueden ser insuficientes debido a la pérdida de horas laborales o incluso del empleo (Sherwood, et al., 2008). Los cuidadores presentan también aislamiento social (Stefani, Seidmann, Pano y Acrich, 2003) y conducta agresiva hacia el personal de salud (Moreno y Mateos, 2004) y hacia el propio paciente (Nigenda et al., 2007)

Se han documentado alteraciones de los patrones de sueño en los cuidadores (Wei-Chung, Tsai, Chang y Tsao, 2007) fatiga (Swore, et al., 2009), alteraciones osteomusculares como lumbalgia, cervicalgia y artrosis (Seira, Aller y Calvo, 2002), hipertensión (Kim y Spillers, 2010), infecciones frecuentes (Floriani y Roland, 2006); presentan una mayor probabilidad de padecer afecciones cardíacas y alteraciones metabólicas en comparación con los no cuidadores (Rivera, 2009) y utilizan sustancias como ansiolíticos y antidepresivos con mayor frecuencia

(Seira et al., 2002). Así, el deterioro que sufre el individuo que cuida de un paciente crónico puede llegar a ser muy serio.

Adicionalmente, se ha documentado que los cuidadores de pacientes oncológicos presentan sintomatología depresiva con mayor frecuencia que la población en general (Groß, Dahl, Moum y Fossa, 2005). La incidencia de la sintomatología va desde el 30% y hasta el 50% en países como Estados Unidos (Rivera 2009). Con respecto a la sintomatología ansiosa, entre el 45% y el 80% de los cuidadores la presentan, y que se relaciona con la inminente muerte de un familiar y los cambios en las actividades cotidianas (Carol, 2001).

En síntesis, cuidar de un familiar enfermo trae consigo una serie de problemas familiares, laborales, dificultades económicas, sociales así como deterioro de la salud física y psicológica en detrimento serio de la calidad de vida del cuidador (Neugaard, Andresen, McKune y Jamoom, 2008) en particular cuando brinda cuidado a un familiar con una enfermedad avanzada (Tang, Li y Chen, 2008). Estas situaciones pueden llevar a los cuidadores primarios informales a problemas de salud graves, convirtiéndose posterior o paralelamente en nuevos pacientes (Seira et al., 2002).

En virtud de estos antecedentes cobran importancia las intervenciones psicosociales dirigidas a mejorar las condiciones de los cuidadores. Revisiones sistemáticas y meta-análisis al respecto establecen que numerosas intervenciones psicológicas se centran en mejorar el conocimiento y las habilidades para el manejo de los

síntomas de los pacientes. Otras investigaciones consideran variables como la satisfacción y confianza con el cuidado que brindan a sus familiares enfermos, duelo, apoyo emocional y satisfacción marital (Hudson, 2004; Ussher, Pertz, Hawkins y Brack, 2009)

Generalmente estas intervenciones están dirigidas a los pacientes y sus cuidadores, sin tomar en cuenta que las necesidades de ambos son distintas y por tanto requieren de diferentes enfoques (Ussher et al., 2009). Pocos trabajos consideran como un punto central el autocuidado de los cuidadores (Northouse, Katapodi, Song, Zhang y Mood, 2010) a pesar del notorio impacto que cuidar de un familiar enfermo tiene sobre la salud física y psicológica.

Las intervenciones que han mostrado ser más efectivas han tenido el objetivo de desarrollar las habilidades de afrontamiento de los cuidadores (Northouse et al., 2010), como aquellas basadas en la terapia de solución de problemas, definida como un proceso cognitivo-conductual relativamente auto-dirigido, por el cual la persona busca identificar o descubrir formas efectivas para resolver situaciones problemáticas que enfrenta en el curso de su vida cotidiana. Esta técnica está conformada por cinco elementos que son a un mismo tiempo un conjunto de habilidades y un grupo de procesos: 1. orientación al problema, 2. definición del problema, 3. generación de soluciones, 4. toma de decisiones y 5. Verificación y puesta en práctica (Poinot y Antoine, 2007; Nezu, 2001).

La terapia de solución de problemas ha mostrado ser más eficaz que los tratamientos estándar y tratamientos placebo en la atención de problemas de salud física y psicológica y que no recibir atención psicológica, (Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2007). Se ha utilizado en poblaciones de cuidadores primarios de pacientes con diferentes afecciones como múltiples discapacidades (Elliott, Berry y Grant, 2009) y lesiones de la médula espinal (Elliott, Brossart, Berry y Fine, 2009) en las que mostró ser eficaz en el manejo de la depresión, en el incremento de las habilidades de solución de problemas y la satisfacción con la vida.

Respecto a la aplicación de la terapia de solución de problemas con cuidadores de pacientes con cáncer, algunos autores han examinado los efectos de intervenciones dirigidas a incrementar la confianza de los cuidadores en relación a sus habilidades para prestar cuidado; ejemplo de esto es una investigación en la que, además se evaluó qué tanto los cuidadores conocían los recursos de la comunidad y cuál era la percepción de sus capacidades para solucionar problemas. La intervención consistió en una única sesión en la que los investigadores presentaron información sobre cómo resolver algunos problemas frecuentes en el cuidado de un paciente con cáncer y posteriormente, ayudados de un trabajador social generaron un plan para resolver un problema hipotético y un problema propuesto por los participantes. Tras la intervención los cuidadores reportaron mayor conocimiento de los recursos de la comunidad y experimentaron mayor confianza en sus habilidades para proporcionar cuidados a su familiar (Bucher, Loscalzo, Zabora, Houts y Hooker, 2001).

Otra investigación analizó el efecto de un entrenamiento en solución de problemas con cuidadores de pacientes oncológicos en fase avanzada de la enfermedad, y tuvo el objetivo de incrementar las habilidades para afrontar las demandas de cuidar de un familiar enfermo. Se evaluaron las habilidades para solucionar problemas y el tipo de estrategias empleadas, así como, el grado de bienestar emocional de los cuidadores. La intervención se realizó de forma individual en una única sesión y estuvo basada en los cuidados generales que deben darse al paciente con cáncer en fase terminal. Tras la sesión los participantes reportaron una reducción de la tensión emocional, un incremento de la confianza para resolver problemas, así como, un aumento de estrategias de solución consideradas positivas tales como buscar apoyo del equipo médico (Cameron, Shin, Williams, Stewart, 2004).

A fin de incrementar la calidad de vida y reducir el nivel de distrés de los cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa, otro estudio se propuso un entrenamiento en solución de problemas dirigido al manejo de síntomas presentados por los pacientes. La intervención se llevó a cabo durante tres visitas que el equipo de investigación hizo a los cuidadores en sus domicilios. La intervención resultó eficaz y cumplió con los objetivos de la investigación; los síntomas que mejor pudieron manejarse tras la intervención fueron el dolor y el estreñimiento (McMillán, et al., 2006)

Otra investigación reportó los resultados de una intervención en cuidadores de pacientes que recibían cuidados paliativos como parte de

un estudio piloto que buscaba probar la viabilidad de la terapia de solución de problemas en esta población. La intervención constó de tres visitas domiciliarias; en cada una los investigadores resolvían junto con los participantes un problema respecto al manejo de los síntomas sugerido por el cuidador. Valoraron además el impacto de la intervención sobre los niveles de ansiedad, calidad de vida y habilidades para solucionar problemas. A pesar de que los resultados no resultaron estadísticamente significativos, encontraron que los participantes presentaron una reducción en los niveles de ansiedad, así como, un incremento de las habilidades para solucionar problemas y en la calidad de vida. En una evaluación cualitativa de la intervención reportan que los participantes identifican a la terapia de solución de problemas como una herramienta para enfrentar los problemas a los que hace frente una persona cuando se hace cargo del cuidado de un familiar enfermo (Demiris et al., 2010)

En otro estudio, dirigido a evaluar la eficacia de un programa de intervención dirigido a cuidadores y pacientes con cáncer avanzado, se encontró que la aplicación de la terapia de solución de problemas resultó eficaz en el incremento de la calidad de vida de los cuidadores pero no en la de los pacientes. El entrenamiento se dirigió al manejo de síntomas físicos y psicológicos, búsqueda de apoyo del equipo médico y apoyo social. Como apoyo a la intervención se empleó una guía en la que se presentaban los problemas más frecuentes en pacientes con cáncer. Cada sesión los cuidadores, los pacientes y un entrenador revisaban los

diferentes capítulos e instrumentaban los pasos de la solución de problemas (Meyers et al., 2011)

En síntesis, las investigaciones al respecto de la Solución de Problemas dirigidas a cuidadores de pacientes oncológicos han mostrado su eficacia en incrementar la confianza en resolver problemas, disminuir el malestar psicológico (depresión y ansiedad) y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, una de las limitaciones comunes en estas intervenciones es que están dirigidas a solucionar problemas relacionados con el paciente y no a los problemas que surgen alrededor del cuidador. Más específicamente, no se dirigen a fomentar el autocuidado, como una medida de prevención para los riesgos de salud de los cuidadores, generados por las actividades propias del rol que desempeñan o buscar mejorar su calidad de vida.

Es importante destacar que en la unidad de cuidados paliativos en la que se llevó a cabo la intervención el eje central de atención es la capacitación constante al paciente y su familia para el manejo de los síntomas presentados en el proceso de enfermedad y agonía, la cual está a cargo de las diferentes áreas que la conforman (medicina, enfermería, trabajo social, psicología y nutrición), sin embargo es objetivo específico del área de atención psicosocial llevar a cabo acciones que fortalecer los recursos de afrontamiento del paciente y su familia, en particular del cuidador primario.

En este contexto el presente trabajo se propuso realizar un estudio para evaluar la eficacia de una intervención basada en la terapia de

solución de problemas sobre la adquisición de habilidades de autocuidado, la calidad de vida y la sintomatología ansiosa y depresiva de cuidadores primarios de pacientes que reciben cuidados paliativos.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes fueron 13 cuidadores primarios de pacientes atendidos en el Programa de Atención y Cuidados en Oncología (PACO) del Instituto Nacional de Cancerología (INCan). Se identificaron participantes voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 2006) y se incluyeron aquellos que aceptaron participar entre los meses de septiembre y diciembre del 2011.

Se identificó como cuidador primario aquella persona que ejecutaba las tareas de cuidado que requería un paciente con cáncer avanzado y que no recibía remuneración económica por tal actividad. Se consideraron como criterios de inclusión ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, firmar el consentimiento informado y concluir la entrevista general. Como criterios de exclusión: que participaran en otro protocolo de investigación o atención psicológica o psiquiátrica. Se excluían los cuidadores cuyos pacientes fallecieran durante el proceso de la intervención o que a los cuidadores se les canalizara a la atención tanatológica brindada por la unidad de cuidados paliativos.

Las características sociodemográficas de los cuidadores primarios informales se presentan en la Tabla 1.

	Hombre	1
Género	Mujer	12
Edad	21 -62 años, X=45	
	Hogar	9
Ocupación	Empleo fuera del hogar	4
	Cónyuge	3
Parentesco	Hijo/a	9
	Cuidador primario formal	1

Los participantes dedicaban un promedio de 15 horas al día para el cuidado del paciente, entre 5 y 7 días a la semana. Cuatro de ellas adoptaron el rol de cuidador antes del diagnóstico de malignidad, cinco lo hicieron a partir de la confirmación del diagnóstico oncológico; tres iniciaron tareas de cuidado al momento que el paciente ingreso al servicio de cuidados paliativos y uno lo hizo durante el tratamiento oncológico.

La tabla 2 muestra los diagnósticos de los pacientes que recibían atención por parte de los participantes. Uno de los pacientes padecía Xeroderma pigmentoso, que no es una condición oncológica, sin embargo fue atendido en el servicio debido a lo avanzado de la enfermedad y su condición de incurable.

**Tabla 2. Diagnósticos de los pacientes atendidos
por los participantes**

Cáncer de mama	3
Linfoma	2
Cáncer renal	2
Cáncer de colon	1
Cáncer de esófago	1
Cáncer de ovario	1
Cáncer de páncreas	1
Osteosarcoma	1
Xeroderma pigmentoso	1

De los trece participantes evaluados sólo dos concluyeron la intervención. Las diversas causas por las que los cuidadores salieron de la investigación se enlistan en la Tabla 3.

Una de las cuidadoras que concluyó la intervención no acudió a la post evaluación en la fecha indicada debido a progresión de la enfermedad, por lo que solo se contó con evaluación pre y post intervención de una participante, sin embargo, no fue posible el seguimiento a un mes debido a que la fecha de éste coincidió con el fallecimiento del paciente y se decidió no hacerlo debido a que la participante podría encontrarse en duelo, y con esto verse alterados los resultados.

Tabla 3. Causas por las que los participantes salieron del programa de intervención

Causa	Frecuencia
Fallecimiento del paciente e ingresó a sesiones de tanatología	5
Se encontraba en tratamiento psiquiátrico	1
El paciente ingresó a programa de visita domiciliaria	2
El cuidador ya no acudía a consulta en cuidados paliativos por reasignación de tareas	1
Se agregaron componentes terapéuticos a la intervención (Reestructuración cognitiva)	1
El cuidador manifestó no querer continuar en el tratamiento	1

La cuidadora que concluyó el tratamiento era una mujer de 41 años, divorciada, madre de dos niñas, dedicada al comercio. Era hija de la paciente, a quien cuidaba desde antes del diagnóstico oncológico por complicaciones de Diabetes Mellitus Tipo II. En noviembre de 2011 la paciente ingresó al servicio de cuidados paliativos con un diagnóstico de cáncer de mama avanzado, con lo que se incrementaron las tareas de cuidado. Refirió dedicar aproximadamente doce horas al día a la atención de la paciente durante cinco días de la semana.

También se hacía cargo del cuidado de su padre quien vivía en la misma casa que la paciente, diagnosticado con arterioesclerosis, lo que limitaba su funcionalidad. La participante atendía un negocio familiar

de venta de artículos diversos que implicaban el desplazamiento constante de su domicilio.

No reportó enfermedades diagnosticadas previamente que requirieran de atención. Como parte de la sintomatología un mes previo a la evaluación reportó sentirse cansada y con dolor de espalda casi todo el mes, presentó además problemas para dormir, dolor de cabeza y dolor de “pecho” con menor frecuencia.

Esta participante llevaba a cabo conductas de autocuidado como tomar un descanso, dormir lo suficiente para sentirse descansada, actividades recreativas como jugar, leer o platicar con sus hijas, sin embargo las realizaba con poca frecuencia. Contaba con el apoyo emocional de otras personas, especialmente su hermana, con quien compartía los cuidados de la paciente.

DISEÑO

Se empleó un diseño de N=1 de tipo AB, donde A da cuenta de las conductas y malestares físicos reportados por los participantes durante la ejecución del plan de solución de problemas y B durante la verificación del plan.

VARIABLES

Variables dependientes:

Comportamientos de autocuidado

- **Definición conceptual:** Conductas que las personas llevan a cabo con el objetivo de preservar y mejorar su salud a nivel físico y psicológico.
- **Definición operacional:** Se evaluó a través de auto-registros conductuales que consideraban la frecuencia con que los cuidadores llevaban a cabo tales acciones. Además se empleó un cuestionario de conductas de autocuidado diseñado para esta investigación (Ver ANEXO 1)

Calidad de vida.

