



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO DESDE LA
MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO
DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MAYTE ORTIZ ROMERO

TUTORA: MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ, FESI-UNAM

COMITÉ TUTORAL:

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO, FESI-UNAM
DR. FRANCISCO MARIO GARCÍA RODRÍGUEZ, HJM-SS
DRA. ROCÍO TRON ÁLVAREZ, FESI-UNAM
MTRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ, FESI-UNAM

MÉXICO, D. F. DEL 2015



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.

*No te rindas, por favor no cedas,
Aunque el frío queme,
Aunque el miedo muerda,
Aunque el sol se esconda y se calle el viento,
Aún hay fuego en tu alma,
Aún hay vida en tus sueños*

MARIO BENEDETTI

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Por su amor, complicidad y esfuerzo incondicional en este nuevo logro profesional, gracias infinitas y vamos por nuevas experiencias.

A mis hermanos Fredy y Dany:

Por la dicha de contar con su presencia, enseñanzas y amor y el ser una guía para ustedes.

A mi novio Javier:

Por tu amor y ayuda constante y certera en momentos de crisis y presiones, nunca me dejaste caer.

A mi abuelita Martha:

Por ser mi principal inspiración en la atención del paciente oncológico.

A mis tí@s, prim@s, mi abuelita Mago, etc.

Porque siempre me recordaban que descansar también se valía.

A mis amig@s:

Porque a pesar de la distancia, siempre estuvieron celebrando mis logros y compartiendo nuevas experiencias conmigo.

A Cris / Comité Tutorial:

Por ser una destacada persona en tu enseñanza y trato, tu disposición, paciencia y dedicación para orientarme. / Siempre estuve en el lugar correcto con las personas indicadas.

Al Hospital Juárez e indiscutiblemente a mis pacientes chiquitines, jovencitos y grandotes y sus familiares:

Por la oportunidad de desarrollo profesional. / Por confiar en mí trabajo y nutrirlo con cada uno de los momentos compartidos en terapia, en los pasillos o en la calle. Gracias por las sonrisas y las lecciones de vida tan maravillosas que cambiaron mi vida. ¡Son uno@s guerrer@s!

A la UNAM, FES-Iztacala, maestr@s y compañer@s:

Siempre será un orgullo pertenecer a esta casa de estudios y haber obtenido esta oportunidad de formación y el compartir historias de vida y aprendizajes indelebles.

“POR MÍ RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

ÍNDICE

Introducción.....	7
 Capítulo 1. La Medicina Conductual y su aplicación en el enfermo crónico	
1.1 Antecedentes de la Medicina Conductual en el sector internacional y nacional.....	9
1.2 Rol del psicólogo en ámbito hospitalario.....	11
1.3 Intervención psicológica en el paciente oncológico.....	12
 Capítulo 2. Intervención cognitivo-conductual en cuidadores informales primarios de pacientes oncológicos en tratamiento paliativo.	
2.1 Antecedentes.....	17
2.2 Objetivos e hipótesis.....	25
2.3 Método	
2.3.1 Participantes.....	25
2.3.2 Diseño.....	27
2.3.3 Escenario.....	28
2.3.4 Materiales.....	28
2.3.5 Variables.....	29
2.3.6 Instrumentos.....	31
2.3.7 Procedimiento.....	32
2.4 Resultados.....	33
2.5 Discusión y Conclusiones.....	40
 Capítulo 3. Actuación del residente en Medicina Conductual en el Hospital Juárez de México	
3.1 Características de la sede.....	46
3.2 Primera rotación. Servicio de Oncología Pediátrica	
3.2.1 Características del servicio.....	47
3.2.2 Evaluación inicial del servicio.....	50
3.2.3 Actividades del residente en Medicina Conductual.....	51
3.2.4 Datos de productividad.....	53
3.2.5 Casos clínicos.....	58
3.2.6 Otras actividades.....	58
3.2.7 Evaluación final.....	58
3.2.8 Conclusiones de la rotación.....	61
3.3 Segunda rotación. Servicio de Oncología	
3.3.1 Características del servicio.....	62
3.3.2 Evaluación inicial del servicio.....	63
3.3.3 Actividades del residente en Medicina Conductual.....	63
3.3.4 Datos de productividad.....	68
3.3.5 Caso clínico.....	72
3.3.6 Otras actividades.....	72

3.3.7	Evaluación final.....	73
3.3.8	Conclusiones de la rotación.....	74
3.4	Competencias profesionales alcanzadas.....	75
	Conclusiones finales.....	77
	Referencias.....	78
	Apéndice 1. Formato de Nota Psicológica.....	87
	Apéndice 2. Formato de Análisis Funcional.....	89
	Apéndice 3. Formato de la Guía de Entrenamiento Asertivo para Cuidadores.....	91
	Apéndice 4. Portadas de presentaciones para sesiones de intervención.....	97
	Apéndice 5. Tríptico para sesión de psicoeducación: Cáncer.....	98
	Apéndice 6. Tríptico para sesión de psicoeducación: Cuidados Paliativos.....	100
	Apéndice 7. Tríptico para sesión de psicoeducación: Cuidador Primario.....	102
	Apéndice 8. Tríptico de Entrenamiento en Solución de Problemas.....	104
	Apéndice 9. Tríptico de Entrenamiento Asertivo.....	106
	Apéndice 10. Formato del Cuestionario de Evaluación para sesión de Psicoeducación.....	108
	Apéndice 11. Formato de Bitácora Clínica para sesiones de protocolo de intervención.....	109
	Apéndice 12. Formato de Entrevista Psicosocial del Cuidador y su Paciente.....	110
	Apéndice 13. Formato del Diario del Cuidador.....	115
	Apéndice 14. Carta Descriptiva Sesión 1 de Psicoeducación.....	120
	Apéndice 15. Cartas Descriptivas Sesiones 2 a 6 del Entrenamiento en Solución de Problemas.....	121
	Apéndice 16. Cartas Descriptivas Sesiones 2 a 6 del Entrenamiento Asertivo.....	126
	Apéndice 17. Carta de Consentimiento Informado.....	131
	Apéndice 18. Formato de Entrevista Psico-Pediátrica.....	132
	Apéndice 19. Formato del Diario de Tratamiento para el paciente con Leucemia.....	137
	Apéndice 20. Formato de Pautas de Crianza.....	141
	Apéndice 21. Caso Clínico 1. Oncopediatría.....	145
	Apéndice 22. Caso Clínico 2. Oncopediatría.....	153
	Apéndice 23. Trípticos de Pláticas Psicoeducativas Grupales.....	164

Apéndice 24. Caso Clínico 3. Oncología.....	182
Anexo 1. Portada e índice de Guía de Solución de Problemas para Cuidadores de Pacientes con Cáncer.....	187
Anexo 2. Formato del Inventario de Ansiedad de Beck.....	188
Anexo 3. Formato del Inventario de Depresión de Beck.....	190
Anexo 4. Formato de la Escala de Sobrecarga Zarit.....	195
Anexo 5. Formato de Escala de Salud 5Q-5D-5L.....	197
Anexo 6. Formato del Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social.....	199
Anexo 7. Formato del Inventario de Resolución de Conflictos.....	201

Introducción

La Medicina Conductual es un campo aplicado de la psicología que se enmarca en un nuevo paradigma dentro del área de la salud y la ciencia en general; esto es, los correlatos biológicos no son los únicos que inciden en la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud, dando cabida con ello a los factores psicológicos, emocionales, socioculturales y ambientales en el proceso de salud-enfermedad; los cuales son mundialmente estudiados, en especial, en las enfermedades crónicas, debido a las severas repercusiones psicosociales que causan en el paciente y su familia, ya sea por lo prolongado de los tratamientos y sus complicaciones, los cambios en el estilo de vida y la discapacidad que generan, tanto en el corto, mediano y largo plazo. Por otra parte, la especialización del psicólogo desde una orientación cognitivo-conductual, permite avalar la labor de este profesional en el terreno de la Medicina Conductual basada en evidencia, garantizando su eficacia y relevancia sobre problemáticas que demandan su actuación; así como su inserción en ámbitos institucionales y hospitalarios formando parte imprescindible del equipo de salud.

De esta manera, el Programa de Maestría en Psicología se articula de un tronco común durante el primer semestre (cursos formales sobre conocimientos en Metodología de la Investigación, Teorías y Modelos de Intervención y Medición y Evaluación) y, de un programa de residencia de segundo a cuarto semestre, que consiste en prácticas profesionales, supervisadas en escenarios reales por un tutor y dos supervisores, a través de las cuales se busca formar profesionales con las competencias y destrezas necesarias para cubrir con las demandas y necesidades de la población e instituciones para las que desempeñen una labor (Plan de estudios de la Maestría en Psicología, 2011, como se citó en Reynoso, Bravo, Anguiano & Mora, 2012). Es así como la residencia en Medicina Conductual, busca cubrir los pilares docencia-servicio-investigación, a través de un modelo en solución de problemas con enfoque cognitivo-conductual para que el profesional se desenvuelva en el área de la salud y el ámbito hospitalario (Reynoso, Hernández, Bravo & Anguiano, 2011).

El presente escrito versa sobre el trabajo realizado durante año y medio en la Residencia en Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México con sede en el Hospital Juárez de México, con el propósito de dar a conocer las actividades desarrolladas y competencias adquiridas.

Al comienzo se realiza una aproximación a la Medicina Conductual en el ámbito internacional y nacional y al rol del psicólogo en la esfera hospitalaria; seguido del proyecto de investigación titulado: “Intervención cognitivo-conductual en cuidadores informales primarios de pacientes oncológicos en tratamiento paliativo”. Enseguida se describen las actividades realizadas como residente de Medicina Conductual en cada una de las dos rotaciones asignadas; primero se aborda la rotación en el servicio de Oncopediatría y después, la correspondiente al servicio de Oncología. En cada una se puntualiza lo siguiente:

- Estructura y características del servicio
- Antecedentes de la intervención psicológica en pacientes oncológicos
- Características de los pacientes atendidos
- Estadísticas de productividad
- Actividades académicas y asistenciales (sesiones de caso y bibliográficas, descripción de tres casos clínicos, entre otras actividades).
- Evaluación de las actividades realizadas
- Competencias alcanzadas

Por último, se esbozan conclusiones y sugerencias generales, acompañas del listado de referencias revisadas, los apéndices y anexos correspondientes a los materiales o información que detalle puntos específicos del presente Reporte de Experiencia Profesional.

Capítulo 1. La Medicina Conductual y su aplicación en el enfermo crónico

El campo de inserción del psicólogo en el área clínica es diverso en cuanto a enfoques teóricos, metodologías, escenarios y problemáticas; disciplinas como la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, son un ejemplo de ello (Borda, Pérez & Blanco, 2000).

1.1 Antecedentes de la Medicina Conductual en el sector internacional y nacional

Enfocándonos en la Medicina Conductual, la cual es un campo fundamentado en el modelo biopsicosocial de la salud que surge en la década de los 70, específicamente, en el año de 1977, con el primer Congreso en Medicina Conductual en Yale, en donde se logra conceptualizarla por primera vez; un año más tarde, se acuerda la siguiente definición, que hasta el día de hoy es referente universal:

Campo interdisciplinar interesado en el desarrollo e integración de los conocimientos de las ciencias biomédicas y del comportamiento, de interés para la comprensión de la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y técnicas para la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978, p. 25, como se citó en Borda et al., 2000). Lo que implicó reconocer que lo que las personas hacen o dejan de hacer, puede llevarlos a conservar buena salud, desarrollar o agravar alguna enfermedad, y junto con ello, el nacimiento de una disciplina que forme especialistas afines a dichos objetivos.

Desde su inicio se observa un rápido crecimiento en este campo y se crean revistas especializadas como: *Health Psychology*, *Biofeedback and Self-regulation* y *Journal of Behavioral Medicine*, en donde se reportaba la aplicación de técnicas y procedimientos de la Medicina Conductual a las enfermedades, por ejemplo: hipertensión arterial, dolor crónico y asma, entre otras; asimismo, la primera publicación en la que apareció el término fue en el libro *Biofeedback: Behavioral Medicine* de Lee Birk en 1973; paralelamente, en distintas partes del mundo, principalmente en Estados Unidos, se conforman institutos y divisiones en Medicina Conductual (Donker, 1991), por ejemplo, la Sociedad Internacional en Medicina Conductual se encarga de diseñar modelos y programas de intervención dedicados a la atención a la salud (Rodríguez & Jaén, 2004). A partir de los años 70 se realizan las principales aportaciones desde al área del análisis experimental y aplicado de la conducta (aplicaciones del condicionamiento clásico y operante en problemáticas de

salud como obesidad, tabaquismo, adicciones, etc.), otorgando a dicho campo mayor solidez y credibilidad (Rodríguez, 2010).

Acorde a esos descubrimientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso el Programa de Salud para Todos en el Siglo XXI, estableciendo los siguientes indicadores comportamentales sobre los cuales se enfocarían las disciplinas de la salud: actividad física, sobrepeso y obesidad, tabaquismo, abuso de sustancias, violencia, calidad ambiental y sexualidad responsable, entre otros, bajo el supuesto de que pueden prevenirse o moderarse mediante cambios conductuales planificados por especialistas como los médicos conductuales, tanto en ámbitos hospitalarios como académicos (Rodríguez & Jaén, 2004).

Por su parte en México, Rodríguez (2010) establece que los antecedentes de la Medicina Conductual se desarrollaron en distintas áreas, tales como: la aplicación de técnicas de modificación de conducta en escenarios como reclusorios u hospitales psiquiátricos; en el surgimiento del campo de la investigación conductual con personajes como Emilio Ribes, Florente López y Serafin Mercado, entre otros; en los años 80 se hacen aplicaciones del Biofeedback en el tratamiento de migrañas y parálisis; en la segunda mitad de dicho período se formaron equipos de investigación en temas sobre problemas cardiovasculares, trasplante de órganos y tejidos y dolor crónico (Domínguez, 2000 como se citó en Rodríguez, 2010); la creación en 2001 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual; y el actual interés por la investigación en el desarrollo de modelos de intervención, epidemiología conductual y educación para la salud, que contribuyan científica y tecnológicamente en las acciones en torno a los principales retos en materia de salud del país.

Siendo importante rescatar que las aportaciones en nuestro país en este campo aplicado de la psicología, se consolidan con la creación en 1998 de la residencia en Medicina Conductual en el Programa de Posgrado de la UNAM, en donde la FES Iztacala se ha caracterizado como una de sus sedes formativas de calidad y prestigio; apuntando la enseñanza teórico-práctica en un enfoque cognitivo-conductual (lo que implica no realizar especulaciones y utilizar una metodología científica tanto en fases de evaluación, intervención, seguimiento e investigación), y nutriendo los pilares práctica-investigación-docencia desde el contexto hospitalario. Se establece desde entonces, que el diseño y desarrollo de programas de intervención para el manejo de poblaciones con enfermedades crónico degenerativas, será una labor interdisciplinar y de interés particular en estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el ámbito hospitalario, partiendo del supuesto de ésta tiene creencias y manifiesta sentimientos y pensamientos ante los síntomas, el personal de salud (médicos,

enfermeras y otros) y los tratamientos médicos, además de las expectativas sobre las posibilidades de su curación o muerte y de la participación de su familia en este proceso (Reynoso, Hernández, Bravo & Anguiano, 2011).

Cubriendo con esto la gran necesidad de profesionales en la psicología que cuenten con las estrategias para hacer frente a una realidad en la que impera el desarrollo de enfermedades crónicas desde edades muy tempranas. Es alarmante la situación que en el rubro de salud se está viviendo desde hace algunos años a nivel mundial y nacional, en especial, en el cambio en la incidencia y prevalencia de afecciones infecto-contagiosas (como el cólera o el sarampión) hacia el desarrollo e incremento de enfermedades que son crónicas, costosas, complicadas e incapacitantes (como la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer y el VIH-SIDA, entre otras); de ahí el interés para que los médicos conductuales se integren a los equipos de salud y destaquen el papel de los factores psicosociales y desarrollen programas de intervención con impacto social, teórico y metodológico (Rodríguez & Jaén, 2004).

En resumen, la Medicina Conductual cuenta con modelos teóricos y estrategias de intervención nacidos en la modificación de conducta (ésta ostenta numerosos estudios y reconocimiento por su extensión, aportes y eficacia en una amplia gama de problemas clínicos), aplicadas al ámbito de la salud física y mental (Caballo, 1995). Su premisa básica es la interacción de los factores ambientales y psicológicos (ciencias sociales) con los procesos fisiológicos y bioquímicos (ciencias biomédicas), relacionados con la salud y enfermedad (Donker, 1991); su objetivo es promover y mantener la salud, detectar y tratar la enfermedad, principalmente la crónica, debido a su incesante incidencia y prevalencia y, sus graves consecuencias (incapacidad, muerte y altos costos al sector salud, entre otras) y cambios drásticos y en ocasiones irreversibles, en el estilo de vida y áreas de la vida del paciente y su familia; aunado a la importancia que se ha encontrado sostienen los factores psicológicos y sociales en la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la enfermedad (Matarazzo, 1984, como se citó en Buela & Caballo, 1991) y principalmente, en la mejora de la calidad de vida al evitar deterioros psicológicos y conductuales (Rodríguez, 2010).

1.2. Rol del psicólogo en ámbito hospitalario

Como en el resto del mundo, nos enfrentamos con numerosos retos en materia de salud, debido a la interacción de diversos factores culturales, políticos y educativos, que merman los comportamientos de salud y de riesgo de la población mexicana. Acorde a Ruelas (2004), a partir de la segunda mitad del siglo XX se observaron

algunos avances en el sistema de salud tales como: disminución en la tasa de mortalidad materno-infantil, aumento en la esperanza de vida y la extensión de cobertura en los servicios de salud, las instituciones de salud del sector público y privado han emprendido distintas acciones, pero ha sido muy problemático intentar homogeneizar dichos esfuerzos.

En este sentido Rodríguez y Zurriaga (1997, como se citó en Remor, Arranz & Ulla, 2003) arguyen que dichas instituciones (los hospitales) deben enmarcarse en un contexto socio-cultural más amplio, ya que son sitios en donde confluyen valores y creencias sobre la salud y enfermedad; aunado a su significado como un estímulo estresor por su estructura arquitectónica, olores, aparatos e instrumental médico, diseño de habitaciones, salas de espera y consultorios. Goffman (1968, como se citó en Remor et al., 2003) añade otros aspectos tales como: lidiar con la subcultura hospitalaria (valores, normas y símbolos); adaptarse a la rutina general hospitalaria (pruebas, exploraciones, horarios de comida, visita, sueño, etc.); perder el control de realización de actividades cotidianas, de la intimidad e identidad personal (pasan a ser reconocidos por un número de cama, enfermedad o condición de salud); restricción de la autonomía; ruptura de roles habituales y limitación en el uso de recursos sociales y la distorsionada relación médico-paciente (información sobre diagnóstico, pronóstico y decisiones terapéuticas sujetas a otros).

En concordancia con las dificultades ya mencionadas, la inserción del psicólogo en el ámbito hospitalario tampoco ha sido fácil, pero poco a poco va ganando terreno debido al interés en las variables psicosociales de la enfermedad física y mental, llevando a reconocer el papel de este profesional como parte fundamental del equipo de salud. Entre varias problemáticas por atender, la literatura sugiere focalizar la atención psicológica en áreas como: comunicación de malas noticias, toma de decisiones y estresores decisionales (sedación, elección de tratamientos y retirar tratamientos de soporte vital) y prevención y tratamiento del síndrome del quemado en cuidadores y personal de salud (Martínez & Pilar, como se citó en Remor et al., 2003).

1.3. Intervención psicológica en el paciente oncológico

Anteriormente se especificó que la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas va en aumento, y que una de las que ocupa los primeros lugares, es el cáncer (Guevara & De Lille, 2008, como se citó en Pérez, 2009). Hablar de cáncer es remitirnos al conjunto de más de 100 enfermedades que tienen varios factores de riesgo en común y que son el resultado de una alteración en el funcionamiento del ADN de las células normales, agotando las reservas del cuerpo y permitiendo la proliferación y crecimiento desmesurado de células dañadas que conforman una

masa tumoral que tiene la capacidad de invadir otros tejidos y órganos vecinos, irrumpir en el torrente sanguíneo, recorrer todo el organismo y hacer implantes de sí mismo, lo que se conoce como metástasis (Zárate, 2011).

Respecto a las estadísticas mundiales, la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IACR, 2012) sostiene que en ambos sexos los cánceres con mayor incidencia y mortalidad se concentran en: mama, próstata, cérvico-uterino, colon y recto, pulmón y estómago. Situación que en México, acorde a la Secretaría de Salud (Zárate, 2011), no muestra grandes diferencias en cuanto a la mortalidad en población mayor de 20 años: el cáncer de pulmón es el más popular entre ambos sexos; en las pacientes femeninas destacan los de mama (13.8%) y el cérvico-uterino (10.4%), mientras que en los hombres es próstata (16.9%), testicular y de colon; tasa que se incrementa conforme avanza la edad, principalmente a partir de los 50 años, y es más alta en la población de 80 años y más (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2013); cada hora mueren 6 personas por cáncer y otras 11 más reciben la noticia de que padecen cáncer y, cada año se diagnostican en el país 120,000 nuevos casos, de los cuales 75,000 fallecen debido a una detección tardía. Por género, hay una mayor incidencia en las mujeres con 55% y 45% de los varones. De manera que dos terceras partes de los pacientes de cáncer mueren a causa de esta enfermedad y durante su evolución, presentan diversos síntomas asociados a ésta y su tratamiento, por ello la atención integral es fundamental para evitar el sufrimiento y mejorar las condiciones de vida y muerte.

Mientras que para la población infanto-juvenil, el cáncer representa aproximadamente el 5% de todas las neoplasias malignas de los mexicanos, con un rango de edad que oscila entre los 4 y 15 años; se ha determinado que el factor causal es multifactorial con predominio de 85% de mutaciones somáticas (Rivera, 2007). Acorde al INEGI (2013), del total de defunciones por tumores malignos en el año 2011, 54.7% fue por cáncer en órganos hematopoyéticos (principalmente leucemia, las mujeres tienen mayor proporción con 56.1%), seguido de neoplasias de encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (13.5%), cáncer de hueso y cartílago articular (7.2%) y en tejido linfático y afines (7%). Por grupos de edad la tasa de mortalidad más alta comprende de 15 a 19 años (superior en los hombres); 0 a 4 años, 5 a 9 y de 10 a 14 años (hombres superan ligeramente a las mujeres).

Dichas cifras son alarmantes, sin embargo, de acuerdo al Instituto Nacional de Cancerología (INCAN, 2013) los avances científicos en los tratamientos médicos permiten la sobrevivencia a mediano y largo plazo de los pacientes, *per se* a la cronificación de la enfermedad: grado de sufrimiento, incertidumbre sobre el éxito del

tratamiento y la amenaza de muerte e impacto en la calidad de vida del enfermo (Méndez, 2007); para lo cual dicha institución especifica la necesidad de contar con algólogos (manejar el dolor), psicooncólogos (entrenar habilidades de afrontamiento) y rehabilitadores (recuperar y promover la funcionalidad del paciente en su medio habitual). No obstante, para que un tratamiento sea exitoso, se deben considerar factores individuales (reducir el tiempo que tarda la persona en acudir a la atención médica, síntomas, edad, sexo, estado inmunitario, estado psicológico, económico y estado de salud general), los propios del tumor (localización, estadio, grado de diferenciación histológica, agresividad y metástasis) y los institucionales (accesibilidad, capacitación del personal y recursos físicos y humanos). De ahí que la atención integral sea el ideal perseguido por el sistema de salud en sus distintas instancias y acciones.

Por todo ello, actualmente este padecimiento se ha convertido en un problema de salud pública; sus altos niveles de mortalidad entre la población, sin importar raza, religión, estatus social ni edad (Taylor, 2007), amén de las afectaciones y cambios obligados, drásticos e inesperados, que acuerdo a Méndez (2007) se dan en distintas áreas (personal, familiar, social, laboral y de autocuidado) tanto del paciente (depresión, dolor, suicidio, delirio, cambios físicos, distorsiones en la imagen corporal, dificultades en el funcionamiento sexual, aptitudes físicas y cognitivas disminuidas por efectos secundarios de tratamientos, procedimientos médicos invasivos que provocan alteraciones conductuales dependiendo de la edad, etapa del desarrollo y de la vida en que se encuentre el paciente), como de su entorno inmediato, como la familia (sobrecarga del cuidador, pautas de crianza, etc.). Particularmente las repercusiones psicológicas arriba enlistadas, a menudo se pasan por alto y/o no son identificadas ni tratadas adecuadamente, ya que las necesidades médicas se tornan prioritarias (Nezu, Nezu, Felgoise & Greenberg, 2010); por lo cual Hersh (1988) sostiene que es crucial la atención a esas dimensiones psicológicas y sociales.

En particular con población infanto-juvenil, la reacción de los padres y el afrontamiento de la familia no puede dejarse de lado, ya que genera la posibilidad de expresión y manejo de emociones, y aprendizaje de habilidades de solución de problemas y toma de decisiones; Méndez (2005) refiere que los padres funcionan como una especie de filtro o modelos que elaboran las experiencias dificultando o ayudando a este proceso adaptativo. De igual manera, la comunicación y relación médico-paciente será crucial para favorecer la adherencia terapéutica y el proceso de adaptación en el infante/adolescente y su familia (Méndez, 2007).

Para cubrir esas necesidades Borda, Pérez y Blanco (2000) y Font (2003) refieren que las técnicas derivadas de la modificación de conducta han resultado efectivas en el tratamiento de los problemas asociados a la patología oncológica, específicamente a los derivados de los tratamientos médicos como náuseas y vómitos anticipatorios, dolor y miedo ante procedimientos médicos. Adicionalmente, Amigo (2012) afirma la existencia de intervenciones psicológicas orientadas a mejorar la comunicación sobre la enfermedad, tratamiento y efectos secundarios, reducir malestares físicos, y enseñar al paciente y su familia al manejo de la enfermedad; inclusive se ha demostrado que específicamente la terapia cognitivo-conductual, tiene efectos benéficos sobre indicadores de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, tales como: depresión, ansiedad, insomnio, disfunción cognitiva, fatiga y manejo de la obesidad y el sobrepeso (Galindo et al., 2013).

Es por ello que Méndez (2007) refiere que la Psicooncología emerge como una disciplina interdisciplinaria en el área de la oncología médica para dar respuesta a los distintos retos psicosociales que plantea la atención al paciente oncológico tanto pediátrico como adulto, esto es, facilitar en todo momento el proceso de adaptación a la enfermedad, pudiendo vincularse desde la Medicina Conductual; teniendo como ejes principales los aspectos psicosociales (respuestas psicológicas de los pacientes y sus familiares en las diferentes fases de la enfermedad) y los psicobiológicos (factores psicológicos, conductuales y sociales que pueden intervenir en la génesis y evolución de la enfermedad). Die Trill (2002, como se citó en Remor et al., 2003) coincide en que la figura del psicooncólogo es parte obligada del equipo oncológico y sus funciones se centrarán en las modalidades de prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Atendiendo a esos aspectos, Borda et al. (2000) y Amigo (2012) refieren que es elemental tomar en cuenta la fase de la enfermedad (pre-diagnóstico, diagnóstico, tratamiento, recaída/recidiva, intervalo libre, terminal y remisión), ya que cada una guarda particularidades que guiarán los objetivos y estrategias a implementar. Por tanto, la enfermedad no es un simple problema físico, sino una cuestión que compromete las emociones y la conducta de manera muy particular durante dichas fases; por ello la atención psicológica es una acción imprescindible y continua.

Bajo el enfoque de la residencia, como ya se puntualizó anteriormente, los aportes desde la Medicina Conductual a la atención al paciente oncológico, hoy en día son bastos y con tendencia hacia el desarrollo de investigación especializada y de frontera, e intervenciones basadas en evidencia que enfatizan los efectos sobre las

variables psicosociales y por supuesto, que garanticen su efectividad (Faul & Jacobsen, 2012).

Bajo este tenor se sitúan las generalidades de la intervención del residente en Medicina Conductual, que consistieron en hacer contacto con paciente y familiar o cuidador, y detectar los aspectos a trabajar; la atención diaria se priorizó de la siguiente forma:

- Petición del médico adscrito o residente
- Solicitud del personal de enfermería o trabajo social
- Observación clínica durante el pase y visitas de psicología
- Solicitud directa del paciente o familiar/cuidador

En resumidas líneas, el proceso de atención de pacientes contempló:

- Presentación del residente y explicación de la función del psicólogo en el hospital
- Evaluación del paciente por medio de entrevista y/o pruebas psicométricas
- En función de aspectos como los días de hospitalización, resultados de la evaluación y necesidades de paciente/familia, se elabora un plan de intervención y se le da a conocer al paciente y su cuidador, para lo cual se utilizan como herramientas distintos formatos para recabar información sobre la sesión (ver Apéndices 1 y 2) y materiales psicoeducativos elaborados para cada caso (esquemas, videos, presentaciones, etc.).
- Realización diaria de notas de primera vez, subsecuentes, informativas o de resumen en expediente médico del paciente. Así como del llenado de la productividad interna y externa.

Lo anterior acota las actividades diarias de índole asistencial, no obstante, la investigación no se dejó de lado y a través de la aprobación por parte del Departamento de Enseñanza y la Comisión de Bioética del HJM se llevó a cabo un proyecto de intervención, mismo que a continuación se presenta, seguido del reporte de actividades con pacientes oncológicos, como parte del rol que el médico conductual realiza en nosocomios.

Capítulo 2. Intervención cognitivo-conductual en cuidadores informales primarios de pacientes oncológicos en tratamiento paliativo

2.1. Antecedentes

El cáncer es responsable de las principales causas de muerte en todo el mundo, situación que requiere de un abordaje multi e interdisciplinar complejo, en donde los aspectos psicosociales sean ejes clave. Como enfermedad crónica constituye una experiencia de cambios drásticos y constantes que impactan directa e indirectamente en la vida del enfermo y su familia.

Este hecho lleva a replantear que el cuidador ideal debería ser la persona (familiar o allegado) que posee una condición favorable para asumir esta responsabilidad, que cuenta con disposición para atenderlo y con la facultad de proporcionar seguridad y bienestar emocional al paciente, y que mantiene un vínculo afectivo y capacidad para transmitir la información e indicaciones del equipo médico; dichas cualidades podrían corresponder con la figura del cuidador formal, ya que éste a diferencia del informal, cuenta con capacitación, un salario y puede que forme parte del equipo de salud; pese a ello, los cuidadores informales de la vida real no cumplen con todas ellas, ya que la mayoría de las veces asumen ese rol por factores culturales y familiares, de género (mujeres) o parentesco (cónyuge o hijo), respectivamente (Caqueo et al., 2013); por su parte, Romer (2005, como se citó en Pérez, 2009) afirma que el cuidador primario es la persona que obtiene voluntaria e involuntariamente el rol de tomar decisiones y cubrir las necesidades básicas del enfermo, ya sea de forma directa llevando a cabo las tareas de ayuda, o indirecta, determinando quién, cuándo, cómo y dónde se tienen que dar esas tareas. Por lo tanto, la presencia y funciones del cuidador serán determinantes en el hospital, pero con mayor impacto en el hogar (Sánchez, 2008).

En concordancia con esas características del cuidador, en estudios en población mexicana no se han encontrado diferencias con respecto a otros países, inclusive, Ramos (2008, como se citó en Rojas, 2011) denomina como perfil del cuidador al conjunto de características demográficas, sociales, culturales y psicológicas, que abarcan edad, género, nivel educativo, promedio de horas diarias dedicadas al cuidado, horas de recreación, parentesco, ocupación, enfermedad y síntomas presentados por paciente. Perfil que comprende variables determinantes para el proceso de cuidado y de sobrecarga, entre las más frecuentes se han encontrado: rango de edad 16 a 60 años, pertenecen al sexo femenino, con educación primaria,

casadas, amas de casa, viven en el mismo domicilio que el enfermo, ya que son hijas o esposas, no cuentan con apoyo externo y dedican la mayor parte de su tiempo a esta labor (Alpuche, 2008, como se citó en Rojas, 2011).

Aunado a estas variables, Astudillo (2008, como se citó en Barrón & Alvarado, 2009) refiere que cuando una sola persona es la que se ocupa de las necesidades y demandas de éste, puede dar origen al síndrome del cuidador primario, el cual está relacionado directamente con la sobrecarga que a nivel físico y emocional pueden padecer (Lacasta & Soler, 2006). Espinoza y Jofre (2012) establecen que las condiciones en que se desarrollan las actividades diarias del cuidador informal lo hacen vulnerable desde el punto de vista sanitario y establecen que la sobrecarga es un fenómeno multifactorial que comprende un conjunto de problemas físicos, económicos, mentales y socioeconómicos que afectan actividades de ocio, empleo, relaciones sociales, intimidad, libertad y equilibrio emocional del cuidador. Por su parte, Zarit y Zarit (1983, como se citó en Pérez, 2009) denominan a ese desgaste o sobrecarga como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y los cambios en diversos aspectos de la vida del cuidador, causando un deterioro en las funciones de cuidado y en el funcionamiento familiar y bienestar del paciente, al no encontrarse en condiciones de ofrecer un adecuado apoyo emocional e instrumental (Borda, Pérez & Blanco, 2000); reflejándose todo ello a través de indicadores de estrés y síntomas de depresión y ansiedad, insomnio, cansancio, irritabilidad, aislamiento, problemas de memoria, somáticos y de alimentación, pérdida de motivación y creencias irracionales acerca de ser “responsables exclusivos” de sus pacientes (Nezu, Nezu, Felgorise & Greenberg, 2012). Así como problemas en la comunicación cuidador-paciente, englobados de acuerdo a Northouse (2012) en cuatro categorías: 1) poseen diferentes estilos de comunicación o preferencias; 2) ocultan sus sentimientos el uno del otro; 3) evitan la discusión de temas sensibles como la progresión del cáncer, los problemas al final de su vida y la necesidad de cuidados paliativos; 4) resurgen conflictos pasados que interfieren con la capacidad de la familia para hacer frente al cáncer.

Esas repercusiones han sido estudiadas y documentadas desde hace algunos años, por ejemplo, Barzelloni, Mogavero, Carnicelli y Crivaro (2012) realizaron un estudio prospectivo con el objetivo de evaluar la relación de la percepción de fatiga y depresión en cuidadores, oncólogos y pacientes (cáncer de pulmón, mama y colon, en quimioterapia oral o intravenosa); encontrando que los cuidadores tienen niveles altos de fatiga y depresión relacionada al estadio de la enfermedad y el modo de

administración del tratamiento, por lo que es necesario proveer a los cuidadores atención psicológica y programas de prevención de dicha sintomatología.

Mientras que Grov, Dahl, Moum y Fossa (2005) examinaron la ansiedad, depresión y calidad de vida en cuidadores, 49 mujeres de pacientes con cáncer de mama y 47 hombres de pacientes con cáncer de próstata, ambos en fase paliativa; utilizaron los instrumentos SF-36 y HADS. Obtuvieron diferencias contra la norma de edad, ambos sexos tuvieron significativamente más ansiedad y depresión que las muestras normativas, aunado a una disminución en su calidad de vida. Concluyen que el personal de salud en contacto con los cuidadores debe estar alerta a cualquier alteración registrada en el cuidador y en caso de detectar alguna, canalizarlo inmediatamente con el especialista más oportuno.

Empero, cuando el paciente es diagnosticado en fase terminal, esto es, cuando la enfermedad ha avanzado, es irreversible y ya no responde a los tratamientos médicos curativos, se acompaña de un malestar general que afecta la esfera biológica, psicológica y social del paciente y los miembros de su familia inmediata (Caqueo, Segovia, Urrutia, Miranda & Navarro, 2013). En esta condición de enfermedad los pacientes requieren de tratamientos paliativos, los cuales se rigen por estándares de la OMS (2007, como se citó en Álvarez, 2001) respecto a los cuidados paliativos, que se definen como la atención integral y directa brindada a aquellas personas con enfermedad avanzada que no responden a un tratamiento curativo, en la cual la comunicación, el apoyo psicosocial y el control de síntomas, en particular el dolor, constituyen la base de su manejo, con el objetivo de promover el reajuste del paciente y su familia a esta condición para evitar el sufrimiento y alcanzar una calidad de vida adecuada (Allende, Flores & Castañeda, 2000).

Desafortunadamente es en este estadio cuando los pacientes o receptores de cuidado, presentan mayores dificultades en su desempeño diario y deterioro de sus capacidades y habilidades cognitivas y motoras, por lo cual la figura de una persona que lo cuide se hace imprescindible (Caqueo et al., 2013). A este respecto Northouse (2012) afirma que el binomio paciente-cuidador se sostiene de una relación interdependiente que invariablemente tiene repercusiones en lo emocional, físico, social y espiritual, en menoscabo del bienestar del segundo y que lamentablemente, no son objeto de atención por parte del personal de salud de primer contacto.

Por ende, las variables del cuidador y paciente serán determinantes en este proceso; por parte del primero se contemplan: estrategias de afrontamiento, historia de cuidado, estado de salud, frecuencia, tiempo dedicado y tipo de actividades de

cuidado; y del segundo: grado de discapacidad y dependencia, intensidad y frecuencia de sintomatología física, disminución cognitiva-motora; socio-familiares: roles y responsabilidades familiares, cantidad y calidad de la red de apoyo (Bee, Barnes & Luker, 2009); sobre este último punto, Burns, Abernethy, Grande y Currow (2013) subrayan la importancia de la asistencia en el hogar proporcionada por otros miembros de la familia y amigos del paciente al final de la vida; concluyendo que esta red de apoyo es invisible para el equipo de salud, y por ello sugieren crear formas específicas de identificación.

En este sentido, Almanza y Holland (2000) y Durán e Ibañez (2000) pugnan por intervenciones psicosociales basadas en la evidencia que integren a los cuidadores; ya que Alvarado (2010) menciona que el cuidador con el tiempo y entrenamiento, puede adquirir o mejorar habilidades y destrezas que le permiten desarrollar su rol con menos dificultad y daño físico y emocional; asimismo permitirle ejercer positivamente su rol si se le brinda soporte, acepta relevos, tiene tiempo para sí mismo, procura seguir con su vida normal y mantiene una relación activa y positiva con su círculo social; para ello se deben identificar cuáles son sus necesidades, conocer qué piensan, cómo se cuidan y de qué forma se les puede atender por parte del sector salud (Caqueo et al., 2013).

En resumen, Austrich (2006, como se citó en Rojas, 2011) delinea que el tratamiento psicológico en esta población podrá cubrir las siguientes acciones: a) eliminar y/o prevenir trastornos psicológicos; b) desarrollar habilidades para controlar sus emociones, ser asertivos, comunicarse adecuadamente con su paciente y a establecer relaciones con otros cuidadores; c) auxiliar a afrontar la muerte de su paciente, informarles sobre la enfermedad y cuidados de su paciente y principalmente, promover su propio autocuidado (Islas, Ramos, Aguilar & García, 2006).

A continuación se acotarán dentro de la literatura nacional e internacional los estudios que abordan intervenciones psicológicas dirigidas específicamente a los cuidadores con pacientes en etapa paliativa, dando cuenta de la poca investigación con población de cuidadores que atiendan a un paciente oncológico adulto en etapa paliativa, ya que la mayoría se concentran en enfermos geriátricos con problemas de demencia senil, Alzheimer o esquizofrenia e incluso población oncológica pediátrica. A pesar de ello, citaré algunos estudios que han permitido dar cuenta de las repercusiones ya mencionadas en cuidadores de pacientes oncológicos, sobre calidad de vida, sintomatología depresiva/ansiosa, sobrecarga y conductas de autocuidado, y en particular, de las intervenciones que emplean la solución de problemas y el entrenamiento asertivo para prevenirlas y/o tratarlas.

Al comenzar a estudiar estas variables no se tuvieron resultados contundentes de la efectividad terapéutica sobre el bienestar, estado de ánimo, estrés y sobrecarga, sí se determinó que el rango de necesidades es complejo y que las intervenciones debían adecuarse a las características de cada cuidador y ser multicomponentes, comprendiendo el brindar información (una comunicación de calidad se asocia a un aumento de la satisfacción y una mejor adaptación psicológica) y entrenar estrategias de afrontamiento (Hebert & Schulz, 2006).

Actualmente el número de estudios sobre intervenciones efectivas va en aumento y con énfasis en las necesidades y preferencias de los cuidadores, cuenta de ello es una revisión sistemática para determinar la eficacia de intervenciones en cuidadores con pacientes en cuidados paliativos que reunieron 33 estudios de países como E.U., Australia, Reino Unido, Canadá, Suiza, Israel, Japón y Sudáfrica (Harding, List, Epiphaniou & Jones, 2011).

Acorde a otra revisión sistemática entre 1980 y 2011, con un análisis de 49 artículos, Applebaum y Breitbart (2013) refieren que la carga multidimensional que resulta de proporcionar cuidados a un paciente con cáncer, está bien documentada y como consecuencia, un número creciente de intervenciones psicosociales se han desarrollado específicamente para ello; éstas variaban en función de la modalidad y la población de pacientes, las estrategias más utilizadas se englobaron en ocho categorías: psicoeducación, solución de problemas, terapia de apoyo, terapia de familia/parejas, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, medicina complementaria y alternativa y terapia existencial. Se otorga mayor efectividad a las técnicas aplicadas desde el enfoque cognitivo-conductual, como la psicoeducación, la solución de problemas, la relajación y reestructuración cognitiva, no obstante, más allá de las técnicas específicas y las intervenciones estructuradas, los objetivos son limitados en tiempo y se necesitan más estudios para examinar los beneficios y los retos específicos de las intervenciones en las modalidades alternativas, por ejemplo con el uso de internet.

En cuanto a ese enfoque terapéutico, Boele et al., (2013) presentan un ensayo controlado con 56 diadas cuidador-paciente (con tumor cerebral), al primer grupo se le aplicó psicoeducación y terapia cognitivo conductual, fueron seis sesiones de una hora de duración; en la línea base y cuatro veces más, llenaron cuestionarios sobre calidad de vida y percepción de control; al segundo grupo le brindaron atención psicológica convencional (psicoterapia). Concluyeron que al adquirir involuntariamente el rol de cuidador informal, se experimenta estrés y afectación negativa en aspectos

relacionados con la calidad de vida. Sin embargo, en el grupo experimental se ayudó a los cuidadores a reducir estas afectaciones y a mejorar su estado mental y dominio de su rol. Se sugiere que esta población puede beneficiarse de intervenciones psicológicas con enfoque cognitivo-conductual, ya que promueven la adquisición de conductas instrumentales y cognitivas que se mantienen con el tiempo.

Asimismo, Meyers et al., (2001) aplicaron una intervención en resolución de problemas para medir su efecto en la calidad de vida de cuidadores y sus pacientes con cáncer, encontrando que ésta disminuye a medida que progresa la enfermedad y su evaluación y/o intervención no es universalmente integrada en la práctica o la investigación clínica; comprobando que dicho entrenamiento fue efectivo en la mejora de la calidad de vida de ambas poblaciones; lo cual apoya los hallazgos sobre la relación del bienestar del cuidador con la de su paciente.

Por su parte McMillan et al., (2006) coinciden en que los cuidadores de pacientes con cáncer experimentan altos niveles de estrés y de sobrecarga y por ende, disminución en su calidad de vida, por tanto las intervenciones para mejorar las habilidades de afrontamiento de los cuidadores, han demostrado su impacto en otras enfermedades, pero no en el difícil contexto de los cuidados paliativos. Su propósito fue determinar los efectos de un entrenamiento en habilidades de afrontamiento sobre los indicadores de sobrecarga. Se logró una mejoría significativa mantenida con el tiempo (30 días después) en la calidad de vida del cuidador, síntomas de distrés psicológico y la sobrecarga por las tareas de cuidado.

Waldron, Janke, Bechtel, Ramirez y Cohen (2013) reportan una revisión sistemática de seis ensayos controlados de 1947 a 2011, que pretendía evaluar y estimar el efecto de las intervenciones psicosociales en la mejora de la calidad de vida de los cuidadores de adultos con cáncer. Los estudios con tamaños del efecto más grandes estuvieron dirigidos al entrenamiento de habilidades en solución de problemas y de comunicación, para facilitar las tareas de cuidado y mejorar la calidad de vida del cuidador. Sus resultados indican que se necesitan más investigaciones para establecer la eficacia de las intervenciones en todas las etapas de la experiencia de cuidado del enfermo de cáncer, con especial énfasis en las relaciones con el paciente y las diferencias individuales en las experiencias de los cuidadores con pacientes con distintos diagnósticos oncológicos.

