



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

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

**INTERVENCIÓN BASADA EN TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO A  
DISTANCIA PARA CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PERSONAS  
CON CÁNCER AVANZADO**

**TESIS QUE PARA  
OPTAR POR  
EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA  
ARIANA MICHAEL JIMÉNEZ CRUZ**

**TUTOR PRINCIPAL  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
*Facultad de Psicología, UNAM***

**MIEMBROS DEL COMITÉ:  
DRA. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN  
*INCMNSZ*  
DR. ÓSCAR GALINDO VÁZQUEZ  
*INCAN*  
DRA. LETICIA ASCENCIO HUERTAS  
*INCAN*  
DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA  
*Facultad de Psicología, UNAM***

***Ciudad Universitaria, CDMX. Junio, 2023***



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## ***Agradecimientos***

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, gracias por ser mi casa académica por todos estos años y brindarme las mejores herramientas para llegar a ser una psicóloga clínica con vocación y alto compromiso hacia nuestra profesión, ha llegado el momento de retribuir un poco de lo mucho que me han brindado.

Al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, gracias por abrirme sus puertas y contribuir de una forma muy importante en mi formación profesional y personal. En especial, al Departamento de Psicología, donde tuve la gran fortuna de ser supervisada por la Dra. Sofía Sánchez Román, quién es un referente en la psicología de la salud y a quién admiro y agradezco profundamente por todas sus enseñanzas y anécdotas. Y al Programa de Navegación de Pacientes “Te Acompañamos”, el trabajo de todo el equipo es admirable.

A mi destacado tutor, el Dr. Samuel Jurado Cárdenas. Y a los honorables miembros de mi comité: al Dr. Óscar Galindo Vázquez, a la Dra. Leticia Ascencio Huertas y a la Dra. Angélica Juárez Loya; gracias por compartirme de su valiosa y enorme experiencia para poder culminar mi tesis de maestría.

A mis padres, Amalia y Miguel, gracias por su amor incondicional, son el motor de mi vida. Agradezco a Dios todos los días por tenerlos conmigo. A mi hermano Ángel, gracias por ser un ejemplo de fortaleza. A mi abuela Lucha, gracias por siempre confiar en mí. Y a mi Barbie, por enseñarme que existe un amor que no conocía y que me ha inspirado a ser mejor. A Luisito, gracias por tu apoyo incondicional y por tus palabras de amor en los momentos más difíciles de este camino.

A mis amigos, porque tengo claro que una vida valiosa es aquella que se comparte con las personas que queremos. A Malú, gracias por acompañarme en cada momento del proceso y por recordarme lo esencial. A Luis y Dalia, gracias por su amistad incondicional y por seguir compartiendo nuestros logros juntos. A mis colegas de la maestría en Medicina Conductual: Lidia, Kari, Edwin y Cynthia; los admiro y les agradezco su compañía y amistad, porque nada hubiera sido igual sin ustedes.

A todos los cuidadores primarios informales que me permitieron acompañarlos en acercarse a una vida valiosa a pesar del gran dolor que se encontraban atravesando.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca otorgada, la cual fue clave para la conclusión de mis estudios de maestría.

## Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	4
Introducción .....	5
Cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer avanzado.....	5
Sobrecarga en el cuidador y sus consecuencias a la salud.....	7
Atención a los cuidadores primarios informales dentro de un Programa de Navegación	9
Terapia de Aceptación y Compromiso en Cuidadores Primarios Informales .....	11
Antecedentes de las Intervenciones de Terapia de Aceptación y Compromiso en Cuidadores Primarios Informales.....	14
Planteamiento del Problema.....	16
Justificación .....	16
Preguntas de investigación.....	18
Objetivos .....	18
Objetivo general.....	18
Objetivos específicos .....	18
Método .....	20
Diseño de investigación.....	20
Selección de la muestra .....	20
Variables .....	22
<i>Variable independiente</i> .....	22
Variables dependientes .....	22
Instrumentos.....	24
Escenario y Materiales .....	26
Procedimiento .....	26
Detección de necesidades .....	26
Intervención .....	29
Consideraciones éticas .....	31
Análisis estadístico.....	32
Resultados.....	33
Implementación de la intervención .....	39
	2

Aceptabilidad de la intervención .....	41
Discusión y Conclusión .....	45
Limitaciones del estudio .....	47
Perspectivas futuras.....	49
Referencias .....	51
Anexos .....	59
Anexo 1. Consentimiento informado .....	59
Anexo 2. Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit-M.....	66
Anexo 3. Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) .....	68
Anexo 4. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9).....	69
Anexo 5. Módulos de la intervención basada en ACT.....	70
Anexo 6. Formato de implementación .....	73
Anexo 7: Formato de Aceptabilidad .....	89
Anexo 8. Materiales de apoyo para la intervención .....	91
Anexo 9. Metáforas y Ejercicios experienciales de Mindfulness .....	96

## Resumen

**Introducción:** Se ha reportado que los cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer avanzado presentan un impacto significativo en su calidad de vida relacionado a un nivel alto de sobrecarga derivado de su rol de cuidado. **Objetivo:** Diseñar una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso en modalidad a distancia y evaluar su viabilidad en la disminución del nivel de sobrecarga en cuidadores primarios informales de personas con cáncer avanzado, con base en las necesidades previamente identificadas. **Método:** Participaron 23 cuidadores primarios, quienes fueron reclutados a través de la referencia de un programa de navegación de pacientes. Se realizaron mediciones de sobrecarga, ansiedad y depresión pre, post y seguimiento a un mes. **Resultados:** La intervención fue viable, presentó altos niveles de satisfacción y aceptabilidad entre los participantes y resultó en una reducción estadística y clínicamente significativa en el nivel de sobrecarga. **Conclusión:** Los hallazgos de este estudio se proponen como base para implementar un estudio con mayor rigor metodológico.

**Palabras clave:** Cuidadores primarios informales, Sobrecarga, Cáncer avanzado, Programa de Navegación, Terapia de Aceptación y Compromiso.

## Abstract

**Introduction:** Being an informal primary caregiver of patients with advanced cancer has a significant impact on the quality of life related to a high level of overload derived from their role care. **Objective:** Design an intervention based on remote Acceptance and Commitment Therapy and evaluate its feasibility in reducing the level of overload in informal primary caregivers of people with advanced cancer, based on previously detected needs. **Method:** Twenty-three primary caregivers participated, who were recruited through the referral of a patient navigation program. Pre, post and follow-up measurement of caregiver burden, anxiety and depression scores was performed one month after the intervention. **Results:** Intervention was feasible, showed high levels of satisfaction and acceptability between participants, and resulted in a statistically and clinically significant reduction in the level of burden. **Conclusion:** These findings are proposed as the basis for implementing a study with a design of greater methodological rigor.

**Keywords:** Informal primary caregivers, Burden, Advanced cancer, Navigation Program, Acceptance and Commitment Therapy.

## Introducción

### **Cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer avanzado**

Los cuidadores primarios informales son usualmente algún miembro de la familia, quien no cuenta con preparación en el área de la salud pero retoma importantes actividades de cuidado hacia un paciente con cáncer, entre las que se incluyen, medidas de higiene y administración de medicamentos, manejo de síntomas y sus efectos adversos, transporte a los centros hospitalarios cuando su paciente requiere atención médica y establecimiento de comunicación con el equipo de salud (Galindo-Vazquez et al., 2015), sin recibir una retribución económica por ello. Se ha reportado que las mujeres suelen ser las que asumen mayoritariamente el rol de cuidado (Arias-Rojas et al., 2021); el perfil más representativo de un cuidador primario informal en México corresponde a una persona de sexo femenino, hija o cónyuge del paciente (Hurtado, 2012).

Recordemos que el cáncer es una enfermedad en la cual células anormales van a crecer de forma descontrolada en algún órgano o tejido del cuerpo. Cuando estas células invaden partes adyacentes o se propagan a otros órganos, nos referimos al proceso de metástasis, que constituye una de las principales causas de defunción por cáncer. Los tipos de cáncer más comunes en los hombres son el pulmonar, prostático, colorrectal, estomacal y hepático; y en las mujeres, son el mamario, colorrectal, pulmonar, cervical y tiroideo (*Cáncer*, s. f.).

Cada fase de la enfermedad del cáncer plantea al cuidador primario necesidades distintas, dependiendo si su paciente se encuentra en la fase de recién diagnóstico, la fase de tratamiento, la fase de supervivencia o la fase de cuidados paliativos. Se ha reportado la fase de tratamiento como una de las más exigentes en torno a los cuidados físicos, disposición de tiempo e incertidumbre sobre los resultados a largo plazo (Thana et al., 2021).

Las probabilidades de que el cáncer responda al tratamiento aumentan si se identifica en una fase temprana de la enfermedad; la cirugía, los medicamentos oncológicos, la radioterapia, la inmunoterapia y las terapias blanco, se encuentran entre las principales opciones de tratamiento. Sin embargo, se estima que, en México, el 60% de los pacientes con cáncer se encuentra ya en una etapa avanzada (Bright et al., 2011); donde el objetivo del tratamiento ya no será curativo y será necesario retomar los cuidados de soporte, dirigidos a mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia, previniendo y aliviando los síntomas asociados a la enfermedad al final de la vida (Rowland & Schumann, 2010).

Por lo tanto, los cuidadores primarios informales van a tener que asumir un rol importante en el manejo de los cuidados en casa (Thana et al., 2021), los cuales van a requerir un conjunto de habilidades complejas, además de que el familiar deberá asumir un rol en la toma de decisiones acerca de su paciente (Given et al., 2001).

Debido a la fluctuación del curso de la enfermedad de las personas con cáncer en cuidados paliativos, se ha reportado que los cuidadores primarios informales presentan un impacto significativo en su bienestar relacionado a un nivel alto de sobrecarga derivado de su rol de cuidado (Junkins et al., 2020); lo cual puede llevarlos a desvincularse de llevar una vida activamente satisfactoria en su intento de afrontar la situación (Davis et al., 2020).



## **Sobrecarga en el cuidador y sus consecuencias a la salud**

Se ha reportado que los cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer experimentan un alto nivel de sobrecarga, el cual afecta su salud (Thana et al., 2021) y repercute en que presenten niveles más bajos de calidad de vida (Han et al., 2021).

Given et al., (2001) definieron la sobrecarga del cuidador, como el distrés que experimenta una persona como resultado de brindar actividades de cuidado hacia un paciente. Se han planteado dos tipos de sobrecarga, la subjetiva, que se refiere a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidado, y la objetiva, el grado de cambios en diversos aspectos de la vida de los cuidadores (Castillo et al., 2008). Desde la experiencia subjetiva, los cuidadores primarios informales reportan una carga enfocada tanto en el agotamiento físico como mental (entre los que se incluyen sentimientos de desesperanza y tristeza), además de una carga social, referida específicamente al rol que se le asigna al género femenino para el cuidado dentro de la dinámica familiar (Arias-Rojas et al., 2021).

Estos autores acotan que la sobrecarga es diferente de la sintomatología de ansiedad y de depresión que también pueden llegar a presentar los cuidadores, como parte de la respuesta de distrés (Given et al., 2004). Se ha descrito que incluso la presencia de depresión es más frecuente en los cuidadores que en los pacientes, cuando la condición de estos empeora (Hartnett et al., 2016).

En el contexto de cáncer avanzado, la sobrecarga es considerada una reacción biopsicosocial multidimensional (Given et al., 2004). Al respecto, Thana et al., (2021) destacan los siguientes cinco factores que pueden contribuir a presentarla: 1) el estado de salud físico, para aquellos cuidadores que ya tienen alguna enfermedad crónica, puede afectar incluso el manejo que llevan y agravarse (Given et al., 2012); 2) los factores psicológicos, como la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión; 3) el nivel socioeconómico, que puede

afectar la accesibilidad al tratamiento y considerarse un factor de estrés principal; 4) el aislamiento social, debido a los ajustes necesarios que se realizan en la rutina y la interrupción de actividades sociales; y 5) las redes de apoyo, en específico no tener una adecuada disponibilidad de recursos de apoyo.

De acuerdo con la Escala de Sobrecarga de Zarit, en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer validada en población mexicana, se retoman tres factores principales en la sobrecarga: el impacto del cuidado, la relación interpersonal y las expectativas de autoeficacia (Galindo-Vazquez et al., 2015).

Además, el cuidador primario informal se va a enfrentar constantemente en una posición de toma de decisiones acerca de su familiar, lo que estará relacionado a diversas fuentes de estrés, entre las que se incluyen sentimientos de culpa, responsabilidad de tomar una decisión incorrecta, y dolor anticipado por la pérdida (Prigerson et al., 2019). Cabe señalar que los cuidadores primarios informales experimentan otras pérdidas personales asociadas a las restricciones en su autonomía y de sus propias necesidades (Coelho & Barbosa, 2017).

Se ha reportado que, durante el periodo de cuidados paliativos, aproximadamente 13% de los cuidadores primarios presenta ya criterios para un trastorno psiquiátrico (Vanderwerker et al., 2005).

Se ha sugerido que brindarles un apoyo anticipado a los cuidadores ante la pérdida de su familiar, puede ser beneficioso para su adaptación ante el duelo (Burke et al., 2015; Clark et al., 2011; Weissflog & Mehnert, 2015; Davis et al., 2020). De acuerdo a Coelho & Barbosa (2017), el duelo durante el proceso de cuidado de un familiar con enfermedad avanzada se ha operacionalizado como duelo anticipatorio, que implica respuestas emocionales y físicas ante una pérdida percibida que se han asociado con síntomas de depresión y tienen relación directa con la sobrecarga del cuidador (Meichsner & Wilz, 2018); las cuales además se identifican como un pródromo para desarrollar duelo prolongado en cuidadores primarios de pacientes paliativos (Thomas et al., 2014).

## **Atención a los cuidadores primarios informales dentro de un Programa de Navegación**

La Navegación de Pacientes consiste en un grupo multidisciplinario que tiene el objetivo de brindar asistencia personalizada a los pacientes con cáncer avanzado y a sus cuidadores primarios informales, para disminuir las barreras de acceso hacia una atención médica y psicosocial oportuna (INCMNSZ, s. f.).

En el año 2016, la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), hizo énfasis sobre la importancia de la referencia temprana del paciente con cáncer a un equipo multidisciplinario que pueda realizarle una evaluación en los ámbitos físico, psicológico y social; creándole un plan personalizado y facilitando la firma de directrices anticipadas al final de la vida. En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, se ha implementado un Programa de Navegación desde el año 2017 denominado Te Acompañamos, el cual dio inicio como un estudio de investigación, pero a partir del año 2019, se ha consolidado como un estándar de cuidado, siendo el único en Latinoamérica (INCMNSZ, s. f.).

Te Acompañamos, es un programa de Navegación para pacientes con cáncer avanzado, que tiene el objetivo principal de incrementar el acceso a los cuidados de soporte, los cuales se han reportado que, si son recibidos en los tres primeros meses del diagnóstico, pueden disminuir las visitas en el área de urgencias, hospitalización y muertes en el hospital (Hui et al., 2014). Además, están enfocados en mejorar la calidad de la atención mediante la erradicación de barreras, tales como, envío tardío para la atención de necesidades, falta de acceso a planificación anticipada, medicamentos y atención médica oportuna (Chávarri-Guerra et al., 2021).

Actualmente, todos los pacientes con un reciente diagnóstico de cáncer avanzado que son vistos en la consulta de Oncología del Instituto son incluidos en el Programa Te Acompañamos, donde se les realiza diversas evaluaciones basales sobre ansiedad, depresión, fatiga, dolor, desnutrición y sobrecarga del cuidador, para conocer las necesidades integrales del paciente y su familiar. El equipo multidisciplinario está dirigido por una navegadora que es psicóloga y se encuentra conformado por los servicios de Oncología, Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, Fisioterapia, Oncología Geriátrica, Psiquiatría, Psicología y Nutrición. Posteriormente se le brindan los resultados al paciente para obtener su consentimiento e iniciar la intervención (Chávarri-Guerra et al., 2021)

Durante la pandemia de COVID-19, el INCMNSZ adaptó su programa en intervenciones brindadas a través de telemedicina. Las adaptaciones consideradas consistieron en realizar la evaluación de las necesidades del paciente y la devolución de su plan personalizado de forma remota. Asimismo, el equipo multidisciplinario continuó realizando sesiones semanales para la discusión y propuesta de las intervenciones a través del uso de tecnologías como zoom. Las intervenciones aceptadas de los diversos servicios que integran el programa, también se implementaron de forma remota utilizando diversos métodos como llamada telefónicas, videollamadas y mensajes de texto (Chávarri-Guerra et al., 2021).

En este contexto, el presente estudio se planteó como una propuesta de intervención en modalidad a distancia hacia los cuidadores primarios de pacientes con cáncer que se evaluaban con sobrecarga del cuidador y que requerían recibir la atención.

## **Terapia de Aceptación y Compromiso en Cuidadores Primarios Informales**

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) (Hayes et al., 1999), es una aproximación basada en evidencia, que forma parte de las denominadas terapias conductuales de tercera generación, las cuales no se centran en la eliminación de los síntomas sino en la modificación de su función (Losada et al., 2015). Su fundamento parte de una filosofía pragmática de la ciencia denominada Contextualismo Funcional, lo que implica que “para comprender cualquier evento es imprescindible situarlo en su propio contexto y tener en cuenta su historicidad” (Barraca, 2007, p. 764). Asimismo, se fundamenta en la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT, por su nombre en inglés), la cual es una teoría contextual funcional del lenguaje y la cognición (Hayes et al., 2014), que proporciona una descripción integral del comportamiento verbal.

ACT, establece que un factor central que subyace a la psicopatología es la falta de voluntad para permanecer en contacto con eventos privados no deseados (ej. pensamientos, emociones o recuerdos desagradables) e incluye intentos de cambiar, evitar o erradicar estos eventos. Este proceso es conocido como evitación experiencial, lo que a su vez mantiene y exacerba el distrés psicológico (Hayes, 2004; Davis et al., 2019).

Las intervenciones basadas en ACT implementan procesos de aceptación y atención plena, así como procesos de compromiso conductual para generar flexibilidad psicológica. Desde este modelo se incluyen seis procesos centrales: aceptación, atención flexible al momento presente, defusión cognitiva, yo contexto, identificación de valores y compromiso de acción (Hayes et al., 2014).

La aceptación implica adoptar una postura abierta, receptiva y flexible respecto a las experiencias internas (sensaciones, emociones, pensamientos, recuerdos, impulsos) (Hayes et al., 1999).

Es decir, la aceptación puede ayudar a los cuidadores primarios a reconocer y normalizar las emociones desagradables y pensamientos que están teniendo como parte del proceso de enfermedad de su ser querido. Al tener una perspectiva transdiagnóstica, puede llegar a ser útil tanto para los cuidadores que estén atravesando respuestas de duelo normal, como aquellos evaluados con riesgo de presentar duelo complicado antes de que su ser querido fallezca (Thomas et al., 2014).

La atención al momento presente, implica la disposición de prestar atención a lo que acontece de manera centrada, voluntaria y flexible (Hayes et al., 1999). Permite al cuidador primario informal poder acercarse a la situación que está atravesando y poder actuar de forma efectiva en el momento presente.

En este contexto, se propone que la ACT puede brindar a los cuidadores primarios informales herramientas para facilitar el procesamiento de eventos internos difíciles; en lugar de evitar sus emociones o pensamientos, los dirige a identificar lo que es valioso e importante para ellos y realizar acciones en congruencia con esos valores a pesar de las dificultades que pueden presentarse debido al proceso de enfermedad de su ser querido (Fauth et al., 2022).

Uno de los pilares de la ACT es la defusión (debilitar el control que el pensamiento ejerce sobre la conducta), que permite disminuir el comportamiento gobernado por reglas (Mairal, 2007). En los cuidadores primarios informales, la adquisición de estrategias de defusión cognitiva los puede dirigir a responder de una forma más flexible a la situación. El yo contexto, permite la toma de perspectiva para ubicar el sentido integrado del “yo/aquí/ahora” con independencia del tiempo/lugar/persona. Es decir, puede considerarse un tipo particular de defusión cognitiva pero referida a la persona (Vallejo, 2012).

La identificación y clarificación de valores, será un eje fundamental para acercarse a las conductas que el cuidador primario informal considere para una vida significativa. Lo cual se logrará a través del establecimiento de acciones comprometidas, que incluyen realizar esfuerzos para establecer patrones de comportamiento para vivir una vida valiosa alineada a sus valores. Tomando en cuenta que el cuidador primario informal pueda comprometerse a pesar de las dificultades asociadas al proceso de enfermedad de su ser querido (Vallejo, 2012).