- **Definición conceptual:** La percepción que las personas tienen de su posición en la vida considerando el contexto cultural y el sistema de valores en el que se desenvuelve, se consideran además sus metas y expectativas (OMS,1998)
- **Definición operacional:** Se midió con el WHOQol- Bref en su versión adaptada a la población mexicana (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). Considera las dimensiones percepción de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Tiene una consistencia interna de 0.75.

Ansiedad

- **Definición conceptual:** Estado de emocional tenso, acompañado de síntomas físicos de activación simpática y procesos cognitivos

centrados en la creencia de que la persona se encuentra constantemente en estado de vulnerabilidad ante diversos peligros (Freeman y DiTomasso, 2004)

- **Definición operacional:** Para su medición se empleó el inventario de ansiedad de Beck, en su versión para población mexicana (Robles, Varela, Jurado y Páez, 1998) Esta escala consta de 21 reactivos con respuestas en escala tipo Likert; evalúa la sintomatología física y los pensamientos relacionados con ansiedad. A mayor puntaje obtenido mayor gravedad de la sintomatología. Muestra una consistencia interna de 0.83.

Depresión

- **Definición conceptual:** Es un grupo de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos entre los que se encuentran un estado de ánimo abatido o decaído, irritabilidad, pensamientos y sentimientos de culpa, pérdida del interés y/o placer, así como aislamiento social, entre otros (Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, 2006)
- **Definición operacional:** Se valoró a través del inventario de depresión de Beck, que ha sido estandarizado para México (Jurado, et al., 1998). Está formado de 21 ítems con respuestas en escala tipo de Likert, evalúa la sintomatología depresiva a nivel cognitivo, conductual y emocional. Un mayor puntaje refleja una

mayor gravedad de la sintomatología. Su valor de consistencia interna es 0.87.

Además de los instrumentos mencionados, se empleó una entrevista estructurada diseñada “ex profeso” para esta investigación que recababa información sobre variables como sexo, edad y parentesco con el paciente que permitieron identificar las características generales de los cuidadores. Además exploraba las características del cuidado que los participantes brindaban a sus familiares enfermos, así como las actividades realizadas y el tiempo requerido (Ver ANEXO 2)

Con el objetivo de recolectar información sobre eventos que pudieran afectar la intervención (progresión de la enfermedad, cambio de tratamiento, fallecimiento del paciente) durante cada sesión se realizó un resumen de la misma y se registró en una bitácora clínica (Ver ANEXO 3)

Variable independiente:

Intervención cognitivo-conductual basada en la Terapia de Solución de Problemas

- **Definición conceptual:** La Terapia de Solución de Problemas es “un proceso auto- dirigido, cognitivo-conductual, por el cual la persona intenta identificar o descubrir formas efectivas para resolver situaciones problemáticas que enfrenta en el curso de su vida cotidiana” (Nezu, 2001)

- **Definición operacional:** Intervención psicológica individual que tuvo una duración de cuatro sesiones, una sesión cada semana, cada una con duración entre 45 y 60 minutos. Se llevó a cabo en las instalaciones del INCan.

MATERIALES

- a) Guía de solución de problemas para cuidadores de pacientes con cáncer. Versión para el cuidador (Ver ANEXO 4)

Consiste en material escrito dirigido a los familiares cuidadores, diseñado “ex profeso” para esta investigación; tuvo por objetivo ser un apoyo en la comprensión de los diferentes pasos de la técnica y modelar cada uno de los mismos a los participantes. La guía está formada de cinco secciones generales:

1. Exposición de la relación existente entre el bienestar emocional y las habilidades de solución de problemas
2. Conceptos básicos de la solución de problemas
3. Descripción general de la técnica de solución de problemas
4. Ejercicios de solución de problemas resueltos
5. Ejercicios propuestos por el cuidador

- b) Guía de solución de problemas para cuidadores de pacientes con cáncer. Versión para el terapeuta (Ver ANEXO 5)

Sigue la misma estructura que la versión para participantes, destaca cuáles son los objetivos a alcanzar con cada actividad de la intervención y los criterios de cambio a considerar para pasar a la siguiente sección.

c) Presentación en computadora (Ver ANEXO 6)

Se trató de una presentación Power Point dirigida a los participantes, que tuvo por objetivo ser un apoyo visual a las exposiciones realizadas por la terapeuta. Trató los temas:

1. Relación entre el bienestar emocional y las habilidades de solución de problemas
2. Conceptos básicos de la solución de problemas
3. Descripción general de la técnica de solución de problemas

PROCEDIMIENTO

a) Reclutamiento

El reclutamiento de los participantes se llevó a cabo por diversas vías:

- a. La investigadora presentó los objetivos de la intervención así como un esquema general de la misma al equipo de salud del PACO con la finalidad de que éste tuviera conocimiento de la realización de la investigación. Posteriormente el personal de cuidados paliativos identificaba a los cuidadores, les extendía la invitación a la intervención y eran canalizados con la investigadora.
- b. Se entregaron folletos de invitación e información general sobre la intervención durante la plática para familiares que presenta una

introducción a los servicios del PACO, quienes manifestaban interés por la intervención fueron referidos con la investigadora.

- c. Se colocó un anuncio en el área de recepción del servicio con información general sobre la intervención indicando el nombre de la investigadora.

Aquellos cuidadores que se mostraron interesados en participar recibieron una explicación más extensa sobre la investigación. Quienes aceptaron participar firmaron el consentimiento informado (Ver ANEXO 7), y se acordó cita para inicio del tratamiento.

b) Evaluación inicial

Una vez firmado el consentimiento informado se llevó a cabo la entrevista general y la aplicación de los instrumentos para la evaluación inicial. Tal etapa se llevó a cabo en las instalaciones del servicio de Cuidados Paliativos, de manera individual. Se inició la evaluación comentando con los cuidadores que la aplicación de los instrumentos tenía como objetivo valorar cuáles eran los problemas más frecuentes que se derivaban del cuidado de su paciente, cuáles eran las habilidades con las que contaban y cómo se sentían con la experiencia de cuidar de alguien más. La duración de la evaluación osciló entre 30 y 60 minutos.

c) Intervención

La intervención se llevó a cabo en 4 sesiones individuales, 1 por semana con una duración aproximada de 60 minutos. Se llevó a cabo en las instalaciones del Servicio de Cuidados Paliativos.

El programa estuvo formado por tres etapas:

- **Etapla 1. La solución de problemas, su relación con el bienestar emocional y la calidad de vida.** En esta fase se brindaba psicoeducación a las participantes respecto a la relación entre el bienestar emocional, la calidad de vida y las habilidades de solución de problemas. Se abordaban además los conceptos básicos y los pasos de la solución de problemas. Como apoyo se utilizaba una presentación Powerpoint y las historias de cuidadores contenidas en la guía de solución de problemas (ya resueltas).
- **Etapla 2. Abordaje de los problemas de cuidadores.** En esta etapa el terapeuta leía las historias de cuidadores primarios y pedía a los participantes que resolvieran las problemáticas expuestas guiándose de los pasos de la solución de problemas. La guía de solución de problemas se utilizaba como apoyo.
- **Etapla 3. Abordaje de "mis problemas como cuidador".** En esta fase se pedía a los participantes que formularan un problema que experimentaban como cuidadores primarios y con ayuda de la

terapeuta se implementó e instrumentó un plan de solución de problemas.

En cada etapa de la intervención se destacaba la importancia del autocuidado y la búsqueda de soluciones. En todas las sesiones se evaluaban los avances de los participantes respecto a la técnica de solución de problemas e identificaba si era posible dar paso a la siguiente fase de la intervención.

d) Evaluación final y seguimiento

Al cubrir las etapas del programa de intervención se aplicaban nuevamente los instrumentos de evaluación y se comentaba con los participantes los cambios que ellos identificaron en sí mismos tras la intervención, su opinión general de la misma y si lo aprendido podía generalizarse a otros aspectos de su vida. Se acordó una llamada telefónica para agendar una sesión de seguimiento en la que nuevamente se aplicarán los instrumentos de evaluación, aproximadamente 4 semanas posteriores al término de la intervención.

RESULTADOS

En la evaluación previa a la intervención, la participante presentó una moderada sintomatología de ansiedad y mientras que los síntomas de depresión fueron leves. Respecto a la calidad de vida total se encontró que la cuidadora mostraba un puntaje bajo. Los dominios de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente también

presentaron puntajes bajos. Posterior a la intervención, la participante presentó una disminución en la sintomatología ansiosa, mientras que los síntomas de depresión se mantuvieron en el mismo nivel. Respecto a la calidad de vida total presentó un moderado incremento, al igual que los dominios salud física y salud psicológica y relaciones sociales; mientras que el dominio medio ambiente se mantuvo en el mismo nivel. En la Tabla 4 se presentan los puntajes registradas en cada una de las variables.

Las conductas de autocuidado se incrementaron durante el tiempo que se ejecutó el plan de solución de problemas. La participante eligió tres conductas objetivo: “Platicar con amigas”, “Convivir con hijas” y “Tomar descansos a lo largo del día”, de la cuales hizo un registro en términos de ejecución o no ejecución cada día, lo largo de dos semanas.

La gráfica 1 presenta las frecuencias con las que se ejecutó cada conducta antes de la intervención y posterior a esta.

El malestar físico mejoró, reflejado en un decremento en el nivel de cansancio experimentado por la paciente. La gráfica 2 muestra la distribución del nivel de cansancio reportado a lo largo del tiempo en que ejecutó un plan de solución de problemas.

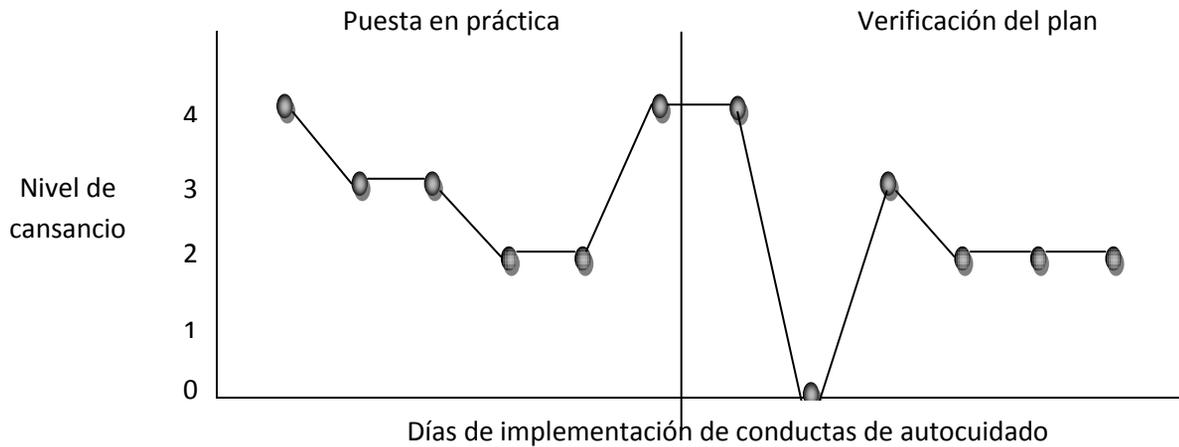
Tabla 4. Puntajes de ansiedad, depresión y calidad de vida antes y después de la intervención

Variable	Puntaje pre- intervención	Puntaje post -intervención
Ansiedad	21	18
Depresión	11	11
Calidad de Vida	13.41	15.13
Salud Física	13.14	14.80
Salud Psicológica	14.67	15
Relaciones sociales	13.13	15.67
Medio ambiente	12.50	12.50

Se observó un decremento constante, sin embargo se presentó un punto en que el malestar aumentó, este momento coincide con la presencia de una problemática que limitó las posibilidades de descanso. Esto llevó a un cambio en el plan de solución de problemas de la cuidadora quien consideró necesario incluir a la familia en la ejecución del plan. Posterior a estos cambios se presentó nuevamente una reducción en el cansancio experimentado por la cuidadora. Para la descripción de la intervención sesión por sesión ver el Anexo 8.

Las participantes (tanto en la cuidadora que concluyó la intervención como en aquellas que acudieron en promedio a dos sesiones) identificaron a la terapia de solución de problemas como una herramienta útil para la resolución de conflictos asociados con su rol.

Gráfica 2. Nivel de cansancio a lo largo de la implementación de plan de solución de problemas



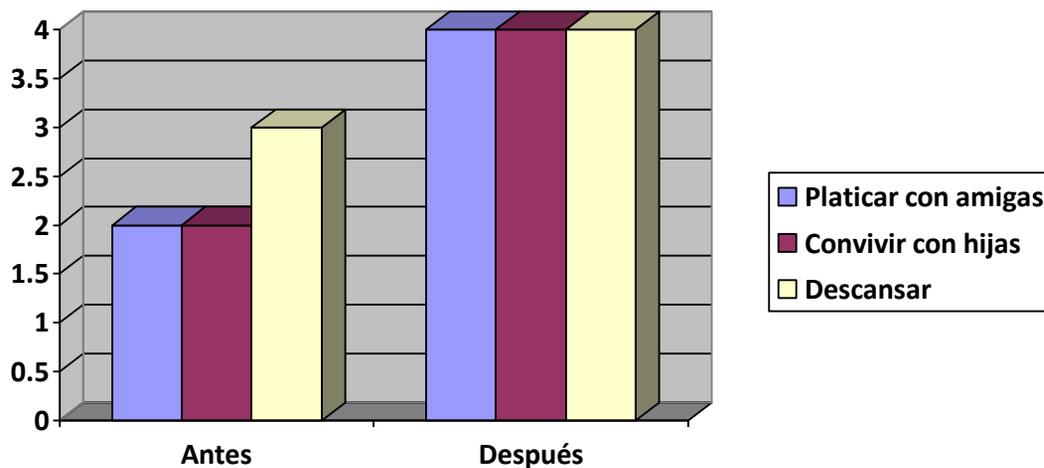
Las historias contenidas en la guía de solución de problemas diseñada para la intervención se emplearon como modelo por las participantes, quienes reportaron haber ejecutado algunas de las soluciones propuestas para los casos hipotéticos. La principal estrategia empleada fue el diseño e implementación de un horario de tareas de cuidado y la distribución de las mismas entre diferentes miembros de la familia, tal como se describía en la historia “Los problemas de Mari”.

CONCLUSIONES

Como extensión a hallazgos previos, el presente estudio sugiere que es viable utilizar la terapia de solución de problemas en la población de cuidadores primarios de pacientes con cáncer y que ésta puede tener un impacto positivo sobre la calidad de vida y la reducción de la ansiedad

(Demiris et al., 2010). La sintomatología depresiva prácticamente no disminuyó, en contraste con estudios sobre personas con múltiples discapacidades y lesiones en médula espinal (Elliott, Berry y Grant, 2009; Elliott, Brossart, Berry y Fine, 2009).

