

International Journal of Health Science

ISSN 2764-0159

vol. 6, n. 2, 2026

... ARTICLE 7

Acceptance date: 26/01/2026

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DOMICILIARIA SISTÉMICA ESTRATÉGICA EN ADULTOS MAYORES CON CÁNCER Y SU FAMILIA

Jazmín Guadalupe Rentería Frayde

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Nayarit.

Estudiante de posgrado de la Maestría en Terapia Sistémica por la Universidad Autónoma de Nayarit.

<https://orcid.org/0009-0001-3838-0622>

*Marcela Rábago de Ávila

Doctora en Psicología por la Universidad de Baja California

<https://orcid.org/0000-0001-9538-8033>

*Autor de correspondencia

Luis Alberto Zepeda Vergara

Maestro en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Nayarit

<https://orcid.org/0009-0000-0022-2912>

Sandra González Castillo

Doctora en Educación y Tecnología Educativa por el Instituto Tecnológico de Ciencias y Arte

<https://orcid.org/0000-0002-9470-5452>



All content published in this journal is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

Financiamiento

Este trabajo fue realizado con financiamiento de **SECIHTI**, como parte de los apoyos otorgados a estudiantes de posgrado.

Resumen: El cáncer en la adultez mayor impacta de manera significativa tanto a la persona diagnosticada como a su sistema familiar, al generar cambios en roles, organización cotidiana y dinámicas relacionales. Pese al amplio conocimiento sobre el impacto de la enfermedad en la familia, persiste la escasez de protocolos de intervención que integren de forma sistemática el contexto relacional y el entorno domiciliario, especialmente en población adulta mayor con barreras de acceso a servicios de salud mental. El objetivo de este artículo es describir y fundamentar un protocolo de intervención domiciliaria sistémica estratégica, basado en el modelo de Jay Haley, así como detallar el diseño propuesto para su evaluación empírica posterior mediante un diseño de caso único pretest–postest. El protocolo se orienta a la reducción de síntomas de ansiedad y depresión y a la mejora de la calidad de vida del adulto mayor y de al menos un familiar conviviente. La intervención se estructura en siete sesiones semanales con directivas terapéuticas dirigidas a interrumpir secuencias relacionales que mantienen el malestar emocional. Este trabajo aporta un modelo clínico manualizado y replicable, aplicable en contextos comunitarios y de atención pública, que favorezca el acceso a servicios psicológicos para adultos mayores con cáncer y sus familias, fortaleciendo los recursos relacionales y los procesos de afrontamiento ante la enfermedad.

Palabras clave: Terapia familiar sistémica; intervención domiciliaria; adulto mayor; cáncer; modelo estratégico.

Introducción

La enfermedad oncológica en el adulto mayor impacta de manera significativa tanto a la persona que recibe el diagnóstico como a su contexto familiar, al generar cambios en la organización cotidiana, los roles y las dinámicas relacionales durante el curso de la enfermedad. En este escenario, la atención psicológica requiere considerar no solo la sintomatología ansiosa y depresiva, sino también el contexto familiar y el entorno domiciliario en el que se desarrolla el cuidado, particularmente cuando existen comorbilidades, limitaciones funcionales y barreras estructurales para el acceso a servicios de salud mental.

La evidencia disponible muestra que las intervenciones psicológicas en oncología se han centrado predominantemente en enfoques individuales, especialmente cognitivo-conductuales y de tercera generación, con alta frecuencia de estrategias como activación conductual, terapia de aceptación y compromiso y mindfulness (Instituto Max Weber, 2018; Muñoz, 2024). Aunque estos modelos han demostrado eficacia para reducir malestar emocional, se ha señalado escasez de intervenciones que integren de forma sistemática el contexto familiar y relacional del paciente, a pesar de que la enfermedad repercute directamente en la organización y las relaciones del sistema familiar (Instituto Max Weber, 2018; Muñoz, 2024).

