

01968



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

15

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:  
MÓNICA ALICIA LIMONES VALENCIA**

**DIRECTOR DEL INFORME:  
DRA. DOLORES MERCADO CORONA**

**COMITÉ TUTORIAL:**

- TITULAR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
- TITULAR: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
- SUPLENTE: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMAN
- TITULAR: MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA
- SUPLENTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
- TITULAR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



MÉXICO, D.F.

2002

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



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.

## DEDICATORIAS:

A todos los que me apoyaron para alcanzar este logro tan importante en mi vida.  
GRACIAS:

A Dios:  
Por todas las bendiciones  
que me has dado siempre.

A Emmanuel:  
Por amarme tal como soy, por ser mi compañero,  
confidente y cómplice, pero sobre todo por qué  
me inyectas ganas de vivir y de luchar. Te amo.

A mis Padres y hermana:  
Por todo el amor, apoyo y cuidado  
con el que siempre me han rodeado y  
por enseñarme a alcanzar mis objetivos  
en la vida. Los amo.

A Ezra:  
Por ser esa personita tan especial, que me  
enseña nuevamente a admirar y disfrutar las  
cosas más sencillas. No sabes cuánto te amo.

A mis amigas y compañeras: Soni, Adi, Oli y Vero  
Por compartir tantos momentos de trabajo y de esfuerzo,  
y por hacer esos momentos más agradables y amenos con  
sus sonrisas y su amistad.

A mis Profesoras:  
Dolores Mercado Corona y Rebeca Sánchez  
Monroy, por que no sólo me brindaron sus  
conocimientos y experiencia, sino por  
enseñarme a esforzarme y superarme  
constantemente, pero sobre todo por que me  
dejaron acercarme más a ustedes y con su  
ejemplo me enseñaron a ser mejor persona.

## INDÍCE

INDÍCE	1
INTRODUCCIÓN GENERAL	4
PRIMERA ROTACIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.	
INTRODUCCIÓN	8
CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE	8
Ubicación	8
Nivel de atención	8
Servicios de la sede	8
UBICACIÓN DE LA RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL EN LA SEDE	8
Departamento de Psicología	8
Líneas de autoridad	10
Supervisor <i>in situ</i>	10
<u>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE</u>	11
PROGRAMAS ESPECÍFICOS DESARROLLADOS:	11
“Manejo de estrés postraumático en pacientes con disfunciones sexuales femeninas con antecedente de abuso sexual.”	
Fundamentación teórica	11
Objetivo(s)	20
Método	20
Procedimiento.	22
Caso Clínico 1	23
Evaluación de la intervención	26
Caso Clínico 2	27
Evaluación de la intervención	29
ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE	30
Descripción de las actividades académicas.	30
Evaluación de las actividades académicas.	30
ACTIVIDADES PROFESIONALES DIARIAS	31
Descripción de las actividades	31
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades	32
Evaluación de las actividades	33

ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS	34
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades	34
<u>EVALUACIÓN</u>	35
DE LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS DESARROLLADOS EN LA SUBSEDE Y DE LA SUBSEDE	35
DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN	35
Del supervisor <i>in situ</i>	35
Del supervisor académico	35
DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES REALIZADAS	35
DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS	35
<u>SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES</u>	36

## SEGUNDA ROTACIÓN HOSPITAL DE LA MUJER

<u>INTRODUCCIÓN</u>	37
CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE	37
Ubicación	37
Nivel de atención	37
Servicios de la sede	37
UBICACIÓN DE LA RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL EN LA SEDE	38
Departamento de Psicología	39
Líneas de autoridad	40
Supervisor <i>in situ</i>	41
<u>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE</u>	42
PROGRAMAS ESPECÍFICOS DESARROLLADOS	42
“Intervención Psicológica basada en el Modelo de Solución de Problemas en Mujeres con Cáncer de Mama.”	
Fundamentación teórica	42
Objetivo(s)	52
Método	52
Procedimiento	54
Caso Clínico 1	55
Evaluación Pre-Post	70

Evaluación de la intervención	72
Caso Clínico 2	73
Evaluación Pre-Post	84
Evaluación de la Intervención	86
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo del programa	87
Evaluación de los programas desarrollados	87
ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE	88
Descripción de las actividades académicas	88
Evaluación de las actividades académicas	88
ACTIVIDADES PROFESIONALES DIARIAS	88
Descripción de las actividades	88
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades	91
Evaluación de las actividades	91
ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS	92
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades	92
ACTIVIDADES DE DOCENCIA	92
Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.	92
<u>EVALUACIÓN</u>	93
DE LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS DESARROLLADOS EN LA SUBSEDE Y DE LA SUBSEDE	93
DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN.	93
Del supervisor <i>in situ</i>	93
Del supervisor académico	93
DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES REALIZADAS	93
DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS	93
<u>SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES</u>	94
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	98
<u>ANEXOS</u>	101

## INTRODUCCIÓN GENERAL

La enfermedad es un acontecimiento que ha acompañado al hombre a lo largo de su existencia. Desde la prehistoria hasta culturas antiguas como asirios, babilonios, griegos, hebreos, chinos entre otros, le han dado diversas explicaciones. (Pinkerton y Hughes, 1982).

En el renacimiento con el "Dualismo Cartesiano" surge la visión de que la mente y el cuerpo trabajan bajo principios diferentes. Este concepto es una influencia importante en la ciencia médica durante los 300 años siguientes induciendo a muchos médicos a sostener que los aspectos orgánicos y mentales de salud son cosas separadas e interactúan limitadamente. Esta visión es llamada Modelo Biomédico de la enfermedad y es el que ha persistido hasta hoy. (Herd, 1984).

La ontología, la fisiología y la patología se fueron desarrollando rápidamente y sus conocimientos se fueron integrando al modelo biomédico.

El modelo biomédico tiene la noción de que la enfermedad es causada por agentes patógenos específicos y ha contribuido al desarrollo de una tecnología médica, sin embargo este enfoque se centra más en la enfermedad que en la salud, la que es definida en términos de ausencia de enfermedad. (Brannon y Feist, 1992).

Más tarde los científicos asocian a los factores sociales y psicológicos con la enfermedad; ya que es en ambiente social en donde se integran elementos fisicoquímicos y biológicos (vivienda, trabajo, relaciones familiares, laborales y políticas); y notaron que los componentes psicológicos (pensamientos, sentimientos, memoria, entre otros) tienen repercusiones importantes en la salud.

Actualmente la salud se entiende en un marco más amplio, la OMS la ha definido como:

"El estado de completo bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de enfermedades". (Brannon y Feist, 1992).

Esta definición incluye nuevas variables que no se habían considerado anteriormente es a partir de esto que un modelo alternativo ha comenzado a emerger, en él se incorporan los factores sociales y psicológicos. Este modelo es llamado Biopsicosocial e implica una explicación de la relación entre los componentes biológicos, psicológicos y sociales.

Schwartz (1978, en Brannon y Feist, 1992) propuso que existe una transacción entre los sistemas, esta explicación implica que la salud es el resultado la interacción entre todos estos factores.

Algunas interdisciplinas con base en el modelo biopsicosocial han surgido: Psicología de la salud, Salud Conductual, Inmunología Conductual, Medicina psicosomática y Medicina Conductual.

En la conferencia de Yale en 1978 Schwartz y Weiss definieron a esta última como:

“El campo interdisciplinario interesado en el desarrollo e integración del conocimiento de la ciencia y técnicas biomédica y conductual relevantes a la salud y a la enfermedad y en la aplicación de ese conocimiento y técnicas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Brannon y Feist, 1992).

La intervención de la Medicina Conductual se orienta a los siguientes puntos:

- Modificar una conducta que constituya un problema
- Modificar la conducta de los profesionales de la salud con el objeto de mejorar el servicio que brindan.
- Mejorar la adherencia a los tratamientos prescritos.
- Alterar las conductas que sean riesgosas para adquirir o mantener una enfermedad.

La Medicina Conductual tiene impacto en los tres niveles de prevención, en la primaria realiza acciones para evitar enfermedades o daño físico; en la prevención secundaria realiza acciones para identificar y tratar una enfermedad en su inicio con el objeto de detenerla o revertirla; en la terciaria realiza acciones para contener o retardar la enfermedad. (Pinkerton y Hughes, 1982).

Hoy en día se reconoce que las conductas y los estilos de vida están fuertemente implicados en el desarrollo de enfermedades crónicas por lo que se toma más en cuenta el papel de la esfera psicológica en este proceso, sin embargo el papel del psicólogo no sólo se limita a cambiar conductas, sino también posee habilidades y conoce técnicas para disminuir el dolor y el estrés, mejorar la adherencia y ayudar a los pacientes y a sus familias a adaptarse mejor a la enfermedad (Pomerleau y Brady, 1982).

Ésto permite que a la Medicina Conductual se le brinde un papel más importante en el área de salud, sin embargo ha tomado tiempo el desarrollo de esta disciplina en este ámbito, tan solo en América Latina este desarrollo no ha sido uniforme, se ha visto la necesidad de formar una cantidad mayor de recursos humanos y una mayor apertura en los escenarios hospitalarios. (Rodríguez, 1998)

En México se ha observado que las principales causas de muerte como enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, enfermedades infecciosas intestinales, enfermedad cerebro vascular, cirrosis y enfermedades crónicas del hígado (SSA, 1999) están asociadas con conductas de riesgo y estilos de vida no saludables. Por eso es necesario que se acelere el desarrollo de esta disciplina a fin

de prevenir dichas enfermedades, además una vez que se ha establecido el padecimiento y que es necesario un tratamiento, hospitalización, intervenciones quirúrgicas o paliativas, el papel de psicólogo es de gran relevancia ya que brinda un servicio a nivel institucional y hospitalario que facilita al paciente una mayor adherencia, facilita la aplicación del tratamiento, disminuye el malestar de los procedimientos invasivos, promueve un estado de menor tensión y bienestar emocional mientras el paciente pasa por esta experiencia en que puede percibir amenazada su integridad.

## SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

La definición de salud actual permite incluir a la salud sexual (Alvaréz, 1988). Por lo anterior se le ha brindado una mayor importancia a la comprensión de la salud sexual, la cual la OMS la ha definido como "la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor".

También la OMS ha propuesto que la salud sexual requiere:

- 1- Disfrutar una actividad sexual reproductiva con un equilibrio en la ética personal y social.
- 2- Ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos ni falacias, es decir, sin factores psicológicos y sociales que interfieran en las relaciones sexuales.
- 3- Desempeñar una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la afecten.

Por otra parte la Salud Reproductiva significa que el hombre y la mujer puedan disfrutar de una vida sexual sana, sin temor a embarazos no deseados o padecer enfermedades por contagio sexual; que puedan decidir de manera libre y bien informada, cuándo y cuántos hijos tener. Significa también que las mujeres no tengan problemas durante el embarazo, llegando a feliz término en el parto, con el nacimiento de un hijo sano. (Palma C. J. y Rivera R. G., 1994).

Durante 1994 se realizó la Conferencia Internacional de la Población y Desarrollo en el Cairo, se reconoció a la Salud Reproductiva como un asunto esencial para la mujer y que trata de promover la mejor condición y salud para ésta.

Las áreas de la salud reproductiva son la planificación familiar, la selección libre e informada del mejor método anticonceptivo, la prevención y detección de las enfermedades de transmisión sexual, los cuidados durante y después del embarazo, los embarazos en edades extremas de la vida y asegurar las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres

Como se observa la definición de salud sexual y reproductiva se incluyen una a la otra. Es de gran relevancia vigilar estos aspectos que tiene repercusiones en la salud, las estadísticas de la Secretaría de Salud demuestran en la tasa de mortalidad padecimientos relacionados con el descuido de esta área como cáncer cervicouterino, cáncer de mama, padecimientos que tiene que ver con el período perinatal, e infecciones como el VIH que evolucionan a SIDA. (Secretaría de Salud, 1999).

La Secretaría de Salud ha creado programas y ha designado instituciones que se encarguen de atender estas áreas de la salud en diferentes niveles de intervención, entre ellas se encuentran el Hospital de la Mujer institución de segundo nivel y el Instituto Nacional de Perinatología, institución de tercer nivel de atención.

Reconociendo las implicaciones sociales y psicológicas que conlleva el proceso salud enfermedad, se establece un convenio entre la Secretaría de Salud y la Facultad de Psicología para insertar residentes de psicología que apoyen a la población que tiene problemas en esta área, con el fin de que el psicólogo trabaje en los tres niveles de atención, que diagnostique, evalúe e intervenga en las problemáticas que se presentan en estas instituciones, que genere programas de atención que den respuestas a las demandas y mejore la calidad de vida de los pacientes.

## PRIMERA ROTACIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

### INTRODUCCIÓN CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

#### Ubicación:

El Instituto Nacional de Perinatología se encuentra en Montes Urales 800 Col. Lomas de Virreyes.

#### Nivel de Atención.

El Instituto Nacional de Perinatología es una institución de tercer nivel de atención enfocada a los problemas de la reproducción humana: ginecológicos, obstétricos, neonatológicos, pediátricos, etc.

#### Servicios de la Sede.

La institución cuenta con las siguientes especialidades: andrología, anestesiología, cardiología, dermatología, diagnóstico prenatal, dietética, endocrinología, estomatología, genética, ginecología, hematología, infectología, medicina interna, neurología, nutrición, obstetricia, oftalmología, oncología, planificación familiar, psicología, reumatología, seguimiento pediátrico y trabajo social (ver anexo 1). Para que una institución de esta magnitud funcione requiere de numerosos recursos humanos que impulsen su labor, desde los más básicos que permitan el mantenimiento de los espacios físicos, hasta los especialistas que se encargan de atender las demandas de la población.

#### Ubicación de la residente de Medicina Conductual en la sede.

Este Instituto, se constituye de los diversos servicios de los que se encuentra a cargo la junta de gobierno, en la que también se considera al patronato.

De la Dirección General depende la dirección médica, la dirección de enseñanza, la dirección de administración de finanzas, contraloría interna y la dirección de investigación, de ésta se desprende la dirección de investigación clínica de la cual depende el departamento de psicología. (Ver Anexo 2).

El Departamento de Psicología, se conforma por diversos programas: embarazo y ansiedad, pareja y sexualidad humana, pérdidas perinatales, esterilidad, enfermedades crónicas (diabetes, cáncer), climaterio, defecto congénito, embarazo adolescente, desarrollo infantil y terapia familiar.

El principal objetivo del departamento es el de prevenir las reacciones emocionales asociadas con los acontecimientos médicos y de la población en riesgo psicosocial. Además busca la creación de un modelo que considere los aspectos biosociales con una explicación de lo psíquico, generar respuestas operativas para el manejo del paciente por parte del equipo de salud y generar tácticas

psicológicas para el abordaje del paciente por parte del psicólogo. Como lo plantea la infraestructura de la institución el departamento cubre las áreas de asistencia, enseñanza e investigación, ésto se lleva a cabo por cada uno de los diferentes programas

La asistencia se realiza en diferentes momentos y lugares dentro de la institución, a través de las interconsultas en piso realizadas por un psicólogo (a) y donde en caso de ser necesario se proporciona intervención en crisis o contención, también los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales pueden solicitar interconsultas, estos son los medios por los que los pacientes son canalizados al departamento, donde se les realiza una entrevista y una historia clínica, a través de la cual se detectan los síntomas, las necesidades de los pacientes, problemáticas y si éstas son objeto de atención clínica se les deriva al programa que se considere que cubra y atienda las demandas institucionales y del paciente. Una vez en el programa el psicólogo determinará si la asistencia se proporcionará al paciente en forma individual o grupal. Las características de la terapia grupal son: es breve, tiene objetivos limitados y focalizados, son grupos abiertos, homogéneos, y sus objetivos están adheridos a los objetivos institucionales.

Cada uno de los programas contará con distintos objetivos terapéuticos de acuerdo con la problemática a la que se enfrente y su intervención puede presentarse en los siguientes niveles:

- 1- Nivel educativo
- 2- Nivel correctivo
- 3- Nivel rehabilitatorio.

En cuanto a enseñanza ésta proporciona a los estudiantes reforzamiento académico, entrenamiento clínico y entrenamiento en la investigación abarcando los niveles educativos de:

- Servicio social
- Elaboración de tesis
- Especialidades
- Maestría
- Doctorado
- Educación continua.

En investigación se plantean los siguientes objetivos:

- Creación y prueba de instrumentos.
- Diseño y pruebas de programas.
- Caracterización de la población (Encontrar características de la población para la construcción de los programas).

La investigación incrementará los conocimientos en el campo y abrirá nuevas vías de intervención para la asistencia. En el departamento de psicología cada uno de los programas desarrolla sus protocolos de investigación.

#### Líneas de autoridad

El Dr. Francisco Morales es el jefe del Departamento de Psicología, y tiene a su cargo a nueve psicólogos adscritos, los que a su vez son responsables de los alumnos de maestría, tesis y de servicio social.

#### Supervisor *in situ*.

La residente se encontró a cargo de la Mtra. Claudia Sánchez psicóloga adscrita, encargada del programa pareja y sexualidad humana en el que la residente se insertó a continuación se describirá brevemente dicho programa:

#### Programa : Pareja y Sexualidad Humana

En el Instituto Nacional de Perinatología se ha detectado que una de las necesidades de los pacientes gira en relación con los conflictos de pareja que son generados o exacerbados por los problemas de tipo reproductivo o sexual.

Una vez que la pareja o la o el paciente son referidos a este programa se determina a qué modalidad de terapia son candidatos: a terapia sexual o grupo psicoterapéutico de parejas.

#### Grupo Psicoterapéutico de Parejas

La psicoterapia de pareja ha demostrado su utilidad en cuanto a que aclara los modelos satisfactorios o insatisfactorios que posee cada uno de los miembros y en la forma en que influyen actualmente en la situación, así los conflictos de la relación toma sus propios rasgos y se establece una relación interactuante de la pareja en la que la conducta de uno influye en el otro, construyéndose un patrón de conducta de la pareja.

#### Terapia Sexual

El objeto de atención gira en torno al área sexual, se refiere al paciente y en caso de ser posible a su pareja.

#### Diagnóstico:

Para los criterios de diagnóstico se utilizó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) que establece que las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios en el ciclo de la respuesta sexual humana, provoca malestar y problemas interpersonales.

#### Tratamiento.

Este programa utiliza básicamente una serie de técnicas de terapia sexual que han propuesto Master y Johnson (1986) y Kaplan, H. (1978), se van añadiendo otras que se encuentran en la bibliografía y a través de la experiencia clínica.

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE

### PROGRAMAS DESARROLLADOS

“Manejo de estrés postraumático en pacientes con disfunciones sexuales femeninas con antecedente de abuso sexual.”

#### Fundamentación Teórica

##### Justificación

La violencia es un fenómeno que sin duda ha acompañado a la humanidad, a lo largo de su existencia. Una de las formas que toma la violencia es el abuso sexual, la ONU (CIMAC, 1999) señala que un 33% de latinoamericanas han sido víctimas de este tipo de agresión y que el 90% de los delitos sexuales que se han cometido en contra de menores de edad han sido niñas.

En México se estima que diariamente son cometidas 82 violaciones, en el D.F. se calcula que a diario son víctimas aproximadamente cuatro personas (PGJDF, 2000), este tipo de delitos en su mayoría no son denunciados por lo que la exactitud de las cifras no es confiable y se considera que estas pueden ser mayores. Además la denuncia es menos probable cuando las víctimas son niños (as), por lo que la atención que se brinda a estos es poca o casi nula, llevando a serias complicaciones en el futuro.

En el Instituto Nacional de Perinatología institución de tercer nivel de atención enfocada a los problemas de la reproducción humana se ha insertado el psicólogo dada la repercusión que tienen dichos eventos en la vida de las personas, y se ha detectado que una de las necesidades de los pacientes gira en relación con los conflictos de pareja que son generados o exacerbados por los problemas de tipo reproductivo o sexual.

Dentro del departamento de psicología en el programa de pareja y sexualidad humana Sánchez, Morales, González, Souza y Romo (1997) han realizado estudios sobre la prevalencia e incidencia de las disfunciones sexuales encontrando un promedio de 2.25 disfunciones por paciente en una muestra 384 pacientes femeninas siendo las más comunes disritmia, inhibición del deseo e inhibición del orgasmo.

En un estudio posterior González, Sánchez, Morales, Díaz y Valdéz (1999) hallaron una diferencia significativa en depresión y ansiedad en un grupo de mujeres con disfunción sexual en comparación con aquellas que no la tienen, además de una asociación con traumas sexuales infantiles, temores y bajos niveles de información en esta área en el grupo de pacientes con disfunción sexual.