Gráfica 1. Frecuencia de conductas de autocuidado antes y después de la intervención en solución de problemas



Es posible que este contraste se deba a diferencias entre la dinámica de atención del de los distintos tipos de paciente y al mal pronóstico a corto plazo con el que cuentan las personas con cáncer muy avanzado, ya en cuidados paliativos. Las cuidadoras de éste tipo de pacientes desempeñan su rol con la cognición de la inminente muerte de su familiar, lo cual podría favorecer la presencia de otras variables de orden

psicológico como el proceso de duelo anticipado, lo cual reduciría o bloquearía en el corto plazo las posibilidades de mejorar la sintomatología depresiva. Dado que no era el objetivo del presente estudio la variable duelo no fue abordada sin embargo se considera importante incluirla en otras investigaciones que se realicen con cuidadores de pacientes en cuidados paliativos.

Por otra parte, es importante destacar el papel central que en esta investigación se dio a la variable *conductas de autocuidado*, ya que ésta prácticamente no se había abordado (Northouse et al., 2010). En el caso de la participante que concluyó la intervención se registró un incremento en la frecuencia de conductas de autocuidado, lo cual cobra importancia al considerar que ha sido documentado ampliamente un deterioro en la salud física y psicológica de las cuidadoras primarias, lo cual las coloca en una situación de alta fragilidad. El que la intervención basada en la terapia de solución de problemas contribuya en la ejecución de conductas de autocuidado abre la puerta a la posibilidad de contar con intervenciones dirigidas a la prevención y atención de problemas de salud en una población altamente vulnerable.

A lo largo de la investigación se presentaron una serie de dificultades para para la ejecución de la intervención como la expectativa de vida de los pacientes al momento de ingresar a cuidados paliativos. En el caso de la unidad donde se llevó a cabo la investigación el promedio de sobrevivencia de los pacientes es de 28 días, durante los cuales presentan, con frecuencia, un deterioro progresivo que demanda

del cuidador más atenciones e implica una mayor dependencia, por lo que las oportunidades de las cuidadoras para acudir a las sesiones del taller se redujeron significativamente. Otras variables que impidieron que las cuidadoras se presentaran a todas las sesiones programadas fueron: el alto porcentaje de participantes originarios de lugares distintos al Distrito Federal que decidieron regresar a sus lugares de origen cuando el paciente presentó un mayor deterioro, con lo que se interrumpió la atención al cuidador primario dentro de la unidad. El factor económico también impactó sobre la adhesión al tratamiento ya que en algunos casos las cuidadoras no acudieron a las sesiones debido a que implicaba un gasto, sobre todo si acudían de otro estado y por lo tanto pedían el apoyo de familiares o amigos que habitaban más cerca del instituto para acudir a las consultas por lo que el acceso a la población objetivo resultó limitado.

Ante las dificultades de las cuidadoras para la conclusión de las sesiones se re-diseñó la intervención considerando una reducción de los componentes, por lo cual se propuso una intervención basada en la terapia de solución de problemas conformada por solo dos sesiones, que fue el promedio de sesiones a la que acudieron las participantes evaluadas en la primera etapa. El objetivo de la segunda fase de la investigación fue valorar la viabilidad de la forma breve de la intervención y sus efectos sobre las variables calidad de vida, conductas de autocuidado, ansiedad y depresión. Se utilizaron los instrumentos de evaluación previamente descritos. Los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, así como el diseño de investigación también fueron los

mismos que ya se comentaron previamente, razón por la cual ya no se describen de nuevo. A continuación se presentan las características de la participante que concluyó la intervención, una descripción de la intervención y los resultados obtenidos en esta fase de la investigación.

SEGUNDO ESTUDIO DE CASO

Participante

Se contó con la participación de dos cuidadoras, sin embargo una de ellas no acudió a la segunda sesión debido al fallecimiento de su familiar enfermo. La participante que concluyó la intervención fue una mujer de 43 años de edad, casada, madre de dos hijos (15 y 17 años), con educación secundaria completa, comerciante. Era la esposa del paciente, a quien cuidaba desde que éste recibió el diagnóstico de cáncer gástrico, 18 meses previos a su ingreso al servicio de cuidados paliativos.

Al momento de la evaluación inicial, la cuidadora dedicaba en promedio cinco horas al día al cuidado del paciente, el resto lo distribuía entre el cuidado de sus hijos y el de su padre quien estaba diagnosticado con cáncer de próstata y recibía tratamiento con quimioterapia. Los cuidados hacia su esposo y su padre consistían en la preparación de alimentos y la administración de medicamentos principalmente. La participante también apoyaba con las labores escolares a sus dos hijos y atendía un puesto de dulces, que era la única fuente de recursos económicos de la familia tras la pérdida del trabajo de su esposo.

Previo a la intervención, la cuidadora presentaba malestares físicos y estaba en protocolo de estudio por una probable pancreatitis, sin embargo tuvo que dejar inconcluso el proceso de atención ante la falta de recursos económicos.

PROCEDIMIENTO

Intervención

La intervención se llevó a cabo en 2 sesiones individuales, 1 por semana con una duración aproximada de 90 minutos. Se realizó en las instalaciones del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto. El programa estuvo formado por tres etapas abordadas en su totalidad durante la primera sesión:

- **Etapas 1. La solución de problemas, su relación con el bienestar emocional y la calidad de vida.** En esta fase se brindó psicoeducación a las participantes respecto a la relación entre el bienestar emocional, la calidad de vida y las habilidades de solución de problemas.
- **Etapas 2. Abordaje de los problemas de cuidadores.** En esta etapa el terapeuta leía las historias de cuidadores primarios contenidas en la guía de solución de problemas y que estaban ya resueltas. A lo largo de la lectura se hacía énfasis en los diferentes pasos de la solución de problemas.
- **Etapas 3. Abordaje de "mis problemas como cuidador".** En esta fase se pidió a la participante que formularan un problema que

experimentaban como cuidadores primarios y con ayuda de la terapeuta se instrumentaba un plan de solución de problemas. En la segunda sesión de la intervención se revisaron las metas alcanzadas a través de plan y se realizaron las modificaciones necesarias. Se pidió a la participante que realizara el autoregistro de conductas de autocuidado y malestar físico por una semana más y lo entregara en la siguiente consulta de su familiar.

RESULTADOS

En el mes previo a la evaluación, la cuidadora presentó dolores diversos (lumbalgia y cefalea) casi todos los días y alteraciones del sueño frecuentemente. El principal malestar reportado por la cuidadora fue el cansancio, el que estuvo presente todos los días del mes.

En la evaluación de ansiedad y depresión presentó niveles moderados de ambos grupos de síntomas. La calidad de vida se encontraba disminuida en cada uno de sus dominios. La Tabla 5 presenta los puntajes obtenidos por la participante en cada una de las variables.

Respecto a las conductas de autocuidado se encontró que estas eran reducidas. La participante destacó que podía hacer actividades que le resultaban agradables como platicar con sus hijos y padres.

Tabla 5. Puntajes de ansiedad, depresión y calidad de vida antes y después de la intervención

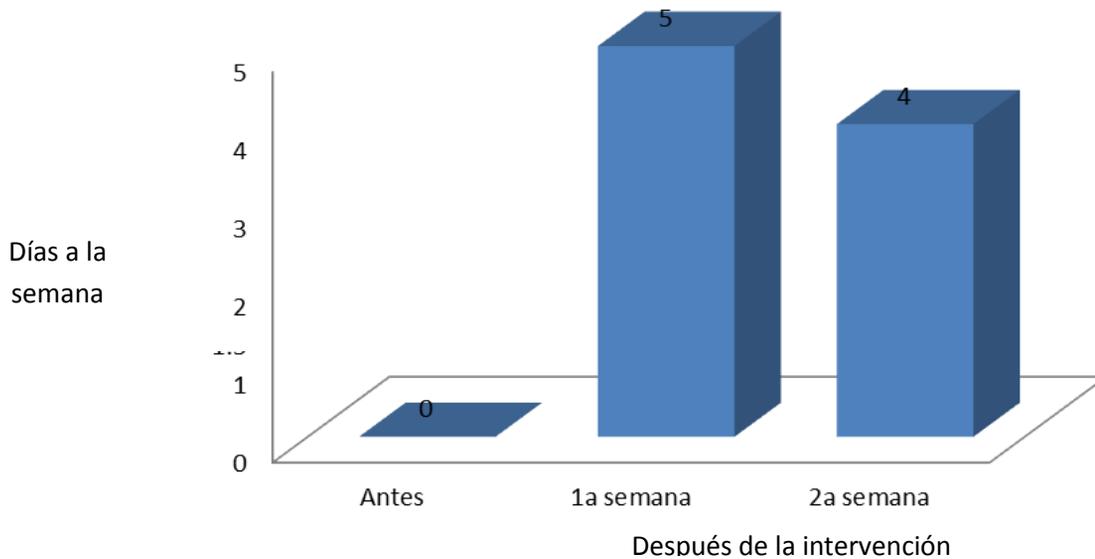
Variable	Puntaje pre- intervención	Puntaje post -intervención
Ansiedad	23	17
Depresión	24	23
Calidad de Vida	14.67	15.85
Salud Física	14	16
Salud Psicológica	14	15
Relaciones sociales	15	16.87
Medio ambiente	12.50	13.14

La participante eligió como malestares objetivo el cansancio, pensamientos disruptivos “algo malo va a pasar”, dolor de cabeza y dolor de “estómago”. Por otra parte, la conducta de autocuidado que se buscó incrementar fue la toma de descansos a lo largo de la jornada y la reducción de medicamento para el dolor (paracetamol) no había sido indicado por algún médico. Al respecto, previo a la intervención la participante reportó no tomar descansos a lo largo del día y consumir medicamento 3 o 4 veces al día.

Posterior a la intervención se identificó una reducción en la sintomatología ansiosa, más no en la sintomatología depresiva; además se registró un ligero incremento en la calidad de vida en cada uno de los dominios, particularmente en el de salud física. Con relación a las conductas de autocuidado, se registró un incremento de los tiempos de descanso de la participante lo largo del tiempo de intervención. El registro de la conducta se hizo con base en presencia o ausencia de la

misma cada día durante dos semanas. La gráfica 3 presenta los cambios reportados por la paciente.

Gráfica 3. Conductas de autocuidado (tomar descansos) antes y después de la intervención

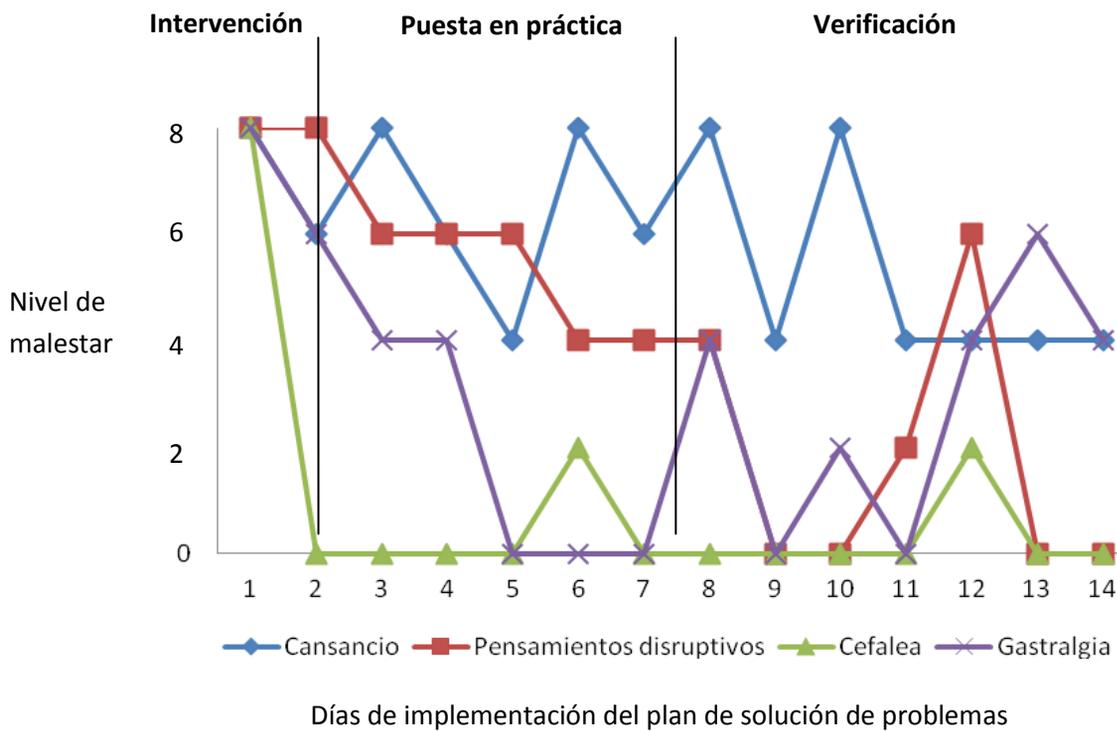


Por otra parte, el consumo de medicamento disminuyó rápidamente, ya que al siguiente día de iniciado el plan de solución de problemas la participante reportó no haberlo consumido. Esto se mantuvo a lo largo de las dos semanas entre las sesiones de intervención.

La participante presentó mejoría en la intensidad de la sintomatología física. Los malestares físicos referidos por la participante, con excepción del cansancio, presentaron una tendencia a disminuir durante el periodo en que la cuidadora ejecutó el plan de solución de problemas, sin embargo, una vez que el problema planteado por la participante se

resolvió, los puntajes de malestar aumentaron nuevamente, pero sin regresar a los niveles registrados inicialmente. La gráfica 4 presenta la evolución de la sintomatología física a lo largo de la participación en la intervención. Para la descripción de cada una de las sesiones de la intervención ver el Anexo 9.

Gráfica 4. Nivel de malestar a lo largo de la implementación de plan de solución de problemas



CONCLUSIONES

En el segundo estudio piloto se identificó que la versión resumida de la intervención basada en la terapia de solución de problemas presenta

efectos semejantes la intervención valorada previamente. Se identificó un decremento en la sintomatología ansiosa y mejoras clínicamente significativas en los indicadores de calidad de vida. Con respecto a la sintomatología depresiva, nuevamente, no se identificaron cambios. Este fenómeno puede estar relacionado a otras variables de tipo psicológico como el duelo, como ya se discutido previamente.

La principal aportación de un versión más corta de la intervención basada en solución de problemas fue considerar el escaso tiempo con que las cuidadoras primarias cuentan para la participación en programas de atención y que está asociado a múltiples variables como el tiempo de sobrevida del paciente, las múltiples tareas de cuidados, los cambios de tareas y roles de cuidado, etc. Ante estos hallazgos se propone continuar con la investigación respecto al impacto de intervenciones dirigidas a cuidadores de pacientes con cáncer avanzado, que estén basadas en la terapia de solución de problemas y que se desarrollen en pocas sesiones. Se sugiere además considerar variables como el duelo anticipado y el nivel de funcionalidad y dependencia del paciente al momento del ingreso a cuidados paliativos, para identificar los alcances de la terapia de solución de problemas. El diseño empleado en la presente investigación no consideró mecanismos de control experimental adicional debido a las dificultades para que los participantes continuaran en la intervención. Convendría utilizar otras estrategias como la incorporación de un esquema de línea base múltiple de muy corta duración y registrar cambios inmediatos y a

mediano plazo, con el objetivo de incrementar tanto la validez interna como externa de la investigación.

