Modelo de resolución de problemas

Problem solving model

Carolina Núñez-Valencia,[1] Edith Rojas-Castillo,[2] Valentín Lozano-Zavaleta,[3] Jessica Mejía-Castrejón,[1] Gina Carrillo-Navarrete[5]

▷ Resumen

Es ampliamente descrito en la bibliografía que el enfoque cognitivo conductual permite aumentar la autoeficacia y el sentido de control en pacientes oncológicos. El modelo de resolución de problemas permite abordar de forma puntual la problemática del paciente, logrando así resultados favorables en pocas sesiones. El objetivo del presente trabajo es mostrar la aplicación de este modelo con un paciente oncológico hospitalizado. Se describe la formulación del caso, el diseño del tratamiento y los logros terapéuticos, entre los que destaca la adherencia a los tratamientos oncológicos.

Palabras clave: Modelo de resolución de problemas, enfoque cognitivo conductual, leucemia, México.

▷ Abstract

It is widely reported in the literature that the cognitive behavioral approach can increase self-efficacy and sense of control in cancer patients. The model of problem solving allows addressing the problem of the patient, in a timely manner and achieving favorable results in few sessions. The aim of this work is to show the application of this model in a cancer patient during hospitalization. We describe the case formulation, the treatment design and therapeutic achievements, among which adherence highlights.

Keywords: *Model problem solving, cognitive behavioral approach, leukemia, Mexico.*

▷ Introducción

La leucemia mieloide aguda (LMA) es un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la proliferación incontrolada de células progenitoras hematopoyéticas neoplásicas en la médula ósea, con el consecuente deterioro de la producción de la hematopoyesis normal que conduce a neutropenia, anemia y trombocitopenia.[1]

La incidencia anual de leucemia aguda es de 2.4 por cada 100 mil habitantes para todos los grupos de edad; la LMA es el tipo de leucemia más común en la edad adulta y el adulto mayor (90%).[2]

El origen de esta neoplasia es desconocido; no obstante, se ha identificado predisposición genética (síndrome de Down, anemia de Fanconi) y ambiental

1Maestría en psicología residencia en medicina conductual. Facultad de Psicología, UNAM
2Psicóloga adscrita al servicio de psicooncología.
3Médico adscrito al departamento de hematología.
Instituto Nacional de Cancerología.
5Servicio Social. Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Carolina Núñez Valencia. Av. San Fernando N° 22 Col. Sección XVI. México, D.F., 14080. Teléfono: 5628 0400, ext. 251. *Correo electrónico:* nuval_caro@hotmail.com

Tabla 1.
Análisis por áreas y Diagnóstico multiaxial.

Área			
Fisiológica	**Cognitiva**	**Emocional**	**Conductual**
Toxicidad por quimioterapia Neutropenia	Preocupaciones diversas: (Enfermedad, Trabajo, Familia, Amigos, Recursos económicos) Visión en túnel Rumiacion respecto a la enfermedad y tratamiento Desesperanza	Tristeza Ansiedad Anhedonia	Abandono de actividades laborales, sociales y de ocio
Diagnóstico multiaxial			
Eje I	F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo		
Eje II	Z03.2 Sin diagnóstico en el eje II		
Eje III	Leucemia mieloide aguda		
Eje IV	Problemas relativos al grupo de apoyo Problemas relativos al ambiente social Problemas laborales Problemas económicos		
Eje V	51-60		

(radiación ionizante, derivados del benceno, herbicidas). El diagnóstico de LMA exige un examen de sangre periférica y las muestras de médula ósea;[3] para realización de inmunofenotipo estudio morfológico y citogenético.

El tratamiento es sumamente heterogéneo y debe ser individualizado, tomando en cuenta la edad del paciente, alteraciones genéticas y las características particulares de cada caso. El tratamiento consta de dos fases: inducción a la remisión y terapia postremisión (consolidación más intensificación), los pacientes que entran en remisión clínica y hematológica deben recibir uno o varios ciclos de quimioterapia post-remisión.[3] Varios tipos de estrategias postremisión han sido evaluadas, incluso quimioterapia intensiva convencional, tratamiento de mantenimiento prolongado y dosis altas de quimioterapia seguidas de trasplante de células hematopoyéticas autólogo o alogénico.[4]

El manejo de estos pacientes se realiza en colaboración con la unidad de trasplante de medula ósea, con un equipo multidisciplinario que incluya un área de psicooncología.[3]

Existen pocos trabajos publicados que aborden los factores psicológicos que pueden presentarse en pacientes adultos con leucemia, la mayoría de los trabajos se enfocan en población infantil o adolescente, o al proceso particular del trasplante.[5]

Dentro de los trabajos publicados que incluyen a esta población, se han utilizado principalmente modelos psicoeducativos que tienen la finalidad de reducir la ansiedad que proviene de la desinformación.[6]