En paralelo, la terapia familiar sistémica ha mostrado impacto positivo ante diversas problemáticas de salud, con evidencia de efectividad clínica y ventajas de rentabilidad frente a intervenciones individuales o mixtas (Carr, 2016; Crane y Payne, 2011; Shadish y Baldwin, 2003). Sin embargo, en oncología la literatura continúa siendo limitada y

heterogénea, y en varios casos reporta descripciones incompletas de componentes terapéuticos, así como escasa documentación de resultados en otros miembros de la familia, lo que dificulta demostrar el cambio a nivel sistémico (Hartmann et al., 2010; Carr, 2018; Forbat, 2020; Huang et al., 2023). Esta limitación se vuelve especialmente relevante en el adulto mayor, en quien se incrementan los retos de acceso a intervenciones psicológicas debido a condiciones médicas coexistentes y restricciones de movilidad, además de que se ha subrayado la necesidad de ampliar investigación sobre el impacto psicosocial del tratamiento oncológico en este grupo (O'Keefe et al., 2024).

En el contexto local, el envejecimiento poblacional y la mayor incidencia de cáncer en edades avanzadas refuerzan la pertinencia de modelos de intervención adaptados a necesidades del adulto mayor (INEGI, 2021; NIH, 2021). En México se ha descrito la necesidad de aumentar el acceso a servicios de salud mental en población oncológica (Galindo et al., 2015) y se han reportado necesidades insatisfechas dentro de sistemas públicos, particularmente en la atención psicológica (Dobova y Pérez, 2020). Si bien se han impulsado esfuerzos de atención en el domicilio, la implementación en el ámbito público sigue siendo limitada y, en oncología, la atención domiciliaria se ha centrado con mayor frecuencia en etapas paliativas (PROGRAMAS PARA EL BIENESTAR, 2024; Allende et al., 2013). Aunado a ello, la literatura subraya que la enfermedad crónica requiere atender a la familia desde el diagnóstico y a lo largo del proceso, debido a su rol central en la adaptación, la organización del cuidado y el afrontamiento (Rolland, 2000; Rolland, 2005). En México, donde la familia suele constituir un pilar del cuida-

do del adulto mayor, estas consideraciones adquieren especial relevancia (López, 2016).

En términos clínicos, las personas con cáncer presentan más alteraciones emocionales que la población general, y en el adulto mayor el diagnóstico se acompaña de retos adicionales vinculados a vulnerabilidad, costos, efectos del tratamiento y condiciones propias de la edad (Instituto Max Weber, 2018; Mithesh y Sheelam, 2023). En pacientes oncológicos se han reportado síntomas de ansiedad y depresión (Hernández y Cruzado, 2013; Walker et al., 2021; Machado et al., 2024), y se ha descrito relación entre depresión y avance de la edad (Goldzweig et al., 2018), en un contexto de comorbilidad, polifarmacia y deterioro funcional frecuente (Mangoni et al., 2016). No obstante, el adulto mayor con cáncer puede tener menor probabilidad de recibir atención psicológica adecuada y adaptada en comparación con pacientes jóvenes, debido a limitaciones del sistema, estigmas y escaso abordaje gerontológico, lo que favorece intervenciones estandarizadas no ajustadas a la etapa de vida (Surbone et al., 2007; Alon, 2011).

El impacto se extiende a la familia. Se han descrito repercusiones psicológicas y emocionales en el entorno familiar tras el diagnóstico (Guillén et al., 2018; Choudry et al., 2024), así como mayores desafíos cuando el cáncer ocurre en el adulto mayor por comorbilidades preexistentes (Glajchen, 2004). Rolland (2000) destaca la presión sobre hijos e hijas que cuidan a padres ancianos mientras afrontan demandas de otras etapas del ciclo vital. Además, se ha reportado presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en cuidadores familiares (Adams et al., 2014) y se ha señalado que la carga del cuidador se relaciona con su estado emo-

cional y con la calidad de vida del paciente, recomendándose intervenciones basadas en la familia o centradas en la pareja (Tan et al., 2017). Cuando el contexto familiar no se integra al proceso, pueden observarse mayores dificultades y menor soporte percibido (Lanzarote y Torrado, 2009; Guillén et al., 2018).