En México, el estudio piloto más cercano a la presente intervención es de Rangel et al. (2013), cuyo propósito fue evaluar la eficacia de una intervención basada en la

terapia en resolución de problemas sobre la adquisición de habilidades de autocuidado, calidad de vida y sintomatología ansiosa y depresiva en cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos del Programa de Atención y Cuidados Paliativos en Oncología del Instituto Nacional de Cancerología, utilizando un diseño n=1, evaluación pre-post con los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, WHOQol Bref y cuestionario de conductas de autocuidado diseñado exprofeso. Se identificaron mejorías clínicamente significativas en sintomatología ansiosa, más no en depresiva, un incremento en calidad de vida así como en las conductas de autocuidado. Deduciendo que la terapia en solución de problemas es una herramienta útil que permite al cuidador afrontar problemáticas derivadas de sus actividades de cuidado. Hallazgos que permiten contar con intervenciones dirigidas a la prevención y atención de problemas de salud en esta población altamente vulnerable a desarrollar patologías físicas y/o mentales.

Respecto a intervenciones para otorgar orientación e información a los cuidadores, Candy, Jones, Drake, Leurent y Michael (2011) refieren que proporcionar atención a un enfermo al final de su vida puede ser sumamente estresante, tanto mental como físicamente, por lo que se deben desarrollar estrategias de apoyo que pueden incluir asesoramiento sobre el cuidado y apoyo práctico. Esta revisión sistemática, analizó las necesidades prácticas y de información de los cuidadores de enfermos paliativos en el hogar. Incluyó 11 ensayos clínicos aleatorizados, con 1836 cuidadores en total. Los ensayos generalmente evaluaron una intervención que proporcionó apoyo emocional y asesoramiento sobre el afrontamiento. Los ensayos compararon a individuos que recibieron la intervención con los que no la recibieron, evaluando la mejoría en el bienestar general del cuidador. Hubo pocas evaluaciones del impacto de las intervenciones sobre la salud física. No hubo evaluaciones sobre si las intervenciones indirectas los ayudaron a afrontar su función de cuidadores, mejoraron la calidad de vida, aumentaron o disminuyeron su uso de los servicios sanitarios, o presentaron daños potenciales. Por lo que concluyen que la asistencia a los cuidadores informales debe enfocarse a que adquieran habilidades prácticas, lo que implica por parte de los profesionales de la salud, llevar a cabo intervenciones educativas que impacten en la confianza de los cuidadores sobre su capacidad para llevar a cabo por ejemplo, los aspectos prácticos de la atención domiciliaria.

De la misma forma, Docherty et al., (2008) coinciden con los autores anteriores y en una revisión sistemática de 34 estudios de ocho diferentes países, respecto a la importancia de la comunicación entre cuidador-paciente y personal de salud, la evidencia más fuerte fue en relación al manejo del dolor, debido a las deficiencias en

el conocimiento de su manejo farmacológico y psicológico por parte del cuidador, mientras que en bienestar y apoyo social la evidencia era más débil. En general, la evidencia era predominantemente descriptiva y dominada por estudios a pequeña escala, lo que limita su generalización. Se enfatiza que debe cuidarse la comprensión que los cuidadores tienen sobre los conocimientos y necesidades de información que se requieren para el manejo de su paciente.

Basado en esta revisión de la literatura se refrenda la indiscutible importancia que tiene fomentar conductas de autocuidado/salud en los cuidadores primarios para disminuir la incidencia y agravamiento del síndrome de desgaste u otro trastorno psicológico, diseñando intervenciones cognitivo-conductuales que rescaten su rigor metodológico (identificación de variables, sistematizar procedimientos, etc.) y que permitan estudiar su impacto sobre indicadores de bienestar, estado de salud y estrategias de afrontamiento en los cuidadores y sus pacientes. No obstante, la mayoría de los estudios revisados recalcan el entrenamiento a los cuidadores desde el enfoque de la atención al paciente, es decir, de mejorar sus habilidades y aprendizajes hacia el cuidado de su paciente, esto incluye: manejo de la sintomatología física como fatiga, falta de apetito, ulceraciones, vómito, estreñimiento, etc., inclusive se han protocolizado con todo detalle (incluyen recomendaciones, ilustraciones, procesos); y muy pocas veces, se ha explorado en la experiencia de cuidado, lo que contribuye a que el cuidador pase desapercibido y no se le cuestiona si está cansado, fastidiado, triste, estresado, nervioso, preocupado, si ya comió, durmió, se bañó, o si le gustaría ir a caminar, o hacer una actividad de su agrado; lo cual aumenta la probabilidad de desarrollar sobrecarga y que pasen dos cosas: primera, que maltrate al paciente y segunda, que lo abandone.

Por ende, el impacto de este protocolo en el conocimiento actual del tema, enriquece el aspecto social, metodológico, clínico y práctico de la labor asistencial y de investigación que el residente en Medicina Conductual desarrolla con el contexto hospitalario, ya que al fundamentar las distintas intervenciones basadas en evidencia, realizadas en población con padecimientos crónicos (ya sean grupales o individuales, en nivel primario, secundario y terciario de atención), permite dar solidez y significancia a los resultados, producto de dichas intervenciones. Específicamente, en el área de Oncología (especialidad que tiene un alta demanda y que a mediano y largo plazo se prevé su incremento), da pauta a llevar a cabo intervenciones en la población de cuidadores a cargo de un paciente con cáncer y, con ello obtener mejores indicadores para dirigir intervenciones estructuradas, integrales, efectivas y culturalmente relevantes.

2.2. Objetivos e Hipótesis

Objetivo general.

Evaluar el efecto de dos intervenciones psicológicas en la disminución del nivel de sobrecarga y el incremento de conductas saludables en cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos en tratamiento paliativo.

Objetivos específicos.

- a) Implementar actividades psicoeducativas para brindar información a los participantes sobre cáncer, cuidados paliativos y desgaste del cuidador, así como de cada entrenamiento, según sea el caso.
- b) Entrenar a los participantes en estrategias instrumentales y cognitivas en solución de problemas y entrenamiento asertivo, según sea el caso.
- c) Establecer si la psicoeducación y el entrenamiento del cuidador en solución de problemas o asertividad, se relaciona con la disminución del desgaste, síntomas de ansiedad y depresión y con el incremento de conductas saludables.
- d) Describir los efectos de la intervención de cada paciente

Hipótesis.

La intervención psicológica en psicoeducación más solución de problemas y psicoeducación más asertividad, tendrá un efecto en la disminución del nivel de sobrecarga e incremento en las conductas saludables.

2.3. Método

2.3.1. Participantes.

Se identificaron participantes voluntarios y se incluyeron aquellas diez cuidadoras de pacientes oncológicos del HJM que aceptaron participar; dos de ellas se refirieron al servicio de Psicooncología y Psiquiatría, respetivamente, debido a petición de la atención inmediata y problemática psicológica detectada, las ocho restantes fueron evaluadas y cumplieron criterios de inclusión. En la Tabla 1 se muestran sus

características sociodemográficas, mismas que son muy similares, cabe destacar que adoptaron su rol de cuidadoras por cuestiones afectivas y de parentesco a partir del diagnóstico oncológico, éstos correspondían a cáncer de mama (4), colon (2), testículo (1) y próstata (1), además dedicaban en promedio 18 horas y cinco días a la semana a las labores de cuidado.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes

Variable	Frecuencia / Media
Sexo	
Mujeres	8
Edad	
Mínimo 18	Media: 34
Ocupación	
Hogar	5
Estudiante	2
Ventas	1
Escolaridad	
Preparatoria/Carrera Comercial	4
Secundaria	2
Primaria	1
Licenciatura	1
Parentesco	
Cónyuge	2
Hija	4
Hermana	1
Madre	1
Días de la semana cuidadora	
Siete	7
Cuatro	1
Horas dedicadas cuidadora	
24 horas	5
9 horas	2
20 horas	1
Tiempo cuidando	
1 año	3
1 año 6 meses	2
4 a 6 meses	3

De esas ocho, sólo dos concluyeron todas las fases; en seguida se presentan las principales razones de abandono de las cuidadoras restantes, cabe señalar que dos de ellas ya se encontraban en fase de intervención (ver Tabla 2).

Tabla 2. Motivos de abandono de las participantes

Participantes	
P1	Dificultad económica para asistir a sesiones por cambio de indicaciones médicas.
P2	Médicos indicaron que paciente no era paliativo y cuidadora dejó de llevarlo al hospital.
P3 y 7	Fallecimiento de paciente
P 5	No proporcionó motivos y ya no se le pudo contactar
P8	Deterioro de paciente por progresión de la enfermedad.

Criterios de inclusión.

- Ser cuidador principal de un paciente diagnosticado en etapa paliativa (estadio clínico IV) que asistiera al hospital por tratamiento paliativo.
- Aceptar participar en el estudio y firmar consentimiento informado
- Concluir llenado de instrumentos

Criterios de exclusión.

- Que el paciente se encontrara en fase terminal (deterioro físico significativo teniendo pronóstico de días u horas).
- Que el cuidador estuviera participando en otro proyecto de intervención o asistiendo a terapia psicológica o tuviera indicadores de algún trastorno psicológico o psiquiátrico que demandara su atención inmediata.

Criterios de eliminación.

- Abandono del proyecto en cualquiera de sus fases
- Fallecimiento del paciente en cualquier fase del proyecto

2.3.2. Diseño.

Se empleó un diseño cuasi-experimental N=1 de tipo AB, llevando a cabo la medición de las variables durante el tiempo de línea base y tratamiento.

2.3.3. Escenario.

Se llevó a cabo en las instalaciones del servicio de Oncología del HJM, tanto en primer piso en área de hospitalización (utilizando un escritorio al final del pabellón) como en área de consulta externa-urgencias (sitio en donde se encuentran ubicados dos consultorios para Psicooncología).

2.3.4. Materiales.

a. Guías de trabajo (ver Anexo 1 y Apéndice 3), la correspondiente al entrenamiento en solución de problemas fue elaborada por Rangel (2013, en prensa) para cuidadores de pacientes con cáncer, mientras que la de entrenamiento asertivo fue elaborada “*ex profeso*” para esta investigación; ambas tuvieron el propósito de apoyar en la comprensión de los pasos de cada entrenamiento:

-Conceptos básicos de la técnica, descripción de cada paso y ejercicios resueltos y/o propuestos por el cuidador).

b. Presentaciones para sesiones de intervención (ver en Apéndice 4 las portadas). Diseñadas “*ex profeso*” en formato Power Point para proporcionar a los participantes apoyo audiovisual de cada una de las sesiones, su contenido se basó en:

-Información sobre cáncer, cuidados paliativos y cuidador primario

-Relación de la tarea de cuidar con el bienestar y la resolución de problemas/comunicación asertiva.

-Descripción de las características de cada paso del entrenamiento

c. Trípticos informativos (ver Apéndice 5 al 9). Diseñados “*ex profeso*” con el objetivo de resumir los elementos más importantes de la sesión de psicoeducación (uno por cada tema: cáncer, cuidados paliativos y cuidador primario) y de cada entrenamiento (uno para solución de problemas y otro para comunicación asertiva).

d. Cuestionario de evaluación para sesión de psicoeducación (ver Apéndice 10). Elaborado para verificar antes y después de la presentación y explicación del terapeuta, los conocimientos teóricos adquiridos por los cuidadores sobre los temas

tratados.

e. Bitácora clínica para sesiones de protocolo de intervención (ver Apéndice 11).

Retomada de la experiencia en el área clínica, cuya utilidad fue para registrar lo acontecido en cada sesión (objetivo, actividades desarrolladas, técnicas psicológicas empleadas, dificultades cognitivas o instrumentales que interfirieran con la sesión, tareas y próxima cita).

2.3.5. Variables.

VD. Sobrecarga del cuidador.

-Definición conceptual. Desgaste objetivo que se refiere al costo observable y tangible sobre el cuidador (cambios en diversos aspectos de su vida) como resultado de atender a un enfermo y, subjetivo, que se centra en el impacto emocional de los cuidados y refleja tanto la emoción en el cuidador al cumplir con sus funciones y los recursos para hacer frente a estas situaciones (Zarit y Zarit, 1983, como se citó en Pérez, 2009).

-Definición operacional. A mayor puntuación obtenida en la escala de Zarit, mayor nivel de sobrecarga presentará el participante.

VD. Conductas de salud

-Definición conceptual. Aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad (Oblitas, 2008). Esfuerzos de las personas por reducir sus patógenos conductuales y practicar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales (Matarazzo, 1984, como se citó en Oblitas, 2010).

-Definición operacional. Conductas que los cuidadores llevan a cabo para mejorar su salud física y psicológica (por ejemplo realizar actividad física, mantener contacto social, arreglo personal, etc.), medidas a través de un registro conductual “Diario del Cuidador”, para contabilizar la frecuencia con que se realizan éstas.

VI. Técnicas de intervención.

Psicoeducación.

-Definición conceptual. Consiste en proporcionar información sobre algún tema en particular; se utiliza cuando la falta de información hace que una persona no lleve a cabo determinada (s) conducta (s) o no actúe adecuadamente en determinada (s) situación (es) (Gavino, 2006).

-Definición operacional. El participante debe responder correctamente a cinco de seis preguntas del cuestionario elaborado para abordar los temas sobre cáncer, cuidador primario y cuidados paliativos.

Entrenamiento en solución de problemas.

-Definición conceptual. Proceso cognitivo y conductual en el cual una persona identifica o descubre soluciones efectivas a problemas específicos de la vida cotidiana (D´Zurrilla & Nezu, 1999, p.10, como se citó en Meijers, 2010).

-Definición operacional. Se medirá a través del Inventario de Resolución de Conflictos de Heppener y Petersen (1982, como se citó en Valladares & Rentería, 2011); así como el correcto llenado del Manual de Solución de Problemas para Cuidadores de Pacientes con Cáncer (Rangel, 2013, en prensa).

Entrenamiento asertivo.

-Definición conceptual. Intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades conductuales a un individuo, con la intención de mejorar su competencia interpersonal en situaciones sociales específicas (Caballo, 2005). Enfatiza la autoexpresión de conductas socialmente aceptables para que el individuo se sienta seguro y cómodo tanto consigo mismo como con los demás (Bishop, 2000; Caballo, 1995).

-Definición operacional. Se medirá a través de 10 componentes del Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social de Caballo (2005), para evaluar la adecuación de 21 elementos moleculares manifestados por un sujeto durante una interacción social simulada o real; de éstos se retomaron 10 componentes no verbales

(expresión facial, mirada, postura, distancia, gestos, volumen de la voz, entonación, fluidez, velocidad y claridad) y uno verbal (atención personal), de los cuales el participante debería cubrir la mayor cantidad en rubros adecuados.

2.3.6. Instrumentos.

a. Entrevista psicosocial inicial del cuidador y su paciente. Formato de entrevista semiestructurada creada “*ex profeso*” para obtener información sociodemográfica de las participantes y sus pacientes (ver Apéndice 12).

b. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Consta de 21 reactivos, los cuales evalúan los síntomas más comunes de ansiedad experimentados durante la última semana. Traducido y adaptado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), escala válida y confiable para evaluar sintomatología de ansiedad en situaciones experimentales y clínicas tanto en población psiquiátrica como normal (ver Anexo 2).

c. Inventario de Depresión de Beck (BDI). Consta de 21 reactivos con respuestas tipo Likert de cuatro opciones, adaptado para población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998), evalúa el nivel de depresión en tres factores: actitudes negativas hacia sí mismos, deterioro del rendimiento y alteraciones somáticas, tanto en muestras clínicas y no clínicas (ver Anexo 3).

d. Escala de sobrecarga Zarit. Compuesta de 22 afirmaciones con cinco opciones de respuesta para indicar la frecuencia con que se experimenta cada una, con lo cual se cuantifica el grado de sobrecarga (Zarit, Reever & Bach, 1980; Álvarez, González & Muñoz, 2008); explora las áreas: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos (ver Anexo 4).

e. Escala de Salud 5Q-5D-5L. Consta de cinco afirmaciones que comprenden cinco dimensiones: movilidad, cuidado propio, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada una con cinco niveles de clasificación acorde a la percepción del problema (ausencia, ligeros, moderados, severos y extremos) y, una escala visual análoga como indicador cuantitativo, ya que el participante debe puntuar en una escala de 0 a 100 cómo califica su estado de salud (Rabin, Oemar, Oppe, Janssen & Herdman, 2011); en general evalúa aspectos de la calidad de vida de la persona (ver Anexo 5).

f. Diario del Cuidador. Se diseñó un registro integrado de 55 afirmaciones clasificadas en siete áreas que Espinoza y Jofre (2012) mencionan como áreas en las que el cuidador tiene cambios: sentimientos y malestares, social, pareja,

comunicación con paciente, comunicación con personal de salud, economía y cuidado personal; aunado a la exploración que se realizó sobre las principales dificultades que presentan los cuidadores del servicio de Oncología del HJM; formato de respuesta dicotómico si/no, para llenar diariamente; ésta se piloteó con cuidadores de oncología para conocer la comprensión y opinión sobre su contenido y diseño, sin embargo no siguió un proceso de construcción y validación riguroso (ver Apéndice 13).

g. Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS). Evalúa la adecuación de 21 elementos moleculares manifestados por un sujeto durante una interacción social simulada o real (ver Anexo 6).

h. Inventario de Resolución de Conflictos (IRC). Se compone de 35 afirmaciones con cuatro opciones de respuesta (completamente de acuerdo, moderadamente de acuerdo, moderadamente en desacuerdo y completamente en desacuerdo), diseñado para conocer cómo reacciona normalmente la gente ante los problemas en sus interacciones diarias (ver Anexo 7).

2.3.7. Procedimiento.

- 1. Construcción de materiales:** piloteo y revisión de materiales psicoeducativos y formatos de trabajo: presentaciones, registros, guías de trabajo y cartas descriptivas (ver Apéndices 14 al 16) para sesiones de intervención.
- 2. Reclutamiento:** Se identificó a las participantes mientras sus pacientes se encontraban en el área de hospitalización o en espera de entrar a consulta externa; la invitación consistió en explicarles las características de la intervención y quien decidió participar firmó el consentimiento informado (ver Apéndice 17).
- 3. Evaluación inicial:** Se realizó la entrevista inicial cuya finalidad era recabar datos sobre el paciente y cuidador y el llenado de los instrumentos de evaluación (BDI, BAI, Zarit y Escala de Salud), la duración osciló entre 30 y 60 minutos. Una vez concluida dicha evaluación y acorde a los criterios de inclusión, se les pidió firmar el consentimiento informado, se les explicó el llenado del registro "Diario del Cuidador" (primeros cinco días, datos de línea base) y se acordó la fecha de la próxima sesión; inicialmente se planeó un diseño de grupos, por lo cual las participantes fueron asignadas al azar a una de las dos condiciones de intervención planificadas (psicoeducación más entrenamiento en solución de

problemas / psicoeducación más entrenamiento asertivo).

4. **Intervención:** El entrenamiento conformado de seis sesiones se llevó a cabo de forma individual, en sesiones semanales o quincenales con duración promedio de dos horas. En cada sesión se pidió la entrega del registro “Diario del Cuidador” y se comentaban brevemente situaciones, dudas o problemáticas acontecidas en los días previos a ésta, seguido del encuadre de la misma (objetivo y contenido); se trabajó con una presentación en formato Power Point y una guía de ejercicios para realizar en la sesión (éstos representaban los criterios de cambio). Al finalizar, se realizaba un repaso de los contenidos más importantes acorde al paso trabajado y un cierre que abordaba aprendizajes logrados, dudas, indicaciones y entrega de nuevo registro “Diario del cuidador”.

En resumen, el orden de las sesiones fue el siguiente:

-Sesión 1. Psicoeducación respecto a cáncer, cuidados paliativos y cuidador primario, aplicación de cuestionario antes y después, y entrega de tríptico sobre dichos temas.

-Sesión 2 a la 6. Desarrollo de cada uno de los cinco pasos que conformaron a cada entrenamiento. Se aplicó una evaluación antes y después del inicio del entrenamiento (sesión 2 y 6, IRC para solución de problemas y SECHS para asertividad); además de realizar en cada sesión ejercicios contenidos en las guías de trabajo, con el propósito de corroborar la comprensión y adquisición de la habilidad deseada y con ello dar continuidad al siguiente paso, no obstante, cada sesión se evaluaban los avances y se enfatizaba la importancia del autocuidado. En la última sesión se entregó el material de trabajo y tríptico sobre entrenamiento en general.

5. **Evaluación final.** Al término de la intervención se aplicó nuevamente la batería de instrumentos de evaluación a cada participante, se comentaron los cambios que identificaron tras la intervención, su opinión sobre la misma y sobre la aplicación de lo aprendido a otros aspectos de su vida.
6. **Análisis de datos y organización del reporte de intervención.** Se realizó el análisis descriptivo de los resultados obtenidos por cada participante y el cálculo de prueba Wilcoxon para muestras relacionadas, para determinar significancia en los puntajes antes y después de los instrumentos aplicados; cabe resaltar

que sí se intentó realizar el cálculo de los índices descriptivos: nivel, tendencia, estabilidad y variabilidad, acorde a Chávez y Tron (2012), pero no se completaron ya que los datos recabados no fueron los adecuados.

2.4. Resultados

Se mostrarán a continuación los hallazgos de cada una de las cuidadoras enfatizando en sus problemáticas psicológicas y los cambios en éstas tras la intervención proporcionada.

Participante 1 (ingresó al proyecto el 20 de mayo y concluyó el 19 de agosto).

Variables sociodemográficas y de cuidado.

Edad 35 años, casada, de religión católica, escolaridad de secundaria, dedicada al hogar, residente del Estado de México con sus tres hijos y esposo; negó padecer alguna enfermedad y haber cuidado de alguien enfermo antes. Es hermana de la paciente, misma que vive con ella y con quien considera tener muy buena relación; lleva un año cuidándola y le dedica los siete días de la semana por más de 10 horas; sus actividades de cuidado implican alimentación, aseo personal, toma de medicamentos, citas médicas, curaciones y compañía; sus demás hermanos únicamente la apoyan enviándole dinero cada mes para los gastos del tratamiento médico. Su paciente tiene 40 años, diagnóstico de cáncer de recto en tratamiento paliativo primero con cirugía, seguido de quimioterapia y por último radioterapia (la decisión de esta modalidad fue comunicada por cuidadora en la última sesión de la intervención psicológica); es divorciada, con tres hijos (quienes radican en Veracruz), religión católica, escolaridad secundaria, desempleada y con nivel uno en la escala de funcionalidad del 0 al 4: restringida en tareas pesadas, pero capaz de realizar actividades cotidianas.

Variables psicológicas.

Durante la entrevista inicial la cuidadora refirió dudas sobre la enfermedad de su paciente, los beneficios de los tratamientos que recibe y poca comprensión sobre el término paliativo: *“no me dicen bien qué tiene y si mi hermana se va a curar con sus tratamientos, o mejor que nos digan la verdad y así ya no gastamos dinero y que se regrese a su pueblo” sic. cuidadora*; dado que la próxima sesión se explicaría el tema de cáncer y los cuidados paliativos, se procedió de la siguiente forma: se exploró la información con la que contaba y lo que le gustaría saber, con ello se le alentó a formular y escribir sobre una libreta cinco preguntas clave, las cuales debía realizar a

los médicos a cargo de su paciente en la cita médica más próxima o al buscar un momento en la consulta externa con alguno de ellos y, una vez con la información más clara y precisa, hablaría vía telefónica con sus hermanos para enterarles sobre la situación médica actual.

Por otra parte, en relación a su rol de cuidadora, señaló que su vida sí había tenido cambios y en una escala Likert los calificó como: pareja/totalmente: *“no hay comunicación ni momentos a solas”*; familia y hogar/bastante: *“no les pongo mucha atención y no pasamos momentos juntos...mis quehaceres se quedan a medias y el dinero no me alcanza”*; amistad y salud/ocasionalmente: *“no salgo con amigas siempre me siento muy cansada y agobiada, no tengo dinero ni tiempo para mí misma, no hago ejercicio y a veces tengo dificultades para dormir”*. Aunado a ello, se identificaron problemas de consumo de tabaco (en promedio 20 cigarros diarios) y cafeína (en promedio tres litros de café al día), como conductas compensatorias a la respuesta de estrés (*“sentirme cansada, desesperada e irritable la mayor parte del tiempo con todos y por todo” sic. cuidadora*) que le ocasionan esos cambios por su rol de cuidadora. En la evaluación inicial presentó nivel mínimo de depresión y moderado de ansiedad, nivel leve de sobrecarga y en calidad de vida manifestó ligeros problemas con la realización de actividades cotidianas y una calificación de 70 de 100 en el estado de salud global; en la Tabla 3 se muestran los puntajes de dichos instrumentos, obtenidos antes y después de la intervención, de los cuales se calculó prueba Wilcoxon para muestras relacionadas; obteniendo diferencias significativas en éstos después de la intervención. Cuidadora mencionó que realizaba actividades de salud como dormir al menos seis horas, aseo diario, al menos dos comidas al día y de recreación como leer y escuchar música, ocasionalmente.

Su principal problemática era que por ser cuidadora de tiempo completo tuviera que descuidarse a ella misma, a sus hijos, su esposo y sus quehaceres.

Tabla 3. Puntajes de variables medidas antes y después de la intervención

VARIABLE	PRE	POST	Z	p
Ansiedad	8	0	-2.828 ^a	.005*
Depresión	17	5	-3.464 ^a	.001**
Sobrecarga	47	12	-5.385 ^a	.000**
Calidad de Vida	11211/70	11111/90	.000	1.000

Cabe señalar que en dos ocasiones distintas, cuando la cuidadora comenzó a asistir a sus sesiones de trabajo (sesión de evaluación y psicoeducación), su paciente realizaba conductas de manipulación y exigencia como tocar la puerta varias veces tiempo antes de concluir la sesión o esperarla afuera de la puerta para tomarla del brazo y apresurarla a salir del hospital (*“ya me iba a ir, te tardaste mucho, yo tengo mucha hambre y estoy cansada” sic. paciente*), conductas similares a las que hacía en casa (*“quiero esto, cómprame lo otro, eso no me gusta de comer, estoy muy cansada” sic. paciente*), comportamientos que era reforzados por la cuidadora en una actitud de sobreprotección mantenida por pensamientos de culpa y de responsabilidad de cuidado: *“está enferma, siento feo decirle que no, debo cuidarla y darle todo lo mejor ahorita que está, yo quisiera ayudarla más, ella cuando estaba sana me ayudaba...mis hermanos me dan dinero para su tratamiento y me siento culpable por tomarlo cuando no me alcanza porque sé que les cuesta, yo no pongo nada, no quiero darles más molestias a mis hermanos, ellos también tienen sus problemas: aunque no sabría cómo decirles que necesito ayuda, más dinero, que estoy cansada” (sic. cuidadora)*; aspectos cognitivos e instrumentales que dificultaban la intervención, dado el malestar que le generaba a la cuidadora lidiar con sus múltiples actividades domésticas y de cuidado y sus propios malestares físicos y emocionales; por lo que en la segunda sesión de intervención se implementaron ejercicios de disonancia cognitiva, como estrategias distintas a las planificadas en el entrenamiento asertivo, con el objetivo de focalizar su atención en quejas actuales y en la dificultad que encontraba para comunicarlas, logrando que cuestionara la validez de sus argumentos y creencias en relación a la ayuda que ella proporciona a su paciente, a la falta de límites que no tiene con ella y, le otorgó un valor a sus labores como cuidadora y comenzó a identificar las áreas afectadas por dicho rol, condiciones que dieron cabida a la intervención en asertividad.

Dicha intervención, se dirigió a mantener las conductas de salud que ya tenía, adquirir otras, tales como: desayunar por las mañanas y salir a caminar 15 minutos todos los días y, a incrementar e incluir otras de ocio como: esparcimiento con sus hijos y esposo, ir de compras y al salón de belleza a alaciar su cabello y ponerse uñas, así como platicar con sus vecinas.

Con el transcurso de las sesiones, el primer logro fue que la cuidadora reconoció que mantenía una forma de ser con los demás de tipo pasiva, misma que estaba afectando su salud física y psicológica porque siempre dejaba de lado sus opiniones, preferencias y creencias por las de otros; manifestó objetivos de cambio en relación a reconocer sus necesidades, hacerlas saber a los demás de una forma respetuosa y

concreta, delegar actividades y llevar a cabo cosas que le otorgaran un bienestar, contrarrestando los efectos negativos de su desgaste como cuidadora.

Al finalizar la intervención ya realizaba comportamientos asertivos con su paciente y familia, logrando observar mejorías en varios aspectos de su vida, los cuales fueron reconocidos por su paciente, esposo e hijos: no saltarse el desayuno, disminuyó el consumo de tabaco y café, hacía una caminata diaria en compañía de sus hijos y su perrito, estuvo pendiente de su arreglo personal (se alació su cabello, se colocó uñas postizas y se compró unos jeans), estableció reglas de convivencia y actividades con su paciente, ésta a su vez disminuyó sus quejas y mostró más conductas cooperativas con las actividades domésticas y con su enfermedad y tratamiento; pudo invertir su tiempo en sus hijos (salían al parque o veían películas), su esposo (paseos juntos) y no perder contacto con otros familiares y amistades (llamaba a sus hermanos y asistió a dos eventos familiares).

Tras la evaluación final, se constató que disminuyeron la percepción de sobrecarga, el nivel de ansiedad, el cansancio y otros malestares físicos como el dolor de pies; su estado de salud lo puntúo en 90 de 100 y el nivel de depresión fue mínimo; los componentes no verbales en su interacción social tales como: postura, distancia, volumen de la voz, fluidez, velocidad y componente verbal de atención personal, se lograron en un rango adecuado-aceptable.

Participante 2 (ingresó al proyecto el 17 de junio y concluyó el 07 de agosto)

Variables sociodemográficas y de cuidado.

Edad 36 años, de religión evangélica, licenciada en Contaduría, ama de casa y dedicada a las ventas por catálogo, hace tres años tuvo que dejar su empleo formal cuando enfermó de cáncer de tiroides, recibió tratamiento con cirugía y radiación, actualmente se encuentra en fase de remisión; reside en el Estado de México junto con su hija de 3 años, se separó del padre de su hija hace seis meses, situación que le llevó a pedir apoyo psicológico en el hospital y así fue canalizada al programa de cuidadores (*“es algo que no puedo superar y me causa mucho malestar, me siento muy mal, necesito ayuda ya estoy desesperada” sic. cuidadora*). Es importante señalar que la endocrinóloga que la atendía por su problema de tiroides, le prescribió un antidepresivo para normalizar sus niveles hormonales y no tuvieran un impacto negativo en la regulación de sus emociones.

Su paciente es su padre con quien refiere tener buena relación, tiene 75 años, vive solo en casa propia, católico, escolaridad primaria, desempleado, residente del

Estado de México; cuenta con diagnóstico de cáncer de próstata en tratamiento paliativo con quimio y radioterapia, además padece hipertensión e incontinencia y, problemas para escuchar, ver, caminar y comer; en la escala de nivel de independencia de 1 (activo) a 4 (discapacitado) puntuó tres (paciente capaz de cuidarse de forma limitada, tiene que estar en cama o silla la mayor parte del tiempo, necesita cuidados parciales por parte de médicos y familia). Respecto a su rol de cuidador, lleva 1 año y 6 meses cuidándolo, le dedica 3 ó 4 días durante 8 horas; recibe apoyo económico de una hermana y de una tía en el cuidado de su hija; realiza tareas tales como: limpieza, toma de medicamentos, asistencia a consultas médicas y hospitalizaciones, compañía, realizar curaciones y trámites administrativos (pago de servicios). Refirió estar familiarizada con el proceso de enfermedad de su padre, conocía que se encontraba en etapa paliativa y que los cuidados paliativos son para mejorar la calidad de vida y no para curar.

Variables psicológicas.

En relación a su rol como cuidadora señaló que su vida sí ha tenido cambios y en una escala Likert los calificó como: pareja y trabajo/ totalmente: *“al cuidar a mi papá no puedo dedicarme bien a trabajar y necesito trabajar porque no me alcanza ya...el padre de mi hija ya no quiere darme la pensión y mucho menos estar conmigo, pues ni tiempo para él tenía”*; familiar (hija) y hogar/bastante: *“no tengo tiempo suficiente para estar ni jugar con mi hija, no quiero que después me reclame que la descuidé, la tengo que dejar con las hijas de mi hermana en casa de mi papá para irme al hospital”*; amigos y salud/ ocasionalmente: *“no convivo con nadie y mi salud se está deteriorando mucho, me siento muy cansada y fastidiada”*, los cuales le hacen sentirse triste, preocupada, irritable e incapaz de enfrentar sus situaciones problema, percibe insatisfacción con su vida. Reportó constantes dificultades para dormir y presencia de cansancio, no realiza ejercicio físico, pero sí lleva a cabo frecuentemente actividades de su agrado con su hija.

Su problemática inicial giró en torno a la ruptura con el padre de su hija y a la incapacidad para afrontar dicha situación, manifestó sentirse desesperada por lo que continuaba manteniendo relaciones sexuales con él y permitía en su casa las visitas a su hija; dado que el entrenamiento en solución de problemas podía orientarle para tomar la decisión de continuar con esa relación bajo las condiciones actuales o comenzar un proceso de terapia para afrontar la pérdida, se contempló como una meta secundaria; la primera se enfocó en la cuestión económica y de cuidador de su paciente (tomar la decisión sobre irse o no a vivir a casa de su padre, ya que la

distancia a casa de su padre, la asistencia constante al hospital y los cuidados que éste requiere, le ocasionan sentirse presionada e irritable).

En la evaluación inicial presentó nivel leve de ansiedad y sobrecarga y moderado de depresión, en calidad de vida manifestó ligeros problemas en las dimensiones de movilidad, realización de actividades cotidianas, dolor y ansiedad-depresión puntuando su estado de salud en 60 de 100; en la Tabla 4 se muestran los puntajes obtenidos pre y post, con cálculo de Wilcoxon se obtuvo significancia estadística en variable depresión, mostrando disminución tras al intervención.

La intervención consistió en cinco pasos del entrenamiento en solución de problemas, el cual se focalizó en mantener las conductas de salud como: hacer al menos tres comidas al día, asistencia a sus consultas de seguimiento y dormir al menos siete horas, y promover otras como: momentos de esparcimiento en actividades de su agrado, convivencia con su hija y sus amigas, plan de trabajo en la venta por catálogo y caminata tres veces a la semana. Asimismo, en las primeras sesiones la cuidadora manifestaba lenguaje verborreico y movimiento estereotipado de piernas y manos, sin embargo no interfirieron con la intervención y conforme transcurría la sesión su atención se enfocaba en el contenido y las actividades a desarrollar.

Cabe señalar que la cuidadora, con meses de antelación, había asistido a dos pláticas de un taller para cuidadores en la Clínica del Dolor del HJM, el cual no pudo concluir y sólo aprendió sobre el primer paso del entrenamiento (identificación del problema).

Tabla 4. Puntajes de variables medidas antes y después de la intervención

VARIABLES	PRE	POST	Z	p
Ansiedad	13	14	-1.000 ^b	.317
Depresión	23	10	-3.317 ^b	.001**
Sobrecarga	55	36	.000 ^b	1.000
Calidad de vida	21222/60	1122/80	.000 ^B	1.000

Posterior a la intervención actual, la cuidadora adquirió habilidades de afrontamiento activas que le permitieron identificar, definir, proponer alternativas y tomar decisiones ante problemáticas que como cuidadora mantienen y exacerbaban su

malestar psicológico y físico, ello se reflejó en una mayor percepción en la habilidad de para resolver problemas de forma efectiva medido a través del IRC (de 90 a 57); refirió obtener cambios paulatinos y mejorías deseadas: logró dar una solución efectiva a la problemática del cuidado de su padre, delegó responsabilidades con su hermana para así tener la oportunidad de organizar su negocio, mejorar su economía y dedicar tiempo para ella y su hija. Aunado al mantenimiento de conductas de salud como una alimentación a sus horas y balanceada, dormir al menos siete horas diarias y mejoría notable en su arreglo personal (maquillaje sencillo, pintado de uñas, uso de accesorios como aretes y peinetas). Con ello disminuyó la percepción de sobrecarga, su estado de salud mejoró indicando no tener problemas en movilidad y actividades cotidianas, mientras que las otras dimensiones permanecieron igual y aumento en su calificación de 80 de 100; disminuyó el nivel de depresión a leve, y ansiedad se quedó igual.

En general, ambas cuidadoras incrementaron la confianza en sí mismas, identificaron mejorías a través de las estrategias desarrolladas, disminuyeron su malestar psicológico y mantuvieron y adquirieron conductas de salud, lo que permite concluir que ambas obtuvieron beneficios de los tratamientos aplicados, dado que éstos permitieron dar solución a las problemáticas que cada cuidadora presentó como metas de la intervención, esto es, entrenar a las cuidadoras en estrategias para comunicarse asertivamente y para solucionar eficazmente problemas, son componentes valiosos a tomar en cuenta en el diseño de intervenciones para esta población.

Discusión y Conclusiones

El objetivo de la investigación se encaminó a evaluar los efectos de dos intervenciones psicológicas en la disminución del nivel de sobrecarga y el incremento de conductas saludables en los cuidadores, por lo que la efectividad de ambas se constató con las mejorías reportadas y observadas en las participantes ya citadas, sobre las variables de sobrecarga y conductas de salud, además de depresión e indicadores de calidad vida.

Se corrobora la importancia de diseñar e implementar intervenciones psicológicas encaminadas a mejorar las condiciones de los cuidadores ya que son una población altamente vulnerable a desarrollar enfermedades físicas y trastornos psicológicos, por lo cual, contrario a lo encontrado en la mayoría de los estudios revisados, no sólo se deben enfocar éstas en informar y dotar al cuidador de conocimientos y habilidades para manejar la sintomatología física del paciente, claro está que este manejo es más

necesario cuando el paciente está en una fase terminal, dadas las múltiples limitaciones motoras y cognitivas que presenta y que sí se constató que los cuidadores demandan y requieren de información sobre enfermedad y cuidados en casa del paciente, de ahí la relevancia de la psicoeducación como técnica a incluir en los programas de intervención, pero también fue motivo de interés para ellos que hubiera un servicio que se preocupara por su salud y de sus necesidades, por lo tanto, integrar y priorizar en la atención éstas para mejorar su calidad de vida, a través de la promoción y adquisición de conductas saludables que los protejan de desarrollar el llamado síndrome del cuidador, o simplemente, de poder disminuir el impacto negativo en las esferas de su vida.

Aunado a ello, se pudo destacar que tal y como se ha encontrado en estudios con población mexicana, existe un perfil del cuidador (Ramos, 2008, como se citó en Rojas, 2011; García, 2009) que incluye variables personales, familiares, culturales y sociales en relación al receptor de cuidado y la propia labor de cuidado, tales como: predominancia del sexo femenino cuyo parentesco es como cónyuge, madre e hija y que asumen el rol de cuidadoras por ese parentesco y vínculo emocional y desde edades muy tempranas como los 18 años, además, no cuentan con apoyo fiable y constante para relevos, aportación económica, cuidados del paciente en casa, acompañamiento a citas médicas y hospitalizaciones, lo que implica la responsabilidad de un enfermo para una sola persona (Alpuche, 2008, como se citó en Rojas, 2011); mismas que determinarán el grado del impacto físico y emocional sobre el cuidador.

Sin embargo, Espinoza y Jofre (2012) afirman que la sobrecarga es un fenómeno multifactorial que comprende distintas afectaciones en áreas de la vida del cuidador desde un punto de vista objetivo y subjetivo, entre las más estudiadas se encuentran la sintomatología depresiva y ansiosa e indicadores de calidad de vida; tal y como se constató en las participantes de esta intervención y en investigaciones como la de Grov, Dahl, Moum y Fossa (2005), en la que examinaron ansiedad, depresión y calidad de vida en cuidadores primarios, encontrando que tuvieron significativamente más ansiedad y depresión que las muestras normativas, aunado a una disminución en su calidad de vida. Con lo que puede determinarse sobre qué aspectos de su autocuidado existen cambios a partir de la labor de cuidado y qué aspectos de sus estrategias de afrontamiento y recursos o experiencias similares, pueden aminorar el impacto de dichas afectaciones.

A pesar de ello, la evaluación sobre éstos debería ser con mayor escrutinio para permitir una intervención psicológica sobre aspectos muy puntuales en los cuales

incidir; aunado a que aún es complicado para los cuidadores darse cuenta y querer hacer cambios, cuando emocional y psicológicamente están desgastados, esto se debe a variables culturales y del mismo sistema sanitario en donde la prioridad sigue siendo el enfermo, de ahí que la labor de difusión sobre estas afectaciones y desarrollo del síndrome sea una acción a implementar de primera instancia por los psicólogos, a través de medios audiovisuales (carteles, videos o folletos) y la creación de talleres y pláticas adecuadas a la población objetivo. Esas iniciativas deben pensarse desde los beneficios que se obtendrán en el paciente al mantener un cuidador funcional y sano física y psicológicamente.

Aunque estas afectaciones se han estudiado y existe un número creciente de intervenciones psicosociales que se enfocan en sus efectos sobre éstas (Applebaum & Breitbart, 2013), es importante que sean basadas en la evidencia (Almanza & Holland, 2000 y Durán & Ibañez, 2000); es por ello que la terapia cognitivo-conductual y sus diversas técnicas, han sido las que muestran mayor efectividad con pocas sesiones y con resultados a corto, mediano y largo plazo. Boele et al. (2013) afirman que dicho enfoque promueve la adquisición de conductas instrumentales y cognitivas. En el caso de esta intervención, se pensó en entrenamientos que pudieran ajustarse a pocas sesiones, debido a que las participantes no cuentan con suficiente tiempo para asistir o participar, ya sea por sus actividades de cuidado, por la condición de incapacidad de su paciente, el curso de la enfermedad, el cambio de tareas o roles, la distancia del hospital a casa o los recursos económicos escasos o limitados con los que cuentan. Siendo complicado controlar todas esas variables e inevitablemente, la intervención se ve influida por éstas y otras como la condición paliativa, en donde el cuidador o familiar no piensa en sí mismo y agota todas sus fuerzas en su paciente en busca de su mejoría.

En el caso del entrenamiento en solución de problemas y en asertividad, los dos casos se conformaron por cinco pasos, ambos han mostrado eficacia en la reducción de malestar psicológico como ansiedad y depresión y aumento sobre la calidad de vida (percepción de bienestar), sin embargo, la terapia en solución de problemas ha mostrado mayor eficacia que tratamientos convencionales o placebo en la atención a problemas clínicos. Sin embargo, esta investigación junto con la de Rangel (2013, en prensa), amplía las posibilidades de atención para este grupo de la población, que la mayoría de las veces pasa desapercibido, y si tomamos en cuenta que por cada enfermo crónico hay una persona que asume este rol, el número de cuidadores es grande y por ello se tiene un gran compromiso ético y social. De ahí que la mayor aportación de la presente investigación fue haber diseñado intervenciones protocolizadas que se ajustaron a las necesidades de los cuidadores (breves y

sistemáticas) y, que principalmente promovieron conductas de autocuidado, con cambios benéficos en su percepción de sobrecarga y calidad de vida, condición que en estudios previos no había sido tomada en cuenta.

Se lograron identificar cambios relevantes en el mantenimiento y adquisición de conductas saludables denotando mejoras paralelas en otras áreas como pareja, familia y personal de salud, en términos de habilidades de solucionar problemas o comunicarse y comportarse asertivamente; sería interesante aplicar paquetes multicomponentes, por ejemplo estos dos entrenamientos en conjunto y evaluar su eficacia. Frente a ello se demuestra la utilidad de la Medicina Conductual en las instituciones de salud, al enfocarse en el cambio de comportamientos poco saludables y cogniciones disfuncionales y basando su aportación en la evidencia científica.

Tomando en cuenta los bemoles de implementar esta intervención, se señalan las siguientes limitaciones:

1. En la fase de reclutamiento en el área de hospitalización, las cuidadoras no aceptaron participar ya que más tarde vendría algún familiar o conocido a relevarlas, contrario a lo que se dice en la literatura sobre las repercusiones del rol de cuidar o, lo que vagamente se creería sobre el poco apoyo social que sus familiares o amigos pueden brindarles, la mayoría de las veces se observó que las cuidadoras tenían que regresar a casa a resolver pendientes con sus hijos, quehaceres domésticos o ir a descansar (tomar un baño y comer), objetando que es una condición que no aplica para todos los casos, ya que como se mostró en la población bajo estudio, tienen dificultades para conseguir el apoyo, principalmente cuando el paciente se encuentra hospitalizado; simplemente para no sentirse “presionadas”, ya que desarrollan relaciones de dependencia con su paciente tanto en casa como en el hospital, lo que ocasiona sobreprotección o excesiva preocupación por el bienestar de éste; y, limitantes económicas para facilitar su traslado de casa al hospital, cuando fuese necesario. De manera que las intervenciones psicológicas deben planearse de tal forma que les sean atractivas a los cuidadores, enfatizando en los beneficios a obtener si concluyen su participación y las facilidades que se les proporcionarán para garantizar esta última; en este sentido, una alternativa sería buscar apoyos económicos dentro de la misma institución de salud, o que el psicólogo pudiera destinar cierto presupuesto de su bolsillo u otras fuentes, previendo que algún cuidador pudiera utilizarlo para estos fines o para que el psicólogo pudiera trasladarse al domicilio de éste.