A pesar de las múltiples dificultades para la realización de la intervención las cuidadoras identificaron a la terapia de solución de problemas, en particular al paso de formulación de soluciones, como una herramienta valiosa para la resolución de problemáticas, de la misma forma que lo reportado por otros autores. Entre las principales aportaciones de la investigación se encuentra que estuvo diseñada para atender a las necesidades de las cuidadoras respecto a las problemáticas que enfrentan al cuidar de un familiar enfermo terminal. Otras investigaciones se centraron en el desarrollo de habilidades para el mejor cuidado de los pacientes. También es de notarse que el estudio buscó la mejora de estrategias de autocuidado de los cuidadores, lo que no había figurado como un objetivo central de investigaciones previas. Si bien en la presente investigación no se logró obtener datos con significancia estadística sí se identificaron cambios relevantes en habilidades de autocuidado que, a su vez, permitieron mejoras en otras áreas como la social y la relación con la familia.

Al igual que en algunas investigaciones previas, en este estudio se utilizó una guía de apoyo en la que se presentaban los problemas más frecuentes a los que se enfrentaban las cuidadoras, sin embargo a diferencia de aquellas en esta investigación la guía se enfocó en problemáticas de las tareas de cuidado y no únicamente en el manejo de los síntomas del paciente, lo cual constituye su principal aportación. En

esta guía se conjuntaron estrategias de intervención empleadas previamente en otras investigaciones (Meyers et al., 2011) como el uso de casos hipotéticos y el desarrollo de la técnica con situaciones reales propuestas por los participantes. Este material fue en general bien recibido por las participantes y sirvió tanto para modelar la terapia de solución de problemas, como para modelar opciones de soluciones que formaban parte de estilos de afrontamiento activos. Las participantes refirieron emplear las estrategias descritas en las historias (a pesar de que no fue una indicación de la intervención) y obtener resultados favorables sobre sus propios problemas.

Una limitación de esta guía fue que si bien se buscó incluir diferentes etapas del proceso de la enfermedad no se incluyeron historias que abordaran los últimos días del paciente con cáncer y por tanto los problemas que se presentan para los familiares. Es probablemente, durante estos momentos que las conductas de autocuidado de las cuidadoras están más disminuidas debido a situaciones entre las que se pueden contar sentimientos de culpa (por ejemplo por comer cuando el paciente ya no puede hacerlo), dormir o descansar por temor a que el paciente fallezca. La demanda de cuidados es mayor debido al aumento de la dependencia de los pacientes y condiciones tales como un incremento en las visitas que se reciben en casa, lo que implica un mayor número de actividades para el cuidador.

Con base en los hallazgos de esta investigación se proponen algunas ideas generales en pro de un mejor desempeño y probablemente, resultados más eficaces:

- Fomentar y ejecutar la difusión de los cuidados paliativos con el objetivo de que los pacientes y sus cuidadores sean referidos de manera temprana y de esta forma la diada se beneficie de la atención especializada. En el caso de los cuidadores esto permitirá que tengan un mayor tiempo para la adaptación, adquisición y desarrollo de habilidades tales como la solución de problemas.

- Que en siguientes intervenciones se tomen en consideración los recursos como un servicio de "call center" para hacer más cercana la intervención en solución de problemas a aquellos cuidadores que tienen que alejarse físicamente del servicio. Se puede utilizar estos recursos en el diseño de nuevas intervenciones que sean cortas pero brinden seguimiento más cercano del funcionamiento de las cuidadoras.

- Se sugiere que la guía de solución de problemas sea un material accesible a la población de cuidadores y se fomente su uso como una herramienta útil y de revisión constante. En este punto es importante destacar la necesidad de incluir en el material historias que reflejen las problemáticas a las que se enfrentan los cuidadores en los últimos días de sus familiares ya que es la

versión actual se incluyeron historias de pacientes en cuidados paliativos pero de incorporación temprana a este servicio

- Finalmente y considerando que las participantes utilizaron las estrategias descritas en la Guía sería recomendable incluir una lista de soluciones que fomenten estrategias de afrontamiento activo.

REFERENCIAS

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vázquez, C. (2006). Depresión. Guías clínicas. 6(11) ,1-6.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 505-520. Obtenido de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf.
- Bazo, M. T. y Domínguez, A. (1996) Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 73(96), 43-56. Obtenido de <http://www.reis.cis.es/REIS/jsp/REIS.jsp?opcion=articulo&ktitulo=1098&autor=M%AA+TERESA+BAZO%2C+CARMEN+DOM%CDNGUEZ+ALC%D3N>
- Bray, F., Ren, J., Masuyer, E. & Ferlay, J. (2012). Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International Journal of Cancer*, 132(5), 1133-1145. doi: 10.1002/ijc.27711
- Bucher, J. A., Loscalzo, M., Zabora, J., Houts, P., Hooker, C. & BrintzenhofeSzoc, K. (2001) Problem-solving cancer care education for patients and caregivers. *Cancer practice*, 9(2) 66-70. doi: 10.1046/j1523-5394.2001.00900266.x
- Cameron, J. I., Franche, R. L., Cheung, A. M. & Stewart, D. E. (2002). Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer*, 94(2), 521-527. doi: 10.1002/cncr.1012
- Cameron, J. I., Shin, J. L., Williams, D. & Stewart, D. E. (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 57,137-143. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00609-3
- Carol, M. (2001). Grandmothers who are caregivers are more prone to stress and depressive symptoms. New York: Medical Study News. 123-132.
- Compean-González, J.; Silerio-Vázquez, J.; Castillo-Díaz, R. y Parra-Domínguez, M. (2008). Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. [Suplemento] *Revista CONAMED*, 13, 17- 21. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3622293>
- Demiris, G., Parker, D., Washington, K., Thomas, L., Fruehling, M., Haggarty-Robbins, D., Doorenbos, A., Wechkin, H., & Berry, D. (2010). A problem solving intervention for hospice caregivers: A pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 13(8), 1005-1011. doi:10.1089/jpm.2010.0022
- Elliott T. R., Berry, J. W. & Grant, J. S. (2009). Problem-solving training for family caregivers of women with disabilities: A randomized clinical trial. *Behavior Research Therapy*. 47(7), 548-558. doi: 10.1016/j.brat.2009.03.006

- Elliott, T. R., Brossart, D., Berry, J. W. & Fine, P. R. (2009). Problem-solving training via videoconferencing for family caregivers of persons with spinal cord injuries: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*. 46(11), 1220-1229. doi: 10.1016/j.brat.2008.08.004
- Floriani, C. y Roland, F. (2006). Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (3), 527-534. doi: 10.1590/S0102-311X2006000300007
- Freeman, A. y DiTomasso, R. (2004). Conceptos cognitivos de la ansiedad. En Stein, D y Hollander, E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Medica. 85-95
- García, M., Mateo, R. y Gutiérrez, P. (1999). Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud. Investigación Cuantitativa. Obtenido de http://www.easp.es/publicaciones/descargas/EASP_Cuidados%20y%20cuidadores%20en%20sistema%20informal%20de%20salud%20Investigacion%20cuantitativa.pdf.
- Grov, E. K., Dahl, A., Moum, T. & Fossa, D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*. 16(7), 1185-1191. doi: 10.1093/annonc/mdj210
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. [Research Methodology] (4ta ed.). México: McGraw-Hill.
- Herrera, A., de la Garza, J. y Granados, M. (2010). Cáncer. En Granados, M. y Herrera, A. (Eds.), *Manual de Oncología. Procedimientos médico quirúrgicos [Manual of Oncology. Surgical medical procedures]* (4ta. Ed.). México: McGraw Hill.
- Hudson, P. (2004). A critical review of supportive interventions for family caregivers of patients with palliative- stage cancer. *Journal of Psychological oncology*. 22(4), 77-92. doi: 10.1300/J077v22n04_05
- Islas, N.; Ramos, B.; Aguilar, M. y García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas*. 19(4),266-27. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a6.pdf>
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21(3)26-31.
- Kim, Y. y Spillers, R. (2010). Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*. 19: 431-440. doi: 10.1002/pon.1576
- Lara, G., González, A. y Blanco, L. A. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(4),159-166. Obtenido de

- http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=57098&id_seccion=2123&id_ejemplar=5777&id_revista=131
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Schutte, N. S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 27,46-57. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.005
- McMillán, S. C., Small, B. J., Weitzner, M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L. & Haley W. E. (2006). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer*. 106(1), 214-222. doi: 10.1002/ncr.21567
- Mesquita, E., Magalhaes da Silva, R., De Almeida, A. M., Carvalho, A. F. y Mota, C. D. (2007). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. *Enfermería Global*, 6(1),1-10. ISSN1695-6141
- Meyers, F. J., Carducci, M., Loscalzo, M.J., Linder J, Greasby, T., & Beckett, L. (2011). Effects a problem- solving intervention (COPE) on quality of life for patients with advanced cancer on clinical trials and their caregivers. Simultaneous care educational intervention (SCEI): linking palliation and clinical trials. *Journal of Palliative Medicine*. 14(4), 465 - 473. doi: 10.1089/jpm.2010.0416
- Moreno, M. y Mateos, M. (2004). Agresividad de familiares cuidadores de enfermos oncológicos hospitalizados. *Psicooncología*, 1(1),127-138.
- Neugaard, B., Andresen, E., McKune, S. L. & Jamoom E. W. (2008). Health-related quality of life a National Sample of caregivers: Findings from the behavioral risk factor Surveillance system. *Journal Happiness Stud*. 9(4), 559-575. doi: 10.1007/s10902-008-9089-2
- Nezu, A. (2001). *Terapia de Solución de Problemas para pacientes con cáncer*. *Revista mexicana de Psicología*. 18(2),185-192.
- Nigenda, G., López-Ortega, M., Matarazzo, C. y Juárez-Ramírez C. (2007). La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Pública de México*. 49(4), 286-294.ISSN 003634.
- Northouse, L. L., Katapodi, M., Song, L., Zhang, L., Mood, D. W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients. Meta-analysis of randomized trial. *CA: A cancer journal for clinicians*. 60(5), 317-339. doi: 10.3322/caac.20081.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1998). Promoción de la salud. Glosario. Disponible en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011) Nota descriptiva 297. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/print.html>
- Pérez, M. y Llibre, J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*. 26(3)104-116.

- Poinsot, R. y Antoine, P. (2007). Une approche psychothérapique méconnue: la résolution de problemessociaux. *Annales médico psychologiques*, 165(9), 638-644. doi: 10.1016/j.amp.2006.05.017
- Rivera, H. R. (2009). Depression symptoms in cancer caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 13 (2), 195-202. doi: 10.1188/09.CJON.195-202
- Rivera, H., Dávila, R. y González, A. (2011). Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16 (1), 27- 32
- Robles, R.; Varela, R.; Jurado, S. y Páez, F. (2008). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217
- Sánchez-Sosa, J. J. y González-Celis, R. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En Caballo, V. (Coord.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos (473-492)*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Seira, M. P., Aller, A. y Calvo, A. (2002). Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Revista Española de Salud Pública*. 76(6), 713-721.
- Sherwood, P. R., Donovan, H. S., Given, C. W., Lu, X., Given, B. A., Hricik, A. & Bradley, S. (2008). Predictors of employment and lost hours from work in cancer caregivers. *Psycho-Oncology*, 17(6) 598-605. doi: 10.1002/pon.1287
- Sistema Nacional de información en Salud [SINAIS] (2008) Principales causas de mortalidad en hombres. Consultado en 2011, febrero. Disponible en: <http://www.sinais.gob.mx/mortalidad/index.html>
- Sistema Nacional de información en Salud [SINAIS] (2008). Principales causas de mortalidad en mujeres, Consultado en 2011, febrero. Disponible en: <http://www.sinais.gob.mx/mortalidad/index.html>
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C. y Acrich, L. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(1), 55- 65. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80535105.pdf>
- Swore, B. A., Schumacher, K. L., Dodd, M., Paul, S. M., Cooper, B., Lee, K., West, C., Aouizerat, B., Swift, P. S., Wara, W. & Miaskowski, C. (2009). Trajectories of fatigue in family caregivers of patients undergoing radiation therapy for prostate cancer. *Research in nursing & health*, 32(2), 125-139. doi: 10.1002/nur.20312

- Tang, S., Li, C., & Chen, C. (2008). Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Quality of Life Research*. 17(3), 387-395. doi: 10.1007/s11136-008-9316-7
- Ussher, J. M., Pertz, J., Hawkins, Y. & Brack, M. (2009). Evaluating the efficacy of psycho-social interventions for informal carers of cancer patients: a systematic review of the research literature. *Health Psychology Review*, 3(1): 85-107. doi: 10.1080/174319093033401
- Vásquez, B. y Bonilla, P. (2010). Perfil del cuidador principal de los pacientes oncológicos que acuden a consulta de cuidados paliativos en el Instituto Oncológico “Luis Razetti” (junio-agosto 2005). *Revista de Medicina Paliativa*, 16 (5), 265-271.
- Wei-Chung, E. W., Tsai, Y. Y., Chang, T. W. & Tsao, C. J. (2007). Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psycho-Oncology*. 16(10). 950-955. doi: 10.1002/pon.1167

SECCIÓN 2. REPORTE DE EXPERIENCIA

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe a nivel mundial, un marcado incremento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como resultado de, entre otros factores, la reducción de la mortalidad y la fecundidad. Hoy en día las enfermedades crónico- degenerativas, entre las que se cuentan las enfermedades cardiovasculares, afecciones respiratorias crónicas, la diabetes y el cáncer, son causantes de cerca del 60% de las muertes en países de bajos y medianos ingresos a nivel mundial. Y se proyecta que para el año 2015 más de 40 millones de personas fallezcan por alguna de ellas si no se llevan a cabo acciones de prevención y tratamiento efectivas. (Caballero y Alonso, 2010)

En naciones en vías de desarrollo, como los países de América Latina y el Caribe, estas afectaciones coexisten con enfermedades originadas por causas infecciosas y parasitarias, dando lugar al fenómeno conocido como “doble carga de enfermedad,” que implica un doble desafío para los servicios de salud: seguir disminuyendo la mortalidad por enfermedades infecciosas a la par que se requiere combatir el creciente número de enfermedades crónicas. Ambas acciones representan altos costos económicos para los gobiernos (Di Cesare, 2011).

En el caso de México la situación no es diferente, ya que las enfermedades crónico-degenerativas son, actualmente, uno de los mayores restos del sistema de salud, porque (Córdova-Villalobos,

Barriguite- Meléndez, Lara- Esqueda, Barquera, Rosas-Peralta, Hernández- Ávila et al., 2008):

- Son causa de muerte en el país. Las enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer se encontraron entre las primeras causas de muerte en el período de 2000 a 2007.
- Contribuyen a incrementar la tasa de mortalidad actual. En solo 4 años (2000 - 2004) las muertes relacionadas con diabetes mellitus se elevaron de 24.9 % a 28.7% en los hombres y de 33.7 a 37.7% en mujeres.
- Son la causa más frecuente de incapacidad prematura, por ejemplo, la diabetes tipo 2 es la principal causa de ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones no traumáticas y es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos.
- Sus tratamientos tienen un costo elevado. Se calcula que en año 2000, en México se destinaron más de 15 millones de dólares para gastos directos e indirectos de la atención a la diabetes.