En Nayarit, el adulto mayor con cáncer recibe atención psicológica en el Centro Estatal de Cancerología de Tepic, donde el modelo predominante en el sector público es el cognitivo-conductual, implementado con frecuencia de manera individualizada, sin integrar de forma sistemática el contexto familiar. Asimismo, la atención domiciliaria se orienta principalmente a etapas paliativas, lo que limita el acceso para adultos mayores con comorbilidades o dificultades de movilidad. De manera concurrente, la literatura reporta poca actividad, heterogeneidad y descripciones incompletas de intervenciones familiares en cáncer, además de escasez de propuestas específicas para adulto mayor (Forbat, 2020).

En conjunto, estas condiciones configuran un vacío clínico y científico: la ausencia de protocolos domiciliarios con enfoque sistémico-estratégico dirigidos al adulto mayor con cáncer y a sus familiares convivientes, que describan con claridad sus componentes y cuenten con un diseño metodológico replicable. En este sentido, el presente trabajo corresponde a un **artículo metodológico**, cuyo propósito es describir y fundamentar un protocolo de intervención domiciliaria sistémica estratégica, así como detallar su diseño para su evaluación empírica posterior.

Planteamiento del problema

Pregunta de investigación

¿Cómo se estructura y fundamenta un protocolo de intervención domiciliaria sistémica estratégica, basado en el modelo de Jay Haley, dirigido a adultos mayores con cáncer y sus familiares convivientes atendidos en el Centro Estatal de Cancerología de Nayarit?

Objetivo general

Describir y fundamentar un protocolo de intervención domiciliaria sistémica estratégica, basado en el modelo de Jay Haley, dirigido a adultos mayores con cáncer y sus familiares convivientes, así como detallar su diseño metodológico para su evaluación posterior.

Objetivos específicos

- Diseñar un protocolo de intervención domiciliaria fundamentado en el modelo estratégico de Jay Haley.
- Describir la estructura de la intervención mediante sesiones de terapia familiar sistémica en el hogar.
- Detallar el diseño metodológico propuesto para la futura evaluación de cambios en calidad de vida y sintomatología ansiosa y depresiva.

Hipótesis de trabajo (para evaluación posterior)

Desde un enfoque estratégico centrado en la reducción del síntoma y la modificación de secuencias de interacción, se plantea

como hipótesis de trabajo que la intervención domiciliaria sistémica estratégica podría producir un aumento en la calidad de vida y una disminución en los síntomas de ansiedad y depresión del adulto mayor con cáncer y de al menos un familiar conviviente entre el pretest (T0) y el postest (T1), lo cual será evaluado en estudios posteriores.

Alcances y delimitaciones

El protocolo se circunscribe a adultos mayores (≥ 60 años) con diagnóstico de cáncer y a familiares convivientes adultos (≥ 18 años) atendidos en el Centro Estatal de Cancerología de Nayarit. Se reconoce como limitación el diseño de caso único propuesto para su futura evaluación, por lo que se sugiere que investigaciones posteriores amplíen la muestra e incorporen comparaciones metodológicas que fortalezcan la evaluación de eficacia.

Marco teórico

La enfermedad oncológica constituye un evento crítico que impacta de manera significativa tanto a la persona diagnosticada como a su sistema familiar. En el adulto mayor, la incidencia del cáncer es más elevada debido a la acumulación de factores de riesgo y al declive en los mecanismos de reparación celular asociados al envejecimiento (OMS, 2025). Más allá de sus implicaciones biomédicas, el cáncer genera alteraciones emocionales, cambios en la organización cotidiana y redistribución de roles, lo que transforma las dinámicas relacionales del sistema familiar.

Desde una perspectiva relacional, la enfermedad no se concibe como un fenómeno exclusivamente individual, sino como

un proceso que atraviesa al sistema familiar en su conjunto. Rolland (2000, 2005) plantea que las familias enfrentan la enfermedad como un proceso evolutivo que exige ajustes continuos en cohesión, comunicación y estructura, siendo la capacidad de reorganización un factor protector frente al impacto emocional del diagnóstico.

En el marco del desarrollo del ciclo vital, el adulto mayor constituye una población particularmente vulnerable. La psicología del desarrollo del ciclo de vida sostiene que el desarrollo humano es un proceso continuo influido por factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Baltes, 1987, como se citó en Papalia et al., 2009). En la adultez tardía se presentan pérdidas significativas, cambios en la salud, mayor dependencia funcional y una confrontación más cercana con la finitud, condiciones que pueden intensificar la vivencia del cáncer. En este sentido, el diagnóstico oncológico puede comprenderse como un acontecimiento no normativo que irrumpe en el curso esperado del ciclo vital, demandando recursos adaptativos extraordinarios tanto del paciente como de su familia (Baltes et al., 1980, como se citó en Papalia et al., 2009).