2. Se encontró poco consenso en los criterios para considerar a un paciente en fase paliativa o no, entre el oncólogo médico y el cirujano oncólogo, por lo que se

presentaron dificultades en la selección de participantes, por lo que se tomó el dato directo del expediente clínico del paciente.

3. La mayoría de los cuidadores que fueron invitados a participar desconocían a qué se refería el término “paliativo”, por lo cual se entró en una disyuntiva sobre si elegir como criterio de inclusión que lo supieran (para disminuir la probabilidad de presentar crisis al respecto de lo que implica médicamente el tratamiento paliativo) o en su defecto, enviarlos con su médico a aclarar sus dudas.

4. La condición de enfermedad del paciente es una variable importante que debe cuidarse, ya que cuando existe deterioro rápido por efectos de la enfermedad y/o tratamiento, se hace altamente probable que éste muera y con ello el objetivo de la intervención psicológica se enfocará al manejo del duelo y la procuración del bienestar del paciente; en el caso de esta investigación, ocurrieron dos defunciones, por lo cual los cuidadores en automático ya no cumplían con los criterios de inclusión.

5. El entrenamiento asertivo no contó con una guía estructurada en términos semejantes a la de solución de problemas, debido a que ésta última fue tomada de una versión ya validada por una ex alumna de la Residencia que trabajó con la misma población que en esta investigación; no obstante, para efectos de la comparación de la efectividad de las técnicas, será importante que ambos manuales o guías compartan los mismos elementos como el uso de ejemplos y de explicaciones breves y con figuras, de los pasos del entrenamiento a desarrollar; para esta investigación fueron de utilidad para verificar el proceso de comprensión de la información proporcionada al participante tanto en la presentación como los folletos.

6. Al momento de realizar el análisis de los índices descriptivos del tipo de registro conductual empleado, se encontró que no fue el más adecuado tanto por los reactivos como por las opciones de respuesta para evaluar la realización de conductas de salud en las cuidadoras; habría que tener mucho cuidado en su elaboración (seguir los pasos para elaboración de instrumentos), contemplando que las conductas que se registrarán sean muy concretas, utilizar sistemas de registro sencillos que contengan ilustraciones y que dejen claro lo que se espera que el cuidador anote; así como la revisión constante del llenado de los registros durante su implementación, para detectar dificultades en su llenado o en la comprensión de su contenido y corroborar que éste sea correcto.

Contemplando lo anterior para futuras investigaciones en este campo y problemáticas intervenidas, se formulan las siguientes consideraciones para un mejor desempeño del médico conductual y obtención de resultados más eficaces:

-Es importante evaluar durante el desarrollo de la intervención, sesión tras sesión, la funcionalidad/discapacidad del paciente y el apoyo con el que cuenta el cuidador, ya que como se resaltó en la literatura, son variables que determinan la cantidad y características de las tareas de cuidado que el cuidador realiza, entre más avanzada se encuentre la enfermedad, supondrá un mayor cuidado.

-Diseñar intervenciones que mejoren tanto las habilidades de autocuidado del cuidador como las del manejo de los síntomas físicos y psicológicos del paciente, con ello se contribuiría a la evidencia de los elementos que compondrían dichas destrezas, las estrategias más efectivas y las condiciones bajo las cuales se pueden llevar a cabo.

-Enfatizar que cada intervención/técnica/procedimiento puede estandarizarse en manuales o guías que faciliten la puesta en práctica de habilidades y la comprensión y retención de la información de forma visual, asimismo se cuidaría la validez externa de los hallazgos; aunado a ello, utilizar diseños de líneas base múltiple permitiría asegurar la efectividad de determinada técnica/procedimiento para ciertas problemáticas y, así poder elaborar dichos materiales y enriquecer la creación de formatos que puedan ser de utilidad en la labor del Médico Conductual en ámbito hospitalario; así como procurar la evaluación en fase de seguimiento para evaluar a mediano y largo plazo la efectividad de los tratamientos psicológicos y sus efectos y generalización de las habilidades entrenadas sobre otras conductas y situaciones.

-Realizar mayor difusión sobre la importancia de los cuidados paliativos en los servicios de Oncología, y más aún cuando no se cuenta con un servicio especializado para ello, con el objeto de informar a los cuidadores sobre los signos de alerta de sobrecarga y las alternativas terapéuticas que están a su alcance para dotarlos de habilidades que les permitan hacer frente a situaciones problema con relación a su rol de cuidar.

-Aunado a ello, complementar al trabajo psicológico no sólo promoviendo el autocuidado en el cuidador, sino también diseñar intervenciones que involucren al paciente y que permitan verificar el impacto de trabajar con la diada, tanto a nivel institucional (menos días de hospitalización, menos uso de analgésicos, mejora de la relación del personal de salud con la diada, entre otros.) como en el paciente (mejora en su estado de ánimo, adherencia terapéutica, funcionalidad, etcétera.) y su cuidador (realización de conductas de salud, formación de grupos de cuidadores, por citar algunos).

Capítulo 3. Actuación del residente en el Hospital Juárez de México

La residencia tuvo como sede el Hospital Juárez de México (HJM en adelante) contemplando dos rotaciones: Servicio de Oncología Pediátrica (primer semestre del 2013) y Servicio de Oncología (segundo semestre del 2013 y primero del 2014). En este apartado se describen con detalle los datos más significativos que conforman tanto al HJM como a los servicios mencionados.

3.1 Características de la sede

El inmueble del HJM se encuentra localizado en: Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07760, México D. F. (ver Figura 1). Se fundó el 23 de agosto de 1847 en el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo, por lo que su nombre inicial fue Hospital de San Pablo, hasta el 19 de julio de 1872 se le dio el nombre que ahora ostenta. Debido al sismo de 1985, fue reconstruido en la zona norte de la ciudad en la ubicación arriba descrita. Es un organismo público descentralizado, cuya misión es la asistencia de alta especialidad, tanto preventiva como de tratamiento médico quirúrgico, por ello es considerado de tercer nivel de atención por su especialización y recursos tecnológicos; cuenta con los servicios de: Consulta externa, Imagenología, Servicios médicos y administración, urgencias, oncología, pediatría, ortopedia, cirugía plástica, medicina física y rehabilitación y anatomía patológica, entre otras, áreas de hospitalización, investigación y enseñanza y servicios generales (Secretaría de Salud, 2012).



Figura1. Hospital Juárez de México

3.2. Primera rotación. Servicio de Oncología Pediátrica

3.2.1. Características del servicio.

El servicio de *Oncología Pediátrica* se creó el 16 de octubre de 2004, con la llegada del Dr. José Gabriel Peñaloza González oncólogo pediatra, a cargo del Servicio de Oncología adultos comandado por el Dr. Francisco García Rodríguez, quien preocupado por la necesidad del niño y adolescente con cáncer, solicitó la creación del Servicio al Dr. Pérez Terrazas, Director General del Hospital. Para 2005, se acreditó al HJM para el tratamiento de niños y adolescentes con cáncer para el Seguro Popular en su rubro de Gastos Catastróficos, siendo uno de los hospitales piloto junto con el Hospital Infantil de México y el Instituto Nacional de Pediatría. Además ingresa a cargo del Servicio de Cirugía Pediátrica, la Dra. Gabriela Almazán, cirujana oncóloga pediatra, y en 2007, la Dra. Martha Margarita Velázquez Aviña, oncóloga pediatra (entre ella y el Dr. Peñaloza, están al frente del Servicio); además de dos enfermeras oncólogas en el servicio de quimioterapia ambulatoria, actualmente se cuenta con cuatro (Peñaloza, Velazquez, García, Casian & Rodríguez, 2008).

Aunado a ello, el servicio ha ido creciendo no sólo para dar quimioterapia a niños hospitalizados, para quienes está la *sala de Hematología* en cuarto piso, contando con seis camas (debido a que este espacio es insuficiente para dar cobertura a todos los pacientes que diariamente acuden al Servicio, las demás salas del piso de Pediatría -Medicina Interna, Infectología y Cirugía- y del área de Urgencias Pediátricas en planta baja, ponen a disponibilidad de espacio, camas o cunas para que ningún niño o adolescente se quede sin atención); y el área de quimioterapia ambulatoria (10 sillones) y su área de procedimientos (una camilla y todo el equipo necesario para realizar aspirados de médula, punciones lumbares y anestесias). Conjuntamente se entrena a residentes de pediatría y turnos de enfermería, para la atención del paciente con cáncer; además de elaborar protocolos de atención al cáncer en la infancia y adolescencia en ocho padecimientos diferentes para su utilización a nivel nacional (Peñaloza et al., 2008).

A continuación se mencionan su misión y visión:

Misión: Proporcionar atención expedita, efectiva y precisa con la mejor opción terapéutica médico-quirúrgica del niño y adolescente con cáncer, sea ésta curativa paliativa o de cuidado terminal, brindando la mejor oportunidad de alcanzar una óptima calidad de vida, además de contemplar la educación de los médicos residentes de pediatría.

Visión: Ser un servicio de Oncología Pediátrica con reconocimiento nacional e internacional con excelente profesional que cuente con los recursos, tecnología y técnicas de vanguardia que garanticen un alto nivel de docencia e investigación.

Entre sus valores institucionales se encuentran: Bien común, Integridad, Honradez, Imparcialidad, Justicia, Transparencia, Rendición de cuentas, Entorno cultural y ecológico, Generosidad, Igualdad, Respeto y Liderazgo.

A grandes rasgos, en el Manual de Procedimientos de dicho servicio se menciona que las acciones tienen como objetivos:

- Coordinar las actividades asistenciales de los pacientes hospitalizados y ambulatorios, por medio de tratamientos médico-quirúrgicos, para que contribuya al saneamiento de tumores y enfermedades neoplásicas, y
- Proporcionar atención médica de vanguardia en el campo de la oncología pediátrica, con oportunidad, efectividad, calidad, seguridad y equidad a los usuarios para coadyuvar a la conservación y mejoramiento de la salud de los pacientes que se atienden en el hospital.

Por lo que será importante ubicar la designación de líneas de autoridad para el cumplimiento de lo mencionado con anterioridad, así como la posición del Residente en Medicina Conductual –MC en adelante- (ver Figura 2).

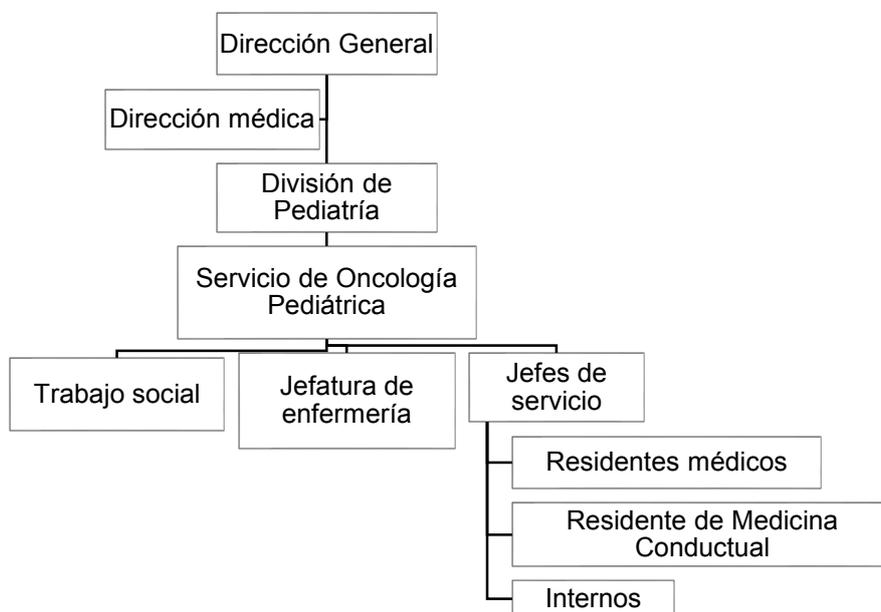


Figura 2. Organigrama del Servicio de Oncología Pediátrica

Respecto a las características de la población que se atiende en este servicio se observaron las siguientes: son personas originarias y residentes del DF, Estado de

México, municipios de Ecatepec y Nezahualcóyotl, Oaxaca, Tlaxcala, Hidalgo, Puebla y Michoacán, llegan después de haber asistido con médicos generales o especialidades de sus lugares de origen o por referencia de otros hospitales como el Hospital General de México y Hospital Infantil Federico Gómez, en este último caso, no sin antes una autorización del jefe de servicio ya que debe valorar cupo para nuevos ingresos. La mayoría ingresa a Urgencias Pediatría con la sintomatología más común de sospecha de cáncer en niños (fiebre, hemorragias, dolores óseos o abultamientos por ejemplo, en cuello, estómago, cabeza o extremidades), de ahí es valorado de inmediato y se le realizan estudios reglamentarios como: aspirado de médula ósea, biometría hemática, tomografías y otros, para confirmar o descartar diagnóstico inicial, si en este tiempo, antes del diagnóstico, el niño o adolescente requiere de la intervención de otros servicios, Oncología Pediátrica no se hace cargo como tal y únicamente verifica la evolución del estado de salud y resultados de estudios realizados. Una vez confirmado el diagnóstico, el médico adscrito en turno junto con el psicólogo, informa a los padres sobre el diagnóstico, alternativas de tratamiento y pronóstico, por parte de trabajo social, se les solicita documentación para ingresar a programa de “Gastos catastróficos” bajo el cual quedan exentos de cualquier pago referente a su tratamiento para cáncer, así como de una plática sobre la búsqueda y reclutamiento de donadores; y se inicia protocolo de tratamiento con quimioterapia, así como valoración psicológica a través de evaluación inicial, entrevistas iniciales, aplicación de pruebas e interconsultas con paciente y cuidadores.

De tal manera que el servicio atiende a pacientes en hospitalización y en quimioterapia ambulatoria, y sus padecimientos más comunes son leucemias (agudas linfoblásticas y agudas mieloides), linfomas (Hodgkin y no Hodgkin), tumores óseos (sarcomas) y tumores en sistema nervioso central, quienes reciben esquemas de quimioterapia que varían en función del tipo y estadio de la enfermedad, la edad, el grado de riesgo, el peso y la estatura.

Las características sociodemográficas de la población se engloban en las siguientes: pacientes de estatus económico medio-bajo, solteros, de entre uno y 17 años, que viven con ambos padres, en hogares rentados con todos los servicios y de roles tradicionales.

En seguida se detallan las actividades tanto académicas como asistenciales (para éstas se diseñaron materiales para evaluación e intervención, ver Apéndices 18 al 20), que se desarrollaron durante esta rotación.

3.2.2. Evaluación inicial del servicio.

El servicio se encontró desorganizado ya que llevaba aproximadamente tres meses sin un residente de medicina conductual, debido a ello los médicos adscritos solicitaron la inserción de un nuevo residente ya que consideran a psicología parte esencial del equipo multidisciplinario que se requiere para la atención integral del niño/adolescente con cáncer. Hasta ese momento, se contaba únicamente con visitas semanales a los pacientes de quimioterapia ambulatoria por parte de personal de psicología del Departamento de Salud Mental del HJM.

Al incorporarme a éste, se observó el reconocimiento de la labor del psicólogo por parte del personal médico y de enfermería (no necesariamente como especialista en Medicina Conductual, ya que pareciera que no se comprende el objetivo esencial en ámbito hospitalario junto con su enfoque teórico, más allá de que solamente fomentemos la adhesión terapéutica, lo que en ocasiones generar menosprecio de la figura del psicólogo, en especial por los médicos residentes que rotan por Oncopediatría); esta disposición del personal para el trabajo del psicólogo se evidenció en la inclusión en el pase de visita de preguntas relacionadas con el historial psicológico de cada paciente, en solicitud de apoyo para dar malas noticias; en general, porque enfermeras y médicos remiten casos difíciles que consideran requieren atención psicológica (por citar algunos: renuencia a continuar con tratamiento, incumplimiento terapéutico, sintomatología ansiosa, depresiva, padres permisivos y pacientes en terapia intensiva, ya que se ve mermado que el tratamiento médico se administre con éxito, además de la oportunidad de mejorar su calidad de vida), o simplemente colaboran con información respecto al paciente y su cuidador (pautas de crianza y relación entre cuidadores, paciente-familiar o paciente-personal de salud), asimismo se realiza la presentación ante otro personal médico o administrativo y padres de familia como psicólogo a cargo y se incluye en actividades de importancia como juntas informativas con padres o eventos relacionados con el servicio.

Sin embargo, no se tiene un espacio para brindar atención en consulta externa por parte del servicio, por lo que se cuenta con la autorización de la supervisora *in situ* y académica de utilizar los consultorios de Oncología (uno y cuatro) y, por parte de las profesoras hospitalarias de cuarto piso, para utilizar los espacios del Aula Hospitalaria. No obstante, las actividades diarias del residente de medicina conductual se llevan a cabo sin contratiempos de la siguiente manera.

3.2.3. Actividades del residente en Medicina Conductual.

Diarias.

Las actividades realizadas por la residente se ilustran en la Tabla 5.

Tabla 5. Horario semanal de actividades del residente de Medicina Conductual

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00	Pase de visita	Pase de visita	Sesión General	Clase Hematología	Pase de visita
9:00		Atención a pacientes	Pase de visita	Pase de visita	Clase Hematología
10:00	Atención a pacientes	Clase Hematología	Clase Casos Clínicos		Atención a pacientes
11:00		Consulta externa MC	Supervisión académica	Atención a pacientes	Sesión Bibliográfica
12:00	Supervisión <i>in situ</i>				
13:00	Atención a pacientes	Atención a pacientes	Atención a pacientes	Consulta externa MC	Atención a pacientes
14:00				Atención a pacientes	
15:00					

-Pase de visita. Todos los días se realizaba junto con médicos adscritos, internos, estudiantes de medicina y trabajadora social, el pase de visita en cuarto piso en las diferentes salas en donde se tenga paciente, asimismo en urgencias pediátricas y en quimioterapia ambulatoria, los días lunes a viernes de 8:00 a 10:00 hrs. dependiendo del número de pacientes censados y de otras situaciones imprevistas (como regaños al residente médico, preguntas a internos, retraso de medicamentos, trámites o solicitud de interconsultas). Durante éste, el médico residente presentaba los datos clínicos más importantes de cada paciente para todo el equipo, el médico adscrito revisaba con minuciosidad indicaciones médicas y notas de evolución, ausculta a los pacientes cuando era necesario o simplemente los interrogaba. La labor del residente en MC era observar y hacer anotaciones de lo más importante del estado médico del paciente (estudios médicos, fase de enfermedad, indicaciones de dieta, medicamentos, altas, pronósticos, etc.) y cuando el médico adscrito preguntara sobre el algún aspecto de la intervención psicológica se le debía contestar. Además, era necesario que se identificara alguna necesidad psicológica que requiera de intervención en ese momento o al terminar el pase; al finalizar éste, el médico adscrito

entregaba informes a cuidadores y en ese caso, se prestaba atención a cualquier duda, llanto, reclamos o situaciones que se detectaran requirieran de apoyo psicológico, o simplemente, la forma en que el médico se comunica con el cuidador principal o familiar en turno.

Los martes y jueves se designó la consulta externa de psicología para paciente candidato de caso clínico, citas con familiares de pacientes (padres, hermanos o abuelos) o atender emergencias que no se pudieran tratar en pasillo (sujeto a cambio por disponibilidad de espacio o tiempo de pacientes).

Actividades académicas.

-Médicas. Los días martes, jueves y viernes se tuvo clase con los Hematólogos adscritos, residentes y estudiantes. Martes había revisión de temas generales sobre los padecimientos más comunes de cáncer en la sangre y sus complicaciones (ej. Fiebre y neutropenia o síndrome de lisis tumoral); Jueves clase impartida por algún otro especialista o trabajador administrativo sobre trámites administrativos (ej. Cómo deben enviar muestras al laboratorio, qué formato deben llenar para solicitar plaquetas, lavado de manos, etc.); y viernes, revisión bibliográfica de artículos con análisis de medicina basada en evidencia sobre algún tema médico propuesto por residentes. En general estas clases se enfocaron a la formación de médicos internos y rotantes.

-Sesión general. Los días miércoles con todo el personal de salud, de 8:00 a 9:00 pm, en la cual se abordaban diferentes temas y siendo la asistencia obligatoria.

-Supervisión *in situ*. Los días lunes a medio día con la Lic. Mora, en la cual se discutía sobre el desempeño diario del residente de MC de Oncología, Oncopediatría y Hematología, las problemáticas o dificultades clínicas en la atención a pacientes y la búsqueda y discusión de temas y tareas relacionados a aspectos de los cuatro servicios o de habilidades clínicas por mejorar o adquirir. Así como la solución de problemas administrativos y de gestión internos al Departamento de Psicooncología al que los tres Servicios mencionados anteriormente pertenecen. Como parte de las actividades académicas del Departamento de Psicooncología, durante el mes de abril se incluyó una asesoría con supervisoras *in situ* y académica fuera de las instalaciones del HJM, con la finalidad de complementar el aprendizaje de las habilidades clínicas básicas en la atención a pacientes.

-Supervisión académica. Enseguida se tenía supervisión con la Mtra. Cristina Bravo de 11:30 a 13:30 hrs., junto con los residentes de MC del Servicio de Oncología adultos (tres residentes) y Hematología (tres residentes), en donde se discutieron

dudas, dificultades, temas nuevos y particularidades a demanda de la necesidad de cada residente o del grupo en general. Desafortunadamente a las 10:30 comenzaba la consulta externa de médicos adscritos del servicio de Oncopediatría a pacientes en vigilancia y con tumores en sistema nervioso central, por lo que no se tuvo oportunidad de asistir.

-Sesión clínica. Los miércoles se tenía sesión de caso clínico con todos los residentes de MC, el Dr. Gallardo y la supervisora académica de oncología Mtra. Bravo, de 10:30 a 11:30 am en donde se discutía sobre diagnóstico, elaboración de historia clínica, intervención y uso adecuado de técnicas y retroalimentación al ponente, entre otros aspectos relacionados a la presentación de caso en turno.

-Sesión bibliográfica. Los viernes de 11:00 a 12:00 pm con el Dr. Gallardo se presentaba y discutía un artículo sobre MC enfatizando las aplicaciones y aportaciones desde la terapia cognitivo-conductual.

3.2.4 Datos de productividad.

La **cobertura de la atención psicológica** del 07 de enero al 10 de junio de 2013 a pacientes de primera vez fue de 82, con predominancia del género masculino, de este total, el número de veces que fueron vistos subsecuentemente, el género femenino fue mayor (ver Figura 3).

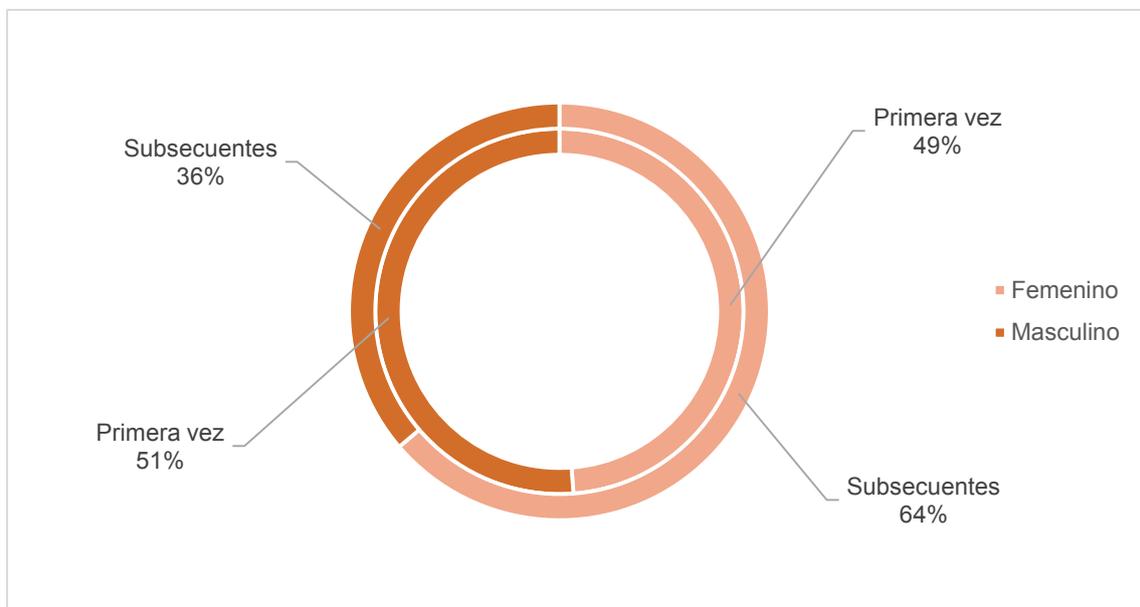


Figura 3. Porcentaje del género de la población atendida durante Enero-Junio

Se llevaron a cabo **612 intervenciones**, en la Figura 4 se presentan los porcentajes de éstas, correspondientes a cada mes; en general muestran poca variabilidad entre sí, no obstante, hay un descenso importante en el mes de junio debido al corte en la productividad por el cambio de servicio.

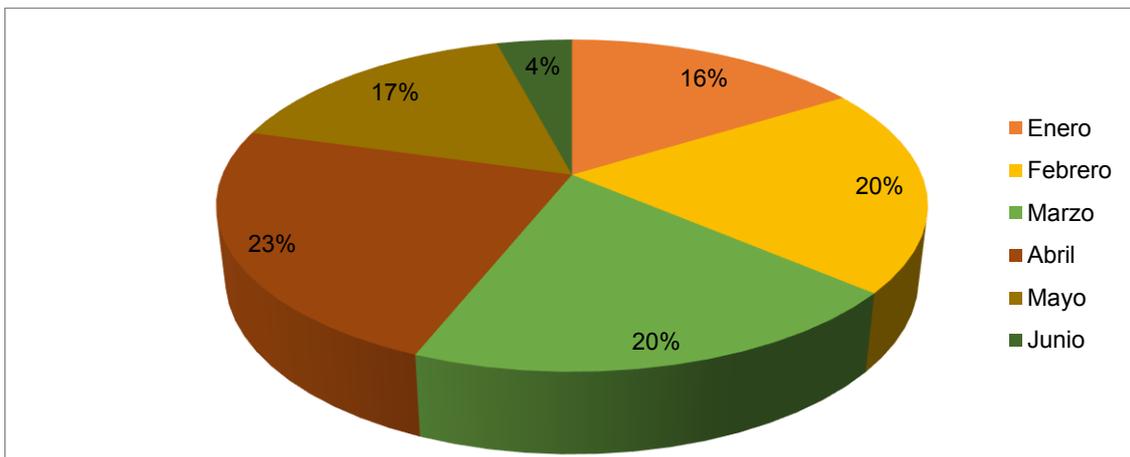


Figura 4. Porcentaje de intervenciones durante Enero-Junio

Sobre dicho total de intervenciones se observa que el **área de atención psicológica** con el mayor número de pacientes atendidos fue hospitalización, seguida de quimioterapia ambulatoria, la cual tuvo un incremento en su cobertura a partir de febrero, ya que se tenía mayor conocimiento de los pacientes y la demanda de atención en esta área se comenzó a identificar (ver Figura 5).

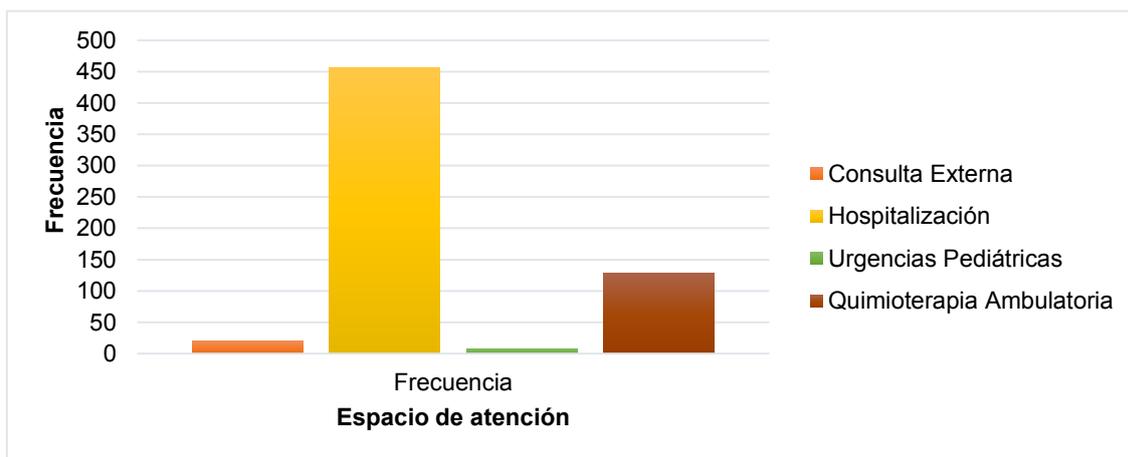


Figura 5. Frecuencia del tipo de espacio de atención psicológica durante Enero-Junio

Respecto al tipo de **apoyo psicológico** brindado a nivel individual (sólo con paciente) e individual-familiar (tanto al paciente como a su cuidador) tuvieron los mayores puntajes, los cuales se justifican porque el trabajo con población pediátrica requiere integrar a los padres en la atención psicológica desde la etapa de evaluación (ver Figura 6).

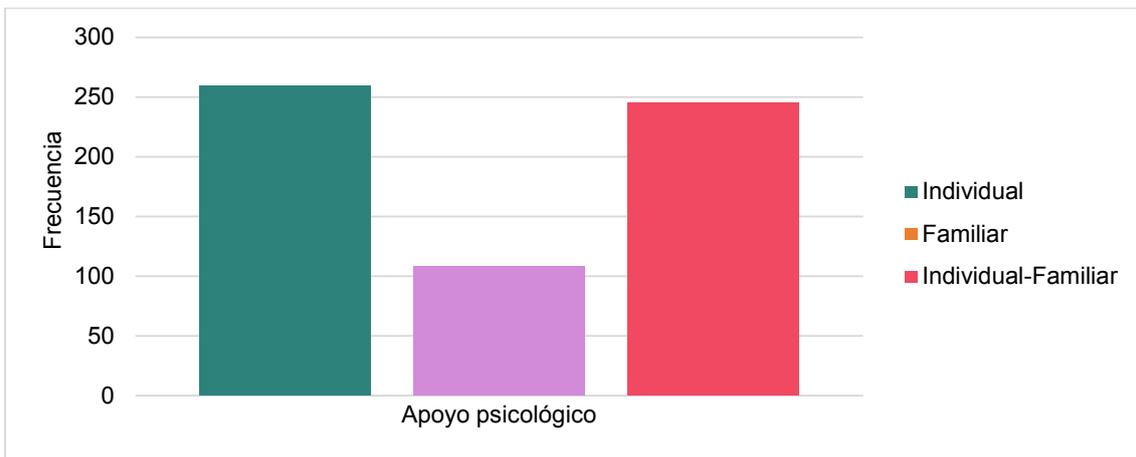


Figura 6. Frecuencia del tipo de apoyo psicológico brindado durante Enero-Junio

Referente al tipo de **abordaje psicológico**, la psicoterapia (implementación de diversas técnicas, procedimientos y herramientas psicológicas desde el enfoque cognitivo-conductual) y el monitoreo (seguimiento o vigilancia de los cambios planificados, cumplimiento de objetivos terapéuticos y revisión de nuevas problemáticas o eventos significativos en la vida de cada paciente y su familia, así como de la pericia para canalizar pacientes al Departamento de Salud Mental), fueron los más utilizados (ver Figura 7).

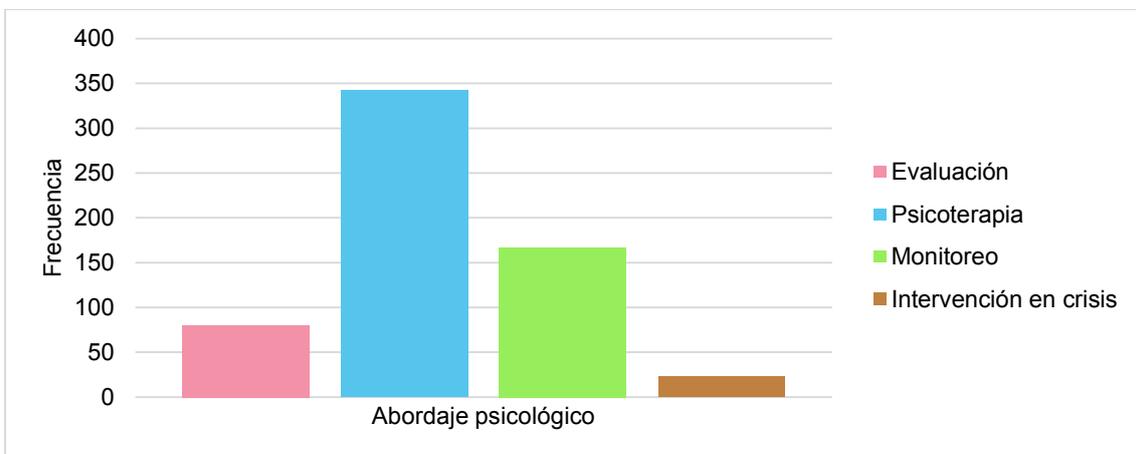


Figura 7. Frecuencia del tipo de abordaje psicológico brindado durante Enero-Junio

Por otra parte, en la Figura 8 se muestran los diagnósticos oncológicos de la población atendida, el de mayor incidencia fue la Leucemia Linfoblástica Aguda, el cual coincide con lo reportado en la literatura como el cáncer más común y frecuente en infantes.

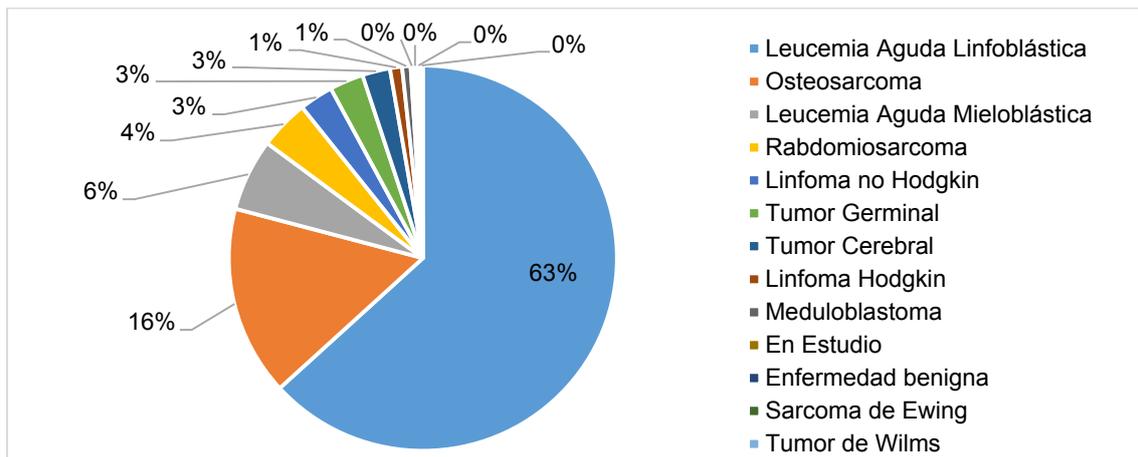


Figura 8. Diagnóstico médico de los pacientes atendidos durante Enero-Junio

Por otra parte, los distintos problemas psicológicos que presentan los pacientes atendidos se concentran en factores psicológicos que dificultan el proceso de adaptación predominantemente en la fase de tratamiento (en ésta se encontraba la mayor parte de la población atendida, con muy poca variabilidad, en particular, debido al buen pronóstico que tiene el cáncer infantil y a lo prolongado de los tratamientos); seguidos de sintomatología de ansiedad y depresión ante procedimientos médicos y estancia hospitalaria (ver Tabla 6).

Tabla 6. Problemáticas psicológicas acorde al DSM-IV-TR de los pacientes atendidos

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO	n	%
Sin trastorno psicológico	164	26.8
Factor psicológico que afecta al estado físico (trastorno mental, síntomas psicológicos, rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento, comportamientos desadaptativos, respuesta fisiológica relacionada con el estrés).	108	17.6
Síntomas de ansiedad (ante comunicación de malas noticias, procedimientos médicos, revisión médica, estancia hospitalaria, etc.).	88	14.4
Problemas paterno-filiales (pautas de crianza)	56	9.2
Diagnóstico psicológico aplazado	51	8.3
Síntomas de depresión (ante estancia hospitalaria, comunicación de malas noticias, etc.).	31	5.1
Retraso mental	21	3.4
No valorable debido a condición médica (Paciente intubado, en malas condiciones generales, posquirúrgico o en Unidad de Cuidados Intensivos).	14	2.3
Trastorno de ansiedad	12	2
Respuesta de estrés aguda (casos donde hay respuestas de crisis o bien aquellos en que la respuesta no es de crisis, sino sólo de estrés "normal" a la situación).	10	1.7
Sintomatología mixta (ansiedad/depresión)	10	1.6
Trastorno adaptativo mixto	9	1.5
Problemas de relación no especificado	8	1.3

Trastorno adaptativo con ansiedad	8	1.3
Trastorno negativista-desafiante	7	1.1
Trastorno adaptativo con depresión	5	.8
Incumplimiento terapéutico	3	.5
Problemas de relación asociados a enfermedad médica o trastorno mental	3	.5
Problemas de aculturación	2	.3
Otros problemas relacionados déficit-distorsión de la información	1	.2
Ideación suicida/ intento de suicidio	1	.2

Continuación Tabla 6.

Por último, se presentan en la Tabla 7, **los procedimientos y las técnicas psicológicas** empleadas en los diversos abordajes y modalidades de atención, mismas que se enmarcan desde un enfoque cognitivo-conductual. Cabe señalar que la entrevista clínica, la cual no es considerada una técnica de intervención, se tomará como parte de éstas por razones de uso en el llenado de la productividad diaria.

Tabla 7. Técnicas y procedimientos de intervención psicológica frecuentemente utilizados

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS	N	%
Entrevista inicial	245	40
Distracción instrumental	116	19
Orientar	94	15.3
Manejo de contingencias	45	7.3
Solución de problemas	43	7.1
Activación conductual	39	6.4
Juego	37	6
Psicoeducación	36	5.9
Informar	31	5.1
Entrevista motivacional	15	2.5
Distracción cognitiva	14	2.3
Respiración diafragmática	12	2
Componentes de relación	11	1.9
Terapia Racional Emotiva	6	1
Relajación autógena	5	.9
Biblioterapia	5	.8
Entrenamiento en habilidades sociales	4	.6
Imaginación guiada	4	.7
Detención de pensamientos	4	.6
Autoinstrucciones	2	.4
Respiración pasiva	2	.4
Entrenamiento en asertividad	1	.2

3.2.5. Casos clínicos.

Se presentan el de una adolescente de 12 años con diagnóstico psicológico de trastorno adaptativo agudo con ansiedad y otro de una niña de 8 años con diagnóstico psicológico de fobia específica (ver Apéndices 21 y 22).

3.2.6. Otras actividades.

Durante el mes de Marzo el 07 se participó junto con las profesoras de USAER-SEP del Aula Hospitalaria de cuarto piso, en la difusión del primer concurso de dibujo: “¿Cómo puedo cuidar mis riñones?” celebrado en el “Día del riñoncito”, en el Auditorio del HJM. Además, el 14 se colaboró en el evento del “Día Mundial del Riñón”, con la organización de pacientes de Oncopediatría para participar en la expo-venta.

En el mes de Abril se participó en la difusión (invitación a pacientes del servicio) y colaboración de la Semana del Día del Niño que se llevó a cabo del 22 al 30 (realización de contacto con Fundación “Aquí Nadie se Rinde” A.C. para dos shows y donación de juguetes), además de la organización de varias de las actividades programadas diariamente en cuarto piso, aula hospitalaria y sala de quimioterapia ambulatoria). Así como, en la gestión y organización del Evento de Oncopediatría celebrado el día 25.

Los días del 05 al 07 de junio asistí al “VI Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud: Bienestar social y calidad de vida” con sede en San Luis Potosí.

3.2.7. Evaluación final.

Servicio asignado.

Cuenta con actividades y funciones claramente definidas, y en la práctica cotidiana se considera esencial la participación del psicólogo como parte del equipo multidisciplinario de atención integral al niño y adolescente con cáncer. Se tuvo la aceptación y participación en el equipo de salud, principalmente con trabajo social y aula hospitalaria, lo que permitió encaminar estrategias terapéuticas en beneficio de la calidad de vida de los pacientes.

No obstante, se identificaron dificultades de trabajo debido a que el hospital cuenta con un departamento de Salud Mental, dentro del cual ofrecen atención psicológica a este servicio, alumnos de servicio social o pasantes como psicólogos generales, con una orientación teórica predominantemente psicoanalítica, y, no permiten que realmente médicos adscritos y personal de enfermería de quimioterapia ambulatoria, discrimine el papel y resultados del residente de medicina conductual y a

su vez, la evaluación de la efectividad de los distintos tipos de intervenciones implementadas, ya que entorpecen muchas de ellas, por ejemplo, al duplicar atención a un mismo paciente o aparentar ejercer funciones del residente de medicina conductual en calidad y cantidad. Al inicio de esta rotación, se acordó que paciente visto por este departamento, medicina conductual no lo atendía y viceversa, y que sólo cuando el psicooncólogo detectara alguna problemática fuera de su campo de acción, haría la referencia a éste y se tendría una comunicación abierta y cordial respecto a algunas generalidades del caso en cuestión.

Aunado a lo anterior, la falta de espacios propios no fue un impedimento para el trabajo realizado, ya que se buscó generar componentes de relación y canales de comunicación asertiva entre psicólogo y personal de salud, lo que facilitó la toma de decisiones y el trabajo en equipo.

En general, se atendía diariamente a una población diversa y sumamente demandante por parte de las madres de familia y médicos adscritos, misma que excedía los recursos materiales, humanos y de tiempo con los que se contaban; la mayoría de las primeras, mostraron siempre cooperación y disposición al trabajo, respecto a los médicos adscritos, tenían la iniciativa de escuchar las aportaciones y peticiones, pero poco dispuestos a comprender más allá de la función del psicólogo como nexo entre el éxito o fracaso de apego a tratamiento médico y baja tolerancia a la frustración.

Actividades diarias y académicas.

Debido a que los padecimientos oncológico-pediátricos conllevan varios años de tratamiento y visitas al hospital continuas, ya sea para hospitalización o acciones ambulatorias, permitió tener un mayor control y seguimiento de los pacientes atendidos, lo cual representó la mayor inversión de tiempo en dichas tareas asistenciales, dificultando en diversas ocasiones la realización de otras actividades, como la investigación.

No obstante, las actividades asistenciales realizadas, demandaron mucho esfuerzo físico y mental de la residente, generando al principio, respuestas emocionales que confrontaban y que invitaban a la reflexión personal, pensando en las condiciones de carácter psicosocial en torno a la experiencia de enfermedad de la población atendida, sin embargo, se retomaron grandes enseñanzas tanto de los infantes como sus familias que enriquecieron personalmente a la residente de MC, fue un aprendizaje continuo y mutuo.

Respecto a las académicas, fortalecieron en todo momento lo aprendido en la práctica al hacer la revisión y discusión de casos clínicos y bibliografía actual, basada en evidencia; finalmente, son el soporte a nuestras intervenciones, al proporcionarnos retroalimentación sobre cómo mejorar nuestro desempeño día con día (en la relación con médicos, en las conductas de autocuidado del residente, en la atención proporcionada y en el aprendizaje de las técnicas y procedimientos del modelo cognitivo-conductual). Compartir clase con los médicos, permitió conocer elementos básicos de las enfermedades y tratamientos, lo cual contribuía a la psicoeducación u orientación del lenguaje médico en términos que el paciente y su familia comprendieran. A nivel individual siempre recibí orientación y apoyo oportuno de parte de mis supervisoras, al ser ambas egresadas de la residencia, facilitaron la adaptación y un trabajo competente. Habría que mejorar en cuanto al manejo de la dinámica entre residentes de primero y segundo año, en donde se fomentara en todo momento, un ambiente de respeto y colaboración para impedir que problemáticas personales interfirieran con el desempeño esperado.

Sistema de supervisión in situ y académica.