Existe un número considerable de mujeres que tienen disfunciones sexuales y que muchas de ellas han tenido antecedentes de abuso sexual infantil, estas alteraciones a veces se complican cuando llegan hasta un trastorno por estrés postraumático, por lo que necesitan de una intervención adecuada para el reestablecimiento del funcionamiento sexual, que las pacientes que sólo tienen disfunciones sexuales.

### Introducción

La definición de salud actual permite incluir la salud sexual. (Alvaréz, 1988).

La OMS ha definido a la salud sexual como "La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor".

La sexualidad es una experiencia que acompaña al ser humano a lo largo de su vida y la respuesta sexual de éste puede transcurrir normalmente y ser fuente gratificante de satisfacción y placer, sin embargo cuando la función sexual se ve afectada puede ser origen de ansiedad, frustración, angustia y consecutivamente generar malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales (Master y Johnson, 1986).

### Marco Teórico

La sexualidad no sólo se limita a las relaciones coitales o a la reproducción sino a una dimensión de personalidad, tiene que ver con los sentimientos, comportamientos, actitudes y pensamientos y la forma de experimentar ser hombre o mujer.

La respuesta sexual es una esfera de la sexualidad, Master y Johnson, (1986) llevaron a cabo estudios relevantes sobre la respuesta sexual humana, y propusieron cinco etapas en ella: deseo, excitación, meseta, orgasmo, y resolución. El deseo consiste en fantasías sobre la actividad sexual y deseos de llevarlas a cabo. La excitación se presenta ante un estímulo sexual efectivo, ocasionando tanto en el hombre como la mujer una vasodilatación perineal y vasocongestión genital, la cual provoca en el hombre la erección y en la mujer la lubricación.

La meseta, es una fase de transición entre la excitación y el orgasmo después de un punto máximo en la excitación, en la mujer se presenta un incremento en la vasocongestión en el tercio externo de la vagina a veces llamado meseta. Tanto en hombres como mujeres en esta etapa se presenta taquicardia, hipertensión arterial, hiperventilación y miotonía generalizada.

En la fase del orgasmo se presentan una serie de reacciones fisiológicas: en la mujer contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en la musculatura vaginal, uretral, perineal, órganos y músculos circundantes, mientras que en el hombre las contracciones provocan la expulsión del semen. Cabe mencionar que el orgasmo

no es una respuesta puramente genital, otros órganos y sistemas se ven involucrados en esta fase.

Se experimenta una sensación explosiva y de liberación de tensión al final de la cual queda tranquilidad.

La resolución se presenta en la mujer cuando la plataforma orgásmica desaparece debido a que se drena la vasocongestión, el útero vuelve a su posición anterior, disminuyen de tamaño la vagina y el clítoris, los labios mayores y menores toman su postura original, mientras que el hombre pierde la erección y se recuperan las funciones fisiológicas normales.

En la fase refractoria se eleva el umbral de respuesta a un estímulo sexual ésta es de duración variable dependiendo de las características de los individuos.

### Disfunción Sexual

Se ha definido a las disfunciones sexuales como alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja. (Alvarez, 1988)

Algunas de las disfunciones sexuales según el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales versión IV (DSM IV) son: deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón, trastorno orgásmico femenino y masculino, eyaculación precoz, dispaurenia y vaginismo.

Los trastornos de la respuesta sexual humana pueden tener diferentes orígenes que van desde lo fisiológico, hasta aspectos psicológicos y sociales, entre los cuales destaca el abuso sexual infantil.

### Abuso Sexual

El abuso sexual infantil ha sido definido como una situación en la cual un adulto o un adolescente mayor tiene contacto físico con un/a niño/a para la estimulación o gratificación sexual del adulto. (Carrillo, 1998).

En estos casos utiliza siempre la ventaja que le da su autoridad o posición de poder para llevar a los menores a estas actividades. Los menores por no haber alcanzado aún su madurez emocional, no poseen los elementos para evaluar adecuadamente estos actos, por lo tanto carecen de capacidad para consentir plena y conscientemente. (Carrillo, 1998).

Los daños que trae a las víctimas esta situación van desde los físicos hasta los emocionales algunos son: estado de shock, desesperanza vergüenza y culpa, acceso de llanto repentino, insomnio y terrores nocturnos, tristeza, angustia, temor al rechazo, sexualización de la conducta, masturbación intensa, juegos sexuales inapropiados, búsqueda de nuevas situaciones de riesgo sexual, entre otras.

Sin embargo existe evidencia de que este daño puede perpetuarse hasta la edad adulta trayendo múltiples complicaciones al individuo que ha sufrido el abuso sexual infantil. Existen numerosos estudios que sustentan que las personas que son víctimas de abuso presentan un alto impacto emocional ante esta experiencia como ansiedad, depresión, baja autoestima, uso de drogas, mayor tendencia al suicidio, así como dificultad para iniciar o mantener una relación emocional, aún cuando ha transcurrido un tiempo considerable después de esta (Barber, 1998), un área que es fuertemente afectada es la sexual (Sawyer, 1996).

### Estrés Postraumático

Entre las complicaciones que surgen en la edad adulta luego de una experiencia traumática como el abuso sexual en la infancia se encuentra el padecer síntomas de estrés postraumático que es caracterizado según el DSM IV por:

A) El individuo ha estado expuesto a una situación en que ha estado presente:

- 1- La persona ha vivido uno o más acontecimientos caracterizado por muerte y amenazas para su integridad física o la de los demás.
- 2- El sujeto presenta respuestas de temor, horror intenso y desesperación.

B) Este evento es reexperimentado continuamente por indicios de recuerdos intrusos y molestos, sueños que producen malestar, la persona actúa como si la situación se repitiera nuevamente (ilusiones, alucinaciones, flashback), incluso aparecen al intoxicarse y al despertarse; se presenta una molestia psicológica ante los estímulos que recuerden o simbolicen alguna parte del evento traumático.

C) Existen conductas o actos evitativos ante cualquier estímulo que se asocie con la situación traumática y realiza esfuerzos para evitar conductas, pensamientos o conversaciones sobre el suceso, trata evitar lugares, personas o actividades que le recuerden el trauma, presenta dificultad para acordarse de aspectos relevantes del trauma, se reduce su interés por participar en actividades significativas para él, experimenta una sensación de desapego, enajenación, aparece una disminución en la vida afectiva, y una percepción de un futuro desolador.

El individuo experimenta aumento en su activación que se manifiesta en dificultad para conciliar o mantener el sueño, dificultades para concentrarse, sobresaltos, irritabilidad, existe malestar clínico significativo, afectando áreas importantes de la actividad del individuo, todo esto considerando si el malestar dura menos de 3 meses (agudo) o más (crónico), así como es importante señalar la severidad de los síntomas

Anteriormente este trastorno solo se aplicaba a excombatientes de guerra o acontecimientos extremadamente traumáticos, pero quedaban fuera individuos con padecimientos que cumplían con este requisito y sin embargo, si presentan los

demás síntomas, uno de estos acontecimientos es el abuso sexual infantil que puede dejar secuelas en el individuo, además el estrés postraumático, depresión, ansiedad e ideas suicidas, distorsiones cognitivas, desarrollando culpabilidad, baja confianza en los demás, temor sobre la propia seguridad, baja autoestima y problemas de relación con los demás.

#### Modelos de Estrés Postraumático en Víctimas de Abuso Sexual Infantil.

Existen diferentes propuestas teóricas que tratan de proporcionar explicación a los síntomas y dificultades que experimentan individuos que pasan por una experiencia traumática como lo es el abuso sexual en la infancia y que deja secuelas en la edad adulta.

Un primer modelo explica desarrollo de sintomatología desde el condicionamiento clásico en que un estímulo incondicionado (trauma) que provoca una respuesta incondicional (temor, angustia), entonces, si el trauma se asocia con el recuerdo entonces el primero se vuelve un estímulo condicionado y el síntoma es la respuesta condicionada. (Foy, 1992).

Existen varios modelos de las reacciones psicológicas de las víctimas, entre ellos están los de victimización como fuente de estrés, en la que se afirma que la víctima reacciona ante este acontecimiento como hubiera reaccionado ante otro estresor. (Foy, 1992).

El síndrome general de adaptación de Selye propone que después de estar bajo un estrés intenso el organismo queda sin capacidad de respuesta. (Foy, 1992).

Un tercer modelo es el de Dohrenwend y Dohrenwed (1981, en Soria, 1994) en el que atribuyen la diferencia de las reacciones de las víctimas desde adaptativas hasta psicopatológicas a factores sociales y psicológicos.

Modelos más recientes se han enfocado en el proceso de información y las variables cognitivas como la percepción de amenaza, predictibilidad y control para explicar el desarrollo y el mantenimiento del estrés postraumático. Este modelo hace énfasis en las redes de memoria que pueden ocasionar la reexperimentación de los síntomas.

Otro de los modelos cognoscitivos considera el papel que juegan las atribuciones de la causalidad y la evaluación del significado en relación con el asalto sexual (Vermen, 1983 en Foy 1992).

James y Barlow proponen que variables como el apoyo social, estilos de afrontamiento, historia familiar de patología pueden ser factores que ayuden a predecir que tan vulnerable es un individuo si experimentara un estresor potencialmente traumático.

### Inoculación al Estrés.

El entrenamiento de inoculación al estrés es uno de los más utilizados para dotar de habilidades al individuo que haya experimentado una situación altamente estresante.

Esta técnica surge en los años setentas, propuesta por Meichenbaum (Caballo 1991) cuando la terapia de la conducta se encontraba abriendo espacios para los procesos cognoscitivos. Se comenzó a utilizar para el tratamiento de fobias (Meichenbaum 1977 en Caballo 1991), más adelante se empezó a aplicar a otro tipo de malestares como la ira, el dolor, problemas de salud, al estrés laboral, exámenes, ansiedad social, ansiedad generalizada, problemas médicos, tratamiento del cáncer, esclerosis múltiple, operaciones quirúrgicas, dolor y abuso sexual.

Este tratamiento tiene sus raíces en el enfoque transaccional del estrés (Cameron y Meichenbaum 1982 en Meichenbaum, 1987), este enfoque lo ha desarrollado principalmente Lazarus y Folkman (1984 en Meichenbaum, 1987) quienes han definido al estrés como "Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

Los términos de valoración cognoscitiva y de respuesta de afrontamiento son centrales en este modelo, ya que las transacciones que originan el estrés comienzan con una valoración primaria en la que se analiza la situación, sus demandas, los peligros, etc., posteriormente se realiza una valoración secundaria en la que se analizan los recursos que tiene el individuo para responder o no hacerlo, esto alterará indudablemente la situación. Este enfoque resalta la complejidad de la interacción entre el individuo y su situación.

El entrenamiento de inoculación al estrés pretende facilitar las valoraciones adaptativas (fase de conceptualización) e incrementar el repertorio de respuestas de afrontamiento (fase de adquisición y entrenamiento de habilidades). (Cameron y Meichenbaum 1982, Roskies y Lazarus 1980 en Meichenbaum, 1987).

El objetivo de este entrenamiento es ocasionar cambios en las siguientes áreas:

- 1) Modificación de conductas desadaptativas,
- 2) Actividad autorreguladora, poniendo atención especial en la modificación de autoenunciados, imágenes y sentimientos que interfieren en el funcionamiento adaptativo,
- 3) Estructuras cognoscitivas, se refiere a las suposiciones y creencias con las que el sujeto se representa a sí mismo y al mundo, algunas de ellas son perjudiciales.

El proceso de tratamiento está constituido por tres etapas: reconceptualización, adquisición y ensayo de habilidades y por último la aplicación y consolidación de éstas. Es importante que este proceso sea flexible y a que existirán ocasiones en que se requieran más avances y en otras se retroceda.

La fase de reconceptualización incluirá una evaluación del problema, para ello se puede utilizar la entrevista, la reconstrucción imaginaria, el autoregistro y la observación conductual (Meichenbaum, 1987), con lo que se pretenderá conocer la gravedad, impacto del problema, la frecuencia, magnitud, duración, amplitud, consecuencias y resultados de su respuesta, al igual que se tratará de comprender los aspectos situacionales del problema, se analizarán patrones y aspectos comunes en la situación.

El autoregistro, además de proporcionar información provee de retroalimentación, habilidades de autoobservación e identificación de habilidades y virtudes. Otras herramientas de las cuales el psicólogo puede echar mano son los recuerdos por medio de la imaginación y los tests psicológicos.

Una vez realizada esta tarea se pasará a la reconceptualización propiamente dicha en la que se proporcionará al paciente un marco conceptual en el que se integren los datos de la evaluación y se adecue a la problemática por abordar (Meichenbaum, 1987). La reconceptualización permite poner de relieve las dimensiones que componen el problema y sus interrelaciones, también esta fase incluye el entrenar al cliente en el análisis de los problemas de una manera autónoma.

En la fase de adquisición de habilidades el paciente va desarrollando la capacidad de dar respuestas de afrontamiento adaptativo, según Lazarus y Launier (1978 en Meichenbaum, 1987) estas se dividen en instrumentales y paliativas, la primera se refiere a las acciones concretas a tomar por el individuo para responder a cierta problemática, las paliativas por otro lado se dirigen a responder adaptativamente a situaciones estresantes y cuando el afrontamiento instrumental no es posible, estas respuestas son de naturaleza autoregulatoria.

Existe una gran variedad de técnicas que pueden aplicarse de acuerdo con las diversas problemáticas en la fase de adquisición de habilidades por ejemplo: relajación muscular de Jacobson, respiración diafragmática, reestructuración cognoscitiva, solución de problemas, entrenamiento en autoeficacia, autorecompensa y establecimiento de habilidades conductuales.

En la tercera fase de aplicación y consolidación se establece como meta que el paciente ponga en práctica sus nuevas habilidades, se encuentre prevenido sobre las recaídas y logre el mantenimiento.

La puesta en práctica se logra mediante escenas simuladas y ensayos de conducta, exposición graduada y ensayo en la imaginación.

Por otra parte en el mantenimiento y prevención de recaídas es importante enfatizar que los retrocesos son inevitables, que habrá pequeños fracasos, pero esto no implica necesariamente encontrarse como en un principio, posteriormente se llevan a cabo ensayos de afrontamiento con los retrocesos identificando cuales podrían ser y cuando podrían presentarse, con esta información se realizan planes para manejarlos ya sea ensayando, ensayando en la imaginación, programar recaídas, etc.

El seguimiento se logrará manteniendo contacto con los pacientes, puede comenzarse espaciando las sesiones de 2 a 4 semanas, luego este período se ampliará a intervalos de tres meses y así hasta ampliarse por un año, luego del cual se dejan "las puertas abiertas" por si el paciente tiene dificultades severas nuevamente.

Veronen y Kilpatrick (en prensa en Meichenbaum, 1987) han realizado la adaptación de esta técnica para el tratamiento de pacientes que han sufrido abuso sexual.

Foy (1992) propone que las dos aproximaciones más utilizadas para abordar esta problemática son las técnicas de exposición y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Las técnicas de exposición permiten realizar modificaciones a la estructura de miedo, permite verlo, analizarlo, realizar nuevas interpretaciones reduciéndose la ansiedad entre más numerosas sean las exposiciones.

Foa (1987 en Foy, 1992) ha propuesto que las técnicas de habilidades de afrontamiento como el entrenamiento en relajación puede promover que se desvanezca la asociación entre las respuestas fisiológicas y los estímulos que provocan los síntomas. También considera que la reestructuración cognoscitiva ayuda a modificar las evaluaciones del evento estresante, por medio de la información adecuada y educativa. Estas técnicas se incluyen en el entrenamiento de inoculación al estrés.

Daltilio y Freeman (1994) también apoyan el uso de las técnicas de habilidades de afrontamiento y cognoscitivas como útiles para el manejo de este tipo de padecimiento.

Según la revisión exhaustiva de Turner, Di Tomasso y Deluty (1985 en Caballo, 1991) la desensibilización sistemática ha demostrado ser un tratamiento eficaz en los trastornos con fobia, ansiedad para los exámenes, el asma, las cefaleas debidas a contracciones musculares, y a diferentes tipo de disfunción sexual.

Esta técnica fue propuesta por Joseph Wolpe (1993) basada en el paradigma de que los efectos autónomos que acompañan a la relajación profunda, son diametralmente opuestos a las características de la respuesta de ansiedad.

Wolpe (1993) utilizó la desensibilización en lo que él llamó respuestas sexuales inhibidas y lo empleó en el tratamiento de "inadecuación femenina", (término que actualmente está en desuso) y consideró que ésta variaba desde la ausencia total de respuesta sexual hasta la incapacidad de lograr el orgasmo a pesar de una excitación sexual muy grande.

En algunos casos, Wolpe (1993) trabajó estableciendo jerarquías de estímulos sexuales, en otras empleó desensibilización in vivo y en otra usó la condición de ser observada durante el orgasmo. Este mismo autor consideró que la respuesta sexual puede verse afectada también por problemas de pareja (resentimientos, comunicación defectuosa, etc.).

En la investigación de Obler (1973) se aplicó una versión modificada de la terapia de desensibilización sistemática empleando estimulación in vivo e incorporando técnicas asertivas en 13 mujeres y 9 hombres que sufrían severos desordenes sexuales. Utilizó mediciones subjetivas y fisiológicas extroversión-introversión, frecuencia cardiaca para evaluar la efectividad de la técnica.

Esta técnica fue comparada con un tratamiento de corte psicoanalítico y un grupo control. Los resultados indicaron que la desensibilización sistemática fue más exitosa para eliminar la disfunción sexual y disminuir la ansiedad social y sexual.

Estudios como el de Awaritefe A. (1987) sostienen la efectividad de la desensibilización sistemática al reportar un caso de disfunción eréctil en un hombre casado de 52 años, cuyo origen de su problema era disparado por la hostilidad de su esposa y era mantenida por miedos subsecuentes a fallar. El tratamiento fue la desensibilización sistemática imaginaria, completada con un entrenamiento aversivo. Veinticuatro meses después se evaluó el mejoramiento y éste se había mantenido.

En el Instituto Nacional de Perinatología surge la demanda de proporcionar tratamiento a personas que padecen disfunciones sexuales y presentan antecedentes de abuso sexual en la infancia y que han desarrollado estrés postraumático, por lo que se plantea como método de intervención esta técnica en combinación con la terapia sexual.

### Pregunta de investigación.

¿El entrenamiento en inoculación al estrés disminuirá la sintomatología de estrés postraumático y eliminará la disfunción sexual en pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil?

### Objetivos.

**General:** Disminuir los síntomas de estrés postraumático para un mejor desempeño en las conductas sexuales de la paciente, para procurarle un desarrollo psicosexual adecuado, que le permita una vida sexual y de pareja satisfactoria y equilibrada.

### Específicos:

1. Reducir significativamente la sintomatología de estrés postraumático.
2. Disminución de conductas evitativas en el área sexual.
3. Implantar nuevos patrones en el repertorio de comportamiento sexual.

### Técnicas:

- A. Manejo de síntomas de estrés postraumático con relajación y terapia racional emotiva para cubrir el objetivo 1.
- B. Técnicas de exposición de terapia sexual focalización I y II para cubrir el segundo objetivo..
- C. Modificación conductual por medio de la información y el entrenamiento en las conductas sexuales adecuadas (terapia sexual), para cubrir el tercer objetivo.

### Metodología

#### Variables:

**Variable Independiente:** Entrenamiento en inoculación al estrés.

Paradigma general de tratamiento consistente en las fases de reconceptualización, entrenamiento y aplicación de habilidades (no denota un conjunto de procedimientos específicos pero los que se emplearon en la presente investigación fueron: entrenamiento en relajación, terapia racional emotiva y terapia sexual).

**Variable Dependiente 1:** Disfunción sexual femenina.

**Definición conceptual:** Se entenderá a toda interferencia en la respuesta sexual, producida por déficits en el repertorio de conducta sexual o cogniciones interferentes en la misma.

**Definición Operacional:** Informe de ausencia o presencia, intensidad y frecuencia del deseo sexual (según registro diario, anexo 3) y excitación sexual (de acuerdo con el registro de cada relación, anexo 4) y análisis funcional de la relación sexual (según el registro de cada relación, anexo 5).

### Variable Dependiente 2: Estrés postraumático.

Definición conceptual. Conjunto de síntomas que se presentan después de una situación amenazante, el evento es reexperimentado y la persona presenta conductas evitativas de los estímulos que pudieran recordarle el evento.

Definición Operacional. Presencia de síntomas en la lista de verificación (Anexo 6).

### Criterios de Selección

Participaron en la investigación pacientes del Instituto Nacional de Perinatología remitidas a terapia sexual, las cuales cumplieron con los siguientes criterios:

- Edad entre 25 y 40 años
- No presentar complicaciones médicas (problemas hormonales, miomatosis).
- No presentar sintomatología de climaterio.
- Presentar la disfunción sexual por más de un año.
- Tener antecedentes de abuso sexual en la infancia.
- Presentar sintomatología de estrés postraumático.
- Tener una pareja sexual estable y que no presente problemática de pareja.