En el contexto mexicano, la familia representa una red de apoyo fundamental para el adulto mayor, particularmente en estructuras familiares extensas donde el cuidado suele recaer en hijos e hijas u otros parientes cercanos (López, 2016). Este entramado relacional puede funcionar como factor protector, pero también convertirse en fuente de tensión y sobrecarga ante la enfermedad crónica, lo que justifica la pertinencia clínica de la intervención familiar.

Desde los fundamentos sistémicos, la familia se comprende como una totalidad organizada donde los cambios en un miem-

bro repercuten en el conjunto (Bertalanffy, 1945, como se citó en Cavani, 2018). A partir de los aportes de Bateson y el grupo de Palo Alto, se consolida una epistemología circular que entiende el síntoma dentro de patrones comunicacionales y organizacionales del sistema, superando la lógica causal lineal (Keeney, 1994). La Teoría de la Comunicación Humana aporta principios para comprender cómo ciertas pautas relacionales mantienen el malestar, mientras que la cibernética introduce el concepto de retroalimentación como mecanismo regulador del cambio (Cavani, 2018).

En el abordaje de enfermedades crónicas, la terapia familiar sistémica ha mostrado eficacia para favorecer procesos de adaptación y afrontamiento (Rolland, 2000). Las familias funcionales no se definen por la ausencia de problemas, sino por su capacidad para resolverlos de manera colaborativa (Epstein et al., 1993, como se citó en Rolland, 2000). En oncología, este enfoque permite comprender cómo el diagnóstico activa crisis familiares que reconfiguran roles, jerarquías y patrones de comunicación, donde la ansiedad y la depresión pueden emerger como expresiones relacionales frente a la incertidumbre, la sobreprotección o la sobrecarga del cuidador.

La presente investigación se fundamenta en el modelo estratégico de Jay Haley, caracterizado por su orientación pragmática y centrada en la resolución de problemas. Haley (1980) concibe la terapia como un proceso activo donde el terapeuta diseña estrategias específicas para modificar las secuencias interaccionales que mantienen el síntoma. Desde este enfoque, el síntoma se entiende como la cristalización de una secuencia relacional dentro de un sistema social (Haley, 1980).

La intervención estratégica se centra en el presente, en conductas observables y en las soluciones intentadas que perpetúan el problema. El objetivo terapéutico es interrumpir dichas secuencias mediante directivas y tareas entre sesiones que generen comportamientos diferentes (Haley, 1980). En el contexto del adulto mayor con cáncer, la ansiedad y la depresión se comprenden como respuestas funcionales del sistema frente a la crisis de la enfermedad, señalando dificultades para atravesar una etapa del ciclo vital (Haley, 2007).

Aunque el modelo estratégico no se centra en categorías diagnósticas, resulta pertinente evaluar el impacto de la intervención mediante indicadores cuantificables. La ansiedad y la depresión se reconocen como problemáticas frecuentes en pacientes oncológicos y cuidadores (OMS, 2025; APA, 2014). Asimismo, la calidad de vida se incorpora como un indicador funcional que permite verificar si la reducción del malestar emocional se traduce en mejoras relevantes en la vida cotidiana. La OMS (2012) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro de su contexto cultural y de valores.

Desde este marco, se asume que la modificación de patrones relacionales disfuncionales mediante intervenciones estratégicas puede impactar positivamente tanto en el bienestar emocional como en la calidad de vida del adulto mayor y su sistema familiar.

Metodología

Diseño y enfoque

El estudio seguirá un enfoque cuantitativo aplicado, con medición de variables mediante instrumentos estandarizados

(Hernández et al., 2010). Se utilizará un diseño de caso único A–B (pretest–postest), donde A correspondió a la línea base (T0) y B a la implementación de una intervención domiciliaria sistémica-estratégica con evaluación posterior (T1) en una unidad de análisis familiar. La interpretación de resultados se realizará mediante análisis descriptivo visual (tablas y gráficas), priorizando dirección y magnitud del cambio entre T0 y T1, sin pruebas inferenciales (León y Montero, 2003). En caso de contingencias que impidieran concluir con la familia, se consideró un reemplazo como caso independiente (N = 1), con nuevo T0 y reporte separado (León y Montero, 2003).