-In situ. Dado que Oncopediatría no empataba con la dinámica de supervisión de oncología (ya que me encontraba sola en el servicio), no se lograba dar un seguimiento más fiable a mi desempeño, y por tanto, la recomendación de bibliografía y tareas no era totalmente satisfactoria, sin embargo, se mantuvo la disposición de apoyo y comunicación para poner al tanto sobre mis actividades, dificultades y avances; no obstante, la retroalimentación fue enriquecedora.

-Académica. Fue constante y pertinente en todo momento, en ocasiones el horario de ésta no era suficiente para la cantidad de dudas e información de cada residente, sin embargo, se lograban cubrir las prioridades y problemáticas personales-académicas que pudieran interferir en el desempeño con la atención de pacientes. Se brindó retroalimentación siempre.

Competencias profesionales alcanzadas.

Considero que hicieron falta medidas por escrito, más confiables y concretas de las competencias deseadas en el desempeño del residente; asimismo de un seguimiento centrado en la atención a población pediátrica con la finalidad de refinar conocimientos y habilidades desde la psicología clínica y la medicina conductual. Sin embargo, esta rotación me dejó aprendizajes prácticos y metodológicos del trabajo hospitalario con población pediátrica y sus padres de familia.

3.2.8. Conclusiones de la rotación.

Estuve satisfecha con el trabajo realizado y del apoyo que se nos ha brindado por parte de la supervisión tanto *in situ* como académica; respecto a la primera, hubiera sido más enriquecedor contar con asesorías continuas en la semana para poder retroalimentar y monitorear nuestras intervenciones. Compaginado a esto, podría implementarse una estructura de trabajo para los tres servicios mucho más detallada y formal, por ejemplo, clases sobre las técnicas terapéuticas más utilizadas, temas de interés o revisión de evidencia para casos difíciles, exposiciones respecto a los aspectos médicos de las enfermedades más comunes para cada servicio, etc.

Además, sería importante establecer un mayor control acerca de las faltas de respeto entre residentes de MC sin distinción de jerarquías y de su debido seguimiento para no presentar los mismos problemas a futuro. Además de la creación de un grupo de apoyo psicológico para los propios residentes de MC y con ello prevenir el Burnout o manejar el estrés en el contexto hospitalario.

Con respecto al servicio, incluir dentro de las clases académicas con los residentes médicos pláticas sobre los temas: el psicólogo de medicina conductual en el contexto hospitalario y aportaciones del psicólogo en la intervención oncológico pediátrica, con la finalidad de dar a conocer de manera puntual dicho rol, y así promover y facilitar el trabajo médico-psicólogo. Realizar el nexo del HJM (división de pediatría) con organizaciones civiles y/o fundaciones de ayuda a niños con cáncer, con el propósito de coordinar acciones para ampliar y contribuir a la red de apoyo social de los pacientes y sus familias.

Esta generación no contemplaba rotaciones, sin embargo, debido a algunas diferencias con el jefe del servicio ya que pretendió fusionar la supervisión de la UNAM con la jefa del Departamento de Salud Mental del HJM, situación que se había convenido con el coordinador de la maestría no debía suceder, de lo contrario retiraría al residente en turno. Dicho cambio inesperado de servicio, fue una decisión estresante para la residente de medicina conductual debido al trabajo ya logrado y planes por realizar, siendo reasignada por decisión personal, al Servicio de Oncología Adultos, no sin antes entregar al jefe de servicio un listado de pacientes vistos (aspectos trabajados y pendientes por intervenir), así como el agradecimiento por el tiempo compartido y motivos del cambio.

3.3. Segunda rotación. Servicio de Oncología

3.3.1. Características del servicio.

El servicio de Oncología del HJM pertenece a la División de Cirugía, su personal es diverso (ver Tabla 8), cuenta con 46 camas en el primer piso del ala norte, el cual se compone de cuatro clínicas acorde al tipo de cáncer que presentan los pacientes, las cuales proporcionan atención a través de consulta externa y hospitalización, así como radioterapia, quimioterapia, terapia Intravenosa y urgencias:

- a) Cabeza y cuello
- b) Ginecología
- c) Mama
- d) Tumores Mixtos

Tabla 8. Personal Médico del Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México

Personal médico	Especialidad	Área
Dr. Francisco García Rodríguez (Jefe del Servicio)	Cx. Oncólogo	
Dr. Francisco Varelas Rojano (Subjefe del Servicio)	Cx. Oncólogo	Gineco-Onco
Dr. Xicotencatl Jiménez V.	Cx. Oncólogo	Mama
Dr. Armando Ramírez Ramírez	Cx. Oncólogo	Gineco-Onco
Dr. Ziad Aboharp Hasan	Cx. Oncólogo	Tumores Mixtos
Dr. Erik Efraín Sosa Duran	Cx. Oncólogo	Tumores Mixtos
Dr. Jorge Del Bosque Méndez	ORL	Cabeza y Cuello
Dr. Salomón Hernández B.	Cirujano	Urgencias/Onco
Dra. Ángela Hernández Rubio	Cx. Oncólogo	Mama
Dra. Rebeca Gil García	Onco/Radioterapia	Radioterapia
Dr. Gabriel Sánchez Marín	Onco/Radioterapia	Radioterapia
Dr. Raúl Florentino González	Onco/Radioterapia	Radioterapia
Dra. Cristina Alvarado Silva	Oncomédico	Quimioterapia
Dra. Leticia Olivares Herrera	Oncomédico	Quimioterapia
Dra. Karina Ramírez Márquez	Prot/Maxilofacial	Cabeza y Cuello
C.D. Edgar Díaz Cervantes	Dentista	Cabeza y Cuello

El servicio tenía en formación 17 Residentes de tres subespecialidades: Cirugía Oncológica, Ginecología Oncológica y Cirugía de Cabeza y Cuello. En cuanto al personal de enfermería, se componía de 50 a lo largo de tres turnos. Además, se contaba con el apoyo de dos camilleros en el turno matutino y un grupo llamado

“Damas Voluntarias”, conformado por sobrevivientes de cáncer de mama que apoyan a los pacientes ofreciendo medicamentos, equipo de curación, entre otras cosas de forma gratuita o por cuotas simbólicas.

Como parte de este servicio, se encuentra el Departamento de Psicooncología, el cual está a cargo de los residentes de medicina conductual, quienes se organizan bajo un sistema de rotaciones por las diferentes clínicas oncológicas.

Respecto a las características de la población que se atiende en el Servicio de Oncología: pacientes originarios y residentes del DF, Estado de México, Toluca, Hidalgo, Puebla y Michoacán entre otros estados e inclusive de otros países, llegan después de haber asistido con médicos generales o especialistas desde sus lugares de origen o por referencia de éstos. Las características sociodemográficas de la población se engloban en las siguientes: pacientes de estatus económico medio-bajo, casados, de edades desde 18 a 95 años, que viven con su pareja e hijos o familiares cercanos, en hogares rentados con todos los servicios y de roles tradicionales.

3.3.2. Evaluación inicial del servicio.

El Servicio se encontró con funciones y actividades delimitadas, poco organizadas, ya que no existía un supervisor *in situ* de base que coordinara continuamente y de cerca, por lo que los dos residentes de medicina conductual asignados desde inicios del presente año, se autorregulaban acorde a sus propias necesidades y experiencia en el servicio. La relación empática y comunicación abierta y directa con médicos adscritos y residentes, ya fomentada desde varias generaciones, y mantenida hasta la fecha, permite reconocer y demandar el trabajo del psicólogo como parte fundamental del equipo de salud que atiende al paciente oncológico.

En cuanto a los espacios de trabajo, se tenían a disposición dos consultorios de Psicooncología y uno más amplio para llevar a cabo las pláticas psicoeducativas.

3.3.3. Actividades del residente en Medicina Conductual.

Diarias.

Se realizaron rotaciones por las distintas clínicas oncológicas (duración máxima de tres meses por cada una: Tumores mixtos, Mama y Ginecología, Cabeza y Cuello, Oncología médica, Urgencias oncológicas y clínica de catéteres), con la intención de enriquecer la formación y las habilidades clínicas de la residente, ya que los padecimientos y las necesidades de los pacientes son distintas entre éstas; tanto las tareas asistenciales como académicas se desglosan a continuación (ver Tabla 9).

Tabla 9. Horario semanal de actividades

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00	Sesión médica				Sesión médica
8:00	Pase de visita	Plática pacientes	Sesión General HJM	Pase de visita	Pase de visita
9:00		Pase de visita	Pase de visita		Consulta externa médica
10:00				Consulta externa médica	
11:00	Consulta externa médica	Atención a pacientes	10:30 a 11:30 Revisión de casos clínicos		Sesión bibliográfica
12:00			11:30 a 13:30 Supervisión académica		
12:30					
13:00	Atención a pacientes		Atención a pacientes	Atención a pacientes	Atención a pacientes
14:00		Supervisión in situ			
15:00		Elaboración de reporte diario/salida			

-Pase de visita. Mismas actividades, ya reportadas en primera rotación

-Asistencia a la Consulta Externa Médica. Consiste en observar e identificar pacientes o familiares con problemáticas acorde al motivo de su consulta, establecer componentes de relación con médicos y ayudarles en cualquier tarea durante las consultas (por ejemplo, llamar pacientes, llenar formatos, etc.).

-Atención a pacientes en hospitalización. Dinámica de trabajo coincide con los mismos criterios ya mencionados en la primera rotación.

A partir del mes de abril colaboré como observadora en la consulta de primera vez, junto con el jefe del servicio u otro médico adscrito o residente de mayor jerarquía, para llevar a cabo un tamizaje psicológico por cada paciente visto y, determinar quién requería ser canalizado y valorado por Psicooncología en consulta externa u hospitalización.

-Protocolo. Se registró y aprobó por el HJM la aplicación del protocolo de investigación ya descrito en el segundo capítulo.

Académicas.

-Supervisión in situ. Los días martes con la Lic. Mora, misma dinámica ya descrita en primera rotación.

-Clase con médicos. Los días lunes y viernes a las 7:00 am con los médicos y residentes, en la cual se revisaban generalidades de los padecimientos oncológicos y discusión sobre casos (definición, historia natural, tratamiento, factores de riesgo, pronóstico, etc.).

-Resto de actividades (sesión general, clínica, bibliográfica y supervisión académica). Sin cambios respecto a primera rotación.

Cuando ingresaron los nuevos residentes en enero de 2014, se diseñó un “**Plan de trabajo**” y se agregaron a las actividades académicas clases y tareas tales como:

-Supervisiones individuales que incluyeron: *Inducción al servicio* -presentación con personal de salud y recorrido por las instalaciones del HJM- y del Servicio de Oncología y *entrenamiento clínico* –revisión de notas, supervisión de casos y evaluación de habilidades de entrevista e intervención-.

-Clase de enfermedades oncológicas en las que los residentes de primer grado realizaron una exposición quincenal, los días martes de 8:00 a 9:00 am (no coincidir con plática psicoeducativa), de las principales enfermedades oncológicas que presentan los pacientes del HJM (ver Tabla 10). La exposición contemplaba los siguientes puntos: definición, epidemiología, etiología, tratamiento médico y principales dificultades psicosociales que presenta el paciente de la enfermedad en cuestión.

Tabla 10. Temáticas y fechas de exposición de diagnósticos oncológicos

Temas	Fechas de exposición
<ul style="list-style-type: none"> • Ovario • Cérvico-uterino 	21 de enero
<ul style="list-style-type: none"> • Mama • Endometrio 	04 de febrero
<ul style="list-style-type: none"> • Testículo • Próstata 	04 de marzo
<ul style="list-style-type: none"> • Colon • Recto 	18 de marzo
<ul style="list-style-type: none"> • Tiroides • Laringe 	01 de abril
<ul style="list-style-type: none"> • Gástrico • Páncreas 	22 de abril

- LNH
- Sarcoma

06 de mayo

Continuación Tabla 10

-Clase de técnicas cognitivo-conductuales a nivel teórico-metodológico y práctico, que impartían los residentes de segundo grado (ver Tabla 11) los días jueves. Abordando aspectos tales como: el fundamento teórico (definición), las principales características (terapeuta, paciente, ámbitos y dificultades de aplicación) y el procedimiento (adaptación de los pasos a casos oncológicos y ejemplos) de las técnicas y estrategias cognitivo-conductuales más utilizadas en el Servicio de Oncología por el residente de MC.

Tabla 11. Temáticas y fechas de exposición de técnicas cognitivo-conductuales

Bloques de Técnicas	Fechas de exposición
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración pasiva • Respiración diafragmática 	23 de enero
<ul style="list-style-type: none"> • Relajación muscular progresiva • Relajación autógena • Imaginación guiada 	30 de enero
<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Informar-orientar 	06 de marzo
<ul style="list-style-type: none"> • Inundación • Desensibilización sistemática • Aproximaciones sucesivas 	13 y 20 de marzo
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de contingencias • Autocontrol • Entrenamiento en habilidades sociales • Solución de problemas • Inoculación al estrés 	27 de marzo 03 y 10 de abril
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitiva • Terapia Racional Emotiva 	24 de abril
<ul style="list-style-type: none"> • Distracción cognitiva- instrumental 	08 de mayo
<ul style="list-style-type: none"> • Activación conductual 	15 de mayo
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista motivacional 	22 de mayo
<ul style="list-style-type: none"> • Biofeedback 	29 de mayo

-Pláticas Psicoeducativas. Ciclo de pláticas quincenales de las 8:00 a 9:00 hrs. los días martes para pacientes con cáncer y sus acompañantes, con formato grupal y con el objetivo de informar y orientar sobre diversas temáticas relacionadas al cáncer,

para las cuales se elaboraba un tríptico base y se planeaban actividades acorde a la temática a impartir (ver Apéndice 23). Se participó en dos ciclos: 1) segundo semestre del año 2013 “El impacto del cáncer en nuestras vidas”; 2) primer semestre del 2014 “Aprendiendo a manejar mi tratamiento”. Los temas expuestos fueron:

a) *“Autoimagen”*: Las repercusiones a nivel psicológico, físico y emocional de los tratamientos oncológicos la percepción que tienen de ellos mismos y cómo poder mejorarla.

b) *“Efectos negativos en el cuidador del paciente con cáncer y cómo protegerlo”*: Problematizar la labor del cuidador primario, identificando señales y conductas de riesgo y estrategias sobre cómo cuidarse a sí mismos para que puedan ejercer una mejor labor de cuidado.

c) *“¿Cómo hablar del cáncer con los otros?”*: La importancia de comunicarse con sus seres queridos y gente cercana, aprendiendo estrategias sobre qué, cómo, a quiénes y cuándo para favorecer la adaptación a la fase de la enfermedad en la que se encuentren.

d) *“Sexualidad y pareja”*: Las principales afectaciones físicas y psicológicas de los tratamientos sobre la sexualidad del paciente con cáncer. Se implementó un ejercicio retomando los cinco pasos de la técnica en solución de problemas con el fin de identificar algún problema en relación al tema y saber cómo comunicarlo a la pareja.

e) *“Imagen corporal”*: Los componentes de la imagen corporal y el impacto de los tratamientos médicos sobre ésta, así como sugerencias para mejorarla. Se modelaron situaciones prácticas sobre el uso de mascaradas, sombreros, gorros, maquillaje, etc., además, se implementó un breve cuestionario antes y después de la plática como medida del efecto de dicha plática.

f) *“Impacto de los tratamientos en mi vida”*: Las principales afectaciones físicas y psicológicas de los distintos tratamientos oncológicos. Se implementó un ejercicio con algunos componentes de solución de problemas para planificar actividades de autocuidado y favorecer la relación médico-paciente.

g) *“¿Cómo hablar con mi médico?”*: Los componentes de una comunicación efectiva entre el paciente y su médico. Se realizó ejercicio con el fin de identificar preguntas clave a realizar y principales dificultades para preguntar al médico.

h) *“¿Cómo cuidarme durante mi tratamiento?”*: Las estrategias que pueden implementar los pacientes para fomentar o mantener comportamientos que favorezcan los cuidados durante el tratamiento médico. Se llevó a cabo un ejercicio

con relación al conocimiento de los efectos secundarios y una cómo hacer una planeación personalizada.

3.3.4. Datos de productividad.

La cobertura de atención (20 de junio de 2013 al 27 de junio de 2014) tuvo un **total de 467 pacientes** con un total de **722 intervenciones**. La mayoría son mujeres quienes reciben la atención psicológica, ya que acuden con más frecuencia al médico para tratarse, a diferencia de los hombres, quienes a menudo por razones culturales, no lo hacen (ver Figura 9).

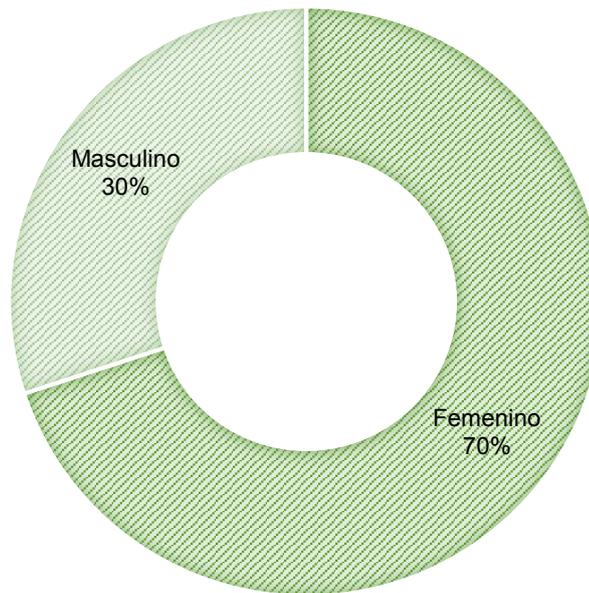


Figura 9. Porcentaje total del género de la población atendida durante junio 2013-2014

De dicho total de intervenciones, el tipo de consulta subsecuente registró mayor frecuencia (ver Tabla 12).

Tabla 12. Pacientes atendidos de acuerdo al género y tipo de consulta

TIPO DE CONSULTA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Primera vez	221	100	321
Subsecuente	284	117	401
Total	505	217	722

Sobre el total de intervenciones se observa que el área de atención con el mayor número de pacientes atendidos fue hospitalización (ver Tabla 13).

Tabla 13. Pacientes atendidos distribuidos por género y área de atención

ÁREA DE ATENCIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Consulta Externa	199	58	267
Hospitalización	298	146	444
Urgencias/Biopsias	7	2	9
Quimioterapia	0	1	1
Terapia intravenosa	1	0	1
Total	505	217	722

En la Tabla 14 se muestran los diagnósticos oncológicos de la población atendida; los ginecológicos (mama, cervicouterino y endometrio) y los mixtos (colon y gástrico) se ponderan en la lista en los primeros lugares; los de cabeza y cuello (laringe y tiroides) entre otros como los de pulmón, pene, melanoma y páncreas, por citar algunos, se presentaron con un porcentaje por debajo del 1.5%.

Tabla 14. Diagnóstico médico de la población atendida

DIAGNÓSTICO MÉDICO	N	%
Ca mama	150	28.5
Ca colon	67	9.3
No registrado	60	8.3
Ca cu	56	7.8
Ca gástrico	37	5.1
Ca recto	36	5.0
Tumor en estudio	30	4.2
Ca renal	24	3.3
Ca ovario	22	3.0
Ca próstata	22	3.0
Ca testículo	21	2.9
Enfermedad benigna	18	2.5
Ca endometrio	17	2.4
LNH	17	2.4

Por otra parte, los distintos problemas psicológicos que presentan los pacientes atendidos, se concentran en factores psicológicos que pueden o no afectar el proceso de adaptación en cualquier fase de la enfermedad en que se encuentren, los cuales son diagnosticados acorde a los criterios retomados del DSM-IV (ver Tabla 15).

Tabla 15. Problemas Psicológicos de los pacientes atendidos

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO	n	%
Sin trastorno psicológico	256	35.5
Diagnóstico psicológico aplazado	96	13.3
Síntomas de ansiedad (ante comunicación de malas noticias, procedimientos médicos, revisión médica, estancia hospitalaria, etc.).	51	7.1
Factor psicológico que afecta al estado físico (trastorno mental, síntomas psicológicos, rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento, comportamientos desadaptativos, respuesta fisiológica relacionada con el estrés).	50	6.9
Respuesta de estrés aguda (casos donde hay respuestas de crisis o bien sólo se presenta una respuesta de estrés "normal" a la situación).	43	6.0
No valorable debido a condición médica (Paciente intubado, en malas condiciones, posquirúrgico o en Unidad de Cuidados Intensivos).	42	5.8
Síntomas de depresión (ante estancia hospitalaria, comunicación de malas noticias, etc.).	34	34.7
Otros problemas no clasificados	32	4.4
Episodio depresivo	25	3.5
Otros problemas relacionados déficit-distorsión de la información	17	2.4
Problemas de relación no especificado	15	2.1
Trastorno adaptativo	14	1.9
No registrados	9	1.5
Trastorno adaptativo mixto	6	.8
Problemas de relación asociados a enfermedad médica o trastorno mental	6	.8
Problemas paterno-filiales	5	.7
Trastorno depresivo	5	.7
Trastorno de ansiedad	5	.7
Sintomatología mixta (ansiedad/depresión)	4	.6
Delirium	4	.6
Incumplimiento terapéutico	3	.4
Problemas conyugales	2	.3
Problemas de aculturación	2	.3
Trastorno de estrés agudo	2	.2
Problemas de relación entre hermanos	1	.1
Trastorno de estrés postraumático	1	.1
Trastorno de conversión	1	.1

Referente a la **modalidad de atención** que se utilizó, se observó que la **individual** fue la que mayor puntaje obtuvo (ver Tabla 16).

Tabla 16. Modalidad de atención psicológica otorgada

MODALIDAD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA	n	%
Individual	258	35.7
Individual-Familiar	232	32.1
Familiar	138	19.1
Grupal (pláticas psicoeducativas)	94	13.0

Sobre el tipo de **abordaje psicológico** realizado, la psicoterapia fue la más utilizada seguida de las evaluaciones de primera vez (ver Tabla 17).

Tabla 17. Tipo de abordaje psicológico otorgado

ABORDAJE PSICOLÓGICO	N	%
Psicoterapia	306	42.4
Monitoreo	143	19.8
Evaluación	138	19.1
Protocolo	25	3.5
Intervención en crisis	16	2.2

Por último, se presentan en la Tabla 18 **los procedimientos y las técnicas psicológicas** y sus componentes, empleadas durante este período, mismas que se enmarcan desde un enfoque cognitivo-conductual y basado en la evidencia. Cabe señalar que la entrevista clínica, la cual no es considerada una técnica de intervención, se tomará como parte de éstas, por razones de uso en el llenado de la productividad diaria.

Tabla 18. Técnicas y procedimientos de intervención psicológica frecuentemente utilizadas

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS	n	%
Entrevista inicial	281	38.9
Informar	206	28.5
Orientar	78	10.8
Psicoeducación	26	3.6
No registrados	25	3.5

Solución de problemas	24	3.3
Componentes de relación	13	1.8
Distracción cognitiva	12	1.7
Distracción instrumental	11	1.5
Manejo de contingencias	9	1.2
Terapia cognitiva de Beck	8	1.1
Activación conductual	8	1.1
Autoinstrucciones	6	.8
Respiración diafragmática	5	.7
Entrenamiento en asertividad	3	.4
Respiración pasiva	3	.4
Imaginación guiada	1	.1
Biblioterapia	1	.1
Detención de pensamientos	1	.1

Continuación Tabla 18.

3.3.5. Caso clínico.

Se presenta el de una mujer de 52 años con diagnóstico psicológico de trastorno adaptativo mixto-crónico (ver Apéndice 24).

3.3.6. Otras actividades.

Período de Junio a Octubre 2013. **Asistencia** al Congreso Internacional de Oncología y Hematología Pediátrica los días 28 y 29 de junio. **Taller:** Crianza positiva para pacientes con cáncer, ambos con sede en Morelia, Michoacán. **Curso-taller:** La evaluación de los trastornos de la ansiedad en la infancia, 03 de junio al 12 de agosto con sede en la FESI-UNAM. **Ponencia y Asistencia** al Tercer Coloquio Nacional de Psicooncología, los días 22 al 24 de agosto. **Taller:** Técnicas cognitivo-conductuales en enfermedades crónico degenerativas, ambos con sede en el Instituto Nacional de Cancerología. **Taller:** Necesidades psicosociales en el paciente con enfermedad avanzada el 05 de septiembre con sede en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

3.3.7. Evaluación final.

Servicio asignado.

Oncología es un servicio sumamente concurrido, todos los días te enfrentabas con gritos y regaños durante el pase de visita, presión laboral, consultas médicas saturadas de citas, espacios reducidos, pacientes con escolaridad nula o trunca, de escasos recursos, que vienen de lejos y sin desayunar; que deben esperar largas horas para ser atendidos y correr con suerte de encontrar de buen humor al médico que lo atenderá, u horas de incertidumbre mientras llega su turno quirúrgico, tiempo de entretenimiento en la estancia hospitalaria mientras se administra su quimioterapia, etc., todo ello es la esencia de un servicio que al residente en medicina conductual le permite aprender y ser mejor persona y profesional.

No obstante, es indispensable que se abran plazas de psicología para el servicio, ya que es necesario personal que esté fijo y que coadyuve con la formación de futuros residentes, con ello se aclararía la información sobre el médico conductual y se daría lugar al trabajo multi e interdisciplinario y se mostraría el beneficio de contar con uno, no quiero decir con ello que no exista, ya que sí figuramos como parte esencial del equipo y se nos permitió el aprendizaje, sin embargo, yo percibí ciertos sesgos y distorsión en las actividades y los objetivos de éstas desde la Medicina Conductual, tendiendo a confundirlas con las de un psicólogo general o un tanatólogo o limitarlas al profesional que “relaja” a los pacientes.

Actividades diarias y académicas.

Me hubiera gustado una participación activa en clases con médicos (exponerles temas desde el enfoque psicológico, por ejemplo: cómo dar malas noticias, manejo del estrés, estrategias de estudio, la labor del médico conductual, las afectaciones psicológicas y emocionales del paciente con cáncer, tamizaje psicológico, etc.). Aunado a ello, tener que rendir un informe psicológico breve de los pacientes ya fuera en esta clase o en pase de visita y que médicos y/o supervisor in situ cuestionaran y retroalimentaran. Además, implementar dinámicas durante clases de MC para propiciar mayor análisis y discusión de los casos y artículos.

Protocolo.

Considero que desde el ingreso a la residencia se debería fomentar y dar un tiempo para el desarrollo de un protocolo de investigación, aunque en una maestría no sea el objetivo principal de egreso.

Sistema de supervisión in situ y académica.

Buena organización y contenido de la supervisión que tuve en mi residencia; en oncología sería preciso buscar un supervisor in situ, ya que hace mucha falta contar con este apoyo en la jornada laboral diaria.

Competencias profesionales alcanzadas.

Esta residencia cumplió con la mayoría de mis expectativas, y considero que cumplí con las competencias que se esperaban de mi desempeño acorde a los objetivos de la residencia en MC, me llevo aprendizajes en el profesional y en el personal, ya que ha cambiado mi vida en muchos sentidos a partir del acercamiento al paciente crónico.

3.3.8. Conclusiones de la rotación

Fue una experiencia sumamente enriquecedora estos meses en el servicio, ya que las condicionantes de la enfermedad en los adultos y todo lo que de ello se deriva, se deben abordar clínicamente bajo una óptica distinta en comparación con la población infantil; las necesidades, estructura y clima laboral del servicio, permiten al residente de medicina conductual desarrollar y poner en práctica distintas competencias instrumentales, creativas y de resolución de problemas; aunado a ello, es un servicio con gran carga de trabajo por la cantidad de pacientes que llegan a atenderse y el cumplimiento de las exigencias del personal médico, a largo plazo, es una labor que desgasta física y emocionalmente al residente.

Por otro lado, sugiero hacer una difusión en Gaceta del Hospital acerca de los aportes del Departamento de Psicooncología; así como buscar los nexos con asociaciones o fundaciones que nos permitan ampliar la red de recursos que se ofrecen a los pacientes.

3.4. Competencias profesionales alcanzadas

Actividades diarias.

Logré adquirir habilidades clínicas desde el enfoque cognitivo-conductual y mejorar las que ya conocía (realizar una entrevista de primera vez, de seguimiento, desarrollar una psicoterapia o un taller o plática, saber aplicar técnicas psicológicas, tener conocimientos de desarrollo humano, psicopatología y manejo de grupos, llevar a cabo un evaluación conductual y planear estrategias de intervención, entre otras), me permiten considerarme una profesional calificada en el área, que puede intervenir en cualquier nivel de atención con población con enfermedades crónico-degenerativas, así como trabajar interdisciplinariamente con el equipo de salud. Las destrezas que desde el contexto hospitalario se aprenden, enriquecen los conocimientos teóricos, metodológicos y aplicados del ejercicio profesional del psicólogo clínico desde la medicina conductual. El trabajar con el equipo de salud en pase de visita, consulta externa y hospitalización, inclusive las rotaciones por las distintas clínicas del servicio, permite dar cuenta de la realidad de los sistemas de salud, de la visión y trabajo del médico oncólogo –residentes o adscritos-, de las necesidades y problemáticas de los pacientes, de la complejidad de una enfermedad crónica como el cáncer y, de la disciplina y la gran pasión que por tu profesión debes tener, ya que brindas atención a “seres humanos” y ellos merecen lo mejor de ti. Desarrollé estrategias de comunicación asertivas y una actitud positiva de colaboración con la enfermera, el médico, la secretaria, etc. Principalmente, la labor asistencial de pacientes ya sea en consulta externa u hospitalización o en cualquier otro lugar en que se tuviera que realizar una intervención psicológica, enriqueció mi desempeño día con día.

Asimismo, el formar a mis compañeros de residencia fue una gran experiencia, ya que debes tener organización, claridad y compromiso con las labores que desempeñas, así como los conocimientos de lo que fundamenta y dará forma a dichas labores en la atención al paciente oncológico.

Actividades académicas.

Los aprendizajes adquiridos en las clases con los médicos fueron un complemento a lo que desde los libros leía sobre el cáncer y sus tratamientos, siendo de utilidad para

entender a lo que los médicos se referían sobre algún término médico, medicamentos, procedimientos quirúrgicos, tipo de cáncer, sobrevida, efectos secundarios, etc., e informar y orientar a los pacientes y sus familiares cuando entraban en contacto con este tipo de información.

Por otro lado, el contar con discusiones de casos clínicos y recursos bibliográficos con los demás compañeros de MC, me permitió conocer otros puntos de vista y otras problemáticas fuera del espectro de lo oncológico, debido a que nos encontrábamos en distintos servicios del hospital (medicina interna, nefrología, trasplante, hematología y geriatría), asimismo el poder obtener retroalimentación de la labor asistencial junto con el psiquiatra que nos supervisaba y permitirme la búsqueda de artículos basados en la evidencia para sustentar mis intervenciones e informarme sobre temas de interés abordados en dichas clases.

Protocolo.

Desde generar una pregunta de investigación, la búsqueda bibliográfica, la construcción de un proyecto y sus distintos materiales, el piloteo, la selección de los participantes y la puesta en marcha intervenciones basadas en la evidencia, fueron oportunidades de aprendizaje constante. Si bien es cierto, en un contexto hospitalario como es el HJM, te encuentras con múltiples dificultades de espacio, de tiempo y características de la población, para realmente pensar en implementar un proyecto de investigación, sin embargo, el acercarnos a la investigación aplicada en este nivel de estudios, fortaleció mi interés por ésta y me gustaría darle continuidad en el Doctorado en Psicología y Salud.

Supervisión in situ y académica.

La retroalimentación oportuna y precisa de colegas de profesión en las supervisiones tanto in situ como académica, me permitió darme cuenta de áreas de oportunidad en mi labor asistencial y de compartir experiencias y conocimientos en cuanto a dicha labor. Además de encontrar una guía para cualquier duda o caso difícil; fueron siempre nuestro apoyo y ejemplo tanto fuera como dentro del hospital.

Conclusiones finales

El Programa de Maestría en Psicología de la UNAM abre la brecha a esta profesión en el área de la práctica clínica, ya que la residencia ofrece la oportunidad de fortalecer las competencias de promoción, prevención, intervención, rehabilitación e investigación para dar respuesta a diversas demandas y necesidades en el área de la salud.

Bajo este tenor, el modelo biopsicosocial tergiversó la manera de comprender y explicar los procesos de salud-enfermedad, como muestra de ello, la OMS comprendió en su definición de salud, el aspecto psicológico y social, completando al biológico y físico; acompañado de estos cambios, el psicólogo como parte del equipo de salud, ha representado un reto que poco a poco va consiguiendo posicionar sus aportaciones en el campo de la salud, ya sea desde un nivel de prevención hasta de actuación cuando una enfermedad ya está presente. En este sentido, el psicólogo debe estar altamente capacitado y formado con especial atención en el ámbito de la salud, la psicoterapia y la clínica de los distintos trastornos mentales y sus correlatos con la enfermedad, entre otros aspectos. De ahí que la especialidad en Medicina Conductual, proporciona una visión inter y multidisciplinar, así como conocimientos y habilidades a nivel teórico, metodológico y práctico, para la atención sistemática, científica y ética de las variables psicosociales que se relacionan con el enfermo crónico y su patología médica.

Como ya se vio a lo largo este reporte, el residente en Medicina Conductual con el paciente oncológico pediátrico y adulto, puede diseñar e implementar intervenciones en formato individual o grupal, que la mayoría de las veces, deben ser breves, inmediatas, y fundamentadas en la evidencia, debido al contexto hospitalario en sí mismo y a la complejidad de las situaciones que los pacientes presentan, como son: distancias de traslado complejas, recibir diagnósticos oncológicos con pronósticos reservados o no favorables, realización de procedimientos médicos invasivos continuos, hospitalizaciones prolongadas, efectos secundarios de los tratamientos médicos, etc.; circunstancias que van a delimitar la acción del psicólogo, y a las que éste debe ajustarse y promover en todo momento el bienestar del paciente y su familia.

Todo ello permite evaluar y ajustar las actividades que realiza el residente y quienes están a su cargo, como el tutor, los supervisores y docentes y dar a conocer a las nuevas generaciones el trabajo realizado, en favor de la mejora de la programa en general.

Referencias

- Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer [IARC]. (2012). Globocan Project. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
- Allende, S., Flores, P. & Castañeda, C. (2000). Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas. *Instituto Nacional de Cancerología*, 46(1), 10-16. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca001b.pdf>
- Almanza, M.J. & Holland, J.C. (2008). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf>
- Alvarado, G.A. (2010). Experiencia de cuidar a un paciente con enfermedad crónica después de recibir una capacitación. *Salud Uninorte Barranquilla*, 26(2). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000200007
- Álvarez, E.T. (2001). El cuidado paliativo en casa al paciente terminal. *MedUNAB*, 4(10), 1-11. Recuperado de <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=327&path%5B%5D=308>
- Álvarez, L., González, M. & Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*, 22(0), 618-619. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v22n6/carta1.pdf>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed., texto rev.). Washington, DC: Autor
- Amigo, V.I. (2012). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide
- Applebaum, A. & Breitbart, W. (2013). Care for the cancer caregiver: a systematic review. *Palliative Support Care*, 11(3), 231-252. doi: 10.1017/S1478951512000594

Barrón, R.B. & Alvarado, A.S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, 4, 39-46. Recuperado de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>

Barzelloni M., Mogavero A., Carnicelli P., Izzo R. & Crivaro V. (2012). Experimental prospective cognitive study on the evaluation of connection of fatigue perception and depression among caregivers and team treating cancer patients receiving oral chemotherapy to systemic chemotherapy. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia.*, 34(2), 29-37. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23326937>

Bee, P., Barnes, P. & Luker, K. (2009). A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1379-1393. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02405.x

Bishop, S. (2000). *Desarrolle su asertividad*. España: Gedisa

Boele F., Hoeben, W., Hilverda K., Lenting J., Calis A., Sizoo E., Collette E., Heimans J., Taphoorn M., Reijneveld J. & Klein M. (2013). Enhancing quality of life and mastery of informal caregivers of high-grade glioma patients: a randomized controlled trial. *Journal Neurooncology*, 111(3), 303-311. doi: 10.1007/s11060-012-1012-3

Borda, M., Pérez, M. & Blanco, A. (2000). *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Burns, C.N., Abernethy, A.P., Grande, E. & Currow, D.C. (2013). Uncovering an invisible network of direct caregivers at the end of life: A population study. *Palliative Medicine*, 27(7) 608-615. doi: 10.1177/0269216313483664

Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.

Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI.

Candy, B., Jones, B., Drake, R., Leurent, B. & Michael, M. (2011). Intervenciones para el apoyo de los cuidadores no profesionales de pacientes en la fase terminal de su enfermedad. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(6), doi:10.1002/14651858.CD007617

Caqueo, U.A., Segovia, L.P., Urrutia, U.U., Miranda, C.C. & Navarro, L.E. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 10(1), 95-108. doi: 10.5209/ravPSIC2013v.10.41950

Chávez, B.M. & Tron, Á.R. (2012). Los índices descriptivos en los diseños N=1. En Autores (Eds.), *Análisis descriptivo en psicología. Aspectos metodológicos y estadísticos* (pp.204-242). México: UNAM-FESI.

Docherty, A., Owens, A., Asadi-Lari, M., Petchey, R., Williams, J. & Carter, Y. (2008). Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *Palliative Medicine*. doi: 10.1177/0269216307085343

Donker, F. (1991). Medicina Conductual y Psicología de la Salud. En G. Buela-Casal & V. Caballo (Eds.), *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Durán, E. & Ibañez, E. (2000). Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención psicosocial. *Psicología, Salud y Docencia*, 1(1), 27-43. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/362/36210103.pdf>

Espinoza, M.K. & Jofre, A.V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería*, 18(2), 23-30. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_03.pdf

Faul, L.A. & Jacobsen, P.B. (2012). Psychosocial interventions for people with cáncer. En: A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. Recuperado de http://books.google.com.mx/books?id=FZOjc8ouMIsC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Font, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En M. Pérez; J. Fernández; C. Fernández & I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud* (pp. 57-90). Madrid: Pirámide.

Galindo, O., Pérez, H., Alvarado, S., Rojas, E., Álvarez, M.A. & Aguilar, J.L. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2), 108-115.

García, G. (2009). *Perfil sociodemográfico del cuidador del adulto mayor y frecuencia de sobrecarga del cuidador*. (Tesis de Maestría inédita). México: UNAM.

Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide

Grov, E.K., Dahl, A.A., Moum, T. & Fossa, S.D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, 16, 1185-1191. doi:10.1093/annonc/mdi210

Harding, R., List, S., Epiphaniou, E. & Jones, H. (2011). How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic cancer review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine*, 26(1) 7-22. doi: 10.1177/0269216311409613

Hebert, R. & Schulz, R. (2006). Caregiving at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1174-1187. Recuperado de <http://www.ucsur.pitt.edu/files/schulz/JPalliativeMedHebert-Schulz06.pdf>

Hersh, S. (1988). Aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer. En V. Devita (Ed.), *Cáncer. Principios y práctica oncológica* (cap. 55). España: Salvat.

Instituto Nacional de Cancerología [INCAN] (2013). *Cáncer en cifras. Globocan 2008*. Recuperado de <http://www.infocancer.org.mx/Globocan%202008-con504i0.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2013). *Estadísticas de Mortalidad*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/prensa/Contenidos/estadísticas/2013/cancer0.doc>

Islas, S.N., Ramos, R.B., Aguilar, E.M. & García, G.M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266-271. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852006000400006&lng=es&tlng=es

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.

Lacasta, M.A. & Soler, Ma. C. (2006). Valoración del cuidador. En M. González; M. Lacasta & A.Ordoñez (Eds.). *Valoración clínica del paciente con cáncer* (cap. 12). Madrid: Médica Panamericana.

McMillan, 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: a randomized clinical trial. *Cancer*, 106(1), 214-222. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11347790>

Meijers, J. (2010). Problem Solving and Crisis Intervention. F. Dattilio & A. Freeman (Eds.) *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention* (cap. 18). USA: The Guilford Press.

Méndez, J. (2005). Psicooncología infantil: Situación actual y líneas de desarrollo futuras. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 33-52. doi:10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.9316

Méndez, J. (2007). Aspectos psicológicos del niño con cáncer. En R. Rivera (Ed.). *El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes en el médico no especialista* (cap. 18). México: Editores de Textos Mexicanos.

Meyers, F., Linder, J., Carducci, M., Greasby, T., Loscalzo, M.& Beckett, L. (2001). Effects of a Problem-Solving Intervention (COPE) on Quality of Life for Patients with Advanced Cancer Clinical Trials and their Caregivers: Simultaneous needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Palliative Medicine*, 14(4), 465-473. doi:10.1089/jpm.2010.0416

Nezu, A., Nezu C., Felgoise, S. & Greenberg, L. (2012). Psychological Oncology. En A. Nezu; C. Nezu, P. Geller & I. Weiner (Eds.), *Handbook of Psychology. Health Psychology* (cap.12). Recuperado de <http://lp.wileypub.com/HandbookPsychology/SampleChapters/Volume9.pdf>

Northouse, L.L. (2012). Helping Patients and Their Family Caregivers Cope With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(5), 500-506. doi: 10.1188/12.ONF.500-506

Oblitas, L.G. (2008). *Panorama de la Psicología de la Salud*. México: Cengage Learning

Oblitas, L.G. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning

Peñaloza, G., Velázquez, M., García, Casian & Rodríguez (2008). Oncología pediátrica. *Gaceta HJM*, 2(3), 9-11.

Pérez, I. (2009). *Síndrome de desgaste en cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos* (Tesis de Maestría). México, UNAM.

Rabin, R., Oemar, M., Oppe, M., Janssen, B. & Herdman, M. (2011). User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. *EuroQol Group*. Disponible en http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/UserGuide_EQ-5D-5L_v2.0_October_2013.pdf

Rangel, D.N., Ascencio, H.L., Ornelas, M.R., Allende, P.S., Landa, R.E. y Sánchez, S.J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: un estudio piloto. *Psicooncología*, 10 (2-3), 365-376. doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43455

Rangel, D.N. (2013). Guía de solución de problemas para cuidadores de pacientes con cáncer. México, UNAM. En prensa.

Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Reynoso, E.L., Hernández, M.M., Bravo, G.M. & Anguiano, S.S. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/17/017_Reynoso.pdf

Reynoso, E.L., Bravo, G.M., Anguiano, S.S. & Mora, M.M. (2012). La evaluación de la residencia en Medicina Conductual. ¿La historia se repite? *Revista de Educación y Desarrollo*, 23, 45-53. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/23/023_Reynoso.pdf

Rivera, R. (2007). Generalidades. En Autor (Ed.), *El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes en el médico no especialista* (cap. 1). México: Editores de Textos Mexicanos.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 11-217.

Rodríguez, G. & Jaén, C. (2004). La cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. En G. Rodríguez (Ed.) *Medicina Conductual en México* (cap. 2). México: Sociedad Mexicana de Medicina Conductual A.C.

Rodríguez, O.G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021975002>

Rojas, L. (2011). *Carga percibida y calidad de vida relacionada con la salud del cuidador primario informal de pacientes con insuficiencia renal crónica*. (Tesis de Maestría inédita) México, UNAM.

Ruelas, E. (2004). La cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. En G. Rodríguez (Ed.), *Medicina Conductual en México*. México: (cap. 1). Sociedad Mexicana de Medicina Conductual A.C.

Sánchez, L. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Ciencia Médica de la Habana*, 7(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300004&script=sci_arttext

Secretaría de Salud México. (2012). *Hospital Juárez de México*. Recuperado de <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/>

Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana

Valladares, C.P. & Rentería, R.A. (2011). *Psicoterapia Cognitivo-Conductual. Técnicas y procedimientos*. México: UNAM-FESI, cap- 3.

Waldron, E.A., Janke, E.A., Bechtel, C.F., Ramírez, M. & Cohen, A. (2013). A systematic review of psychosocial interventions to improve cancer caregiver quality of life. *Psycho-Oncology*, 22(6),1200-1207. doi: 10.1002/pon.3118. Epub 2012 Jun 25

Zárate, Y. (2011). Mitos y verdades sobre el cáncer. *Cáncer: Investigaciones en la UNAM. Boletín informativo de la Coordinación de la Investigación Científica*. México, INCAN.

Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of feelings and Burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

Apéndice 1. Formato de Nota psicológica

Expediente: _____ (Hosp) (CE) (QtA) (Urg) Diagnóstico médico: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Diagnóstico Psicológico: _____

No. de sesión: _____ Fecha: _____

Descripción del problema:

Objetivo(s):

Técnica (s):

Procedimiento:

Resultados:

Observaciones o Recomendaciones:

Apéndice 2. Formato de Análisis Funcional

Fecha _____

✓ **Datos sociodemográficos.**

Expediente: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Diagnóstico médico: _____ Diagnóstico psicológico: _____

Estímulos Antecedentes	Variables Organísmicas	Respuesta	Consecuencias

✓ **Plan de acción.**

Hipótesis funcional:

Aspectos a intervenir:

Técnicas de intervención:

Objetivos de intervención:

Observaciones:

Residencia en Medicina Conductual

Apéndice 3. Formato de la Guía de Entrenamiento Asertivo para cuidadores

PASO 1.