### Diseño de Investigación.

#### Estudio de Caso

#### Instrumentos de diagnóstico.

Historia de Sexualidad Femenina. (Souza, 1987 en Sánchez et al, 1997).

Historia Clínica Multimodal. Explora las siete modalidades propuestas por Lazarus (conducta, afectos, sensaciones, imaginación, cognición, relaciones interpersonales y drogas).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. (IDARE).

Escala de Automedición de la Depresión (Zung)

Lista de verificación síntomas de estrés postraumático semanal (Anexo 6).

#### Instrumentos de medición.

Registro 1. Registro del deseo sexual. (Anexo 3)

Registro 2. Registro de la excitación sexual. (Anexo 4)

Registro 3. Análisis Funcional. Pensamientos, Sentimientos y Cogniciones en la Conducta Sexual. (Anexo 5).

#### Instrumentos de apoyo a la intervención.

Hoja ABC. Ayuda a identificar acontecimientos, pensamientos y emociones entrelazados. (Anexo 7).

Cuestionamiento de creencias problemáticas o desadaptativas. (Anexo 8)

Patrones erróneos de pensamiento (Anexo 9)

Hoja ABCDE para el cuestionamiento de las creencias desadaptativas y alternativas para reemplazarlas. (Anexo 10).

Procedimiento:

Fase I. Diagnóstico Clínico del Caso

Se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM IV, la historia sexual femenina, la entrevista clínica multimodal, los autoregistros y lista de verificación de síntomas de estrés postraumático.

Fase II. Intervención Cognoscitivo- Conductual

Entrenamiento en inoculación al estrés.

- Fase de reconceptualización.
- Adquisición y práctica de habilidades. (Entrenamiento en relajación, reestructuración cognoscitiva y ejercicios conductuales de terapia sexual).
- Empleo y mantenimiento de las habilidades. Mantenimiento y prevención de recaídas. Informar que existe la posibilidad de que los retrocesos se presenten y desarrollar planes para enfrentarlos.

Fase III. Evaluación del Tratamiento.

Evaluación (Postest), aplicación de Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. (IDARE), Escala de Automedición de la Depresión (Zung), lista de verificación de síntomas, autoregistros e informes de la paciente con el fin de conocer el alcance de las técnicas aplicadas en la mejoría de los síntomas.

Fase VI. Seguimiento.

En tres meses, se aplicaran a la paciente Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. (IDARE), Escala de Automedición de la Depresión (Zung), la lista de verificación de síntomas, autoregistros e informes de la paciente con el fin de conocer el alcance de las técnicas aplicadas para la disminución de los síntomas.

Fase V. Evaluación Terapéutica

Evaluación pretest, postest y de seguimiento, con el fin de conocer el alcance de las técnicas aplicadas en la mejoría de los síntomas.

## CASOS CLÍNICOS

## CASO 1

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

R. L. 32 años. Escolaridad Secretaria Bilingüe.

Ocupación actual: ama de casa.

## MOTIVO DE CONSULTA:

- Pérdidas perinatales (2),
- Duelo por la muerte de la madre no resuelto
- Abuso sexual infantil no superado.
- Miedo a embarazarse otra vez aunque actualmente se realiza estudios médicos.
- Dificultades Sexuales.
- Angustia
- Depresión

## HISTORIA DEL TRANSTORNO.

-Padre abusa sexualmente de ella desde los 4 hasta los 14 años, bajo la amenaza de que si decía algo iba a matar a su madre y a sus hermanos y en ocasiones bajo efectos de sedantes.

-Se descubre el abuso cuando ella plática con una amiga, padre es arrestado, madre empieza a salir con otra persona, su padre pide perdón y su madre se lo concede, pareja de la madre la asesina por esto.

-Extradición, la custodia corresponde a sus tíos en México, y cuatro de sus hermanos radicaron en Tijuana y ella en el DF.

-La paciente refiere dolor, ganas de llorar constantemente, refiere que extraña a sus hermanos. Menciona que se siente culpable, por haberle fallado a su madre, ya que en alguna ocasión le encargó a sus hermanos y también se siente responsable por su muerte.

VIDA SEXUAL

- Menarca a los 15 años.
- Inicia vida sexual a los 22 años. (Por complacer a su pareja).
- Una sola pareja sexual con quien es agresiva y muestra rechazo, después de año y medio de vivir con su esposo le cuenta su historia.
- Accede a tener relaciones sexuales por temor de perder a su pareja.
- Las relaciones sexuales son muy espaciadas y esto genera problemas en la pareja.
- Refiere tener fantasías y deseos de tener un buen desempeño

## FAMILIA ACTUAL

Vive en casa propia con su pareja, quien es responsable y mantiene los gastos, es taxista, y la paciente refiere que ninguna de las familias interfiere en la relación.

## DESCRIPCIÓN BREVE DE LA RELACIÓN DE PAREJA.

La relación es estable y de calidad, la fuente de conflicto radica en que no quiere tener relaciones sexuales con su pareja y discuten por ello.

## DIAGNÓSTICO.

De acuerdo con el DSM IV.

F52.0 Deseo sexual hipoactivo.

F52.2 Trastorno de la excitación femenina.

F52.3 Trastorno orgásmico femenino.

F43.1 Estrés Postraumático

Ansiedad Estado 68- (moderada) Rasgo 59 (moderada)

Depresión (Zung) Puntaje 63 (Severa).

Tabla 1. Síntesis del autoregistro diario del deseo sexual mayo

DÍA	17	18	19	20	21	22	23	24
5								
4			X	X	X			
3								
2								
1	X	X						
0						X	X	X

Esta tabla muestra que la paciente presentó deseo sexual con una intensidad de cuatro durante los últimos días del mes de Mayo. Este material también es usado para retroalimentar a la paciente y para la reestructuración cognoscitiva.

Tabla 2. Síntesis del autoregistro diario de deseo sexual en el mes de junio

DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5					X											X				
4			X	X																
3																				
2										X			X							
1											X									
0	X	X			X	X	X	X	X			X		X		X	X	X	X	X

Este registro muestra que la paciente presentó deseo sexual en una intensidad de cuatro y en ocasiones de cinco en este mes.

Tabla 3. Síntesis del autoregistro diario de la excitación sexual del mes de junio

DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5				X																
4			X			X										X				
3														X						
2																				
1											X									
0	X	X			X		X	X	X	X		X	X		X		X	X	X	X

Se puede observar en este registro que la paciente presentó excitación sexual en una intensidad de cuatro y en ocasiones de cinco en este mes. Si se compara esta tabla con la anterior se puede notar que coinciden los días en que tiene deseo sexual alto con sus niveles de excitación, lo que puede apuntar que en ocasiones su respuesta sexual es adecuada.

Tabla 4. Síntesis del Análisis Funcional de la Conducta Sexual.

	Antes	Durante	Después
Sentimientos	Tristeza y miedo	Miedo	Enojo y tristeza.
Pensamientos	Ojalá que pueda	Recuerdos del abuso	No lo puedo lograr. Mi pareja me va a dejar.
Conductas	Alguna actividad.	Trata de continuar con la relación sexual	Se aleja de su pareja.

Esta tabla nos muestra algunas generalidades de los sentimientos, pensamientos y conductas que presenta la paciente antes, durante y después de sus relaciones sexuales

#### INFORMACIÓN ADICIONAL.

-La paciente manifiesta que desea tener relaciones sexuales placenteras y funcionar adecuadamente en esta área.

-Presenta fantasías sexuales.

-Iniciativa en relaciones sexuales

Alta motivación y adherencia al tratamiento. (asistencia, puntualidad, cooperación, realización de tareas).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### Estímulos Sexuales:

#### Aversivos

- Que su pareja toque su vagina.
- Relaciones sexuales en la noche.
- Besos en oídos y cuerpo.
- Contacto en las partes laterales de su cuerpo.
- Sensación de hundimiento.
- ~ Tocar el pene de su pareja.

#### Agradables.

- Que su pareja bese cuello y senos.
- Que acaricie su espalda.
- Caricias.

### Evaluación de la intervención.

En este caso se realizó la fase diagnóstica y se empezó la fase de reconceptualización por medio de los autoregistros y la reestructuración cognoscitiva, sin embargo por decisión de la encargada del programa fue remitida a Terapia de pareja.

## CASO 2

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

IR. 34 años. Escolaridad: preparatoria.

Ocupación actual: ama de casa.

## MOTIVO DE CONSULTA:

- Dificultades Sexuales.
- Angustia
- Depresión

## HISTORIA DEL TRASTORNO.

Maltrato y abuso sexual en la infancia. Padre alcohólico y agresivo

## VIDA SEXUAL

Es insatisfactoria, no tolera que la toquen, le causa dolor, no logra excitarse y no se lubrica.

## FAMILIA ACTUAL

Vive en casa propia con su pareja e hijo esposo es responsable y mantiene los gastos, es taxista y estudiante de psicología, ninguna de las familias interfiere en la relación. Su pareja la incita a pedir ayuda

## DESCRIPCIÓN BREVE DE LA RELACIÓN DE PAREJA.

4 años de noviazgo, 9 de casados pasan por un período de separación de dos años y medio, ocasionada por problemas económicos y que ella sostiene el hogar. Existen temores de perder a su pareja por no satisfacerlo sexualmente.

## DIAGNÓSTICO.

De acuerdo con el DSM IV.

F52.0 Deseo sexual hipoactivo.

F52.10 Trastorno por aversión al sexo.

F52.2 Trastorno de la excitación femenina.

F52.6 Dispaurenia

F52.3 Trastorno orgásmico femenino.

F43.1 Estrés Postraumático

Ansiedad Estado 29 (Leve) - Rasgo 54 (moderada)

Depresión (Zung) Puntaje 55 (ligera).

Tabla 5. Síntesis de la excitación sexual en el mes de mayo

DIA	23	24	25	26	27	28	29	30
5								
4								
3								
2		X					X	
1								
0	X		X	X	X	X		X

Esta tabla nos muestra que la paciente presenta niveles de excitación bajos durante sus relaciones sexuales.

Tabla 6. Síntesis de la excitación sexual del mes de junio

DIA	1	2	3	4
5				
4		X		
3				
2				
1			X	X
0	X			

La tabla nos muestra que hubo una ocasión en que la paciente tuvo un nivel de excitación alto durante su relación sexual.

Tabla 7. Síntesis del análisis funcional de las relaciones sexuales.

	ANTES	DURANTE	DESPUES
Sentimientos	Disposición Cansancio Deseos	Deprimida Deseos	Frustrada Culpa Enojo Triste Descansada y relajada
Pensamientos	Actividades Deseos de sentir un orgasmo. Que se concentrará Como se iba a realizar	Deseos de tener orgasmo. Prefiere que eyacule y la deje en paz.	Pareja buscará a otra Persona. Molestia consigo por no realizar más intentos. Necesita ayuda urgentemente. Tener que poder a la siguiente vez.

Conductas	Sentir frío Le cuesta trabajo desnudarse. Prepararse.	No le agrada que la bese. Cuando él le habla se le cortan las ganas. La toca y ella no siente nada. Tratar de concentrarse, él introduce un dedo y se enoja.	Se viste, se duerme.
-----------	---	---	----------------------

Esta tabla nos muestra los principales sentimientos, pensamientos y conductas que la paciente presenta cuando tiene relaciones sexuales, lo cuál brinda información para realizar la intervención terapéutica

Se realizó la fase diagnóstica y de reconceptualización, luego de lo cual la paciente fue referida por la encargada del programa a terapia de pareja.

#### Evaluación de la Intervención.

Ésta se pretendió llevar a cabo realizando un pretest- en los inventarios de ansiedad y depresión, mediante autoregistros y en la disminución de síntomas de estrés postraumático y reportes subjetivos (cualitativos) de mejoría. Sin embargo se interrumpe el tratamiento por disposición de la supervisora *in situ* y se les asigna a terapia de pareja.

**TESIS CON  
BALLA DE ORIGEN**

## ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE

- Descripción de las actividades.

**Cursos.** El Departamento de Psicología impartió cursos a las alumnas de maestría sobre psicología institucional, entrevista psicológica, evaluación diagnóstica, intervención en crisis, investigación clínica, psicoterapia de grupo breve, retroalimentación biológica, esterilidad, pérdidas perinatales, diabetes y neoplasias, embarazo adolescente, pareja y sexualidad humana.

**Sesiones bibliográficas:** un día a la semana se acudía a éstas, en las cuáles se exponían las diversas propuestas de investigación y se daba retroalimentación al autor para mejorarlas. Se realizaban en el auditorio de la torre de investigación.

**Sesiones clínicas generales.** Las cuáles se realizaban una vez por semana en el auditorio. En éstas sesiones se abordaban temas médicos y acudía todo el personal.

**Sesiones de Supervisión con supervisora *in situ*.**

Se llevan a cabo cada semana luego de la terapia grupal, o luego de la revisión de los reportes, en éstas se analizan los casos individuales, la dinámica grupal, entre otros puntos.

- Evaluación de las actividades académicas.

Los cursos del Departamento de Psicología, sirvieron para encuadrar a la residente dentro de las problemáticas médicas y psicológicas de la sede y de la manera de abordarlas. Sin embargo las intervenciones propuestas eran de corte analítico.

**Sesiones Bibliográficas.** Éstas reforzaron los conocimientos de metodología que se tienen que seguir en la investigación.

Las investigaciones expuestas eran médicas, por lo que algunos términos eran difíciles de entender y no aportaban a la formación del psicólogo, ya que eran muy especializadas en su área.

**Sesiones Clínicas.** Éstas proporcionaban un panorama amplio sobre los padecimientos y permitían la observación de intervenciones médicas.

**Sesiones de Supervisión con supervisora *in situ*.**

Éstas sesiones son interesantes y brindan conocimientos sobre otro enfoque, sin embargo, no existe un reforzamiento del conocimiento del diagnóstico e intervención cognoscitivo conductual.

## ACTIVIDADES PROFESIONALES DIARIAS

### Descripción de las Actividades

#### Asistencia

##### a) Consulta Externa.

- Entrevistas de primera vez. Se recabó información sobre la paciente, para realizar un diagnóstico y canalizarla al grupo psicoterapéutico más adecuado para ella. Total 138 entrevistas realizadas.

- Historias clínicas. Se llenaron formatos, en los cuáles se vació la información recabada en las entrevistas, se le informó verbalmente del caso en turno al psicoterapeuta asignado al caso y se le entregó la historia clínica. Total 138.

- Terapia de Pareja (Grupal). Semanalmente se observó el proceso terapéutico del grupo y se realizaron reportes analizando las sesiones con los siguientes puntos: reconocer los temas centrales, manifiestos y latentes, tanto de grupo como individuales, reconocer las dinámicas propiamente grupales, reconocer las dinámicas propiamente psicoterapéuticas, identificar el tipo y propósito de intervención grupal, conceptualizar la psicodinamia individual y grupal de la sesión, identificar las diferentes etapas de la evolución grupal y establecer hipótesis psicodinámicas y líneas de trabajo tanto individual como grupal de sesiones subsecuentes.

##### - Terapia Sexual:

Observación de procesos terapéuticos.

Se estudiaron las técnicas de terapia sexual e investigaron nuevas para implementarlas.

Se propuso el manejo de un expediente.

Se colaboró para la realización de un manual para el paciente llamado "Guía del Sexo".

Se intervino con algunos pacientes para el manejo de la ansiedad.

##### b) Interconsultas en hospitalización.

Un día a la semana correspondía a la residente realizar una visita por el área de hospitalización.

Las pacientes son derivadas por el personal médico, de enfermería o de trabajo social y en ocasiones la paciente al enterarse del servicio lo solicita.

Las interconsultas se solicitaron cuando la paciente presentó una reacción emocional ante malas noticias, cuando el personal tuvo dificultades ante ciertos comportamientos o una toma de decisiones, entre otras.

Las necesidades que se encontraron fueron variadas, dependiendo del piso por el cual se estuviera pasando visita y para la intervención se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales.

Al final de cada intervención se realizó la nota psicológica, la cual sigue el modelo de (SOAP) Subjetivo (lo que nos dice la paciente por ejemplo cómo se siente, sus percepciones etc.), Objetivo (lo que se observa en la paciente bajo criterios diagnósticos), Acción (intervención cognitivo-conductual) y Plan (lo que se plantea para futuras intervenciones, seguimiento o canalización).

Se atienden 116 interconsultas cada una con su respectiva nota.

### c) Investigación.

- Estrés postraumático y Disfunciones Sexuales en Pacientes con Antecedentes de Abuso Sexual Infantil.

Se realizó revisión bibliográfica.

Se construyó el marco teórico y la metodología.

Se realizó búsqueda de instrumentos.

Se elaboraron materiales: autoregistros.

Se puso en marcha el protocolo de investigación con dos estudios de caso, se llega a fase diagnóstica y a algunas sesiones de intervención.

- "Estudio comparativo de la comunicación marital y estilo de comunicación en hombre con y sin disfunción sexual" (Investigación del Programa de Pareja y Sexualidad Humana).

Se llevó a cabo una revisión y traducción de bibliografía.

Se elaboró un fichero con la información.

Se recolectaron datos (aplicación de entrevistas y pruebas psicológicas).

Se calificaron pruebas psicológicas.

Se realizó la captura de datos.

Competencias Profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades  
De acuerdo con el perfil profesional del psicólogo se considera que se han desarrollado las siguientes competencias:

- Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.
- Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición y escrutinio en el área.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para la intervención profesional fundamentando sus elecciones en el modelo cognitivo conductual.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de salud

- Refinar la intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención de salud.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.
- Selección, manejo, evaluación y aplicación de diferentes técnicas, procedimientos y herramientas necesarios para realizar el diagnóstico preciso y adecuado del problema de interés.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.
- Integración de los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional.
- Manejar los diferentes enfoques metodológicos y estadísticos que se emplean en la práctica profesional.
- Identificar, manejar y construir las categorías que permitan conceptualizar el problema a partir del conocimiento científico existente.
- Manejar, evaluar y aplicar las estrategias del trabajo multidisciplinario.
- Manejo de herramientas informáticas.

#### Evaluación de las Actividades.

##### a) Consulta Externa.

Entrevistas de primera vez y realización de historias clínicas.

Estás permitieron poner en práctica habilidades de entrevista como el rapport, realizar observación clínica y diagnosticar de las pacientes, y canalizarlas al programa más adecuado para ellas.

Terapia de Pareja (Grupal). Permitió la observación de un proceso psicoterapéutico grupal bajo un enfoque distinto lo que provee de conocimiento nuevo, sin embargo obstruyó la práctica de las técnicas cognoscitivo- conductuales.

##### Terapia Sexual.

Está actividad brindó un espacio para estudiar problemas de salud sexual y reproductiva y formas de abordarlos, la mayoría de ellas conductuales.

Se propuso el uso de un expediente ya que sólo se maneja la historia clínica del paciente y en una libreta se anotaban los avances de todos los pacientes.

El colaborar en un material de biblioterapia para los pacientes, lo cual es fue una oportunidad de realizar una revisión bibliográfica pensando en las necesidades de las pacientes.

Este espacio fue adecuado para la propuesta de investigación, ya que al estar en contacto directo con los pacientes y su problemática, dio lugar a buscar intervenciones y evaluaciones de éstas más adecuadas.

Un obstáculo fue que se limitó la participación como terapeuta de la residente, y aunque en un principio son aceptadas algunas propuestas, finalmente no se permitió que se finalizarán.

c) Interconsultas en Hospitalización.

Esta actividad favoreció la aplicación de técnicas cognitivo- conductuales en un ámbito hospitalario, permitió la observación de el proceso salud-enfermedad de la paciente, la aplicación de conocimientos y habilidades en el diagnóstico, la intervención y la realización de notas psicológicas en el expediente de la paciente. Cabe mencionar que es principalmente este espacio en le que se realiza el trabajo multidisciplinario, ya que se está en contacto continuo con médicos, trabajadoras sociales y enfermeras.

d) Investigaciones.

Esta actividad permitió poner en práctica las habilidades necesarias en la realización de un protocolo de investigación, basado en las necesidades observadas en la población.

Por otra parte se ayudó en la realización de una investigación del instituto, lo cual, también permitió reforzar dichas habilidades.

Cabe mencionar que la investigación propuesta no se llevó a cabo, debido al enfoque distinto que maneja el Departamento de Psicología.

### ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS.

Asistencia a la Jornada Sabatina "Calidad de vida y Climaterio"

"Primer Encuentro Nacional de Educadores Perinatales".

Asistencia a Primer Congreso de Terapia Sexual.

Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades. Se ampliaron los conocimientos en cuanto a problemas de salud reproductiva y sexual.

## EVALUACIÓN

De los programas específicos desarrollados en la sede y la subsede.