Participantes y criterios.

La muestra será probabilística por juicio. Se incluye una sola familia con un adulto mayor (≥ 60 años) con diagnóstico oncológico atendido en el Centro Estatal de Cancerología de Nayarit y con convivencia familiar. Los familiares se consideran participantes únicamente si eran ≥ 18 años.

Criterios de inclusión: cohabitación con sistema familiar (nuclear o extenso), disponibilidad para siete sesiones domiciliarias semanales, vivienda ubicada dentro de un radio máximo de ≤ 5 km, y presencia del paciente y al menos un familiar adulto en la Visita 0 (T0).

Criterios de exclusión: etapa paliativa/terminal o inestabilidad clínica, imposibilidad logística, ausencia de consentimiento, psicoterapia concurrente no compatible, tratamiento farmacológico psiquiátrico activo o detección de riesgo alto en salud mental/seguridad, activando derivación y salida del protocolo por seguridad.

Instrumentos

La evaluación se orienta a cuantificar síntomas y documentar cambio pre–post, sin fines diagnósticos categoriales (Haley, 1980, 1987).

Paciente: HADS (ansiedad y depresión) validada en población oncológica mexicana (Galindo et al., 2015) y FACT-G (calidad de vida) (Cella et al., 1993; FACIT, 2012; FACIT group, 2025).

Familiares convivientes ≥ 18 años: BAI (ansiedad) (Beck et al., 1988; Padros et al., 2020), BDI-II (depresión) (Sanz et al., 2003; Estrada Aranda et al., 2015) y FACIT-GP (calidad de vida en población general) (Galindo Vázquez et al., 2022; FACIT, 2012; FACIT group, 2025).

Procedimiento

Tras autorización institucional, el servicio de Psicología identifica posibles participantes conforme a criterios clínicos y de cohabitación. Se realiza una preconsulta telefónica para explicar el estudio y agendar la Visita 0 (T0). En domicilio se obtiene consentimiento de valoración y se aplican instrumentos T0 al paciente y al menos un familiar adulto; posteriormente, con elegibilidad confirmada, se recaban consentimientos de intervención y se completa T0 con el resto de convivientes adultos. La intervención consiste en siete sesiones semanales domiciliarias (60–90 minutos) basadas en terapia estratégica, con tareas entre sesiones. La evaluación T1 se aplicará una semana después de la sesión 7, utilizando los mismos instrumentos.

Análisis de datos

Se realizará análisis descriptivo pre-post (T0 vs. T1), con tablas por participante y gráficas para ansiedad, depresión y calidad de vida; se consideran puntos de corte cuando aplica (León y Montero, 2003; Cella et al., 1993; FACIT, 2012).

Consideraciones éticas

El estudio se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud, 1987) y a la Guía nacional para Comités de Ética en Investigación (Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Bioética, 2018). La participación es voluntaria, con consentimiento informado por escrito, confidencialidad mediante codificación y resguardo seguro de registros. Se contempla contención clínica y derivación ante riesgo elevado. Los menores que pudieran estar presentes no se consideran participantes de investigación ni se les aplican instrumentos.

Protocolo de intervención domiciliaria sistémica estratégica

La intervención consistirá en un protocolo de terapia familiar sistémica estratégica en modalidad domiciliaria, estructurado en siete sesiones semanales (60–90 minutos), con asignación de directivas entre sesiones. El enfoque se desarrolla con un estilo directivo–colaborativo, centrado en clarificar el problema en secuencias observables, operacionalizar metas y prescribir tareas específicas para interrumpir patrones relacionales que sostienen la sintomatología ansiosa y/o depresiva en el adulto mayor con cáncer y, al menos, un familiar conviviente (Haley,

1980, 1987). Para favorecer una lectura circular del sistema, se emplean preguntas lineales, circulares y reflexivas, priorizando descripciones conductuales y evitando explicaciones causales extensas (Tomm, 1987).