1. De acuerdo al video responda qué estilo corresponde a la escena presentada: _____
2. Marque con una “X” la opción que usted elegiría en la siguiente situación:

“Se ha dado cuenta que un vecino deja bolsas de basura afuera de la puerta de su casa por las noches”

3. Así como están, ponga la letra de los cuadros de abajo dentro del cuadrado que crea usted corresponda con el estilo.

AGRESIVO

C.

Voy a tocarle a su casa y le pido con mucho enojo que no se pase de listo y que si tiene algún problema conmigo porque si no yo voy a venir a dejarle mi basura y ya no le va a parecer, así que me voy y lo dejo ahí parado en la puerta de su casa.

ASERTIVO

A.

Le voy a tocar a su casa y le digo que lo he visto dejar sus bolsas de basura afuera de la puerta de mi casa y le comento que esa situación me molesta porque eso no se hace, no está bien que no respete la casa de otros, porque a usted no le gustaría que le viniera a hacer lo mismo, así que por favor evítese la pena de que tome otras cartas sobre el asunto.

PASIVO

B.

Me doy cuenta que es el amigo de mi esposo, entonces no le digo nada a nadie, al fin y al cabo los de la basura pasan todos los días y ellos pueden llevársela y así yo me evito de meter en problemas. Además pienso que tal vez no es por mala fe, sino porque mi casa queda más cerca del carro de basura.

Manual de trabajo. COMUNICACIÓN ASERTIVA

4. ¿Cuáles son mis necesidades a las que no he prestado atención por ser un cuidador?*

5. ¿Qué cosas he dejado de hacer por ser un cuidador?*

6. ¿En qué áreas de mi vida identifico que NO comunico esas necesidades?

Familiar:

Pareja:

Amigos:

7. Marcar qué área sería para mí la más importante o urgente de atender

***¿Qué conductas saludables identifico que no llevo a cabo?**

PASO 2. Identificar cuál de esos estilos es el que predomina en su rol como cuidador.

¿Amenacé, acusé, insulté o me peleé? Estilo agresivo.

¿Evité expresar mis deseos, opiniones o intereses? Estilo pasivo.

¿Expresé mis deseos u opiniones, respetando mis sentimientos y derechos? Estilo asertivo.

Escriba la letra de su respuesta en este espacio: _____

8. ¿Qué le hace pensar que usted se comporta como ese estilo?

9. ¿Cuáles serían los beneficios de realizar un cambio?

PASO 3. Construyendo comportamientos asertivos.

Situación 1.

D – Describir de manera clara la situación que quiero comentar (puede que nos desagrade o que deseemos cambiar).

Responder a la pregunta: *¿Qué pasó?*

E –Expresar las emociones que experimenté en esa situación. Responder a la pregunta: *¿Cómo me sentí?*

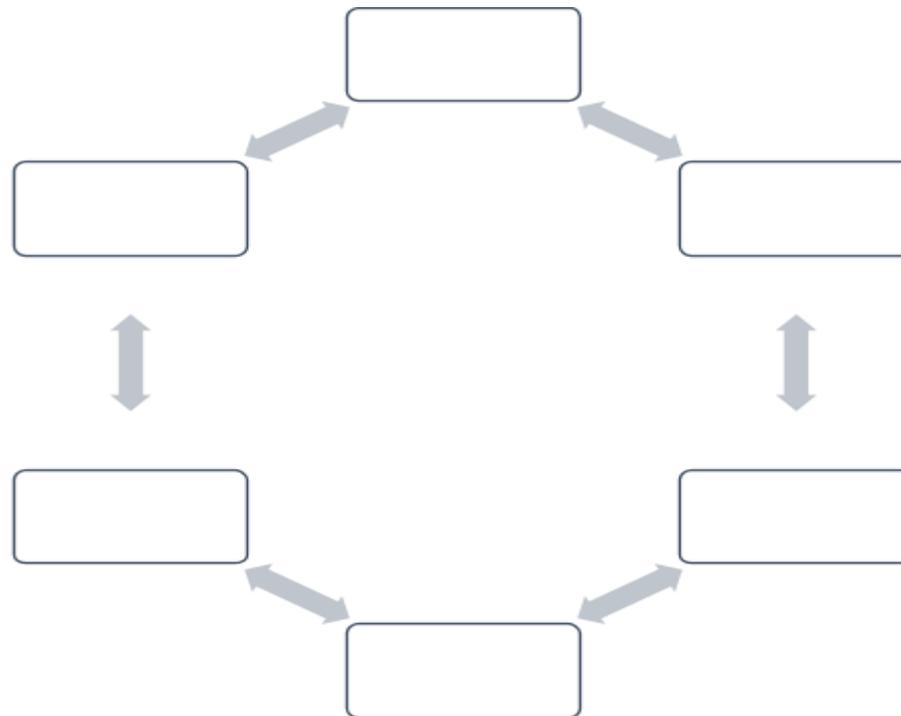
PASO 3. Construyendo comportamientos asertivos.

P – Hacer mi petición de forma clara y directa. Responder a la pregunta: *¿Qué me gustaría que pasara la próxima vez?*

A – Llegar a un acuerdo con la otra persona acerca de la situación y agradecer si atiende nuestra petición

Paso 4. Practicar la estrategia D.E.P.A. en situaciones elegidas en paso anterior

*Juego de roles para cada situación elegida



PASO 5. Poner en práctica la estrategia asertiva en otras situaciones de su vida cotidiana.

-Listado de conductas de autocuidado a realizar:

-Listado de malestares a disminuir:

-¿En qué otras necesidades y cómo puedo aplicar lo aprendido en este entrenamiento en comunicación asertiva?

Apéndice 4. Portadas de presentaciones para sesiones de intervención



“Informando al cuidador”



“Aprendiendo a resolver mis problemas”



“Aprendiendo a ser asertivo”

Apéndice 5. Trípticos para sesión de Psicoeducación: Cáncer

TRATAMIENTO

Existen varias formas de tratar el cáncer, entre las más comunes se encuentran:

- Quimioterapia



- Radioterapia

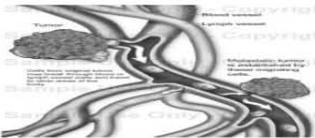


- Cirugía



Ya sea uno o la combinación de ellos, pretenden reducir el tamaño del tumor, extirparlo por completo, evitar que el tumor regrese, o aliviar las molestas que éste ocasiona cuando no se puede quitar.

En el último caso, las células cancerígenas viajan a través de la sangre hacia otras partes del cuerpo, ahí se alojan y comienzan a crecer, lo que se llama metástasis.



Lo anterior ocurre con mayor frecuencia cuando el cáncer se encuentra en una **etapa avanzada**, esto puede ser desde que el médico lo detecta o después de haber recibido uno o varios tratamientos.

Es importante tomar en cuenta que el **cáncer que padece cada persona es único** y la decisión del tratamiento dependerá de las características de la enfermedad y el paciente.

Servicio de Oncología
Lic. en Psic. Mayte Ortiz Romero




Hospital Juárez de México

Medicina Conductual

DEPARTAMENTO DE PSICOONCOLOGÍA

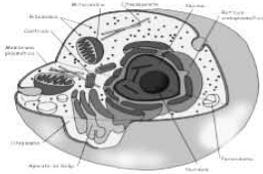
¿Qué es el cáncer?



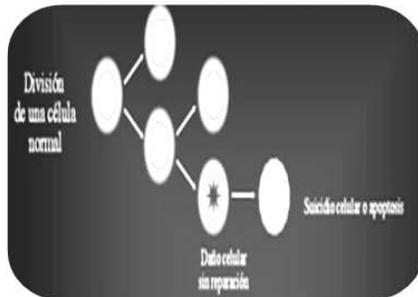
Taller para Cuidadores

LA CÉLULA

Es el elemento más pequeño del que estamos compuestos los seres vivos. En su interior se encuentra el ADN (máquina donde se generan las células).



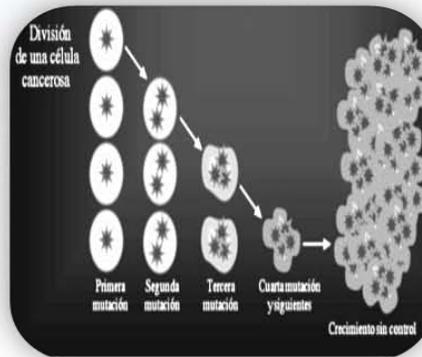
Las células normales del cuerpo se reproducen, crecen, dividen y mueren en forma ordenada y constante.



EL CÁNCER

Es un grupo de más de 100 enfermedades que se pueden desarrollar en cualquier parte del cuerpo.

Su característica principal es que las células dañadas en su ADN, ya NO siguen reglas y se acumulan en alguna zona del cuerpo y ahí crecen y forman tumores o mejor conocidos como "bolitas o masas".



El ADN se daña como consecuencia de algún factor del ambiente o del comportamiento (fumar, beber, etc.).

SÍGNOS Y SÍNTOMAS

Dependerán de la localización y tamaño del cáncer, así como de qué tanto afecta a otros órganos.

Entre los más comunes se encuentran:

- Pérdida de peso inexplicable
- Fiebre
- Cansancio
- Dolor
- Cambios en la piel

OJO. Cualquiera de estos síntomas NO significa que tenga cáncer ya que existen muchas otras condiciones que también pueden causarlos.

Apéndice 6. Trípticos para sesión de Psicoeducación: Cuidados Paliativos

¿QUIÉN LOS ADMINISTRA?

Existen algunos profesionales que se especializan en el tratamiento de los síntomas, de los efectos secundarios y de los problemas emocionales que sufren los pacientes y sus familias en esta etapa.



¿DÓNDE SE RECIBEN?

Dicha atención suele darse en los hospitales en donde se cuenta con especialistas en estos cuidados.



¿Y CÓMO SE HABLA SOBRE ESTO Y CÓMO SE DECIDE LO QUE SE NECESITA?

Los pacientes y sus seres queridos deben conversar acerca de lo que necesitan saber, llegar a acuerdos y preguntar a su médico acerca de este tema.

Además de hablar de sus necesidades de alivio de las molestias ocasionadas por la



Servicio de Oncología
Lic. en Psic. Mayte Ortiz Romero



Hospital Juárez de México

Medicina Conductual

DEPARTAMENTO DE PSICOONCOLOGÍA

¿Qué son los cuidados paliativos?



Taller para Cuidadores

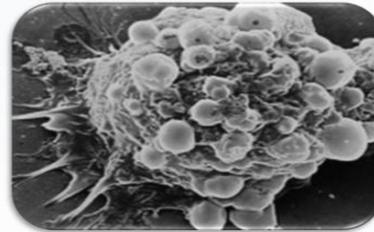
¿QUÉ SON?

Los **Cuidados Paliativos** son una forma de atención médica, psicológica y espiritual para al paciente y su familia que se encuentran ante una enfermedad incurable, para mejorar la calidad de vida de ambos, al evitar el dolor y sufrimiento del paciente, haciendo que se sienta bien el tiempo que se le sea posible.



¿CUÁNDO USARLOS?

Cuando existen **pocos o ningún beneficio** con los tratamientos contra el cáncer y las **molestias y riesgos son muchos**, el médico y el paciente pueden decidir NO TRATAR el cáncer y elegir tratamientos que le ayuden a **CONTROLAR LAS MOLESTIAS** ocasionadas por la enfermedad; dichos tratamientos se denominan "paliativos".



Llegar a la etapa en la que el cáncer se ha regado y en la que **ya NO hay respuesta curativa a los tratamientos**, es un reto para el paciente, familiares y el equipo médico.

¿QUÉ ATIENDEN?

NO deben limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse **progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.**

Necesidades como:

-Problemas físicos:
dolor, cansancio, no tener ganas de comer, náuseas, vómitos, falta de respiración e insomnio.

-Problemas emocionales:
ansiedad, depresión, desesperación, impotencia, baja autoestima, etc.

-Problemas prácticos:
inquietudes financieras o legales de propiedades o hijos.

-Problemas espirituales:
sentido de vida y trascendencia y cuestiones de fe y religiosas.

Apéndice 7. Trípticos para sesión de Psicoeducación: Cuidador Primario

RESPECTO A LA TAREA DE CUIDAR SE ACONSEJA QUE:

➤ Valore si tiene la posibilidad de ser un cuidador.



➤ Identifique las áreas en las que necesita ayuda. Haga una lista de éstas.



➤ Pregunte a sus familiares y amigos cuándo pueden ayudarlo y las tareas que piensan que pueden hacer.



➤ Platique con su paciente algunos límites sobre lo que se espera de usted como cuidador y de él o ella como paciente.



➤ Determine las tareas que el paciente puede hacer solo. Permita que su paciente haga tanto como pueda y quiera.



➤ Anime a su paciente a no sólo hablar sobre su enfermedad y proponga temas nuevos.



➤ No trate de ocultar las malas noticias o información desagradable en un esfuerzo por proteger los sentimientos de su ser querido.



Es muy importante atender las necesidades del cuidador para que éste pueda hacer esta labor lo más protegido posible.



Si usted cuida de un paciente con cáncer avanzado en tratamiento paliativo, está más vulnerable de sufrir "desgaste", con este proyecto se pretende entrenarle habilidades que mejoren su autocuidado y calidad de vida.



Servicio de Oncología
Lic. en Psic. Mayte Ortiz Romero



Hospital Juárez de México

Medicina Conductual

DEPARTAMENTO DE PSICOONCOLOGÍA



“¿Quién es el cuidador primario?”



Taller para Cuidadores

¿QUIÉN ES EL CUIDADOR PRINCIPAL (CP)?

Es la persona (pareja, hijo...) que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, tales como:

-  Acompañarlo a sus citas médicas, tratamientos...
-  Darle sus medicinas, bañarlo, alimentarlo...
-  Ayudarlo a tomar decisiones, escucharlo, apoyarlo...

Además de cumplir con sus actividades cotidianas como: trabajar, cocinar, descansar y salir a pasear, entre otras.

El cuidado diario y por largo tiempo de un enfermo, aunque sea de manera voluntaria y con cariño, trae riesgos en la salud de quienes lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.

Cuidar a un ser querido que tiene cáncer puede ser muy estresante y el cuidador puede presentar:

-  Sentimientos de culpa, desesperanza...
-  Falta de interés, aislamiento, depresión...
-  Irritabilidad, cansancio, ansiedad, dolores...

Olvida que también debe cuidar de sí mismo, lo que significaría hacer conductas para protegerse como:

- ✓+ Visitar al médico cuando lo necesite.
- ✓+ Dormir al menos 7 horas diarias.
- ✓+ Hacer ejercicio/caminar al menos 30 minutos al día.
- ✓+ Hacer por lo menos tres comidas al día y no saltarse comidas.
- ✓+ Seguir con sus actividades normales.
- ✓+ No sentir culpa cuando dedique tiempo para su usted y su vida.

¿CÓMO AUTOCUIDARSE?

-  Planee hacer algunas cosas que disfrute (que involucren a otros, que le hagan sentir bien y relajado).
-  Manténgase al día sobre lo que ocurre afuera; vea las noticias o lea el periódico.
-  Considere unirse a un grupo de apoyo para cuidadores o visitar a un psicooncólogo.
-  Valore la necesidad de conservar o renunciar a su empleo.
-  No trate de hacer todo usted solo, pida la ayuda de otros.
-  Infórmese acerca de la enfermedad, trámites y cuidados de su paciente.

Apéndice 8. Tríptico Entrenamiento en Solución de Problemas

3. GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS

Proponer la mayor cantidad de soluciones posibles. Una forma de hacerlo es siguiendo tres reglas:

- “Muchas ideas”
- “No criticarlas”
- “Diferentes ideas”



4. TOMA DE DECISIONES

Comparar y evaluar las soluciones que propusimos; se escogerán una o varias que sean las más eficaces y que tengan los mayores beneficios y se elaborará un plan a seguir.



5. PUESTA EN PRÁCTICA Y VERIFICACIÓN

Llevar a cabo el plan que se diseñó para darnos cuenta si la decisión fue la más eficaz, y hacer los cambios o ajustes necesarios para resolver la problemática.



Si el plan fu exitoso y después de tanto trabajo....



Merecemos un **PREMIO**

Servicio de Oncología:
Lic. en Psic. Mayte Ortiz Romero



Hospital Juárez de México

Medicina Conductual

DEPARTAMENTO DE PSICOONCOLOGÍA

“Aprendiendo a resolver mis problemas”



Taller para Cuidadores

GENERALIDADES

Un **problema** es cualquier situación que vivimos en este momento y que necesita que le demos una respuesta para estar mejor, pero no lo hacemos porque hay obstáculos.



Una **solución** son las cosas que hacemos para cambiar la situación problemática., así como los pensamientos y sentimientos que nos genera.



¿QUÉ ES LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS?

Es un proceso en el que se hacen cosas para resolver la situación problema a través de estos pasos:

1. *Orientación hacia el problema*
2. *Definición y formulación del problema.*
3. *Generación de alternativas*
4. *Toma de decisiones*
5. *Ejecución y verificación de la solución*

Sus **objetivos** son:

- Mejorar la habilidad de solucionar problemas.
- Disminuir el estrés
- Mejorar la calidad de vida
- Incrementar el sentido de control

1. ORIENTACIÓN

Es la **forma en que reaccionamos a los problemas**, esto es, lo que hacemos, pensamos y creemos ante ellos.

-Orientación positiva: ver los problemas como un reto que puede superarse y esto reduce el malestar que provocan.

-Orientación negativa: ver los problemas como situaciones difíciles y sentirse incapaz de resolverlos, se evaden y el malestar no desaparee.

2. DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN

Identificar cuál es el problema al que nos enfrenamos, para ello se recaba información sobre todos sus detalles (qué pasa, en dónde, quién está involucrado, etc.) y se plantea con nuestras propias palabras.



Apéndice 9. Tríptico Entrenamiento Asertivo

ESTILO ASERTIVO

Cuando una persona **se siente cómoda, tranquila y segura** con su comportamiento.

-Con frecuencia, estas personas, **dicen lo que piensan y deciden lo que hacen.**



ASERTIVIDAD

Habilidad para hacer lo que considere apropiado y decir sus necesidades, ideas y sentimientos, de manera clara, directa y sin ofender.

PASO 1.
Diferenciar las **tres formas diferentes de ser** ante los demás.

PASO 2.
Identificar qué **forma de ser predomina en su rol** como cuidador.

PASO 3.
Aprender a **utilizar el formato D.E.P.A.** para comunicarse efectivamente con los demás.

D: describir
E: expresar
P: pedir
A: agradecer

PASO 4 Y 5.
Practicar D.E.P.A. para cuidarse a sí mismo.



Servicio de Oncología
Lic. en Psic. Mayte Ortiz Romero




Hospital Juárez de México

Medicina Conductual

DEPARTAMENTO DE PSICOONCOLOGÍA

“Aprendiendo ser asertivo”



Taller para Cuidadores

GENERALIDADES

Muchas personas tienen **dificultad para detectar y expresar sus emociones e ideas, o para actuar como desean.**

Otras, continuamente se mantienen en una **actitud defensiva o francamente agresiva**, lo que genera problemas con los demás.

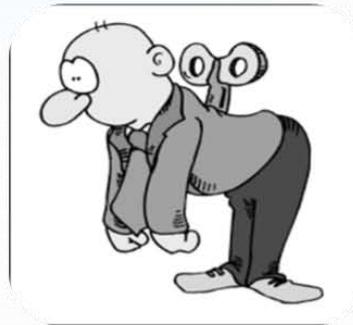
Por otro lado, pocos son quienes desarrollan la **capacidad para decir directamente sus necesidades y hacerlas respetar.**

Lo anterior se refiere a tres formas de ser:
Pasivo, Agresivo y Asertivo

ESTILO PASIVO

Cuando una persona se **siente incómoda, nerviosa o intranquila** por temor a lo que piensen o digan los demás acerca de su comportamiento.

-Se **calla o busca excusas y justificaciones** a su comportamiento, o dice o hace algo diferente a lo que desearía hacer o decir (evita o huye).



-Suele **hacer o decir cosas que no piensan o que no les gustan** y se sienten mal con ellos mismos.

ESTILO AGRESIVO

Cuando una persona se **siente enojada o furiosa** cuando los demás hacen o dicen cosas con las que **no está de acuerdo.**



-Con frecuencia **contesta con críticas, reproches, gritando e insultando.**

-Puede incluso **agredir físicamente.**

-Favorece que las personas le **teman o lo eviten.**

-Genera problemas o los hace **más grandes.**

Apéndice 10. Formato del Cuestionario de evaluación para sesión Psicoeducación

SESIÓN “INFORMANDO AL CUIDADOR”

FOLIO: _____ (SP) (EA)

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Lea con cuidado cada enunciado y marque su respuesta con una “X”

1. **EL CUIDADOR PRIMARIO** es la persona que cuida al enfermo sólo cuando es necesario y se le enseña cómo debe hacerlo.
SI / NO
2. Cuando el cáncer está avanzado y comienza a contaminar a otros órganos y se queda a vivir fuera del lugar de donde nació, se le conoce como **METÁSTASIS**.
SI / NO
3. La **CÉLULA** es la parte más grande del cuerpo y da forma a los seres vivos.
SI / NO
4. El objetivo principal de los **CUIDADOS PALIATIVOS** es curar la enfermedad y sus síntomas.
SI / NO
5. El **CÁNCER** es una enfermedad causada por un daño en el ADN de las células, haciendo que éstas crezcan sin control y se acumulen hasta formar un tumor.
SI / NO
6. El **CUIDADOR PRIMARIO** puede llegar a presentar problemas físicos, laborales, familiares, de salud y emocionales, como cansancio, depresión, ansiedad, baja autoestima y dolor de cabeza, entre otros, debido a su labor de cuidador.
SI / NO

Apéndice 11. Formato de la Bitácora Clínica para las sesiones de protocolo



BITÁCORA CLÍNICA

Cuidador: _____ (SP) (EA)

No. Sesión: _____ Fecha: _____



Objetivo de la sesión:

Técnicas/procedimiento:

Resultados obtenidos:

Observaciones clínicas:

Tareas:

- a. Detección de cogniciones sesgadas o de información defectuosa que interfieran con el tratamiento o estabilidad emocional o interpersonal
- b. Detección de reacciones emocionales que generen malestar o interfieran con tratamiento psicológico
- c. Detección y/o registro de conductas (instrumentales) que interfieran con el tratamiento psicológico

Apéndice 12. Formato de la Entrevista Psicosocial del Cuidador y su Paciente



ENTREVISTA PSICOSOCIAL



Folio: _____ (SP) (EA)

Fecha de aplicación: _____

Datos del paciente.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (F) (M)

Estado civil: _____ Religión: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Originario de: _____ Residente en: _____ No. hijos: _____

Vive con: _____ No. de personas: _____ No. de expediente: _____

Fecha de primera vez en el hospital: _____ Teléfono: _____

Fecha de diagnóstico: _____ Diagnóstico médico: _____ Etapa clínica: _____

Tratamiento: (QT) (RT) (Cirugía) Otro: _____ Fecha inicio de tratamiento: _____

Presenta otras enfermedades: (Si)* (No) ¿Cuáles?*: _____

Sigue las indicaciones médicas (toma de medicamentos, alimentación, cuidados) en hospital/casa:

(Siempre) (La mayoría de las veces) (Algunas veces) (No en absoluto)

Tiene problemas: (Auditivos) (Visuales) (Caminar) (Comer) (Moverse) (Hablar) (Cognitivos)

Ha recibido atención por su enfermedad de un: (Psicólogo) (Psiquiatra) (Tanatólogo) (Otro _____)

*Dentro del hospital () Fuera del hospital () *¿Desde cuándo y por cuánto tiempo? _____

Está enterado de su enfermedad: Si () No () **Está enterado de su tratamiento:** Si () No ()

Estado de ánimo en las últimas tres semanas:

(Triste) (Contento) (Enojado) (Preocupado) (Indiferente) (Nervioso)

***Marqué a continuación en qué nivel de dependencia se encuentra su paciente**

NIVEL	CARACTERÍSTICAS
0	Paciente totalmente activo y en condiciones de realizar todas las actividades sin restricción.
1	Paciente restringido en actividades pesadas, pero capaz de realizar actividades diarias básicas.
2	Paciente capaz de cuidarse a sí mismo, pero incapaz de llevar a cabo cualquier tipo de trabajo.
3	Paciente capaz de cuidarse en forma limitada, tiene que estar en cama o silla la mayor parte del tiempo, necesita cuidados parciales por parte de médicos y familia.
4	Paciente completamente discapacitado, todo el tiempo está en cama, no puede proveerse autocuidado y necesita cuidados especiales y totales por parte de médicos y familia.

Principal queja del paciente hacia usted como cuidador (a): _____

Datos del cuidador.

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (F) (M) Estado civil: _____

Teléfono: _____ Religión: _____ Escolaridad: _____ L/E Si () No ()

Ocupación: _____ Originario de: _____ Residente en: _____ No. hijos: _____

¿Usted padece alguna enfermedad?: Si () No () *¿Cuál (es)?* _____

¿Desde hace cuánto tiempo? _____ *Recibe atención médica:* Si () No ()

¿En los últimos años había cuidado de alguien enfermo? Si () No () *¿Quién era y qué tenía?* _____

Tarea de cuidado actual.

Parentesco o relación con el paciente: _____ **Tiempo que lleva cuidando al paciente:** _____

¿Cuántos días de la semana dedica al cuidado del paciente? _____

¿Cuántas horas al día dedica al cuidado del paciente? _____

¿En qué actividades depende de usted el paciente?

(Alimentar/Preparar alimentos) (Movilizar/Transportar) (Ir al baño/Bañar) (Limpieza de habitación) (Toma de medicamentos)
(Asistir a consultas médicas/hospitalización) (Compañía) (Realizar curaciones) (Vestir) (Aseo personal) (Realizar trámites
administrativos/legales) (Otra (s) _____)

¿Conoce usted sobre la enfermedad del paciente? Si () No ()

¿Sabe si su paciente recibe tratamiento paliativo? Si () No ()

¿Sabe usted que son los cuidados paliativos? Si* () No () *Especifique lo que sabe:** _____

Cuando usted tiene dudas, ¿pregunta a los médicos u otro personal de salud? Si () No ()

¿Cuál es el principal problema que se le ha presentado siendo cuidador?

¿Cuándo pasa?

¿Cómo se siente usted cuando pasa?

¿Qué ha intentado hacer para resolverlo?

Apoyo social.

Recibe apoyo en el cuidado del paciente: Si* () No ()

*¿Cuántas personas y quiénes le apoyan? _____

*¿Qué tipo de apoyo recibe? (Económico) (Moral) (Informativo) (Otro): _____

Aspectos personales.

Realiza actividades de su gusto en su tiempo libre: Si* () No () ¿Cuáles?* _____

Realiza ejercicio físico: Si* () No () ¿Cuántos días?* _____ ¿Cuánto tiempo?* _____

¿Cuántas horas al día duerme? _____ ¿Tiene dificultades para dormir? Si () No ()

¿Qué tan satisfecho está con su forma de vida en este momento?

(Muy satisfecho) (Satisfecho) (Insatisfecho) (Muy insatisfecho)

Cuando usted se enferma o le duele algo, ¿va al médico? (Siempre) (En ocasiones) (Nunca)

¿Actualmente ha cambiado algún aspecto/área de su vida por ser cuidador? Si* () No ()

**Marque a continuación, cuánto ha cambiado cada área de su vida:*

Áreas	Nada =0	Un poco =1	Ocasionalmente =2	Bastante =3	Totalmente =4
Familiar	0	1	2	3	4
Pareja	0	1	2	3	4
Amistad	0	1	2	3	4
Trabajo / Escuela	0	1	2	3	4
Hogar	0	1	2	3	4
Salud	0	1	2	3	4

¿Cómo describiría la relación que tiene con el paciente?: (Muy buena) (Buena) (Regular) (Mala)

Apéndice 13. Formato del Diario del Cuidador

Carnet de Citas de Atención Psicológica

Fecha	Fase/Sesión	Tarea (s)
	Evaluación	
	Sesión 1 Psicoeducación	
	Sesión 2 intervención	
	Sesión 3 intervención	
	Sesión 4 intervención	
	Sesión 5 intervención	
	Sesión 6 intervención	
	Evaluación	

Sección para que PSICÓLOGA escriba indicaciones o comentarios.



“Diario del Cuidador”

_____ (SP) (CA)

FECHA DE INICIO: _____

FECHA DE TÉRMINO: _____

Nombre del cuidador: _____

Médico a cargo del paciente: _____

Días de registro

1er. Día = poner 1 / Fecha aquí: _____

Siguiendo el orden anterior deberá registrar sus respuestas

La información que nos comparta tiene la finalidad de apoyarle, por lo que sus respuestas serán totalmente confidenciales, por ello, conteste con honestidad.

Instrucciones: A continuación marque con una "x" cuáles de las siguientes situaciones **LE SUCEDIERON A USTED EL DÍA DE**



HOY, en relación a la tarea de cuidar a su paciente.

Sentimientos y salud:		
1.Mi paciente es una carga para mí	Si	No
2. Los cuidados que doy a mi paciente me cansan.	Si	No
3.Tengo alguno de los siguientes sentimientos:		
a. Soledad	Si	No
b. Enojo	Si	No
c. Alegría	Si	No
d. Tristeza	Si	No
e. Preocupación	Si	No

4.Tengo alguno de los siguientes malestares físicos:		
f. Gastritis	Si	No
g. Insomnio	Si	No
h. Dolor de cabeza	Si	No
i. Dolor de cuello	Si	No
j. Dolor de espalda	Si	No
k. Dolor de piernas/pies	Si	No
l. Falta de apetito	Si	No
m. Cansancio	Si	No
Social:		
5. Mantuve contacto con mis familiares.	Si	No
6. Pedí ayuda de algún familiar	Si	No
7. Pedí ayuda al personal de salud	Si	No
8. Salí a caminar con alguien	Si	No
9. Salí a distraerme con alguien	Si	No

10. Me alejé de mi familia	Si	No
11. Me alejé de mis amigos o conocidos	Si	No
12. Conté con el apoyo de mi familia	Si	No
13. Conté con el apoyo de mis amigos o conocidos.	Si	No
Pareja:		
14. Platiqué a mi pareja sobre mi estado de salud.	Si	No
15. Tuve un momento libre con mi pareja.	Si	No
16. Platiqué con mi pareja sobre mis preocupaciones actuales.	Si	No
17. Tuve relaciones sexuales con mi pareja.	Si	No
Comunicación con mi paciente:		
18. Pregunté a mi paciente sobre lo que necesita.	Si	No
19. Hablé con mi paciente sobre sus preocupaciones.	Si	No

20. Hablé con mi paciente sobre sus dudas.	Si	No
21. Atendí las quejas de dolor/molestias físicas de mi paciente.	Si	No
22. Escuche con paciencia a mi paciente.	Si	No
23. Atendí a mi paciente con cariño	Si	No
Comunicación con el personal de salud:		
24. Pregunté sobre el estado de salud de mi paciente a su médico.	Si	No
25. Pregunté sobre los cuidados que debe tener mi paciente.	Si	No
26. Llevo a cabo los cuidados de mi paciente.	Si	No
27. Sigo las indicaciones que me dijeron los médicos sobre mi paciente.	Si	No
28. Pregunté mis dudas a los médicos	Si	No
Economía:		
29. Tuve que pedir dinero prestado para atender a mi paciente.	Si	No

30. Tuve que cubrir gastos personales antes que los de mi paciente.	Si	No
31. Tuve que cubrir gastos familiares antes que los de mi paciente.	Si	No
32. Organicé los gastos de mi paciente	Si	No



Instrucciones: A continuación marque con una "x" cuáles de las siguientes situaciones **LE SUCEDIERON A USTED EL DÍA DE HOY**, en relación a su cuidado personal.

Cuidado Personal:		
1. Realicé al menos dos comidas al día	Si	No
2. Me bañé	Si	No
3. Me arreglé	Si	No
4. Dormí al menos siete horas al día	Si	No
5. Realicé al menos 30 minutos de ejercicio/caminata	Si	No

□

6. Realicé alguna actividad/pasatiempo que me guste	Si	No
7. Organicé mis actividades personales estando en el hospital con mi paciente.	Si	No
8. Organicé las actividades de cuidado que requería mi paciente.	Si	No
9. Me mantuve en contacto por teléfono con mis familiares.	Si	No
10. Me mantuve en contacto por teléfono con mis amigos o conocidos.	Si	No
11. Dejé de lado pendientes personales por estar en el hospital con mi paciente.	Si	No
12. Me informé sobre cómo cuidar mi salud estando en el hospital.	Si	No

Apéndice 14. Carta Descriptiva Sesión 1 de Psicoeducación

SESIÓN 1. “INFORMANDO AL CUIDADOR” (para ambos entrenamientos) Duración: 60 minutos							
Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de asertividad o solución de problemas para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.							
Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
<p>El participante obtendrá información actualizada y confiable respecto a temas como cáncer, cuidados paliativos y cuidador primario</p>	<p>INTERVENCIÓN Psicoeducación</p>	<p>Recabar registro “Diario del Cuidador”</p> <p>Mostrar presentación y resolver dudas</p> <p>Proporcionar trípticos de cada tema</p> <p>Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica</p> <p>Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita</p>	<p>Entregar “Diario del Cuidador”</p> <p>Escuchar activamente la información proporcionada</p> <p>Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión</p> <p>Realizar llenado de cuestionario de seis preguntas al inicio y final de la sesión</p>	<p>Llenado del “Diario del Cuidador”</p>	<p>Participante deberá obtener 4 de 6 aciertos en el cuestionario.</p>	<p>Aplicación de cuestionario con formato de respuesta si/no</p>	<p>Presentación</p> <p>Guías de trabajo</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Bolígrafos</p> <p>Trípticos informativos</p> <p>Bitácora terapéutica</p>

Apéndice 15. Cartas Descriptivas Sesiones 2 a 6 del Entrenamiento en Solución de Problemas

SESIÓN 2. “APRENDIENDO A RESOLVER MIS PROBLEMAS”							
Duración: 120 minutos							
Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de solución de problemas para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.							
Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
El participante identificará y explicará la (s) problemática (s) que presenta como cuidador.	<p>INTERVENCIÓN</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas:</p> <p>Paso 1: Orientación hacia el problema</p>	<p>Recabar registro “Diario del Cuidador”</p> <p>Aplicar instrumento para evaluar la habilidad de resolución de problemas antes del entrenamiento.</p> <p>Realizar un resumen de la sesión anterior e introducción al paso a revisar</p> <p>Mostrar presentación y resolver dudas</p> <p>Entregar guía de trabajo y verificar la realización correcta de ejercicios de la sesión</p> <p>Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica</p> <p>Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita</p>	<p>Entregar “Diario del Cuidador”</p> <p>Llenar instrumento de evaluación</p> <p>Mencionar puntos clave de lo abordado en sesión anterior</p> <p>Escuchar activamente la información proporcionada</p> <p>Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión</p> <p>Completar guía de trabajo de la sesión</p>	Llenado del “Diario del Cuidador”	Contestar los ejercicios cubriendo la información revisada sobre qué es un problema, una solución y la resolución de problemas, y resolver acorde al paso 1 el caso de Mari, Miguel y su propio caso	<p>Inventario de Resolución de Conflictos</p> <p>Llenado de guía de trabajo</p>	<p>Instrumento</p> <p>Presentación</p> <p>Guía de trabajo</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Bolígrafos</p> <p>Bitácora terapéutica</p>

SESIÓN 3. “APRENDIENDO A RESOLVER MIS PROBLEMAS”

Duración: 120 minutos

Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de solución de problemas para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.

Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
<p>El participante definirá en palabras familiares y claras su problemática</p>	<p>INTERVENCIÓN</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas:</p> <p>Paso 2: Definición del problema</p>	<p>Recabar registro “Diario del Cuidador”</p> <p>Realizar un resumen de la sesión anterior e introducción al paso a revisar</p> <p>Mostrar presentación y resolver dudas</p> <p>Entregar guía de trabajo y verificar la realización correcta de ejercicios de la sesión</p> <p>Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica</p> <p>Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita</p>	<p>Entregar “Diario del Cuidador”</p> <p>Mencionar puntos clave de lo abordado en sesión anterior</p> <p>Escuchar activamente la información proporcionada</p> <p>Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión</p> <p>Completar guía de trabajo de la sesión</p>	<p>Llenado del “Diario del Cuidador”</p>	<p>Resolver los ejercicios acorde al paso 2 el caso de Mari, Miguel y su propio caso</p>	<p>Llenado de guía de trabajo</p>	<p>Presentación</p> <p>Guía de trabajo</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Bolígrafos</p> <p>Bitácora terapéutica</p>

SESIÓN 4. “APRENDIENDO A RESOLVER MIS PROBLEMAS”

Duración: 120 minutos

Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de solución de problemas para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.

Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
<p>El participante identificará las alternativas de solución a su problemática</p>	<p>INTERVENCIÓN</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas:</p> <p>Paso 3: Generación de alternativas</p>	<p>Recabar registro “Diario del Cuidador”</p> <p>Realizar un resumen de la sesión anterior e introducción al paso a revisar</p> <p>Mostrar presentación y resolver dudas</p> <p>Entregar guía de trabajo y verificar la realización correcta de ejercicios de la sesión</p> <p>Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica</p> <p>Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita</p>	<p>Entregar “Diario del Cuidador”</p> <p>Mencionar puntos clave de lo abordado en sesión anterior</p> <p>Escuchar activamente la información proporcionada</p> <p>Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión</p> <p>Completar guía de trabajo de la sesión</p>	<p>Llenado del “Diario del Cuidador”</p> <p>Agregar otras alternativas a las ya planteadas en la sesión</p>	<p>Resolver los ejercicios acorde al paso 3 el caso de Mari, Miguel y su propio caso</p>	<p>Llenado de guía de trabajo</p>	<p>Presentación</p> <p>Guía de trabajo</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Bolígrafos</p> <p>Bitácora terapéutica</p>

SESIÓN 5. “APRENDIENDO A RESOLVER MIS PROBLEMAS”

Duración: 120 minutos

Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de solución de problemas para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.

Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
<p>El participante elegirá una o varias alternativas que le permitan tomar una decisión eficaz.</p>	<p>INTERVENCIÓN</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas:</p> <p>Paso 4: Toma de decisiones</p>	<p>Recabar registro “Diario del Cuidador”</p> <p>Realizar un resumen de la sesión anterior e introducción al paso a revisar</p> <p>Mostrar presentación y resolver dudas</p> <p>Entregar guía de trabajo y verificar la realización correcta de ejercicios de la sesión</p> <p>Revisar tarea sobre paso 3</p> <p>Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica.</p> <p>Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita</p>	<p>Entregar “Diario del Cuidador”</p> <p>Mencionar puntos clave de lo abordado en sesión anterior</p> <p>Escuchar activamente la información proporcionada</p> <p>Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión</p> <p>Completar guía de trabajo de la sesión</p>	<p>Llenado del “Diario del Cuidador”</p>	<p>Resolver los ejercicios acorde al paso 4 el caso de Mari, Miguel y su propio caso</p>	<p>Llenado de guía de trabajo</p>	<p>Presentación</p> <p>Guía de trabajo</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Bolígrafos</p> <p>Bitácora terapéutica</p>

SESIÓN 6. “APRENDIENDO A RESOLVER MIS PROBLEMAS”
Duración: 120 minutos
Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de solución de problemas para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.

Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
El participante planificará las acciones a seguir acorde a las alternativas de solución elegidas.	INTERVENCIÓN Entrenamiento en solución de problemas: Paso 5: Implementación y verificación de la solución	Recabar registro “Diario del Cuidador” Realizar un resumen de la sesión anterior e introducción al paso a revisar Mostrar presentación y resolver dudas Entregar guía de trabajo y verificar la realización correcta de ejercicios de la sesión Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica Aplicar instrumento Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita para sesión de evaluación Realizar cierre del entrenamiento	Entregar “Diario del Cuidador” Mencionar puntos clave de lo abordado en sesión anterior Escuchar activamente la información proporcionada Elaborar plan de acción sobre toma de decisiones Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión Completar guía de trabajo de la sesión Contestar instrumento	Llenado del “Diario del Cuidador” Llevar a cabo el plan de acción y evaluar resultados, obstáculos o mejoras de éste	Resolver los ejercicios acorde al paso 5 el caso de Mari, Miguel y su propio caso	Llenado de Inventario de Resolución de Conflictos Llenado de guía de trabajo	Instrumento Presentación Guía de trabajo Hojas blancas Bolígrafos Bitácora terapéutica

Apéndice 16. Cartas Descriptivas Sesiones 2 a 6 del Entrenamiento Asertivo

SESIÓN 2. “APRENDIENDO A SER ASERTIVO”							
Duración: 120 minutos							
Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de asertividad para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.							
Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
El participante identificará los aspectos más importantes de los tres estilos interpersonales	<p>INTERVENCIÓN</p> <p>Entrenamiento en Asertividad:</p> <p>Paso 1: Diferenciar los estilos de comportarse con los demás:</p> <p>-Pasivo -Agresivo -Asertivo</p>	<p>Recabar registro “Diario del Cuidador”</p> <p>Realizar evaluación a través de juego de roles y registrar resultados en lista checable</p> <p>Realizar un resumen de la sesión anterior e introducción al paso a revisar</p> <p>Mostrar presentación y resolver dudas</p> <p>Entregar guía de trabajo y verificar la realización correcta de ejercicios de la sesión</p> <p>Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica</p> <p>Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita</p>	<p>Entregar “Diario del Cuidador”</p> <p>Escoger una tarjeta, leer la situación a desarrollar y llevar a cabo el juego de roles</p> <p>Mencionar puntos clave de lo abordado en sesión anterior</p> <p>Escuchar activamente la información proporcionada</p> <p>Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión</p> <p>Identificar áreas de su vida con problemas para comunicar sus necesidades</p> <p>Completar guía de trabajo de la sesión</p>	Llenado del “Diario del Cuidador”	Contestar los ejercicios de guía de trabajo sobre los estilos interpersonales	<p>Lista checable</p> <p>Llenado de guía de trabajo</p>	<p>Lista checable sobre habilidades de comunicación verbales y no verbales</p> <p>Tarjetas con ejemplos para el juego de roles</p> <p>Presentación</p> <p>Guía de trabajo</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Bolígrafos</p> <p>Bitácora terapéutica</p>

SESIÓN 3. “APRENDIENDO A SER ASERTIVO”

Duración: 120 minutos

Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de asertividad para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.

Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
<p>El participante identificará qué estilo interpersonal es el que predomina en su rol como para valorar resultados y ventajas de cambio</p>	<p>INTERVENCIÓN</p> <p>Entrenamiento en Asertividad:</p> <p>Paso 2: Identificar estilo interpersonal que predomina en su rol de cuidador a través de revisar éstos en sus distintos niveles de respuesta (motor, cognitivo, emocional)</p>	<p>Recabar registro “Diario del Cuidador”</p> <p>Realizar un resumen de la sesión anterior e introducción al paso a revisar</p> <p>Mostrar presentación y resolver dudas</p> <p>Entregar guía de trabajo y verificar la realización correcta de ejercicios de la sesión</p> <p>Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica</p> <p>Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita</p>	<p>Entregar “Diario del Cuidador”</p> <p>Mencionar puntos clave de lo abordado en sesión anterior</p> <p>Escuchar activamente la información proporcionada</p> <p>Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión</p> <p>Completar guía de trabajo de la sesión</p>	<p>Llenado del “Diario del Cuidador”</p>	<p>Contestar los ejercicios de guía de trabajo sobre</p>	<p>Llenado de guía de trabajo</p>	<p>Presentación</p> <p>Guía de trabajo</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Bolígrafos</p> <p>Bitácora terapéutica</p>

SESIÓN 4. “APRENDIENDO A SER ASERTIVO”
Duración: 120 minutos
Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de asertividad para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.

Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
El participante realizará la planeación de las estrategias asertivas acorde al D.E.P.A.	INTERVENCIÓN Entrenamiento en Asertividad: Paso 3: Construir comportamientos asertivos con el D.E.P.A. Describir situación Explicar emociones Hacer petición Llegar a acuerdos	Recabar registro “Diario del Cuidador” Realizar un resumen de la sesión anterior e introducción al paso a revisar Mostrar presentación y resolver dudas Entregar guía de trabajo y verificar la realización correcta de ejercicios de la sesión Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita	Entregar “Diario del Cuidador” Mencionar puntos clave de lo abordado en sesión anterior Escuchar activamente la información proporcionada Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión Completar guía de trabajo de la sesión	Llenado del “Diario del Cuidador” Completar ejercicios en casa	Contestar los ejercicios de guía de trabajo sobre	Llenado de guía de trabajo	Presentación Guía de trabajo Hojas blancas Bolígrafos Bitácora terapéutica

SESIÓN 5. “APRENDIENDO A SER ASERTIVO”

Duración: 120 minutos

Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de asertividad para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.

Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
<p>El participante realizará las acciones D.E.P.A. en las situaciones elegidas para comunicar sus necesidades asertivamente</p>	<p>INTERVENCIÓN</p> <p>Entrenamiento en Asertividad:</p> <p>Paso 4: Practicar la estrategia D.E.P.A.</p>	<p>Recabar registro “Diario del Cuidador”</p> <p>Realizar un resumen de la sesión anterior e introducción al paso a revisar</p> <p>Mostrar presentación y resolver dudas</p> <p>Entregar guía de trabajo y verificar la realización correcta de ejercicios de la sesión</p> <p>Moderar ensayos sobre planeación D.E.P.A.</p> <p>Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica</p> <p>Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita</p>	<p>Entregar “Diario del Cuidador”</p> <p>Mencionar puntos clave de lo abordado en sesión anterior</p> <p>Escuchar activamente la información proporcionada</p> <p>Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión</p> <p>Completar guía de trabajo de la sesión</p>	<p>Llenado del “Diario del Cuidador”</p>	<p>Contestar los ejercicios de guía de trabajo sobre</p>	<p>Llenado de guía de trabajo</p>	<p>Presentación</p> <p>Guía de trabajo</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Bolígrafos</p> <p>Bitácora terapéutica</p>

SESIÓN 6. “APRENDIENDO A SER ASERTIVO”

Duración: 120 minutos

Objetivo general: El cuidador adquirirá habilidades instrumentales y cognitivas de asertividad para disminuir su sobrecarga y realice conductas saludables para mejorar su calidad de vida.

Objetivo particular	Fase/ Técnica/ Procedimiento	Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Materiales
<p>El participante llevará a cabo la estrategia D.E.P.A. a otras situaciones de su vida cotidiana</p>	<p>INTERVENCIÓN</p> <p>Entrenamiento en Asertividad:</p> <p>Paso 5: Practicar la estrategia D.E.P.A.</p>	<p>Recabar registro “Diario del Cuidador”</p> <p>Realizar evaluación a través de juego de roles y registrar resultados en lista checable</p> <p>Realizar un resumen de la sesión anterior e introducción al paso a revisar</p> <p>Mostrar presentación y resolver dudas</p> <p>Entregar guía de trabajo y verificar la realización correcta de ejercicios de la sesión</p> <p>Realizar anotaciones pertinentes en bitácora clínica</p> <p>Entregar nuevo registro “Diario del cuidado” y acordar nueva cita</p>	<p>Entregar “Diario del Cuidador”</p> <p>Escoger una tarjeta, leer la situación a desarrollar y llevar a cabo el juego de roles</p> <p>Mencionar puntos clave de lo abordado en sesión anterior</p> <p>Escuchar activamente la información proporcionada</p> <p>Expresar dudas o preguntas sobre información abordada en la sesión</p> <p>Identificar áreas de su vida con problemas para comunicar sus necesidades</p> <p>Completar guía de trabajo de la sesión</p>	<p>Llenado del “Diario del Cuidador”</p>	<p>Contestar los ejercicios de guía de trabajo sobre los estilos interpersonales</p>	<p>Lista checable</p> <p>Llenado de guía de trabajo</p>	<p>Lista checable sobre habilidades de comunicación verbales y no verbales</p> <p>Tarjetas con ejemplos para el juego de roles</p> <p>Presentación</p> <p>Guía de trabajo</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Bolígrafos</p> <p>Bitácora terapéutica</p>

Apéndice 17. Carta de Consentimiento Informado

Carta de Consentimiento Informado

Folio: ____ (SP) (EA)

México, D.F. a _____ de _____ del 2014.

El proyecto de intervención con título: *"Intervención cognitivo-conductual en cuidadores informales primarios de pacientes oncológicos en tratamiento paliativo"*, pretende evaluar algunos aspectos relacionados a cómo se encuentra como cuidador y con ello brindarle apoyo psicológico para favorecer el cuidado de sí mismo(a), mejorar su calidad de vida y su labor de cuidador, mediante técnicas psicológicas que se han investigado y se han encontrado que funcionan, las cuales implican proporcionarle información, enseñarle ciertas habilidades y verificar los avances alcanzados.

Se compone de una *fase de evaluación inicial*, en la cual se aplicarán una entrevista general y diversos cuestionarios para valorar cuáles son los problemas que se derivan de su rol de cuidar, cuáles son las habilidades con que cuenta y cómo se siente con la experiencia de cuidar. Una *fase de intervención*, que será individual, siendo asignado(a) a una de dos modalidades de intervención, en ambas tendrá que realizar un registro diario que le será proporcionado por la psicóloga; el tiempo estimado es de siete sesiones (si su paciente se encuentra hospitalizado) o espaciadas (si es que su paciente no está en el hospital), con una duración de una a dos horas aproximadamente, y se llevarán a cabo en las mismas instalaciones del hospital. Y una *fase de evaluación final*, en donde se aplicarán nuevamente los cuestionarios, se comentarán los cambios identificados y las conclusiones del trabajo realizado.

Para no perder detalle de cada sesión y de sus avances, éstas serán audiograbadas, por ello hago de su conocimiento que los datos que se obtengan serán completamente confidenciales y utilizados con fines de investigación; usted tiene la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que así lo decida, informando sobre esto a la psicóloga responsable*. En caso de no aceptar, tenga por seguro que no se verá afectada su atención en este hospital.

Por medio de la presente yo: _____ hago constar mi deseo de **participar** en este proyecto.

Firma: _____

Testigo

Nombre: _____ Firma: _____

Apéndice 18. Formato de Entrevista Psico-Pediátrica

Fecha_____

I. Datos sociodemográficos paciente

Expediente: _____ / (H) / (CE) / (QtA) / (Urg) Fecha de ingreso: _____

Nombre: _____ Escolaridad: _____ Edad: ____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Etnia: _____ Religión: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____ Teléfono de contacto _____

Con quien vive actualmente: _____

Transporte hospital- casa _____ Tiempo de transporte _____

Dx: _____ Fecha Dx: _____ Etapa Clínica _____

Tratamiento: _____

Pronóstico: _____

II. Entrevista con padres

*Nombre _____ Escolaridad _____ Religión _____ Edad _____

Parentesco: Padre () Madre () Otro () _____ Ocupación: _____

Consciencia de la enfermedad (Si) (No) Atribución de Causas _____

Comprensión de la enfermedad: _____

Actitud frente al tratamiento _____

Expectativas frente al tratamiento _____

Preocupaciones adicionales _____

*Nombre _____ Escolaridad _____ Religión _____ Edad _____
 Parentesco: Padre () Madre () Otro () _____ Ocupación: _____
 Consciencia de la enfermedad (Si) (No) Atribución de Causas _____
 Comprensión de la enfermedad: _____
 Actitud frente al tratamiento _____
 Expectativas frente al tratamiento _____
 Preocupaciones adicionales _____

 *Cuidador primario en el hospital: _____

Aspectos psicológicos de padres

Estilo de pensamiento: Concreto () Abstracto ()
 Alteraciones emocionales: (No) (Si) _____
 Estrategias de afrontamiento: Activo () _____ Pasivo () _____
 Dirigido al Problema () _____ Dirigido a la emoción () _____
 Antecedentes familiares psicológicos, psiquiátricos: (No) (Si) _____
 Antecedentes psicológicos o psiquiátricos del paciente: (No) (Si) _____

Dinámica familiar:

Integrada __ Desintegrada __
 Establecimiento de reglas Si __ No __
 Metas familiares Si __ No __
 Comunicación Si __ No __
 Relación de padres B __ R __ M __ NE __



Apoyo Familia extensa Si __No__

Cuidadores adicionales _____

Cuántas personas viven en su casa ____ Parentesco _____

*Cambios derivados del Dx y Tx en familia: No __ Si __

Rutinas__ Vivienda__ Económicos __ Conflictos entre integrantes __ Otros __

*Cambios observados del Dx y Tx en paciente: No__ Si __

Actitudes () Emociones () Comportamientos () Interacción padres () Interacción hermanos () Interacción pares ()

Adaptación Escolar () Otros () _____

* Asiste a la escuela (Si) (No) Por qué _____

*Lista de problemáticas anteriores a la enfermedad y quejas presentes:

*Percepción frente a los servicios de salud: E () B () R () M ()

*Personal de servicios de salud (Médicos, Residentes, Internos, Enfermeras, camilleros):

E () B () R () M () Observaciones: _____

III. Entrevista Paciente

Fecha_____

Afecto: Euforia () Eutimia () Distimía ()

Estado Emocional: Apropiado__ Inapropiado__

Lenguaje apropiado de acuerdo a la edad (Si) (No)
 Coherente (Si) (No) Congruente (Si) (No)
 Pensamiento: Contenido _____ Forma _____
 Circunstancial (Si) (No) Tangencial (Si) (No)
 Consciencia de la enfermedad: Si ___ No ___
 Adaptación a la hospitalización: Si ___ No ___
 Actitud frente al Tx: Favorable ___ Desfavorable ___ Indiferente___

*Emociones asociadas al contexto hospitalario: Normal___ Temor ___ Ansiedad___
 Tristeza ___ Enojo ___ Incertidumbre ___ Aburrimiento ___ Otra _____

*Consciencia Psicológica: Si ___ No ___ Nivel de Alerta Glasgow _____

*Qué sabe de su enfermedad y tx (o se imagina que puede ser y pasar):

*Estrategias de afrontamiento: Activo () _____ Pasivo () _____ Confrontativo () _____
 _____ Evitativo () _____
 Dirigido al Problema () _____ Dirigido a la emoción () _____

Interacción

Padres/cuidador(a):

Personal de salud:

Terapeuta:

Relación con familiares: B ___ R___ M___ NE___ Familiar significativo _____

Escuela

Interacción Maestro B __ R__ M__ NE__ Compañeros B __ R__ M__ NE__

Temas de interés _____ Desinterés _____

*Dificultades en la escuela asociadas a la enfermedad (Si) (No)

Interacción pares () Hábitos de estudio () Negativa a asistir () Aislamiento ()

Dependencia () Distracción () Otros () _____

Actividades de Interés _____

Héroes/ Personajes favoritos _____

Planes a futuro _____

IV. Plan de acción

Dx: _____

Aspectos a intervenir: _____

Técnicas de intervención: _____

Observaciones: _____

Elaboró Lic. Psic. Mayte Ortiz Romero
R1. Medicina Conductual.
Tomado de:
Lic. Psic. Yudy Amanda Quintero Pulgar
Lic. Psic. Gerardo Soria Rodríguez

Apéndice 19. Formato del Diario de tratamiento para el paciente con Leucemia

SERVICIO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
PSICOONCOLOGÍA

DIARIO DE TRATAMIENTO



Datos:

-Nombre de la paciente:

-Edad:

-No. Expediente:

-Nombre de cuidadores:

Estar en el hospital **NO es una experiencia fácil**, más aún cuando es la primera vez. Este diario será una guía en este nuevo proceso, en donde encontrarán algunas recomendaciones.

Primero es necesario tener claras algunas cosas:

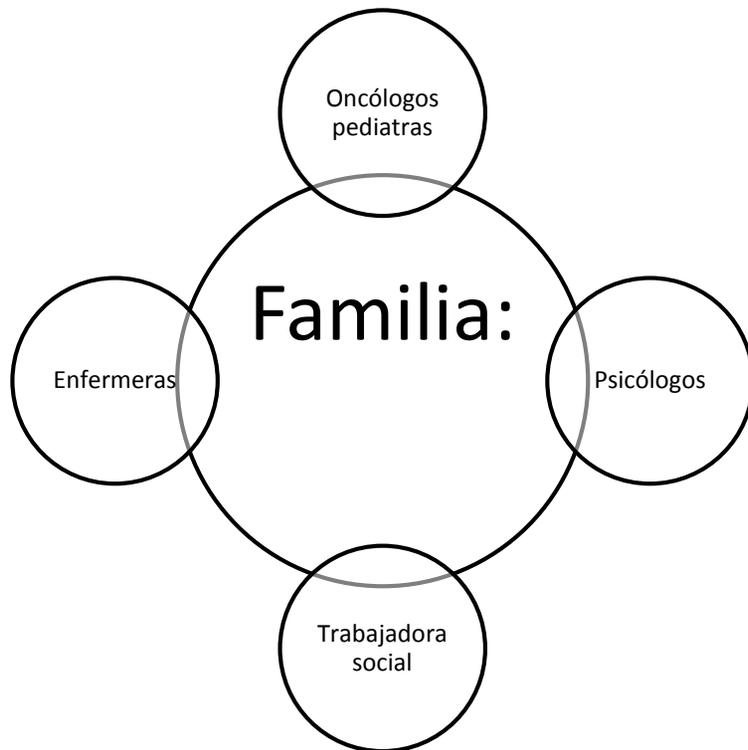
Nombre de la enfermedad:

- Fecha de diagnóstico:

El tratamiento que va a recibir se llama:

- Nombre de los médicos que la atenderán:

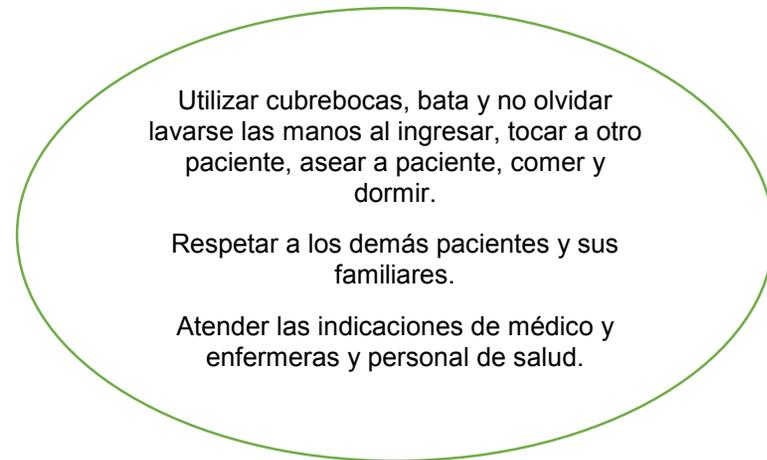
A partir de ahora todos seremos como un gran equipo y con varios de sus integrantes podrán preguntar y resolver dudas que tengas o dificultades para solicitar apoyo cuando lo necesiten.



Es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- 1 • Saber que el internamiento va a ser de varios días.
- 2 • Organizar con la familia turnos para cuidar a la paciente.
- 3 • Anotar todo y hacer preguntas al personal médico.
- 4 • Traer donadores constantemente

¡¡En la sala de Hematología!!



Además, prestar atención al estado de salud de su paciente: cambios, anormalidades, mejorías, etc.

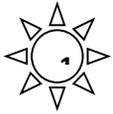
¿Qué medicamentos toma?:

Fecha	Hora	Medicamentos	Quién lo aplicó



Elaboró Lic. Psic. Mayte Ortiz Romero
 R1 Medicina Conductual
 Tomado de: Lic. Psic. Yudy A. Quintero

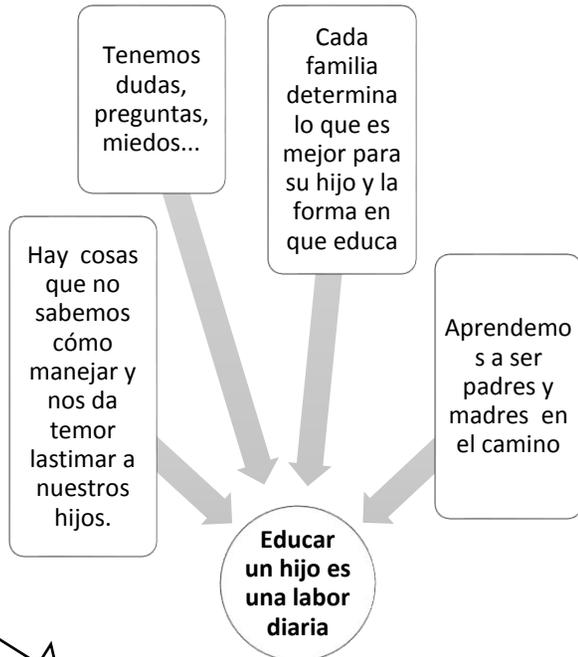
Apéndice 20. Formato de Pautas de Crianza



SERVICIO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
PSICOONCOLOGÍA

****P A U T A S D E C R I A N Z A****

NINGUNA SERÁ UNA MADRE PERFECTA, NINGUNO SERÁ UN PADRE PERFECTO, PERO PUEDEN TRABAJAR POR SER MEJORES.



Por lo que es importante es saber que...

El comportamiento de los hij@s **depende casi totalmente de los padres**, en la forma en que sean educados, disciplinados y amados a través de:



¿Qué hace que los padres no pongan límites a sus hijos?

- Miedo a perder el control sobre el hijo
- Miedo a perder el amor
- Reproche si algo malo le pasara
- Miedo a equivocarse
- Sobrepotección

Estos temores y falta de límites pueden hacer que los niños tengan comportamientos disruptivos como:

- 
- Berrinches
 - Enojo
 - Caprichos
 - Antipáticos
 - Groseros o violentos
 - Demandantes y exigentes

Es posible modificar dichos comportamientos si cumplimos con una serie de pasos; al principio tomará tiempo y será difícil, pero hacerlo constantemente permitirá ver cambios...

¿CÓMO PODEMOS HACERLO?

1. Preguntarnos si hay algún comportamiento que quieran cambiar en su hijo:

-¿Cuál es?

-¿Dónde ocurre?

-¿Con quiénes ocurre?

-¿Qué es lo que su hijo hace?

-¿Qué beneficios traerá que mi hijo cambie?

Además tendrán que registrar las veces que se presenta dicho comportamiento durante un día y su duración, en los siguientes cuadros:

Semana ____	Fecha: _____ a _____						
Ejemplo:							
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							

Recapitulemos a partir de lo que he observado y registrado...

Ocurre cuando:

Ocurre en:

Ocurre cuando están:

Para que se mantenga yo estoy haciendo:

La estrategia que voy a poner en práctica es:

2. Identificar cómo está siendo el comportamiento

ANTECEDENTES ¿Qué pasa antes?	CONDUCTA ¿Qué hace mi hijo?	CONSEQUENTES ¿Qué pasa después?

3. Planear junto con el psicólogo las estrategias más convenientes a implementar.

4. Poner en práctica de las estrategias elegidas y evaluar resultados:

Conducta	Implementación de la estrategia	Resultados

Comentarios adicionales.

Elaboró por Psic. Mayte Ortiz Romero
 R1 Medicina Conductual
 Tomado de: Lic. Psic. Yudy A. Quintero

Apéndice 21. Caso Clínico 1. Oncopediatría

Ficha de identificación.

Nombre: L	Edad: 12 años
Sexo: Femenino	Estado civil: Soltera
Religión: Católica	Ocupación y escolaridad: Estudiante 6to
Lugar de origen y residencia actual: Coahuilán, Sierra Norte de Veracruz	Hija única, familia monoparental. Estatus socioeconómico bajo.
Dialecto: Totonaca	Idioma: Español 90%
Dx médico: Rbdomiosarcoma Alveolar Mestastásico	

Motivo de referencia.

Pre dx: Paciente referida por médico tratante para su valoración psicológica por ser de nuevo ingreso, y además pertenecer a una comunidad indígena, por lo que principalmente el médico solicita a la residente de medicina conductual ejercer una función mediadora y de orientación para paciente y sus padres, haciendo énfasis en cuidar que paciente no abandone tratamiento; así como apoyo al momento de dar noticia de dx y demás aspectos importantes relacionados con éste. A su ingreso en urgencias pediátricas, enfermería y médicos residentes, reportan que paciente muestra ansiedad, llanto y poca colaboración con personal médico.

Post dx: Días después de recibir el dx, médicos reportan que se encuentra triste todo el tiempo y sugieren interconsultar a psiquiatría por depresión. Asimismo, padre de paciente solicita ayuda para manejar tristeza de esposa y paciente y que logren la comprensión de la importancia del tratamiento y estancia hospitalaria y muy probable, unión de padres y cambio de residencia al DF mientras termina el tratamiento.

Antecedentes heredo-familiares.

Madre de 29 años de edad, originaria del estado de Veracruz, dedicada al hogar, separada, católica, se refiere sana y niega toxicomanías. Padre de 33 años de edad originario de Veracruz, albañil, separado, cristiano, niega alguna toxicomanía y se refiere aparentemente sano. Antecedente de DM por rama materna, se niega algún otro antecedente de importancia para padecimiento actual de paciente

Antecedentes personales no patológicos.

Adolescente originaria del estado de Veracruz, quien cohabita con su madre y abuelos maternos, padre no incluido al núcleo familiar desde el octavo mes de embarazo, debido a la decisión por parte de la madre de separarse tras haberse presentado continuas agresiones por parte de familia del esposo, no obstante, hermana de la madre, avisó a éste que paciente enfermó y que debían atenderla de inmediato en la ciudad, al principio la madre se rehusó, sin embargo, decidió hacerlo por la salud de su hija y a pesar de las críticas por parte de su familia de venirse con él y su miedo a las abandone acá y no saber qué hacer lejos y sola con su hija (sic madre).

De manera que paciente no había conocido a su padre hasta ahora que tuvo que traerla a la ciudad para tratar su enfermedad. Habita en casa rentada, que cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios, elaborada de material perdurable y techo de lámina, hacinamientos positivos, zoonosis positivos (tienen un corral con más de tres gallinas,

guajolotes, cerdos y perros). Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Esquema de vacunación completo no documentado. Desconoce grupo sanguíneo, niega toxicomanías, alcoholismo y tabaquismo. Se describe a sí misma como una niña alegre, juguetona, penosa y estudiosa. Buen aprovechamiento académico (promedio de ocho).

Rutina diaria de paciente en casa consistía en: levantarse, desayunar, hacer tarea, ir a la escuela, ir por el maíz para las tortillas de la comida, jugar y alimentar a sus animales, hacer bordado, jugar con sus primas, cenar y dormir.

-Antecedentes perinatales. Producto de la gesta 1G:0; P:1. Madre de 17 años, con mal control prenatal acudiendo al médico en una sola ocasión, siendo este médico general; sin ingesta de micronutrientes ni realización de ultrasonidos. Obtenida por parto mediante partera en su casa, paciente llora y respira al nacer; la madre no recuerda peso ni talla, sin aparentes complicaciones físicas ni emocionales. Alimentación exclusiva al seno materno hasta los seis meses, iniciando a esa misma edad con ablactación con frutas y verduras e incluida a la dieta familiar a los dos años.

-Desarrollo psicomotor: Refiere sostén cefálico y sonrisa social a los dos meses, con inicio de sedestación a los seis meses, deambulación a los 11 meses, subir escalones a los 18 meses y saltar en un solo pie a los 20 meses.

-Infancia. L refiere haber tenido una infancia bonita porque le gustaba jugar todo el tiempo con sus amigas de la escuela; y haber sido una niña feliz, pero enojona porque no se le daban las cosas cuando ella las solicitaba o no obtenía la completa atención de su madre cuando ella le hablaba. No reporta un suceso importante o traumático durante esta etapa.

-Adolescencia. Apenas comienza esta etapa de su vida y refiere que le gusta, a pesar de los cambios en su cuerpo y en lo que le gusta. Justo ahora enferma y eso le molesta porque tuvo que interrumpir sus estudios y dejar su casa. Reporta tener escasas amistades y vida social limitada; no inicio de vida sexual ni noviazgos (no habla sobre tema de sexualidad).

Antecedentes personales patológicos.

Niega quirúrgicos niega traumatismos con hospitalizaciones a partir de que acude a diferentes facultativos a tratar padecimiento actual.

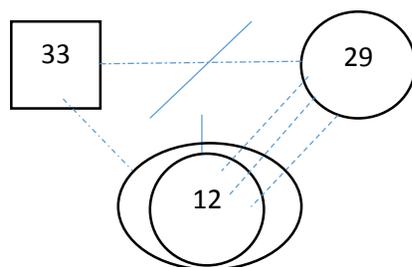
Antecedentes psiquiátricos y psicológicos.

No refiere ninguno. Nunca había conocido a un psicólogo y piensa que sirven para ayudar a la gente a sentirse bien.

Dinámica familiar. L refiere tener una relación buena con su madre y abuelos, así como con su padre, con quien apenas está estableciendo un vínculo emocional, reporta sentirse bien con él y que le gustaría que sus padres regresaran y viviera juntos como una familia. Quiere más a su abuelo “porque él la cuida y la salva de que la regañen, ya que “mi madre es enojona y me pega cuando no hago las cosas que me mandan (ríe), bueno no, me grita, como cuando no quiero ir por los mandados” (sic pac.), sin embargo le gusta mucho a estar con ella, está acostumbrada a que su mamá la peine y la vista. Actualmente un tío materno es el tercer cuidador de paciente, del cual refiere que se llevan bien, pero, constantemente manifiesta que prefiere que su madre se quede todo el tiempo con ella, porque su padre y su tío aún son extraños, y le dan pena cosas como avisar para que le traigan un cómodo, que la revisen y que la bañen. Respecto a su padre únicamente viene por las mañanas y tardes a verla, platica con ella, lleva a su esposa a comer y les deja dinero y cosas que necesiten como un celular o pañales, y es quien se encarga de realizar trámites, recibir informes y tomar decisiones importantes. Dado

que apenas se ha reincorporado a núcleo familiar, paciente refiere que le agradó conocer a su padre

Familiograma



Historia del problema.

-Médico. Inicia el 04-01-13 con la presencia de ganglio en región axilar derecha de 1 cm aprox., fijo no móvil, adherido a planos profundos; agregándose a la semana lesión perianal a nivel de glúteo izquierdo con aumento de volumen con enrojecimiento de 3x3 cm, sin sintomatología aparentemente agregada, se le dio tratamiento y se le envió a casa. Posteriormente, paciente refiere incremento de tamaño de lesión, sin presencia de dolor, acudiendo con médico de zona el 22-03, donde se observa aumento importante de volumen en región glútea, es valorada e ingresa como probable absceso perianal. Durante dicho internamiento, se realiza biopsia incisional de cadena ganglionar y porción de la tumoración, donde se encuentran como hallazgos cambios de coloración con desvitalización de tejido periférico de la cápsula de tumoración; se egresa de esa unidad con tratamiento antibiótico con dicloxacilina por diez días en espera de resultados de biopsia. Cuenta con resultado el 03-04, el cual reporta Rbdomiosarcoma Alveolar Mestastásico e inmediatamente indican a familiares que ahí no pueden darle la atención que requiere, por ser un padecimiento grave. Acuden al HJM al servicio de urgencias pediátricas el 22-04 para su valoración y tratamiento, en donde reportaron que debido al problema de lenguaje y a que el padre se encontraba fuera de la unidad, no se pudo interrogar a la madre en busca

de más detalles, por lo que solicitaron interconsulta a cirugía pediátrica y oncología pediátrica para su valoración y manejo.

Actualmente se encuentra con dx confirmado de Rbdomiosarcoma con metástasis a región perianal, vulva, labio mayor izquierdo y ano, desde el pasado 08-05, con un pronóstico del 30% de sobrevivencia. Esta misma fecha se comenzó con hiperhidratación y al día siguiente se inició con protocolo de quimioterapia el cual consistirá en dos ciclos de Qt (Alopurinol) con un período de descanso entre éstos de 21 días, se le estudiará de nuevo y se decidirá siguiente nivel del tratamiento.

-Psicológico. Debido a las festividades del día del niño transcurridas durante la llegada de la paciente, y a las que los pacientes de oncología en piso y quimioterapia ambulatoria participaron, se les abordó informalmente con la finalidad de integrarlas a éstas, ante las cuales paciente y madre mostraron muy buena iniciativa e integración “me gusta y divertí mucho, son cosas que nos hacen sentir bien y nos distraen, además es la primera vez que me regalan una muñeca y dulces” (sic paciente). Por observación directa del residente de medicina conductual, se concluyó que tanto la paciente como su madre entienden y hablan español (posteriormente se constató que paciente lo escribe y lee), ya que presentaban risas y contestaban monosílabos cuando se les preguntaba algo muy específico o se les daba alguna instrucción, sin embargo, algunos términos se le dificultaba comprenderlos y nombrarlos.

***Fase prediagnóstica.** L refiere sentirse preocupada por no saber qué tiene (quiere saber qué pasará con ella, tiene miedo de morir, porque si fuera cáncer ella sabe que la gente de eso se muere) y triste por estar lejos de su casa y su familia: “extraño a mis abuelos y animales, ya me quiero ir” (sic pac.). Se le observa con inquietud motora en manos y pies, llanto contenido y con vista dirigida hacia el televisor de la sala de Hematología, además de marcar por celular a su papá para saber a qué hora vendrá. Además refiere que después de los festejos ha estado

aburrída y quiere saber qué cosas puede hacer. Asimismo se encuentra con buena disposición, habla con cautela para lograr expresarse y ser entendida, de hecho, en interacción con psicóloga presenta risas espontáneas junto con su madre e intenta enseñarle palabras en su lengua. Cabe resaltar que con su madre y padre se comunica a través de su dialecto.

****El padre** solicita ayuda para su esposa ya que la nota muy triste y le cuesta mucho trabajo que coma: “no le gusta nada de lo que hacen aquí, dice que desde que se enfermó mi niña no le da hambre, que no come, pero yo le digo que necesita comer algo, aunque sea poquito porque si no se va a enfermar y luego yo no voy a poder con dos enfermas, qué voy a hacer, la niña necesita fuerzas para lo que sea que tengamos que hacer y se cure; yo estoy dispuesto a irme a vivir con ellas y apoyarlas en todo, si esto es para largo no importa, ya estamos aquí y la están tratando” (sic padre).

****A la madre** se le observa tímida, dependiente y aislada (inclina cabeza hacia abajo, manos entrelazadas y mueve dedos constantemente, su tono de voz es muy bajo y no habla con nadie más y sólo sale cuando esposo visita a paciente). En entrevistas con ella, presenta llanto contenido y refiere sentirse muy triste por ver a su hija mal y enferma, acostada sin hacer lo que hacía allá y con temor a que su padre las abandone y no saber qué hacer si eso sucediera ya que no conoce nada de aquí; además de manifestar preocupación porque ya quiere saber qué tiene y qué le harán, pero le dicen que hay que esperar hasta su estudio, le da mucho miedo de que le corten su pierna o a morir, porque el médico que la vio antes le dijo que su enfermedad era grave (sic madre).

***Fase dx.** Una vez que se enteraron del dx ambos padres presentaron llanto y manifestaron preocupación porque el médico les dijo que era cáncer, muy agresivo y con pocas posibilidades de salvarse, pero que había algo que hacer y que ellos lo iban a intentar: “ya hable con mi

esposa y le dije que no se ponga triste que vamos a salir de esta, porque hasta me contagia el sentimiento, que no están solas, me preocupa que no quiere ni comer, cómo puedo hacerle para ayudarla, me dijo que no quiere decirle, yo aún no he visto a mi hija pero le diré la verdad de lo que tiene y de lo que sigue, para que no se asuste, dijo el doctor que es mejor, avisarle que se le caerá el cabello y que tendrá vómitos, además que debemos quedarnos para que la traten” (sic padre) / “el doctor dice que es cáncer, está llena de él y de eso se muere la gente, en el pueblo ha habido de eso pero se los traen para acá, me da miedo que le pase lo peor, es mi única hija, ¿si funcionará eso que le darán o qué otra cosa le puedo hacer?” (sic madre).

En ambas fases a la paciente se le encontró hipervigilante, con miedo y presencia de llanto ante cualquier eventualidad como sangrados: “hoy sangré otra vez y fue mucho, yo les dije a doctores pero no me vinieron a ver” (sic pac.), revisiones médicas y canalizaciones “no quiero que me piquen, me duele” (sic pac.).

Además, cualquier médico, enfermera o personal de salud que tiene contacto con paciente y madre, solicitan la presencia del padre porque argumentan que ellas no entienden.

No obstante, enfermería observa: aburrimiento, tristeza, temor, llanto y angustia de paciente y madre, por lo tanto sugiere en sus notas: orientar a familiar para apoyo emocional, promover el apoyo, acompañamiento y una escucha activa, e, informar a paciente y familiar sobre la importancia de llevar a cabo el tratamiento.

Otros cuidadores de la sala manifiestan que no piden ayuda y que ellos en la medida en que ellas lo permiten, tratan de orientarlas.

-Problemática actual. Lleva más de dos semanas hospitalizada en fase de tratamiento, ya le han realizado diversos procedimientos como: AMO, biopsias y tomografías. Después de la noticia del dx se le observa por

ratos retraída (abrazo a un payaso y así permanece), con mutismo al hacer preguntas sobre enfermedad y tratamiento. Refiere ya no querer estar triste y saber sobre su enfermedad, porque hay muchas cosas que los médicos le dicen y no entiende. Actualmente está pendiente de sangrados o molestias físicas que presenta, manifiesta que cuando le pasa eso siente ganas de llorar, piensa que algo malo le pasa y que no se le quitará; además de que le preocupa cuánto tiempo estará hospitalizada y la caída de su cabello ya que no le gustaría estar pelona (sic pac.).

Impresión y actitud general. L se ha encontrado en adecuadas condiciones de higiene y aliño, presencia de llanto contenido y continuo con movimientos estereotipados de manos y pies, lenguaje esporádico y lento, poco contacto visual (se requiere instigarla) e interesada por actividades de distracción.

Examen mental de primera vez. Femenino de edad cronológica igual a la aparente, en adecuadas condiciones de higiene y aliño a contexto hospitalario, complexión endomórfica, con movimientos estereotipados de manos y pies. Se mostró cooperadora a entrevista y motivada a realizar actividades de su agrado. Orientada en TEPC, atención y concentración demoradas, alerta al medio con respuesta adecuada a éste, afecto eutímico, estado de ánimo preocupado, pensamiento concreto con ideas sobre lo que acontece en su cuerpo y enfermedad, lenguaje lento, poco fluido, coherente y congruente. Sin presencia de alteraciones sensoriales aparentes, impresiona con inteligencia promedio, sin noción de enfermedad (ya se imagina que puede ser cáncer porque médico de Papantla, le mencionó que era algo grave y que debían atender con más cuidado y especialización; sin embargo, su información sobre éste es limitada, lo que conoce lo aprendió en la escuela); cuenta con apoyo social reducido y en conflicto (padres separados en proceso de reconciliación), poco movilizable ya que madre depende totalmente de esposo y funcional.

Técnica de evaluación. Entrevista conductual

Análisis y descripción de conductas problema.

-Lista de conductas problema: “Adaptación a contexto hospitalario, enfermedad y tratamiento”.

-Sentimientos de preocupación por su enfermedad y todo lo que pasa a su alrededor (sangrados, dolor, estudios, etc.) y tristeza por regresar a su comunidad (emocional).

-Desconocimiento e incomprensión de información sobre enfermedad, tratamiento y rutina hospitalaria (motor).

-Inquietud motora de manos y pies (motor)

-Aislamiento y aburrimiento (motor)

-Llanto contenido y continuo (motor)

-Dependencia (motor)

-Pocas habilidades de comunicación con personal de salud (motor)

-Pensamientos catastróficos (cognitivo)

Modelo secuencial integrativo se presentan al final

Análisis funcional. L de 12 años de edad, originaria y residente de una comunidad indígena, con diagnóstico de Rabdomiosarcoma de mal pronóstico, en tratamiento con quimioterapia. L refiere que su queja es la tristeza, la preocupación y el miedo por estar enferma, hospitalizada y no comprender lo que le pasa. La problemática referida por paciente se caracteriza principalmente por respuestas a nivel motor de movimiento constante de pies y manos así como de objetos que tenga sobre ellas, aislamiento y presencia de llanto contenido y continuo, a nivel cognitivo con pensamientos acerca de su enfermedad y tratamiento, éstas se

hacen altamente probables cuando toca su turno en el pase de visita, cuando algún médico o enfermera la revisa, por presencia de sangrados o molestias físicas y cuando su padre habla con ella, lo cual comprende también componentes cognitivos y variables de su historia contemporánea directamente relacionados. Probablemente mantenidos porque L encuentra distractores inmediatos que le permiten evadir su expresión emocional, como quedarse callada, dirigir su mirada al televisor, mirar el celular, o referir el sentir náuseas por alimentos o preferir dormir, así como la atención de su madre y padre y la obtención de regalos por parte de éste. L no cuenta con suficientes recursos cognitivos (pensamientos funcionales) ni instrumentales (solución de problemas y habilidades sociales) que le permitan desarrollar estrategias de afrontamiento activas, la intervención estará dirigida hacia la variable de respuesta y organismo a nivel motor, cultural y de aprendizaje, si se trabaja con dichas variables se podrán entrenar aspectos muy conductuales que paciente podrá realizarlos con mayor probabilidad de éxito y el costo de respuesta será menor, a través de técnicas como psicoeducación, solución de problemas, relajación, con la finalidad de brindar información, asegurar su comprensión y puesta en práctica de comportamientos que activen a paciente y fomenten su adhesión a tratamiento y adaptación favorable a su estancia en la ciudad.

Hipótesis funcional. Si las respuestas a nivel moto, cultural y de aprendizaje de L se mantienen por su déficit de información e incomprensión de ésta, déficit en la capacidad de resolver problemas y estrategias de comunicación, al adquirir habilidades instrumentales L disminuirá su queja de preocupación y nervios esperando con ello su adaptación a condición actual de enfermedad, a partir de psicoeducación, solución de problemas, relajación con imaginación guiada y activación conductual.

Diagnóstico multiaxial.

Eje I. Pb. Trastorno adaptativo Agudo con ansiedad F43.28 (no se cumple con criterio de tiempo).

Problemas adicionales objeto de atención clínica

Z60.3 Problema de aculturación

Eje II. Aplazado R46.8

Eje III. Cáncer: Rabdomiosarcoma Alveolar

Eje IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo (perturbación familiar por reencuentro con padre y propuesta de vivir los tres juntos en el DF). Problemas relativos al ambiente social (dificultades para adaptarse a una nueva cultura. Problemas económicos.

Eje V. EEAG=75

-Objetivo General. Entrenar habilidades instrumentales que le permitan a L disminuir su queja de preocupación y nervios por no comprender lo que pasa y no saber que hacer frente a ello.

Objetivos Específicos.

-Explicar a padres y paciente sobre tratamiento y efectos secundarios.

-Permitir realizarse los procedimientos médicos necesarios (canalizaciones...).

-Comunicar sus necesidades y deseos tanto a personal médico como familiares.

-Proponer y realizar actividades recreativas durante su asistencia al hospitalaria.

Plan de tratamiento.

*Psicoeducación. Aplicado a padres y paciente, referente a las generalidades de la estancia hospitalaria, el proceso de tratamiento y su reincorporación a la vida cotidiana (dos sesiones).

*Reforzamiento diferencial de otras conductas empleado con padres para que extingan comportamientos indeseables de miedo e inseguridad en paciente y fomentar una adaptación favorable a la enfermedad (tres sesiones).

*Desensibilización aplicada a paciente para manejo de la ansiedad ante procedimientos médicos, a través de jerarquía de estímulos y modelado con terapeuta (cuatro sesiones).

*Informar-Orientar. Durante lo que dure el tratamiento a demandas de la familia y paciente.

Paciente es dada de alta el mismo día de la última sesión de evaluación, reingresa para su segundo ciclo de quimioterapia el pasado 31 de mayo y se le da a conocer a paciente y su madre el plan de tratamiento, estando de acuerdo ambas en realizarlo. Hasta este momento se han llevado a cabo cinco sesiones de evaluación, y por circunstancias de premura en la atención psicológica antes de la planeación se realizó:

-Intervención en crisis con padres ante la noticia del diagnóstico y tratamiento

-Actividades de distracción tanto con paciente como su madre

-Estrategias de solución de problemas con padre para búsqueda de domicilio y otros cuidadores.

-Informar y orientar a padres respecto a trámites administrativos, preguntas al médico y localización de ciertas áreas dentro y fuera del hospital.

Como objetivos pendientes pueden ser:

-Canalizar a madre al servicio de salud mental por probable depresión debido a enfermedad de su hija y residencia en el DF.

-Que paciente conviva con otros pacientes

Modelo Secuencial Integrativo

ESTIMULOS ANTECEDENTES	ORGANISMO	RESPUESTA	CONSECUENCIAS
<p>*Externos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preguntas del médico ante el pase de visita. -Se acerquen médicos o enfermeras. -Padres informan sobre dx -Tema: cáncer y efectos secundarios de tratamiento. -Ver a los otros niños de la sala. -Sangrado o molestia física. <p>*Internos</p> <p>Cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -No le entenderé -Aún me dirá que sigo mal, porque sangro de mi herida. -No me hacen caso cuando les digo que me duele o que salió mucha sangre en el pañal. -Se me caerá el cabello <p>*Historia</p> <p>Contemporánea:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Situación de enfermedad actual. -A su ingreso el médico solicita atención de psicología ya que informa en pase de visita sobre su gravedad y probable manejo médico y px y cuidadora se muestran asustadas y sin comprensión de la información. -Reincorporación de su padre a núcleo familiar. -Cambio cultura y costumbres <p>Extemporánea:</p> <p>No cuenta con historial de enfermedad previo o eventos potencialmente estresantes.</p>	<p>*Biológico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rabdomiosarcoma Alveolar Mestastásico, pronóstico desfavorable (menos del 30%). <p>*Historia de reforzamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dependencia de madre <p>(-)Habilidades sociales (-)Solución de problemas.</p> <p>*Variables cognitivo-culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rol pasivo en el tratamiento de una enfermedad. 	<p>Queja: incomprensión y nervios.</p> <p>*Motor</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inquietud motora en manos y pies. -Aislamiento -Llanto - <p>*Cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pensamientos catastróficos relacionados con tratamiento y gravedad de la enfermedad: “la gente se muere de cáncer”, “algo malo pasa dentro de mí”, “y si no me curo”, “me va a doler lo que me pongan” “sólo quiero irme a mi casa”. -Preocupación por la caída del cabello y lo que pasará en el futuro. -Miedo -Tristeza <p>*Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Náusea 	<p>*Inmediatas</p> <p><i>Individuales.</i></p> <p>Externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enojarse y no hablar con nadie. -Dormir -Mirar el televisor -Aburrimiento <p>Internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> “Ya me quiero ir a mi casa” “No quiero que me duela” “No quiero comer esto” <p><i>De otros.</i></p> <p>Externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Su madre llora con ella y la abraza. - <p>*Mediatas</p> <p><i>Individuales</i></p> <p>Externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dejarse realizar procedimientos médicos. -Encontrar actividades de distracción. -Padre la abraza y habla con ella. -Realiza actividades de distracción. <p><i>De otros</i></p> <p>Externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Padre trae celular

Apéndice 22. Caso Clínico 2 Oncopediatría

Relevancia de la elección del caso.

El diagnóstico psicológico de *ansiedad ante procedimientos médicos invasivos* es el más frecuente en la *población oncológica pediátrica* atendida en el Hospital Juárez de México durante el período de enero a junio de 2013; aunado a que en el caso de G, se lograron completar tanto las fases de evaluación como de intervención, cuestiones metodológicas y prácticas que en la *labor del psicólogo en el contexto hospitalario*, son complicadas de llevar a cabo, ya sea por los espacios, tiempos, demandas o urgencias a cubrir en el servicio. Aunado a ello, en el proceso de evaluación, se detectó la presencia de *diversas problemáticas con alta prioridad de atención clínica*, tales como: alcoholismo paterno, violencia intrafamiliar, madre con probable trastorno de personalidad sin diagnóstico ni manejo (ezquizotípico: patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una incapacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, DSM IV-TR, 2002) y presencia en G de trastorno opositorista-desafiante (patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y hostiles hacia figuras de autoridad; se enojan y pierden el control con facilidad; e, interfiere en sus relaciones interpersonales, su vida familiar y rendimiento escolar; síntomas presentes por un período mayor a seis meses) y, ansiedad específica, mismas que dificultaron la adhesión al tratamiento psicológico y la efectividad de la intervención. Aunado a que médicos tratantes entorpecieron dicho proceso al insistir que G debería ser referida a psiquiatría ante la queja de madre con ellos (“ya no sé qué hacer con ella, no me hace caso”), acerca de la exacerbación de los problemas de conducta de G en casa (golpearse contra el suelo, berrinches e irritabilidad y agresividad con padres y hermanos).

Fundamento Teórico.