Por lo tanto, la flexibilidad psicológica se retomaría como la habilidad del individuo para contactar con el momento presente, aceptando los pensamientos, emociones y sensaciones corporales que se manifiestan y retomar un comportamiento acorde a los valores personales (Hayes et al., 1999). Teniendo el objetivo de que el cuidador primario informal pueda contactar con el momento presente a pesar del malestar y adaptar su comportamiento a lo que es valioso para él.

La Terapia de Aceptación y Compromiso ha surgido como una propuesta de intervención en contextos donde los cuidadores primarios informales tienen que afrontar la enfermedad de su ser querido, que implica aspectos que resultan en gran medida inmodificables y en sus intentos de querer cambiar tanto los eventos externos como internos puede llegar a repercutir en su estado físico y emocional, además de alejarlos de llevar una vida acorde a sus valores (Losada, Márquez-González, Romero-Moreno, López, et al., 2015).

## **Antecedentes de las Intervenciones de Terapia de Aceptación y Compromiso en Cuidadores Primarios Informales**

La evidencia a favor de la Terapia de Aceptación y Compromiso ha aumentado en los últimos años, sin embargo, aún es poca la evidencia en comparación con las intervenciones de Terapia Cognitivo Conductual que también han mostrado eficacia en cuidadores primarios informales.

Han et al. (2021) realizaron la más reciente revisión sistemática y metaanálisis sobre la medición de los efectos de las intervenciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso en cuidadores primarios informales. Los resultados fueron efectos de tamaño moderados en sintomatología depresiva y calidad de vida, efectos pequeños en estrés y ansiedad.

De los 18 estudios que se incluyeron en el metaanálisis, únicamente se retomarán dos que coinciden con la población de interés en el presente estudio, los cuales están enfocados en cuidadores de pacientes en cuidados paliativos (Davis et al., 2019) y cuidadores de pacientes con cáncer avanzado (Mosher et al., 2019); ya que los demás estudios estaban dirigidos específicamente a padres de niños con enfermedades crónicas.

Davis et al. (2020) desarrollaron un ensayo controlado aleatorizado de dos brazos para evaluar la viabilidad y efectividad de una intervención en formato de autoayuda basada en ACT, dirigida a duelo y distrés psicológico en cuidadores de pacientes en cuidados paliativos. El grupo control recibió el tratamiento habitual (apoyo psicosocial), mientras que al grupo de intervención se le envió un folleto de habilidades basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso, que contenía psicoeducación sobre el manejo de pensamientos y emociones difíciles, ejercicios de mindfulness y emprendimiento de acciones basadas en valores; se les realizó seguimiento por vía telefónica (recibían una llamada después de 1-2 semanas de recibir el folleto, cuyo objetivo era brindar apoyo para comprender el material).



Por su parte, Mosher et al. (2019) realizaron un ensayo piloto aleatorizado para evaluar la viabilidad y eficacia de una intervención de la Terapia de Aceptación y Compromiso dirigida a reducir la interferencia de los síntomas en pacientes con cáncer avanzado de pulmón, así como el distrés emocional de sus cuidadores primarios informales. Los participantes fueron aleatoriamente asignados en dos condiciones: seis sesiones de ACT o educación/apoyo. Los participantes en ambas condiciones recibieron seis sesiones telefónicas semanales con duración de 50 minutos. Los pacientes y los cuidadores completaron las sesiones 1, 4, 5 y 6 en conjunto, y las sesiones 2 y 3 de forma individual.

Sin embargo, los resultados de los dos estudios arriba señalados son contradictorios, por un lado, Davis et al., (2020) encontraron tamaños del efecto pequeños para aceptación, duelo y vida valiosa tanto a un mes como a seis meses de seguimiento. Y un tamaño del efecto medio en la disminución del distrés psicológico a seis meses de seguimiento. Por su parte, Mosher et al., (2019), no obtuvieron evidencia preliminar de la eficacia de ACT, reportaron que en comparación con la condición de educación/apoyo, ACT no redujo la interferencia de los síntomas en el paciente ni redujo el distrés del cuidador.

Por lo tanto, se considera que es necesario continuar realizando estudios de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso para diversas poblaciones de cuidadores primarios informales distintos del rol de padres, por ejemplo, los cónyuges o hijos. Entre los hallazgos principales, también se ha señalado que aún falta evidencia sobre la mejora de la flexibilidad psicológica en la variable de sobrecarga en los cuidadores primarios informales (Han et al., 2021).

Por lo cual, el presente estudio está dirigido a evaluar el efecto de una intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso en modalidad virtual en cuidadores primarios informales de personas con cáncer avanzado sobre la reducción de la sobrecarga.

## Planteamiento del Problema

### Justificación

El nivel de sobrecarga en el cuidador primario informal debe ser considerada una variable importante en pacientes que se encuentren en cuidados paliativos (Pereira-Morales et al., 2020). Debido a que se ha reportado que la mayoría de ellos pueden llegar a desarrollar sintomatología de ansiedad y depresión asociada a la sobrecarga (Given et al., 2001). Por lo anterior, se enfatiza la importancia de poder implementar intervenciones psicológicas a los familiares de los pacientes, debido a que altos niveles de sobrecarga y sus consecuencias, pueden llegar a tener un impacto significativo en su calidad de vida.

Dentro del sistema de salud, los cuidadores primarios informales tienen un papel fundamental para favorecer la continuidad de la atención del paciente, tanto dentro como fuera de las instituciones de salud (Ostiguín, 2012; Galindo-Vazquez et al., 2015). El que los cuidadores primarios presenten sobrecarga puede tener implicaciones para los pacientes, debido a que puede llevarlos a recibir una atención de mala calidad, negligencia e incluso abandono; lo que a su vez aumentaría sus síntomas físicos, emocionales y psicológicos, dificultando aún más su proceso al final de la vida (Pereira-Morales et al., 2020). Es decir, será primordial considerar la relación bidireccional, entre el funcionamiento emocional y bienestar del paciente y su cuidador primario informal (Jenkins et al., 2020).

A pesar de que las intervenciones cognitivo-conductuales han demostrado tener los mayores niveles de evidencia, diversos estudios muestran que algunos cuidadores pueden no responder de forma eficaz a éstas; concluyen que la Terapia de Aceptación y Compromiso parece ser una intervención más viable y efectiva para cuidadores primarios informales (Losada et al., 2015). La flexibilidad psicológica se retomaría como un importante amortiguador versus el distrés psicológico que llegan a experimentar los cuidadores primarios (Jansen et al., 2017).

Además, resulta esencial poder seguir aportando evidencia del efecto de las intervenciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso en cuidadores primarios de diferentes poblaciones (Han et al., 2021). En particular, los cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer, quienes tienen características particulares en comparación con otras enfermedades crónicas, debido a que su función y nivel de participación puede cambiar rápida y drásticamente según la naturaleza del cáncer (Jadalla et al., 2020).

Para el presente estudio, se plantea que la intervención pueda formularse a distancia (a través de videollamada y/o llamada telefónica), debido a que se considera puede ser más accesible y viable para los cuidadores primarios, a quienes en su mayoría no les es posible dejar a sus pacientes, ya que son los únicos cuidadores a cargo. Proponer esta modalidad se respaldaría en que las intervenciones de telepsicología en cuidadores primarios han demostrado ser efectivas en reducir el estrés e incrementar su bienestar (Hu et al., 2015).

La revisión de su viabilidad en esta población permitiría proponerla como una alternativa de atención en el Instituto. Tomando en consideración que las intervenciones se basen en las necesidades previamente identificadas en los cuidadores primarios y que, además, se garantice que se incluya a quienes más necesitan ese apoyo (Treasor, 2020).

La presente propuesta de intervención fue realizada con base en una evaluación de necesidades de los cuidadores primarios enviados para su abordaje por parte del Programa de Navegación de Pacientes “Te Acompañamos” del INCMNSZ, en este sentido, se plantea que pueda responder a las demandas de atención de esta población.

## **Preguntas de investigación**

¿Es viable implementar una intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso con modalidad a distancia para disminuir la sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer avanzado del INCMNSZ?

¿Cuál es el efecto de una intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso con modalidad a distancia en el nivel de sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer avanzado del INCMNSZ?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Diseñar una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso con modalidad a distancia (a través de videollamada o llamada telefónica) para disminuir el nivel de sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer avanzado pertenecientes al Programa de Navegación de Pacientes “Te Acompañamos” del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

### **Objetivos específicos**

- ❖ Evaluar el efecto de la intervención sobre las variables de sobrecarga, sintomatología depresiva y sintomatología de ansiedad
  
- ❖ Determinar la implementación de la intervención en modalidad a distancia (a través de videollamada o llamada telefónica)

- ❖ Conocer las barreras para la implementación de la intervención en modalidad a distancia (a través de videollamada o llamada telefónica)
  
- ❖ Conocer la aceptabilidad de la intervención en los cuidadores primarios informales
  
- ❖ Evaluar la significancia clínica y estadística en las variables de sobrecarga, sintomatología de depresión y sintomatología de ansiedad antes y después de la intervención. Y a un mes de seguimiento posterior de la intervención.

## **Método**

### **Diseño de investigación**

Se realizó un estudio piloto con un diseño pretest-postest de un solo grupo. El cual consiste en la aplicación de una medición previa a la intervención, después la implementación de la intervención y posteriormente se aplica la prueba al finalizarla (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Se agregó una medición de seguimiento posterior a un mes.

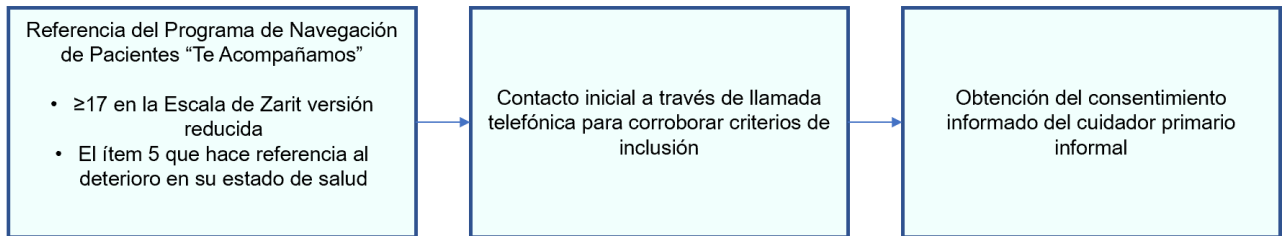
### **Selección de la muestra**

Se utilizó un muestreo no probabilístico, dirigido, el cual consiste en un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

El reclutamiento de los participantes se realizó a partir de la referencia del Programa de Navegación de Pacientes con Cáncer Avanzado “Te Acompañamos”, durante el periodo de mayo- septiembre de 2022. En la junta multidisciplinaria eran identificados aquellos cuidadores primarios informales que presentaban un nivel de sobrecarga mayor o igual a 17 puntos (basado en el puntaje total de la Escala de Zarit en su versión reducida conformada por 7 ítems, la cual era previamente aplicada por el equipo de Navegación) (Gort et al., 2005) y/o afectación en su estado de salud (a partir del ítem 5 de afectación del estado de salud en consecuencia del cuidado de su familiar); este último criterio de referencia fue agregado a partir de la detección de necesidades realizada para la presente propuesta de intervención (véase figura 1).

## Figura 1

### Proceso de reclutamiento de los participantes



Los criterios de inclusión establecidos fueron:

- Ser un cuidador primario informal de un paciente con cáncer avanzado atendido en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- Ser referido por el Programa de Navegación "Te Acompañamos".
- Hombres y Mujeres  $\geq 18$  años.
- Haber aceptado participar en la investigación y haber firmado el consentimiento informado (*véase anexo 1*).

Los criterios de exclusión fueron:

- Encontrarse recibiendo terapia psicológica fuera del INCMNSZ.
- Presentar criterios para un trastorno psiquiátrico que requirieran de una atención especializada urgente (Riesgo suicida moderado-grave, Trastornos de la Conducta Alimentaria).

Los criterios de eliminación fueron:

- Retirar su consentimiento para participar en el estudio una vez que haya iniciado.
- Muerte del paciente.

## **Variables**

### ***Variable independiente***

La variable independiente fue una intervención modular basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso con modalidad a distancia que fue diseñada a partir de una primera fase de detección de necesidades realizada en la población de interés, es decir, cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer avanzado referidos al área de Psicología del INCMNSZ.

Las cartas descriptivas de la intervención pueden encontrarse en el anexo 5. La intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso es presentada en un formato psicoeducativo (Vallejo, 2012), en el que se van retomando los elementos del Modelo de Flexibilidad Psicológica (Hayes et al., 1999). Se implementan además los métodos fundamentales que son las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales. La intervención está enfocada en modificar la evitación experiencial bajo control aversivo hacia una agenda de aproximación apetitiva hacia sus valores, enfatizando en este caso, en actividades valiosas y de autocuidado en los cuidadores primarios informales.

### **Variables dependientes**

#### ***Sobrecarga del cuidador primario informal***

Definición conceptual: Valoración que realiza el cuidador primario ante los estresores derivados del cuidado en función de los recursos y habilidades personales con los que cuenta y se origina cuando no se percibe capaz de afrontarlos (Burton et al., 2012).



Definición operacional: Nivel de sobrecarga con base en la Entrevista de Carga de Zarit para Cuidadores Primarios (Zarit et al., 1980), en su versión validada para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer (Galindo-Vazquez et al., 2015). Los puntos de corte corresponden de 0-28 a un nivel de sobrecarga leve, de 29-56 un nivel de sobrecarga moderada y de 57-84 un nivel de sobrecarga grave.

### ***Sintomatología ansiosa***

Definición conceptual: Se caracteriza por un miedo o preocupación excesiva, cuyos síntomas son lo suficientemente graves para provocar una discapacidad funcional importante (*Trastornos mentales*, s. f.).

Definición Operacional: Nivel de sintomatología de ansiedad con base en la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés), el cual es un cuestionario unidimensional que evalúa la presencia de sintomatología de ansiedad con base en los criterios del DSM-IV, durante las dos semanas previas. Se obtiene una puntuación total de todos los ítems, que puede oscilar entre 0 y 21.

### ***Sintomatología depresiva***

Definición Conceptual: Estado en que la persona experimenta ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute en sus actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Concurren otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa excesiva o autoestima baja, falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones de sueño, cambios en el apetito o el peso y sensación de cansancio o falta de energía (*Depresión*, s. f.).

Definición Operacional: Nivel de sintomatología de depresión con base en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, Kroenke et al., 2001), en su versión adaptada al español (Diez-Quevedo et al., 2001). Se obtiene una puntuación total que oscila entre 0-27.

## **Instrumentos**

Entrevista de Sobrecarga de Zarit: La escala original fue elaborada por Zarit, Reeve y Bach-Peterson (1980), como un cuestionario que mide la sobrecarga percibida por el cuidador primario, consta de 22 ítems y tres subescalas (impacto del cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia). La Entrevista de Sobrecarga de Zarit ha sido validada en México para cuidadores primarios informales de personas adultas con cáncer por Galindo-Vazquez et al. (2015), esta versión consta de 21 ítems que miden la carga percibida por el cuidador primario a través de una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). Los puntos de corte son de 0-28: sobrecarga leve, 29-56: sobrecarga moderada y 57-84: sobrecarga grave. Presenta una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.90) y una varianza explicada de 51.64% (véase anexo 2).

Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7): La escala fue desarrollada por Spitzer et al. (2006), para evaluar la sintomatología de ansiedad generalizada basada en los criterios del DSM-IV, considerando un criterio temporal de dos semanas previas. El estudio original reportó adecuados niveles de confiabilidad (alfa de Cronbach de 0.92) y especificidad (0.83). La versión adaptada al español (García-Campayo et al., 2010) ha mostrado igualmente adecuadas propiedades psicométricas y ha sido recomendada para su utilización en el ámbito clínico. Está compuesta de siete ítems con escala de respuesta tipo Likert que retoma valores de 0-3. Se obtiene una puntuación total de todos los ítems, que puede oscilar entre 0 y 21. Los puntos de corte para determinar la intensidad de la sintomatología en población mexicana son: de cero-cuatro: nula; de cinco-nueve: leve; de 10-14: moderada y de 15-21: grave. Mills et al. (2014), señalan que la escala es apropiada para población hispanoamericana, reportando una adecuada consistencia ( $\alpha=0.94$ ) y validez convergente (véase anexo 3).

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9): El cuestionario fue desarrollado por Kroenke, Spitzer & Williams (2001), para evaluar la sintomatología de depresión basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Está compuesto por nueve ítems con escala de respuesta tipo Likert que retoma valores de 0-3. Se obtiene una puntuación total que oscila entre 0-27. Los puntos de corte para determinar la intensidad de la sintomatología son: de cero-cuatro: nula; de cinco-nueve: leve; de diez-catorce: moderada; de 15-19: moderada-grave y de 20-27: grave. La versión en español, la cual fue utilizada en el presente estudio, ha reportado validez comparable con la versión original (Diez-Quevedo et al., 2001). Se ha reportado el uso de esta escala como apropiada para población mexicana reportando una adecuada consistencia interna ( $\alpha=0.94$ ) y validez convergente (Mills et al., 2014) (véase anexo 4).

Cuestionario de Aceptabilidad: Formato de 14 preguntas, nueve en una escala de respuesta ordinal y cinco en formato abierto, el cual se diseñó para la presente intervención con el objetivo de explorar la percepción del cuidador primario informal sobre los beneficios y limitaciones de la intervención, así como su nivel de satisfacción y utilidad de las estrategias recibidas.

Formato de implementación de la intervención: Formato de registro de ocurrencia diseñado para evaluar la implementación de las estrategias incluidas en cada módulo de la intervención propuesta (véase anexo 6), el cual está conformado por dos columnas, la primera correspondiente para ser llenada por el aplicador y la segunda por el observador, con el objetivo de ser llenado cada sesión.

## **Escenario y Materiales**

La intervención se realizó en modalidad a distancia, a través de videollamada o vía telefónica, utilizando las aplicaciones de zoom y WhatsApp. Los materiales utilizados fueron una laptop y un teléfono celular.

Los expedientes físicos para el manejo de la información de los participantes se encuentran resguardados en el departamento de Psicología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

## **Procedimiento**

### **Detección de necesidades**

Debido a que se recomienda que las intervenciones propuestas se basen en las necesidades previamente identificadas a la población dirigida, la presente propuesta de intervención fue formulada a partir de una primera fase de detección de necesidades que se realizó con 13 cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer referidos al servicio de Psicología con motivo de consulta de sobrecarga del cuidador, por parte del programa de Navegación de Pacientes “Te Acompañamos”, durante el periodo del 23/03/22 al 17/12/22. Su abordaje psicológico se realizó dentro de las actividades de atención clínica del área de Psicología, cabe mencionar, que no había establecido un protocolo específico de intervención dirigido a los cuidadores primarios informales con sobrecarga.

Por lo tanto, se realizó una evaluación inicial basada en la propuesta de Mairal (2007), identificando qué evitaba el cuidador, eventos verbales con los que estaba fusionado, qué era valioso para él y cuáles eran las barreras para acercarse a sus valores.

En la figura 2 se resumen las principales necesidades identificadas que se retomaron para ser incluidas en la propuesta de intervención dirigida a la sobrecarga.

## Figura 2

*Principales necesidades identificadas en el cuidador primario informal*

- 1 **Alto nivel de evitación experiencial**
- 2 **Poco o nulo autocuidado**
- 3 **Sentimientos de culpa por sentirse sobrecargados**
- 4 **Manejo de duelo por fallecimiento**

*Nota.* La evitación experiencial es definida como la falta de voluntad para permanecer en contacto con eventos privados no deseados (sensaciones, pensamientos, emociones, recuerdos) tanto asociados al proceso de enfermedad de su familiar como a su posible fallecimiento próximo; e incluye intentos de cambiar, evitar o erradicar estos eventos (Hayes et al., 1999).

Entre las principales necesidades identificadas en estos cuidadores primarios informales, se encontró un alto nivel de evitación experiencial tanto asociado al proceso de enfermedad como al fallecimiento próximo de su familiar. Se identificó poco-nulo nivel de autocuidado que mantenían los cuidadores primarios informales ante la gran demanda de actividades que tenían que cubrir con su paciente, descuido en conductas de autocuidado básico como dormir, comer y tomar medicamentos prescritos; abandono de actividades significativas en su vida diaria, disminuyendo con ello los reforzadores en su contexto inmediato, lo cual tenía un impacto en la sintomatología de ansiedad y depresión presentada.

Los cuidadores primarios informales experimentaban sentimientos recurrentes de culpa al tener pensamientos asociados a sentirse cansados de asumir el rol de cuidador y presentar impulsos de querer abandonarlo. Por lo tanto, se enfatizó que la intervención propuesta debía iniciar con un módulo de psicoeducación acerca de la sobrecarga que experimentan los cuidadores primarios informales, para dirigirse a la normalización de emociones y facilitar la aceptación de los eventos internos asociados.