Sesión 1. “La primera entrevista”. Objetivo: establecer encuadre directivo, clarificar el problema en secuencias observables y roles, acordar metas operacionales y asignar una primera directiva. Se delimita el síntoma en términos de frecuencia, duración y condiciones de aparición, incorporando participación de cada miembro y favoreciendo la formulación del problema en función del sistema. Directiva: “Registro mi entorno familiar”, orientada a que cada integrante registre momentos en que aparezcan ansiedad o tristeza, el contexto y la respuesta del entorno (Haley, 1980, 1987; Tomm, 1987, Cerón, 2024).

Sesión 2. “Definición del síntoma en la dinámica familiar”. Objetivo: definir el síntoma de ansiedad y/o depresión presente en el adulto mayor y en al menos un miembro de la familia, identificando cómo conductas y reacciones recíprocas contribuyen a mantenerlo, preparando la co-construcción metafórica del sistema en la siguiente sesión. Se explora el síntoma en la relación paciente–familiar mediante preguntas circulares y reformulación relacional, identificando una secuencia circular y visibilizando funciones protectoras sin intentar resolver el ciclo de forma inmediata. Directiva: “Observo mi entorno familiar” consiste en observación dirigida de señales y momentos de activación del malestar, sin intentar modificarlos, incorporando preguntas estratégicas para facilitar representación simbólica posterior (Haley, 1980, 1987; Tomm, 1987, Cerón, 2024).

Sesión 3. “Reencuadre estratégico del síntoma”. Objetivo: co-construir dos señales o códigos breves para nombrar ansiedad y depresión/tristeza, de modo que la familia reconozca más rápido su aparición y coordine una respuesta diferente. Se trabaja la búsqueda de metáforas familiares y la creación de una metáfora compartida para cada estado afectivo relevante. Directiva: “Canasta familiar: aquí estamos”, un recurso operativo para activar acompañamiento concreto (p. ej., objeto manipulable, agua, notas breves, aroma, presencia silenciosa), vinculado al uso de la frase-señal y orientado a reducir discusión y aumentar coordinación (Haley, 1980; Tomm, 1987, Cerón, 2024).

Sesión 4. “Señales en acción y observación de secuencias”. Objetivo: observar el uso de señales/códigos durante la semana, identificando cooperación, resistencia y patrones de interacción para ajustar secuencias. Se revisa la implementación de la canasta y se ofrece retroalimentación descriptiva, enfatizando lo funcional sin atribuir causalidades. Directiva: “Círculo estratégico: lo que quiero/necesito y lo que puedo dar”, una tarea estructurada de comunicación breve basada en turnos, enunciados en primera persona, focalización en el presente y concreción conductual, con un interventor que detiene generalizaciones o reproches y solicita reformulación (Haley, 1980; Tomm, 1987, Cerón, 2024).

Sesión 5. “Secuencia y jerarquía: coaliciones y triangulaciones (detección y reestructuración)”. Objetivo: identificar coaliciones/triangulaciones que incrementan ansiedad o tristeza y acordar un contrato situacional para interrumpir la pauta en casa. Se utilizan preguntas detonadoras para mapear triadas y una micro-escena breve para reproducir el inicio del patrón, realizando

un ajuste mínimo en la interacción (p. ej., sostener diadas sin mediación inmediata, limitar intervención de terceros, pausas breves si aumenta el tono). Directiva: “Contrato familiar de interacción”, con acuerdos explícitos sobre temas en diadas, rol de terceros, reglas de turno, no traducción/hablar por otros y condiciones de cierre de conversación (Haley, 1980; Tomm, 1987, Cerón, 2024).

Sesión 6. “Secuencia, funciones prácticas y afectivas”. Objetivo: redistribuir funciones prácticas y afectivas, diferenciando cuidado físico y acompañamiento emocional, promoviendo equilibrio entre carga y apoyo. Se elabora un mapa breve de tareas del día a día y apoyos para el ánimo/convivencia, definiendo criterios y señales para relevos, y priorizando acuerdos mínimos. Directiva: “Mi libro familiar”, un recurso doméstico para organizar roles, relevos, acuerdos prácticos y afectivos, información clínica logística (citas, medicamentos, contactos) y recordatorios breves de interacción, promoviendo continuidad sin sobrecargar a un solo cuidador (Haley, 1980; Tomm, 1987; Rolland, 2000, Cerón, 2024).