En general, los trastornos de ansiedad son el tipo de psicopatología más común durante la infancia. En Europa del 12 al 20% de los niños experimentan ansiedad y más del 12% son diagnosticados con trastorno de ansiedad. De este trastorno, lo más común es la fobia específica, ansiedad social, por separación y generalizada (Jansen, et al., 2012); para los cuales ya se han estudiado y probado intervenciones con gran impacto en la problemática a corto y largo plazo. Por ejemplo, en un metaanálisis de 24 estudios del año 2005, compararon la eficacia de la psicoterapia para los trastornos de ansiedad en la infancia (con exclusión de los ensayos que tratan exclusivamente del trastorno de estrés postraumático u obsesivo compulsivo), mostrando que existe evidencia de que estos trastornos pueden ser tratados eficazmente con apoyo de la terapia cognitivo-conductual (Albon & Schneider, 2007).

Debido a la alta prevalencia de ansiedad en niños y los efectos negativos sobre el funcionamiento socio- emocional y académico, la investigación se ha dedicado a la identificación de intervenciones efectivas para diagnosticar y tratar eficazmente dicho padecimiento (Jansen et al., 2012).

Específicamente, en población oncológica pediátrica, se abordan problemáticas en relación al afrontamiento psicológico del cáncer infantil, el cual implica el uso de estrategias y recursos que ayuden al infante y su familia a vivenciar la enfermedad y los tratamientos médicos a los que son sometidos, con la menor afectación emocional y comportamental posible (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009). Por ello, las repercusiones psicológicas con mayor incidencia en esta población son la presencia de respuestas de estrés ante el diagnóstico y los trastornos de ansiedad ante los procedimientos médicos invasivos, éstos últimos se engloban en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales IV (2002) bajo la categoría de *Fobia Específica*.

Una fobia se caracteriza por un miedo que adquiere una dimensión patológica irracional y desproporcionada que produce la evitación consciente del objeto, actividad o situación temida. Por su parte, una fobia específica es un miedo intenso y continuo, de características excesivas e irracionales, que es provocado por la presencia o anticipación de la posibilidad de exponerse a un objeto o situación específica como sangre, inyecciones o algún daño. Su etiología es desconocida con exactitud, se establece que es una interacción entre factores biológicos, genéticos y psicosociales; estos últimos son importantes, ya que dicho miedo irracional puede adquirirse por medio de la asociación de una experiencia en particular que generó miedo (Cárdenas, Feria, Palacios, & Peña, 2010).

De igual manera, Jansen et al. (2012) determinan que un rasgo característico de todos los trastornos de ansiedad en los niños es la preocupación por el peligro. Aunque el tipo de estímulo fóbico puede cambiar con el tiempo debido a las transformaciones del desarrollo, la ansiedad y el miedo, son un problema crónico. En un intento de hacer frente a la amenaza percibida del mundo exterior, los niños aprenden a evitar situaciones potencialmente peligrosas. Como resultado, el funcionamiento social y académico se pone en peligro, esto es, tienen menos amigos y bajo rendimiento escolar; a su vez, la vida familiar puede verse afectada de tal manera que las familias perciben más estrés y participan menos en actividades sociales.

Con base en ello, en México, la Guía Clínica de los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes (2010) sugiere ayudar al paciente a identificar qué le está afectando en su vida cotidiana y que el tratamiento para ello consta de varias intervenciones como: la farmacológica, la psicoterapia (implementa estrategias del manejo de la ansiedad como herramientas prácticas que el niño puede manejar y mejorar su autoconfianza y reforzar la sensación de control sobre sus síntomas) y las educativas (sirven para explicar características del trastorno, las estrategias de afrontamiento y el control de síntomas); mismas que se aplican en dos modalidades: individual y familiar (fomentar ambiente de compromiso y apoyo, procurando no hacer sentir al menor responsable de sus síntomas y el apego al tratamiento). De ahí que el tratamiento multimodal debe

tomar en cuenta: estresores ambientales, factores de riesgo, severidad, disfunción que ocasiona y la comorbilidad.

La terapia cognitivo-conductual (TCC), con o sin la participación de los padres, se ha identificado como el tratamiento más efectivo para la ansiedad infantil. Los componentes de la TCC incluyen exposición a situaciones de ansiedad, reestructuración cognitiva de los pensamientos disfuncionales, relajación antes y durante las situaciones de ansiedad y reforzamiento de conductas deseables (Jansen et al., 2012). De igual manera, los enfoques que la literatura menciona que han mostrado efectividad y que cuentan con fuerte soporte empírico en el tratamiento de las fobias son: terapia conductual y terapia cognitiva-conductual (TCC). Esta última utiliza una combinación de *técnicas conductuales* para tratar la evitación y asociación psicológica con las conductas de ansiedad; y *técnicas cognitivas* para combatir las cogniciones catastróficas y distorsionadas y los sesgos atencionales. Ollendick, Cowart y Milliner (como se cita en Vasa & Krain, 2013) mencionan que para las fobias específicas, la TCC incluye: exposición gradual, reforzamiento, modelamiento y psicoeducación acerca de los miedos, las habilidades conductuales para hacer frente al objeto temido y para identificar los cambios en las cogniciones. La terapia de exposición ha encontrado particular eficacia, especialmente las técnicas de desensibilización sistemática, reforzamiento o manejo de contingencias y modelado. Lo anterior justifica el proceso de evaluación e intervención realizado en el caso de G.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: G. L.G.

Religión: Católica

Edad: 8 años

Ocupación: Estudiante de tercero de primaria

Sexo: Femenino

Nivel socioeconómico: Bajo

Lugar de origen y residencia: D.F. Habita en casa rentada que cuenta con todos los servicios básicos de urbanización: dos habitaciones más cocina y un baño; cohabitan 10 personas, cinco adultos y cinco menores: hacinamiento positivo.

No. de hermanos y posición que ocupa: 3/1

Diagnóstico médico: Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) alto riesgo por presencia de CD33

II. MOTIVO DE REFERENCIA

Se proporcionó atención psicológica por petición de madre de paciente, ya que G manifestaba dificultades ante procedimientos médicos invasivos, principalmente al ingresar al cuarto de procedimientos para la aplicación de

tratamiento llamado: Triple Intratecal (TIT) y realización de Aspirado de Médula Ósea (AMO); caracterizadas por renuencia a asistir al hospital, evitación para ingresar a dicho cuarto, llanto y aferramiento a la presencia de su madre, por lo cual anestesiología utilizaba una dosis mayor

de sedantes y eso era fuente de preocupación para la madre.

III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- **Heredofamiliares:** línea *materna*: DM2; línea *paterna*: leucemia (se desconoce resto de datos); resto interrogados y negados.
- **Personales:** cuenta con múltiples internamientos y transfusiones. Toxicomanías negadas. Enfermedades exantemáticas: escarlatina y sarampión a los cinco años.
- **Psiquiátricos y Psicológicos:** Atención psicológica recibida a su ingreso al hospital (27-01-12) para valoración inicial previa al diagnóstico definitivo.

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NO

- **Familiares:** Madre de 28 años, escolaridad secundaria, ama de casa, toxicomanías negadas y aparentemente sanas. Padre de 28 años, alcoholismo social, escolaridad secundaria, ayudante de albañil y aparentemente sano. Tiene dos hermanos de tres años y nueve meses respectivamente, ambos aparentemente sanos.
- **Personales:** Producto de la gesta uno, obtenida por vía vaginal sin complicaciones, llora y respira al nacer, con peso de 2700 kg. y talla de 49 cm. Egresadas en binomio sin complicaciones. Madre de 21 años que trabajó en fábrica de productos para perros y jabones hasta los siete meses de embarazo y en el octavo mes fue

tratada de infección de vías urinarias por cinco días con remisión de sintomatología; control prenatal regular a partir del segundo mes, acudió a un total de cinco consultas; dos USG con reportes normales. Alimentada al seno materno hasta los 24 meses, posteriormente complementada con fórmula, ablactación de ocho meses, integrada a dieta familiar a los 12 meses; desarrollo psicomotor: fijación de mirada tres meses, sostén cefálico cinco meses, sedestación ocho meses, deambulación 10 meses, control de esfínteres un año y medio; inmunizaciones al corriente presentadas en cartilla.

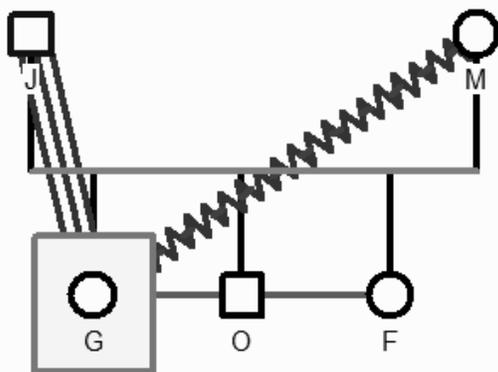
Realiza tres comidas al día, baño cada tercer día, cambio de ropa interior y exterior diario, cepillado dental ocasional.

-Infancia. Mantiene relaciones interpersonales con infantes de su edad, con preferencia de niñas de edad mayor a la suya. Es una etapa en la que enfermó y por lo cual ha tenido que ausentarse de la escuela por asistir al hospital o presencia de los efectos de los tratamientos en casa, así como cuidar lo que come y los juegos que puede realizar.

V. DINÁMICA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA

La familia nuclear de G. está conformada por cinco integrantes, con los cuales refiere tener una buena relación y sentir afecto por cada uno de ellos. En

ocasiones pelea con su hermano y constantemente tiene conflictos con su madre ("me regaña mucho y me castiga, me pega y no me hace mucho caso, siempre le pido perdón, pero luego ya no me cree" sic px). Su padre es quien la protege y con quien convive poco, ya que la mayor parte del día está fuera de casa por trabajo. Habitan en casa de su abuela paterna, condición que dificulta la relación de G con su madre, ya que existen conflictos respecto al autocuidado de G y pautas de crianza no efectivas.



VI. HISTORIA DEL PROBLEMA

- Médico:** Inicia padecimiento actual en diciembre del año 2011, al notar ganglios pequeños en cuello, no dolorosos y de consistencia blanda, sin presencia de otros síntomas; llevada a facultativo quien refiere proceso infeccioso, no da tratamiento; seis días después, notan aumento de volumen y en la cantidad de éstos, presencia de un pico febril de 39°, llevada nuevamente a valoración, se solicitan estudios de laboratorio, documentándose anemia, niega pérdida de peso, astenia y adinamia.

Llega al Hospital Juárez al área de Urgencias Pediátricas por referencia del Hospital Infantil, ingresa para protocolo de estudio por síndrome infiltrativo, anémico y neutropenia, se toma BH (se corrobora anemia) y se solicita al Servicio de Oncopediatría valoración y AMO, por sospecha de etiología oncológica; inicia tx con QT el 27.01.12 y se confirma dx de LLA el 02-02-12.

- Psicológico:** G fue vista por primera vez por Medicina Conductual (MC) el 27.01.12, para valoración inicial, G refirió sentirse bien, con un poco de miedo y con la esperanza de recuperarse pronto. Madre refiere sentirse triste: "se está haciendo todo lo posible para que la niña esté bien". Tanto el ambiente novedoso y los procedimientos médicos invasivos causan sorpresa y alteración de G. Durante noticia del dx se acompaña a sus padres (en nota en expediente no se explican los hallazgos).

Se retoma intervención psicológica el 15.03.13 durante la asistencia de G a quimioterapia ambulatoria (QTA), en esa ocasión presentó llanto y desesperación por irse a casa, por lo que nueva psicóloga de MC, se acercó a establecer componentes de relación e implementó distracción cognitiva y ejercicio de respiración diafragmática, con lo cual cesó el llanto y la percepción de la espera fue menor ("ya me siento mejor y más tranquila, hasta el tiempo pasó rápido" - ríe- sic pac.). Se inició una entrevista con madre de G, la cual refirió que desde

hace tres meses G presenta dificultades para someterse a los tratamientos que el protocolo para pacientes con Leucemia establece, G refirió que llora, grita y no quiere asistir al hospital, entrar al cuarto de procedimientos, dejarse poner la mascarilla para anestesia y dejar que su madre salga de dicho cuarto, así como nerviosismo y sentimientos de miedo y enojo (*“ya no quiero que me piquen, me duelen mis manos y mi espalda”* sic pac.); además de solicitar hablar con paciente ya que presenta conductas disruptivas (berrinches, no adherencia al tratamiento ni realización de actividades de autocuidado) y eso representa un problema para la madre (*“ya no sé qué hacer, es egoísta, berrinchuda y desobediente, ya ni aunque le pegue, ahora hasta ella me pega y me grita, y ya la amenacé, si ella no se cuida yo menos lo haré por ella”* sic madre). De manera que se dio cita para consulta externa con la finalidad de profundizar evaluación y confirmar diagnóstico de trastorno de ansiedad (fobia específica) e iniciar plan de tratamiento psicológico.

VII. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Durante hospitalizaciones y asistencias a quimioterapia ambulatoria G se encontró en adecuadas condiciones de higiene y aliño, activa, estado de ánimo eutímico y afecto dentro de lo normal. Paciente estuvo dispuesta e interesada en el trabajo psicológico para prepararse para próxima aplicación de TIT (dentro de los siguientes dos meses).

VIII. EXAMEN MENTAL

Femenina de edad aparente igual a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño a contexto hospitalario. Orientada en TEP, atención y concentración adecuadas y memorias demoradas, consciente, con respuesta adecuada al medio. Estado de ánimo hipotímico y afecto nervioso, no obstante, cooperadora e interesada en intervención. Pensamiento concreto y anticipatorio con distorsiones de sobregeneralización y atención selectiva sobre el tratamiento y sus efectos. Lenguaje coherente, congruente, poco fluido y con tono de voz bajo. Sin presencia de alteraciones en sensopercepción. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Locus de control externo y estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Con noción de enfermedad. Apoyo social percibido, reducido y en conflicto.

IX. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

A través de entrevista clínica conductual, observación conductual, autorregistros e instrumento SCARED.

X. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA

CP: Dificultades para controlar su ansiedad ante TIT y AMO.

- Renuencia a asistir al hospital (motor)
- Negativa a ingresar a sala de procedimientos (motor)
- Llanto, gritos movimiento repetido de manos y piernas acostada en la camilla de la sala (motor)

-Sentimientos de preocupación y miedo por no despertar y porque su madre no la acompañara (emocional)

-No dejar colocarse la mascarilla de oxígeno (motor)

-Sudoración y respiración rápida (fisiológico)

-Aferrarse a la mano de su madre en la sala (motor)

-Pensamientos anticipatorios de dolor y muerte (cognitivo)

XI. ANÁLISIS FUNCIONAL (Diagrama EORC se muestra al final).

Infante de ocho años, originaria y residente del D.F., soltera, católica y estudiante de tercero de primaria, refiere sentir miedo a morir y al dolor al realizarle Intratecal y aspirado. Su problemática se caracteriza por respuestas a nivel motor de: llanto, pataletas, gritos y aferrarse a la presencia y cercanía de una persona significativa como madre y/o psicóloga, además se retira mascarilla una y otra vez y pide no se la coloquen; a nivel cognitivo-emocional, presenta miedo, desesperación y preocupación por la aplicación y efectos de la anestesia acompañados de pensamientos en torno a no despertar, a que pase algo malo y al dolor; a nivel fisiológico experimenta náusea y vómito, palpitaciones y respiración aceleradas y sudoración; las cuales se hacen altamente probables al llegar al hospital y acostarla en camilla de cuarto de procedimientos, presenta pensamientos anticipatorios respecto al piquete, el dolor y los efectos de la anestesia, lo cual precipita ocasionalmente náuseas y vómito, lo cual se antecede por historial de

experiencias dolorosas en dicho cuarto, muerte de otros niños y no aceptar colocación de catéter. Probablemente se mantiene porque G tiene que someterse a los tratamientos, anesthesióloga da un regalo condicionando la obediencia, despierta antes y se percata que tiene colocada la mascarilla, refiere dolor y su madre para compensarla abraza y/o regaña, principalmente porque las respuestas condicionan miedos y percepción de peligro y displacer. G no cuenta con habilidades para reconocer y manejar sus emociones, por lo que se deberá intervenir en las situaciones estímulo antecedentes internas y con ello incidir en la respuesta en sus tres niveles y en las consecuencias.

XII. HIPÓTESIS FUNCIONAL

Al intervenir en las situaciones estímulo antecedentes internas, G podrá identificar los estresores que desencadenan su ansiedad, cómo se manifiestan en su cuerpo e implementar estrategias efectivas ante dichos procedimientos médicos, a partir de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual: terapia de exposición (aproximaciones sucesivas), modelamiento, manejo de contingencias (economía de fichas y contrato conductual), relajación y psicoeducación, que han mostrado su eficacia en el tratamiento de las fobias específicas en infantes.

XIII. DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL

Eje I. Fobia Específica

Eje II. R46.8 Profundizar valoración con instrumentos MINIKID o K -SADS

Eje III. Cáncer: LLA L2

Eje IV. Problemas relativos al grupo primario: violencia intrafamiliar, disciplina inadecuada y nacimiento de un hermano.

Eje V. EEAG = 80

XIV. OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

General.

G aprenderá a controlar su ansiedad ante la realización de TIT y AMO.

Específicos.

G identificará los elementos de la ansiedad y dará un ejemplo.

G llevará a cabo ejercicios de respiración para alcanzar un estado de relajación y disminuir respuestas fisiológicas.

G repetirá tres veces frases que acompañen la práctica de la respiración.

G se colocará la mascarilla y seguirá las indicaciones de médicos en sala de procedimientos.

Se entrenará a madre de G para identificar y reforzar conductas deseables.

XVI. TRATAMIENTO

Sesión 1. Evaluación y aplicación de Autoreporte de ansiedad para niños y adolescentes (SCARED) con puntuación de 28, lo cual es un dato de atención clínica. Se establecieron componentes de relación y se recabaron datos de la problemática, además de realizar encuadre del trabajo psicológico.

Sesión 2. Se realizó psicoeducación sobre el desarrollo y la manifestación de la ansiedad y se ejemplificó con problemática de G. Además se modeló la técnica de respiración

diafragmática y se pidió a G. llevar a cabo cinco ejercicios seguidos, alcanzando un dominio del 90%. Se dejó de tarea practicarlos durante cinco minutos todos los días y registrar en formato que se le otorgó.

Sesión 3. Se revisó tarea y se pidió a G modelar técnica y entregar autorregistro elaborado. En conjunto con G se construyó jerarquía de estímulos fóbicos y se explicó la secuencia a seguir en sesiones subsecuentes. Se implementó contrato conductual y economía de fichas (lista de actividades placenteras y premios si implementaba en la situación en vivo con el estímulo fóbico, las estrategias a entrenar).

La jerarquía quedó en el siguiente orden:

10. Acostarse en camilla, usar la mascarilla y quedarse sola con médicos.
9. Acostarse en la camilla con mascarilla, ver la jeringa de la anestesia.
8. Acostada en la camilla y ver a su madre que está afuera de la sala.
7. Acostada en la camilla estando sola con su madre
6. Sentada en sillón de quimioterapia y que enfermera la levante e indique que es su turno de entrar a la sala de procedimientos.
5. Sentada en sillón de quimioterapia esperando su turno.
4. Cuando ingresa a la sala de quimioterapia
3. Cuando llega al hospital
2. Cuando su madre la levanta y le indica que se aliste para no llegar tarde al hospital.

1. Acostarse una noche anterior y saber que vendrá al hospital a aplicación de TIT.

Sesión 4. Se realizó psicoeducación con madre de G. respecto a la manifestación y tratamiento a seguir, además se explicó el manejo de contingencias (uso del refuerzo en conductas deseables y la extinción de conductas indeseables). Con G se llevó cabo psicoeducación respecto a la relación de conductas, emociones y pensamientos y se realizó debate cognitivo acerca de pensamientos anticipatorios.

Sesión 5. Se llevó a cabo entrenamiento en relajación con imaginación guiada con la finalidad de distraer su atención durante aplicación del tratamiento, así como entrenamiento en autoinstrucciones (G. generó frases con la secuencia de pasos que debe seguir para disminuir su ansiedad: “no pasará nada, es para curarme, ahora debo respirar...”).

Sesión 6, 7 y 8. Se llevó a cabo entrenamiento de exposición (utilizando la imaginación para recrear escena que causa temor), con base en la lista acordada, comenzando de la número cinco en adelante, a través de mínimo dos ensayos conductuales y juego de roles (modelando primero terapeuta) por jerarquía, intercalando con ejercicios de respiración. Se le enseñó a reportar sus niveles de ansiedad a través del “termómetro de las emociones” (de 0 a 10). Se utilizaron paulatinamente algunos de los objetos físicos asociados a sentimientos de miedo como jeringas, mascarilla de oxígeno y bata quirúrgica, así como utilizar escenario in vivo para realizar ensayos conductuales. Además de implementar la ganancia de

puntos para obtener premio acordado con cada jerarquía lograda.

Sesión 9. Llegó el día de la aplicación de su tratamiento y se pusieron en práctica las habilidades entrenadas. Se retroalimentó ejecución y se reforzó con premio de la lista ya acordada.

XVII. RESULTADOS

A lo largo de las sesiones de tratamiento reportó sentirse contenta por los logros obtenidos: *“qué difícil, pero me ayudaste a ya no sentir tanto miedo y ahora sé que puedo vencerlo y no sentirme tan mal porque no pasa nada y es para curarme”* sic pac.

Se favoreció que G cooperara con médicos e implementara por sí sola estrategias cognitivas e instrumentales en cada exposición-ensayo realizado, hasta el momento de la realización de su tratamiento (TIT y AMO), lo cual le permitió adaptarse a la situación y aumentar su percepción de control y disminuir la de dolor y miedo ante estímulos fóbicos (remisión casi total de sintomatología). En la Figura 1 se muestra la disminución paulatina de la respuesta de ansiedad con el transcurso de las sesiones.

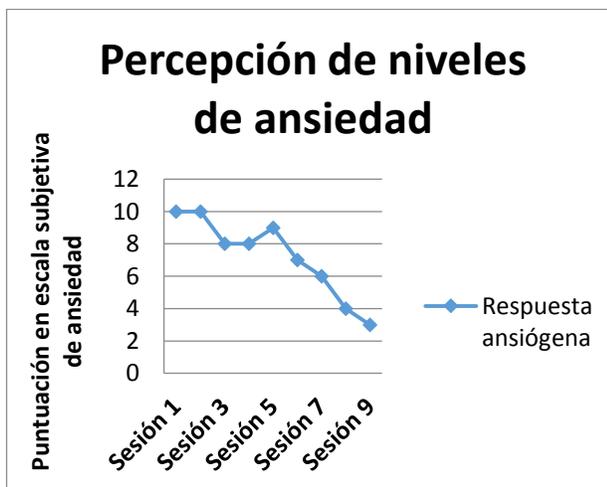


Figura 1. Medición subjetiva de niveles de ansiedad de G.

Sin embargo, se encontraron dificultades para realizar las tareas en casa y actividades de autocuidado, porque madre de G mostró poca disposición para monitorear ejercicios de relajación y favorecer la comunicación de miedos de G (ambiente hostil), así como el manejo de contingencias en cuanto aprender a reforzar a G ya que existen mayores situaciones de castigos y conflicto entre ellas. Debido al cambio de Servicio no se logra establecer el seguimiento y por ende, evaluar la eficacia de la intervención y generalización de las conductas aprendidas a otras situaciones del contexto hospitalario; y aplicar de nuevo instrumento inicial para establecer el cambio pre-post. Asimismo, dar continuidad a la intervención de las otras problemáticas existentes tanto en G como en su madre, e incluir al padre y abuelas ya que son personas de quienes G recibe disciplina.

XVIII. Referencias

- Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychother Psychosom.*, 6(1), 15-24. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17170560>
- Cárdenas, E., Fera, M., Palacios, L. & Peña De la, F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes* (pp.1-46). México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Hernández, L., Benjet, C., Andar, M., Bermúdez, G. & Gil, F. (2010). *Guía Clínica para el Tratamiento Psicológico de Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/tx_psicologico_trastornos.pdf
- Jansen, M., Van Doorn, M., Lichtwarck, A., Kuijpers, R., Theunissen, H., Korte, M., Van Rossum, J., Wauben, A & Granic I. (2012). Effectiveness of a cognitive-behavioral therapy (CBT). Manualized program for clinically anxious children: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(16), 1-9. doi: 10.1186/1471-244X-12-16
- Ollendick, T., Cowart, M. & Milliner, E. (2013). Specific Phobias. En: R. Vasa & A. Krain (Eds.). *Pediatric Anxiety Disorders. A clinical Guide*. New York: Humana Press.
- Ortigosa J., Méndez F. & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento el cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6(2-3), 413-428. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0909220413A/15181>

Modelo Secuencial Integrativo (EORC)

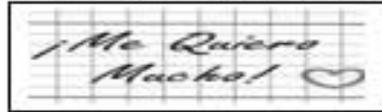
ESTÍMULOS ANTECEDENTES	ORGANISMO	RESPUESTA	CONSECUENCIAS
<p>-Externos *Lugares: hospital y cuarto de procedimientos. *Situaciones: realización de AMO y TIT / aplicación de QT (venoclisis)</p> <p>*Internos</p> <p>Cognitivos -“Y si ya no despierto y me muero ahí” -“Dicen que luego se siente cuando meten la aguja” -“me va a doler, voy a llorar y van a sacar a mi mamá” -“Huele feo”</p> <p>Fisiológicos -Náusea y vómito</p> <p>-Historia. Contemporánea:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Continuar en tratamiento -Múltiples internamientos -Experiencias displacenteras en cuarto de procedimientos -Efectos de la QT -No aceptar la colocación de un catéter -Muerte de otros niños en cuarto de procedimientos <p>Extemporánea:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Conflictos con su madre por no llevar a cabo conductas de autocuidado. -Presencia de síntomas de TOD 	<p>*Biológicas Cáncer infantil</p> <p>*Historia de aprendizaje -Déficit en manejo de emociones -Inseguridad</p>	<p>Cl. Miedo y preocupación por entrar al cuarto de procedimientos y usar la mascarilla.</p> <p>*Motor -Patalea -Llora -Grita -Agarra con fuerza la mano de su madre -Se retira la mascarilla y pide no se coloquen</p> <p>*Cognitivo -Distorsiones cognitivas tipo atención selectiva -“Me va a pasar algo malo” -“No quiero la anestesia, me duele mucho y arde” -“Tengo miedo de ya no despertar” -Desesperación -Preocupación</p> <p>-Fisiológico -Náusea y vómito -Ritmo cardiaco acelerado -Respiración agitada -Sudoración</p>	<p>-Inmediatas *Individuales</p> <p>ACP -Se niega a levantarse de la camilla -Presenta llanto -Se muestra agresiva -Manifiesta molestia y dolor en sitio de punción (percepción aumenta).</p> <p>*De otros -Su madre permanece a su lado y dice que no se irá, que estará pendiente de ella -Su madre se preocupa por aplicación de anestesia -Anestesióloga regala calcomanías y administra mayores dosis de sedantes. -Cuando despierta su madre está con ella y la abraza y/o regaña.</p> <p>-ALP *Individuales -Aversión a TIT -Condiciona molestias físicas con aplicación de tratamiento</p> <p>*De otros -Implementar nuevas estrategias para distraerla y disminuir ansiedad</p>

Apéndice 23. Trípticos de Pláticas Psicoeducativas Grupales

<p>¶ Y, atender las siguientes recomendaciones que le ayudarán a mantener una autoimagen saludable. ¶</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙-Aceptar el diagnóstico y la opción de tratamiento. ¶ ⊙-Conocer sus cualidades ¶ ⊙-Recordar situaciones difíciles a las que se ha enfrentado y hacer una lista de los aspectos que le llevaron a resolverlas. ¶ ⊙-Platicar con otros pacientes ¶ ⊙-Creerse más que un cuerpo. ¶ ⊙-Acercarse a personas que le hagan sentir bien, lo acepten y valoren. ¶ ⊙-Sacar el mejor partido de sus atributos físicos. ¶ ⊙-Alejar de su vida a quienes le hagan comentarios ofensivos o burlones sobre su físico. ¶ ⊙-Buscar apoyo emocional profesional. ¶ <p>¶ "NADIE PUEDE CUIDAR DE USTED COMO USTED MISMO" ¶</p> <p>¶</p>	<p>¶</p>  <p>¶</p> <p>Para mayor información o alguna duda sobre éste u otros temas, acércate a: ¶</p> <p>¶</p> <p>Los psicólogos de oncología ¶</p> <p>¶</p> <p>Lic. en Psicología ¶ Mayte Ortiz Romero ¶</p> <p>¶</p> <p>Lic. en Psicología ¶ Guadalupe Ledezma Loera ¶</p> <p>¶</p> <p>Lic. en Psicología ¶ Víctor Hipólito Belmont ¶</p> <p>¶</p> <p>Te invitamos a las siguientes pláticas. ¶</p> <p>¶</p> <p><i>¡Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites!.....</i></p> <p>¶</p>	<p>¶</p>   <p>¶</p> <p>HOSPITAL ¶ JUÁREZ DE MÉXICO ¶</p> <p>¶</p> <p>Departamento de Psicooncología ¶ Grupo de Damas Voluntarias ¶</p> <p>¶</p> <p>Te invitan al ciclo de pláticas con el tema: ¶</p> <p>¶</p> <p>"Autoimagen" ¶</p> <p>¶</p>  <p>¶</p>
--	---	--

¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?

...el aprecio que se tiene a usted mismo...



¿LA IMAGEN CORPORAL?

... imagen que usted tiene dibujada en su mente de su cuerpo y cada una de sus partes...

¿Y EL AUTOCONCEPTO?

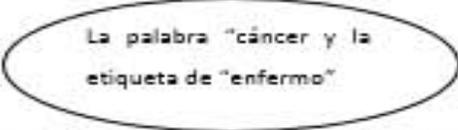
...está formado por las dos anteriores, y es la percepción que tiene de usted, es decir, cómo se ve a usted mismo en todas las esferas de su vida....

¿EXISTE RELACIÓN DE ÉSTO CON EL CÁNCER?



Sí, y depende del género, de la enfermedad, de los recursos personales, del apoyo social, etc.

- ✓ Debido a la propia enfermedad:



- ✓ Debido a los diversos tratamientos a los que son sometidos los pacientes y que modifican su imagen, como son:

- Cirugías (amputaciones...)



- Quimioterapia y Radioterapia (caída del cabello, pestañas, cejas, pérdida de peso...)



Ocurren una serie de cambios físicos y psicológicos que producen que el paciente

Pueda sentirse...

- Deprimido (imagen)
- Ansioso
- Rechazado
- Incomprendido



Pueda alejarse de su...

- Pareja
- Familia (imagen)
- Amigos
- Trabajo



Pueda haber problemas en su manera de vivir la sexualidad.



EL PROCESO DE ADAPTACIÓN, REQUIERE DEL PACIENTE:

Recordar que es una persona DISTINTA AHORA y puede enfrentarse a su enfermedad como lo decida.

RESPECTO A LA TAREA DE CUIDAR SE ACONSEJA QUE:

- ✦ Valore si tiene la posibilidad de ser un cuidador.
- ✦ Identifique las áreas en las que necesita ayuda. Haga una lista de éstas.
- ✦ Pregunte a sus familiares y amigos cuándo pueden ayudarle y las tareas que piensan que pueden hacer.
- ✦ Platique con su paciente algunos límites sobre lo que se espera de usted como cuidador y de él o ella como paciente.
- ✦ Determine las tareas que el paciente puede hacer solo. Permita que su paciente haga tanto como pueda y quiera.
- ✦ Anime a su paciente a no sólo hablar sobre su enfermedad y proponga temas nuevos.
- ✦ No trate de ocultar las malas noticias o información desagradable en un esfuerzo por proteger los sentimientos de su ser querido.

Es muy importante atender las necesidades del cuidador para que éste pueda hacer esta labor lo más protegido posible.

Para mayor información o alguna duda sobre éste u otros temas, acércate a:

Los psicólogos de oncología:

Lic. en Psicología
Mayte Ortiz Romero

Lic. en Psicología
Guadalupe Ledezma Loera

Lic. en Psicología
Victor Hipólito Belmont

Te invitamos a las siguientes pláticas

¡Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites!



**HOSPITAL
JUÁREZ DE MÉXICO**

Departamento de Psicooncología
Grupo de Damas Voluntarias

Te invitan al ciclo de pláticas con el tema:

“Efectos negativos en el cuidador del paciente con cáncer, y cómo protegerlo”



¿QUIÉN ES EL CUIDADOR PRINCIPAL (CP)?

Es la persona (pareja, hijo...) que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, tales como:



Acompañarlo a sus citas médicas, tratamientos...



Darle sus medicinas, bañarlo, alimentarlo...



Ayudarlo a tomar decisiones, escucharlo, apoyarlo...

Además de cumplir con sus actividades cotidianas como: trabajar, cocinar, descansar y salir a pasear, entre otras.

El cuidado diario y por largo tiempo de un enfermo, aunque sea de manera voluntaria y con cariño, trae riesgos en la salud de quienes lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.

Cuidar a un ser querido que tiene cáncer puede ser muy estresante y el CP puede presentar:



Sentimientos de culpa, desesperanza...



Falta de interés, aislamiento, depresión...



Irritabilidad, cansancio, ansiedad, dolores...

Olvida que también debe cuidar de sí mismo, lo que significaría:

- ✓ Visitar al médico cuando lo necesite
- ✓ Dormir lo suficiente
- ✓ Hacer ejercicio/caminar
- ✓ Alimentarse bien
- ✓ Seguir su vida cotidiana
- ✓ No sentir culpa cuando dedique tiempo para su persona, ya que así tendrá más energía para cuidar a su paciente.

¿CÓMO AUTOCUIDARSE?



Planee hacer algunas cosas que disfrute (que involucren a otros, que le hagan sentir bien y relajado).



Manténgase al día sobre lo que ocurre afuera; vea las noticias o lea el periódico.



Considere unirse a un grupo de apoyo para cuidadores o visitar a un psicooncólogo.



Valore la necesidad de conservar o renunciar a su empleo.



No trate de hacer todo usted solo, pida la ayuda de otros.



Infórmese acerca de la enfermedad, trámites y cuidados de su paciente.

5. Animar a sus seres queridos a que le digan cómo ellos se sienten, para que puedan atender juntos las preguntas que surjan.



6. Pensar qué dirá ante preguntas sobre su enfermedad, de gente externa o conocida, ya que puede informar o no al respecto.



****No olvide que la mayoría de la gente que lo (a) aprecia, realmente podría ayudarlo y que muy probablemente necesite de algún tipo de apoyo en algún momento de su tratamiento.**

Si nota que se le dificulta poder hablar sobre algún aspecto de su enfermedad, no dude en pedir apoyo de un psicólogo, el cual le puede orientar sobre cómo hacerlo.



Para mayor información o alguna duda sobre este u otros temas, acércate a los Psicólogos de Oncología:

Lic. En Psicología
Mayte Ortiz Romero

Lic. En Psicología
Victor Hipólito Belmont

Lic. En Psicología
Guadalupe Ledezma Loera

Lic. En Psicología
Mayra Mora Miranda

Te invitamos a las siguientes pláticas del ciclo:

“Aprendiendo a manejar mi tratamiento”

¡Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites!



Hospital Juárez de México

Servicio de Psicooncología
Grupo de Damas Voluntarias

Te invitan a la plática:

“¿Cómo hablar del cáncer con los otros?”



Hablar sobre su enfermedad con sus seres queridos...

Enterarse de que tiene cáncer, puede ser una situación difícil de asimilar, no sólo para



usted, sino también para sus amigos y familiares; los cuales pudieran no saber cómo reaccionar ni

qué decir ante la noticia. Por ejemplo, usualmente pueden llegar a sentir:



Por esta razón, será importante platicar con su familia y amigos sobre su enfermedad y otros detalles que su médico haya comentado. Si decide hacerlo, el primer paso será reconocer cómo se siente usted, ya que es natural que experimente distintas emociones al recibir su diagnóstico y conforme avanza su tratamiento; y, ¿con qué fin quiere hacerlo?



Contemple que al hacerlo, existen algunas ventajas:

- Permite asimilar la situación y sentirse apoyado.
- Ayuda a dar solución a diversos problemas surgidos a partir de la noticia y durante el proceso de tratamiento.
- Facilita la obtención de ayuda e información para sus nuevas necesidades.
- Brinda otros puntos de vista

Valorar también si hubiera desventajas

Además, considere que:



El cáncer es difícil de ocultar, tarde o temprano se enterarán.



Fomentar una comunicación clara, sincera y tranquila.



Permitir que la gente que le rodea se acerque y ofrezca su apoyo y cariño.

¿Y cómo prepararse para hablar sobre el cáncer?

Sólo usted puede decidir cuándo hablar sobre su enfermedad y con quién hacerlo; habrá quienes primero informan a su pareja e hijos, luego a otros familiares, amigos cercanos y conocidos.

A continuación se enlistan algunas las recomendaciones:

1. Pensar y/o escribir una lista de personas con quienes usted quiere hablar en persona.



2. Contemplar qué tanta información desea compartir: tipo de cáncer que

tiene, qué tratamientos necesitará y su pronóstico.



3. Establecer en qué momentos le gustaría contar con su apoyo y ánimo.



4. Detallar lo más que pueda el tipo de ayuda que necesita y desea.



Asimismo, platique con su pareja**



- Conozcan y acepten su cuerpo y cuiden su imagen, mientras pueda hacerlo y no produzca algún daño a su salud, arréglese y vistan acorde a sus gustos y necesidades.



- La higiene, buena alimentación y el ejercicio son parte de sus cuidados personales diarios.

- Si presentan alguna dificultad sobre estos temas, busquen apoyo de profesionales. En el hospital cuentan con



psicólogos con los que pueden acercarse.

- No olviden perseguir el círculo de la felicidad:



Para mayor información o alguna duda sobre éste u otros temas, acérquese a los psicólogos de oncología:

Lic. en Psicología
Mayte Ortiz Romero

Lic. en Psicología
Guadalupe Ledezma Loera

Lic. en Psicología
Víctor Hipólito Belmont

Lic. en Psicología
Mayra Mora Miranda



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Departamento de Psicooncología
Grupo de Damas Voluntarias

Le invitan al ciclo de pláticas con el tema:

“Sexualidad y pareja”



¿Qué es el SEXO y la SEXUALIDAD?

El sexo y la sexualidad son partes importantes de la vida diaria.

La diferencia, es que el **sexo** es visto como una actividad, algo que usted hace con su pareja.



Y la **sexualidad** en cambio, está asociada con la manera en que usted se siente y vive como hombre o mujer.

Al estar casados o juntados, debemos saber que existen ingredientes para mantener una relación pareja.

Compromiso
Pasión-Amor
Intimidad



C. Decisión de dar y recibir afecto a lo largo del tiempo.



P. Sentimientos de vínculo, proximidad y conexión.



I. Expresión de deseos y necesidades. Autoestima y afiliación sexual.

Para que una pareja funcione deberán agregarse:

Comunicación
Comprensión
Tolerancia

Frente al cáncer, todo esto puede alterarse y generar problemas.

Durante y después del tratamiento suele pasar:



- × Falta de deseo sexual por: dolor, fatiga, medicamentos para control de náuseas y dolor, baja autoestima, etc.
- × Dolor durante la relación sexual.
- × Menos placer
- × Erecciones deficientes o nulas.
- × Irritación en zona genital
- × Baja autoestima
- × Pensamientos negativos sobre nosotros mismos.
- × Disminuye sensación de integridad corporal.

¿Y cómo darme cuenta y hacer algo?

- 🗣️ Hable y pregunte sobre sus dudas con su doctor u alguna otra persona del equipo de salud de su confianza.



☉ **Conozca y acepte su cuerpo.** Experimente nuevas formas de vivir su sexualidad, si así lo considera necesario.



☉ **Cuide su imagen,** mientras pueda hacerlo y no produzca algún daño a su salud, arréglese y vista acorde a sus gustos y necesidades.



☉ **La higiene, buena alimentación y el ejercicio son parte** de sus cuidados personales diarios.

☉ Si presenta alguna dificultad sobre estos temas, **busque apoyo de profesionales.** En el hospital cuenta con psicólogos con los que puede acercarse.

Para mayor información o alguna duda sobre éste u otros temas, acérquese a los psicólogos de oncología:

Lic. en Psicología
Mayte Ortiz Romero

Lic. en Psicología
Guadalupe Ledezma Loera

Lic. en Psicología
Víctor Hipólito Belmont

Lic. en Psicología
Mayra Mora Miranda

Le invitamos a las siguientes pláticas del ciclo:

“Aprendiendo a manejar mi tratamiento”

¡Recuerde que estamos para apoyarle cuando lo necesite!



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Departamento de Psicooncología
Grupo de Damas Voluntarias

Le invitan al ciclo de pláticas con el tema:

“Sexualidad e imagen corporal”



¿Qué es el SEXO y la SEXUALIDAD?

El sexo y la sexualidad son partes importantes de la vida diaria.

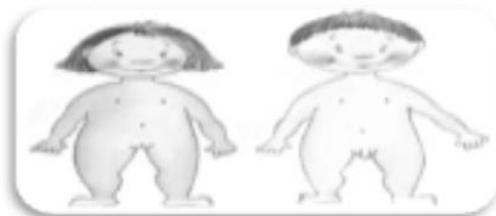
La diferencia, es que el **sexo** es visto como una actividad, algo que usted hace con su pareja.



Y la **sexualidad** en cambio, está asociada con la manera en que usted se siente y vive como hombre o mujer.

¿Y LA IMAGEN CORPORAL?

Es la imagen que usted tiene de su cuerpo y cada una de sus partes...

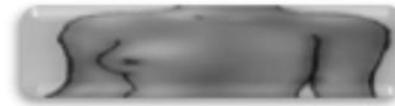


¿Y qué pasa con el PACIENTE con CÁNCER?

Generalmente, al paciente con cáncer le surgen preocupaciones respecto al impacto de la enfermedad en su vida.

✓ Desafortunadamente, los **diversos tratamientos** a los que se someten, conllevan cambios físicos y psicológicos, ya sean permanentes o pasajeros, como:

Ⓞ Cirugías (amputaciones...)



Ⓞ Quimioterapia y Radioterapia (caída del cabello, pestañas,

cejas, pérdida de peso...)



Lo que puede resultar en problemas como:

- × Poco deseo sexual por: dolor, fatiga, medicamentos para control de náuseas y dolor, baja autoestima, etc.
- × Dolor al contacto sexual
- × Erecciones deficientes o nulas.
- × Irritación en zona genital
- × Baja autoestima
- × Pensamientos negativos sobre nosotros mismos.
- × Críticas de otros respecto a su imagen corporal.



¿Y qué hacer? Hable y pregunte sobre sus dudas con

Y sus efectos, suelen tener un impacto negativo en nuestra imagen corporal.

Por lo que se genera un Desequilibrio en nosotros



SUGERENCIAS PARA ENCONTRAR EL EQUILIBRIO INTERIOR...

- ☉ Valorar mi imagen corporal, es decir, mi dibujo interior acerca de mi cuerpo.
- ☉ Identificar en qué me han afectado los tratamientos.
- ☉ Pedir ayuda a la gente que creo puede apoyarme a resolver el problema (médicos, psicólogos, familiares y amigos que conozcan del tema).
- ☉ Hacer un plan de acción. Sencillo y realizable.

- ☉ Informarte acerca de lo que sí puedes y no puedes hacer.
- ☉ Conocer las recomendaciones acerca de arreglo personal, prótesis, lencería especial, maquillaje. Siempre preguntar, ya que tus dudas pueden ser las de los demás pero nadie se atreve a preguntar.



Para mayor información o alguna duda sobre éste u otros temas, acérquese a los psicólogos de oncología:

Lic. en Psicología
Mayra Mora Miranda

Lic. en Psicología
Mayte Ortiz Romero

Lic. en Psicología
Guadalupe Ledezma Loera

Lic. en Psicología
Víctor Hipólito Belmont

¡Recuerde que estamos para apoyarle cuando lo necesite!



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Departamento de Psicooncología
Grupo de Damas Voluntarias

Le invitan al ciclo de pláticas con el tema:

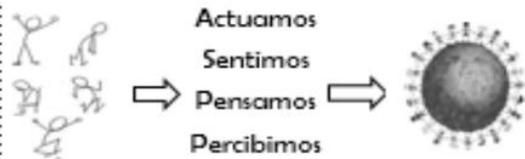
“Imagen corporal”



¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?

La imagen corporal es el dibujo que cada uno de nosotros hace de nuestro cuerpo en nuestra mente.

A partir de este dibujo: Y nos relacionamos



La imagen corporal se compone de:

- Percepciones
- Pensamientos
- Sentimientos
- Acciones

Que tenemos para con nuestro cuerpo

Percepción: es la exactitud con la que se aprecia el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, ya sea en sus partes o en su totalidad.