En algunos de los cuidadores primarios informales donde persistía el nivel alto de sobrecarga, se identificó una mala calidad de la relación con su paciente, lo cual ha sido consistente con otros hallazgos en la literatura de investigación, donde se ha reportado que el tipo de calidad de la relación predice significativamente la sobrecarga en el cuidador (Reblin et al., 2016). Por lo cual, se consideró incluir en la intervención un módulo de calidad en la relación y comunicación asertiva que permitiera la adquisición de habilidades interpersonales efectivas.

Durante la intervención de detección de necesidades, fallecieron tres pacientes. Por lo cual, la importancia de trabajar el proceso de duelo anticipado surgió como un factor de atención prioritaria para agregar en la intervención propuesta.

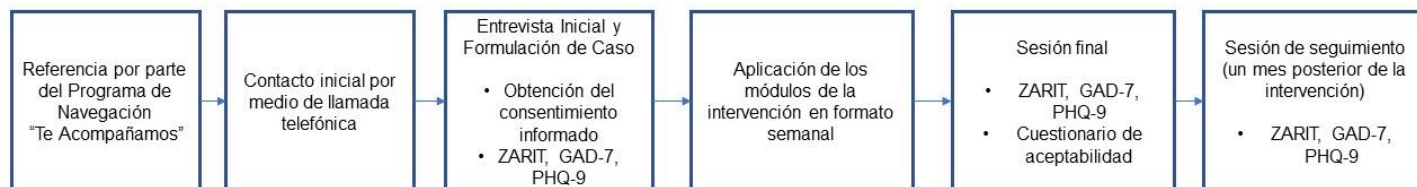
A partir de las barreras identificadas durante esta primera fase asociadas con la conexión y el uso de tecnologías, se consideró adaptar la intervención tanto a videollamada como llamada telefónica, debido a que se identificó que si el cuidador primario informal no contaba con una adecuada conexión de internet podía dificultar el progreso de la sesión. Además de que algunos cuidadores de mayor edad podían no contar con los dispositivos electrónicos o tener dificultad en su manejo para llevar a cabo una videollamada. Finalmente, esta fase también contribuyó para la elección y formulación de metáforas y ejercicios experienciales, con base en los eventos internos evitados reportados por los cuidadores primarios informales que estaban experimentando asociados a la sobrecarga.

## Intervención

El procedimiento general de la intervención se muestra en la figura 3.

**Figura 3**

Procedimiento de la intervención



La navegadora del Programa de Navegación “Te Acompañamos” realizó la referencia de los cuidadores primarios informales, a partir de los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el presente estudio. Se realizó un contacto inicial por medio de llamada telefónica con los datos proporcionados, donde se le brindó al cuidador primario la información general de la intervención especificando el objetivo de la misma, la duración de 8-12 sesiones y la modalidad a distancia (adaptándonos a videollamada o llamada telefónica, según su accesibilidad). Se agendó una primera cita de evaluación inicial con el cuidador primario informal, acordando día, hora y modalidad.

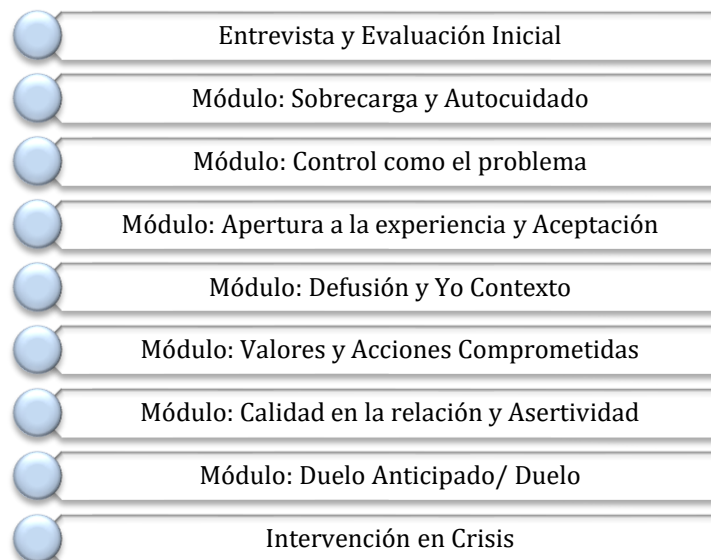
La primera sesión consistió en una entrevista inicial y formulación de caso, que tuvo por objetivo identificar las principales necesidades del cuidador primario informal y realizar una selección sobre los módulos requeridos de acuerdo con cada caso. Si el cuidador primario informal cumplía con los criterios de inclusión establecidos, se proseguía a leer el consentimiento informado y se enviaba posteriormente en formato virtual (a través de un formulario de Google Forms para obtener su aprobación de participar) (véase anexo 1). Si el cuidador primario informal aceptaba participar, se aplicaba la medición de línea base de las escalas ZARIT, GAD-7 y PHQ-9.

Las sesiones fueron brindadas en formato semanal, se asignó un día y horario para cada cuidador primario informal, aunque éste fue ajustado a partir de las otras citas médicas del paciente y hospitalizaciones de urgencia. Todas las intervenciones fueron iniciadas con psicoeducación acerca de la sobrecarga presentada y posteriormente de acuerdo con los módulos evaluados requeridos para cada cuidador primario, se brindaron estrategias basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso dirigidas a favorecer la flexibilidad psicológica e incidir en el nivel de sobrecarga presentado.

Si el caso lo ameritaba, se agregaba un módulo de duelo anticipado dirigido a preparar al cuidador primario para la muerte próxima de su ser querido. En el Anexo 5, se encuentran las cartas descriptivas de cada módulo correspondiente, sin embargo, se presenta en la figura 4 un esquema general de la intervención.

**Figura 4**

*Módulos de la intervención basada en ACT*





En la última sesión, se realizó la medición final de las escalas ZARIT, GAD-7 y PHQ-9; y se aplicó el cuestionario de aceptabilidad de la intervención (véase anexo 7), el cual fue aplicado por una persona distinta al investigador para disminuir los sesgos de deseabilidad social.

Si el paciente fallecía durante la intervención, sólo eran aplicadas las escalas GAD-7 y PHQ-9. Finalmente se concluía con la sesión de seguimiento a un mes posterior a la intervención, donde se aplicaron las escalas ZARIT, GAD-7 y PHQ-9.

### **Consideraciones éticas**

El presente protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética de Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán con el Reg.CONBIOÉTICA-09-CEI-011-20160627.

Las sesiones de forma remota con cada cuidador primario informal se llevaron a cabo de forma confidencial y cumpliendo las directrices para la prestación de servicios psicológicos a distancia propuestos por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013), los cuales garantizan un alto nivel de la práctica profesional a través de la prestación de servicios mediante tecnologías.

Se retomaron los siete requerimientos éticos reconocidos universalmente para la investigación en seres humanos (Emanuel, Wendler & Grady, 2000), con el objetivo de minimizar los riesgos asociados y beneficiar la salud mental de los cuidadores primarios informales.

Los beneficios de esta investigación consistieron en brindar información relevante para el autocuidado físico y emocional del cuidador primario informal, con el objetivo de coadyuvar en el proceso de cuidado de su paciente con cáncer. Se brindó un acompañamiento psicológico y referencias externas en caso de requerirlo.

Ante el posible riesgo de que el cuidador primario informal no contará con acceso a internet o a un dispositivo electrónico para realizar la videollamada, la intervención fue adaptada para realizarse a través de llamada telefónica, para garantizar el acceso de la intervención a todos los cuidadores primarios informales.

Los cuidadores primarios informales que aceptaron participar en el proyecto de investigación firmaron un consentimiento informado (véase anexo 1), en el cual se les hacía hincapié que tenían el derecho de abandonar el estudio cuando ellos lo decidieran sin que lo anterior afectara la atención brindada a su familiar en el Instituto.

La confidencialidad de la información obtenida fue protegida, los expedientes fueron resguardados con acceso restringido por los investigadores, asegurando su privacidad.

### **Análisis estadístico**

Se utilizaron los programas IBM SPSS Statistics 25 y Office Excel 2020. Se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos. Para el primer análisis pretest-postest se utilizó estadística no paramétrica, la prueba t de Wilcoxon para muestras relacionadas. Para el segundo análisis, pretest-postest-seguimiento, se utilizó la prueba no paramétrica ANOVA de Friedman para grupos relacionados. Se estableció el valor de significancia de  $p < 0.05$ .

## Resultados

Participaron 23 cuidadores primarios informales, 17 mujeres y 6 hombres, con un rango de edad entre 19-75 años. De escolaridad primaria hasta maestría, 52% de los participantes tenía como último grado de estudios nivel preparatoria o carrera técnica. El 65% de los participantes tenían como estado civil casado. Eran residentes de 11 estados de la República Mexicana, predominantemente de la Ciudad de México (48%) (véase tabla 1).

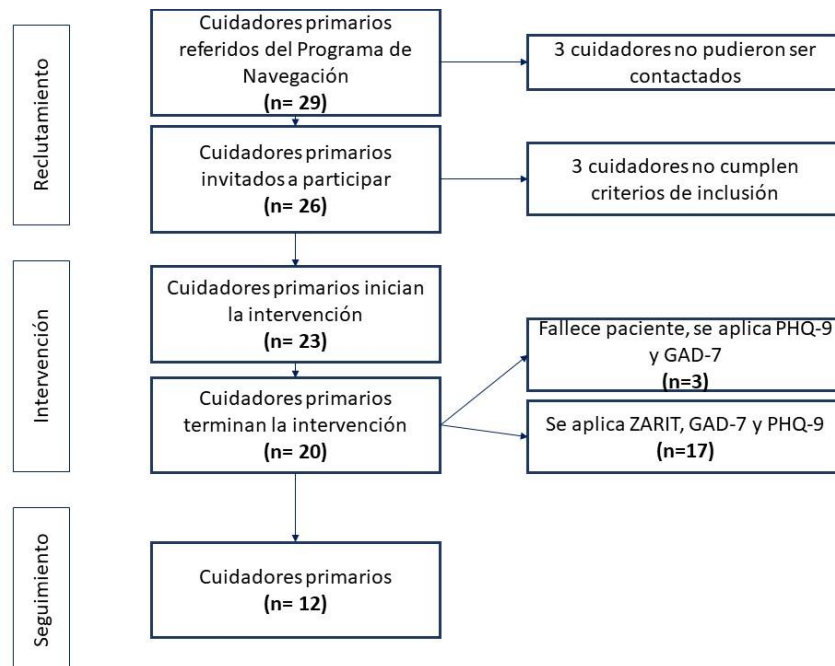
**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de los participantes*

Variables	n= 23 Edad: $\bar{X}$ = 48 años (19-75) DE= 15.5
	f (%)
Sexo	
Mujeres	17 (74%)
Hombres	6 (26%)
Último grado de estudios	
Primaria	2 (8%)
Secundaria	2 (8%)
Preparatoria	7 (30%)
Carrera técnica	5 (22%)
Licenciatura	5 (22%)
Maestría	2 (8%)
Lugar de residencia	
CDMX	11 (48%)
Estado de México	2 (8%)
Guerrero	2 (8%)
Morelia	1 (4%)
Michoacán	1 (4%)
Oaxaca	1 (4%)
Guerrero	1 (4%)
Cautla	1 (4%)
Sinaloa	1 (4%)
Hidalgo	1 (4%)
Chiapas	1 (4%)
Guanajuato	1 (4%)

Durante la intervención, algunos de los pacientes con cáncer avanzado fallecieron o tuvieron complicaciones médicas importantes que requirieron de hospitalizaciones prolongadas, lo cual dificultó que sus cuidadores primarios informales pudieran concluir la intervención o el seguimiento correspondiente. Otras cuestiones reportadas, fueron el deterioro de salud del mismo cuidador primario informal, que también requirió en algunos casos de hospitalización. En la figura 5, se muestra el flujograma de participantes, el cual servirá de referencia para identificar los resultados de los dos análisis estadísticos descritos a continuación, el primero retomando a los 17 cuidadores primarios que concluyeron la intervención. Y el segundo, con los 12 cuidadores primarios que concluyeron también el seguimiento.

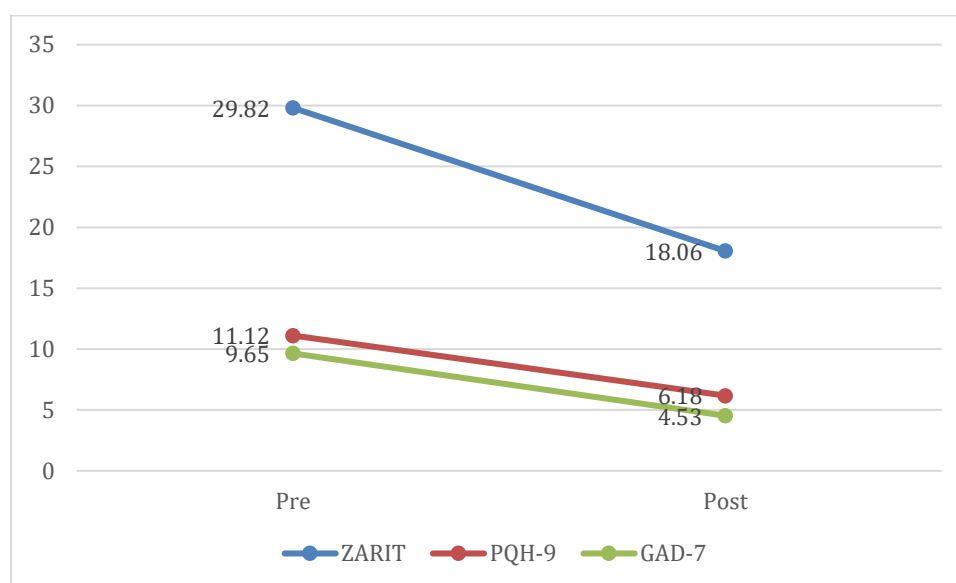
**Figura 5**  
*Flujograma de participantes*



Se realizó un primer análisis pre-post con los 17 cuidadores primarios que concluyeron la intervención. De los cuales se calculó la media del grupo antes y después en el nivel de sobrecarga, la sintomatología de depresión y la sintomatología de ansiedad (véase figura 6). Se utilizó la prueba no paramétrica t de Wilcoxon para muestras relacionadas, se obtuvo que el cambio en las 3 variables fue estadísticamente significativo (véase tabla 2).

**Figura 6**

Media grupal antes y después de la intervención psicológica de ACT



**Tabla 2**

*Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas*

	Postest ZARIT - Pretest ZARIT	Postest PHQ9 - Pre test PHQ9	Postest GAD7 - Pretest GAD7
Z	-3.173 <sup>b</sup>	-2.492 <sup>b</sup>	-3.106 <sup>b</sup>
Sig. asintótica (bilateral)	.002	.013	.002

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos

Asimismo, para evaluar la significancia clínica, es decir, para identificar si hubo mejoría en el nivel clínico de la sintomatología, se utilizó el índice de Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (CCO); el cual sirve para estimar la magnitud del cambio del tratamiento en función de la condición inicial de cada participante. Se consideran los cambios clínicamente significativos aquellos mayores a 0.20. Se calculó el Índice de Cambio Clínico Objetivo de Cardiel por cada variable, retomando la medición previa y posterior a la intervención. En la tabla 3, se muestran los participantes que, a partir de la intervención, tuvieron disminución de la sintomatología clínicamente significativa, aquellos que presentaron aumento en la sintomatología clínicamente significativa y aquellos que no presentaron cambios.

**Tabla 3**

*Cambio Clínico Objetivo en ZARIT, PHQ-9 Y GAD-7 (Pre-Post)*

Participante	CCO ZARIT	CCO PHQ-9	CCO GAD-7
1	-0.11	-0.55*	-0.83*
2	-0.64*	0.42**	1.33**
3	-0.03	-0.66*	-0.28
4	-0.61*	-0.62*	-0.75*
5	0.42**	-1*	-0.66*
6	-0.09	-0.76*	-0.75*
7	-0.23*	-0.13	-0.25*
8	-0.73*	-0.71*	-1*
9	-0.54*	-0.38*	-0.46*
10	-0.11	-0.16	-0.05
11	-0.19	-0.5*	-0.5*
12	0.35**	1.5**	0
13	-0.89*	*-1*	-1*
14	-0.5*	-0.75*	-0.75*
15	-0.66*	-0.85*	-0.76*
16	-0.47*	-0.33*	-0.37*
17	-0.65*	-0.3*	-0.68*

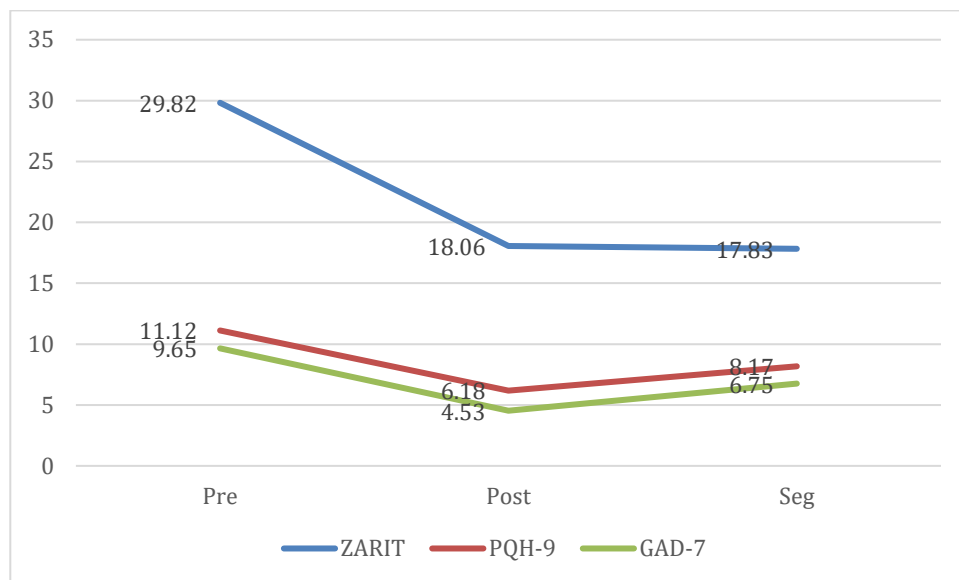
Nota. Los participantes marcados con un \* tuvieron cambios clínicos significativos hacia la mejoría. Los participantes marcados con \*\* tuvieron cambios significativos en aumento de la sintomatología. En los puntajes sin asterisco no hubo cambios significativos.

En el participante 2, el aumento clínico de la sintomatología se puede relacionar a que en la misma semana en que se realizó la evaluación post test, reportó el fallecimiento de un familiar cercano. En el caso del participante 12, el aumento clínico de la sintomatología se puede relacionar a la notificación del deterioro del estado actual de salud de su esposa, paciente del Instituto.

Se realizó un segundo análisis con los 12 cuidadores primarios que finalizaron el seguimiento posterior a un mes. De los cuales se calculó la media del grupo en el nivel de sobrecarga, sintomatología de depresión y sintomatología de ansiedad antes, después y posterior a un mes de la intervención (véase figura 7).

### Figura 7

Media grupal antes, después y seguimiento de la intervención psicológica de ACT



Se utilizó la prueba no paramétrica ANOVA de Friedman para grupos relacionados. A pesar de que en las 3 variables se reportaron cambios estadísticamente significativos en comparación con el nivel previo a la intervención (véase tabla 4), se identificó que el nivel de sobrecarga (ZARIT) sí se mantuvo en el seguimiento. Sin embargo, la sintomatología de depresión y ansiedad aumentó en comparación con la medición posterior a la intervención.

**Tabla 4***Prueba ANOVA de Friedman para grupos relacionados*

	ZARIT	PHQ-9	GAD-7
N	12	12	12
Chi-cuadrado	9.500	9.234	8.318
gl	2	2	2
Sig. asintótica	0.009	0.010	0.016

a. Prueba de Friedman

Por lo cual, se prosiguió a calcular el índice de Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (CCO); para estimar la magnitud del cambio de los niveles posterior a la intervención y corroborar si se mantuvieron o hubo aumentos clínicamente significativos (véase tabla 5). Para calcularlo, se tomaron la medición pre, post y a un mes de seguimiento de cada variable.