Se considera que el programa desarrollado dentro de esta sede cumplió con las características solicitadas por el programa de la residencia, se basó en las necesidades de la población, contó con un respaldo teórico y metodológico firme, por lo que el objetivo de esta actividad se considera alcanzado aún con los obstáculos que se encontraron.

Del sistema de supervisión.

Del supervisor *in situ*.

Se considera que la supervisión *in situ* fue enriquecedora ya la supervisora poseía mucha experiencia y conocimiento en el manejo grupal e individual de pacientes, sin embargo no coincidía en cuanto a contenido con el propuesto por el programa de residencia de medicina conductual.

Del supervisor académico.

No se contó con la presencia de un supervisor académico, lo cuál hubiera mejorado y apoyado la formación de la residente. Sin embargo la tutora académica, brindo apoyo y respaldo, en cuanto al conocimiento de las técnicas cognoscitivo conductuales, formación clínica y en la elaboración del protocolo de investigación entre otras cosas.

De las actividades profesionales diarias.

Se considera que las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de las competencias profesionales. Sin embargo al tener ciertas limitaciones en consulta externa al acceso a los pacientes (terapia de grupo y terapia sexual), y por no permitir la terminación del programa desarrollado, por la diferencia de enfoque psicológico y por el desconocimiento del programa de residencia de medicina conductual por parte del Departamento de Psicología, se obstaculizó la formación del residente.

Un aspecto que compensó estos obstáculos fue el respaldo de la tutora académica.

De las competencias profesionales alcanzadas.

Se considera que éstas se han adquirido y se han desarrollado a través de las actividades, la formación académica continúa y la supervisión de la tutora académica.

## SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES

La medicina conductual se encuentra en continuo desarrollo y cada vez se abren más escenarios que permiten la inserción de los psicólogos.

El Instituto Nacional de Perinatología es uno de los campos en que el trabajo del psicólogo es un servicio que ofrece la institución para las personas que pasan por un problema asociado con la reproducción considerando que así se da una atención más integral y de mayor calidad al público.

El departamento de psicología se encuentra en crecimiento constante, en cuanto a asistencia atiende a un número considerable de pacientes en piso y en psicoterapia, en cuanto a investigación la creación de protocolos es continua y en enseñanza proporciona a los estudiantes la oportunidad de desarrollar habilidades profesionales, bajo supervisión y retroalimentación de la ejecución.

El tener un mayor contacto entre autoridades y llegar a acuerdos, permitirían establecer los lineamientos a seguir por el residente, a fin de que este cumpla con funciones asignadas y en beneficio de la sede, pero sin encontrarse comprometida su formación.

También se considera importante que se asigne supervisor académico para apoyar y vigilar la formación del residente.

El participar en una institución de esta naturaleza proporciona una experiencia profesional valiosa en la formación y permite el trabajo interdisciplinario.

## SEGUNDA ROTACIÓN HOSPITAL DE LA MUJER

### INTRODUCCIÓN

#### Características de la sede.

##### Ubicación

El Hospital de la Mujer se encuentra ubicado en Prolongación Salvador Díaz Mirón No. 374 Col. Casco de Sto. Tomás, este hospital fue fundado en 1528 y a partir de entonces fue proporcionando diferentes servicios a diferentes poblaciones y es hasta 1948 que se convierte en una institución dedicada a dar atención sólo a mujeres, en la actualidad el director del hospital es el Médico Perinatólogo Luis García Benavides.

##### Nivel de Atención

El Hospital de la Mujer es una institución de segundo nivel dedicada a atender problemas gineco-obstétricos.

##### Servicios de la Sede

- a) Urgencias. La cual atiende situaciones emergentes de cuidado, este servicio deriva a las pacientes dependiendo de la gravedad de su estado ya sea a la consulta externa o a Hospitalización.
- b) Consulta Externa. Este servicio cuenta con 15 consultorios en los que se brindan las especialidades de Cirugía General, Gineco-obstetricia, Medicina Externa, Estomatología, Genética, Esterilidad, Dietología, Climaterio, Oncología y Psicología
- c) Unidad de Cuidados Intensivos. La cual atiende problemas de preeclampsia severa, eclampsia, choque hipovolemico, sepsis, cardiopatía y embarazo, tromboembolia pulmonar, hipertensión arterial y embarazo, choque anafiláctico, cetoacidosis diabética, feocromositoma y embarazo y cáncer de ovario.
- d) Unidad de Cuidados Intermedios, la cual atiende los problemas similares a la Unidad de Cuidados Intensivos cuando la gravedad de éstos ha disminuído.
- e) Oncología. Los padecimientos que más se atienden dentro de este servicio son: cáncer cervicouterino, cáncer de mama, tumor de ovario, cáncer de vulva y mollar persistente, los cuales primero tienen una valoración médica exhaustiva la cual consiste en una valoración clínica, estudios y en ocasiones biopsias. Los tratamientos utilizados en el servicio son: cirugía, quimioterapia, braquiterapia y paliativos.
- f) Trofoblasto
- g) Clínica de Esterilidad

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- h) Alojamiento Conjunto. Este servicio presta atención a aquellas pacientes cuyo parto no tuvo complicaciones, así como también sus productos no tuvieron ningún problema y se encuentran sanos.
- i) Embarazo de Alto Riesgo. En este servicio las principales causas de morbilidad son: Inserción baja de placenta, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro y preeclampsia.
- j) Puerperio Complicado. Este servicio se divide en 6 cubículos, en el primero se encuentran pacientes con condilomatosis, micosis, sífilis y VIH; en el segundo y tercer cubículo pacientes con diagnóstico de endometritis y absceso de pared; en el cuarto cubículo se encuentran las pacientes con complicaciones de postpartos fortuitos, ruptura prematura de membrana, fórceps, desgarros y postlegrados intrauterinos; en el quinto cubículo pacientes postoperadas de cesárea; el sexto cubículo se encuentra destinado a padecimientos Infecto-contagiosos.
- k) Cuneros. En este se encuentran los recién nacidos que tuvieron alguna complicación al nacer o que se detectan problemas en su salud, ya sea que se encuentren en observación, sean prematuros o estén bajo cuidados intensivos. En este piso se encuentra también el servicio de lactancia materna, encargado de promover a ésta última.
- l) Otros. Genética, Pediatría, Medicina Preventiva, Endocrinología entre otros.

Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento: Laboratorio de análisis clínicos, anatomía, patología, radiología, anestesiología, unidad de irradiación externa, unidad tocoquirúrgica, quirófano.

Servicios Paramédicos: Control de pacientes, enfermería, trabajo social, archivo clínico, farmacia, bibliohemeroteca, dietología, estadística, fotografía.

Servicios administrativos: Contabilidad, personal, caja, compras, archivo fijo e inventarios, almacén varios, archivo general, impresos.

Servicios generales: intendencia, transportes, mantenimiento, lavandería y ropería, cocina.

Ubicación de la residente de Medicina Conductual en la sede

La dirección es la encargada de coordinar el hospital, de ésta se deriva la subdirección médica, la coordinación de enseñanza, investigación y proyectos especiales y la subdirección administrativa. (ver anexo II)

De la subdirección médica se derivan la división de ginecología (de la que dependen los servicios de esterilidad, departamento de cirugía ginecológica, departamento de ginecurología, climaterio y endocrinología ginecológica), la

división obstétrica (de la que depende la clínica de embarazo normal, la clínica de embarazo de alto riesgo, urgencias, alojamiento conjunto, puerperio complicado y la unidad tocoquirúrgica), la división de oncología (de la que depende la clínica de cáncer mamario, clínica de tumores de ovario, clínica de tumores ginecológicos, oncología médica, radioterapia, clínica de displasias), la división de neonatología (de la que depende la clínica del recién nacido sano, clínica del recién nacido patológico y cuidados intensivos neonatales), división de medicina preventiva (de la que depende el departamento de programas de salud y el departamento de atención para el adolescente sano), la coordinación de servicios de apoyo diagnóstico (de la que se derivan la imagenología, patología, citología, el laboratorio de análisis clínicos y el banco de sangre) entre otros, como los servicios de consulta externa, la cirugía general. La odontología, anestesiología, genética, terapia intensiva, enfermería, trabajo social, estadística e informática, relaciones públicas y psicología clínica. (Ver anexo II)

De la coordinación de investigación y proyectos especiales se deriva la división de investigación y la división de enseñanza. (Ver anexo II)

De la subdirección administrativa depende recursos humanos (relaciones laborales, remuneraciones, control de asistencia, archivo y correspondencia y archivo personal), recursos materiales (servicios generales, ingeniería y mantenimiento, recursos financieros (control financiero, control presupuestal, caja) entre otros (dietología, orientación e información, archivo clínico y relaciones públicas). (Ver anexo II).

### Departamento de Psicología

El departamento de psicología en el Hospital de la Mujer ha instaurado recientemente en ésta institución, ya que se había venido observando la necesidad de dar respuesta a las demandas emocionales de la paciente por un lado y a facilitar la adherencia a los tratamientos médicos. Este departamento depende por un lado de la subdirección médica y por el otro de la división de enseñanza, ya que su papel es inherente a la salud y por el otro debido al convenio establecido con UNAM con el departamento de enseñanza, los residentes dependen de los lineamientos de este último.

El objetivo del departamento de psicología es proporcionar atención de calidad con una visión holística; a través de la unión de esfuerzos que permitan ofrecer un servicio integral y eficiente.

Los objetivos específicos son intensificar las acciones del departamento integrando actividades de asistencia, docencia e investigación que incidan en el mejor diagnóstico y tratamiento de los factores emocionales favoreciendo el desarrollo de la salud mental del personal y usuarios del Hospital de la Mujer.

### Asistencia.

- Establecer programas de atención y fomento a la salud mental.
- Brindar atención psicológica de consulta externa a la población que lo solicite.
- Proporcionar atención psicológica a las solicitudes de interconsulta hospitalaria para el manejo integral de la paciente.
- Otorgar apoyo psicológico en situaciones de riesgo de alteraciones emocionales.
- Realizar evaluaciones psicológicas al médico que inicie su especialidad en gineco-obstetricia.

### Docencia

- Capacitación al personal médico y paramédico que lo solicite sobre temas relacionados con la salud mental.
- Participación en las sesiones clínicas con temas psicosociales.

### Investigación

- Elaboración y ejecución de proyectos de investigación con miras a la posible publicación de artículos.

### Acciones

- Organizar a los integrantes del departamento dentro de un marco común para elaborar y aplicar programas preventivos y de fomento a la salud mental
- Vincular capacitación, atención para la salud e investigación en situaciones relacionadas con la salud mental del trabajador de la institución y población asistida.
- Desarrollar en el personal del área Médica y Paramédica, habilidades para intervenir en procesos de salud-enfermedad acorde a las necesidades psicosociales de la población atendida por medio de seminarios, cursos, talleres y conferencias
- Formar grupos de apoyo de atención multidisciplinaria abarcando niveles de prevención primaria y secundaria en programas de salud a pacientes diabéticas, hipertensas, oncológicas, de embarazo de alto riesgo y estimulación temprana en recién nacidos prematuros.
- Orientación, asesoría y psicoterapia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de conflictos emocionales, personales y familiares, así como intervención en crisis.

### Líneas de Autoridad

El departamento de psicología al depender de la subdirección médica y por el otro de la división de enseñanza, depende de ambas autoridades, la Jefa de

departamento es la Lic. Diana L. Gutiérrez, la que tiene a su cargo a dos psicólogas adscritas, a los residentes de medicina conductual y a psicólogas que se encuentran realizando sus prácticas profesionales.

Supervisor in Situ.

Es la jefa del departamento de psicología, la Lic. Diana L. Gutiérrez.

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE

### PROGRAMAS DESARROLLADOS

**Intervención Psicológica Basada en el Modelo de Solución de Problemas en Mujeres con Cáncer de Mama.**

#### Fundamentación Teórica

Cada vez es mayor el número de mujeres que padecen cáncer de mama, experiencia que es considerada como un evento vital mayor negativo que genera un sinnúmero de eventos vitales menores, es decir que enfrenta a estas pacientes a una serie de problemas en su vida diaria. Al presentarse dichas dificultades la paciente tratará de resolverlas, pero si sus estrategias de afrontamiento son inadecuadas, se incrementan las posibilidades de estar a padecer estados de depresión, ansiedad entre otros, que pueden repercutir en su calidad de vida, en la adherencia al tratamiento y en el curso de su enfermedad.

La terapia en solución de problemas es una intervención que proporciona a las pacientes con cáncer habilidades para afrontar su enfermedad adaptativamente y genera soluciones a los problemas que se les presentan, mejorando su estado de ánimo y su calidad de vida.

Sin embargo es importante que se evalúe la eficacia de las intervenciones psicológicas con el fin de generar datos objetivos que sustenten su utilidad y se apliquen las más adecuadas a la paciente y a su problemática, ese es el fin de este trabajo.

#### Introducción

El propósito de este estudio es el de comprobar la efectividad de una intervención psicológica basada en el modelo de solución de problemas en una población oncológica que presenta dificultades en la adaptación a la enfermedad, se encuentra bajo un estrés considerable, padeciendo estados de ánimo depresivos y ansiosos y presenta estrategias de afrontamiento desadaptativas, lo que repercute en la adherencia al tratamiento y hace su rehabilitación más lenta.

Se espera que este tipo de tratamiento psicológico ocasione cambios en las respuestas de afrontamiento, disminuya los niveles de ansiedad y depresión, favoreciendo el estado de ánimo, mejorando las respuestas adaptativas de afrontamiento, que se refleje en la adherencia y recuperación de las pacientes.

Debido a las diferencias individuales, situación hospitalaria y práctica clínica, la metodología más adecuada es la de estudio de caso.

La intervención psicológica propuesta se basa principalmente en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de solución de problemas de D'Zurilla, en donde se hace énfasis en la transacción de variables como el estresor, las cogniciones del

individuo y estrategias de afrontamiento, también se subraya la capacidad que tiene el individuo para aprender a afrontar más adaptativamente la situación estresante, adquiriendo habilidades cognitivas y conductuales.

Trabajos previos como los de Nezu A., Maguth C., Friedman S., Faddis S. y Houst P. (1998) Osorio (1997 en Rangel R.; Soto I. y Weiss, B. 1997) y Reynoso y Seligson (1999) enfatizan esta relación y han propuesto intervenciones en población oncológica basadas en la premisa de dotar de habilidades a las pacientes para afrontar adaptativamente su enfermedad con menor malestar psicológico.

### Antecedentes

La Medicina Conductual, tiene como propósito destacar la importancia que tienen los factores derivados del comportamiento en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud, entendiendo esta última como "un estado de completo bienestar físico, psíquico y social", el cual es el resultado global, dinámico, variable, individual-colectivo de todas las influencias y determinantes sociales, como por ejemplo: ingresos económicos, profesión, alimentación, educación, tipo de vivienda, rol etc. (Latorre, 1992; San Martín, 1990).

La Medicina Conductual ha considerado importante el estudio del estrés debido al amplio cuerpo de literatura que sustenta la relación que existe entre este y la salud, como se sabe el estrés puede producir directamente efectos psicofisiológicos como ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, distracción etc., que pueden ser precursores de la enfermedad. También de manera indirecta el estrés mismo puede alterar patrones de conducta que conlleven a hábitos no saludables, tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas, ingesta exagerada de comida, etc., por mencionar algunas. A lo largo del tiempo se han ido desarrollando diversos modelos de estrés los cuales lo han abordado de formas diferentes, ya sea como estímulo, como respuesta o de manera transaccional. El primero se basa en los acontecimientos del entorno, es decir, se considera que ciertos eventos son percibidos de manera universal como estresantes, no obstante, dejan de lado las diferencias individuales en la evaluación de tales eventos. El segundo hace referencia al conjunto de reacciones fisiológicas que experimenta un organismo ante cualquier estímulo nocivo. El tercero y último concibe el estrés como la relación que existe entre el individuo y el entorno en la que el sujeto evalúa el evento como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (modelo transaccional).

Al estudiar el estrés se han encontrado diversas variables que intervienen en él. Una de ellas es el afrontamiento, dado que ha sido notable su importancia en la adaptación y sus repercusiones en la salud. (González, 1992)

El afrontamiento se ha definido de distintas maneras, una de las más relevantes es la de Lazarus y Folkman (1991) quien lo define como: "Un constante esfuerzo de cambio cognitivo y conductual para manejar demandas internas y externas,

específicas que son evaluadas como desbordantes o excedentes de los recursos de las personas”.

En un intento de reducir al máximo las posibles estrategias de afrontamiento algunos autores las han clasificado dentro de dos dimensiones, por un lado las denominadas instrumentales, confrontativas o vigilantes en contraste con las paliativas, de evitación o emocionales. Lazarus y Folkman las dividen en dos, las estrategias de afrontamiento dirigidas hacia el problema, en donde el sujeto se enfoca principalmente en cambiar las condiciones ambientales, buscar soluciones alternativas que se expresan en acciones específicas orientadas hacia el evento (por lo regular el individuo utiliza estas alternativas cuando evalúa que puede modificar el ambiente); y las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción donde solamente cambia la atención o interpretación de un suceso, o se disminuye el grado de trastorno emocional (el sujeto emplea este tipo de estrategias cuando cree que no puede hacer nada para modificar las condiciones) (Lazarus y Folkman, 1991).

Un aspecto del afrontamiento que se ha considerado importante es encontrar las formas más adecuadas o adaptativas de este, sin embargo Lazarus y Folkman (1991) indican que no deben confundirse los esfuerzos con los resultados, lo que los lleva a concluir que no existen estrategias mejores que otras, Díaz-Guerrero (1964 en González, 1992) opina que las diferencias culturales explican las diferencias en el afrontamiento y que las formas pasivas o activas son eficientes dependiendo del nivel de adaptación que el individuo alcance.

La manera en que un individuo afronte un evento estresante dependerá de sus recursos y la habilidad que este tenga para aplicarlos, y de las limitaciones que se le presenten. Branon (1992) en sus revisiones enumera los siguientes factores personales que influyen en el afrontamiento: 1) salud y energía, 2) la habilidad para utilizar técnicas abstractas que se expresan a través de acciones específicas; 3) habilidad social; 4) apoyo social; 5) recursos materiales; 6) las creencias.

El modelo transaccional del estrés de Lazarus (1991), intenta explicar el afrontamiento enfatizando la valoración cognitiva este autor menciona que cuando un individuo confronta una situación nueva o cambiante, realiza un proceso denominado “evaluación primaria”, el cual determinará el significado del evento.

Los eventos pueden ser percibidos como: irrelevantes (cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo), benigno-positivas (cuando el sujeto valora como positivas las consecuencias del encuentro), y estresantes, estos a su vez se subdividen en amenazantes (cuando el daño no ha ocurrido pero es previsto), de daño o pérdida (cuando el individuo recibe algún daño físico,

psicológico o social) y de desafío (aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de aprender o ganar). (Taylor, 1986; Lazarus y Folkman, 1991)

Una vez que la evaluación primaria ha ocurrido, la evaluación secundaria es iniciada. Esta valora las habilidades de afrontamiento y los recursos disponibles del individuo. El afrontamiento es el resultado de dichas evaluaciones.

Adams (1967 en Holland, 1989) señala que en una situación de enfermedad las estrategias más efectivas son aquellas que: a) Mantienen el distress en un nivel manejable; b) Mantienen la sensación de valor personal; c) Restauran sus relaciones con otros; d) Aumentan la visión de recuperación de las funciones físicas; e) Incrementan la probabilidad de trabajar en su valor personal.

A pesar de que no se ha llegado a un acuerdo en este punto, diversos autores proponen que la flexibilidad en las estrategias de afrontamiento es una característica que favorecerá al individuo ante las situaciones estresantes.

### Entrenamiento en Solución de Problemas (ESP)

Así como ha crecido el interés por los constructos de estrés y afrontamiento también han aumentado las inquietudes, sobre cómo incrementar las habilidades de las personas para enfrentar los eventos estresantes de una manera más adaptativa, este vacío en el conocimiento lo ha ido cubriendo la terapia de solución de problemas, está se encuentra basada en la premisa de que los humanos son "resolvidores de problemas" y que existen diferencias individuales en la habilidad para resolver estos.

La terapia de solución de problemas tiene sus raíces en diversas fuentes, entre ellas el creciente interés en la naturaleza y fomento de la creatividad (Guilford, 1977 y Alex F. Osborn, 1952 en D' Zurilla, 1993), el enfoque de competencia social en la psicopatología, el enfoque cognitivo-conductual en la modificación de conducta y la teoría transaccional sobre el estrés de Richard Lazarus (1966 en D' Zurilla, 1993).