De no atender esta situación el efecto social será creciente y afectará aún más a individuos en edades productivas, lo que representa un alto costo para el sector salud y económico del país, ya que una gran cantidad de recursos se emplean para el tratamiento de complicaciones.

La evolución de las enfermedades crónico-degenerativas puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia, por ejemplo: sobrepeso, obesidad, concentraciones anormales de lípidos sanguíneos, la hipertensión

arterial, el tabaquismo, sedentarismo, dieta inadecuada y síndrome metabólico. Esto abre las puertas a las acciones de prevención, diagnóstico oportuno y atención. (Córdova- Villalobos, et al., 2008).

Sin embargo, hasta el momento, las acciones gubernamentales no ha brindado resultados efectivos considerando el incremento de enfermedades crónicas, lo que sugiere que no se están tomando en cuenta una serie de elementos importantes en su atención, tales como la incorporación de la familia y la comunidad a la atención de las enfermedades, modificaciones en los estilos de vida, cambio en las creencias de salud, etc., es decir, no se ha considerado la labor de la Psicología y su impacto sobre los problemas de salud (Piña-López, 2011).

La complejidad de los fenómenos de salud -enfermedad requieren de un gran despliegue de recursos, sin embargo es necesario cambiar la visión y dar una mayor importancia a la prevención y atención, centrando los esfuerzos en el cambio de conductas.

Ahí reside la importancia de la labor de los profesionales orientados a la atención de los componentes psicológicos que acompañan a las enfermedades. Se destaca entonces la formación de especialistas en Medicina Conductual, que se define como un campo interdisciplinario que se ocupa de integrar a la ciencia de la conducta con la biomédica, con el objetivo de desarrollar y aplicar los conocimientos y técnicas enfocadas a la promoción de la salud, a través

de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (Schwartz y Weiss, 1978).

El campo de acción del especialista en Medicina Conductual se centra en el estudio y modificación del comportamiento de las personas enfermas, es decir estudia y modifica las creencias, emociones y pensamientos respecto a la enfermedad y sus tratamientos, los espacios hospitalarios, el personal de salud (y la conducta del mismo) y hacia el contexto social y familiar; contribuyendo de esta forma a la curación del paciente o bien a la mejora de la calidad de vida. (Reynoso- Erazo, Hernández- Manjarrez, Bravo- González y Anguiano- Serrano, 2011)

El presente trabajo constituye el reporte de la atención y servicio que el especialista en Medicina Conductual brindó durante el tiempo de formación como tal, en dos instituciones de salud. Inicialmente se muestra el reporte de actividades desarrolladas durante la residencia en el servicio de Oncología de un hospital de segundo nivel de atención y posteriormente, se presentan los resultados de la atención en el servicio de Cuidados Paliativos de una institución de tercer nivel.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA: SERVICIO DE ONCOLOGÍA, HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Introducción

Se denomina con el término cáncer a un grupo de enfermedades originadas por alteraciones en el contenido genético de las células de un

organismo. Estas alteraciones desencadenan su crecimiento descontrolado y desorganizado, y pueden llegar a invadir y destruir los tejidos. De esta forma ponen en riesgo la vida de las personas, debido a que ocasionan un mal funcionamiento del organismo (Herrera, de la Garza y Granados, 2010).

Actualmente el cáncer es la primera causa de muerte a nivel mundial. En el año 2008 cerca de ocho millones de personas fallecieron debido a este padecimiento y se calcula que para el año 2030 el total de muertes alcanzará los 12 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011)

En México el cáncer ha sido históricamente una de las causas de muerte con mayor crecimiento. Inicialmente su incremento fue paulatino desde la década de 1920 hasta la década de 1970; sin embargo, a partir de 1980 el crecimiento se tornó exponencial hasta alcanzar el 12.4 % del total de los fallecimientos (DiCesare, 2011). Actualmente es una de las principales causas de muerte; en el año 2007 murieron más de diecisiete mil personas a causa de estas enfermedades (Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS], 2008).

Los tumores malignos con mayores tasas de mortalidad en la población general de México son tráquea, bronquios y pulmón (10%), estómago (8%) e hígado (7.5%). En el caso de la población femenina, las neoplasias malignas con mayor índice de mortalidad son el cáncer de mama (14%) y el cáncer cervico-uterino (13.6%). Para la población

masculino la principal casusa de muerte por neoplasia maligna es el cáncer de próstata (15.7%) (DiCesare, 2011)

El cáncer constituye un importante problema no solo por el alto número de personas afectadas y el nivel de mortalidad, también representa un problema para el sistema de salud pública ya que implica un gasto de recursos económicos para su detección y tratamiento. Ejemplo de esto es el costo de la atención de las pacientes con cáncer de mama en el IMSS, donde se destina cerca de 199 274 pesos por año para la atención de una paciente en la fase IV de la enfermedad, en la que la probabilidad de sobrevivida a cinco años es muy limitada (Knaul, Arreola-Ornelas, Velázquez, Dorantes, Méndez y Ávila- Burgos, 2009)

Pero el impacto del cáncer no solo se queda en la esfera de lo económico. Las personas que lo padecen y sus familias se encuentran altamente impactadas en el aspecto psicológico ya que se modifican gravemente los estilos de vida, la imagen corporal, la percepción de sí mismo y de los demás, los planes y las expectativas (Baider, 2003; Mesquita, Magalhaes, De Almeida, Carvalho y Mota, 2001).

A lo largo del desarrollo de la enfermedad la persona con cáncer será sometida a una serie de eventos que pueden resultar estresantes (confirmación del diagnóstico, inicio de tratamientos, recaídas, notificación de un mal pronóstico, etc.), ante los cuales necesitará de atención especializada encargada de identificar y desarrollar las habilidades de afrontamiento y otros recursos, como la red de apoyo, con el objetivo de favorecer los tratamientos, con el fin de alcanzar la

curación del paciente o en la mejora de la calidad de vida en etapas avanzadas e incurables. En este contexto el especialista en Medicina Conductual lleva a cabo la atención de pacientes con cáncer.

A continuación se presenta el informe de actividades desempeñadas durante el primer año de formación como parte de la maestría en Psicología, con residencia en Medicina Conductual.

a) DESCRIPCIÓN DE LA SEDE

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en la avenida Politécnico, número 5160 en la Colonia Magdalena de las Salinas, delegación Gustavo A. Madero. Como institución de salud de segundo nivel cuenta con servicios médicos de alta especialidad, en los servicios de Alergia e Inmunología, Bariatría, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Medicina Interna, Neumología e Inhaloterapia, Nefrología, Reumatología y Clínica del dolor los cuales dependen de la dirección de medicina. En el área de cirugía cuenta con las especialidades de Cirugía General, Cirugía Cardio-Toraxica, Oftalmología, **Oncología**, Ortopedia y Trauma, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Urología, Cirugía Maxilo-Facial, Transplantes, Anestesiología y Neurocirugía. Además cuenta con los servicios de Ginecología, Obstetrícia, Biología de la Reproducción, Neonatología y Medicina Pediátrica.

Además de estas especialidades, el Hospital Juárez cuenta con servicios médicos de apoyo especializados de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Coronarios, Endoscopia, Colposcopia y

displasias, Apoyo nutricional, Banco de sangre, Patología, Medicina nuclear, Medicina física y de rehabilitación, laboratorio central y Radiodiagnóstico e imagen.

Entre las funciones del hospital también se encuentra la formación de recursos humanos en el área de la salud, por lo que esta institución cuenta además con la división de Enseñanza y la división de Investigación.

b) DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Descripción general:

El servicio de Oncología del Hospital Juárez distribuye sus servicios en diferentes clínicas: a) Tumores mixtos, en la que se atienden casos de cáncer del tubo digestivo, pulmón, próstata, testículo, entre otros; b) Cabeza y cuello, que brinda atención a pacientes con cáncer de cavidad oral, laringe, tiroides, etc., c) Ginecología, donde se atiende casos de cáncer de ovario, endometrio, cervix y vulva, y d) Mama, que atiende casos de patologías oncológicas mamarias.

Para estas especialidades se brindan dos modalidades de atención: quirúrgica y consulta externa. También se ofrece consulta en Radioterapia y Quimioterapia, y cuenta con servicios de apoyo al tratamiento como la sala de quimioterapia ambulatoria; simulador y administrador de radioterapia, así como terapia intravenosa en donde se realizan las colocaciones y curaciones de catéter; y el servicio de urgencias oncológicas.

Como servicios de apoyo a los pacientes y sus familiares, el servicio de oncología del Hospital Juárez se brinda además atención psicológica y tanatológica.

Descripción física

a) Hospitalización

El servicio de Oncología ocupa el ala norte del primer piso, cuenta con un total de 47 camas distribuidas en 9 salas asignadas alternativamente a hombres y mujeres. Cada una de las salas cuenta con baño para los pacientes.

En el espacio de hospitalización se cuenta con dos estaciones de enfermería, la residencia médica y la sala de médicos en donde se encuentran a resguardo los expedientes médicos de cada paciente internado.

b) Consulta externa

Para la consulta, el servicio de oncología cuenta con 7 consultorios ubicados en la planta baja del hospital. La sala de espera es un espacio común a todos los consultorios y cuenta con un número de espacios (asientos) variable.

Los días en que se realiza la consulta externa para cada clínica son: a) Cabeza y cuello, martes, jueves y viernes; b) Tumores mixtos, lunes, jueves y viernes; c) Ginecología, lunes, martes y jueves; d) Mama, lunes, martes, jueves y viernes, e) Oncología médica, lunes a viernes y f) Radioterapia, martes y viernes.

Psicología cuenta con un consultorio, sin embargo como éste era compartido con la persona encargada de la atención tanatológica, se tenían dos días para consulta: martes y viernes; el resto de la semana la consulta externa se realiza en consultorios disponibles. Es importante destacar que debido al número de residentes en medicina conductual no siempre fue posible emplear el espacio, por lo que en muchas ocasiones la consulta externa se realizó en los pasillos del servicio.

c) Quimioterapia ambulatoria

La sala de aplicación de quimioterapia se encuentra en la planta baja del hospital; cuenta con aproximadamente 10 sillones (en ocasiones se incluyen sillas para brindar espacio a un mayor número de pacientes) estilo reposit.

El espacio se conforma además por una estación de enfermería, en la cual se tiene el control de expedientes; finalmente, cuenta con una campana para la preparación de los medicamentos.

d) Terapia intravenosa

Se ubica en la zona sur del primer piso. Cuenta con una cama en la que se llevan a cabo procedimientos de colocación y retiro de catéter, una estación de enfermería y dos sillas para curación de catéter. Además de un espacio para el resguardo de material y ropa hospitalaria.

e) Urgencias oncológicas

El servicio de urgencias se encuentra en la planta baja del hospital a un costado de los consultorios de oncología. Cuenta con tres camas y una estación de enfermería. Brinda atención desde las 9 am hasta las 2:00 pm, de lunes a viernes.

En este espacio también se realizan biopsias programadas los días martes y viernes.

Personal

a) Médico

El servicio de Oncología contaba con un total de 21 residentes médicos distribuidos en tres niveles o grados de preparación. Las especialidades previas de los médicos son cirugía general, ginecología y otorrinolaringología.

b) Psicológico

Durante el tiempo de rotación, en el servicio de Oncología se contaba con cuatro residentes de la Maestría en Medicina Conductual, quienes realizamos rotación por las diferentes clínicas y servicios de apoyo cada tres meses. En lo particular, el calendario de rotación el orden de la rotación en los servicios fue: 1) febrero- mayo: Tumores mixtos, 2) junio-agosto: cabeza y cuello y terapia intravenosa, 3) septiembre- noviembre: ginecología y urgencias, 4) diciembre - febrero: mama, quimioterapia ambulatoria y radioterapia.

Evaluación del servicio

Al inicio de la rotación el servicio se encontró organizado, con funciones y tiempos establecidos, esto debido a que previamente en Oncología se ha contado con el trabajo de residentes de Medicina Conductual.

Este año se hicieron algunas modificaciones a los servicios y actividades en las que colaboramos debido al número de residentes de psicología. Anteriormente las actividades del residente se centraban en la hospitalización y consulta externa, a partir de esta rotación el personal de psicología también realiza intervenciones en terapia intravenosa, previo a colocación de catéter; sala de quimioterapia ambulatoria, consulta de radioterapia, administración de braquiterapia, y urgencias. Esto ha permitido que la intervención psicológica abarque los diferentes momentos de la enfermedad y su tratamiento.

Respecto al personal médico, mostró disposición para el trabajo y colaboración de los residentes de Medicina Conductual, esto reflejó en las solicitudes realizadas para atender pacientes ante las necesidades detectadas por los médicos; del mismo modo en algunos casos el personal oncológico solicitó información sobre el seguimiento a nivel psicológico.

El personal de enfermería también se mostró colaborador con el trabajo psicológico y constantemente brindaba apoyo con los pacientes para explicar procedimientos médicos y brindado reportes sobre la conducta de pacientes en los momentos que para los residentes de Medicina Conductual no es posible registrarla.

Actividades diarias del residente de Medicina Conductual

a) Actividades académicas

Los residentes de Medicina Conductual acudimos a actividades académicas (clases) siguiendo la programación descrita en la Tabla 1.

El miércoles es día académico en el Hospital Juárez, por lo que la mayor carga de actividades de este tipo se centra en este día. Los residentes de Medicina Conductual acudíamos a clase médica (7:00 - 8:00 am), revisión de casos (11:00-12:00 am), y la sesión general del hospital (12:00am -13:00 pm)

Día	Tema general	Subtemas
Lunes	Clase médica (impartida por residentes médicos)	Temas de oncología: Cánceres ginecológicos
Martes	Psicooncología	Revisión de modelos y técnicas psicológicas aplicadas a pacientes oncológicos
Miércoles	Clase médica (impartida por residentes de psicología)	Anatomía y fisiología de los sistemas, cánceres específicos y su impacto psicológico
Jueves	Psicooncología	Revisión de modelos y técnicas psicológicas aplicadas a pacientes oncológicos
Viernes	Clase médica (impartida por residentes médicos)	Temas de oncología: cáncer de cabeza y cuello

b) Pase de visita

El pase de visita junto con el personal médico era de carácter obligatorio para los residentes de Medicina Conductual. Durante este se realizaba la detección de posibles necesidades de intervención psicológica de los pacientes, valorando la situación médica en la que se encontraban (fase de la enfermedad) y/o los procedimientos médicos a los que serían sometidos (por ejemplo cirugía, quimioterapia, radiación, colocación de catéter, etc.).

Durante el pase de visita también se realizaba un seguimiento de los avances de los pacientes en cuestión psicológica y con base en esto se programaba la visita por parte del servicio.

c) Consulta externa

Los residentes de Medicina Conductual participamos en la consulta externa del servicio médico; durante ésta se identificaban las necesidades de atención psicológica en los pacientes, tales como intervención en crisis tras la confirmación de un diagnóstico, apoyo en procesos médicos empleando técnicas de intervención psicológicas (durante la revisión ginecológica o la toma de biopsias por ejemplo).

Cuando un paciente requería del apoyo psicológico la intervención se realizaba en los pasillos del servicio debido a que no se contaba con un espacio para este trabajo.

d) Servicios de apoyo

Como se ha mencionado, los residentes de Medicina Conductual estábamos asignados a actividades programadas a lo largo de la semana, entre las que se encontraba brindar atención psicológica a los pacientes en los diferentes servicios de apoyo.