**Tabla 5***Cambio Clínico Objetivo en ZARIT, PHQ-9 Y GAD-7 (Post-Seguimiento)*

Participante	CCO ZARIT	CCO PHQ-9	CCO GAD-7
1	-0.68*	0.75**	5**
2	-0.33*	-0.65*	-0.42*
3	-0.37*	1**	0.4**
4	0.8**	0.66**	1.66**
5	-0.8*	0	-1*
6	-0.05	3**	1.25**
7	-0.2	-0.18	0.42**
8	1.7**	6**	2**
9	-0.05	0.4**	1.66**
10	0.13	1.66**	2.4**
11	-0.66*	0	-0.2
12	-0.2	-0.55*	0

*Nota. Los participantes marcados con un \* tuvieron cambios clínicos significativos hacia la mejoría. Los participantes marcados con \*\* tuvieron cambios significativos en aumento de la sintomatología. En los puntajes sin asterisco no hubo cambios significativos.*



Se registraron posibles variables intervinientes durante la medición de seguimiento posterior a un mes. Los pacientes de los cuidadores participantes 3, 6, 9 y 10 se encontraban en ese momento hospitalizados cuando se realizó la evaluación. Por su parte, a los pacientes de los cuidadores 1 y 8, se les había notificado en su consulta oncológica de seguimiento, progreso de la enfermedad. En los cuidadores participantes 2, 5 y 12, donde se reportaron cambios clínicamente significativos hacia la mejoría, en la consulta oncológica les habían notificado mejoría del estado de salud de su paciente. Finalmente, la cuidadora participante 4, acababa de recibir un diagnóstico de enfermedad cardíaca.

### **Implementación de la intervención**

Se diseñó un formato de implementación, el cual consistió en un registro de ocurrencia donde se especificaron las estrategias incluidas en cada módulo (véase anexo 6), el cual estaba compuesto por dos columnas, la primera correspondiente para ser llenada por el aplicador y la segunda por el observador, la cual se registró durante cada sesión. Para cada intervención, fue asignado un observador que correspondía a un rotante de Servicio Social del área de Psicología del INCMNSZ, el cual fue entrenado previamente por la investigadora para realizar el registro correspondiente a través de su rol de observador. En total, fueron tres observadores entrenados quienes realizaron el registro de ocurrencia de la intervención. Cabe mencionar, que previamente era informado el cuidador primario informal para obtener su consentimiento verbal, explicando el objetivo que cumpliría asociado a la integridad del tratamiento.

Se calculó el porcentaje total del registro por parte del aplicador y de los observadores. El investigador reportó un 95% en que fue administrada la intervención como fue planteada, mientras que los observadores reportaron un 93%.

En promedio, se reportó que la intervención fue aplicada en un 94% de acuerdo con las cartas descriptivas. A partir de lo anterior, también se realizaron modificaciones a las cartas descriptivas de la intervención a partir de las observaciones reportadas por los observadores con el objetivo de que aumentara la claridad para su replicación.

La intervención fue planteada inicialmente para llevarse a cabo en una duración de 8-12 sesiones, la cual dependía de la evaluación funcional inicial aplicada para identificar los módulos requeridos para cada cuidador primario informal. En la aplicación de la intervención, el número de sesiones recibidas osciló entre 7-12, calculando un promedio de 8 sesiones.

Entre las principales barreras reportadas por los participantes acerca de los motivos de inasistencia, se encontraron que la cita coincidiera con las fechas de estudios médicos programados, citas médicas u hospitalizaciones de urgencia de su familiar. Otro motivo recurrente fueron las cuestiones laborales, cabe hacer hincapié que, en varios casos, el paciente con cáncer avanzado era el único proveedor económico y al no poder continuar trabajando, el cuidador primario informal tenía que buscar opciones para generar ingreso económico y solventar los gastos de la enfermedad, lo que constituía un estresor principal. También se presentaron situaciones médicas en el mismo cuidador primario, tales como el contagio de COVID-19. Y finalmente, asuntos de urgencia de parte del rol femenino, para atender necesidades de sus hijos como escolares o de salud.

En el módulo de sobrecarga y autocuidado, el cual fue aplicado a todos los cuidadores primarios participantes, se propuso realizar un registro conductual de implementación de actividades de autocuidado físico y emocional. Sin embargo, a pesar de que los cuidadores sí reportaron la implementación de actividades de autocuidado físico y emocional, fue complicado completar los registros de forma escrita, por las barreras antes mencionadas.

## Aceptabilidad de la intervención

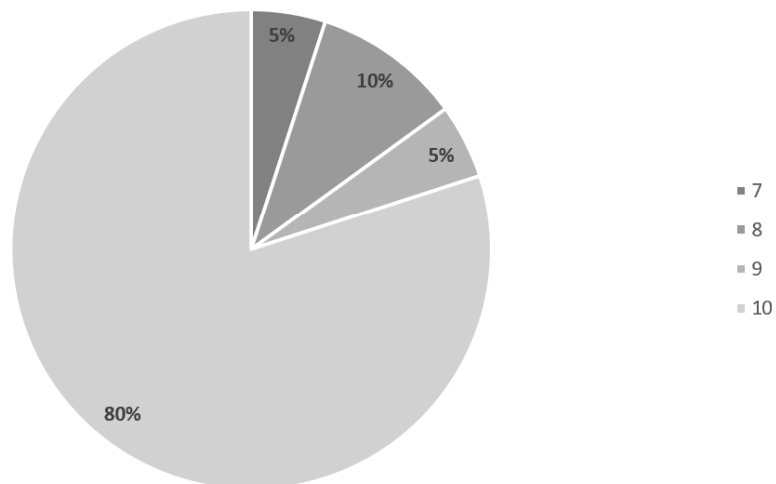
Los resultados del cuestionario de aceptabilidad, con relación al reporte de los cuidadores primarios informales acerca de los beneficios y limitaciones de la intervención recibida, así como su nivel de satisfacción y utilidad de las estrategias percibido, se describen a continuación. En una escala ordinal de 0-10, se tomaron como criterios de éxito valores alcanzados entre 8-10. El cuestionario de aceptabilidad (véase anexo 7) fue aplicado a los 20 cuidadores primarios informales que finalizaron la intervención.

Con respecto al componente de satisfacción con la intervención recibida, el 100% de los cuidadores primarios informales reportó sentirse satisfecho. En relación con la modalidad de la intervención a distancia (a través de videollamada o llamada telefónica), el 95% reportó sentirse satisfecho (véase figura 8).

### Figura 8

*Nivel de satisfacción con relación a la modalidad reportado por los participantes*

¿Qué tan satisfecho estuvo con la modalidad a distancia de la intervención?

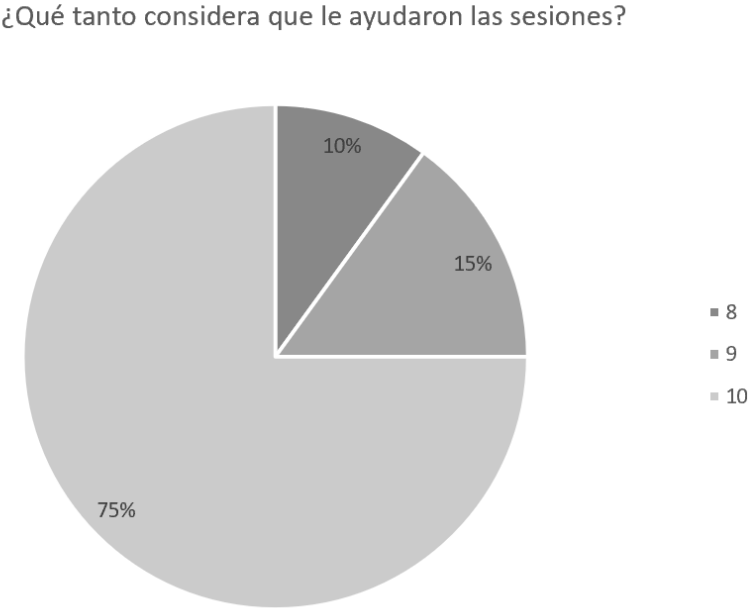


Con relación a la accesibilidad de tomar las sesiones en modalidad a distancia, a través de videollamada o llamada telefónica, el 95% reportó que fue fácil recibir las sesiones a través de esta modalidad; en comparación con si hubieran sido brindadas en modalidad presencial, reportando el 75% de los cuidadores primarios informales dificultades para recibir las sesiones en formato presencial.

Con respecto a la utilidad de las sesiones en su vida diaria, el 100% consideró que las estrategias adquiridas fueron útiles (véase figura 9). Asimismo, el 100% reportó que considera que las sesiones le ayudaron en el afrontamiento del proceso de enfermedad de su familiar con cáncer.

**Figura 9**

*Nivel de utilidad reportado por los participantes*



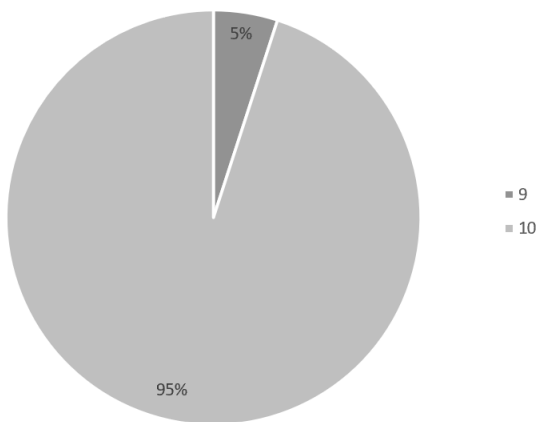
Con respecto a la duración de la intervención, el 90 % reportó sentirse satisfecho con el número de sesiones recibidas, que osciló entre 8-12 sesiones. Sin embargo, el 85% también reportó que le hubiera gustado tener más sesiones debido a que expresaban sentirse acompañados durante el proceso de enfermedad de su ser querido.

Respecto al contenido de la intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso, el 100% de los participantes reportó que la información expuesta fue entendible y además considera que le fue útil (véase figura 10). Ningún participante reportó alguna experiencia negativa como resultado de la intervención.

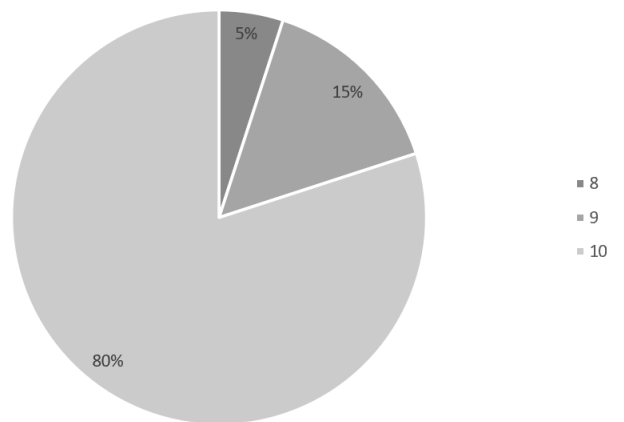
### Figura 10

#### *Nivel de claridad y utilidad del contenido*

¿Qué tan clara o entendible fue la información expuesta en las sesiones?



¿Qué tan útil considera que fue la información de las sesiones?

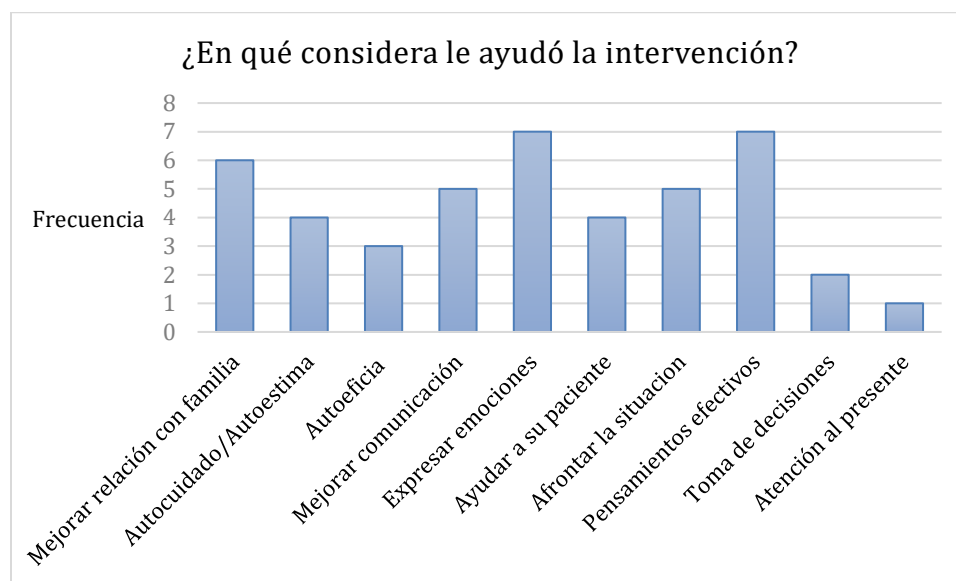


Las conductas más frecuentes que los cuidadores primarios reportaron que incrementaron al final de la intervención, fueron facilitar la expresión de emociones asociadas al proceso de enfermedad de su ser querido, aprender estrategias para relacionarse de forma diferente con sus pensamientos, mejorar la relación con otros miembros de su familia, adquisición de habilidades de comunicación asertiva y mejorar el acercamiento con su ser querido dirigido hacia actividades valiosas (véase figura 11).

Entre algunas barreras reportadas para llevar a cabo la sesión a distancia, se encontró no tener un espacio adecuado sin interrupciones en casa para poder tomar la sesión, cuestiones relacionadas a la conexión de internet y dificultad de horarios debido a citas médicas del paciente y/o actividades laborales.

**Figura 11**

*Incremento de conductas reportado por los participantes*



## Discusión y Conclusión

La presente propuesta de intervención fue diseñada a partir de una detección de necesidades realizada en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer avanzado del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, basado en que autores como Given et al. (2004), han hecho hincapié en que para diseñar intervenciones enfocadas en reducir la sobrecarga en los cuidadores primarios informales, es importante identificar previamente los factores que se encuentran interviniendo.

Se evaluó la viabilidad de una intervención a distancia, brindada a través de videollamada o llamada telefónica, basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso, dirigida a disminuir la sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en un contexto hospitalario. Un factor importante para considerar es que los pacientes y sus cuidadores primarios acudían de diversos estados de la República Mexicana, en el presente estudio participaron cuidadores primarios informales residentes de 12 estados. Por lo tanto, la modalidad a distancia se considera puede llegar a ser una alternativa de atención efectiva y accesible de apoyo a los familiares de los pacientes del Instituto, específicamente dentro del Programa de Navegación de Pacientes “Te Acompañamos”.

Además, los cuidadores primarios informales participantes reportaron una buena aceptabilidad de esta modalidad siendo accesible para ellos acorde a las actividades asociadas a su rol de cuidado que desempeñan, coadyuvando en la erradicación de barreras para el acceso a la atención psicológica.

En comparación con otros estudios, que han indicado que los cuidadores primarios informales que presentan sobrecarga tienden a presentar menor adherencia a las intervenciones psicosociales (Turró et al., 2017); este estudio permitió lograr un alto porcentaje de adherencia a la intervención, logrando subsanar las barreras identificadas.

Debido a que la sobrecarga en esta población se ha conceptualizado como una reacción biopsicosocial multidimensional (Given et al., 2004), lo que implica que es complejo poder estructurar una intervención única dirigida a la sobrecarga en general; los resultados encontrados en la detección de necesidades de esta investigación coinciden con los hallazgos en otros estudios (Thana et al., 2021), en los que se ha reportado que los cuidadores primarios informales difieren entre los factores asociados a la sobrecarga que se encuentran interviniendo.

En algunos cuidadores primarios informales se enfatiza la afectación directa en medidas de autocuidado que se puede complicar al cursar además con un diagnóstico de enfermedad crónica. En otros, se exagera la sintomatología de ansiedad y depresión, por limitaciones económicas, disminución de actividades reforzantes debido a la alta demanda de tareas que tienen que realizar o por la falta de redes de apoyo. Finalmente, la calidad de la relación y la comunicación entre el paciente y el cuidador primario informal también será un factor por considerar para garantizar la efectividad de la intervención.

Basándonos en los hallazgos de otros estudios donde se ha concluido que las necesidades de los cuidadores primarios informales divergen (Turró et al., 2017) y por lo tanto, autores como Losada et al. (2015) coinciden en que no hay un solo tratamiento empíricamente validado que demuestre ser eficaz para todo tipo de cuidadores; este estudio enfatiza que se requiere de propuestas de intervención que consideren un enfoque idiográfico y que sean flexibles para su adaptación a esta población.

Debido a lo cual, la relevancia de poder implementar intervenciones conductuales contextuales, como la Terapia de Aceptación y Compromiso, es que consideren las variables del cuidador primario informal en un contexto de personas con cáncer avanzado.



Por consiguiente, los hallazgos de este estudio sugieren que esta intervención podría llegar a ser una alternativa de atención efectiva y accesible que se agregue como parte de las intervenciones del programa de Navegación de pacientes “Te acompañamos” del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, dirigido a los pacientes con cáncer avanzado y sus cuidadores primarios, tomando en cuenta lo ya estudiado sobre la relación bidireccional, entre el funcionamiento emocional y bienestar del paciente y su cuidador (Junkins et al., 2020). Enfatizando la importancia del rol del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario de atención a los pacientes y sus familiares.

Además, los resultados de este estudio responden a las necesidades que se han planteado en las más recientes revisiones sistemáticas sobre la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso en cuidadores primarios informales, donde Han et al., (2021) han señalado que aún faltan estudios que retomen la variable de sobrecarga en el cuidador.

### **Limitaciones del estudio**

Sin embargo, es necesario también considerar una serie de limitaciones, en primer lugar, asociadas al diseño del estudio utilizado, con el cual, por su alcance preexperimental, se sugiere que los resultados se analicen con cautela (Sampieri, 2018); al considerar posibles sesgos de factores no controlados entre la medición pre-intervención y post intervención, a los cuales pudiera atribuirse los cambios observados en el nivel de sobrecarga.

Por otro lado, la utilización únicamente de instrumentos de autoreporte, donde asimismo puede haber sesgos de deseabilidad social o de estado de ánimo transitorio; éste último relacionado al tiempo de medición donde pudo haber ocurrido una situación en particular con el cuidador primario informal que influyera en su percepción de su estado actual.

Aunque se propuso implementar otros métodos de recolección de datos como los registros conductuales, debido al estado avanzado de la enfermedad de los pacientes, se consideró que para los cuidadores primarios estaba constituyendo un factor estresor, implicando un alto costo de respuesta. Por lo tanto, no fue posible ejecutar la evaluación correspondiente del incremento de actividades de autocuidado reportada en las cartas descriptivas de la intervención.

En el caso del aumento identificado en la sintomatología de ansiedad y depresión presentado en el seguimiento a un mes posterior de la intervención, por las mismas limitaciones del alcance del estudio, con los datos obtenidos no es posible explicar con certeza a qué se atribuye dicho aumento. Sin embargo, considerando el contexto del momento en que se realizó el seguimiento, la mayoría de los pacientes se encontraba en una fase avanzada de la enfermedad, con una predicción de supervivencia menor de 3 meses. Se considera que puede estar relacionado con lo que se ha reportado en la literatura sobre la aparición de síntomas de duelo anticipado que se presentan ante la muerte próxima e inminente de su familiar y que se han relacionado directamente con el aumento de la sintomatología de depresión (Meichsner & Wilz, 2018).

Otra de las limitaciones, que también coincide con las reportadas por otros autores como Vallejo (2012), es que aún es difícil identificar qué elementos específicamente de la intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso son a los que podemos atribuir los cambios en la variable dependiente del nivel de sobrecarga. La presente propuesta de intervención se dirigió a los dos importantes mecanismos de cambio terapéutico que se han reportado por otros estudios (Davis et al., 2020) que han generado cambios significativos, que implican trabajar sobre la evitación experiencial y el compromiso con el comportamiento basado en valores.

Finalmente, aunque la telepsicología ha demostrado ser efectiva, es importante considerar algunas de las limitaciones que se encontraron en el presente estudio y que coinciden con las reportadas por otros autores como Chávarri-Guerra et al., (2021), como cuestiones relacionadas con la tecnología, dificultades en el acceso a una conexión estable de internet y el uso de dispositivos electrónicos.

### **Perspectivas futuras**

Los hallazgos de este estudio de viabilidad se proponen como base para proseguir a implementar un estudio con mayor rigor metodológico, que aporte evidencia en la eficacia de las intervenciones de Terapia de Aceptación y Compromiso en cuidadores primarios informales de personas con cáncer avanzado en contextos hospitalarios.

Se sugiere en futuros estudios, poder implementar un diseño de caso único, los cuales son diseños experimentales (Ato et al., 2013), que llevan a cabo un establecimiento de línea base, lo cual implica realizar registros sucesivos de conducta para después introducir una intervención clínica como variable independiente. Este tipo de estudio permitiría evaluar intensivamente la conducta de sobrecarga en el cuidador primario informal, permitiendo el estudio de su variabilidad y los factores asociados, en una situación controlada.