"Lo que yo creo"

No importa si eso es real o no



Pensamiento: se compone de actitudes, y lo que me digo a mí mismo con respecto a la forma, peso o tamaño de mi cuerpo, en su totalidad o alguna parte de él.



Sentimiento: toda emoción que se experimente con respecto al cuerpo o una parte de este.

Por ejemplo: satisfacción, rabia, placer, impotencia, gusto, disgusto, alegría, frustración, pena, incomodidad, orgullo, etc.



Acciones: lo que hago con mi cuerpo como respuesta a lo que percibo, pienso y siento.

Por ejemplo: puedo ocultarlo, mostrarlo.



¿Crees que tú imagen corporal cambia a lo largo de tú vida?

SI

La imagen corporal cambia debido a las experiencias que tenemos día con día.

¿Crees que tener cáncer puede cambiar tu imagen corporal?

SI

¿Por qué?

Porque las alteraciones en la apariencia física causadas por los tratamientos, generan alteraciones en la imagen corporal (cómo creo que yo me veo).

Los tratamientos



La Cirugía



La Quimioterapia



La Radioterapia



- Llanto

¿Y esto les sucede a todos los pacientes?

Puede que algunos pacientes suelen experimentar una o varias de esas modificaciones.

mucho
xvivir

actividades

Habrán quienes puedan encontrar otras formas de sobrellevarlas, por lo cual observamos que no les afectan

tanto.

Cuando sentimos que esto se sale de nuestras manos, lo más indicado será acercarnos a buscar ayuda profesional; en el hospital cuentan con ese apoyo por parte de los psicólogos del servicio de Psicooncología del Hospital Juárez de México.

**“PIENSE EN SU TRATAMIENTO
COMO UN TIEMPO PARA
ENFOCARSE EN USTED Y SU
MEJORA”**

Para mayor información o alguna duda sobre éste u otros temas, acérquese a los psicólogos de oncología:

- Lic. Guadalupe Ledezma Loera
- Lic. Marissa Murillo Zavala
- Lic. Mayte Ortiz Romero
- Lic. Santiago Sandoval Mendoza
- Lic. Víctor Hipólito Belmont

Te invitamos a la próxima plática:
“¿Cómo hablar con mi médico?”



¡Recuerde que estamos para apoyarle cuando lo necesite!



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Departamento de Psicooncología
Grupo de Damas Voluntarias

Te invitan a la plática:

**“Impacto de los
tratamientos en mi vida”**



Los tratamientos para el cáncer

Existen varias formas de tratar el cáncer, entre las más comunes se encuentran:



Quimioterapia



Radioterapia



Cirugía

Cada paciente y su tratamiento son únicos.

Dependiendo del tratamiento recibido aparecerán **efectos sobre nuestro cuerpo** y aunque no nos demos cuenta, también en nuestras **emociones** y nuestros **pensamientos**.

¿Cómo afecta nuestro cuerpo?

Los primeros cambios serán vistos a través de los llamados “**efectos secundarios**”, dependiendo del tratamiento serán los que se presenten, los más frecuentes pueden ser:



Malestar general/Cansancio



Pérdida del cabello /Neuropatías



Amputaciones / Úlceras



Náusea/Vómito /Diarrea



¿Y qué pasa con mi forma de ser, sentir y pensar?

Las molestias físicas pueden acompañarse de otras alteraciones en nuestras vidas como dejar de trabajar, depender de otros, etc., y eso, en nuestra forma de:



Los tratamientos **NO** cambian nuestra forma de ser, pero en algunas ocasiones, los efectos nos hacen **MODIFICAR EL CIRCULO** de arriba llamado “**PAS**”.

Pueden existir, por ejemplo:

- Preocupaciones
- Pensamientos negativos
- Miedo
- Enojo
- Aislamiento
- Llanto



- ❖ Si es posible, pida información impresa sobre su enfermedad y/o su tratamiento.



Importante...

Antes de que se decida a hacer preguntas a su médico, pregúntese: ¿Cuánto quiero saber sobre mi enfermedad?

- Algunas personas quieren saber todo lo relacionado a su enfermedad y el tratamiento.
- A otras personas les produce estrés saber mucho.

El saber de nuestra enfermedad **NO** tiene por qué estresarnos, si esto le pasa a usted puede pedir apoyo al servicio de psicología, para aprender a manejar su reacción ante la información.



Para mayor información o alguna duda sobre éste u otros temas, acérquese a los psicólogos de oncología:

Lic. Guadalupe Ledezma Loera

Lic. Marissa Murillo Zavala

Lic. Mayte Ortiz Romero

Lic. Santiago Sandoval Mendoza

Lic. Victor Hipólito Belmont

Te invitamos a la próxima plática:

“Apoyo emocional durante mi enfermedad”



¡Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites!



**Hospital
Juárez de México**

Servicio de Psicooncología
Grupo de Damas Voluntarias

Te invitan a la plática:

“¿Cómo hablar con mi médico?”



¿Por qué saber sobre mi tratamiento?

En oncología los tratamientos son distintos a los que se usan en otras enfermedades y algunos de ellos tienen algunos efectos y cuidados especiales que son importantes conocer, para así poder reaccionar de mejor manera cuando sea necesario.



¿Preguntar al médico es complicado?

Hablar con tu médico sobre tu enfermedad y tratamiento es más sencillo de lo que crees.

Pero lo que en ocasiones nos detiene para hablar es pensar que es difícil y en ocasiones imposible.



Esta manera de pensar puede ser porque hemos tenido alguna mala experiencia al

preguntar algo a un médico o simplemente por pena o temor a ser regañado o criticado.

Tenemos que saber que es nuestra responsabilidad conocer y preguntar sobre nuestro tratamiento y enfermedad.



También hay que recordar, que los médicos tienen la obligación de responder las dudas que tengamos sobre la enfermedad y tratamiento.

Preguntas básicas sobre qué puedes hacer

Cada persona tiene diferentes dudas sobre su tratamiento y enfermedad, pero existen preguntas que le recomendamos tome en cuenta cuando hable con su médico sobre estos temas:

a) ¿Cuáles son los efectos secundarios?

b) ¿Qué cuidados debo tener en casa?

c) ¿Qué debo hacer si los síntomas que tengo son más intensos de lo que se espera?

¿Cómo hablar con el médico?

Hay cosas que tenemos que hacer para hablar fácilmente con nuestro médico y podemos quedar sin dudas. Para conseguir hacerlo le recomendamos sigas los siguientes pasos:

❖ Antes de cada cita haga una lista de las preguntas que tenga.



❖ De ser posible cuando vaya a preguntar a su médico, asista acompañado de alguien.

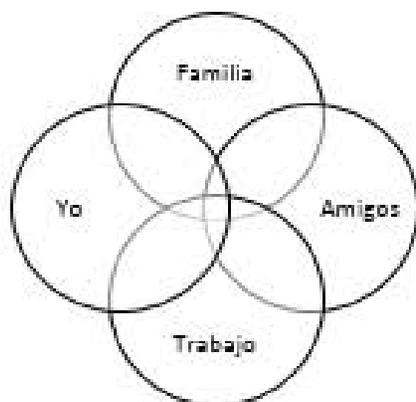
médico.



❖ Realice todas sus preguntas al

d) Preguntar a su médico sobre la alimentación: *¿qué puede comer y qué no?* La alimentación NO hace que regrese o desaparezca el cáncer, pero puede ser importante para disminuir algunos síntomas o complicaciones. Si el médico dice "puede comer de todo", quiere decir que *coma bien y sano*.

e) Identificar cómo ha cambiado o influido el tratamiento en su vida.



Debido a todo lo anterior, en ocasiones hay cambios en nuestras emociones o pensamientos que pueden afectar a otros y a nosotros mismos.

f) Si detecta que algo está ocurriendo y puede hacer algo por mejorarlo, ¡inténtelo!, sino sabe cómo cambiar la situación, pida apoyo,

por ejemplo del psicólogo en el hospital.

Para mayor información o alguna duda sobre éste u otros temas, acérquese a los psicólogos de oncología:

Lic. Víctor Hipólito Belmont
Lic. Guadalupe Ledezma Loera
Lic. Marissa Murillo Zavala
Lic. Mayte Ortiz Romero
Lic. Santiago Sandoval Mendoza

Le invitamos a la próxima plática:
"Aprendiendo a expresar mis emociones"



¡Recuerde que estamos para apoyarle cuando lo necesite!



Hospital Juárez de México

Servicio de Psicooncología
 Grupo de Damas Voluntarias

Te invitan a la plática:

"¿Cómo cuidarme durante mi tratamiento?"



¿Qué sabemos sobre los tratamientos para el cáncer?

Los tratamientos más utilizados y conocidos son: cirugía, quimioterapia, y radioterapia.

Cada uno de estos tratamientos tiene distintos efectos sobre nuestro cuerpo.

En algunos casos podemos controlar estos efectos, por ejemplo, con:



O podemos prevenirlos, pero esto depende de cada uno de nosotros.

¿Qué importancia tiene conocer los efectos de mi tratamiento?

Al estar en tratamiento es importante tener una idea sobre cuáles son los efectos que me pasan a mí y cómo se presentan.

Es nuestra responsabilidad saber sobre lo que puede hacer el tratamiento en nuestro cuerpo.



No olvidemos lo siguiente:

- El tipo de tratamiento y los efectos, son distintos en cada paciente.

Para conocer qué tanto sabemos sobre el tratamiento y sus efectos, hagamos las siguientes preguntas:

¿Qué sabe sobre los efectos que puede causar su tratamiento?

¿De qué le sirve conocerlo?

¿Cómo puedo cuidarme durante mi tratamiento?



Cada uno de nosotros puede hacer ciertas cosas que ayuden a prevenir o atender los efectos a tiempo.

Las acciones a tomar en cuenta son:

- Conocer en qué consiste su tratamiento y los efectos que presenta.
- Monitorear qué síntomas son "normales" para usted, y cuando algo no parezca "normal" preguntar a su médico.
- Pensar en qué cosas enfocarse cuando los efectos aparecen:

-¿Qué puedo hacer para quitar el malestar?

-¿Qué quiero hacer y qué puedo seguir realizando (quehaceres, trabajar, etc.)?

-¿Cómo quiero que mi familia me apoye?

Apéndice 24. Caso Clínico 3 Oncología

Nombre: B	Edad: 52 ños
Sexo: Femenino	Estado civil: Soltera
Religión: Católica Nivel socioeconómico: bajo	Ocupación y escolaridad: Ama de casa / segundo de primaria
Lugar de origen y residencia actual: Hidalgo (casa de madrea y lámina, agua de pozo, luz eléctrica y fosa séptica) / DF	
No. de hermanos y posición que ocupa: 7/4	No. de hijos: 8
Dx médico: LNH difuso de células grandes inmunofenotipo B (antígenos CD20 y CD79 positivos)	

I. MOTIVO DE REFERENCIA

Se inició valoración psicológica de primera vez, con la finalidad de establecer componentes de relación y valorar consciencia de enfermedad, ya que se encuentra en tratamiento paliativo y en al menos tres pases de visita consecutivos, se observó con fascie de tristeza y evitación de contacto visual con personal médico.

II. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- **Heredofamiliares.** Sin importancia para padecimiento actual.
- **Personales.** Tabaquismo y alcoholismo negados; colecistectomía (extracción de la vesícula biliar) a los 39 años.
- **Psiquiátricos y Psicológicos.** Negados

III. ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS

- **Ginecológicos.** Menarca 14 años, ritmo: 30/3, IVSA: 15 años, primer embarazo 16 años, G: 8.
- **Personales.** Habita en casa rentada que cuenta con todos los servicios extra e intradomiciliarios. *Rutina diaria:* se levanta, desayuna, recibe visitas y conversa, come, se acuesta o ve la tele, cena y se duerme. Etapas:

-Infancia. Es una época de su vida en donde se recuerda con múltiples carencias económicas, conflictos entre sus padres, pero buena convivencia con sus hermanos.

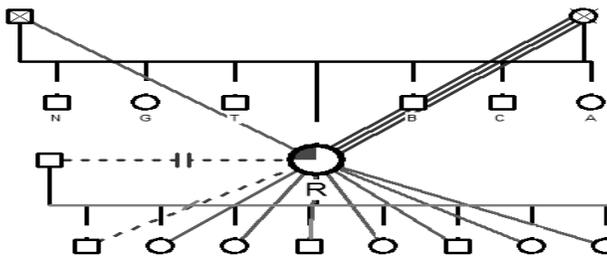
-Adolescencia. Recuerda haberse enamorado primera vez y haberse embarazado sin planearlo. La describe como un periodo difícil ya que sus padres se enojaron con ella, pero finalmente su madre la apoyó, se fue a vivir a casa de su pareja.

-Adultez. Recuerda haber tenido diversos problemas con su pareja por dinero y el cuidado de sus hijos, se separaron y ella tomó

la responsabilidad de sus ocho hijos, por lo que comenzó a trabajar como panadera, oficio al que dedicó muchos años y con el que dio alimento, techo y escuela a sus ocho hijos, refiere: *“tuve que sacar adelante a mis hijos, me iba al campo por leña y aunque fueran tortillas comían”* sic pac., Además, ha sido la etapa en la que enfermó y por lo cual ha tenido muchos cambios en su vida: *“yo he sufrido mucho (llora), y ahora con esto que tengo, que seguro fue por el calor de mi trabajo, dicen que por eso me salieron mis bolas, ya con las quimioterapias desaparecieron, pero he escuchado que el cáncer es agresivo, y pues que sea lo que dios quiera, si me voy a morir o me voy a componer, aunque yo quiero curarme y por eso le echo ganas”*.

DINÁMICA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA

Desde hace cuatro años que enfermó vive en el DF con uno de sus hijos, mismo que radica aquí con su esposa e hijos. Tiene un cuarto para ella sola, y reporta que en casa únicamente se la pasa acostada *“no me dejan hacer nada, me dicen que tengo que recuperarme, y es que las quimios me desgastan y como vengo seguido, apenas y me recupero, y otra vez tengo que venir”* sic px. Refiere que su familia es unida y que mantiene una relación positiva con todos (*“mi nuera me ayuda, así como mis nietos e hijos, los que están en Hidalgo, vienen a visitarme y se quedan conmigo cuando me interno, son buenos conmigo y yo les agradezco todo lo que han hecho”* sic pac.).



IV.HISTORIA DEL PROBLEMA

• **Médico.**

Inicia con síntomas en agosto de 2009, con dolor faríngeo que progresa hacia el oído derecho. Un mes después, refiere la aparición de una tumoración en el hemicuello derecho en su parte alta, de crecimiento progresivo, hasta alcanzar las dimensiones actuales. Pérdida de peso de 10 kg en ocho meses. **Se presenta por primera vez a la clínica de cabeza y cuello el 30-03-10.**

-Valora OM explica riesgos y beneficios de QT (14-05-10)

*Seis ciclos CHOP con respuesta clínica completa

*Segunda línea MINE por falta de recursos económicos se le da DEP en el cual dio seis ciclos con respuesta clínica estable.

*Tercera línea con MINE–R recibió seis ciclos con clínica completa, Rituximab de mantenimiento recibiendo tres ciclos (tratamiento paliativo).

Se detecta lesión (05.05.13) en región frontal derecha de tres meses de evolución, en tratamiento con QT de primera línea ASHAP, dos ciclos.

-20-10-10 valorada para RT adyuvante (26.10.10 al 30-11-10).

• **Psicológico.**

Durante el período de atención psicológica, B refiere que a partir de su enfermedad ha habido muchos cambios en su vida, mismos que evalúa como negativos y a los cuales ha tenido dificultad para adaptarse: *“ya no puedo cocinar ni hacer mis panes, no puedo acercarme al fuego por mi problema, y pues no puedo hacer otra cosa, además mis hijos no me dejan, dicen que es por mí bien, que tengo que descansar para recuperarme pronto”* sic pac.

B tuvo internamientos de estancia prolongada, en la evaluación, B refería sentirse bien, lo cual no era congruente con facie y nula activación durante hospitalización, además de presentar llanto contenido en relación a su situación de enfermedad y lenta recuperación: *“ya me quiero ir a mi casa, me desespero, pero no me recupero, no sé por qué, quisiera que me dijeran cómo hacerle; además siempre me aburro, no puedo hacer nada porque mis defensas están bajas, no tengo fuerzas y canso rápido”* sic pac.

No obstante, ha desarrollado estrategias de afrontamiento pasivas centradas en la emoción, que hasta el momento le han permitido adherirse a su tx y que le son funcionales: *“sigo aquí, echándole ganas”* sic pac., asociado a altas expectativas de curación (*“la quimioterapia está funcionando, me hubiera visto cuando llegué una bola enorme que no me dejaba ver ni comer bien y vea ahorita ya no la tengo, ni la de la frente que me salió después”* sic pac.), desconocimiento de pronóstico y distorsión de la información relativa a su enfermedad y tratamiento: *“yo sé que las células del cáncer no todas son malas y algunas se pueden curar, aunque algunas personas en el pueblo, me dicen que la gente se muere, y pues a mí me gustará saber si con mi tratamiento me voy a curar o no, porque entonces para qué vengo y gasto, además de que me ponen mal las quimios y no me recupero porque las tengo seguidas, aunque pensando lo que me dice, lo mejor sería continuar hasta donde dios diga”* sic pac..

V. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Durante hospitalización la paciente se encontró en condiciones de higiene y aliño, la mayor parte del día acostada y cubierta de pies a hombros con una sábana, se muestra cooperadora e interesada en las visitas de psicología. No presenta dificultades con personal de enfermería ni médico (coopera con procedimientos y mantiene un buen trato).

VI.EXAMEN MENTAL

Femenina de edad aparente mayor a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acordes a contexto hospitalario. Orientada en TEP, atención, concentración y memorias demoradas, consciente, con respuesta demorada al medio. Estado de ánimo hipotímico, afecto deprimido, no obstante cooperadora a intervención. Pensamiento concreto, distorsiones tipo

abstracción selectiva y sobregeneralización sobre enfermedad, pronóstico y tratamiento; presentó lenguaje poco fluido, con tono de voz bajo. Sin alteraciones en sensopercepción, impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Locus de control externo y estilo de afrontamiento centrado en la emoción con estrategias pasivas. Cuanta con noción de enfermedad. Apoyo social percibido, con redes funcionales y movilizables.

VII. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

A través de entrevista clínica conductual, observación conductual y aplicación de instrumento HADS (puntuación ansiedad 3 y depresión 4 = normal).

VI. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA.

CP: Datos clínicos de sintomatología depresiva y ansiosa / desconocimiento de pronóstico / estrategias de afrontamiento que no favorecen adaptación a enfermedad y tratamiento.

- Nula actividad durante EIH y casa (motor)
- Déficit y distorsión de información (cognitivo)
- Desesperación y aburrimiento (emocional)
- Déficit en solución de problemas (cognitivo)
- Fatiga, debilidad y mareo (fisiológica)

VIII. ANÁLISIS FUNCIONAL (modelo EORC al final).

Paciente femenina de 52 años, soltera, católica y residente en el DF para recibir su tratamiento. Su problemática actual la refiere por saber qué hacer para recuperarse rápido y poder irse a su casa, así como actividades de su agrado que pueda realizar. La cual se caracteriza principalmente por respuestas a **nivel motor**: no realiza actividades distractoras durante hospitalización, permanece acostada la mayor parte del día, no habla con otros pacientes, ingiere pocos alimentos, no sale de casa, no lleva a cabo sus obligaciones en el hogar, presenta llanto contenido y ocasionalmente, movimientos repetidos de manos, así como evitación de contacto visual; **a nivel cognitivo**: distorsiones cognitivas tipo atención selectiva, sobregeneralización y razonamiento emocional, así como incertidumbre, preocupación y aburrimiento; **a nivel fisiológico**: asociados a la quimioterapia, como fatiga que comienza a incrementarse un

días después y vuelve a ser manejable después de cuatro o cinco días, falta de apetito, mareos, náuseas y vómitos ocasionales; éstas **se hacen altamente probables** al hospitalizarse y al continuar en tratamiento, por el desconocimiento de su pronóstico y la distorsión de información respecto a su enfermedad y tratamiento; y, **probablemente mantenidas** porque B no realiza preguntas a médicos para aclarar sus dudas, su recuperación de los efectos de la quimioterapia es lenta, no se activa durante EIH, se aburre, genera falsas expectativas de curación, se aísla, sus hijos la sobreprotegen y la limitan. B no cuenta con habilidades instrumentales (solución de problemas y habilidades sociales) que le permitan desarrollar estrategias de afrontamiento activas. Por lo que se deberá intervenir en los niveles de respuesta motor y cognitivo y en consecuencias de otros.

IX. HIPÓTESIS FUNCIONAL

Si se interviene en las conductas en los dos sistemas de respuesta motor y cognitivo, los antecedentes internos y en el déficit en la capacidad de resolver problemas y estrategias de comunicación, al adquirir información y habilidades instrumentales, B mejorará sus estrategias de afrontamiento ante su enfermedad, a partir de psicoeducación, activación conductual, disonancia cognitiva, solución de problemas y relajación.

X. DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL

Eje I. Trastorno adaptativo mixto. Crónico

Problemas adicionales objeto de atención clínica (F54)

Estilo de afrontamiento que afecta a enfermedad médica

Eje II. Sin diagnóstico Z03.2 V71.09

Eje III. Cáncer: LNH

Eje IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo (sobreprotección de hijos) y problemas económicos.

Eje V. EEAG=55

XI. OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

General. Favorecer el aprendizaje de estrategias de afrontamiento efectivas, mejorar su adaptación a enfermedad y tratamiento, recuperar sus niveles de funcionamiento previos y disminuir sintomatología ansiosa y depresiva.

Específicos:

- Adquirir habilidades de afrontamiento activas y de comunicación asertiva.
- Aumentar nivel de actividad en hospitalización y casa, y la realización de conductas de autocuidado.
- Modificar distorsiones cognitivas y favorecer consciencia de enfermedad.
- Controlar sintomatología por efectos del tratamiento.

XII. RESUMEN DE SESIONES

Sesión 1. Evaluación a través de la aplicación del HADS y entrevista conductual. Se establecieron componentes de relación y se llevó a cabo orientación respecto a la relación de las variables psicológicas y médicas. Paciente refirió: *“está bien lo que me dice, sí le entendí, pero no lo había pensado así que yo pudiera ayudar a mi recuperación (sonríe), y voy a ver qué puedo hacer, porque me cansó rápido”* sic paciente. Se deja listado de actividades pasadas y presentes

Sesión 2. Psicoeducación respecto al cáncer y tratamiento. Disonancia cognitiva de ideas distorsionadas: *“ah, ya veo que no sabía cosas, entonces me gustaría saber qué pasará conmigo, si me curaré o no”* sic paciente. Revisión de tarea y planificación de actividades para EIH de bajo coste (distracción instrumental), así como generación de alternativas respecto a su manera de resolver problemas relacionados a su enfermedad; *“si me gustaría hacer algo, no se me ocurre qué, me gusta tejer pero no puedo traer muchas cosas aquí; esto que me enseñó me gustó, lo haré por ratitos y así ya no me aburriré”* sic paciente.

Sesión 3. Revisión del cumplimiento de la tarea y se añaden actividades de autocuidado y para realizar en casa tras su egreso (plan de activación conductual) *“quiero hacer tamales, mis hijos me dicen que sí; además terminar mis tejidos y que me enseñe ya a hacer gorritos para hacerme uno; esto me ha ayudado a animarme”* sic paciente. Se lleva a cabo orientación de manejo de contingencias con su hija la menor.

Sesión 4. Revisión de tareas, paciente no concluye actividades contempladas debido a nuevo internamiento por neutropenia. Planificación de preguntas para el médico y algunos ensayos conductuales.

Sesión 5. No se pudo concertar un tiempo con médico tratante para realizar preguntas. Se

orientó respecto a la importancia de comunicarse con su médico, familia y otros. Se dejó de tarea continuar con la realización del plan de actividades.

XIII. RESULTADOS

A lo largo de estas sesiones se observó la motivación y participación de la paciente en la intervención psicológica (probablemente funciona como reforzador social), además del apoyo familiar en el cumplimiento de tareas en casa, aún por intervenir en este aspecto respecto a expectativas e información médica comprendida por parte de cuidadores principales. Respecto a los avances de la intervención psicológica, paciente refiere: *“fijese que desde que ha venido a verme, he pensado en lo me has dicho y hemos platicado y me dije a mi misma, que no me va a vencer esta enfermedad, yo puedo más”* sic pacie Lo cual es congruente con conductas adaptativas observadas en internamientos subsiguientes:

-Realización de actividad de distracción por ratitos

-Ingesta de alimentos durante hospitalización

-Mantiene afecto dentro de lo normal y estado de ánimo eutímico (expresa sonrisas, habla fluida, no evita visualmente, durante pases de visita, se encuentra sentada y escucha y observa atenta a discurso de médicos).

-Desea aclarar dudas respecto a su pronóstico

Pendiente continuar con abordaje de consciencia de enfermedad y manejo de sintomatología debida a los efectos del tratamiento. Además del manejo de contingencias en casa con sus hijos, para con ello favorecer su percepción de control y autonomía (la cual mantenidas hasta antes de su enfermedad) y adherencia al tratamiento.

Modelo secuencial integrativo

ESTÍMULOS ANTECEDENTES	ORGANISMO	RESPUESTA	CONSECUENCIAS
<p>-Externos *Lugares: hospital *Situaciones: recibir quimioterapia y continuar en tx</p> <p>-Internos "no termino de recuperarme y otra vez regreso". "no sé cuándo ya deje de venir" "me cansó muy rápido y por eso mejor evito hacer esfuerzos"</p> <p>-Historia. Contemporánea: -Crecimiento de un segundo tumor -Tx paliativo -Abandono de su hogar -Distorsión de información -Desconocimiento de pronóstico</p> <p>Extemporánea: -No cuenta con historial de enfermedad previo. -Abandono de su única pareja</p>	<p>- Biológicas Cáncer LNH desde hace cuatro años</p> <p>-Historia de aprendizaje -Haber sido una mujer trabajadora e independiente -Déficit en solución de problemas -Déficit en comunicación asertiva</p>	<p>Cl. No saber cómo recuperarse rápido ni qué hacer para no sentirme así.</p> <p>-Conductual Acostada la mayor parte del día No realiza actividades de su agrado Llanto contenido Evitación visual Movimiento estereotipados de manos</p> <p>-Cognitivo Distorsiones cognitivas "he sufrido mucho en la vida" "no puedo recuperarme y no sé por qué" "no sé por qué está enfermedad, dios dirá, le echo ganas" Preocupación Desmotivación Desesperación</p> <p>-Fisiológico Fiebre y neutropenia Fatiga y debilidad Náuseas, vómitos o mareos</p>	<p>-Inmediatas *Individuales. ACP -Lenta recuperación -Aburrimiento -Limitada adaptación a EIH -Desmotivación -Aislamiento -Sentimientos de inutilidad ALP - No pregunta sobre su enfermedad -Genera altas expectativas de curación -Incertidumbre</p> <p>*De otros -Hijos la cuidan y le reiteran que debe descansar (sobrepotección) -Realizan actividades domésticas por ella</p>

Anexo 1. Portada e índice de Guía de solución de problemas para cuidadores de pacientes con cáncer

1. Presentación

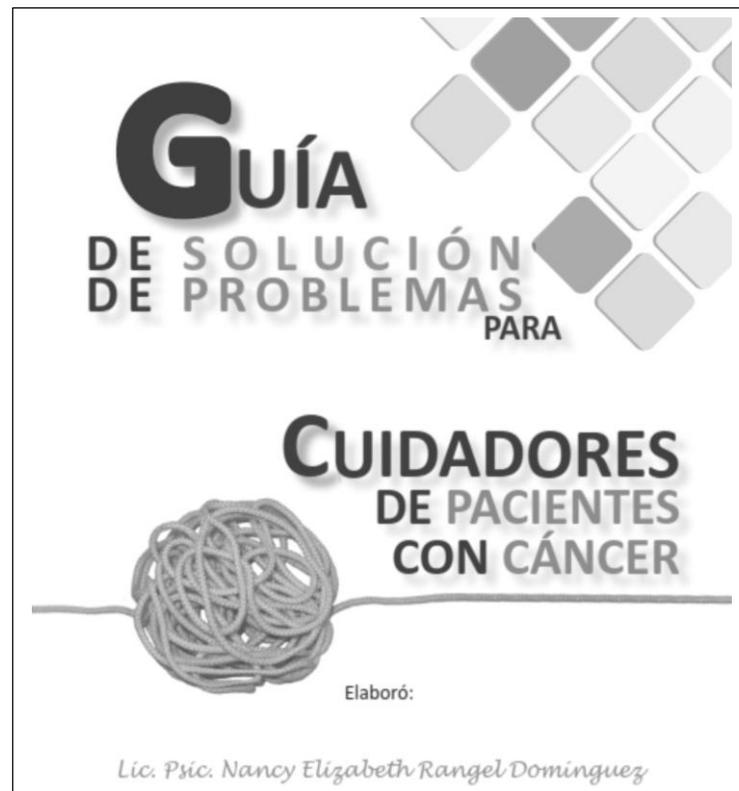
2. Instrucciones generales

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 2. Formato del Inventario de Ansiedad de Beck



BAI



Folio: _____ (3P) (EA)

Fecha de aplicación: _____

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado **EN LA ÚLTIMA SEMANA** por los siguientes síntomas según el siguiente criterio (marque una sola casilla para cada pregunta):

- 0 es En absoluto**
- 1 es Levemente**, no me molestó mucho
- 2 es Moderadamente**, fue muy desagradable pero podía soportarlo
- 3 es Severamente**, casi no podía soportarlo



#	Síntomas	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Hormigueo o entumecimiento	0	1	2	3
2	Sensación de calor	0	1	2	3
3	Temblores en las piernas	0	1	2	3
4	Incapacidad para relajarse	0	1	2	3
5	Miedo a que suceda lo peor	0	1	2	3
6	Mareos	0	1	2	3
7	Palpitaciones o taquicardia	0	1	2	3
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad física	0	1	2	3
9	Terrores	0	1	2	3
10	Nerviosismo	0	1	2	3
11	Sensación de ahogo	0	1	2	3
12	Temblores de manos	0	1	2	3

#	Sintomas	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
13	Temblores generalizados o estremecimiento	0	1	2	3
14	Miedo a perder el control	0	1	2	3
15	Dificultad para respirar	0	1	2	3
16	Miedo a morir	0	1	2	3
17	Sobresaltos	0	1	2	3
18	Molestias digestivas o abdominales	0	1	2	3
19	Palidez	0	1	2	3
20	Rubor facial	0	1	2	3
21	Sudoración (no debida al calor).	0	1	2	3

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck



BDI



Folio: _____ (SP) (CA)

Fecha de aplicación: _____

Lea cada oración cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que **USTED SE SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Ponga una "X" en el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

0. Yo no me siento triste

1. Me siento triste

2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo

3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

0. En general no me siento desanimado por el futuro

1. Me siento desanimado por mi futuro

2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro

3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

0. Yo no me siento fracasado

1. Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas

2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos

3. Siento que soy un completo fracaso como persona

- 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 - 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 - 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 - 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo
-

- 0. En realidad yo no me siento culpable
 - 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
 - 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 - 3. Me siento culpable todo el tiempo
-

- 0. Yo no me siento que esté siendo castigado
 - 1. Siento que podría ser castigado
 - 2. Espero ser castigado
 - 3. Siento que he sido castigado
-

- 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo
 - 1. Estoy desilusionado de mí mismo
 - 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 - 3. Me odio
-

- 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas
- 1. Me crítico a mí mismo por mis debilidades o errores
- 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede

0. Yo no tengo pensamientos suicidas

1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2. Me gustaría suicidarme
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad

0. Yo no lloro más de lo usual

1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2. Actualmente lloro todo el tiempo
3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar

1. Me enoja o irrito más fácilmente que antes
2. Me siento irritado todo el tiempo
3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

0. Yo no he perdido el interés por la gente

1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
2. He perdido en gran medida el interés por la gente
3. He perdido todo interés por la gente

0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho

1. Pospongo tomar decisiones más que antes
2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
3. Ya no puedo tomar decisiones.

0. Yo no siento que me vea peor de como me veía

1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)

2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).

3. Creo que me veo feo (a)

0. Puedo trabajar tan bien como antes

1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo

2. Tengo que obligarme para hacer algo

3. Yo no puedo hacer ningún trabajo

0. Puedo dormir tan bien como antes

1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo

2. Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.

3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.

0. Yo no me canso más de lo habitual

1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo

2. Con cualquier cosa que haga me canso

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

0. Mi apetito no es peor de lo habitual

1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo

2. Mi apetito está muy mal ahora

3. No tengo apetito de nada

0. Yo no he perdido peso últimamente

1. He perdido más de 2 kilos

2. He perdido más de 5 kilos

3. He perdido más de 8 kilos

0. Yo no estoy preocupado de mi salud más que antes

1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y es difícil pensar en algo más

3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora

3. He perdido completamente el interés por el sexo

Anexo 4. Formato de la Escala de Sobrecarga Zarit



Zarit



Folio: _____ (SP) (EA)

Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: A continuación se presentan una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten las personas que cuidan a alguien enfermo. Después de leer cada frase, marque con una "X" con qué frecuencia se siente usted de esa manera. No existen respuestas buenas ni malas.



Afirmaciones	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Cree que su paciente le pide más ayuda de la que necesita.	0	1	2	3	4
2. Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted.	0	1	2	3	4
3. Se siente agobiado por cuidar de su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades con su familia o trabajo.	0	1	2	3	4
4. Se siente avergonzado por la conducta de su paciente.	0	1	2	3	4
5. Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente.	0	1	2	3	4
6. Piensa que su paciente afecta negativamente su relación con otros miembros de su familia (pareja e hijos).	0	1	2	3	4
7. Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente.	0	1	2	3	4
8. Cree que su paciente depende de usted.	0	1	2	3	4
9. Se siente tenso cuando está cerca de su paciente.	0	1	2	3	4

10. Cree que la salud de usted se ha deteriorado por cuidar a su paciente.	0	1	2	3	4
11. Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar a su paciente.	0	1	2	3	4
12. Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar.	0	1	2	3	4
13. Se siente incómodo por desatender a sus amistades por cuidar de su paciente.	0	1	2	3	4
14. Cree que su paciente espera que usted lo cuide si nadie más pudiera hacerlo.	0	1	2	3	4
15. Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente además de cubrir otros gastos.	0	1	2	3	4
16. Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo.	0	1	2	3	4
17. Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y cuidado de su paciente.	0	1	2	3	4
18. Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona.	0	1	2	3	4
19. Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente.	0	1	2	3	4
20. Cree que debería hacer más por su paciente.	0	1	2	3	4
21. Cree que podría cuidar mejor de su paciente.	0	1	2	3	4
22. En resumen, se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar de su paciente.	0	1	2	3	4

Anexo 5. Formato de Escala de Salud



| **Salud**



Folio: _____ (SP) (EA)
 Fecha de aplicación: _____

Debajo de cada enunciado, marque UNA casilla, la que mejor describa su salud HOY

MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar
- Tengo problemas leves para caminar
- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas graves para caminar
- No puedo caminar

CUIDADO PERSONAL

- No tengo problemas para lavarme o vestirme
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme o vestirme

ACTIVIDADES COTIDIANAS (ej. trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o recreativas)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

DOLOR/MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo dolor o malestar leves
- Tengo dolor o malestar moderados
- Tengo dolor o malestar fuertes
- Tengo dolor o malestar extremos

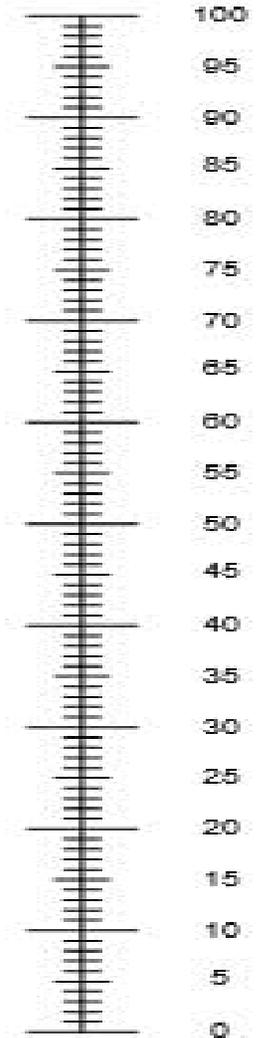
ANSIEDAD/DEPRESIÓN

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy levemente ansioso o deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido

- Nos gustaría conocer qué tan buena o mala es su salud el día de HOY.
- La escala está numerada del 0 al 100.
- 100 representa la mejor salud que se pueda imaginar.
0 representa la peor salud que se pueda imaginar.
- Marque con una X en la escala para indicar su estado de salud el día de HOY.
- Ahora, escriba en la casilla que encontrará a continuación el número que ha marcado en la escala.

SU ESTADO DE SALUD HOY =

La mejor salud que se pueda imaginar



La peor salud que se pueda imaginar

Anexo 6. Formato del Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social

COMPONENTES NO VERBALES

1. EXPRESIÓN FACIAL

- 1-Cara muy desagradable
- 2-Cara desagradable. Algunas expresiones negativas.
- 3-Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.
- 4-Cara agradable. Algunas expresiones positivas

2. MIRADA

- 1-Mira muy poco. Expresión negativa. Mira continuamente. Muy desagradable.
- 2-Mira poco. Impresión algo negativa
- 3-Frecuencia y patrón de mirada normales
- 4-Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable
- 5-Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy agradable.

3. POSTURA

- 1-Postura muy cerrada. Da la impresión
- 2-Postura algo cerrada. Da la impresión de un rechazo parcial.
- 3-Postura normal. No produce impresión de rechazo
- 4-Postura abierta. Da la impresión de aceptación
- 5-Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación.

4. DISTANCIA / CONTACTO FÍSICO

- 1-Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total. Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desagradable.

- 2-Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento.
- 3-Distancia normal. Ni agradable ni desagradable
- 4-Distancia oportuna. Impresión de acercamiento. Agradable
- 5-Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable.

5. GESTOS

- 1-No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa.
- 2-Algunos gestos, pero escasos. Impresión negativa
- 3- Frecuencia y patrón de gestos normales
- 4-Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.
- 5-Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva.

6. VOLUMEN DE LA VOZ

- 1- No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa. Volumen extremadamente alto (casi llega al grito). Muy desagradable.
- 2-Se le oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa
- 3-Voz normal, pasable
- 4-Volumen de la voz bastante adecuado. Impresión positiva
- 5-Volumen de la voz muy adecuado. Impresión muy positiva

7. ENTONACIÓN

- 1-Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable
- 2-Poco expresiva, ligeramente monótona. Desagradable
- 3-Entonación normal, pasable
- 4-Buena entonación, voz interesante, viva. Agradable
- 5-Muy buena entonación, muy animada y expresiva. Muy agradable.

8. FLUIDEZ

- 1-Muchas perturbaciones o muchas pausas embarazosas. Muy desagradable.
- 2-Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desagradable.
- 3-Pausas y perturbaciones normales. No da impresión negativa.
- 4-Sin apenas perturbaciones ni pausas embarazosas. Agradable.
- 5-Sin perturbaciones ni pausas embarazosas. Muy agradable

9. VELOCIDAD

- 1-Habla extremadamente deprisa. No se le entiende nada. Habla extremadamente despacio. Muy desagradable.
- 2-Habla bastante deprisa. A veces no se le entiende. Habla bastante despacio. Desagradable.
- 3-Velocidad normal. Se le entiende generalmente
- 4-Velocidad de habla bastante apropiada. Agradable
- 5-Velocidad de habla muy apropiada. Muy agradable

10. CLARIDAD

- 1-No pronuncia ninguna palabra o frase con claridad. Muy negativo. Articulación excesiva de las palabras. Muy desagradable.

- 2-Pronuncia con claridad sólo algunas palabras o frases. Negativo. Demasiada articulación de las palabras. Desagradable.
- 3-Claridad de pronunciación normal
- 4-Pronuncia las palabras claramente. Agradable
- 5-Pronuncia las palabras muy claramente. Muy agradable

COMPONENTE VERBAL

11. ATENCIÓN PERSONAL

- 1-Nunca se interesa por la otra persona, ni le hace preguntas sobre ella. Impresión muy negativa.
- 2-Apenas se interesa por la otra persona, con pocas preguntas. Impresión negativa.
- 3-Interés normal por la otra persona
- 4-Buen interés por la otra persona, con un número adecuado de preguntas sobre ella. Impresión positiva.
- 5-Muy buen interés por la otra persona, con un número muy adecuad de preguntas. Impresión muy positiva.

Anexo 7. Formato del Inventario de Resolución de Conflictos

Instrucciones: A continuación está una lista de 35 afirmaciones. Lea cada frase y después indica en la casilla de la derecha la proporción en que estás de acuerdo o en desacuerdo con esta frase. Utiliza las siguientes las siguientes alternativas:

- a) Completamente de acuerdo
- b) Moderadamente de acuerdo
- c) Moderadamente en desacuerdo
- d) Completamente en desacuerdo

Afirmaciones:

1.*Cuando la solución de un problema ha sido insatisfactoria no examino por qué no funcionó	
2.*Cuando me enfrento a un problema complejo no me molesto en elaborar una estrategia para recoger información de modo que pueda definir con exactitud en qué consiste el problema.	
3.*Cuando mis primeros esfuerzos para resolver un problema fracasan, dudo de mi capacidad para manejar la situación.	
4.*Después de resolver un conflicto, no analizo qué funcionó correctamente y qué no funcionó	
5.*Generalmente soy capaz de sugerir alternativas creativas y efectivas para resolver un conflicto	
6.*Después de haber intentado resolver un problema con un cierto curso de acción reflexiono y comparo los resultados obtenidos con lo que yo pensaba que podría suceder.	
7.*Cuando tengo un problema, pienso en tantas formas de solucionarlo como puedo hasta que no me surgen más ideas	
8.*Al enfrentarme a un problema, examino consistentemente mis sentimientos para encontrar qué es lo que sucede en la situación problemática.	
9.*Cuando estoy confundido con un problema no intento describir las ideas o sentimientos ambiguos en términos más concretos o específicos.	
10. Tengo la capacidad para resolver la mayor parte de los problemas, aunque inicialmente no exista solución aparente.	
11.*Muchos de los problemas que encuentro son demasiado complejos para que yo los pueda resolver.	
12.*Tomo decisiones y después me alegro de hacerlo.	
13.*Al enfrentarme a un problema, tiendo a poner en práctica la primera idea que se me ocurre para resolverlo.	
14.*Algunas veces no me paro a reflexiona cómo solucionar mis problemas, simplemente sigo adelante.	
15.*Cuando decido sobre una idea o solución posible para un problema no me paro a pensar las posibilidades de éxito de cada	

alternativa.	
16. Cuando me enfrento a un problema, hablo sobre ello antes de decidir el siguiente paso.	
17. Generalmente pongo en práctica la primera idea buena que viene a mi mente.	
18. Al tomar una decisión valoro las consecuencias de cada alternativa y las comparo entre sí.	
19. Cuando hago planes para resolver un conflicto, estoy casi seguro de que sabré hacerlo funcionar	
20. Trato de predecir los resultados generales al poner en práctica un determinado curso de acción	
21. *Cuando intento pensar en las posibles soluciones de un problema, no me surgen muchas alternativas.	
22. Al tratar de solucionar un problema, una estrategia que utilizo con frecuencia consiste en pensar en problemas pasados que ha sido similares.	
23. Con el tiempo y esfuerzo suficientes, creo que puedo resolver la mayor parte de los conflictos a los que me enfrento	
24. Ante una situación nueva, tengo la confianza de poder manejar los problemas que surjan	
25. *Aunque esté trabajando sobre un problema, a veces siento que ando a tientas o deambulando y que no llego a la cuestión real	
26. *Hago juicios inmediatos y posteriormente los rechazo.	
27. Confío en mi capacidad para resolver problemas nuevos y difíciles.	
28. Dispongo de un método sistemático para comparar alternativas y tomar decisiones.	
29. Cuando intento pensar en las formas de resolver un problema, no intento combinar las diferentes ideas.	
30. *Cuando me enfrento a un conflicto, normalmente no examino qué aspectos del medio externo pueden contribuir a mi conflicto.	
31. Ante un problema, de lo primero que hago es examinar la situación y tomar en consideración todas las informaciones relevantes.	
32. *A veces me afectan tanto emocionalmente que soy incapaz de considerar muchas formas de sobrellevar mis problemas.	
33. Tras adoptar una decisión, el resultado que obtengo es similar al que esperaba.	
34. *Ante un problema me siento inseguro de poder manejar la situación.	
35. Cuando me percató de un conflicto, lo primero que hago es intentar descubrir en qué consiste el conflicto exactamente.	