Sesión 7. “Cierre estratégico y prevención de recaídas”. Objetivo: consolidar cambios, devolver control del manejo del malestar y prevenir recaídas sin conceptualizarlas como fracaso, cerrando el proceso con criterios de reactivación del apoyo familiar. Se trabaja la recuperación circular de logros y el “aliento estratégico a la recaída”, anticipando la posible reaparición de ansiedad o tristeza. Directiva: “Carta desde el futuro”, orientada a fijar conductas útiles observadas, reconocer recursos personales y familiares y generar recomendaciones concretas para repuntes, integrándose al “Libro familiar” como sección de mantenimiento. Se realiza

ritual de cierre y se define criterio de contacto futuro (Haley, 1980, 1987; Tomm, 1987, Cerón, 2024).

Este artículo presenta un protocolo manualizado de intervención domiciliaria sistémica estratégica dirigido a adultos mayores con cáncer y sus familias, fundamentado teóricamente y descrito de manera replicable. Su aportación radica en ofrecer un modelo clínico aplicable en contextos con barreras de acceso a servicios psicológicos. Investigaciones posteriores evaluarán empíricamente su eficacia mediante diseños pre-post y muestras ampliadas.

Referencias

- Adams, R. N., Mosher, C. E., Cannady, R. S., Lucette, A., y Kim, Y. (2014). Caregiving experiences predict changes in spiritual well-being among family caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1178–1184. <https://doi.org/10.1002/pon.3558>
- Allende, S., Ortega, L., Verástegui, E., Domínguez, G., Monreal, E., y Ascencio, L. (2013). La pieza perdida en la medicina actual: atención domiciliaria a pacientes paliativos oncológicos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(4), 229–233. <https://www.elsevier.es/en-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-la-pieza-perdida-medicina-actual-X1665920113269803>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Carr, A. (2016). How and why do family and systemic therapies work? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37(1), 37–55. <https://doi.org/10.1002/anzf.1135>
- Carr, A. (2018). Couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12225>
- Cavani, G. (2018). *La epistemología sistémica como fundamento de la terapia familiar*. <https://pdfcoffee.com/la-epistemologia-sistemica-como-fundamento-de-la-terapia-familiar-separata-2018-8-pdf-free.html>
- Cella, D., Tulsky, D., Gray, G., Serafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S., Winicour, P., y Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570–579. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
- Cerón Ruiz, P. I. (2024). *Relación entre la terapia estratégica de Haley y la sintomatología ansiosa mediada por el apego* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM. <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000863206>
- Choudry, M., Murray, N., Dindinger-Hill, K., Ambrose, J., Hunt, T., Horns, J., Martin, C., Haaland, B., Lowrance, W., Hanson, H., Matern, R., Cartwright, P., y O’Neil, B. (2024). Genitourinary cancer and family: The reverberating psychological and cardiovascular effects of a diagnosis. *Cancer*, 130(23), 4061–4070. <https://doi.org/10.1002/cncr.35486>
- Crane, D. R., y Payne, S. H. (2011). Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 273–289. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x>

Doubova, S., y Pérez-Cuevas, R. (2020). Association of supportive care needs and quality of patient-centered cancer care with depression. *Psycho-Oncology*, 30(4), 429–631. <https://doi.org/10.1002/pon.5608>

Estrada Aranda, B. D., Delgado Álvarez, C., Landero Hernández, R., y González Ramírez, M. T. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125–136. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.ppmB>

FACIT. (2012, June 19). *FACIT Multilingual Translation Project: Certified translation—FACT-G, Spanish*. <https://www.facit.org>

FACIT.org. (s. f.). *Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G)*. <https://www.facit.org/measures/fact-g>

Forbat, L. (2020). The role and value of family therapy for people living with cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 14(3), 263–269. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000504>

Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J., Álvarez, M., y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la HADS. *Salud Mental*, 38(4), 253–258. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>

Galindo, O., Mendoza, L., Flores, J., Núñez, J., Calderillo, G., Meneses, A., y Lerma, A. (2022). Propiedades psicométricas del FAC-T-GP. *Ciencias Psicológicas*, 16(2). <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2732>

Glaichen, M. (2004). The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *Journal of Supportive Oncology*, 2(2), 145–155.