### Proceso de Solución de Problemas

La solución de problemas ha sido definida como un proceso cognitivo-afectivo-comportamental mediante el cual un individuo o grupo identifica o descubre medios efectivos para solucionar conflictos propios del vivir cotidiano (D' Zurilla y Nezu, 1982 en D' Zurilla, 1993). Además la solución de problemas es un proceso de aprendizaje social ya que se requieren habilidades para cambiar las ejecuciones de una conducta.

La solución de problemas también ha sido considerada como una técnica de autoinstrucción ya que el individuo puede aplicarla en una serie de problemáticas a lo largo de su vida, además de ser una estrategia de afrontamiento activa y versátil.

Por otra parte el problema ha sido definido como una situación vital que exige una respuesta para funcionar con efectividad pero para la cual no hay ninguna respuesta aparente o disponible para el individuo o grupo enfrentado a la situación (D' Zurilla y Goldfried, 1971 en D' Zurilla, 1993).

Los problemas tienden a ser estresantes en función de su grado de dificultad, tiempo, habilidades personales y su resolución la mayoría de las veces implica un alto grado de tensión.

Una solución se caracteriza por ser una respuesta efectiva que tiene la capacidad de modificar la situación conflictiva y/o las reacciones individuales al grado de que el individuo deje de percibir la situación como amenazante, e incrementa las consecuencias positivas y/o decremente las negativas a corto y a largo plazo. Richard Lazarus (1966 en D' Zurilla, 1993)

Existen tres variables en el proceso de la solución de problemas: cogniciones en la orientación del problema, habilidades específicas y capacidades básicas.

### Modelo de Solución de Problemas

La Solución de Problemas como modelo ha sido desarrollado por D' Zurilla y Goldfried (1971, en D' Zurilla, 1993) para guiar la construcción de programas de entrenamiento e incluye los siguientes componentes.

1. Orientación del problema
2. Formulación y definición del problema.
3. Elaboración de soluciones alternativas
4. Toma de decisiones
5. Implementación de la solución y verificación

El primer componente orientación del problema tiene como objetivos aumentar la sensibilidad ante este, mantener la atención centrada en la solución del problema, alejándola de los pensamientos inhibitorios, incrementando el esfuerzo y la persistencia, disminuir el desaliento emocional y favorecer estados de ánimo facilitativos.

Algunos temas por abordarse centran en la percepción del conflicto que implicará reconocer y clasificar este último. Se aborda también la atribución, la valoración del conflicto, el control personal y la necesidad de tiempo-esfuerzo.

En la definición y formulación de problemas, se establecen los siguientes objetivos:

- a) Búsqueda de información objetiva y relevante.
- b) Comprensión del conflicto.
- c) Establecimiento de objetivos realistas.

En cuanto a la formulación y definición del problema, este vuelve a replantearse una vez cumplidos los pasos anteriores, tomando en cuenta posibles beneficios y

costos (a largo y corto plazo), así como el bienestar personal- social, es decir se hará una evaluación sobre el significado del conflicto.

La elaboración de soluciones alternativas tiene por objetivo suscitar la mayor cantidad de soluciones para incrementar la probabilidad de encontrar la más adecuada para resolver el problema. Existen 3 principios a seguir para generar dichas soluciones se basan en la operación de pensamiento divergente de Guilford (1967, en D' Zurilla, 1993) y en el método "brainstorming" de Osborn (1963, en D' Zurilla, 1993) estos principios son: (a) el principio de cantidad, (b) principio de dilatación del juicio y (c) el principio de variedad.

En la toma de decisiones se evalúan las soluciones alternativas emergentes del paso anterior y busca encontrar las mejores para llevarlas a cabo en la situación conflictiva, para lo cual será necesario considerar los siguientes puntos:

A. Anticipación de las consecuencias de cada solución

B. Evaluación (juicio y comparación) de las consecuencias de cada solución.

Los juicios de utilidad esperada se basan primeramente en cuatro criterios de beneficio/costo: (a) resolución de conflicto; (b) bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado); (c) tiempo/esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo que se espera necesitar) y (d) bienestar general personal y social (relación total beneficio/costo esperado).

C. Preparación de un plan de solución.

La meta de la implementación de la solución y verificación, consiste en vigilar la obtención de las soluciones y verificar su efectividad, el marco teórico en el que se basa este paso tiene sus raíces en la teoría del control y en la de autocontrol, esta última con una concepción cognitivo-conductual y que incluye:

1. La puesta en práctica del plan de solución.

2. Automonitoreo. Incluye la observación de la propia conducta durante su ejecución y/o sus productos (resultados), para lograr un conocimiento exacto y objetivo de la solución.

3. Autoevaluación. Ésta incluye el concepto del circuito de feedback, basado en que el individuo, podrá observar su ejecución, los resultados obtenidos con los esperados, por lo que podrá ser capaz de evaluar la solución adoptada, y decidir que tanto le satisface dicha solución, si desea modificarla o adoptar otra.

4. Autorrefuerzo

Este consistirá en que la persona se reforzará positivamente cuando su ejecución haya sido adecuada o sus resultados exitosos.

5. Investigación y reciclaje. Si los resultados logrados y los esperados son "insatisfactorios", el individuo debe "localizar el fallo" o intentar determinar si la fuente de dificultad reside en el proceso de resolución o en la ejecución de la solución (e.g., déficit de habilidades, inhibición emocional).

#### Afrontamiento, Solución de Problemas y Cáncer

Un evento que es sin duda estresante es la enfermedad, ya que amenaza de manera directa la integridad física, psíquica y social del individuo, sobre todo si está pertenece al rubro de las crónico-degenerativas, debido a que obliga al paciente a modificar su estilo de vida.

El cáncer es una de las enfermedades crónicas más temidas durante todos los tiempos y una de las más frecuentes actualmente.

Uno de los tipos de cáncer que más víctimas cobra es el de mama el que es la segunda causa de muerte en la edad productiva en México. (Secretaría de Salud, 1999).

El origen de esta enfermedad aún no es del todo conocido, sin embargo, si se tiene conocimiento de algunos factores que se asocian con su aparición; algunos de tipo conductual son fumar, beber alcohol, uso de estrógenos, exponerse al sol en exceso entre otros.

El estrés es otro factor que contribuye en la aparición y desarrollo del cáncer. Por un lado ocasiona cambios fisiológicos importantes si éste perdura mucho tiempo o bien lleva al individuo en algunas ocasiones a exponerse a estímulos carcinógenos. Las estrategias psicológicas deficientes para enfrentar los problemas, pueden modificar o actuar sinérgicamente con el ambiente favoreciendo el desarrollo de la enfermedad. (Flores,1994)

Existe evidencia sobre la importancia que tienen las variables psicológicas, en especial el afrontamiento de las situaciones estresantes que se encuentran asociadas con la incidencia del cáncer, el cual Nezu A., Maguth C., Friedman S., Faddis S. y Houst P., (1998) consideran que es un evento vital mayor negativo que genera eventos vitales menores que incrementan el estrés.

El paciente se ve enfrentado a problemas derivados de la sintomatología física y los derivados de la ruptura con los modelos de vida cotidiana; los cuales pueden comenzar en las fases de prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento (el que es de tipo invasivo, largo, molesto, doloroso, y a veces pueden traer pérdidas irreparables, efectos secundarios y rehabilitación molesta. (Flores,1994)

El afrontamiento por definición sirve para reducir minimizar el estrés emocional, sin embargo si las habilidades de afrontamiento son inefectivas producirán estados

emocionales negativos (Nezu A., Maguth C., Friedman S., Faddis S. y Houst P., 1998).

Se ha observado que los padecimientos psicológicos más comunes en pacientes con cáncer son la ansiedad y la depresión (Regnard C., Tempest S., Arias J. y Martín M., 1998), por un lado la depresión es cuatro veces más frecuente en pacientes con cáncer que en la población en general y está caracterizada por síntomas físicos como la pérdida de peso, fatiga, anorexia enlentecimiento motor entre otros y síntomas psicológicos que incluyen llanto, pérdida de interés, anhedonia, poca concentración, irritabilidad, aislamiento y pensamientos negativos (Barraclough, 1999).

Gutiérrez C., Rodríguez Hernández K.; García G. y Torres J. (1997 en Rangel R., Soto I. y Weiss B.) realizaron un estudio, en el cual valoraron el impacto psicológico que el padecimiento provoca en los pacientes oncológicos. Consistió de 92 pacientes con diferentes tipos de cáncer y evolución, a los cuáles les aplicó un cuestionario que integraba una prueba tridimensional de la depresión, por medio del cual valoraron el humor depresivo (Falta de alegría), la energía (sin interés, agotado), la falta de comunicación y la ritmopatía (disminución del tiempo del sueño y del apetito). Encontraron que el 75% presentó depresión moderada, el 26% severa y 1% leve. De los pacientes con depresión severa, el 75% se encontraba en fase terminal. La depresión fue mayor cuando el diagnóstico tenía menos de un año (43%). Dentro de las manifestaciones de la depresión, la falta de energía y la falta de comunicación fueron las más frecuentes.

Akechi T., Okamura H., Yamawaki S. y Uchitomi Y. (2001) realizaron un estudio, en el cual evaluaron porqué algunos pacientes con cáncer desean una muerte temprana y otros no. Los investigadores encontraron diferencias entre los pacientes que sufren de depresión con o sin ideación suicida por medio del análisis, la información de las consultas de pacientes que fueron referidos a la división de psiquiatría, de los 1721 pacientes referidos, 220 (12.8%) fueron diagnosticados con depresión, y el 51.4 % (113) de los pacientes tuvieron ideación suicida, los resultados sugieren que la severidad de la depresión y el funcionamiento físico son importantes indicadores de la ideación suicida en los pacientes con cáncer.

Tross y Holland (1989 en Duocastella, 1993) refieren que la respuesta psicológica a una enfermedad amenazante para la vida se debe principalmente a dos mecanismos: 1) la respuesta anticipatoria a la muerte, que produce ansiedad, depresión, sensación de daño corporal y miedo a recaer y 2) la respuesta residual al diagnóstico y tratamiento, la cual se asocia a la preocupación por la muerte, a la sensación de vulnerabilidad, y a una gran angustia emocional.

Por otra parte la ansiedad se caracteriza por irritabilidad, estado de alerta, insomnio, pesadillas, sobreactividad, tensión muscular, temblores, palpitaciones, hiperventilación. Es necesaria la evaluación de estas reacciones ya que de algún modo son respuestas normales, pero en algunos individuos se convierten en patológicas, los parámetros útiles serán el nivel de adaptación a la enfermedad, el bienestar emocional y social. (Barraclough,1999).

También se ven alterados los estilos de vida de los individuos enfermos de cáncer y pueden originarse problemas de tipo psicológico; sin embargo unos individuos no llegan a recuperarse nunca, mientras que otros se adaptan más fácilmente. Esto puede deberse a las diferentes estrategias de afrontamiento que utilizan las personas ante el cáncer y el estrés que es generado ante la enfermedad. (Flores,1994)

Algunos de los investigadores han tratado de identificar las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes con cáncer, ya que estas parecen predecir quienes se adaptarán con mayor facilidad a la enfermedad. Moorey y Gree (1989 en Latorre, 1992), encontraron que algunas de estas son:

- \*Espíritu de lucha.
- \*Evitación positiva
- \*Negación.
- \*Desesperanza-Indefensión.
- \*Fatalismo-Resignación pasiva
- \*Preocupación ansiosa

Otro tipo de estrategias de afrontamiento que ha llevado a las pacientes con cáncer a adaptarse a la enfermedad y a ir mejorando su estado emocional es la solución de problemas.

Nezu A; Maguth C; Friedman S; Faddis S. y Houst P., (1998) han encontrado una relación significativa entre la habilidad para resolver problemas y las manifestaciones de estrés emocional como la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer. Estos autores afirman que las personas con más habilidades para resolver problemas tienden a tener menos síntomas de depresión y ansiedad que aquellos que tienen menos habilidades.

La solución de problemas que implica evaluar las medidas que han de tomar para reducir la potencia del agente estresante, es una forma eficaz de afrontamiento por dos razones: mejora la relación situación-persona y mejora el estado emocional de la persona con un cambio en el foco de atención de los efectos negativos del estresor hacia el optimismo (Ascencio, 2001).

Se han realizado una serie de investigaciones que apoyen y sustenten que la intervención psicológica basada en el modelo de solución de problemas es una estrategia de afrontamiento que brinda a los pacientes con cáncer la oportunidad de disminuir la ansiedad y la depresión aumentando la calidad de vida.

El proyecto Génesis desarrollado en el Instituto Nacional de Cáncer (U. S. A.) realizada por Nezu A., Maguth C., Friedman S., Faddis S. y Houst P. en 1997 (Nezu A.; Maguth C.; Friedman S.; Faddis S. y Houst P., 1998) es uno de los más ambiciosos que ha aportado resultados confiables y objetivos.

Los objetivos de sus trabajos han sido:

- a) Mejorar las habilidades para la solución de problemas.
- b) Decrementar el distres emocional.
- c) Incrementar la sensación de control.
- d) Mejorar la calidad de vida.

Este estudio se aplicó en pacientes adultos con cáncer, los que fueron asignados al azar a una de las tres condiciones experimentales: a) Entrenamiento en solución de problemas con tratamiento médico estándar b) Entrenamiento en solución de problemas con otros tratamientos médicos c) Lista de espera.

Se realizaron mediciones pretratamiento, postratamiento y de seguimiento a 6 meses y un año. Se evaluaron los niveles de distres emocional, resolución de problemas, locus de control y problemas relacionados con el cáncer.

El análisis de los resultados iniciales apoyan la eficacia de la terapia en solución de problemas en pacientes con cáncer: a) Decremento significativo en afectos negativos y depresión b) Disminución significativa en problemas relacionados con el cáncer y con las necesidades de rehabilitación c) Incremento significativo de las habilidades para solucionar problemas.

Osorio (1997 en Rangel, R; Soto I y Weiss, B., 1997) aplicó un Programa de Habilidades de Afrontamiento en Pacientes Pediátricos con Leucemia, el cual está dividido en cuatro áreas: Área I Procedimientos Médicos, Área II Problemas personales, Área III Escolar, Área IV Familiar. Los cuales contienen diferentes conductas problemáticas a modificar (dolor, fobias, aversión a la comida, insomnio, pérdida de apetito y sobreprotección), los resultados en la evaluación final muestran que las conductas antes mencionadas se han visto modificadas favorablemente.

Por otra parte Reynoso y Seligson (1999) aplicaron un programa conductual de afrontamiento a seis sujetos con diagnóstico de cáncer estomacal. Dicho programa consistió de 12 sesiones, las estrategias de intervención fueron: Relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkoveck, 1973, en Seligson y Reynoso, 1999); manejo de contingencias y solución de problemas (D'Zurilla y Godfried, 1971). Utilizaron la historia clínica completa de (Cautela, 1981 en Seligson y Reynoso, 1999) y los

inventarios fueron: Listado de síntomas de estrés en pacientes cancerosos (SSC) (Golden, Gerch y Robbins, 1992 en Seligson y Reynoso, 1999), Escala de ansiedad-tensión (ATS) (Reynoso y Seligson, 1998 en Seligson y Reynoso, 1999) y el Cuestionario de desarrollo del problema (PDQ) (Reynoso y Seligson, 1988 en Seligson y Reynoso, 1999). El análisis de los cambios conductuales muestran que hubo un cambio conductual positivo, además observaron que las estrategias de solución de problemas y el manejo de contingencias ayudaron a mejorar y/o mantener las conductas problemáticas que se presentaron en el momento del diagnóstico. La relajación e imaginación guiada redujeron el estrés. Los resultados muestran que cada sujeto en este programa tiene su propia manera de percibir el problema, afrontarlo y cada sujeto se desarrollo diferente, existiendo un cambio conductual beneficioso en todos los sujetos.

Luego de una amplia revisión teórica, se consideró una necesidad el brindar habilidades cognitivas y conductuales para que las pacientes enfrenten el cáncer de mama, para lo cual el modelo de solución de problemas es una de las alternativas más completas y el propósito de este trabajo es el de evaluar su efectividad a través de la modificación de las estrategias de afrontamiento haciéndolas más adaptativas y disminuir el malestar psicológico traducido como ansiedad y depresión.

Es conveniente mencionar que no existen muchas investigaciones al respecto por lo cual el presente trabajo también busca aportar mayor conocimiento en la aplicación de esta intervención.

Nuestra propuesta de investigación es la siguiente:

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La intervención psicológica basada en el modelo de solución de problemas, modificará las habilidades de afrontamiento de la paciente para presentar respuestas adaptativas ante su enfermedad y disminuirá los niveles de ansiedad y depresión?

### Objetivos

Que la intervención psicológica basada en el modelo de solución de problemas, modifique las habilidades de afrontamiento de la paciente para presentar respuestas adaptativas ante su enfermedad y que disminuyan los niveles de ansiedad y depresión.

### Método:

Tratamiento: Terapia de Solución de Problemas.

Intervención basada en el modelo de solución de Problemas: proceso cognitivo - afectivo-comportamental mediante el cual un individuo o grupo identifica o

descubre medios efectivos para solucionar problemas propios del vivir cotidiano. (D' Zurilla y Nezu, 1993).

#### Variables Dependientes:

Afrontamiento:

Definición Conceptual:

Los esfuerzos cognitivos y conductuales que desarrolla el individuo para manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas y/o internas que evalúa que podrían sobrepasar sus recursos. (Lazarus y Folkman, 1991).

Definición Operacional:

Respuestas dadas en el Inventario de modos de afrontamiento. (Lazarus y Folkman, 1988 en Lazarus y Folkman, 1991).

Depresión:

Definición Conceptual:

Estado de ánimo caracterizado por una disminución acusada del interés y capacidad para el placer en sus actividades; presencia de tristeza por periodos de 2 semanas o más; llanto fácil; fatiga; pérdida de energía; disminución de la capacidad para concentrarse; para pensar y decidir; entre otras (DSM IV, 1994).

Definición Operacional:

Puntaje arrojado en la prueba de Depresión de Zung.

Ansiedad

Definición Conceptual

*Ansiedad-estado*: (A-estado) condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975).

*Ansiedad-rasgo*: (A-rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, diferencias personales en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-estado (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975).

Definición Operacional:

Respuestas arrojadas en la prueba de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)

Diseño

Estudio de caso

Criterios de inclusión

Diagnóstico de cáncer de mama en etapa 1, 2 ó 3.

Edad: 36 a 45 años

Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama etapa: 1, 2 o 3.

Escolaridad. Mínimo primaria (nivel básico).

Estado civil: casadas o unión libre

Criterios de exclusión.

Que tenga una demanda de atención psicológica diferente.

Situación experimental:

El estudio se realizará en las instalaciones del Hospital de la Mujer.

Materiales:

Copias de inventarios, material de biblioterapia (anexo 14), autoregistros, hojas blancas, pluma, lápiz

Instrumentos:

Entrevista (Realizada por Duocastella, R. (1993) con modificaciones realizadas en base en las necesidades observadas en la población por Limones M. Valdés S. y Sánchez R. (Anexo 12)

Inventario de Estilos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1988 en Lazarus y Folkman, 1991).

Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975).

Inventario de Depresión de Zung.

Autoregistros. (Anexo 14)

Procedimiento:

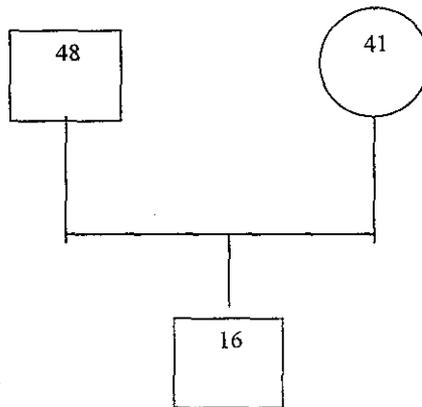
1. Se captará a la paciente en la etapa prediagnóstica, se le aplicará la entrevista etapa prediagnóstico (anexo 12), se le dará seguimiento hasta la confirmación del diagnóstico, se le aplicará la entrevista etapa diagnóstico, (anexo 12), se les informará del programa de tratamiento psicológico y a las pacientes que cumplan con los criterios y acepten el tratamiento, se le dará cita, para iniciar un tratamiento psicológico.
2. Se continuará recabando información a través de la entrevista y se llevará a cabo la aplicación de instrumentos. De acuerdo con los resultados obtenidos se determinará las necesidades de la paciente, las cuales guiarán el proceso terapéutico.
3. Se brindará el tratamiento psicológico basado en el modelo de solución de problemas. Las sesiones tendrán una duración de aproximadamente hora y media.