Entre estos servicios estaba **terapia intravenosa**, donde se trabajaba con los pacientes, previo a la colocación de catéter, aplicando estrategias de control de la activación (relajación, distracción, etc.), psicoeducación, balance decisional, entre otras técnicas. La elección de la estrategia a emplear se hacía con base en una evaluación previa de la condición del paciente.

Se realizó también intervención en el servicio de **urgencias oncológicas**, aplicando relajación y distracción que permitieran a los pacientes enfrentarse a los procedimientos médicos como biopsias o revisiones que podían ser dolorosas o estresantes. Del mismo modo se brindó atención a familiares ante momentos de crisis debido a la situación del paciente o la notificación de un mal pronóstico.

En el servicio de apoyo de **aplicación de quimioterapia** ambulatoria se trabajó principalmente con los pacientes que reciben el tratamiento por primera vez. Las intervenciones generalmente consistían en psicoeducación respecto al tratamiento, los efectos secundarios y conductas de autocuidado. Si el paciente requería de otro tipo de atención psicológica se le programaba para asistir a consulta externa con los residentes de Medicina Conductual.

Respecto a **radioterapia**, los residentes de Medicina Conductual asistíamos a la consulta externa, en donde las principales actividades eran la atención a pacientes de acuerdo a su necesidades, preparación psicológica para inicio de tratamiento (relajación, auto instrucciones, solución de problemas) y psicoeducación respecto al mismo.

Las actividades en hospitalización realizadas durante la rotación en quimioterapia y radioterapia son similares a las realizadas en el resto de las clínicas.

En la Tabla 2 se presentan el rol de rotaciones por las clínicas del servicio y sus respectivas actividades.

a) EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN

El servicio

El servicio de Oncología del Hospital Juárez fue un espacio adecuado para la práctica de la Medicina Conductual y por consiguiente para la formación profesional de los especialistas en esta área debido a la cantidad de pacientes que acuden al mismo, las características de estos y las problemáticas más frecuentes.

En general la residencia en Medicina Conductual y los residentes fueron bien recibidos en el servicio; los médicos y enfermeras mostraron disposición a las sugerencias realizadas y se buscaba el trabajo interdisciplinario.

Tabla 2. Rotaciones y actividades en el servicio de Oncología		
Clínica y/o servicio de apoyo	Actividades	Horario
Cabeza y cuello	Consulta externa	Martes y jueves a partir de las 10:00 am
Cabeza y cuello	Hospitalización	Lunes a viernes, de acuerdo con demanda y urgencia de las necesidades de los pacientes
Terapia intravenosa (catéteres)	Instalación de catéter (preparación para procedimiento)	Lunes y viernes a partir de las 9:00 am
Tumores Mixtos	Consulta externa	Lunes, jueves y viernes a partir de las 10:00 am
Tumores Mixtos	Hospitalización	Lunes a viernes, de acuerdo con demanda y urgencia de las necesidades de los pacientes
Ginecología	Consulta externa	Lunes, martes y jueves a partir de las 10:00 am

Tabla 2. Rotaciones y actividades en el servicio de Oncología (Continuación)

Ginecología	Hospitalización	Lunes a viernes, de acuerdo con demanda y urgencia de las necesidades de los pacientes
Quimioterapia	Aplicación de quimioterapia (Preparación para procedimiento)	Lunes a partir de las 9:00 am
Quimioterapia	Hospitalización	Lunes a viernes, de acuerdo con demanda y urgencia de las necesidades de los pacientes
Radioterapia	Consulta externa	Viernes a partir de las 10:00 am
Radioterapia	Hospitalización	Lunes a viernes, de acuerdo con demanda y urgencia de las necesidades de los pacientes

Entre las deficiencias del servicio para la formación de especialistas en Medicina Conductual se encontró principalmente la falta de espacios físicos adecuados para llevar las intervenciones.

Otra falta del servicio fue la poca participación de los residentes de Medicina Conductual en las clases médicas y el desconocimiento que algunos médicos tienen sobre las funciones reales de la psicología dirigida a las enfermedades crónicas.

Actividades diarias

Las actividades asignadas a los residentes de Medicina Conductual fueron acordes a la formación profesional que busca el programa de Maestría.

En particular en el servicio de oncología la rotación trimestral permitió conocer los diversos tipos de cáncer y cómo afectan de forma diferencial a los pacientes para de esta forma sugerir estrategias adecuadas para cada uno.

La participación en la consulta externa y hospitalización permite a los residentes conocer las diferentes etapas de la enfermedad oncológica y sus manifestaciones psicológicas más frecuentes. De esta forma se logra un conocimiento amplio de la enfermedad que permite el diseño de planes de intervención más completos.

Supervisión in situ

La supervisión con la que se contó en el primer año de la rotación fue adecuada. Las clases que la conformaron cumplieron con el objetivo de brindar un amplio panorama del empleo de la psicología sus métodos y técnica en el trabajo con pacientes oncológicos.

Por su parte las actividades como revisión de casos y artículos permitieron la constante actualización en los temas revisados en clase.

El punto más importante de la supervisión fue que estuviera a cargo de una persona formada en la misma disciplina supervisada ya que de esta forma los temas, casos y problemas presentados fueron vistos bajo la óptica de la formación que busca la residencia.

Supervisión académica

Con respecto a la supervisión académica recibida puede asumirse que esta fue adecuada a las necesidades de los residentes de Medicina Conductual.

Se realizaron actividades que buscaban incrementar los conocimientos teórico-prácticos en la atención de pacientes crónico-degenerativos. En general puede afirmarse que estos objetivos fueron alcanzados.

En lo personal considero que la supervisión fue vital para el diseño y planeación del protocolo de investigación, la solución de problemas con casos particulares y en la búsqueda de bibliografía acorde con las problemáticas más frecuentes encontradas en el servicio.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA: SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) los Cuidados Paliativos son el cuidado activo que se brinda a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos y sus familias con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Esto lo logra a través de la prevención y alivio del sufrimiento generado por el dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

La atención que una unidad de cuidados paliativos brinde a los pacientes requiere ser multidisciplinaria debido a la complejidad de la enfermedad y los múltiples factores relacionados con ella. Es decir, la atención al paciente en etapa paliativa deberá incluir el servicio y soporte médico, de enfermería, trabajo social, psicología y frecuentemente de personal voluntario.

En el aspecto psicológico, la atención de las personas con enfermedades avanzadas y en fase terminal está dirigida a los pacientes, sus familias y al equipo de salud. Los objetivos de atención son diferentes para cada uno de los actores, sin embargo persiguen un fin común: atención y mejora de la calidad de vida.

Las tareas y objetivos de la atención psicológica son (Ortega y López, 2005):

Con el paciente

- Evaluación del bienestar, dolor y sufrimiento.
- Identificación y manejo de síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión, miedo a la muerte)
- Facilitación del proceso de adaptación a la enfermedad

Con la familia

- Identificación y manejo del impacto emocional en los miembros de la familia
- Prevención y atención del síndrome de sobrecarga del cuidador primario
- Favorecer la comunicación paciente - familia - equipo de salud
- Elaboración del duelo

Con el equipo de salud

- Prevención y atención del síndrome de desgaste profesional
- Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo

Es en este contexto que la labor del especialista en Medicina Conductual se desarrolla. A continuación se presenta el reporte de la atención brindada durante el segundo año de la residencia de la maestría en Psicología.

DESCRIPCIÓN DE LA SEDE

El Instituto Nacional de Cancerología se encuentra ubicado en Avenida San Fernando número 22, en la delegación Tlalpan, al sur de la Ciudad de México.

Es un organismo de tercer nivel, que depende de la Secretaría de Salud; brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos no derechohabientes de seguridad social, provenientes de todo el país y que se encuentran en proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o seguimiento. Es además un centro de enseñanza médica especializada y de investigación.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Descripción general:

El servicio de Cuidados Paliativos cuenta con las siguientes áreas de atención en las que tanto el personal médico como psicológico participan:

a) Consulta externa

El servicio de cuidados paliativos se encuentra ubicado en la planta baja del Instituto junto a la preconsulta. Cuenta con dos consultorios médicos y dos de psicología para la atención de pacientes con cita programada y pacientes de primera vez referidos por los diversos servicios tratantes del hospital.

Los espacios de atención están equipados con computadoras para la revisión y actualización del expediente clínico. Se cuenta con una sala de espera para pacientes y familiares que se encuentra junto al control de citas del servicio.

La atención en consulta externa se brinda de lunes a viernes de 9:00 am a 3:00 pm.

b) Hospital de día y urgencias médicas

La unidad de cuidados paliativos brinda el servicio de hospital de día en el cual se realizan procedimientos médicos y de intervencionismo ambulatorios como curaciones, hidrataciones, terapia respiratoria e instalación y cuidado de dispositivos médicos.

Para tal fin se cuenta con un área equipada con cuatro camillas y cuatro reposit, una central de enfermería y un almacén de medicamentos. La atención se brinda a partir de las ocho de la mañana y hasta las tres de la tarde.

c) Atención telefónica

La unidad cuenta con un *call center* desde el que se realiza seguimiento telefónico por parte del personal médico y psicológico a los pacientes con el objetivo de establecer un estrecho contacto que permita el adecuado manejo de síntomas, al orientar a pacientes y familiares sobre la progresión de la enfermedad. El centro está habilitado con tres computadoras para la revisión y actualización de expedientes y dos líneas telefónicas.

d) Atención domiciliaria

El servicio de cuidados paliativos realiza visitas domiciliarias a pacientes que no pueden acudir a la atención hospitalaria debido a sus condiciones médicas y que habitan dentro del área conurbada. Para tal objetivo el equipo médico, de enfermería, trabajo social y psicología emplea un vehículo propiedad del Instituto Nacional de Cancerología.

Personal

a) Médico

El servicio de Cuidados Paliativos contó durante el 2011 con 6 médicos especialistas en formación como paliativistas. Las especialidades con las que contaban son Algología (4), Anestesiología (1) y Hematología (1). Además de dos médicos adscritos, con especialidad en Cuidados Paliativos (1) e Inmunología (1)

c) Psicológico

Durante el 2011 el área de atención psicológica estuvo formada por dos psicólogas adscritas con maestría en Psicología de la Salud (1) y licenciatura en Psicología (1); dos residentes de la maestría en Medicina Conductual; una estudiante del diplomado de cuidados paliativos brindado en la unidad, la cual cuenta con especialidad en Psicooncología y finalmente una prestadora de servicio social.

d) Enfermería

Durante este año de rotación, el equipo de enfermería estuvo formado por dos enfermeras adscritas, dos estudiantes del diplomado y varias rotantes y prestadoras de servicio social a lo largo del año.

e) Otros profesionales

El servicio también contó con la participación de una licenciada en Trabajo Social, una psicóloga voluntaria encargada de impartir el taller sobre duelo dirigido a familiares, una voluntaria encargada de la asesoría familiar, estudiantes de la especialidad de Medicina Tradicional China, del Instituto Politécnico Nacional; una nutrióloga que se encontraba realizando el servicio social y una estudiante de los primeros semestres de la carrera de Psicología que se encargaba de dirigir actividades de terapia ocupacional con pacientes y familiares en la sala de espera.

ACTIVIDADES DIARIAS

Evaluación del servicio

Al inicio de la rotación Cuidados Paliativos se encontraba reorganizándose debido a que recientemente había sido formalizado como un servicio dentro de la estructura del INCan. A pesar de esto, existían funciones y tiempos establecidos para las actividades de cada área, las cuales fueron modificándose a lo largo del año.

Inicialmente el servicio se encontraba ubicado en un predio externo al servicio donde no se contaba con el espacio suficiente para llevar a cabo los diferentes tipos de atención brindadas. Posteriormente con el cambio

de espacio físico se reorganizaron las actividades en las áreas que ya fueron descritas previamente.

En general, el personal mostró disposición para el trabajo y colaboración con los residentes de Medicina Conductual, sin embargo al inicio era poco clara la función del psicólogo dentro de la unidad, las clases a las que acudía el equipo multidisciplinar así como otras actividades en común (revisión de casos, revisión de artículos) permitieron que esta situación se modificara y se identificara al equipo de Psicología como una pieza clave en la atención de pacientes y sus familias.

El trabajo psicológico dentro de la unidad de Cuidados Paliativos fue posible gracias a la ruta de atención establecida en el servicio, en la que se hace énfasis en la evaluación y atención de los pacientes y sus familias y esto corresponde a los principios básicos de la atención a los pacientes en etapa avanzada de acuerdo con organismos internacionales.

Actividades diarias del residente de Medicina Conductual

a) Actividades académicas

Las actividades académicas a las que acudíamos los residentes de Medicina Conductual seguían la programación descrita en la Tabla 3.

a) Actividades de atención

En la consulta externa.

En la consulta externa se atendieron a pacientes y familiares para valoración psicológica inicial que fueron referidos por los servicios

tratantes dentro del hospital, es decir, estos pacientes recibieron tratamiento oncológico previamente y debido a lo avanzado de la enfermedad fueron referidos para atención en Cuidados Paliativos.

Posterior a la evaluación se agendaba cita para brindar seguimiento psicológico, evaluación constante del proceso de adaptación y en caso necesario brindar psicoterapia. Además se atendieron pacientes referidos de la consulta médica debido a que se identificaron problemáticas de índole psicológico.

En el hospital de día y urgencias

En esta área de atención las actividades del residente de Medicina Conductual consistían en la evaluación y seguimiento psicológico de los pacientes que eran referidos por el servicio de preconsulta. Se trata de pacientes que acudían por primera vez al INCan pero que por lo avanzado de la enfermedad no recibían tratamiento oncológico.

Además de estas atenciones se realizaba la evaluación y seguimiento de pacientes que se encontraban hospitalizados y que eran referidos al servicio para su atención. Frecuentemente en estos casos se trataba de pacientes que se encontraban en agonía por lo que las atenciones se dirigían a las familias y tenían como objetivo la preparación para la muerte, organización de actividades para el traslado de los pacientes e intervención en crisis posterior a la noticia de la progresión de la enfermedad.

Tabla 3. Programación de actividades académicas

Día	Tema general	Subtemas
Lunes	Manejo de síntomas en Cuidados Paliativos	Manejo no farmacológico de los síntomas más frecuentes en Cuidados Paliativos
Martes	Psicología en Cuidados Paliativos	Revisión de modelos y técnicas psicológicas aplicadas a pacientes en fases avanzada y terminal
Miércoles	Revisión de artículos (junto con el área médica y enfermería)	Historia de los Cuidados Paliativos y temas más relevantes al respecto
Jueves	Presentación de casos clínicos (junto con el área médica y enfermería)	Revisión multidisciplinaria de casos con aspectos bioéticos a atender

En la atención telefónica

La atención psicológica por teléfono estuvo centrada en el seguimiento de las familias de pacientes ya fallecidos para invitación al taller de duelo y evaluación del proceso de duelo, así como psicoeducación al respecto.

También se realizaron llamadas para brindar un seguimiento de los acuerdos y tareas asignadas en sesión de Psicología. Por otra parte se recibían llamadas de pacientes y familiares que solicitan atención por el área respecto al manejo de emociones asociadas al proceso de adaptación.