En investigaciones futuras, se sugiere también la complementación con otras fuentes de datos conductuales, además de los instrumentos de autoreporte, como la implementación de registros conductuales. A pesar de que en el presente estudio se identificó que estos pueden implicar un costo de respuesta para los cuidadores primarios informales, su utilización y adaptación flexible permitiría el registro de ocurrencia de las conductas objetivo, tales como, conductas de autocuidado, establecimiento de límites con su familiar, implementación de la práctica de mindfulness y realización de acciones comprometidas acorde a sus valores.

Asimismo, se propone que estos registros pueden ser llenados por otro familiar o incluso, el mismo paciente.

Se recomienda que estudios futuros sobre el presente tema aborden las respuestas de duelo anticipado, no sólo en los cuidadores primarios informales que se encuentren presentando un nivel alto de sobrecarga, sino como una intervención de prevención para el desarrollo de duelo prolongado.

Finalmente, basado en los resultados del cuestionario de aceptabilidad, se reportó que los cuidadores primarios sugerían recibir este tipo de intervenciones desde el diagnóstico de su familiar, ya que enfatizaban que el acompañamiento psicológico les había brindado herramientas para afrontar el proceso de enfermedad de una forma más efectiva. Incluso al finalizar la intervención, los mismos cuidadores primarios participantes enfatizaban la intención de que fuera un apoyo que se siguiera brindando a otros familiares.

En conclusión, este estudio resulta prometedor puesto que los resultados preliminares de este estudio piloto plantean que la presente intervención planteada puede llegar a ser eficaz en la disminución de la sobrecarga en los cuidadores primarios informales, los cuales se adhieren y manifiestan satisfacción respecto del mismo. Se resalta la importancia de plantear intervenciones psicológicas basadas en evidencia, dirigidas a los cuidadores primarios de pacientes que se encuentran en cuidados de soporte, es decir, cuando el objetivo del tratamiento ya no es curativo. El objetivo de estas intervenciones, tal como lo establecen Rowland & Schumann (2010) está dirigido a mejorar la calidad de vida del paciente y su familiar. Considerando la implementación de intervenciones breves dentro del marco de terapias conductuales contextuales, que se basen en las necesidades previamente identificadas y que consideren posibles barreras que se presentan en su aplicación en un contexto hospitalario.

## Referencias

- Arias-Rojas, M., Moreno, S. C., García, A. S., & Ballesteros, I. R. (2021). Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores de personas con cáncer en cuidados paliativos. *Revista Cuidarte*, 12(2), Article 2. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1248>
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29 (3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bright, K., Barghash, M., Donach, M., de la Barrera, M. G., Schneider, R. J., & Formenti, S. C. (2011). The role of health system factors in delaying final diagnosis and treatment of breast cancer in Mexico City, Mexico. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 20 Suppl 2, S54-59. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2011.02.012>
- Burton, A. M., Sautter, J. M., Tulskey, J. A., Lindquist, J. H., Hays, J. C., Olsen, M. K., Zimmerman, S. I., & Steinhauser, K. E. (2012). Burden and Well-Being Among a Diverse Sample of Cancer, Congestive Heart Failure, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(3), 410-420. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.09.018>
- Cáncer*. (s. f.). Recuperado 14 de marzo de 2023, de <https://www.who.int/es/health-topics/cancer>
- Chávarri-Guerra, Y., Ramos-López, W. A., Covarrubias-Gómez, A., Sánchez-Román, S., Quiroz-Friedman, P., Alcocer-Castillejos, N., Del Pilar Milke-García, M., Carrillo-Soto, M., Morales-Alfaro, A., Medina-Palma, M., Aguilar-Velazco, J. C., Morales-Barba, K., Razcon-Echegaray, A., Maldonado, J., & Soto-Perez-de-Celis, E. (2021). Providing Supportive and Palliative Care Using Telemedicine for Patients

with Advanced Cancer During the COVID-19 Pandemic in Mexico. *The Oncologist*, 26(3), e512-e515. <https://doi.org/10.1002/onco.13568>

Coelho, A., & Barbosa, A. (2017). Family Anticipatory Grief: An Integrative Literature Review. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 34(8), 774-785. <https://doi.org/10.1177/1049909116647960>

Davis, E. L., Deane, F. P., & Lyons, G. C. (2019). An acceptance and commitment therapy self-help intervention for carers of patients in palliative care: Protocol of a feasibility randomised controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 24(5), 685-704. <https://doi.org/10.1177/1359105316679724>

Davis, E. L., Deane, F. P., Lyons, G. C., Barclay, G. D., Bourne, J., & Connolly, V. (2020). Feasibility randomised controlled trial of a self-help acceptance and commitment therapy intervention for grief and psychological distress in carers of palliative care patients. *Journal of Health Psychology*, 25(3), 322-339. <https://doi.org/10.1177/1359105317715091>

*Depresión*. (s. f.). Recuperado 15 de marzo de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>

Emanuel, E. J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical?. *JAMA*, 283(20), 2701-2711. <https://doi.org/10.1001/jama.283.20.2701>

- Fauth, E. B., Novak, J. R., & Levin, M. E. (2022). Outcomes from a pilot online Acceptance and Commitment Therapy program for dementia family caregivers. *Aging & Mental Health, 26*(8), 1620-1629. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1942432>
- Galindo-Vazquez, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M. H., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Meneses-Garcia, A., Aguilar-Ponce, J. L., Alvarez-Avitia, M. A., & Alvarado-Aguilar, S. (2015). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology, 24*(5), 612-615. <https://doi.org/10.1002/pon.3686>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes, 8*, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 51*(4), 213-231. <https://doi.org/10.3322/canjclin.51.4.213>
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Gift, A., Sherwood, P., DeVoss, D., & Rahbar, M. (2004). Burden and Depression Among Caregivers of Patients with Cancer at the End-of-life. *Oncology nursing forum, 31*(6), 1105-1117. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.1105-1117>
- Grupo ACT Argentina. (18 de Enero de 2014). *Audio ACT*. <https://grupoact.bandcamp.com/album/audioact>
- Gort, A., March, J., Gómez, J., De Miguel, M., Mazarico, S., & Ballesté, J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc), 124*(17), 651-653

- Han, A., Yuen, H. K., & Jenkins, J. (2021). Acceptance and commitment therapy for family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 82-102. <https://doi.org/10.1177/1359105320941217>
- Hartnett, J., Thom, B., & Kline, N. (2016). Caregiver Burden in End-Stage Ovarian Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(2), 169-173. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.169-173>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. (2013). *Sal de tu mente, entra a tu vida. La nueva terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée De Brouwer.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education.
- Hu, C., Kung, S., Rummans, T. A., Clark, M. M., & Lapid, M. I. (2015). Reducing caregiver stress with internet-based interventions: A systematic review of open-label and randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 22(e1), e194-209. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2014-002817>
- Hui, D., Kim, S. H., Roquemore, J., Dev, R., Chisholm, G., & Bruera, E. (2014). Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer*, 120(11), 1743-1749. <https://doi.org/10.1002/cncr.28628>
- INCMNSZ. (s. f.). *Dirección de Comunicación*. Sitio Web de la Dirección del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Recuperado 14 de marzo de 2023, de <https://www.incmnsz.mx>



- Jadalla, A., Ginex, P., Coleman, M., Vrabel, M., & Bevans, M. (2020). Family Caregiver Strain and Burden: A Systematic Review of Evidence-Based Interventions When Caring for Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(1), 31-50. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.31-50>
- Jansen, J. E., Haahr, U. H., Lyse, H.-G., Pedersen, M. B., Trauelsen, A. M., & Simonsen, E. (2017). Psychological Flexibility as a Buffer against Caregiver Distress in Families with Psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01625>
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *The American psychologist*, 68 (9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Junkins, C. C., Kent, E., Litzelman, K., Bevans, M., Cannady, R. S., & Rosenberg, A. R. (2020). Cancer across the ages: A narrative review of caregiver burden for patients of all ages. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(6), 782-798. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1796887>
- Kabat-Zin, J. (2012). *Mindfulness para principiantes*. España: Kairós
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16 (9). doi: 10.1046/j.15251497.2001.016009606.x.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: Aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.02.001>

- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(4), 760-772.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000028>
- Mairal, J. B. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales, 65*(127), Article 127.
- Meichsner, F., & Wilz, G. (2018). Dementia caregivers' coping with pre-death grief: Effects of a CBT-based intervention. *Aging & Mental Health, 22*(2), 218-225.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247428>
- Mills, S. D., Fox, R. S., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Champagne, B. R., & Sadler, G. R. (2014). The psychometric properties of the generalized anxiety disorder-7 scale in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 20*(3), 463-468.  
<https://doi.org/10.1037/a0036523>
- Mosher, C. E., Secinti, E., Hirsh, A. T., Hanna, N., Einhorn, L. H., Jalal, S. I., Durm, G., Champion, V. L., & Johns, S. A. (2019). Acceptance and Commitment Therapy for Symptom Interference in Advanced Lung Cancer and Caregiver Distress: A Pilot Randomized Trial. *Journal of Pain and Symptom Management, 58*(4), 632-644.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.021>

- Pereira-Morales, A. J., Valencia, L. E., & Rojas, L. (2020). Impact of the caregiver burden on the effectiveness of a home-based palliative care program: A mediation analysis. *Palliative & Supportive Care, 18*(3), 332-338.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951519000749>
- Prigerson, H. G., Viola, M., Brewin, C. R., Cox, C., Ouyang, D., Rogers, M., Pan, C. X., Rabin, S., Xu, J., Vaughan, S., Gordon-Elliot, J. S., Berlin, D., Lief, L., & Lichtenthal, W. G. (2019). Enhancing & Mobilizing the POtential for Wellness & Emotional Resilience (EMPOWER) among Surrogate Decision-Makers of ICU Patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 20*(1), 408.  
<https://doi.org/10.1186/s13063-019-3515-0>
- Reblin, M., Donaldson, G., Ellington, L., Mooney, K., Caserta, M., & Lund, D. (2016). Spouse cancer caregivers' burden and distress at entry to home hospice: The role of relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships, 33*(5), 666-686. <https://doi.org/10.1177/0265407515588220>
- Rowland, K., & Schumann, S.-A. (2010). Palliative care: Earlier is better. *The Journal of Family Practice, 59*(12), 695-698.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). *Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)* [Database record]. APA PsycTests.  
<https://doi.org/10.1037/t02591-000>
- Thana, K., Lehto, R., Sikorskii, A., & Wyatt, G. (2021). Informal caregiver burden for solid tumour cancer patients: A review and future directions. *Psychology & Health, 36*(12), 1514-1535. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1867136>

- Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: A longitudinal study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 531-541. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022>
- Trastornos mentales*. (s. f.). Recuperado 15 de marzo de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Treanor, C. J. (2020). Psychosocial support interventions for cancer caregivers: Reducing caregiver burden. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 14(3), 247-262. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000508>
- Turró, O., et al. (2017). Evaluación del efecto del sentido de coherencia en la carga percibida y en la adherencia a un programa psicoeducativo para cuidadores informales de personas dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.12.002>
- Vallejo, M. A. (2012). En *Manual de Terapia de Conducta*. Dickinson- Psicología.
- Vanderwerker, L. C., Laff, R. E., Kadan-Lottick, N. S., McColl, S., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(28), 6899-6907. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.01.370>
- Wilson, K. & Luciano, M. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MEDICAS  
Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:**

VIABILIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DE TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO A DISTANCIA EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON CÁNCER

**Dirección del investigador:** Departamento de Neurología y Psiquiatría

**Investigadores participantes:** Ariana Michael Jiménez Cruz, Sofía Sánchez Román, Yanin Chavarri Guerra, Enrique Soto Pérez de Celis

**Versión del consentimiento informado y fecha de su preparación:** Abril de 2022, segunda versión

#### **INTRODUCCIÓN:**

Este documento es una invitación a participar en un estudio de investigación del Instituto. Puede tomar todo el tiempo que sea necesario para leer cuidadosamente este documento y preguntar al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Usted tiene el derecho a decidir si quiere participar o no en este proyecto. El investigador le debe explicar ampliamente los beneficios y riesgos del proyecto sin ningún tipo de presión y usted tendrá todo el tiempo que requiera para pensar, solo o con quien usted decida consultarlo, antes de decidir si acepta participar. Cualquiera que sea su decisión no tendrá efecto alguno sobre la atención médica de su paciente en el Instituto.

Con el fin de tomar una decisión verdaderamente informada sobre si acepta participar o no en este estudio, usted debe tener la información suficiente acerca de los posibles riesgos y beneficios de participar. Este documento le dará la información detallada acerca del estudio de investigación, la cual podrá comentar con quien usted quiera, por ejemplo, un familiar, su médico tratante, el investigador principal de este estudio o con algún miembro del equipo de investigadores. Al final, una vez leída y entendida esta información, se le invitará a que forme parte del proyecto y si usted acepta, sin ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la Declaración de Helsinki, y a las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Al finalizar la explicación, usted debe entender los puntos siguientes:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los riesgos o molestias previstos.
- III. Los beneficios que se pueden observar.
- IV. Garantía para recibir respuestas a las preguntas y aclarar cualquier duda sobre los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación.
- V. La libertad que tiene de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se afecte la atención y el tratamiento de su familiar en el Instituto.
- VI. La seguridad de que no se le va a identificar de forma particular y que se mantendrá la confidencialidad de la información relativa a su privacidad.
- VII. El compromiso del investigador de proporcionarle la información actualizada que pueda ser obtenida durante el estudio, aunque esto pudiera afectar su decisión para continuar con su participación.

## **INVITACIÓN A PARTICIPAR COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

Estimado(a) Sr(a). \_\_\_\_\_

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, a través del grupo de investigación, le invitan a participar como sujeto de investigación en este estudio que tiene como objetivo evaluar la viabilidad de una intervención psicológica basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso a distancia, es decir, a través de videollamada o llamada telefónica sin que usted tenga que acudir presencialmente al Instituto, para disminuir la sobrecarga que como cuidador primario de un paciente con enfermedad oncológica avanzada puede llegar a presentar debido a la gran demanda de actividades que cubre con su paciente. Su participación en el estudio tendrá una duración de 8-12 sesiones más una sesión de seguimiento, que se realizarán una vez por semana a través de videollamada o llamada telefónica con una duración aproximada de 50 minutos, en un día y horario que usted nos indique que se adapta a sus actividades y que interfiera lo menos posible en el tiempo de atención a su paciente.

Usted fue invitado a este estudio debido a que tiene las siguientes características: ser el familiar que asume el rol de cuidado principal de un paciente con enfermedad oncológica avanzada que recibe atención en el INCMNSZ y se siente sobrecargado por realizar estas actividades.

## PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Su participación en el estudio consiste en las siguientes fases:

1. Si usted acepta participar en el estudio, se realizará un primer contacto por medio de videollamada o llamada telefónica (de acuerdo a lo que más se adapte a sus posibilidades), en la cual se le explicará más a detalle en qué consiste la intervención psicológica para resolver todas las dudas que usted pueda tener y se le aplicarán tres cuestionarios, en los que nos interesa conocer cómo se siente usted actualmente respecto a las dificultades que está teniendo al asumir el rol de cuidador de su familiar, si lo anterior está afectando su estado emocional e identificar si se han presentado síntomas de ansiedad o depresión. Contestar estos cuestionarios le llevará aproximadamente de 15-20 minutos. Se acordará un día y horario específico para las sesiones que serán una vez por semana con una duración aproximada de 50 minutos, tomando en cuenta sus horarios con mayor disponibilidad para que minutos semanales destinados a la sesión puedan interferir lo menos posible con el tiempo de cuidado a su familiar.
2. En la primera sesión que se tendrá en el día y horario acordado previamente y que será a través de videollamada o llamada telefónica, se le realizará una entrevista inicial para identificar las principales necesidades que esté presentando en el proceso de cuidado hacia su paciente y poder realizar una selección de los módulos de la intervención personalizados a su caso, es decir, los cuales puedan ser más útiles para usted. La duración aproximada de esta entrevista es de una hora y puede extenderse a dos sesiones.
3. Posteriormente se tendrán sesiones con formato de una vez por semana a través de videollamada o llamada telefónica, en el día y horario acordado. En estas sesiones se le brindarán estrategias basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso que puedan contribuir a disminuir el nivel de sobrecarga que está presentando. La duración de las sesiones es de 50 min- 60 min. El número máximo de sesiones a recibir son 12.
4. En la última sesión, se realizará un cierre de la intervención y se le aplicarán nuevamente los tres cuestionarios que respondió al inicio. Además, se le pedirá responder una serie de preguntas para conocer su experiencia y satisfacción con la intervención recibida.
5. Finalmente, habrá una sesión de seguimiento, la cual también se llevará a cabo a través de videollamada o llamada telefónica con una duración aproximada de 40-50 min. Se le pedirá contestar nuevamente los tres cuestionarios para poder conocer el nivel de sobrecarga que está teniendo y saber cómo se encuentra en su estado emocional.

## **RIESGOS E INCONVENIENTES**

La intervención no implica ningún riesgo de salud para los participantes. Los únicos riesgos identificados podrían incluir sentir cansancio al invertir tiempo para responder los cuestionarios y/o debido al tiempo destinado para las sesiones cada semana. También podría llegar a presentar reacciones emocionales debido a las preguntas que tenga que responder relacionadas al proceso de enfermedad de su familiar. Sin embargo, es importante recordarle que las psicólogas a cargo de la investigación están capacitadas para poder brindarle estrategias para el manejo adecuado de las emociones en caso de presentarse. Además de que usted puede decidir concluir su participación en cualquier momento del estudio. Su confidencialidad será protegida como lo marca la ley y en ningún momento serán revelados sus datos personales.

## **BENEFICIOS POTENCIALES**

Se espera que las sesiones brindadas puedan beneficiarle para disminuir el nivel de sobrecarga que pueda estar teniendo debido a las diversas dificultades que se presentan cuando asumimos el rol de cuidar a uno de nuestros familiares, además le puede ayudar a retomar actividades de autocuidado físico y emocional que mejoren su bienestar. Aunque usted no es paciente del Instituto, le estamos ofreciendo esta atención sin costo, que se limitará a las sesiones ofrecidas. Usted no tendrá que acudir al Instituto para poder recibirlas, las sesiones se brindarán a través de videollamada o llamada telefónica, que pueda facilitar que usted las reciba sin afectar el tiempo de atención con su familiar. Asimismo, si detectamos que usted requiere otro tipo de atención psicológica o psiquiátrica, le daremos recomendaciones de atención fuera del Instituto.

## **CONSIDERACIONES ECONÓMICAS**

La intervención es sin costo, por lo cual usted no tendrá que cubrir ningún tipo de costo por las sesiones. Debido a la modalidad a distancia (a través de videollamada o llamada telefónica), no tendrá que pagar ningún costo por traslado, todos los materiales y recursos necesarios para la intervención serán proporcionados por los investigadores.

## **COMPENSACIÓN**

No se ofrecerán incentivos por participar en el estudio.

## **ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN:**

Su participación es completamente voluntaria, por lo que usted puede elegir no participar en el estudio. En caso de decidir no participar, es importante que conozca que su paciente continuará recibiendo su atención médica habitual en el INCMNSZ, sin que ésta se vea afectada de alguna forma. Además de forma adicional usted puede recibir una sesión de psicoeducación por parte del equipo de Psicología, que implica poderle explicar en qué consiste la sobrecarga que está presentando y resolver alguna duda o inquietud que usted tenga.



## **ACCIONES A SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO:**

Cuando terminen las sesiones de la intervención psicológica, usted recibirá una sesión de seguimiento (de igual forma a través de videollamada o llamada telefónica) para reforzar las estrategias revisadas y aclarar dudas que puedan surgirle. Es importante dejarle claro que la atención en este proyecto está limitada al mismo y de ninguna manera compromete al Instituto a ofrecerle atención médica.

## **PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:**

Recuerde que su participación es completamente VOLUNTARIA. Si usted decide no participar o interrumpir su participación en cualquier momento, tanto su relación habitual con el INCMNSZ como el derecho para recibir atención médica de su familiar paciente del Instituto, no se verán afectados. El investigador del estudio puede excluirlo si se identificara que usted requiere otro tipo de atención, por ejemplo, atención médica o psiquiatría. Los procedimientos que serán necesarios si el investigador lo retira del estudio son: usted será notificado sobre su retiro de la investigación y se brindará alguna referencia para recibir el apoyo en específico que requiera. Si usted decide terminar con la participación en el estudio, los procedimientos que serán necesarios serán: informar a alguno de los investigadores sobre su decisión de no continuar con su participación y, de ser posible, responder una última evaluación sobre su opinión de la intervención.