## CASO CLÍNICO 1

## Ficha de identificación

Nombre M. E. M.  
 Edad: 41 años  
 Estado civil: casada  
 Estatura: 1.51 Peso: 73  
 Número de hijos: 1  
 Religión: católica  
 Ocupación: Ama de casa  
 Nivel de estudios: primaria  
 Dx Médico: Cáncer de mama IIIA

## Genograma



## NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 1 FECHA 14/5/01

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Se realiza a la paciente una biopsia con el fin de confirmar presunto dx médico.  
 Se solicita interconsulta, por parte del personal de enfermería. La paciente se muestra ansiosa (presenta llanto, agitación, hiperventilación, voz quebrada, se observa tensión facial). Ante un posible diagnóstico de cáncer, presenta temores, pensamientos anticipatorios y catastróficos (de desesperanza y muerte), e ideas

suicidas, y refiere que los últimos días ha padecido insomnio, pérdida de interés, desgana y fatiga.

#### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Disminuir sintomatología de ansiedad para que la paciente se encuentre en mejores condiciones emocionales durante la intervención médica. Se pretende que la paciente genere alternativas para el tiempo de espera entre su biopsia y su próximo diagnóstico y disminuya la depresión.

#### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Intervención en crisis, respiración diafragmática, terapia cognoscitiva y solución de problemas.

#### PROCEDIMIENTO:

Se realiza rapport. Se estimula a la paciente a expresar sus emociones, sentimientos, y su malestar, se identifican sus principales temores, pensamientos y consecuencias asociadas y se ayuda a debatirlas, solicitando pruebas a favor y en contra de estos, se generan pensamientos alternativos y se realiza un ejercicio de repaso para identificar el pensamiento disfuncional y sustituirlo por otro.

Se explica brevemente algunos de los efectos que tiene el miedo y el estrés y algunas opciones que tenemos para disminuir estos, luego se realiza un ejercicio de respiración diafragmática.

Se indaga sobre la postura de la paciente respecto a un posible diagnóstico desfavorable, lo que se trabaja debatiendo pensamientos anticipatorios, se estimula a la paciente a basarse en pruebas objetivas antes de realizar afirmaciones y se motiva a resolver las dificultades que puedan presentarse para conseguir algo muy importante como su salud.

Se reorienta el problema al período de espera entre el diagnóstico médico, se generan alternativas para este tiempo (realizar actividades como ejercicios, visitas a familiares e identificación y sustitución de pensamientos catastróficos por los alternativos elaborados durante la sesión).

Se establece un convenio para contactar nuevamente, cuando se le informe sobre su diagnóstico o antes si se siente muy mal.

#### RESULTADOS:

La paciente se muestra más tranquila: cesa el llanto, se observa menos agitada, su respiración es más lenta, su voz se muestra más estable, menos entrecortada, sus músculos faciales se presentan más relajados, luego de que se facilita la expresión de sus emociones y se debaten sus pensamientos disfuncionales.

Se observa que la paciente se tranquiliza más cuando se le explica el porqué de sus síntomas y se relaja. Manifiesta que no se sintió muy ansiosa durante el procedimiento médico.

**TAREAS:**

Implementar las soluciones elaboradas y practicar la respiración cuando se sienta ansiosa.

**RECOMENDACIONES:**

Estar al tanto de los resultados de la biopsia y acompañar a la paciente cuando le den su diagnóstico.

**OBSERVACIONES:**

La paciente se muestra participativa e interesada durante la sesión.

**NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN**

SESIÓN 2 FECHA 27/6/01

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:**

Se acompaña a la paciente a recibir su diagnóstico, el cual confirma que la paciente tiene cáncer de mama estadio III A, lo cual indica que el cáncer ha llegado hasta un ganglio.

La paciente se muestra preocupada y angustiada, expresa sensación de indefensión, presenta llanto y desorganización cognoscitiva (se le dificulta poner atención, organizar la información y realizar preguntas).

**OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:**

Que se normalicen las respuestas emocionales de la paciente y que se procese adecuadamente la información para que se generen alternativas ante el diagnóstico de cáncer.

**TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:**

Intervención en crisis y modelo de solución de problemas.

**PROCEDIMIENTO:**

Se crean condiciones para la expresión emocional de la paciente. Se identifican pensamientos catastróficos y anticipatorios y se ayuda a debatirlos y a sustituirlos. Se estimula a la paciente a dirigirse a resolver el problema al que se enfrenta, ubicándola en un continuo y en el proceso que necesita seguir, averiguando que cosas son necesarias para mejorar su salud y las posibles opciones para alcanzar tal objetivo.

Se encuadra a la paciente dentro de la necesidad de llevar a cabo un tratamiento médico y psicológico conjuntamente, y se establece un convenio para iniciar una psicoterapia.

Se realiza encuadre institucional (se pregunta a la paciente que entendió y que no durante la sesión con el médico y se repasa la información).

**RESULTADOS:**

La paciente expresa sus preocupaciones y el llanto desaparece, sus músculos faciales se muestran más relajados cuando se ubica en el proceso de enfermedad, organiza los pasos a seguir y considera las opciones que le otorga el médico para su mejoría. Expresa su motivación para adherirse a su tratamiento médico y psicológico.

**TAREAS:**

Se recomienda a la paciente realizar una lista sobre las dudas que surjan alrededor de su enfermedad y/o tratamiento.

**OBSERVACIONES:**

Se realiza contacto el 9/7/01 cuando le aplican su primer ciclo de quimioterapia. Se pregunta a la paciente como se encuentra, se realiza reforzamiento positivo ya que manifiesta que se ha sentido bien y que ha estado controlando su ansiedad, se da cita a consulta externa de psicología.

## NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

### SESIÓN 3 FECHA 12/7/01

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA** La paciente refiere dudas acerca de su enfermedad y de su tratamiento e incertidumbre hacia el futuro.

Cuenta con poca información de su enfermedad y ésta se basa en algunas experiencias de personas conocidas. Muestra una actitud de indefensión ante su enfermedad. Refiere inquietud por acudir a centros de terapias alternativas (tomar té) y no acudir al hospital.

**OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:**

Que la paciente disminuya su angustia no anticipándose hasta que cuente con información objetiva de su problema.

Que perciba su enfermedad como un reto y oriente sus esfuerzos a su tratamiento. Motivarla para que sea adherente al tratamiento médico, que evalúe las ventajas y desventajas de dejarlo.

**TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:**

Modelo de solución de problemas.

**PROCEDIMIENTO:**

Se aplican los instrumentos psicológicos. Se orienta hacia la resolución del problema (por medio del dialogo socrático).

Se trabaja respecto a la idea de la paciente de que el cáncer es una enfermedad mortal contra la que hay poco que hacer, (utilizando el diálogo socrático), y se sustituye por la idea de que la enfermedad es como un reto a vencer y el adherirse a un tratamiento puede ser la vía que aumente las posibilidades de mejorar.

La reorientación del problema se logra explorando sus conceptos sobre la enfermedad, sus tratamientos y los efectos de estos últimos, se brinda información a la paciente, se aclaran sus dudas respecto al padecimiento y se buscan alternativas para aminorar los efectos secundarios que pudieran presentarse.

Se evalúan ventajas y desventajas de dejar de acudir al hospital para la aplicación de su tratamiento.

Se realiza un ejercicio en el cual se compara como se siente la paciente cuando piensa anticipadamente, sin basarse en información objetiva con cómo se siente al pensar basándose en información verídica.

#### RESULTADOS:

Su actitud se orienta a vencer el reto que se le presenta, aumenta su autocontrol al conocer las posibilidades que tiene a su alcance y se responsabiliza por su salud.

La paciente incrementa la información que poseía respecto a su enfermedad y se responden las dudas que trajo consigo a la sesión. La paciente refiere sentir mejoría emocional al contrastar la información que ella poseía con información objetiva y al concienciar cómo cambian sus estados de ánimo de acuerdo a la información que maneja.

La paciente decide continuar su tratamiento en el hospital.

La paciente toma conciencia de la importancia de conocer los efectos secundarios, observar cuáles presenta ella y se generan algunas alternativas si algunos se presentaran (cómo caída de cabello, vómito, debilidad).

#### TAREAS:

Leer el material (anexo 13) proporcionado por la terapeuta y continuar escribiendo sus dudas.

### NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 4 FECHA 30/7/01

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Se siente triste ante la pérdida de cabello, le molestan algunas actitudes de sus familiares (se preocupan demasiado por ella y la quieren ayudar, ella piensa que no los quiere chantajear con su enfermedad por lo que se aísla), menciona que le preocupa que a su pareja se le carguen tantas responsabilidades (como trabajar, cuidar de ella y de su hijo, acompañarla al médico, labores del hogar, etc.).

**OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:**

Adaptación a cambios en la imagen corporal y social y estructuración del apoyo social.

**TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:**

Modelo de solución de problemas y terapia cognoscitiva.

**PROCEDIMIENTO:**

Se revisa la tarea de la paciente y se continúa trabajando sobre la reorientación del conflicto, reforzando información, respecto al tratamiento y sus efectos.

Se validan las emociones de la paciente ante la pérdida de su cabello; por medio del diálogo socrático se cambia la actitud de la paciente hacia ésta (como una inversión para mejorar su salud, y se aclaran sus dudas de si volverá a crecer).

Se retroalimenta positivamente la implementación de una solución prevista con anterioridad (comprar una peluca en caso de perder el cabello).

Se elaboran alternativas sobre cómo manejar los efectos secundarios que empieza a experimentar y sobre que cambios realizar para su siguiente ciclo de quimioterapia.

Se reorienta el conflicto a su forma de relacionarse con los demás y de su percepción de ella misma (tener que proteger, ayudar a los demás y de ser la persona más fuerte de su familia), ante estos se emplea el diálogo socrático con el fin de debatir sus creencias irracionales y cambiar la percepción que tiene del problema.

Se trabaja respecto a las redes sociales que tiene disponibles y sobre las ventajas que traería organizarla (como que no se centren en su esposo todas las responsabilidades y que su familia no se moleste con ella por excluirlos).

**RESULTADOS:**

La paciente percibe la pérdida de su cabello como una pérdida necesaria para su recuperación (una inversión), y se aclaran sus dudas de si volverá a crecer. La paciente logra implementar soluciones contempladas con anterioridad (comprar peluca). La paciente se prepara para esperar que efectos secundarios se presentarán, y a elaborar preguntas de aquellos que le preocupen, antes de anticiparse.

Se observa que las percepciones de la paciente cambian al ser debatidas sus creencias sobre aceptar ayuda de los demás y empieza a considerar la opción de la organización del apoyo social.

**TAREAS:**

Escribir dudas acerca de su enfermedad y su tratamiento.

Implementar soluciones respecto a los efectos secundarios y detectar que cosas sí puede realizar ella y para cuáles necesita de ayuda, (en conductas definidas

operacionalmente), en qué momentos e identificar a familiares que potencialmente podrían ayudarla en estas tareas.

#### RECOMENDACIONES:

Continuar trabajando la percepción de recibir ayuda de la paciente.

### NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 5 FECHA 8/8/01 Segunda Quimioterapia

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Se observan temores ante la enfermedad (inutilidad y a ser dependiente), temor a perder imagen ante los demás. Presenta dificultades para aceptar ayuda, por lo que realiza esfuerzos físicos, disminuyendo períodos de descanso.

#### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

Trabajar sobre las creencias que mantienen el malestar emocional, que dificultan aceptar la ayuda de los otros, y afectan los períodos de descanso.

#### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Modelo de solución de problemas (orientación, reorientación del conflicto, búsqueda de alternativas y toma de decisiones). Terapia Cognoscitiva.

#### PROCEDIMIENTO:

Se pide a la paciente su tarea, la cual manifiesta que no la realiza ya que se le dificulta, se pregunta acerca de las dificultades que tuvo para realizar ésta. Expresa que se ha sentido muy cansada, pero que se esfuerza para realizar sus actividades. Se abordan creencias subyacentes (ser fuerte significa no pedir, ni aceptar ayuda) que determinan su comportamiento y se debaten.

Se analiza junto con la paciente en qué momentos y en que necesita ayuda y se encuentra que necesita ayuda únicamente los primeros días después de su quimioterapia que es cuando se siente muy débil,

Se elaboran alternativas para resolver esta situación (que sus hermanas la ayuden diario, irse a casa de sus hermanas, que su esposo haga todo, que ella haga todo) y se valoran los pros y los contra de cada una de las alternativas propuestas y se elige la más adecuada (dejar algunas cosas listas antes de acudir a su tratamiento, aceptar la ayuda de sus hermanas los días después éste y tomar períodos de descanso cuando su cuerpo lo solicite).

Se repasa con la paciente la técnica de respiración diafragmática para que los períodos de descanso sean más provechosos para su recuperación.

**RESULTADOS:**

La paciente expresa sus temores y dificultades, reflexiona acerca de la validez y la funcionalidad de estos.

La paciente analiza el problema y construye opciones para incrementar períodos de descanso y la aceptación de ayuda, en qué y cuándo, realiza una mezcla de las alternativas propuestas y elije la que más se adecua a sus necesidades.

La paciente considera a la respiración diafragmática como una opción para que sus períodos de descanso sean de mayor beneficio.

**TAREAS:**

Identificar y modificar pensamientos desadaptativos, implementar las soluciones y realizar ejercicios de respiración tres veces al día.

**NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN****SESIÓN 6 FECHA 28/8/01****DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:**

La paciente refiere, haberse organizado y organizar a su familia, para vivir mejor el día en que recibe su quimioterapia y los que le siguen. Menciona que se ha sentido decaída ya que piensa que no logrará superar su enfermedad, y que ha tenido problemas con su hijo, y a que considera que este tiene una actitud negativa hacia ella y no colabora.

**OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:**

Reforzar logros obtenidos, modificar la percepción que la paciente tiene respecto a la evolución de su tratamiento.

Orientar, reorientar y elaborar soluciones, en cuanto a las dificultades que se presentan con su hijo.

**TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:**

Solución de problemas. (orientación, reorientación del conflicto, generación de alternativas y toma de decisiones). Terapia cognoscitiva.

**PROCEDIMIENTO:**

Se da retroalimentación positiva respecto a los logros, se identifican los aspectos que la ayudaron y los que le causaron dificultades.

Se identifican temores respecto a su tratamiento y a la evolución de su enfermedad y se comparan evidencias a favor y en contra de pensamientos anticipatorios y se generan otros alternativos.

Se consigue más información respecto a la relación con su hijo (reorientación del conflicto) y se encuentra que no está enterado de la enfermedad, y a que la

paciente no se lo ha comunicado para protegerlo del sufrimiento y a la vez le demanda comprensión y apoyo.

Se buscan alternativas (decirle la verdad a su hijo, no decírsela, decírsela de un modo adecuado no catastrofizando), se analizan pros y contra de cada una, se elije hablar ella y su pareja con su hijo de una manera adecuada, pedirle apoyo e integrarlo en los cuidados que ella requiera.

#### RESULTADOS:

La paciente se muestra con actitud positiva ante sus logros. Reflexiona sobre sus temores, analiza su validez y funcionalidad y elabora pensamientos alternativos para sustituir los anteriores. Reorienta el problema central respecto a su hijo y elabora alternativas, las evalúa y elije una para incluir a su hijo dentro de los cuidados y ayuda que ella requiere.

#### TAREAS:

Implementar soluciones y registrar períodos de descanso y alimentación.(Anexo 13)

### NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 7 FECHA 5/9/01 (Tercera Quimioterapia)

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Se le coloca un catéter a la paciente la cual se muestra preocupada y ansiosa ante la intervención.

La paciente presenta dificultades con su hijo y esposo.

Nota que ha descuidado su salud (alimentación y descanso) por medio de los autoregistros.

#### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Disminuir la ansiedad ante la intervención médica.

Confrontar a la paciente con el descuido de su salud (en alimentación, descanso y reacción de angustia).

Generar alternativas para que la paciente resuelva problemas familiares.

#### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Respiración diafragmática, modelo de solución de problemas y confrontación.

#### PROCEDIMIENTO:

Se habla con la paciente sobre el procedimiento que se le va a hacer y se le pregunta si tiene temores o dudas ante este, se aclaran estas últimas y se abordan los temores (si está muy grave como para que le pongan un catéter), luego se relaja

a la paciente para que se le coloque un catéter, al terminar la intervención médica, se continúa trabajando con la paciente.

Se revisan autoregistros junto con la paciente la que refiere que al llenarlos se ha dado cuenta que últimamente no se ha cuidado lo suficiente, los datos obtenidos se utilizan como material para confrontar a la paciente con el hecho de que presenta activaciones de ansiedad, y preocupación, y que sin embargo no hace lo suficiente para el cuidado de su salud y se planean las posibles modificaciones para llevarlas a cabo (sustitución de algunos alimentos).

Con el modelo de solución de problemas se reorienta el conflicto entre su familia nuclear (problemas debido a cambio en ciclo de vida, así como el no establecer acuerdos y reglas con su hijo), y se buscan alternativas (ponerse de acuerdo como pareja y luego comunicarlo a su hijo).

#### RESULTADOS:

La paciente se encuentra tranquila durante la intervención médica, logra expresar las dudas respecto a este, y se aclaran algunas suposiciones de la paciente, disminuyendo su ansiedad.

La paciente toma conciencia de que algunos de sus problemas se encuentran relacionados con períodos de angustia, en que reacciona con preocupación excesiva, interés en su salud y lleva a cabo conductas de autocuidado, pero una vez que pasan esos períodos, vienen otros de descuido, lo que después repercute en su salud y genera otros períodos de preocupación, formándose así un círculo vicioso.

La paciente genera alternativas para resolver problemas familiares.

#### TAREAS:

Reflexionar respecto al contenido de ésta sesión.

Implementar alternativas para mantener conductas de autocuidado y las que se generaron para resolver problemas familiares.

#### OBSERVACIONES:

En esta sesión se atiende primero la demanda médica de disminuir en primer lugar la ansiedad de la paciente. Se observa que la paciente tiende a catastrofizar ante está intervención. Posteriormente la paciente pasa nuevamente a la sala dónde se le aplica su quimioterapia y se continúa el trabajo terapéutico.

### NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 8 FECHA 4/10/01 Cuarta Quimioterapia

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La paciente presenta mejorías en su adherencia médica.

Presenta angustia por la futura intervención médica (radiaciones).

**OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:**

Reforzar y retroalimentar logros obtenidos.

Disminuir ansiedad y malestar emocional ante el próximo procedimiento, crear un plan para vivir este con menos angustia y preveer a algunos posibles problemas con los que crea que se puede enfrentar.

**TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:**

Reforzamiento positivo y modelo de solución de problemas.

**PROCEDIMIENTO:**

Se revisa tarea, y se observa que la paciente realiza modificaciones en su actitud y en conductas en el cuidado de salud (vigila más su alimentación, descansa luego de sus quimioterapias y los días que le siguen a ésta, y responde a señales de cansancio), por lo que se refuerzan logros obtenidos.

Los temores ante el próximo procedimiento médico, se delimitan, se reorienta el problema (falta de información adecuada y dudas respecto a los efectos secundarios de este) y se planean alternativas para vivirlas más tranquila (pedir apoyo a familiares, repartir tareas, y descansar lo más que le sea posible ya que tiene que acudir diariamente al hospital).

**RESULTADOS:**

La paciente muestra mejoría en su estado físico (menos debilidad), se muestra satisfecha ante los logros obtenidos, respecto a conductas de autocuidado.

Se observa que disminuyen las señales de ansiedad (tensión facial, hiperventilación y expresiones de catastrofización) luego de recordar y repasar información que se dió en el material proporcionado a la paciente, y alentar a ésta a continuar escribiendo sus dudas y aclararlas.

La paciente logra visualizar algunas dificultades que se le podrían presentar (como necesitar quien la acompañe a recibir las radiaciones, ayuda para realizar sus tareas y necesitar descanso).

Se generan alternativas para resolver posibles problemas ante el siguiente tratamiento.

**TAREAS:**

Seguir con sus conductas de autocuidado.

Implementar soluciones generadas durante la sesión.

**RECOMENDACIONES:**

Está en comunicación telefónica con la paciente en caso de que presente dificultades..

## NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 9 FECHA 6/11/01 (Terminan Radiaciones).

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La paciente se presenta tranquila luego de haber completado su ciclo de radiaciones, menciona que lleva a cabo su tarea, logrando organizarse adecuadamente con su familia, a la cual deja participar más en lo que ella va requiriendo. Presenta mayor manejo en los problemas familiares.

## OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Reforzar logros obtenidos, retroalimentar la implementación de alternativas e incrementar la sensación de autocontrol en el área de su salud.

## TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Reforzamiento positivo, modelo de solución de problemas (implementación de alternativas).

## PROCEDIMIENTO:

Se utiliza reforzamiento positivo ante los logros obtenidos por la paciente, se da retroalimentación respecto a las soluciones implementadas (la paciente logra pedir información y generar soluciones respecto a los efectos secundarios como el cuidado de su piel quemada, pide ayuda y la organiza en torno a las necesidades que van surgiendo). Menciona que ha aprendido a establecer algunos acuerdos al interior de su familia.