Visita domiciliaria

Durante la rotación se llevaron a cabo visitas domiciliarias junto con el equipo médico y de enfermería. Estas estuvieron dirigidas a aquellos pacientes que por sus condiciones físicas asociadas a la enfermedad no podían acudir al hospital. En las visitas el equipo de psicología se encargaba de la evaluación e intervención con el paciente (en caso de que ésta fuera posible) y la familia con la finalidad de fomentar el uso de estrategias de afrontamiento funcionales que permitieran un adecuado proceso de adaptación a los múltiples cambios físicos y psicológicos asociados al proceso de enfermedad y muerte.

PRODUCTIVIDAD

Atenciones brindadas

Durante el segundo año de residencia se realizaron un total de 525 intervenciones, 54.2% en la consulta externa, 19.8% en asistencia telefónica, 9.1% en atención inmediata, y hospitalización, sesiones informativas y sesiones familiares en un 9.5%; atendiendo a un total de 635 personas. Del total de atenciones brindadas 154 consistieron en evaluaciones iniciales y 371 en consultas de seguimiento. En la Tabla 4 se presentan las características sociodemográficas de la población atendida.

Tabla 4. Características sociodemográficas de la población atendida

Sexo: Mujer 60%

Edad: Mínimo 18, máximo 96, X= 60, s= 17

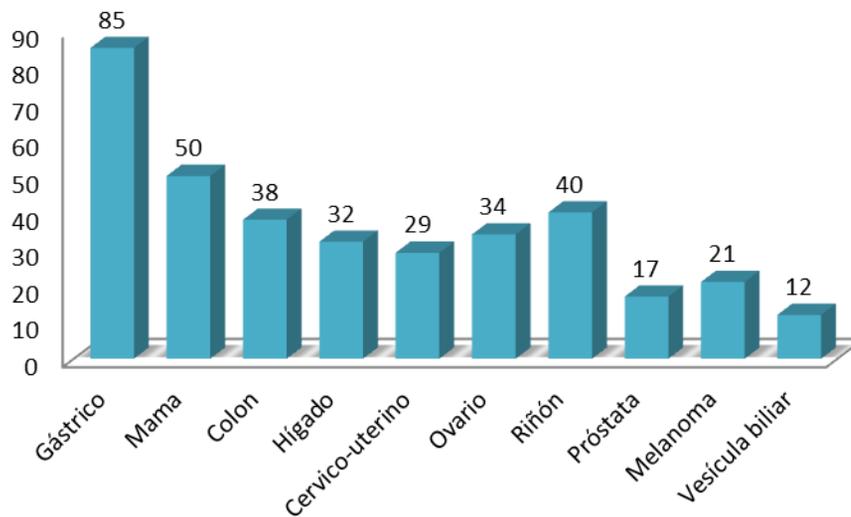
Estado civil: casados 53%

Lugar de origen: 40% Distrito Federal, 35% Estado de México

Los diagnósticos oncológicos presentados por los pacientes atendidos corresponden con los reportes de epidemiología que indican que entre las principales causas de muerte por cáncer se encuentran los tumores malignos de estómago e hígado, en la población general; y mama y cervico-uterino en la población femenina. La Gráfica 1 muestra la distribución de los diferentes tipos de cáncer en la población atendida.

Con respecto al tipo al diagnóstico psicológico de los pacientes atendidos se encontró que con mayor frecuencia se encontraban cursando por el proceso de adaptación a la enfermedad y en su mayoría presentaban respuestas emocionales esperadas. Ante esta situación, en la mayoría de las ocasiones el trabajo de la residente de Medicina Conductual estuvo centrado en apoyar a los pacientes y sus familias en la identificación y expresión de emociones.

Gráfica 1. Frecuencia de atención por tipo de cáncer



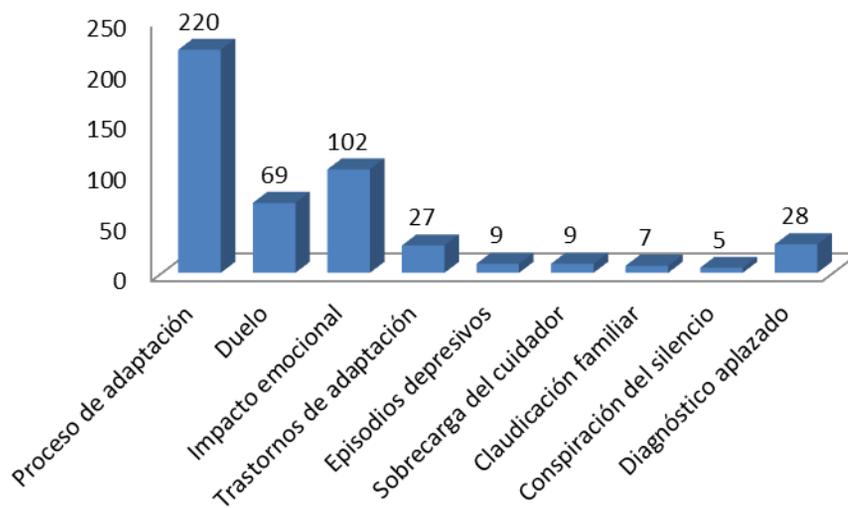
Por otra parte, se encontró, que un alto porcentaje de los pacientes y sus familias presentaron un alto grado de impacto emocional ante la noticia de encontrarse fuera de tratamiento oncológico, por lo que fue necesario realizar intervención en crisis; esta técnica ocupó el segundo lugar de frecuencia en las técnicas de intervención empleadas.

Otra de las técnicas frecuentemente empleadas durante la rotación fue la psicoeducación, la que estuvo centrada en diferentes temáticas, siendo las principales: Cuidados Paliativos, cáncer, proceso de adaptación a la enfermedad, trastornos adaptativos, duelo y dolor.

La técnica de solución de problemas también fue ampliamente empleada durante la rotación. Estuvo encaminada a la solución de problemas de los pacientes y sus familias, por ejemplo, problemas económicos que

limitaban la adquisición de medicamento, organización en los roles y tareas de cuidado, conflictos familiares, etc. En las Gráficas 2 y 3 se presentan la frecuencia de atención por diagnóstico psicológico y de técnicas empleadas.

Gráfica 2. Frecuencia de atención por diagnóstico psicológico



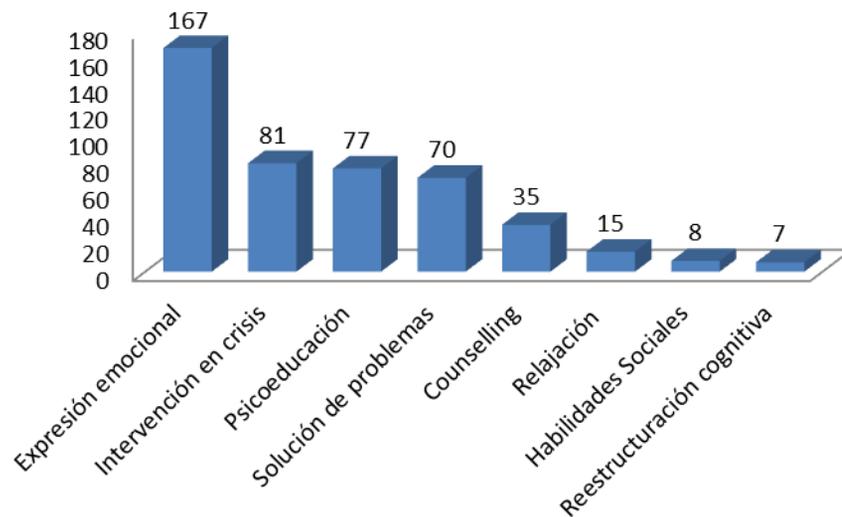
EVALUACIÓN DE LA ROTACIÓN

El servicio

El servicio de Cuidados Paliativos del INCa es un espacio de múltiples oportunidades para el desarrollo profesional y personal de los residentes de Medicina Conductual, debido a que en general es incluido en las actividades de atención a pacientes y la evaluación e intervención por

parte de psicología es incluida en la atención de los usuarios, debido a que uno de los ejes rectores del servicio es la atención interdisciplinaria.

Gráfica 3. Frecuencia del uso de técnicas psicológicas empleadas



Entre las principales deficiencias del servicio se encuentran los constantes cambios en la organización del mismo debidos a que éste se encuentra en la etapa de formalización, ya que en ocasiones esto afectaba el adecuado funcionamiento del área.

Actividades diarias

Las actividades asignadas a los residentes de Medicina Conductual contribuyeron a la formación teórica y práctica como profesionales, y brindaron una adecuada capacitación para la atención de pacientes terminales desde el punto de vista psicológico.

La asignación de actividades de atención por rotaciones permitió que se conocieran las diferentes áreas de atención consideradas por los cuidados paliativos y que se desarrollaran las habilidades necesarias para el manejo de esta población.

Supervisión in situ

Durante este año de rotación se contó con la misma supervisora in situ, continuándose de esta forma con el trabajo de supervisión y formación iniciado en el primer año; sin embargo en este caso existieron algunas diferencias favorables a la formación, ya que los residentes de Medicina Conductual ocuparon un lugar importante dentro del servicio y la supervisora se encargó de generar un ambiente de colaboración y trabajo en equipo al interior del área de psicología.

Supervisión académica

La supervisión académica cumplió el objetivo de orientar el diseño e implementación de un protocolo de investigación, sin embargo en ocasiones no fue posible cumplir cabalmente con las sesiones asignadas a la supervisión debido a la carga de trabajo o la atención de situaciones emergentes en el servicio.

Las actividades asignadas por el supervisor académico permitieron el desarrollo de habilidades necesarias para diseñar y presentar trabajos de investigación, además de estar siempre dispuesto a atender las dudas que surgieron durante el proceso.

COMPETENCIAS LOGRADAS

Académicas

A lo largo de las rotaciones se desarrollaron competencias académicas importantes para la formación profesional como especialista en Medicina Conductual, estas son:

- Diseño de protocolos de investigación con base en las necesidades de la población
- Diseño e implementación de material didáctico acorde a la población
- Búsqueda de material bibliográfico acorde a las necesidades de los pacientes
- Aplicación de los métodos y técnicas de la psicología a pacientes afectados por enfermedades neoplásicas.

Clínicas

Se incrementaron habilidades clínicas en el trabajo con pacientes y cuidadores:

- Aplicación de entrevista para historia clínica
- Formulación de caso
- Formulación de diagnóstico psicológico
- Diseño e implementación de intervenciones psicológicas
- Evaluación de intervenciones
- Comunicación de malas noticias
- Intervención en crisis

- Apoyo e intervención en cuidados paliativos

Personales

En el plano personal se adquirieron y desarrollaron las siguientes habilidades:

- Comunicación asertiva, principalmente en la interacción con el personal médico
- Autocontrol emocional, necesario en la relación con los pacientes cuando estos se enfrentaban a nuevas y avanzadas etapas de la enfermedad.
- Manejo del tiempo
- Búsqueda de apoyo emocional
- Revaluación de plan de vida
- Modificación de estilos de vida

REFERENCIAS

- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 505-520. Obtenido de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf.
- Caballero, C.V. y Alonso, L.M. (2010). Enfermedades crónicas no transmisibles. Es tiempo de pensar en ellas. *Salud Uninorte*, 26(2), vii-ix. Córdova- Villalobos, J.A., Barriguete-Meléndez, J.A., Lara- Esqueda, A., Barquera, S., Rosas- Peralta, M., Hernández- Ávila, M., de León- May, M.A. y Aguilar- Salinas, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: Sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud pública de México*, 50(5), 419- 427.
- Di Cesare, M. (2011). *El perfil epidemiológico de américa Latina y el caribe: desafíos, límites y acciones*. Santiago de Chile: CEPAL/ Naciones Unidas
- Herrera, A., de la Garza, J. y Granados, M. (2010). Cáncer. En Granados, M. y Herrera, A. (Eds.), *Manual de Oncología. Procedimientos médico quirúrgicos [Manual of Oncology. Surgical medical procedures]* (4ta. Ed.). México: McGraw Hill.
- Knaul, F.M., Arreola-Ornelas, H., Velázquez, E., Dorantes, J. Méndez, O. y Ávila-Burgos, L. (2009). El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 51(2) ,286-295.
- Piña-López, J.A. (2011). De Alma- Ata al nuevo milenio: la psicología y la prevención de las enfermedades en México. En Ybarra, J.L., Sánchez- Sosa, J.J. y Piña- López, J.A. (2011). *Trastornos y enfermedades crónicas. Una aproximación Psicológica* (pp. 3-22). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas/ Manual Moderno.
- Reynoso- Erazo, L., Hernández- Manjarrez, M.E., Bravo-González, M.C. y Anguiano- Serrano, S.A. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y desarrollo*, 17,43-49.
- Schwartz, G.E., & Weiss, S. M. (1978). Yale Conference of Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12.

Sistema Nacional de información en Salud [SINAIS] (2008) Principales causas de mortalidad en hombres. Consultado en 2011, febrero. Disponible en:
<http://www.sinais.gob.mx/mortalidad/index.html>

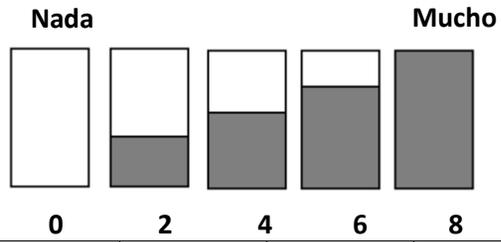
Ortega, C. y López, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y salud*, 16(2), 143-160. Obtenido de
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1806/180616104002.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). *Programas Nacionales de lucha contra el cáncer: Directrices sobre política y gestión*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011) Nota descriptiva 297. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/print.html>

ANEXO 1
REGISTRO DE AUTOCUIDADO

Participante: _____ Semana: _____



Malestar							

Conductas							

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Servicio de Cuidados Paliativos

Evaluación de un programa de intervención psicológica basado en la técnica de Solución de Problemas en cuidadores de pacientes del Programa de Atención y Cuidados en Oncología

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

SEXO:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

OCUPACIÓN:

PARENTESCO CON EL PACIENTE:

ONCOLÓGICO:

TRATAMIENTO:

ENTREVISTA GENERAL

I. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO

Tiempo dedicado al cuidado del paciente (en horas al día):

Número de días de la semana dedicadas al cuidado:

II. HISTORIA DE CUIDADO

¿Desde cuándo (con relación a la enfermedad y en tiempo) se ha dedicado al cuidado del cuidado de su familiar?

¿En los dos últimos años había cuidado de algún otro familiar enfermo?

¿Quién? ¿De qué estaba enfermo?

¿Además del paciente que actualmente atiende, cuida de algún otro familiar o amigo enfermo? ¿Quién? ¿De qué está enfermo?

III. SALUD DEL CUIDADOR

¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad?

¿Desde cuándo?

De la siguiente lista de malestares indique con qué frecuencia los ha presentado en el **último mes**:

Síntoma	Nunca	Algunos días	La mayor parte del mes	Todos los días del mes
Dolor de espalda				
Problemas para dormir				
Dolor de cabeza				
Infecciones (garganta, estómago, vías urinarias)				
Cansancio				
Estreñimiento o diarrea				
Ardor de "estómago"				
Otro(s) ¿Cuál(es)?				