## **CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN**

Su nombre o el de su familiar NO serán utilizados para reportar los resultados de la investigación. Los datos que se obtengan de los cuestionarios aplicados no contendrán ninguna información personal y serán codificados con un número de serie para evitar cualquier posibilidad de identificación. El código es un número de identificación que no incluye datos personales.

La información que usted nos proporcione estará sólo disponible para los investigadores titulares, quienes están obligados por Ley a no divulgar su identidad. Los cuestionarios que contengan la información obtenida serán guardados en un archivero con llave y en una computadora con contraseña. Sólo los investigadores tendrán acceso a ellos.

Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

- Si es necesario para proteger sus derechos y bienestar (por ejemplo, si ha sufrido una lesión y requiere tratamiento de emergencia); o
- Es solicitado por la ley.

Si usted decide retirarse del estudio, podrá solicitar el retiro y destrucción de su información. Si así lo desea, usted deberá contactar a la Dra. Sofía Sánchez Román del INCMNSZ (tel. 01 55 5487 0900, Ext. 5068) y expresar su decisión por escrito.

El Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ aprobó la realización de este estudio. Dicho comité es quien revisa, aprueba y supervisa los estudios de investigación en humanos en el Instituto. En el futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud, consultaremos con el Comité de Ética en Investigación para decidir la mejor forma de darle esta información. Además, le solicitamos que nos autorice contactarlo, en caso de ser necesario, para solicitarle información que podría ser relevante para el desarrollo de este proyecto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

### **DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

- Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.
- Estoy de acuerdo en otorgar mi información médica y podrá ser utilizada con fines propios de la investigación.
- Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere información adicional o si encuentran información relevante para mi salud.
- Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

	<b>SÍ (marque por favor)</b>	<b>NO (marque por favor)</b>
a. ¿Ha leído y entendido el formato de consentimiento informado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin que esto afecte la atención médica de su familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Entiende los posibles riesgos, algunos de los cuales son aún desconocidos, de participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- g. ¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo de participar en este estudio?
- i. ¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es acreedor de otra forma como sujeto en un estudio de investigación?
- j. ¿Entiende que el investigador principal del estudio puede retirarlo del mismo sin su consentimiento, ya sea debido a que usted no concluyó el procedimiento del estudio o si el investigador participante en el estudio considera que médicamente su retiro es en su mejor interés?

**Declaración del paciente:**

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que es mi decisión participar como sujeto de investigación clínica en el estudio. Mi participación es voluntaria.

Se me ha informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación, mi familiar seguirá recibiendo el tratamiento médico habitual al que tiene derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y no sufrirá perjuicio en su atención médica ni en futuros estudios de investigación. Estoy consciente de que la atención psicológica que reciba en este proyecto está limitada al mismo y de ninguna manera compromete al Instituto a ofrecerme atención médica. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en este estudio.

Debo informar a los investigadores de cualquier cambio en mi estado de salud o en la ciudad donde resido, tan pronto como sea posible.

He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Tengo claro que en caso de tener preguntas sobre mis derechos como sujeto de investigación clínica en este estudio, problemas, preocupaciones o dudas, y deseo obtener información adicional, o bien, hacer comentarios sobre el desarrollo del estudio, tengo la libertad de hablar con el presidente del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ Dr. Arturo Galindo Fraga, (teléfono: 54870900 ext. 6101).

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Participante

## Anexo 2. Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit-M

Indique la opción que mejor se ajuste a cómo se sintió durante la **última semana** incluyendo el día de hoy.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente tenso (a) cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzado (a) por el comportamiento de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enojado (a) cuando está cuidando a su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de la familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente estresado cuando tiene que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Siente que no tiene la privacidad que desearía debido a los cuidados que proporciona a su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Siente incomodidad al invitar a otras personas a su casa, debido a la condición médica de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	0	1	2	3	4
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo más?	0	1	2	3	4

17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	0	1	2	3	4
19. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	0	1	2	3	4
21. En general ¿Se siente muy sobrecargado (a) por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4

### Anexo 3. Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

#### GAD-7

Durante las <b>últimas 2 semanas</b> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un "□" para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

**(For office coding: Total Score T\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_)**

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

## Anexo 4. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

### CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un "□" para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

**Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?**

No ha sido  
difícil

Un poco  
difícil

Muy  
difícil

Extremadamente  
difícil

## Anexo 5. Módulos de la intervención basada en ACT

Módulo	Objetivo	Componentes	Criterios
Entrevista y evaluación inicial	Obtener información sobre los factores intervinientes en la sobrecarga experimentada por el cuidador para realizar la selección de los módulos de intervención requeridos de forma individualizada.	-Formulación de caso  -Obtención de consentimiento informado  -Psicoeducación sobre la intervención ACT	Obtener información sobre los factores intervinientes en la sobrecarga del cuidador y brindar información sobre la intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso.
Sobrecarga y Autocuidado	Brindar información clara y específica acerca de la sobrecarga que está experimentando el cuidador y sobre las medidas de autocuidado que serán importantes de implementar/mantener.	-Metáfora del vaso  -Concepto: Decisión vs Elección  -Implementación de registro de actividades de autocuidado	El CPI obtenga información acerca de la sobrecarga que está experimentando y conozca medidas de autocuidado físico y emocional que puede implementar.
Control como el problema (Evitación experiencial)	Explorar los esfuerzos del cuidador primario y los costes de evitar sus experiencias internas (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos).  Facilitar y validar la expresión emocional.	-Conceptos: Evitación experiencial, dolor limpio y dolor sucio  -Metáfora de las olas  -Ejercicio de mindfulness: Sintiendo la evitación o escaneo corporal  -Registro de actividades de autocuidado	El CPI tome consciencia de sus esfuerzos de control de sus experiencias internas que se dirigen a evitar o intentar cambiar estos eventos privados, y se encuentran generando mayor distrés emocional.



Apertura a la experiencia y aceptación	Dirigir al cuidador primario informal a reconocer y experimentar eventos privados (emociones, pensamientos, sensaciones y recuerdos), sin juicio, evaluación o lucha.	-Psicoeducar sobre la función de las emociones  -Ejercicio de mindfulness: Aceptación de eventos internos  -Conceptos: Momento presente, Aceptación, Gratitud  Metáfora: Mente en Pasado y Futuro	El CPI aprenda a reconocer y verbalice sus emociones, pensamientos y sensaciones evitadas.
Defusión Cognitiva y Yo Contexto	Dirigir al cuidador primario informal a disminuir el exceso de literalización del lenguaje y disminuir la fusión con sus pensamientos.	-Conceptos: Fusión Cognitiva, Defusión Cognitiva.  -Metáfora: Mis pasajeros  -Ejercicio de Mindfulness: Hojas en el Arroyo  -Ejercicio de toma de perspectiva: Mensaje a mi yo del pasado	El CPI aprenda estrategias para tomar distancia de sus pensamientos, sin vivirlas igual que la experiencia.  El CPI inicie a crear conciencia del yo como perspectiva.
Valores y Acciones Comprometidas	Clarificación de los valores principales del cuidador primario informal e identificación de barreras.  Establecimiento de acciones comprometidas.	-Conceptos: Metas y Valores, Acciones Comprometidas  -Metáfora: La película de mi vida  -Metáfora: El jardín	El CP establezca acciones comprometidas acordes a sus valores, a pesar del sufrimiento u otras emociones inevitables asociados al proceso de enfermedad de su familiar.

Calidad en la relación y Comunicación Asertiva	Promover elementos de una comunicación asertiva entre el cuidador primario y el paciente u otros miembros de la familia.	<p>-Psicoeducación sobre la comunicación asertiva</p> <p>-Conceptos: Conspiración del silencio, Derechos Asertivos, Compasión</p> <p>-Ejercicio de Mindfulness: Compasión</p> <p>-Modelo de solución de problemas</p>	El CPI adquiera y aplique estrategias de comunicación asertiva y establecimiento de límites en su rol de cuidado.
Duelo anticipado/ Duelo	<p>Preparar al cuidador primario para la muerte próxima de su ser querido</p> <p>Fortalecer redes de apoyo</p> <p>Explorar últimos deseos</p>	<p>-Psicoeducar acerca del proceso de duelo anticipado/ duelo</p> <p>-Metáfora: Haciéndole espacio al dolor</p> <p>-Metáfora: Contactando con lo que es importante</p> <p>-Ejercicio de Mindfulness: El regalo de la banca</p>	El CPI normalice las emociones, pensamientos, recuerdos que están surgiendo y realice deseos o pendientes que quiera llevar a cabo con su familiar.
Intervención en crisis	Sesión en la que los objetivos planteados de los módulos podrían demorarse, si se identifica una situación de crisis, la cual puede estar relacionada con noticias asociadas al diagnóstico, pronóstico, toma de decisión importante acerca de su familiar o en dado caso, fallecimiento de su paciente.		

## Anexo 6. Formato de implementación



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN



*Viabilidad de una intervención de Terapia de Aceptación y Compromiso a distancia para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer*

### Formato de implementación

Participante:

Fecha de inicio de intervención:

Fecha de término de intervención:

Módulos	¿Se aplicó?	# de sesiones	Fecha
Llamada para contacto inicial	Obligatorio	-----	
Entrevista y Evaluación inicial	Obligatorio	-----	
Psicoeducación Sobrecarga y Autocuidado			
Evitación experiencial/ Control sobre el problema			
Apertura a la experiencia y Aceptación de emociones			
Defusión cognitiva y Yo contexto			
Exploración de valores y Acciones comprometidas			
Calidad en la relación y Comunicación asertiva			
Duelo Anticipado/ Duelo			
Intervención en crisis			
Sesión de seguimiento a un mes			

Llamada Contacto Inicial			
Objetivo General: Realizar primer contacto con el CPI para brindarle información general de la intervención y agendar una sesión de entrevista.		Se cumplió	No se cumplió
Objetivos específicos	Se cumplió	No se cumplió	Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación
Presentarse			
Evaluar del 0/10 el nivel de sobrecarga percibido durante la última semana			

Explicar objetivo de la intervención y obtener consentimiento verbal para iniciar sesión de entrevista			
Resolver dudas expresadas			
Establecer día y horario de próxima sesión			
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>			

<b>Entrevista y Evaluación Inicial</b>					
<b>Objetivo General:</b> Obtener información inicial sobre los factores intervinientes en la sobrecarga experimentada por el cuidador para realizar la selección de los módulos de intervención requeridos de forma individualizada.				<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>	<b>O: SI</b>	<b>O: NO</b>	<b>Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación</b>
Presentarse					
Explicar consentimiento informado de forma verbal (se encuadra que se enviará por medios electrónicos)					
Realizar encuadre de entrevista señalando que puede tomar de una a dos sesiones					
Explicar el objetivo de la identificar los factores intervinientes para realizar la selección de los módulos e identificar las estrategias que puedan ser más útiles en su caso					
Recolectar datos de identificación: edad, estado civil, escolaridad, religión, lugar de residencia, ocupación actual, diagnóstico médico					
Preguntar sobre estado anímico actual					
Evaluar del 0/10 nivel de sobrecarga percibido					
Explorar proceso de enfermedad de su familiar y emociones asociadas					

Explorar conspiración del silencio si se identifican criterios asociados: *Se oculta total o parcialmente la información sobre el proceso de enfermedad, pronóstico o tratamiento al paciente					
Explorar tipo de comunicación con su familiar					
Explorar apoyo social (redes de apoyo emocionales e instrumentales disponibles)					
Realizar la aplicación de los cuestionarios de línea base: ZARIT, PHQ-9 y GAD-7					
Preguntar sobre sus principales preocupaciones o dificultades actuales					
Preguntar si desea agregar algún dato o información relevante adicional					
Preguntar si tiene dudas sobre el consentimiento informado y resolver las expresadas					
Realizar devolución sobre objetivos que pueden trabajarse durante la intervención de acuerdo con los módulos					
Explicar qué es la Terapia de Aceptación y Compromiso  Folleto disponible (véase anexo 8)					
Confirmar día y horario de próxima sesión					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>					

<b>Módulo: Psicoeducación Burnout y Autocuidado</b>					
<b>Objetivo General:</b> Explicar información clara y específica acerca de la sobrecarga que está experimentando el cuidador y sobre las medidas de autocuidado que serán importantes de mantener/ implementar.					
<b>Criterio de cumplimiento:</b> El CPI obtiene información acerca de la sobrecarga que está experimentando y medidas de autocuidado físico y emocional que puede implementar.			<b>Se cumplió</b>		<b>No se cumplió</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>	<b>O:SI</b>	<b>O: NO</b>	<b>Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación</b>
Explorar estado anímico durante la semana					
Evaluar del 0/10 nivel de sobrecarga percibido por el cuidador					
Explicar objetivo del módulo					
Explicar qué es la sobrecarga la cual se puede desarrollar cuando se asume el papel de cuidador (estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, en el cual el cuidador percibe la influencia negativa del cuidado en diferentes aspectos de su vida como en la salud mental y física, la interacción social y su economía; y normalizar la respuesta como seres humanos.  Se puede utilizar metáfora del vaso con agua (véase anexo 8)					
Explorar si se ha presentado y cómo se ha presentado la sobrecarga (facilitar la expresión de eventos internos)					
Validar y normalizar las emociones y/o pensamientos expresados					
Explorar áreas de autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sueño</li> <li>• alimentación</li> <li>• ejercicio</li> <li>• consumo de sustancias</li> <li>• adherencia a medicamentos</li> <li>• actividades de disfrute</li> <li>• tiempos de descanso</li> </ul>					

Explicar importancia de mantener/implementar medidas de autocuidado físico y emocional desde el “quiero” como elección y no desde el “debo”					
Folleto disponible (véase anexo 8)					
Preguntar sobre el área de autocuidado en la que quisiera realizar cambios o poner ejemplos de donde podría implementar acciones de autocuidado					
Explicar autorregistro de actividades semanal Registro de autocuidado (véase anexo 8)					
Monitorear registro de actividades e identificación de barreras					
Confirmar día y horario de próxima sesión					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>					

<b>Módulo: Control como el problema/ Evitación experiencial</b>					
<b>Objetivo General:</b> Explorar los esfuerzos y los costes del cuidador por evitar experiencias internas (pensamientos, emociones, sensaciones).					
<b>Criterio de cumplimiento:</b> El CPI se hace consciente de que sus esfuerzos de control de experiencias internas se dirigen a evitar o cambiar eventos privados, y lo anterior puede convertirse en un problema mismo o generar mayor distrés emocional.			<b>Se cumplió</b>		<b>No se cumplió</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>	<b>O: SI</b>	<b>O: NO</b>	<b>Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación</b>
Explorar estado anímico durante la semana					
Evaluar del 0/10 nivel de sobrecarga percibido					
Explorar la evitación que el cuidador primario está teniendo de experiencias privadas particulares (pensamientos, impulsos, recuerdos, emociones y sensaciones)					

Reflejar que el malestar no se está originando por la situación sino por el control sobre los eventos internos					
Metáfora de las olas (véase anexo 8)					
Psicoeducar en cómo la evitación de los eventos internos puede aumentar el estrés emocional  -Explicar dolor limpio y dolor sucio desde la perspectiva “el dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional”  Dolor limpio: malestar natural que experimentamos como respuesta a un problema en la vida real  Dolor sucio: dolor que experimentamos cuando luchamos innecesariamente por controlar, eliminar o evitar el dolor limpio.					
Introducción a la práctica de mindfulness:  -Prestar atención de manera intencional al “aquí y al ahora”, sin juicio					
Ejercicio de mindfulness: sintiendo la evitación o, Escaneo Corporal, ¿qué necesita mi cuerpo en este momento? (disponible en audio) (véase anexo 8)					
Explorar cómo se sintió realizando el ejercicio, resolver dudas					
Monitorear registro de actividades de autocuidado durante la semana e identificación de barreras					
Confirmar día y horario de próxima sesión					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>					



<b>Módulo: Apertura a la experiencia / aquí y ahora</b>					
<b>Objetivo General:</b> Dirigir a reconocer y experimentar eventos privados (emociones, pensamientos, sensaciones y recuerdos) sin juicio, evaluación o lucha.					
<b>Criterio de cumplimiento:</b> El CPI aprende a reconocer y verbalizar las emociones, sensaciones y pensamientos evitados.			<b>Se cumplió</b>		<b>No se cumplió</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>	<b>O:SI</b>	<b>O:NO</b>	<b>Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación</b>
Explorar estado anímico durante la semana					
Evaluar del 0/10 nivel de sobrecarga percibido					
Retomar un tema difícil entorno al proceso de enfermedad de su familiar/ otra situación dolorosa que esté atravesando y facilitar la expresión/apertura emocional del cuidador					
Validar que es natural experimentar pensamientos y sentimientos dolorosos o difíciles cuando uno se encuentra en circunstancias como las experimentadas por el paciente					
Psicoeducar sobre la función de las emociones y su normalización en el proceso de enfermedad oncológica que ha vivido con su ser querido					
Introducción a práctica de mindfulness  -Prestar atención de manera intencional al “aquí y al ahora”, sin juzgar					
Práctica experiencial de ejercicio de mindfulness que facilite observar y permanecer con las experiencias internas, aunque sean dolorosas Ejercicio mindfulness: Aceptación de eventos internos (véase anexo 8)					

Preguntar cómo se sintió con el ejercicio, resolver dudas.					
Explicar que la mente genera sufrimiento en el pasado y futuro. Permitirle llevarla al aquí y ahora  Metáfora: Mente en pasado y futuro (véase anexo 8)					
Introducción de la cualidad de gratitud que permite anclar en el aquí y ahora.  Preguntar al cuidador lo que agradece el día de hoy					
Enviar audio para práctica de mindfulness  Audio para casa					
Confirmar día y horario de próxima sesión					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>					

<b>Módulo: Defusión cognitiva/ Yo contexto</b>					
<b>Objetivo General:</b> Dirigir al cuidador a disminuir el exceso de literalización del lenguaje, disminuir la fusión con sus pensamientos.					
<b>Criterio de cumplimiento:</b> El CPI aprende a tomar distancia de sus pensamientos, sin vivirlos igual que la experiencia real.			<b>Se cumplió</b>		<b>No se cumplió</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>	<b>O: SI</b>	<b>O: NO</b>	<b>Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación</b>
Explorar estado anímico durante la semana					
Evaluar del 0/10 nivel de sobrecarga percibido					
Explicar objetivo del módulo: Aprender a mirar hacia tus pensamientos en lugar de hacerlo desde ellos					

<p>Introducir en cómo tenemos creencias, que son pensamientos que hemos aprendido, incluso asociadas al rol de cuidador, que pueden generar mucho malestar y alejarlo de lo que es importante. Las cuales pueden estar asociadas al “debo/tengo que” (reglas verbales).</p> <p>Metáfora: Mis pasajeros (véase anexo 8)</p>					
<p>Identificación de pensamientos (pasajeros) que está tomando literales (pueden ser asociados al rol de cuidado o no)</p>					
<p>Implementar estrategias de “estoy teniendo el pensamiento de” para tomar distancia de los pensamientos y explorar cómo se siente realizando el ejercicio</p> <p>Ejercicio de Mindfulness: Hojas en el arroyo (disponible en audio) (véase anexo 8)</p>					
<p>Retomar una situación difícil/dolorosa del pasado e identificar los aprendizajes que le trajo atravesar esa situación (facilitar el yo contexto) e identificar lo que le decía su mente en ese momento. Se practica la defusión de los pensamientos.</p>					
<p>Facilitar la toma de perspectiva de qué mensaje le daría a su yo del pasado a partir de la situación expuesta en el ejercicio anterior</p> <p>-Cambiar la pregunta de ¿por qué? a ¿para qué?</p>					
<p>Confirmar día y horario de próxima sesión</p>					
<p><b>Porcentaje de cumplimiento</b></p>					

<b>Módulo: Exploración de valores y acciones comprometidas</b>					
<b>Objetivo General:</b> Clarificación de los valores principales e identificación de barreras. Establecimiento de acciones comprometidas.					
<b>Criterio de cumplimiento:</b> El CPI establece acciones comprometidas con sus valores y las lleva a cabo.			<b>Se cumplió</b>		<b>No se cumplió</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>	<b>O: SI</b>	<b>O:NO</b>	<b>Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación</b>
Explorar estado anímico durante la semana					
Evaluar del 0/10 nivel de sobrecarga percibido					
Explicar objetivo del módulo					
Introducir concepto de valores					
Introducción a los valores (véase anexo 8)					
Se realiza la identificación de los valores principales del cuidador incluyendo los asociados al rol de cuidado que está desempeñando, se le pide que los escriba, puede apoyarse en el formato de la “brújula de mi vida”.					
Metáfora de “la película de mi vida” (véase anexo 8)					
Formato para identificar valores “La brújula de mi vida” (véase anexo 8)					
Explicar la diferencia entre valores y acciones, retomando la metáfora anterior del valor como una dirección de vida valiosa, mientras que la acción es alcanzable y a través de ella se puede acercarse a sus valores. Establecer 1 o 2 acciones comprometidas claras y factibles de realizar dirigidas a sus valores, a pesar del sufrimiento y otras emociones inevitables					