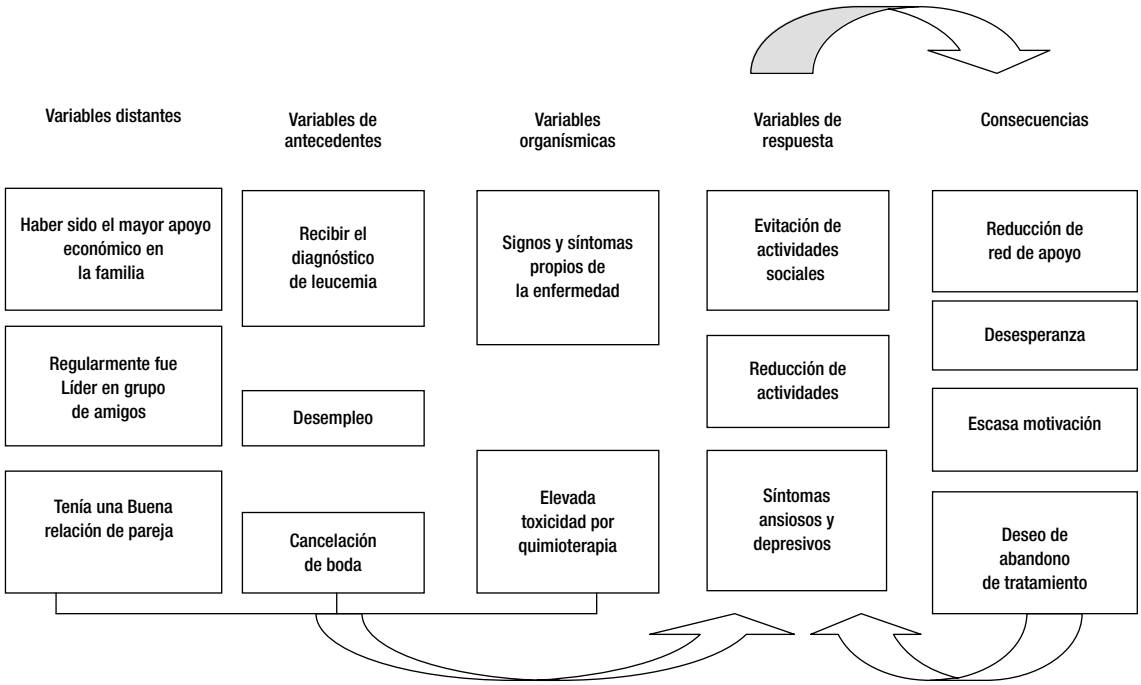
El presente trabajo pretende mostrar la aplicación del modelo de resolución de problemas para la formulación de caso y el diseño del tratamiento, en un paciente oncológico.

▷ Presentación del caso

Mujer de 40 años de edad, soltera, sin hijos, escolaridad técnico en comercio secretarial, actualmente desempleada, con diagnóstico de LMA.

Historia del problema y motivo de consulta: La paciente ingresó al Instituto Nacional de Cancerología en abril de 2010 con diagnóstico de LMA. Inició quimioterapia con fase de inducción a la remisión con esquema siete más tres, posteriormente se ofreció terapia de consolidación con esquema cinco más dos, finalmente inició quimioterapia de intensificación, después del primer ciclo, la paciente cursó con toxicidad por quimioterapia grado III a nivel hematológico y grado II a nivel gastrointestinal. Es en este momento cuando se solicita la interconsulta al servicio de psicooncología; el médico tratante refiere que se observa a la paciente ansiosa y deprimida.

Figura 1.
Mapa Clínico de Patogénesis.



Evaluación: Se atendió la interconsulta en hospitalización. Se realizó examen del estado mental y entrevista semiestructurada; los hallazgos se describen a continuación:

Paciente alerta, orientada en persona, lugar y tiempo, atenta, sin alteraciones de memoria, ni abstracción, no se observan anormalidades en el proceso ni contenido de pensamiento, juicio conservado, tampoco se aprecian problemas en expresión ni comprensión del leguaje. Su discurso es como a continuación se describe: "ya no puedo hacer nada", "estoy siendo una carga para mi familia", "a veces tengo ganas de salir corriendo", "me siento desesperada", "no sé si seguir con el tratamiento", "no quiero hacer nada, no me gusta tejer, ni las manualidades" (sic*)*.

La paciente refiere negarse a que la visiten sus amigos y familiares, ha cancelado su boda la cual estaba próxima.

Niega ideas de muerte y suicidas, así como insomnio y anorexia. No se encuentran datos de alteraciones del estado de ánimo previas. Por fines prácticos no se narran las entrevistadas completas; sin embargo las variables más relevantes se describirán más adelante.