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Servicio de Cuidados paliativos

BITÁCORA CLÍNICA

Nombre de la participante: _____

No. de sesión: _____

Fecha: _____

Objetivo de la sesión:

Elementos de la TSP revisados:

Resultados de la sesión:

Observaciones:

ANEXO 4, ANEXO 5

GUÍA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER

Versión participante / versión terapeuta

Contenido

1. Presentación
2. Instrucciones generales
3. Primera parte. La solución de problemas
4. Segunda parte. Ejercicio de lectura
5. Tercera parte. Ejercicios de solución
6. Cuarta parte. Solucionando mis problemas

ANEXO 6 PRESENTACIÓN

1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Programa de Atención y Cuidados en Oncología



**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN LA TERAPIA DE
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA CUIDADORES DE
PACIENTES CON CÁNCER**

Lic. Psic. Nancy Elizabeth Rangel Domínguez
Posgrado de Psicología, UNAM
Residencia en Medicina Conductual

Presentación elaborada con apoyo de la Psic. Samantha Ruiz Zamorano,
durante la realización de su servicio social (PACO-INCan)

2

FASE 1.

**LA SOLUCIÓN DE
PROBLEMAS: SU RELACIÓN
CON EL BIENESTAR
EMOCIONAL
Y LA CALIDAD DE VIDA**

CONCEPTOS BÁSICOS DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

EL PROCESO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

ANEXO 7

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto

“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BASADO EN LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN CUIDADORES DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN Y CUIDADOS EN ONCOLOGÍA”

Investigador principal Silvia Rosa Allende Pérez/ Nancy Elizabeth Rangel Domínguez
Correo electrónico matlapapalotl@hotmail.com
Dirección: Avenida San Fernando 22, México D.F.

Queremos invitarle a participar en una investigación que se está llevando a cabo en el servicio de Cuidados Paliativos que tiene ***por objetivo que las personas que cuidan de un familiar enfermo desarrollen estrategias que les permitan enfrentar esta etapa sin repercusiones importantes en su salud física y psicológica. Los participantes aprenderán técnicas para solucionar problemas y mejorar las acciones de autocuidado.***

Cuidar de un familiar enfermo trae consigo una serie de cambios en la vida de la familia. Conforme la persona se agrava, cada vez requiere una mayor ayuda, y casi siempre existe alguien que se hace cargo de brindar los cuidados que el enfermo requiere. Esta persona que puede ser un familiar, amigo o vecino se llama CUIDADOR PRIMARIO.

A diferencia de los que sucede con los *cuidadores profesionales*, el cuidador primario no recibe una remuneración económica por el cuidado, no tiene un horario establecido, no cuenta con la capacitación formal para desempeñar esta actividad y se encuentra vinculado de manera afectiva con la persona de quien cuida.

El cuidar a un familiar enfermo trae consigo una serie de problemas familiares, laborales, dificultades económicas, sociales y repercusiones en la salud física y psicológica y un deterioro en su calidad de vida. Por lo que es importante que los cuidadores primarios de pacientes oncológicos reciban apoyo psicológico que les permita adquirir y fortalecer mecanismos que les permitan enfrentar la situación por la que atraviesa sin descuidar su salud y su calidad de vida.

Al ingresar el paciente al Servicio de Cuidados Paliativos se le brindará tratamiento médico y psicológico necesario. También el o los familiares que acompañan al paciente y el cuidador primario reciben apoyo psicológico.

¿En qué consiste esta investigación?

Si usted acepta participar en esta investigación, realizará una entrevista general, se les invitará a responder a una serie de cuestionarios sobre su estado de ánimo, salud y la forma en que se cuidan a sí mismos. Los cuestionarios se aplicarán en tres ocasiones diferentes: al inicio de la investigación, al término de la misma y finalmente a las 4 semanas.

Posteriormente, usted deberá acudir a 4 sesiones individuales (solo usted, sin el paciente) con el equipo de psicología de cuidados paliativos. Las sesiones se llevarán a cabo semanalmente y cada una tendrá una duración aproximada de entre una cuarenta y ciento minutos y una hora. Después de estas sesiones recibirá una llamada para acudir a una sesión de seguimiento. ***Se estima que su participación en la investigación tendrá una duración aproximada de dos meses.***

1. Durante la primera sesión se dará a los cuidadores una explicación sobre la relación entre el bienestar emocional y la solución de problemas. Se explicaran las repercusiones que el cuidador primario puede tener y se alentará al cuidador a participar compartiendo sus ideas y experiencias. Además se explicará en qué consiste la técnica de solución de problemas y se realizarán ejercicios sobre la misma tomado como modelo las historias de otros cuidadores. En cada ejercicio se destacará la importancia del autocuidado y la búsqueda de soluciones al respecto.
2. Una vez expuesta la Terapia de Solución de Problemas, se pedirá a los participantes que propongan un problema que ellos experimenten para ser resuelto siguiendo los pasos revisados previamente.
3. En cada sesión se evaluarán los avances de los participantes respecto a la técnica de solución de problemas y de este modo identificar si es posible dar paso a la siguiente fase de la intervención.
4. Al final de la intervención se entregará un cuadernillo de ejemplos que contiene historias de otros cuidadores primarios y se comentará con los cuidadores brevemente el contenido.

¿Cuáles son los riesgos de participar?

Esta investigación NO implica procedimientos clínicos (como toma de muestras o revisiones físicas) ni técnicas quirúrgicas por lo que no existen riesgos relacionados con estas acciones, sin embargo como cualquier intervención psicológica puede ocasionar algunos malestares emocionales, puede recordar situaciones que le molestan, le ponen triste, ocasionan angustia. Estos problemas pueden presentarse tanto con el abordaje habitual como con la técnica de solución de problemas.

Si usted llegara a sentir que este procedimiento le ocasiona alguna molestia que no quiere sentir, puede retirarse del programa sin que se modifique la atención a su paciente, o bien recibir un manejo específico para cualquier tipo de crisis emocional que pudiera usted tener.

¿Cuáles son los beneficios de participar?

La atención psicológica puede ayudarle a identificar problemáticas que le generan malestar, recibir apoyo y desarrollar habilidades de solución de problemas.

La información obtenida será confidencial, esta es una investigación que se considera tiene un riesgo mínimo por lo que no se anticipa ninguna complicación física.

Usted no recibirá ninguna remuneración económica, su participación es voluntaria y usted puede decidir no continuar participando en la investigación sin que la atención a su familiar enfermo se modifique

Para cualquier duda o aclaración favor de comunicarse con la Dra. Silvia Rosa Allende Pérez al teléfono 56 28 04 00 extensión 822, con la Dra. Myrna G. Candelaria, Presidente del Comité de Bioética del Instituto Nacional de Cancerología, y/o la Dra. Maricruz Pérez Amador, Secretario del Comité de Ética, al teléfono 5628-0400 extensión 338.

ACEPTO PARTICIPAR

Se me ha invitado a participar en la investigación:

“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BASADO EN LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN CUIDADORES DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN Y CUIDADOS EN ONCOLOGÍA”

El investigador me ha explicado los propósitos del estudio propuesto, también me ha informado de la confidencialidad de los datos

Esta información me fue dada por escrito y después de leerla la psicóloga a cargo aclaro mis dudas y HE DECIDIDO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE participar EN ESTE ESTUDIO.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del Testigo (familiar o acompañante)

DIRECCION

Nombre y firma del Testigo

DIRECCION

Nombre y firma de quien solicita el consentimiento

ANEXO 8

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN. PRIMER ESTUDIO PILOTO			
SESIÓN 1			
OBJETIVOS	ELEMENTOS DE LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	RESULTADOS	OBSERVACIONES
<p>Que la participante verbalice o exprese de forma escrita la relación entre las habilidades de solución de problemas y la calidad de vida.</p> <p>Que enliste los componentes de la terapia de solución de problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación al problema • Planteamiento del problema • Búsqueda de soluciones • Toma de decisiones • Puesta en práctica y verificación 	<p>La participante identifica la relación entre la calidad de vida y las habilidades de solución de problemas que ella experimenta. Como ejemplos de esta relación reporta que “con tantas cosas y problemas también me descuido y ando cansada, ya tengo problemas con mis hijas”. Comenta que “todas las experiencias de vida sirven para aprender” por lo que identifica como tipo de orientación dirigido hacia lo positivo, aunque en ocasiones “con tantos problemas es más negativo”. Refiere que para solucionar problemas emplea estrategias como la negociación, expresión de emociones y búsqueda de apoyo social.</p>	

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN. PRIMER ESTUDIO PILOTO

SESIÓN 2

OBJETIVOS	ELEMENTOS DE LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	RESULTADOS	OBSERVACION
<p>La participante describirá el proceso de solución de problemas siguiendo los componentes de la TSP</p> <p>Expresará verbalmente o por escrito los riesgos de no solucionar problemas</p> <p>Elaborará una lista de los problemas presentados en un ejercicio de lectura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación al problema • Planteamiento del problema • Búsqueda de soluciones • Toma de decisiones • Puesta en práctica y verificación 	<p>La participante elaboró una lista de los problemas de Mari; menciona como los más importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tiene apoyo • No tiene una actividad para desarrollarse • Está irritable por el estrés y no tiene como distraerse <p>Identifica que los mayores riesgos en que se encuentra la cuidadora del ejemplo son “que se enferme” “que este amargada y sola”. Comenta que la historia revisada “se parece a lo que me pasa porque también me peleo con mis hermanos”</p>	<p>Se entregó guía de solución de problemas.</p> <p>Se indica ejercicio Los problemas de Miguel para lectura en casa.</p>

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN. PRIMER ESTUDIO PILOTO

SESIÓN 3

OBJETIVOS	ELEMENTOS DE LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	RESULTADOS	OBSERVACION
<p>Al término de la sesión la participante será capaz de definir un problema real, generar una lista de soluciones, elegir la solución más eficaz y crear un plan de acción para la resolución del mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación al problema • Planteamiento del problema • Búsqueda de soluciones • Toma de decisiones 	<p>Reporta como problemáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le pongo poca atención a mis hijas • No sé cómo repartir mi tiempo entre mis hijas y mi mamá • Me enoja y le grito a mi hija • Siento que tengo mucha distracción y no puedo explicarle la tarea <p>Ante estas problemáticas reporta sentirse triste, enojada y desesperada.</p> <p>Comenta que ha iniciado un plan de solución de problemas considerando como posibles soluciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocupar las mañanas para los cuidados de mamá • Después de hacer la comida hacer y revisar la tarea <p>Se revisaron pros y contras de cada una de las decisiones y se discutieron obstáculos. Se destacó la importancia de considerar tiempos de descanso.</p>	<p>Se revisó guía de solución de problemas</p> <p>Se indican mediciones diarias de nivel de cansancio</p> <p>Revisar plan de acción en próxima sesión</p>

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN. PRIMER ESTUDIO PILOTO

SESIÓN 4

OBJETIVOS	ELEMENTOS DE LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	RESULTADOS	OBSERVACIONES
<p>La participante reportará los resultados del plan de solución de problemas diseñado previamente</p> <p>Se reorganizará el plan en caso necesario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puesta en práctica y verificación 	<p>La participante “una semana que me sentí muy presionada, preocupada, no puede llevar a cabo el plan porque pasaron cosas que no estaban en mi control como que el conserje de la escuela les dijo que la semana pasada se llevaron a una chica y la violaron, ahora tuve que ir por ella; que no me avisará que tenía tarea y lo cambiara toso y que mi mamá quería que toda su casa quedara lista” (para las fiestas de navidad). Reporta por otra parte, que a pesar de las actividades tuvo oportunidad de “descansar y ver la tele con mis hijas, eso me hizo sentir bien, pase tiempo con ellas como quería”. Se revisaron los obstáculos del plan y se identificaron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que el resto de la familia no respetaran horarios y actividades • Realiza excesivas actividades de cuidado para 	<p>Además de revisarse los componentes de la Terapia de Solución de Problemas se llevó a cabo un debate con la participante respecto a los cuidados dirigidos a la paciente y por qué los realiza. Reporta sentirse “preocupada de que algo le pueda pasar haciendo cosas y que se muera si se lastima” “Quiero cuidarla en todo para demostrarle mi cariño porque ella</p>

		la paciente y de las cuáles ésta aún es capaz de encargarse.	no lo tuvo de chica” (sic) Se brindó psicoeducación respecto al impacto de la sensación de pérdida de control del paciente y el impacto de este en su calidad de vida. Con base en lo revisado se replanteo el ejercicio de solución de problemas considerando los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none">• Asignará horarios de tareas y descanso compartidos con sus hijas• Compartirá labores domésticas y fomentará conductas de autocuidado en la paciente.
--	--	--	--

ANEXO 9

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN. SEGUNDO ESTUDIO PILOTO

SESIÓN 1

OBJETIVOS	ELEMENTOS DE LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	RESULTADOS	OBSERVACION
<p>Al término de la sesión la participante será capaz de enlistar los pasos de la TSP y definir un problema real, generar soluciones ante tal problemática, elegir la solución más eficaz y crear un plan de acción para la resolución del problema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación al problema • Planteamiento del problema • Búsqueda de soluciones • Toma de decisiones 	<p>La participante comenta que “es importante saber solucionar los problemas porque si no esos nos afecta emocionalmente y en la salud” Enlista los pasos de terapia y comenta que “parecen muchos pero pueden funcionar” Reporta como problemáticas diversas asociadas a su rol de cuidadora y reporta sentirse “desesperada” al no poder resolverlas. Se diseñó un plan de solución de problemas y se destacó la importancia de incrementar las conductas de autocuidado. La participante señaló como malestares que desean que disminuyan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio • Pensamientos disruptivos • Dolor de cabeza <p>“Dolor de estómago” Eligió como conducta de autocuidado a incrementar la toma de descansos a lo largo del día.</p>	<p>Se realizó ejercicio de solución de problemas.</p> <p>Se indican mediciones diarias de cansancio en escala visual análoga.</p> <p>Próxima sesión revisar plan de acción y verificación</p>

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN. SEGUNDO ESTUDIO PILOTO

SESIÓN 2

OBJETIVOS	ELEMENTOS DE LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	RESULTADOS	OBSERVACION
<p>La participante reportará los resultados del plan de solución de problemas diseñado previamente</p> <p>Se reorganizará el plan a realizarse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puesta en práctica y verificación 	<p>La participante reporta avances respecto del problema de salud de su hijo: Acudió a consulta en servicio médico cercano a domicilio quien le comentó que no existía situación de enfermedad y dio indicaciones de cuidado generales (dieta). Ante esto no fue necesario seguir los siguientes pasos del plan.</p> <p>Con respecto de solución de problemas enfocado en la falta de recursos económicos reporta que ha iniciado con plan de solución de problemas y esto le ha permitido “tener más confianza de que si puedo solucionar las cosas”. Por el momento no considera modificaciones al plan.</p>	<p>Entrega registros de autocuidado</p> <p>Se comentan los resultados con la paciente quien refiere que los cambios registrados en los malestares le permiten “estar mejor pero faltan cosas por hacer”</p>