Goldzweig, G., Baider, L., Rottenberg, Y., Andritsch, E., y Jacobs, J. (2018). Is age a risk factor for depression among the oldest old with cancer? *Journal of Geriatric Oncology*, 9(5), 476–481.

Guillén, R., Quiroz, S., y Zambrano, J. (2018). Orientación psicosocial a familias con cáncer. *Mikarimin*, 5(1), 17–28.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu.

Haley, J. (1987). *Estrategias en psicoterapia*. Ediciones Toray.

Haley, J. (2007). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu.

Hartmann, M., Bätzner, E., Wild, B., Eisler, I., y Herzog, W. (2010). Effects of family interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 136–148. <https://doi.org/10.1159/000286958>

Hernández, M., y Cruzado, J. (2013). Atención psicológica en cáncer. *Clínica y Salud*, 24(1), 1–9. <https://doi.org/10.5093/cl2013a1>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.ª ed.). McGraw-Hill.

Huang, D., Yang, L., Peng, N., y Wang, R. (2023). Effect of systemic family psychotherapy. *Asian Journal of Surgery*, 47(2), 1113–1114. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2023.10.132>

Instituto Max Weber. (2018). *La atención psicológica al paciente de cáncer en España*. Fundación Mylan.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Estadísticas sobre personas adultas mayores*. <https://www.inegi.org.mx>

Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Paidós.

Lanzarote, D., y Torrado, E. (2009). Orientación y psicoterapia familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 457–471.

León, O. G., y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación* (3.ª ed.). McGraw-Hill.

López, H. (2016). Los once tipos de familias en México. *Datos Diagnósticos y Tendencias*, (47), 26–31.

Machado, L. C. de S., Guimarães, I. M. de O., Leão, L. C. da S., Silva, G. G., y Camargo Júnior, E. B. (2024). Ansiedade e depressão em pacientes com câncer. *Cogitare Enfermagem*, 29, e92059. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92059>

Mangoni, A., Ruxton, K., Mislant, A., y Biganzoli, L. (2016). Chronic conditions and cancer. En *Cancer and Chronic Conditions* (pp. 421–454). Springer.

Mithesh, M., y Sheelam, P. (2023). Psychological perspectives on aging minds and cancer. *International Journal of Current Science Research and Review*, 6(12), 8237–8245.

Muñoz Marcos, C. Y. (2024). *Eficacia de los modelos de intervención psicológica* [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo.

National Cancer Institute. (2021). *Age and cancer risk*. <https://www.cancer.gov>

O’Keefe, K., Chen, M., Lesser, K., DuVall, A., y Dils, A. (2024). Treating mental health in older cancer patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7), 881. <https://doi.org/10.3390/ijerph21070881>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *WHOQOL: Measuring quality of life*. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Trastornos depresivos*. <https://www.who.int>

Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. McGraw-Hill.

PROGRAMAS PARA EL BIENESTAR. (2024). *Salud casa por casa*. <https://programasparaelbienestar.gob.mx>

Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Gedisa.

Rolland, J. (2005). Cancer and the family. *Cancer*, 104, 2584–2595. <https://doi.org/10.1002/cncr.21489>

Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del BDI-II. *Clínica y Salud*, 14(3), 249–280.

Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación*.

Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Bioética. (2018). *Guía nacional para Comités de Ética en Investigación* (6.ª ed.).

Shadish, W. R., y Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 547–570.

Surbone, A., Kagawa-Singer, M., Terret, C., y Baidier, L. (2007). The illness trajectory of elderly cancer patients. *Annals of Oncology*, 18(4), 633–638.

Tan, J.-Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M., y Yorke, J. (2017). Burden and emotional distress in caregivers. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12691.

Tomm, K. (1987). Interventive interviewing. *Family Process*, 26(1), 3–13.

Walker, Z. J., Xue, S., Jones, M. P., y Ravindran, A. V. (2021). Depression and anxiety in cancer. *JCO Global Oncology*, 7, 1233–1250.