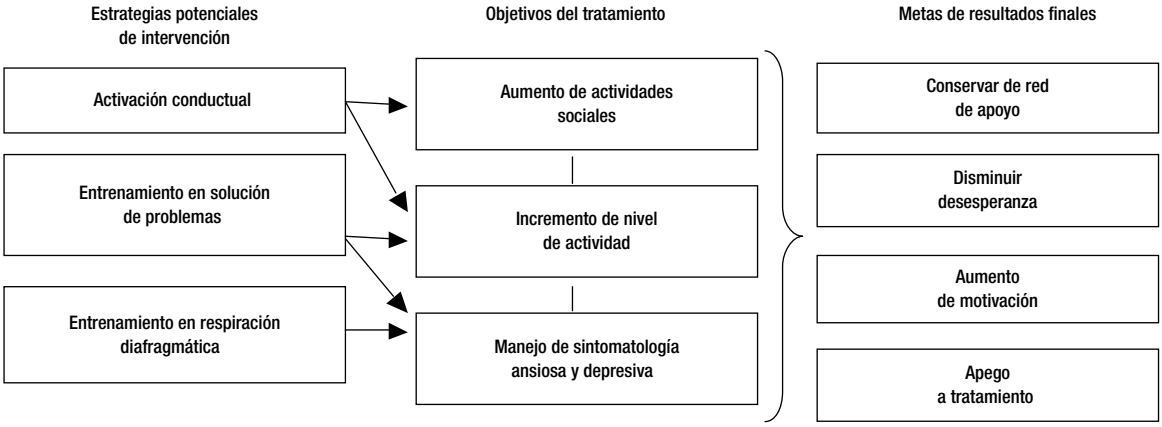
Análisis y descripción de conductas problema: Las observaciones de los problemas de la paciente se analizan en cuatro áreas: fisiológica, cognitiva, emocional y conductual. La evaluación se realizó en sistema multiaxial (**Tabla 1**).[7]

Para la formulación del presente caso se aplicó el modelo de resolución de problemas el cual traza un mapa clínico de patogénesis (**Figura 1**), que consiste en una descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un paciente determinado, y especifica así las relaciones funcionales entre ellas.

Objetivo y plan terapéutico: En el mismo marco de formulación de caso basado en el modelo de resolución de problemas, durante la fase de diseño del tratamiento, se elabora un mapa de alcance de metas (**Figura 2**), el cual es una presentación grafica de la ubicación del paciente y a dónde quiere llegar, de modo que incluye las metas generales de tratamiento, los objetivos, así como los medios específicos para conseguirlos.[8]

Desarrollo del tratamiento: Se llevaron a cabo seis sesiones mientras la paciente estuvo hospitalizada, con una duración aproximada de 40 minutos cada una. Las estrategias utilizadas fueron las descritas en el mapa de alcance de metas; se describe a continuación en qué consiste cada una de ellas, así como los motivos por los cuales se eligieron estas estrategias en particular:

Figura 2.
Mapa de alcance de metas



- Entrenamiento en respiración diafragmática. El entrenamiento en respuesta alternativa, consiste en entrenar a la persona a que participe en respuestas que interfieran o reemplacen a la respuesta no deseada. La relajación se ha empleado de manera amplia como una respuesta que es incompatible, y por tanto, una alternativa para la ansiedad.[9,10] Se eligió este entrenamiento en particular por encima de otras técnicas de relajación por su fácil aplicación en el contexto de hospitalización.

- La activación conductual. Es un enfoque de tratamiento para la depresión que ha recibido en años recientes fuerte apoyo empírico, aún por encima de la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico, incluso en casos de depresión grave.[11,12] Debido a las características de la paciente, se pudo observar que gran parte de la sintomatología ansiosa y depresiva obedece al decremento en actividades, se eligió esta alternativa buscando incrementar su autoeficacia y sentido de control.

- El entrenamiento en solución de problemas. Se define como un proceso meta cognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de estos, bien el carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella. Esta estrategia se ha utilizado con resultados favorables en pacientes psiquiátricos hospitalizados, pacientes con depresión clínica, también se ha aplicado a problemas de adicción, obesidad, estrés y ansiedad, así como problemas maritales.[13] La efectividad demostrada de esta estrategia la vuelve prácticamente necesaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos, además las características cognitivas y de *locus* de control de la paciente permitieron utilizar este entrenamiento.

En todas las sesiones la paciente participo activamente, se mostró motivada al tratamiento y puso en práctica las alternativas que se ofrecieron desde el primer momento.