Identificación de barreras al poner en marcha las acciones comprometidas previamente establecidas					
Explorar cómo se siente de poner en marcha acciones comprometidas hacia su bienestar					
Metáfora del jardín (véase anexo 8) para ejemplificar el dolor como parte de la vida, pero acercarse a vivir una vida valiosa en el aquí y ahora					
Abrir reflexión del mensaje que le deja la metáfora del jardín					
Confirmar día y horario de próxima sesión					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>					

<b>Módulo: Calidad en la relación y comunicación asertiva</b>					
<b>Objetivo General:</b> Promover elementos de una comunicación asertiva entre el CPI y el paciente u otros miembros de la familia.					
<b>Criterio de cumplimiento:</b> El CPI adquiera y aplique estrategias de comunicación asertiva y establecimiento de límites en su rol de cuidado.			<b>Se cumplió</b>		<b>No se cumplió</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>	<b>O:SI</b>	<b>O:NO</b>	<b>Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación</b>
Explorar estado anímico durante la semana					
Evaluar del 0/10 nivel de sobrecarga percibido					
Explicar objetivo del módulo					
Explorar dificultades de comunicación asertiva con su paciente u otros miembros de su familia					
Psicoeducar sobre las características de una comunicación asertiva, retomando los 3 tipos de comunicación (agresiva, pasiva y asertiva)					

Esquema de tipos de comunicación (véase anexo 7)					
Elementos para una comunicación asertiva (véase anexo 7)					
Guiar en reconocer en su propia situación la importancia del establecimiento de límites, se da lectura a la lista de derechos asertivos y se pide que se haga una reflexión acerca de su aplicación en él mismo y/o reconocer en los otros.					
Material: Lista de derechos asertivos (véase anexo 7)					
Aplicación de las estrategias de comunicación asertiva a una situación en particular					
Si aplica, explorar la claudicación familiar y/o conspiración del silencio. Brindar psicoeducación al respecto					
Introducir elemento de compasión  Mindfulness de compasión (véase anexo 8)					
Preguntar cómo se sintió con el ejercicio y cuál es el aprendizaje que puede llevarse					
Establecer una acción comprometida para comenzar a practicar la comunicación asertiva y/o establecimiento de límites					
Monitorear acción comprometida de asertividad e identificar barreras al ponerla en marcha					
Confirmar día y horario de próxima sesión					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>					

<b>Módulo: Duelo anticipado (basado en la intervención de Meichsner &amp; Wilz, 2016)</b>					
<b>Objetivo General:</b> Preparar al cuidador primario para la muerte próxima de su ser querido.					
<b>Criterio de cumplimiento:</b> El CPI normalice las emociones, pensamientos, recuerdos que están surgiendo y realice deseos o pendientes que quiera llevar a cabo con su familiar.			<b>Se cumplió</b>		<b>No se cumplió</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>	<b>O: SI</b>	<b>O: NO</b>	<b>Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación</b>
Explorar estado anímico					
Facilitar la expresión de emociones y pensamientos que está sintiendo					
Validar y normalizar las emociones, pensamientos o recuerdos que puedan surgir. Incluyendo la ansiedad respecto a la pérdida futura, decisiones que tomar y la muerte de su ser querido					
Explorar la comprensión de la información médica de la situación actual de su paciente					
Psicoeducar acerca del proceso de duelo anticipado/duelo					
Metáfora “haciéndole espacio al dolor” (véase anexo 8)					
Fomentar un espacio para explorar los últimos deseos o pendientes que se quieran realizar por parte del paciente o del cuidador					
Se identifican y visualizan redes de apoyo					
En caso de requerirse, fomentar y facilitar la comunicación con el equipo de salud para la orientación sobre cuidados/ medidas en casa y/o datos de alarma.					
Reforzar medidas de autocuidado y explicar la importancia de su mantenimiento					
Mindfulness de contactando con lo importante de este momento a pesar del dolor (véase anexo 8)					

Confirmar día y horario de próxima sesión					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>					

<b>Módulo: Duelo (adecuación cuando el paciente ya falleció)</b>					
<b>Objetivo General:</b> Psicoeducar sobre el proceso de duelo					
<b>Criterio de cumplimiento:</b> El CPI recibe información sobre el proceso de duelo y se normalizan y validan las emociones, pensamientos o recuerdos que estén surgiendo.			<b>Se cumplió</b>		<b>No se cumplió</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>	<b>O: SI</b>	<b>O: NO</b>	<b>Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación</b>
Explorar estado anímico					
Facilitar la expresión de emociones y pensamientos que está sintiendo					
Validar y normalizar las emociones, pensamientos o recuerdos que puedan surgir					
Psicoeducar acerca del proceso de duelo					
Metáfora “haciéndole un espacio al dolor” (véase anexo 8)					
Se brindan estrategias para entrar en contacto con las emociones <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitirse llorar</li> <li>• Escribir</li> <li>• Tomar un espacio de apertura a las emociones/recuerdos/pensamientos que esté sintiendo</li> <li>• Compartir con otros familiares</li> </ul>					
Se identifican y visualizan redes de apoyo					
Reforzar medidas de autocuidado y explicar su importancia de su mantenimiento					
Se exploran los valores importantes que le dejó su ser querido y se retoman para dirigir a una vida valiosa					



Mindfulness: El regalo en la banca (véase anexo 8)					
Confirmar día y horario de próxima sesión					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>					

<b>Sesión de seguimiento</b>					
<b>Objetivo General:</b> Monitorear estado anímico y nivel de sobrecarga del paciente. Reforzar habilidades de la intervención y brindar referencia externa en caso de requerirse.					
<b>Criterio de cumplimiento:</b> Se brinda seguimiento posterior a un mes de la intervención al cuidador primario para monitorear estado y brindar referencia a largo plazo en caso de requerirse			<b>Se cumplió</b>		<b>No se cumplió</b>
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Se cumplió</b>	<b>No se cumplió</b>	<b>O: SI</b>	<b>O: NO</b>	<b>Factores que facilitaron o dificultaron la aplicación</b>
Explorar el estado anímico					
Evaluar del 0/10 nivel de sobrecarga percibido					
Preguntar sobre el estado actual de su paciente					
Explorar dificultades que se han presentado en el manejo de la sobrecarga y el autocuidado					
Reforzar a partir de las dificultades presentadas, algunas de las habilidades de ACT retomadas en la intervención:  -Importancia de designar tiempos de autocuidado físico y/o emocional -Reflejar la evitación que incrementa el malestar -Reforzar la práctica continua de los ejercicios de mindfulness -Contacto con el momento presente -Practicar la defusión de pensamientos que están generando malestar - Retomar acercarse a sus valores					

-Establecer alguna acción comprometida acorde a sus valores					
Aplicar cuestionarios: ZARIT, PHQ-9 y GAD-7					
Brindar referencia externa de apoyo psicológico dependiendo evaluación del cuidador					
Realizar cierre de intervención y despedida					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>					

<b>Intervención en crisis</b>		
Sesión en la que los objetivos planteados podrán demorarse, si se identifica una situación de crisis, la cual puede estar relacionada con noticias asociadas al diagnóstico, al pronóstico, una toma de decisión o el fallecimiento del paciente.		
<b>Motivo de la crisis</b>		

## Anexo 7: Formato de Aceptabilidad



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

### Cuestionario de Aceptabilidad

Nombre del participante:

Fecha:

Nombre del aplicador:

# de sesiones:

A continuación, le haremos algunas preguntas acerca de su opinión sobre la intervención que recibió, le pedimos que asigne un número del 0 al 10, donde 0 es la calificación más baja y 10 la más alta, en los siguientes aspectos:

1. ¿Qué tan satisfecho se sintió con la intervención?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Qué tan satisfecho estuvo con la modalidad a distancia (a través de videollamada o llamada telefónica) de la intervención?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Qué tan fácil fue tomar las sesiones a distancia para usted (a través de videollamada o llamada telefónica)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ¿Qué tan difícil hubiera sido para usted tomar las sesiones en presencial (considere traslados y tiempo)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿Qué tan útil considera que fueron las estrategias (ejercicios de mindfulness, de comunicación) que se realizaron durante las sesiones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. ¿Qué tanto considera que las sesiones le ayudaron?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. ¿Qué tan satisfecho está con la duración de las sesiones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. ¿Hubiera preferido que la intervención tuviera más o menos sesiones?

Más \_\_\_\_\_ Menos \_\_\_\_\_ ¿Cuántas? \_\_\_\_\_

9. ¿Qué tan clara o entendible fue la información expuesta en las sesiones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. ¿Qué tan útil considera que fue la información vista en las sesiones?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. ¿En qué considera le ayudó la intervención (ej. expresar sus emociones, mejorar la relación con su familiar, tener un apoyo, cambiar la manera de pensar ciertas cosas)?

12. ¿Cuáles fueron las principales barreras que usted considera que hubo (ej. horarios, conexión de internet, espacio en casa, equipo para tomar las sesiones)?

13. ¿Tuvo alguna experiencia negativa como resultado de la intervención?

14. ¿Tiene algún comentario u observación que quisiera agregar?

## Anexo 8. Materiales de apoyo para la intervención

### Infografía sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso

# TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

#### ¿Qué es?

Un tipo de terapia basada en evidencia que está dirigida a atender el sufrimiento humano a través de la aceptación y el acercamiento a nuestros valores personales



#### ¿Cómo?

A través de desarrollar habilidades de flexibilidad psicológica que permitan transitar de una forma diferente la situación dolorosa que estamos atravesando en este momento

#### ¿Qué aprenderé?



Hacerle espacio a nuestras emociones, pensamientos, sensaciones, impulsos y demás experiencias privadas, sin luchar o huir de ellos  
(Aceptación)



Observar nuestros pensamientos, imágenes y recuerdos como lo que son: sólo palabras e imágenes, no exactamente la realidad  
(Defusión)



**El objetivo de la Terapia de Aceptación y Compromiso es acercarnos a vivir una vida valiosa, aceptando el dolor que inevitablemente viene con ella.**

Contactar con el momento presente, prestar atención en el aquí y ahora con apertura y receptividad

Darnos cuenta que NO somos nuestras emociones, pensamientos, recuerdos, impulsos o sensaciones. Son transitorios  
(Yo contexto)

Clarificar lo que es importante para nosotros, qué personas queremos ser y lo que es valioso en nuestras vidas y comprometernos a involucrarnos en acciones guiadas por nuestros valores





## La brújula de mi vida: Identificación de valores



## Esquema: Tipos de comunicación

### TIPOS DE COMUNICACIÓN



AGRESIVA	ASERTIVA	PASIVA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa lo que piensa, siente o necesita pero de forma impositiva. Suele utilizar reproches, amenazas, sarcasmo, acusaciones o genera sentimientos de culpabilidad a la otra persona</li> <li>• Impone su opinión. No escucha ni toma en cuenta los derechos de la otra persona</li> <li>• Su lenguaje no verbal puede incluir un tono de voz elevado, gestos amenazantes, invasión del espacio de la otra persona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa lo que piensa, siente o necesita de forma clara y en un espacio y momento apropiado</li> <li>• Sabe escuchar y respeta los derechos/opiniones de la otra persona</li> <li>• Apertura al diálogo y negociación</li> <li>• Mantiene un tono de voz adecuado y contacto visual</li> <li>• Habla en primera persona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita expresar lo que piensa, siente o necesita</li> <li>• Pone los derechos/deseos de la otra persona por encima de los suyos</li> <li>• Inhibe su comportamiento, se limita a mantenerse callado</li> <li>• Muestra inseguridad, no realiza contacto visual, cabeza cabizbaja, movimientos rígidos</li> <li>• Al no expresar lo que piensa, pueden sentir frustración</li> </ul>

## Elementos de una Comunicación Asertiva





## Lista de Derechos Asertivos

### DERECHOS ASERTIVOS

#### *TENGO DERECHO A...*

- SER TRATADO CON RESPETO Y DIGNIDAD
- EQUIVOCARME Y RECONOCER MIS PROPIOS ERRORES
- TENER Y EXPRESAR MIS OPINIONES O PUNTOS DE VISTA
- TENER MIS PROPIAS NECESIDADES Y QUE ÉSTAS SEAN TAN IMPORTANTES COMO LAS DE LOS DEMÁS
- PEDIR INFORMACIÓN Y ACLARACIONES
- EXPERIMENTAR Y EXPRESAR MIS EMOCIONES
- CAMBIAR DE OPINIÓN O DE DECISIÓN
- DECIR "NO" SIN SENTIR CULPA
- PEDIR LO QUE NECESITO/QUIERO
- NO SATISFACER LAS EXPECTATIVAS DE OTRAS PERSONAS
- PROTESTAR CUANDO SE ME TRATA INJUSTAMENTE
- SENTIR Y EXPRESAR DOLOR
- NO TENER QUE JUSTIFICARME ANTE LOS DEMÁS
- DECIDIR QUÉ HACER CON MI TIEMPO, CUERPO...
- DISFRUTAR
- DESCANSAR Y DECIDIR ESTAR SOLO CUANDO LO NECESITE

## **Anexo 9. Metáforas y Ejercicios experienciales de Mindfulness**

### **❖ *Metáfora del vaso (fuente: elaboración propia)***

Quiero que imagines que tú eres un vaso (incluso trata de imaginarlo detalladamente... cómo sería ese vaso, de qué material) y de pronto te das cuenta que comienzas a llenarte de agua. Y lo primero que vienen son esos pensamientos del porqué... te preguntas de dónde viene, te preguntas por qué no puedes detenerla y te preguntas cuánto tiempo más aguantarás así.

¿Puedes recordar lo que se siente sentir como esa agua te sobrepasa? Quizá si miras más al fondo puedas encontrar al enojo, a la desesperación o la frustración e incluso a la tristeza...

No sabes en qué momento sucedió, pero el vaso está a punto de derramarse...

Y aunque tuvieras las respuestas, el agua ya ha subido demasiado y estás a punto de darte cuenta de que se va a desparramar y necesitas hacer algo... Necesitas hacer algo porque ese vaso también es importante.

### **❖ *Metáfora de las olas (fuente: elaboración propia)***

Quiero que imagines que estás en una playa, a la orilla de la arena. Observas como el mar está teniendo muchas olas, algunas de ellas son pequeñas... pero otras son muy grandes e incluso amenazantes.

De pronto comienzas a entrar en el agua y notas que en realidad esas olas son enormes, incluso te sientes asustado y has querido escapar por un momento...

Ahora imagina que alguien decidiera luchar contra que esas olas no estuvieran, quiero que incluso te imagines a ti mismo tratando de luchar contra esas olas enormes. ¿Cómo te sientes? ¿Cómo se siente en tu cuerpo luchar contra esas olas?

Porque, además, aunque lo intentas, las olas siguen llegando. Algunas más amenazantes que las anteriores y te das cuenta de que el esfuerzo que estás haciendo por escapar de ellas, no funciona y, al contrario, está siendo muy desgastante.

De pronto decides sentarte a la orilla, observas las olas... las pequeñas y las grandes. Y desde esa distancia, te das cuenta que al final las olas siguen su curso...

❖ **Ejercicio de Mindfulness: Sintiendo la evitación (fuente: elaboración propia)**

Vamos a iniciar esta práctica, te voy a pedir que te coloques en una posición cómoda para ti. Si estás sentado, te pido puedas colocar tu espalda recta pero relajada, coloca las plantas de tus pies sobre el piso y permite descansar tus manos con las palmas hacia arriba sobre los muslos de tus piernas. Permite que tus ojos se cierren suavemente.

Vamos a comenzar realizando tres respiraciones profundas. Inhala... permite sentir cómo el aire entra a través de tus fosas nasales y después exhala suave y lentamente por la boca. Inhala... permítete sentir cómo tu estómago se infla, deténlo por un momento y después exhala. Vamos con la última respiración, inhala... y exhala lenta y suavemente.

El objetivo del siguiente ejercicio es poder darte cuenta cómo reaccionas cuando hay un pensamiento, emoción o sensación que quieres evitar sentir y darte cuenta qué sucede cuando simplemente le permites estar, sin juzgar lo que estás sintiendo, por medio de la atención plena.

Quiero que intencionalmente traigas a tu mente en este momento un pensamiento, emoción o imagen que no te guste tener o sentir. En un primer momento es esperado que quieras que se vaya. Identifica incluso cómo sientes en tu cuerpo ese deseo que se aleje, de quitar el malestar que te produce tener ese pensamiento, emoción o imagen.

Ahora te invito a no ponerle una etiqueta, simplemente observar que está ahí. Que tú eres el que puede observar ese pensamiento, emoción o imagen. Sólo déjalo estar allí. Puedes incluso ponerle una forma, ¿de qué forma sería?, ¿qué textura tiene? ¿de qué tamaño es? ¿es de algún color?

Quiero que te tomes un momento para notar que se siente dejar de controlar o luchar contra ese pensamiento, emoción o imagen. Incluso observa si algo en tu cuerpo que sientes que cambia... Una vez que le has permitido estar, quiero pedirte que lleves nuevamente tu atención a tu respiración.

Vamos a finalizar con dos respiraciones profundas. Inhala...permite sentir cómo el aire entra, recorre tu cuerpo y sale lenta y suavemente. Inhalamos una última vez y exhalamos, sacando todo el aire.

Ve abriendo lentamente tus ojos. Regresando a tu ritmo al aquí y al ahora.

❖ **Ejercicio de Mindfulness: ¿Qué necesita mi cuerpo en este momento?**  
(fuente: basado en Kabat-Zinn, 2012)

Vamos a iniciar esta práctica, te voy a pedir que te coloques en una posición cómoda para ti. Si estás sentado, te pido puedas colocar tu espalda recta pero relajada, coloca las plantas de tus pies sobre el piso y permite descansar tus manos con las palmas hacia arriba sobre los muslos de tus piernas. Permite que tus ojos se cierren suavemente.

En un primer momento te pido que puedas observar si la posición de tu cuerpo en este momento, te permite estar cómodo y relajado. Si no es así, realiza la adecuación de tu postura para sentirte lo más cómodo posible. Te voy a pedir que lleves poco a poco tu atención a tu respiración, simplemente obsérvala.... Como si fuera la primera vez que observas a tu cuerpo respirando. No necesitas hacer que tu respiración vaya más lenta o más rápida, simplemente permite que tu cuerpo respire, como él sabe hacerlo.

Observa cómo el aire que entra a través de tus fosas nasales es más frío y cuando sale es más cálido. Observa el suave ascenso de tu pecho cuando el aire entra y cómo desciende cuando exhalas. Finalmente observa cómo tu estómago se infla sutilmente cuando respiras más lentamente y cómo se desinfla cuando el aire sale, lentamente.

Vamos a continuar haciendo tres respiraciones profundas. Inhala por la nariz, detén el aire por un momento y después exhala lentamente por la boca. Nuevamente inhala, siente cómo tu estómago se infla, detén el aire y después exhala lentamente por la boca. Finalmente inhala, permítete sentir cómo el aire que ingresa recorre tu cuerpo y después exhala lentamente.

El objetivo del siguiente ejercicio es que puedas realizar un escaneo de tu cuerpo desde la atención plena y puedas atender lo que necesita tu cuerpo en este momento. Te voy a ir dirigiendo a observar cada una de las partes de tu cuerpo y quiero que notes todas y cada una de las sensaciones que estés sintiendo en esa parte de tu cuerpo, por ejemplo, si esas partes de tu cuerpo se encuentran tibias o frescas, si pesan o están ligeras, si se sienten tensas o relajadas o si requieren o no de algo.

Quiero que dirijas tu atención a las plantas de tus pies, observa cómo se sienten. Dirige tu atención a los dedos de tus pies, a tus tobillos. Y simplemente observa cualquier sensación que puedas sentir en esa parte de tu cuerpo, si no llegaras a sentir nada, también permítete experimentar “no sentir nada”.

Ahora quiero que lleves tu atención hacia tus pantorrillas, tus rodillas, tus piernas completas. Permite observar cualquier sensación y déjalas estar. Permite que se desactiven poco a poco a través de la respiración.

Ahora observa cómo se siente tu cadera, tu espalda baja. Detente un momento a observar cualquier sensación que puedas estar experimentando en tu estómago. Nota en esta parte cómo sube y baja tu estómago a medida que continúas inhalando y exhalando lentamente.

Recuerda que, si algo te distrae, ya sea algo externo o algún pensamiento, simplemente permítete observarlo, y regresa suave y amablemente tu atención a la parte de tu cuerpo que estás observando.