▷ Resultados

Los resultados a corto plazo fueron los siguientes:

Los síntomas ansiosos en hospitalización disminuyeron, estos datos referidos por la propia paciente y por el médico quien había solicitado la interconsulta. Aceptó recibir visitas de amigos y familiares en hospitalización y posteriormente en su casa. Señaló sentirse motivada para continuar el tratamiento y ante la posibilidad de trasplante. Actualmente continúa apegada al tratamiento.

▷ Discusión

La depresión en pacientes con cáncer ha sido subdiagnosticada y subtratada debido a la creencia de que la depresión es una reacción normal y universal a una enfermedad seria como el cáncer.[14] Con el presente caso se pretende mostrar que la terapia cognitivo conductual es una herramienta eficaz para el control del estado de ánimo de pacientes oncológicos.

La terapia cognitivo conductual es una de las intervenciones psicosociales más usadas en los centros de cáncer en Estados Unidos, debido a que ha demostrado ser efectiva para reducir malestar emocional y para controlar síntomas físicos en el paciente con cáncer, puede ser administrada por periodos breves y es fácilmente aceptada por los pacientes, ya que hace hincapié en el sentido de control personal y de auto eficacia.[15]

En un trabajo elaborado por Baréz y colaboradores analizaron varias de las intervenciones psicológicas que han sido utilizadas en pacientes oncológicos y encontraron un común de nominador en éstas: el sentido de control, el cual se refiere a cuando el individuo juzga que, ante una determinada situación, existe un agente que a través de unos medios, puede conseguir unos resultados. En el caso de la enfermedad oncológica habría sensación de control en el caso de que el paciente juzgara que él mismo (agente) puede sentirse mejor (resultados) si sigue la intervención psicológica que se le propone (medios). En el caso de que el paciente considerase que no hay un agente o unos medios capaces de conseguir el resultado deseado se produciría una sensación de ausencia de control. De modo que aumentar el juicio de control del individuo oncológico lograría reducir el impacto emocional y la incertidumbre, potenciando la autoeficacia del individuo.[16]

Por último, es importante destacar las limitaciones del presente trabajo, entre ellas, que no se aplicaron pruebas psicológicas, tanto la evaluación como los resultados se obtuvieron en entrevista, aunque es una herramienta válida carece de la evidencia de un cuestionario ya que estas no fueron grabadas. Por otra parte, sería conveniente una evaluación a largo plazo que permita observar el mantenimiento de los logros terapéuticos. Se invita al lector a enfocar su atención en el modelo utilizado en este caso cuya finalidad es mostrar cómo realizar una intervención psicológica estructurada.

▷ Conclusiones

Utilizando el modelo propuesto en el presente trabajo para la formulación de caso, es posible lograr los objetivos terapéuticos en pocas sesiones, lo cual es sumamente importante en esta población, debido a variables como: condición física, tratamiento médico y contexto hospitalario.

Referencias

1. McCulloch E. Stem cells in normal and leukemic hemopoiesis. Blood 1983;62:1-13.
2. Kessler CM. Propensity for hemorrahage and thrombosis in chronic myeloproliferative disorders. Semin hematol 2004;41(Suppl3):10-14.
3. Fey M, Dreyling M. Acute myeloblsatic leukemia in adults patients: ESMO Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. An Oncol 2008;19(Suppl2):58-59.
4. Döhner H, Estey E, Amadori S, et al. Diagnosis and management of acute myeloid leukemia in adults: recommendations from an international expert panel, on behalf of the European LeukemiaNet. Blood 2010;115:453-74.
5. Arranz P, Ulla S, Coca C. Leucemias, linfomas y mielomas. En: Die Trill M. Psico-oncología. Madrid: Ades ediciones, 2003;pp:225-238.
6. De Linares S, Moratalla A, Romero A, et al. Información, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en estudio de intervención psicológica. Psicooncologia 2007;4:97-109.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV TR). Washington: American Psychiatric Association; 2002.
8. Nezu A, Nezu C, Lombardo E. Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Editorial El Manual Moderno; 2006.
9. Kazdin A. Modificación de la conducta y sus aplicaciones practicas. México: Editorial El Manual Moderno; 2000.
10. Ellis A. Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2000.
11. Dimidjian S, Martell Ch, Addis M, Herman R. Behavioral Activation for Depression. En: Barlow D. Clinical Handbook of Psychological disorders. New York: The Guilford press, 2008;pp:328.
12. Kanter J, Manos R, Bowe W, et al. What is behavioral activation? Clinical Psychology Review 2010;30:608-620.
13. Nezu A, Nezu C. Entrenamiento en solución de problemas. En: Caballo V. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI editores, 1991; pp:527.
14. Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. J Psychosom Res 1998;45:215–237.
15. Murillo M, Alarcón A. Tratamientos psicosomáticos en el paciente con cáncer. Rev Colom Psiquiatr 2006;35:92-111.
16. Bárez M, Blasco T, Fernández J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. An Psicol 2003;19:235-246.