Ahora quiero que observes cómo se sienten tus hombros, tus brazos hasta llegar a las palmas de las manos. Simplemente observa cualquier sensación que pueda estar en esa parte de cuerpo y permite que se desactiven al hacerlas conscientes. Mantente respirando lenta y suavemente.

Sube hacia la parte de tu cuello, generalmente ésta es una zona donde se acumula la tensión. Permítete observar cualquier sensación que esté y posteriormente lleva tu atención hacia tu pecho.

Ahora quiero que observes cómo se siente tu cabeza, tu frente, tus ojos, tu nariz, tus mejillas y tu boca... Recuerda permitirte sentir cualquier sensación y mantente respirando lenta y suavemente.

Finalmente quiero que observes cómo se siente en su totalidad tu cuerpo en este momento. Si pudieras preguntarle qué necesita en este momento, ¿qué te respondería?

Vamos a finalizar con dos respiraciones profundas. Inhala... permítete sentir cómo el aire entra, recorre tu cuerpo y sale lenta y suavemente. Inhalamos una última vez y exhalamos, sacando todo el aire...

Ve abriendo lentamente tus ojos. Regresando a tu ritmo al aquí y al ahora.

❖ **Mindfulness: Aceptación de eventos internos (fuente: basado en Grupo ACT Argentina de Fabian Maero, 2014)**

Vamos a iniciar esta práctica, te voy a pedir que te coloques en una posición cómoda para ti. Si estás sentado, te pido puedas colocar tu espalda recta pero relajada, coloca las plantas de tus pies sobre el piso y deja descansar tus manos con las palmas hacia arriba sobre los muslos de tus piernas. Permite que tus ojos se cierren suavemente.

Vamos a comenzar realizando tres respiraciones profundas. Inhala.... permite sentir cómo el aire entra a través de tus fosas nasales y después exhala suave y lentamente por la boca. Inhala... permítete sentir cómo tu estómago se infla, deténlo por un momento y después exhala. Vamos con la última respiración, inhala... y exhala lenta y suavemente.

El objetivo del siguiente ejercicio es aprender a convivir con las emociones, pensamientos o sensaciones que estés teniendo en este momento... por medio de la atención plena. Te voy a pedir que permitas traer tu atención al momento presente.

Tómate un momento para entrar en contacto con todas las sensaciones físicas de tu cuerpo que estés percibiendo en este momento, observa cómo está tu cuerpo realizando un breve escaneo corporal desde las plantas de tus pies hasta tu cabeza.

Observa el suave subir y bajar de tu respiración en tu estómago. No es necesario que controles el ritmo de tu respiración, simplemente permite que funcione por sí misma.

Es natural que tu mente se mueva por pensamientos, preocupaciones, imágenes, sensaciones corporales, permíteles estar... No hay necesidad de controlarlos o tratar de quitarlos. Permítete a ti mismo estar presente con lo que sientes, desde una actitud de apertura y amabilidad hacia ti mismo.

Identifica si en este momento hay algún pensamiento o pensamientos que estén apareciendo.

Pero te voy a pedir que intentes no controlarlos o tratar de que se vayan, simplemente obsérvalos pasar. Como si fueran personas que están caminando en la calle, tú notas que pasan al lado de ti y siguen su curso.

Continúa respirando lenta y suavemente. Permitiendo que, con cada exhalación, tu respiración sea cada vez más lenta y tranquila.

Finalmente quiero que te preguntes cómo te sientes en este momento, si hay alguna emoción que puedas identificar que te está acompañando. Puede ser una o más emociones, y simplemente de igual manera permíteles estar aquí. No tienes que sentirte de otra manera.

Vamos a finalizar con dos respiraciones profundas. Inhala... permite sentir cómo el aire entra, recorre tu cuerpo y sale lenta y suavemente. Inhalamos una última vez y exhalamos, sacando todo el aire...

Ve abriendo lentamente tus ojos. Regresando a tu ritmo al aquí y al ahora.

❖ **Metáfora: Mente en pasado y futuro (fuente: elaboración propia)**

Te voy a pedir que cierres los ojos por un momento y quiero que recuerdes en los últimos días, ¿dónde ha estado tu mente? Quizá ha estado en el pasado o quizá en el futuro, sus dos lugares favoritos en los que le gusta estar.

Cuando está en el pasado, continuamente tu mente le da vueltas a cómo eran antes las cosas, te puede aventar preguntas que te generen mucho dolor sucio como: "¿Qué hubiera pasado si...? ¿Y si no hubiera hecho esto? ¿Y si la situación hubiera sido distinta?"

Pero quiero que notes que, aunque tuvieras las respuestas a todas esas preguntas que te envía tu mente, no cambiaría lo que estás viviendo en este momento. Quisiera decirte que sí hay una máquina del tiempo que te permite regresar y cambiar las cosas, pero aún no existe.



También tu mente puede estar en el futuro, su pregunta favorita cuando está ahí es... ¿Y si...? ¿Y si pasa esto? ¿Y si no pasa esto? ¿Qué voy a hacer si esto sucede? ¿Pero sabes? Ahí tu mente también te genera dolor sucio porque por más que trates de controlar, no puedes estar seguro lo que sucederá.

Y entonces quiero que notes qué es lo que sucedería si intencionalmente dedicaras a que tu mente estuviera en el aquí y el ahora. En este momento en que puedes elegir vivir de una forma distinta o aceptar a pesar del dolor la situación dolorosa que estás viviendo y encontrar un ¿para qué? Poder moverte a lo que es valioso para ti en el aquí y ahora.

❖ **Metáfora: Los pasajeros (fuente: basado en Hayes, 2013)**

Quiero que imagines que vas manejando un coche, pero éste no es cualquier coche, es tu vida. Y tú eres el conductor. De repente vas manejando y te das cuenta que en los asientos llevas algunos pasajeros desde hace tiempo. ¿Quiénes son esos pasajeros?

Algunos de esos pasajeros son agradables, pero otros no lo son. Mientras vas manejando algunos te van diciendo lo que tienes que hacer: “Para aquí”, “No des vuelta a la derecha”, “Vete más rápido”, “vas en el camino equivocado”, “no debiste haber dado vuelta ahí”. Otros incluso comienzan a insultarte: “eres un mal conductor”, “eres débil”, “no vas a poder con esto”. Claro que comienzas a sentirte mal cuando los escuchas e intentas que se callen pero te das cuenta que no puedes bajarlos. Y en tus intentos de pelear con esos pasajeros para evitar sentirte mal, has dejado de conducir el coche y has parado el camino de a dónde te dirigías. Y entonces empiezas a escucharlos y haces caso de todo lo que te dicen, ya no sigues tu camino, simplemente sigues las instrucciones que escuchas y llegas a creer que en verdad no vas a poder, que incluso... dejas de intentar algo distinto. Pero entonces te das cuenta de que a pesar de que esos pasajeros estén ahí, esos pensamientos, creencias que has aprendido de lo que “debes” o “tienes que hacer”, emociones, de esos recuerdos... tienes la posibilidad de tomar el volante de tu vida y dirigirte verdaderamente hacia donde tú quieres. No tienes que bajarlos, algunas veces los pasajeros van a subir o se van a bajar, pero lo importante es recordar que el conductor eres tú.

❖ **Metáfora: Hojas en el arroyo (fuente: basado en Hayes, 2013)**

Vamos a iniciar esta práctica, te voy a pedir que te coloques en una posición cómoda para ti. Si estás sentado, te pido puedas colocar tu espalda recta pero relajada, coloca las plantas de tus pies sobre el piso y permite descansar tus manos con las palmas hacia arriba sobre los muslos de tus piernas. Permite que tus ojos se cierren suavemente.

Vamos a iniciar este ejercicio realizando dos respiraciones profundas. Inhalamos por la nariz, nos permitimos sentir como el aire entra a nuestro cuerpo, lo detenemos por un momento y después lo exhalamos lentamente por la boca. Una vez más inhalamos, detenemos el aire y lo exhalamos lentamente.

Quiero que imagines lo siguiente con el mayor detalle posible: Imagina que estás en un lugar con muchos árboles, rodeado de naturaleza, el clima es muy agradable para ti. De pronto empiezas a caminar y te diriges a la orilla de un arroyo que se encuentra en ese lugar. Decides sentarte cerca de la orilla para contemplar cómo el agua de la corriente fluye. Cuando volteas a ver, notas que hay una hoja flotando en el arroyo, la observas, la miras pasar delante de ti y después la ves alejarse en el horizonte. Continuas presente contemplando ese lugar, y notas que otra hoja viene, la ves pasar delante de ti, a su ritmo y después la ves perderse en el horizonte con la corriente. Quiero que te detengas para observar los pensamientos que estás teniendo en este momento. Quizá pueden ser sobre el ejercicio que estamos haciendo o quizá te ha costado trabajo poner tu atención en este ejercicio porque hay otros pensamientos que te han estado dando vueltas en tu mente. Quiero que puedas identificar uno de ellos y que imagines que lo colocas en una de las hojas de este arroyo. Notas que está ahí, no necesitas hacer que vaya más rápido o más lenta en esa hoja. Simplemente sigue su curso, permite que ese pensamiento fluya con la corriente. Trata de identificar otro pensamiento que estés teniendo en este momento y permítete colocarlo en una de esas hojas del arroyo... no trates de controlarlo, simplemente deja que el agua fluya con ese pensamiento. Observa cómo cada pensamiento se aleja por el arroyo, a su propio tiempo y manera. Vamos a terminar este ejercicio con dos respiraciones profundas. Inhala por la nariz, detén el aire y exhala... Una vez más, inhala... y exhala. Ve abriendo tus ojos lentamente y ve regresando a este momento.

### ❖ **Introducción de los valores (Basado en Hayes, 2013)**

Probablemente al escuchar la palabra “valores” pueda venir a tu mente aquellas palabras que aprendiste en algún momento en la materia de cívica y ética en la escuela, o las palabras que te pudieron haber repetido muchas veces tus padres o alguna otra persona de lo que “se debería de hacer”. Pero en la Terapia de Aceptación y Compromiso, llamaremos VALORES a tus direcciones de vida elegidas. Presta particular atención en la palabra ELECCIÓN. Cuando uno elige lo hace a pesar de tener motivos para hacer algo de diferente manera, eliges porque es lo importante para ti. La palabra “valores” viene de una raíz latina que significa “valioso y fuerte”. Es importante que recuerdes que los valores no se alcanzan, quiero que los imagines como las flechas de la brújula de tu vida. Lo que te recuerda ¿Para dónde ir? ¿Qué es importante en tu vida? ¿Qué le da sentido y te motiva a seguir? Incluso... aunque en este momento puedas estar atravesando una situación dolorosa en este viaje de tu vida, recordar hacia dónde se dirige tu brújula, te ayudará a recordar lo que es valioso de hacer en este momento.

### ❖ **Metáfora del jardín (fuente: basado en Wilson & Luciano, 2002)**

Te voy a pedir que cierres tus ojos por un momento, vamos a comenzar realizando dos respiraciones profundas. Lleva tu atención hacia tu respiración, Inhala...sostén el aire por un momento y después exhala. Una segunda vez, permítete sentir que el aire entra, recorre tu cuerpo y después sale lenta y suavemente.

Quiero que imagines que tienes un jardín y que ese jardín tiene tus flores favoritas. Un día te despiertas, sales a tu jardín y de repente te das cuenta que está creciendo hierba fea. Pero de esa hierba fea y grande. Entonces vas por unas tijeras y te dedicas a cortar todo el día esa hierba hasta que se quita.

Ese día pasa y cuando te levantas para regar tu jardín al día siguiente, te das cuenta que volvió a crecer esa hierba fea. Entonces te sientes muy frustrado y vas nuevamente por las tijeras y te dedicas a quitar toda la hierba que incluso... no te das cuenta que no te dio tiempo de regar tus flores. Esas flores que son importantes para ti.

¿Qué crees que pase al día siguiente? Estás en lo correcto, la hierba fea sigue creciendo. Pero entonces te das cuenta que has estado descuidando las flores de tu jardín por dedicarte a quitar la hierba fea...que va a seguir ahí, pero entonces puedes elegir entre dedicarte a quitar esa mala hierba o permitirle que esté y voltear a cuidar esas flores tan importantes.

Muchas veces eso es lo que sucede con las emociones o pensamientos que no deseamos tener, nos dedicamos tanto tiempo a luchar contra ellos, que descuidamos nuestro jardín.

¿Entonces a qué te quieres dedicar en este momento, a quitar la mala hierba o a cuidar las flores de tu jardín?

**❖ Mindfulness de compasión (adaptada de la práctica de compasión de la Brigada de Salud Mental del INCMNSZ)**

Vamos a iniciar esta práctica, te voy a pedir que te coloques en una posición cómoda para ti. Si estás sentado, te pido puedas colocar tu espalda recta pero relajada, coloca las plantas de tus pies sobre el piso y permite descansar tus manos con las palmas hacia arriba sobre los muslos de tus piernas. Permite que tus ojos se cierren suavemente.

Vamos a iniciar este ejercicio realizando dos respiraciones profundas. Inhalamos por la nariz, nos permitimos sentir como el aire entra a nuestro cuerpo, lo detenemos un momento y después lo exhalamos lentamente por la boca. Una vez más inhalamos, detenemos el aire y exhalamos lentamente.

El objetivo del siguiente ejercicio es conocer y poner en práctica el significado de una actitud compasiva hacia nosotros mismos y hacia otros... desde la atención plena. Te voy a pedir que lentamente puedas tomar conciencia de ti mismo como un ser humano y obsérvate desde una actitud no crítica, de aceptación, de forma suave y amable hacia ti mismo/a.

Explora por un momento... cuáles tus miedos, tus preocupaciones, tus imperfecciones e incluso algunos de los errores que has tenido. Y después detente un momento a observar también tus logros, las adversidades que has atravesado, los momentos en los que te hayas sentido más orgulloso y feliz en tu vida. Y quiero que puedas dirigirte estas palabras: “Ojalá pueda estar bien” , “Ojalá pueda tener tranquilidad” , ”Ojalá mi dolor pase” , “Ojalá todo me vaya bien”.

Ahora quiero que traigas a tu mente a una persona muy importante para ti. Y quiero que te permitas observarla como un ser humano desde una actitud no crítica, de aceptación, de forma suave y amable hacia él/ella. Explora por un momento... cuáles son sus miedos, sus preocupaciones, sus imperfecciones e incluso algunos de los errores que has cometido. Y después detente un momento a observar también sus logros, las adversidades que ha atravesado, los momentos en los que probablemente se ha sentido más orgulloso/a y feliz en su vida. Y quiero que puedas dirigirle estas palabras: “Ojalá pueda estar bien”, “Ojalá pueda tener tranquilidad”, ” Ojalá su dolor pase”, “Ojalá todo le vaya bien”.

Ahora quiero que traigas a tu mente a una persona con la que últimamente has tenido dificultades para relacionarte o para comunicarte. Incluso puede ser alguna persona con la que te sientas enojado/a o sientas rechazo en este momento. Y aunque quizá pueda costar un poco más de trabajo, quiero que te permitas observarla como un ser humano desde una actitud no crítica, de aceptación, de forma suave y amable hacia él/ella. Explora por un momento... cuáles son sus miedos, sus preocupaciones, sus imperfecciones e incluso algunos de los errores que ha cometido. Y después detente un momento a observar también sus logros, las adversidades que ha atravesado, los momentos en los que probablemente se ha sentido muy orgulloso/a y feliz en su vida. Y quiero que puedas dirigirle estas palabras: “Ojalá pueda estar bien”, “Ojalá pueda tener tranquilidad”, ” Ojalá su dolor pase” , “Ojalá todo le vaya bien”.

Practicar la autocompasión nos ayuda a trabajar la amabilidad y flexibilidad con nosotros mismos, la cual también podemos desplazar hacia los que nos rodean. Recordar que, como seres humanos, todos estamos atravesando algún tipo de dolor y sólo estamos tratando a nuestra manera de estar bien.

Vamos a finalizar con dos respiraciones profundas. Inhala, permítete sentir cómo el aire entra, recorre tu cuerpo y sale lenta y suavemente. Inhalamos una última vez y exhalamos, sacando todo el aire.

Ve abriendo lentamente tus ojos. Regresando a tu ritmo al aquí y al ahora.

❖ **Metáfora “Haciéndole espacio al dolor” (fuente: elaboración propia)**

Quiero pedirte que cierres los ojos y te permitas contactar con el dolor que estás sintiendo en este momento... Incluso quiero que coloques tus dos manos en una parte de tu cuerpo donde mayormente sientas ese dolor.

Contactar con este dolor puede ser muy difícil porque quizás simplemente quisieras no sentirlo, quisieras que se fuera, es demasiado dolor... Pero por un momento... quiero que imagines que el tamaño de ese dolor es proporcional al amor que sientes por \_\_\_\_\_ . Y entonces... de pronto tiene sentido que duela tanto, duele porque es alguien tan importante para ti.

Si miramos de esta forma al dolor, poco a poco podemos hacerle un espacio, porque ese mismo dolor es un recordatorio de todo el amor que sientes. Hacerle un espacio al dolor, nos permitirá continuar a pesar de él.

❖ **Mindfulness: Contactando con lo que es importante en este momento (fuente: elaboración propia)**

Te voy a pedir que te coloques en una posición cómoda para ti. Si estás sentado, te pido puedas colocar tu espalda recta pero relajada, coloca las plantas de tus pies sobre el piso y deja descansar tus manos con las palmas hacia arriba sobre los muslos de tus piernas. Permite que tus ojos se cierren suavemente.

Comienza a entrar en contacto poco a poco con tu respiración. No tienes que hacer que vaya más rápida o más lenta, simplemente observa el suave subir y bajar de tu respiración en tu pecho y abdomen.

El objetivo del siguiente ejercicio es poder contactar con las emociones que estás sintiendo en este momento, sin luchar o tratar de controlar que no estén.

Es completamente esperado que en este momento tu mente se mueva por pensamientos, preocupaciones, recuerdos... observa que están ahí y permíteles estar, de la forma en que puedas... Sé amable también contigo mismo y permítete contactar con lo que sientes en este momento.

Permítete sentir cómo son esas emociones, sensaciones y pensamientos, en lugar de como piensas que deben ser. Y permíteles estar contigo, no tienes que querer que estén, simplemente permíteles hacerles un espacio.

Quiero que trates de identificar en qué parte de tu cuerpo sientes más esas emociones y coloca ambas manos en esa parte de tu cuerpo.

Finalmente te voy a pedir que imagines que tienes una linterna y puedes alumbrar hacia lo más importante en este momento. Permítete estar presente con los valores más importantes para ti y para tu familiar, a pesar del dolor que están sintiendo en este momento. Conecta con lo que es más importante de hacer justo en este momento junto a \_\_\_\_\_.

Vamos a finalizar el ejercicio realizando dos respiraciones profundas. Inhala... permite sentir cómo el aire entra a través de tus fosas nasales y después exhala suave y lentamente por la boca. Inhala... permítete sentir cómo tu estómago se infla, detenlo por un momento y después exhala.

❖ **Mindfulness: El regalo en la banca (fuente: elaboración propia)**

Te voy a pedir que cierres tus ojos por un momento, vamos a comenzar realizando dos respiraciones profundas. Lleva tu atención hacia tu respiración, Inhala...sostén el aire por un momento y después exhala. Una segunda vez, permítete sentir que el aire entra, recorre tu cuerpo y después sale lenta y suavemente.

Quiero que imagines que estás caminando y llegas a una banca que está en medio del parque. Decides sentarte... pero de pronto te das cuenta de que hay algo que no te deja estar tranquilo. Decides observar si hay algo a tu alrededor, pero no...no es afuera... De pronto volteas hacia ti y te permites descubrir cuáles son esas emociones que han estado contigo estos últimos días. Quizás descubras a la tristeza, a la nostalgia o al enojo... Y por primera vez en mucho tiempo decides no alejarlas, incluso las invitas a que se sienten en la banca donde tú estás...

Y cuando dejas de luchar contra las emociones que sientes, de pronto te das cuenta que no te habías percatado que había un regalo debajo de la banca. Esa persona importante para ti te lo ha dejado. Es un recordatorio, un mensaje importante que no quiere que olvides, ¿cuál es ese valor o mensaje importante que esa persona te ha dejado para seguir?

Y te permites estar ahí, sentado en esa banca con cada una de las emociones y con esos valores del mensaje que te ha dejado tu ser querido.

Vamos a finalizar con dos respiraciones profundas. Inhala... permite sentir cómo el aire entra, recorre tu cuerpo y sale lenta y suavemente. Inhalamos una última vez y exhalamos, sacando todo el aire...

Ve abriendo lentamente tus ojos y regresa al aquí y al ahora.