## RESULTADOS:

La paciente se observa en un estado de ánimo estable, se muestra satisfecha con los logros obtenidos, expresa que siente que tuvo mayor control en su autocuidado, y que vivió este procedimiento con poca tensión. Refiere que pide y acepta ayuda, comprensión, sin sentir malestar emocional.

## TAREAS:

Reflexionar sobre la sesión.

## RECOMENDACIONES:

Vigilar estado de ánimo, ya que se aproxima la realización de la mastectomía.

## OBSERVACIONES:

La paciente refiere que deja de fumar, disminuye ingesta de alcohol al mínimo, e incrementa períodos de descanso.

## NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 10 FECHA 19/12/01

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La paciente expresa que se siente intranquila ante próximo procedimiento médico (mastectomía), que se encuentra triste y no puede dormir.

### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Disminuir el impacto emocional generado ante una futura pérdida.

### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Modelo de solución de problemas y terapia cognoscitiva.

### PROCEDIMIENTO:

Se observa que la paciente tiene reacciones normales ante una posible pérdida, se validan emociones, y se refuerzan los esfuerzos de la paciente.

Se reorienta el conflicto y se jerarquizan prioridades (quedando en primer lugar salvar la vida, para poder realizar los otros objetivos).

Se identifica su principal temor (la imagen que dará), y se generan alternativas (brassier con implante, cirugías reconstructivas, e investigar costos y beneficios de cada una de ellas).

### RESULTADOS:

La paciente expresa sus emociones y temores respecto a su cirugía.

Su motivación por salvar su vida se refuerza, al realizarse la jerarquización de prioridades.

Ante el temor relacionado con la imagen que tendrá, se elaboran alternativas, las cuales se planean evaluar consiguiendo mayor información para realizar la toma de decisiones.

### TAREAS:

Escribir dudas y buscar información sobre las alternativas generadas.

### RECOMENDACIONES:

Continuar validando sentimientos y reforzar la actitud de lucha que ha asumido la paciente.

### OBSERVACIONES

13/Feb/02 Cita para dar fecha a la cirugía.

15/Feb/02 Cita a clínica conjunta donde se determina que la paciente no será operada luego de una valoración clínica en donde no se detectan residuos de tumoración, se decide que la paciente recibirá otros 4 ciclos de quimioterapia.

## NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 11 FECHA 25/2/02

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La paciente expresa que se siente contenta ante la noticia de que no se realizará la mastectomía. Presenta inquietudes ante la evolución de su enfermedad, sobre cómo vivirá después, no sabe que acciones tomar tanto para ayudar a otras personas y para llevar a cabo un procedimiento legal contra una institución por no haberle detectado tempranamente el cáncer cuando ella acudió.

### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Reforzar logros obtenidos.

Realizar planes de acción a seguir en los siguientes ciclos de quimioterapia.

Incrementar autocontrol en el autocuidado.

Generar alternativas y tomar decisiones en algunos aspectos pendientes.

Aplicar instrumentos.

Realizar un resumen de todo el proceso terapéutico y realizar el cierre de este.

### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Reforzamiento positivo y modelo de solución de problemas.

### PROCEDIMIENTO:

Se realiza rapport, se refuerzan logros obtenidos en el mayor control que ha conseguido en sus emociones y en la actitud de lucha que ha tenido, lo que se ha reflejado en su salud.

Se refuerzan aprendizajes anteriores que puede emplear al recibir sus siguientes quimioterapias.

Se realiza un plan para que continúe realizando visitas médicas, chequeos, y conductas de autocuidado.

Se generan alternativas para orientar sus esfuerzos por ayudar a otras personas y se trabaja sobre el no tomar decisiones guiada por las emociones, sino más objetivamente y evaluando las posibles consecuencias.

Se aplican instrumentos.

Por último se realiza un resumen sobre todo el proceso terapéutico y se cierra.

### RESULTADOS:

La paciente se muestra motivada a continuar con su autocuidado y se muestra satisfecha por sus logros.

Repasa aprendizajes que le podrán servir para encontrarse mejor durante las quimioterapias.

Genera alternativas para ayudar a otras personas, y reconsidera no tomar decisiones apresuradamente y sin evaluar las consecuencias antes.

La paciente realiza un resumen de su proceso terapéutico, enumerando los avances y cambios.

#### TAREAS:

Se comenta que en caso de requerirlo, puede llamar por teléfono a la terapeuta o que puede solicitar interconsulta a las psicólogas que rotaran por el servicio.

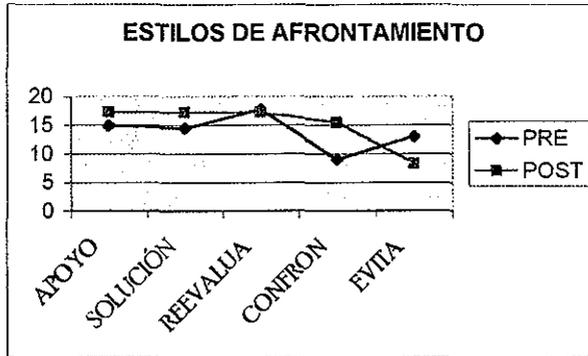
## EVALUACIÓN PRE- POST:

Tabla 8. Evaluación pre y post

Prueba	Pre	Post
Afrontamiento	Apoyo Social 14.9 Solución de Problemas 14.5 Reevaluación Positiva 17.8 Confrontativo 9.1 Evitación 13	Apoyo Social 17.3 Solución de Problemas 17.3 Reevaluación Positiva 17.3 Confrontativo 15.5 Evitación 8.3
Ansiedad Estado	50 Moderada	21 Mínima
Ansiedad Rasgo	42 Leve	30 Leve
Depresión	52 Ligera	26 Normal

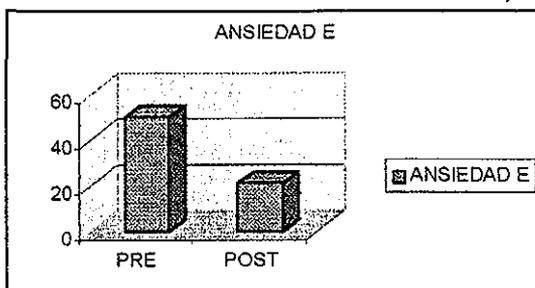
Esta tabla nos muestra los resultados de las pruebas aplicadas a la paciente antes y después del tratamiento.

Gráfica 1. Cambios en los estilos de afrontamiento pre y post.



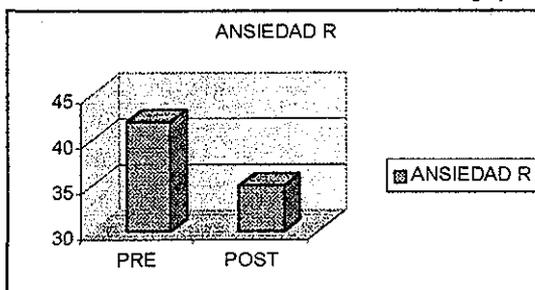
En esta gráfica podemos observar los cambios en los diferentes estilos de afrontamiento antes y después del tratamiento. El estilo de búsqueda de apoyo, de solución de problemas y confrontativo aumentaron, mientras que la reevaluación positiva permaneció casi igual y disminuyó el estilo evitativo.

Gráfica 2. Cambios en los niveles de ansiedad estado pre y post.



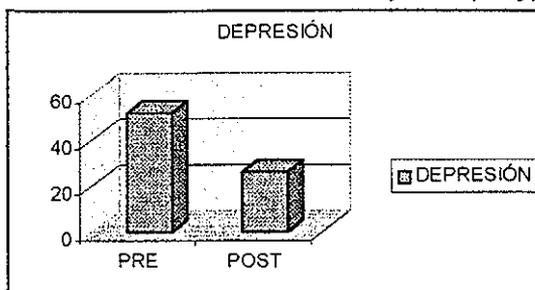
La gráfica nos muestra la disminución de la ansiedad estado de moderada a mínima, luego de la intervención.

Gráfica 3. Cambios en los niveles de ansiedad rasgo pre y post.



La gráfica nos muestra una disminución en los niveles de la ansiedad rasgo después de la intervención psicológica.

Gráfica 4. Cambios en los niveles de depresión pre y post.



La presente gráfica nos muestra el decremento de los niveles de depresión de la paciente, después de la intervención.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se considera que la intervención fue adecuada para la paciente, ya que se realizó en diferentes momentos que fueron estresantes para ella (biopsia, diagnóstico, tratamiento).

En el momento de prediagnóstico y en el diagnóstico se realizó intervención en crisis y luego fue canalizada al departamento de psicología para una psicoterapia. Se considera que los puntajes arrojados en las pruebas pre tratamiento pudieron ser alterados por las intervenciones previas.

Las áreas a trabajar con la paciente en diferentes momentos fue educación para la salud, efectos secundarios, organización de las redes de apoyo social, en el manejo de su estado de ánimo. Se observó que la paciente fue resolviendo los problemas que se iban presentando y cada vez controlaba más sus emociones.

Las evaluaciones pre y post muestran que la paciente utiliza más el afrontamiento confrontativo, la solución de problemas y el apoyo social, estilos que luego de la intervención se favorecieron y se incrementaron. Por otra parte disminuyó el estilo evitativo. Los resultados muestran una disminución de la ansiedad y la depresión, por lo tanto se puede concluir que la intervención ayudó a la paciente a afrontar mejor su enfermedad.

Un aspecto que favoreció la intervención, es el trabajo interdisciplinario con el médico y las enfermeras de la paciente.

Es importante mencionar que se utilizaron otras técnicas como la terapia cognoscitiva, la relajación, retroalimentación positiva entre otras, de acuerdo con las necesidades de la paciente.

Dentro de las limitaciones de ésta intervención se encuentran los problemas institucionales de espacio para la atención de pacientes, y los problemas de la paciente para asistir periódicamente a psicoterapia para una mejor atención.

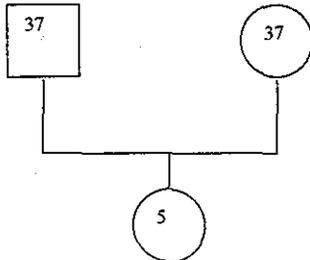
La paciente continuará su tratamiento médico y se la canalizó al departamento de psicología por lo que no se pudo realizar la fase de seguimiento.

## CASO 2

## Ficha de identificación

Nombre: A. O. M.  
 Edad: 37 años  
 Estado civil: Casada  
 Estatura: 1.57 Peso: 57 kg.  
 Número de hijos: 1  
 Religión: Católica  
 Profesión: Técnica en administración de empresas  
 Ocupación: Ama de casa  
 Nivel de estudios: Técnico  
 Dx Médico: Cáncer de mama III B

## Genograma



19/4/01 Historia Clínica médica.

La paciente recibe tratamiento para esterilidad con médico particular que reporta absceso en mama.

GII (dos embarazos) CII (dos cesáreas) Segundo producto muere.

Impresión diagnóstica: Fibroadenoma vs tumor phyloides.

9/8/01 Se pide mastografía. Impresión diagnóstica de oncología: Macroquiste recidivante vs Cáncer de mama.

10/8/01 Se cita para operación (Biopsia)

18/8/01 Ingresa para cirugía y se recaban laboratorios.

## NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 1 FECHA 19/8/01

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Se va a realizar cirugía y la paciente se presenta ansiosa, se eleva su presión arterial, por lo que se solicita interconsulta a psicología.

La paciente refiere encontrarse intranquila y con incertidumbre ante su operación, menciona que siente temor ante los resultados (biopsia).

Se observan síntomas de ansiedad (llanto, temblor, elevación de presión arterial, hiperventilación), la paciente presenta dificultades para manejar temores y miedos, presenta pensamientos catastróficos, lo que le genera mayor ansiedad.

### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Disminuir los síntomas de ansiedad de la paciente (presión arterial, llanto, temblor, e hiperventilación).

Facilitar la expresión de emociones y la expresión de preocupaciones.

Que la paciente exteriorice sus pensamientos catastróficos para ayudarla a reestructurarlos.

### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Se realiza intervención en crisis, se utiliza la técnica de respiración diafragmática, relajación autógena, y reestructuración cognoscitiva.

### PROCEDIMIENTO:

Se realiza rapport con la paciente, se muestra interés, se pregunta acerca de los miedos y preocupaciones y se validan sentimientos.

Se examina las dimensiones del problema y se analizan junto con la paciente, entre las que se encuentra la falta de información, generación de pensamientos catastróficos (que va a morir pronto) que generan respuestas fisiológicas como la elevación de la presión arterial y déficits en el control de emociones.

Se generan alternativas para resolver los problemas, entre los que se proponen la respiración diafragmática, la relajación autógena y la identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos catastróficos.

Se llevan a cabo las propuestas, se identifican pensamientos disfuncionales y se ayuda a la paciente a debatirlos y a sustituirlos por otros.

Se relaja a la paciente con respiración diafragmática y con relajación autógena.

Se acuerda con la paciente continuar en contacto con ella al día siguiente.

### RESULTADOS:

Se consigue disminución de síntomas de ansiedad, baja la presión arterial, hiperventilación, temblor y llanto.

La paciente refiere, sentirse más tranquila, antes de entrar a su cirugía.

## NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 2 FECHA 29/9/01

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Se realiza seguimiento a la paciente luego de su intervención quirúrgica. Menciona que extraña a su hija y a su pareja, y expresa que espera que los resultados de la biopsia sean negativos, pero la angustia la posibilidad de que resulten positivos.

### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Proporcionar retroalimentación positiva a la paciente por su cooperación y trabajo del día anterior.

Facilitar la expresión de preocupaciones y temores.

Ayudar a la paciente a identificar, debatir y sustituir pensamientos disfuncionales y catastróficos.

Reorientar el problema y generar alternativas para solucionarlo (tiempo de espera, y acciones que podría tomar si no tiene cáncer, o si sí tiene).

### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Retroalimentación positiva, solución de problemas y reestructuración cognoscitiva.

### PROCEDIMIENTO:

Se realiza entrevista, retroalimentación positiva, se explora la actitud de la paciente ante un posible diagnóstico de cáncer y se validan sentimientos.

Se identifica pensamiento disfuncional (que va a morir pronto) y se ayuda a la paciente a debatirlo y a sustituirlo por otro.

Se ubica a la paciente en un continuo para que identifique su postura en éste, y se ayuda a la paciente a generar alternativas para el tiempo de espera (como realizar actividades placenteras, debatir su pensamiento catastrófico) y para ambas posibilidades (tener o no cáncer) por ejemplo si tiene cáncer tiene la opción de tomar un tratamiento médico y si no acudir a chequeos médicos periódicamente y continuar con cuidados generales.

### RESULTADOS:

La paciente se muestra tranquila y satisfecha con los resultados del día anterior

La paciente exterioriza pensamientos catastróficos (de muerte y de dejar a su hija pequeña), se ayuda a identificarlos, a debatirlos y a sustituirlos.

La paciente se ubica en el continuo de su proceso de enfermedad, se elaboran alternativas para lo que pueda suceder y que la paciente considere que hay cosas que puede hacer.

**TAREAS:**

Para el tiempo de espera se dejan ciertas acciones como salir, jugar con su hija, cuando se presenten estados de ánimo de malestar, tomarlos como una señal de que pudo aparecer un pensamiento disfuncional, identificarlo y sustituirlo por uno alternativo que se haya elaborado en la sesión.

**RECOMENDACIONES:**

Acompañar a la paciente cuando se le informe su diagnóstico.

**NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN****SESIÓN 3 FECHA 12/10/01****DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:**

Cita en clínica conjunta, se confirma diagnóstico de cáncer de mama y se estadifica como III B.

La Paciente refiere que a partir de su diagnóstico se siente angustiada, deprimida, tiene temores respecto a su padecimiento, y ha notado que siente cansancio y desinterés.

Se observa que la paciente presenta depresión y ansiedad (temblor, llanto, tensión muscular facial) reactiva a confirmación y estadificación de cáncer de mama, y se activan una serie de pensamientos catastróficos y creencias en torno a su enfermedad.

**OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:**

Que la paciente exprese sus emociones y sentimientos sobre la confirmación y estadificación de cáncer.

Que se normalicen las respuestas emocionales de la paciente.

Que se procese adecuadamente la información para que se generen alternativas ante la confirmación y estadificación de cáncer.

**TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:** Se realiza intervención en crisis, se utiliza el modelo de solución de problemas.

**PROCEDIMIENTO:**

Se favorecen condiciones para la expresión emocional de la paciente.

Se estimula a la paciente a dirigirse a resolver el problema al que se enfrenta, ubicándola en un continuo y en el proceso que necesita seguir, averiguando que cosas son necesarias para mejorar su salud y las posibles opciones para alcanzar tal objetivo.

Se encuadra a la paciente dentro de la necesidad de llevar a cabo un tratamiento médico y psicológico conjuntamente, y se establece un convenio para iniciar una psicoterapia.

Se realiza encuadre institucional (se pregunta a la paciente qué entendió y qué no durante la sesión con el médico y se repasa la información).

#### RESULTADOS :

La paciente expresa sus preocupaciones, el llanto y el temblor desaparece, sus músculos faciales se muestran más relajados cuando se ubica en el proceso de enfermedad nuevamente, organiza los pasos a seguir y considera las opciones que le otorga el médico para su mejoría. Expresa su motivación para adherirse a su tratamiento médico y psicológico.

TAREAS: Reflexionar sobre la sesión.

#### OBSERVACIONES:

Por carga de trabajo no se puede acompañar a la paciente el día que recibe su diagnóstico, pero se averigua cuando tenía su cita a clínica conjunta y se interviene.

### NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 4    FECHA: 17/10/01

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La paciente refiere encontrarse preocupada por su enfermedad, desconocimiento de ésta y su tratamiento y costo del medicamento.

#### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Aplicar entrevista e instrumentos psicológicos de evaluación.

Proporcionar educación para la salud a la paciente y basándose en información objetiva que redefine su problema.

#### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Modelo de solución de problemas (orientación y reorientación del problema).

#### PROCEDIMIENTO:

Se aplica una parte de la entrevista y los instrumentos psicológicos.

Se pide a la paciente que exprese qué sabe del cáncer y cuáles son sus temores respecto a éste, se redefine el concepto de cáncer, sus tratamientos y efectos secundarios.

Se exploran las redes de apoyo social de la paciente.

Se analiza el problema económico y se generan alternativas, entre las que se orienta en pedir ayuda a la institución por medio de trabajo social y a familiares.

#### RESULTADOS:

La paciente refiere encontrarse más tranquila y expresa que se han aclarado sus dudas.

La paciente considera las alternativas que tiene para conseguir apoyo económico.

#### TAREAS:

Leer material informativo sobre el cáncer de mama (anexo 13) y escribir las dudas e inquietudes que le surjan.

Implementar alternativas generadas durante la sesión.

### NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 5 FECHA: 22/10/01

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Se revisa junto con la paciente su tarea, la paciente refiere haber resuelto el problema económico, pidiendo ayuda a la institución y surgen dudas acerca de algún método anticonceptivo.

#### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Dar retroalimentación por la implementación de alternativas.

Buscar información y generar alternativas para el problema de la paciente.

#### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Solución de Problemas.

#### PROCEDIMIENTO:

Se da retroalimentación positiva respecto a los logros.

Se utiliza el modelo de solución de problemas (búsqueda de información y redefinición del conflicto) para encontrar el método anticonceptivo más adecuado.

Se hace énfasis en las conductas precurrentes que la paciente tendrá que tener para adherirse mejor a su tratamiento como descanso y alimentación.

#### RESULTADOS:

La paciente se observa más tranquila, consigue disminuir tensión al resolverse el problema económico.

La paciente expresa dudas respecto al método anticonceptivo más adecuado para evitar un embarazo y se elaboran alternativas para tomar la decisión (acudir

a planificación familiar, proporcionando toda la información sobre su salud reproductiva y el cáncer).

La paciente está informada de la necesidad de vigilar más su salud, ya que el medicamento es muy fuerte.

#### TAREAS:

Implementar la solución generada durante la sesión.

#### OBSERVACIONES:

La paciente expresa que no podrá continuar asistiendo a las citas de psicología, ya que no tiene con quien dejar a su hija, no le da tiempo y gasta mucho dinero en pasajes, por lo que se acuerda con la paciente que se le dará seguimiento cuando se hospitalice para recibir sus ciclos de quimioterapia.

### NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 6 FECHA: 10/11/01 (Primera quimioterapia)

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La paciente no realiza su tarea por falta de tiempo. Manifiesta preocupación por los efectos secundarios del medicamento.

#### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Que la paciente considere la importancia de implementar la solución generada y que la lleve a cabo.

Que la paciente observe qué efectos tiene en ella el medicamento, para elaborar soluciones al respecto.

#### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Solución de problemas

#### PROCEDIMIENTO:

La paciente menciona que por falta de tiempo no realiza su tarea, se analizan los elementos que se lo impidieron y se trabaja sobre este punto, también sobre las actitudes de la paciente respecto a los métodos anticonceptivos, se analizan cuáles le han funcionado y cuáles no podrían ser apropiados por su tratamiento (quimioterapia). Se invita a la paciente a acudir con un especialista el cual podría dar una información más completa y más certera.

Se repasa la información antes proporcionada con la paciente, se exploran los temores que siente respecto a los efectos secundarios y se comparan con información objetiva.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**RESULTADOS:**

La paciente reflexiona acerca de la importancia de elegir un método adecuadamente, contando con la opinión de un especialista. Se generan alternativas para contar con un espacio para acudir. La paciente compara información subjetiva con objetiva de su tratamiento.

**TAREAS:**

Se deja nuevamente acudir a planificación familiar.

Observar si presenta efectos secundarios al medicamento y anotar las dudas que tenga al respecto.

**NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN**

SESIÓN 7 FECHA 17/12/01 (Segunda quimioterapia).

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:**

Se revisa la tarea con la paciente, la cual menciona haber acudido con un médico, luego de éste eligió un método de planificación familiar. La paciente refiere encontrarse triste ante los efectos secundarios (náusea y vómito), expresa que siente inquietud por la evolución de su tratamiento, expresa preocupación por su hija y recuerda pérdidas anteriores (Mamá e hijo).

Se observa que la paciente presenta estado de ánimo depresivo (presenta llanto y pensamientos catastróficos).

**OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN**

Retroalimentar a la paciente sobre la implementación de la solución.

Que la paciente reoriente el problema y genere alternativas para resolverlo.

Ayudar a la paciente a identificar, debatir y a sustituir sus pensamientos catastróficos.

Que se mejore el estado de ánimo de la paciente.

**TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:**

Solución de problemas y terapia cognoscitiva.

**PROCEDIMIENTO:**

Se brinda retroalimentación sobre la implementación de la solución.

Se pide a la paciente que exprese sus dudas y temores respecto a su tratamiento y se reorienta el conflicto contrastándolo con información médica, y discriminando las diferencias entre ella y otras personas (respecto a la evolución de su enfermedad).

Se explica a la paciente el modelo cognitivo y algunas consecuencias de la depresión sobre su estado de ánimo, su tratamiento y su sistema inmune, se identifica el temor de morir y dejar huérfana a su hija como a ella le sucedió con su

maná a los quince años, se pide evidencia a favor y en contra de este temor, y se generan explicaciones alternativas, se evalúa la funcionalidad de este pensamiento y se elabora un pensamiento alternativo.

#### RESULTADOS:

La paciente refiere encontrarse más tranquila, obtiene retroalimentación de la ejecución de la solución.

Se reconceptualiza el problema repasando la información que se había proporcionado a la paciente, se generan alternativas respecto a la náusea y el vómito (tomar medicamento y/o cosas frías), se elige este último y se planea su implementación.

Se consigue que la paciente conozca el modelo cognitivo y las consecuencias de la depresión.

La paciente logra identificar, evaluar la funcionalidad de un pensamiento disfuncional, cuestionarlo y sustituirlo por uno más adaptativo.

#### TAREAS:

Reflexionar sobre la sesión.

Implementar la solución respecto a la náusea y el vómito.

Identificar, evaluar y sustituir pensamientos disfuncionales.

### NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

SESIÓN 8 FECHA 14/1/02 (Tercera quimioterapia).

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La paciente se encuentra ansiosa (presenta llanto, tensión facial y muscular, voz quebrada) ante las numerosas punciones que le han tenido que hacer para canalizarla y ante la cirugía menor (venosección) a la que tuvo que someterse, ya que no se le pudo canalizar.

Menciona que se siente triste ante los efectos secundarios (cansancio y náuseas).

#### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Disminuir los niveles de ansiedad de la paciente.

Ayudar a la paciente a identificar, debatir y sustituir sus pensamientos catastróficos.

#### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Respiración diafragmática, relajación autógena, terapia cognoscitiva y solución de problemas.

**PROCEDIMIENTO:**

Se interviene con la técnica de respiración diafragmática y relajación autógena. Una vez que se terminó la cirugía (venosección), se deja a la paciente descansar unos momentos, luego se continúa con el trabajo psicoterapéutico.

Se abordan los temores de los efectos secundarios y se encuentra que se manejan adecuadamente, pero existen pensamientos catastróficos acerca de ellos y de la evolución de la enfermedad.

Se repasa el modelo cognoscitivo, se identifica el temor de no curarse, se pide evidencia a favor y en contra de este temor, y se generan explicaciones alternativas, se evalúa la funcionalidad de este pensamiento y se elabora un pensamiento alternativo.

Se refuerzan logros anteriores y la adherencia al tratamiento que ha tenido.

Se planea con la paciente su próximo ciclo, para disminuir su ansiedad ante los procedimientos médicos y qué cosas podría hacer para que éste sea menos difícil, se generan alternativas como ejercicios de relajación, ejercitación de la mano, identificar y modificar pensamientos disfuncionales.

**RESULTADOS:**

Disminuyen síntomas de ansiedad y la paciente refiere encontrarse más tranquila durante la intervención.

Se repasa el modelo cognitivo.

La paciente logra identificar, evaluar la funcionalidad de un pensamiento disfuncional, cuestionarlo y sustituirlo por uno más adaptativo.

La paciente genera alternativas para disminuir su ansiedad ante los procedimientos médicos.

**TAREAS:**

Implementar soluciones generadas durante la sesión (ejercicios de relajación, ejercitación de la mano, identificar y modificar pensamientos disfuncionales).

**OBSERVACIONES:**

El médico informa a la paciente que se le aplicarán más ciclos de quimioterapia, antes de pasar a radioterapia.

**NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN**

SESIÓN 9 FECHA 12/2/02

**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:**

La paciente refiere encontrarse más tranquila, siente una mínima incomodidad ante los procedimientos médicos, menciona que llevo a cabo los ejercicios de relajación y ejercitación de la mano, también logra disminuir el malestar emocional identificando y modificando algunos pensamientos.

La paciente refiere tener una serie de temores y dudas respecto a su cirugía y rehabilitación.

Se observa paciente con estado de ánimo estable, lo cual atribuye a la realización de su tarea.

#### OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN:

Brindar retroalimentación a la paciente de la implementación de soluciones.

Redefinir el problema y buscar soluciones.

Identificar temores.

Aplicar pruebas psicológicas.

Que la paciente realice un resumen de su tratamiento psicológico.

Cerrar el proceso terapéutico.

#### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN:

Solución de problemas y terapia cognoscitiva.

#### PROCEDIMIENTO:

Se revisa la tarea de la paciente, se da retroalimentación sobre la implementación de las soluciones. Se identifican nuevos temores y se reorienta el problema, se busca mayor información al respecto (temor central imagen corporal y recuperación) y se buscan soluciones (brassier con implante y cirugía reconstructiva), de las cuáles se conseguirá mayor información antes de elegir alguna.

Se aplican las pruebas psicológicas.

Se le pide a la paciente que haga un resumen de todo el proceso terapéutico y se realiza el cierre de éste.

#### RESULTADOS:

La paciente refiere encontrarse tranquila ante las intervenciones médicas, menciona que sólo la punzaron en dos ocasiones, y lo atribuye a que realizó su tarea, lo cual se retroalimenta y se refuerza.

La paciente identifica sus temores, reorienta el problema y elabora alternativas.

La paciente realiza un resumen de su proceso terapéutico y manifiesta satisfacción de los logros obtenidos.

#### OBSERVACIONES:

Se realiza el cierre en estos momentos, ya que la paciente refiere estabilidad emocional y por terminación de la residencia.

Se motiva a la paciente a implementar soluciones elaboradas y se le comunica que en caso de necesitarlo, puede solicitar interconsulta al departamento de psicología del hospital.

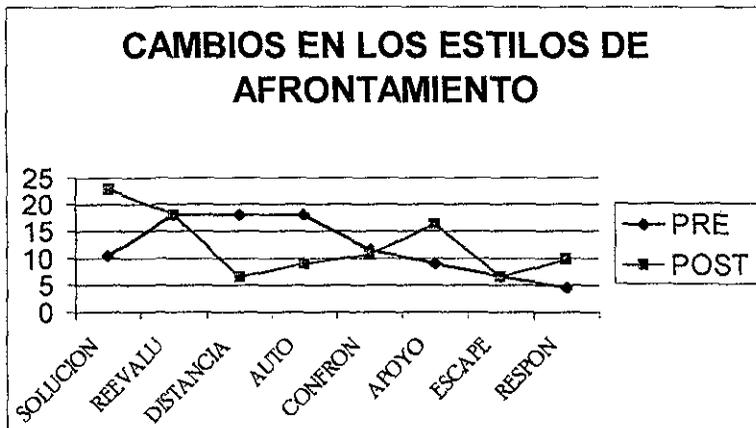
## EVALUACIÓN PRE Y POST:

Tabla 9. Evaluación pre y post

Prueba	Pre	Post
Afrontamiento	Apoyo Social 9	Apoyo Social 16.3
	Solución de Problemas 10.4	Solución de Problemas 22.9
	Reevaluación Positiva 18	Reevaluación Positiva 18
	Confrontativo 11.5	Confrontativo 10.6
	Evitación 6.5	Evitación 6.5
	Distanciamiento 18	Distanciamiento 6.5
	Autocontrol 18	Autocontrol 9
	Responsabilidad 4.5	Responsabilidad 9.8
Ansiedad Estado	50 Moderada	23 Mínima
Ansiedad Rasgo	27 Leve	23 Mínima
Depresión	55 Ligera	34 Normal

Esta tabla nos muestra los cambios en los puntajes antes y después del tratamiento en las diferentes pruebas.

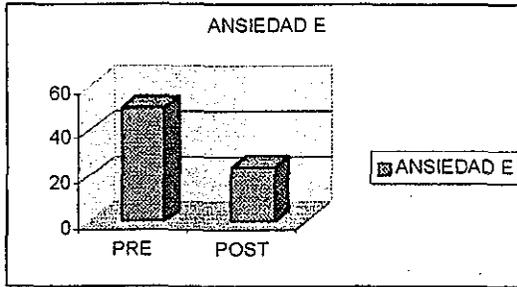
Gráfica 5. Cambios en los estilos de afrontamiento.



La gráfica nos presenta los cambios en los porcentajes de la prueba de estilos de afrontamiento. Después de la intervención, la solución de problemas, el apoyo social, y la responsabilidad aumentaron, mientras que la reevaluación positiva, la confrontación y el escape- evitación se mantuvieron iguales, por otro lado el distanciamiento y el autocontrol disminuyeron.

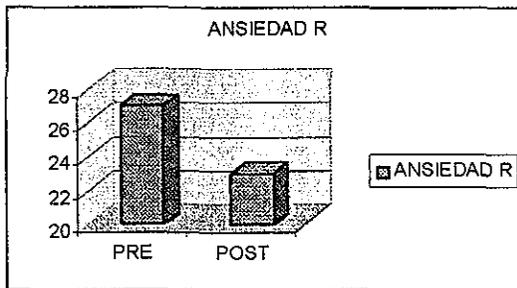
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica 6. Cambios en los niveles de ansiedad estado pre y post.



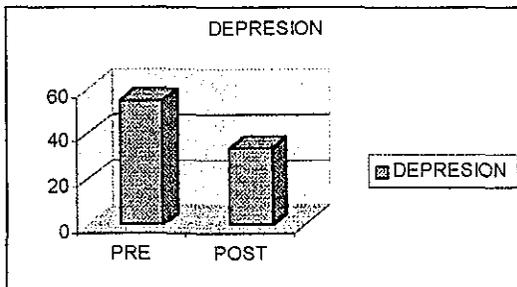
Esta gráfica nos muestra la disminución en la ansiedad estado de moderada a mínima luego de la intervención psicológica.

Gráfica 7. Cambios en los niveles de ansiedad rasgo.



Se observa que existe un decremento en los niveles de ansiedad rasgo de leve a mínima, después del tratamiento.

Gráfica 8. Cambios en los niveles de depresión.



Se observa una disminución en los puntajes arrojados en la prueba de depresión (de ligera a normal), después de la intervención.

## EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se considera que la intervención cumplió con los objetivos que se plantearon. Se realizaron diferentes intervenciones de acuerdo con las necesidades de la paciente y en diferentes momentos de su tratamiento.

En el momento antes del diagnóstico y en el diagnóstico se realizó intervención en crisis y posteriormente fue canalizada al departamento de psicología para una psicoterapia.

Es importante mencionar que las pruebas no fueron aplicadas desde el principio debido al estado de crisis de la paciente y por cuestiones éticas se realizó la intervención, por lo que las pruebas se aplicaron después. Sin embargo esto pudo influir en los puntajes de las pruebas pre tratamiento.

Las áreas que se trabajaron con la paciente en diferentes momentos fue educación para la salud, efectos secundarios, ansiedad ante procedimientos médicos y en el manejo de su estado de ánimo.

Los resultados después de cada sesión muestran cómo la paciente fue resolviendo las dificultades que se le fueron presentando y manejo mejor su estado emotivo.

Las evaluaciones pre y post muestran que se incrementaron las estrategias de afrontamiento de apoyo social, la solución de problemas y la responsabilidad, la reevaluación positiva se mantuvo igual y el distanciamiento bajo.

Se observó una disminución de los puntajes de las pruebas de ansiedad y depresión, por lo tanto se puede concluir que la intervención ayudó a la paciente a afrontar mejor su enfermedad y a mantener un estado de ánimo estable.

Cabe mencionar que el trabajo interdisciplinario favoreció la intervención.

La utilización de otras técnicas como la terapia cognoscitiva, la relajación, retroalimentación positiva entre otras, se utilizaron de acuerdo con las necesidades de la paciente.

Entre las limitaciones de ésta intervención se encuentran por un lado los problemas institucionales de espacio para la atención de pacientes, y por el otro los problemas personales de la paciente para asistir a psicoterapia, lo que limitó a ésta última a realizarse sólo en el área de hospitalización cuando se le aplicaba a la paciente su quimioterapia.

No se pudo realizar el seguimiento, debido a que la paciente seguirá acudiendo a tratamiento médico y se canalizó al departamento de psicología en caso de que lo necesitara.

Competencias Profesionales alcanzadas con el desarrollo del programa. De acuerdo con el perfil profesional del psicólogo se considera que se han desarrollado las siguientes competencias:

- Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.
- Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición y escrutinio en el área.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para la intervención profesional fundamentando sus elecciones en el modelo cognitivo conductual.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de salud.
- Refinar la intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención de salud.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.
- Selección, manejo, evaluación y aplicación de diferentes técnicas, procedimientos y herramientas necesarios para realizar el diagnóstico preciso y adecuado del problema de interés.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.
- Integración de los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional.
- Manejar los diferentes enfoques metodológicos y estadísticos que se emplean en la práctica profesional.
- Identificar, manejar y construir las categorías que permitan conceptualizar el problema a partir del conocimiento científico existente.
- Manejar, evaluar y aplicar las estrategias del trabajo multidisciplinario.
- Manejo de herramientas informáticas

Evaluación de los programas desarrollados.

El programa desarrollado dentro de la sede, se realizó y modificó basándose en las necesidades de la población.

Se realizó revisión bibliográfica.

Se construyó el marco teórico y la metodología.

Se realizó la búsqueda de instrumentos.

Se elaboraron materiales: una entrevista (anexo 12), basada en los diferentes momentos estresantes del padecimiento (pre diagnóstico, confirmación del diagnóstico, tratamiento, etc.), con el fin de identificar inquietudes, temores, estado emocional, necesidades y dudas que surjan en cada uno de estos momentos (por

ejemplo necesitar mayor información y no tener habilidades para solicitarla, adherencia terapéutica deficiente, apoyo social ineficiente).

Se realizó una búsqueda de material adecuada para la paciente (y con la aprobación del médico oncólogo). (anexo 13)

Se desarrollaron autoregistros dependiendo de los problemas con los que se fueran enfrentando las pacientes. (anexo 4)

Se puso en marcha el protocolo de investigación con dos estudios de caso.

En general se considera que el programa desarrollado alcanzó sus objetivos, disminuyó el malestar emocional de las pacientes y les ayudó a afrontar mejor su enfermedad, además de que ayudó a la residente a poner en práctica las habilidades adquiridas.

## ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE

### Descripción de las Actividades Académicas

- Asistencia a Sesiones Clínicas Hospitalarias. Se acudía semanalmente a estas sesiones en el auditorio del hospital, en ellas se exponían diferentes temas médicos, en ocasiones psicológicos y sociales.
- Sesiones con Supervisora Académica UNAM. Mtra. Cecilia Montaña Arvizú. En estas sesiones se analizaban los casos en los que se tenían dudas, se brindaba retroalimentación al residente respecto a su actuación clínica y además se aclaraban dudas en cuanto a términos médicos.
- Sesiones con Supervisora in Situ Lic. Diana L. Gutiérrez. En estas sesiones se aclaraban dudas respecto a algunos casos y en cuanto a los movimientos, lineamientos y trámites en la institución.

### Evaluación de las actividades académicas

Se considera que estas actividades contribuyen a retroalimentar al residente en su desempeño, le ayuda a aclarar dudas en casos muy específicos, respecto actividades hospitalarias y en aclarar dudas sobre conceptos médicos y biológicos.

## ACTIVIDADES PROFESIONALES DIARIAS

### Descripción de las Actividades

#### Asistencia

##### Consulta Externa.

Un día a la semana la residente atendió la consulta externa con un horario de 8 a 11 de la mañana. Las pacientes en esta área fueron referidas por los médicos de la consulta externa o fueron derivadas de interconsultas de hospitalización. Estas

pacientes tenían padecimientos como: trastornos menstruales, embarazo de alto riesgo, esterilidad, cáncer cervicouterino, de mama, tumor de ovario, entre otros.

Los problemas psicológicos más frecuentes fueron: ansiedad, depresión, problemas conyugales, problemas para adaptarse a la enfermedad y la intervención psicológica consistió en: entrevista, fase de evaluación diagnóstica, intervención y evaluación del tratamiento.

Se atendieron 138 consultas.

#### Interconsultas en hospitalización.

Éstas pacientes fueron derivadas por el personal médico, de enfermería o de trabajo social y en ocasiones la paciente al enterarse del servicio lo solicitó. Las necesidades que se encontraron fueron variadas, dependiendo del piso por el cual se estuviera rotando. Para la intervención se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales. En la primera rotación fue asignado el primer piso, donde se encuentra terapia intensiva, terapia intermedia, trofoblasto, esterilidad, tumor de ovario y oncología.

En hospitalización se presentaban demandas del personal como la de tratar a pacientes que estaban nerviosas o deprimidas antes de la aplicación de su tratamiento (por ejemplo quimioterapia), también se atendieron interconsultas para preparar a las pacientes para procedimientos médicos (canalizaciones, biopsias, cirugías, inyecciones, braquiterapia etc.), otras que presentaban vómito anticipatorio, duelo después de las cirugías (histerectomías, mastectomías), algunas pacientes presentaban dolor excesivo y sus manifestaciones no eran adaptativas.

En el consultorio de oncología se atendían interconsultas de los médicos para intervenir en el momento de dar un diagnóstico.

En la segunda rotación fue asignada el área de puerperio complicado en el tercer piso y, en algunas ocasiones en el área de embarazo de alto riesgo y se realizó el seguimiento de algunas pacientes de primer piso.

Entre las necesidades del servicio de puerperio complicado se encontró temores ante la histerectomía, duelo ante óbitos y abortos, dolor y ansiedad ante las curaciones, ansiedad ante la hospitalización, en el área de infecciones y aislamiento estrés ante la prolongación de la estancia hospitalaria y estilos de afrontamiento desadaptativos. También se observa que las pacientes presentan dificultades para comunicarse con el personal de salud.

En embarazo de alto riesgo se observó que las pacientes se encuentran angustiadas ante una posible pérdida, problemas para adaptarse a la estancia hospitalaria (por ejemplo las que se encontraban en reposo absoluto, o las que tenían que estar internadas por preeclamsia o diabetes gestacional), por estar separadas de otros hijos, se observó que las pacientes presentaban dificultades para pedir y dar información, y para cambiar sus estilos de vida.

Además se trabajaba con pacientes de seguimiento en el área de oncología.

**Intervención con familiares.** En muchas ocasiones se solicitaron por trabajo social, en otras se realizó al considerarse necesario fortalecer redes de apoyo para la paciente o prepararlos para la pérdida de ésta y en otras se solicitó por el mismo familiar.

**Interconsultas para urgencias.** Esta se llevó a cabo cuando la paciente presenta una reacción emocional ante malas noticias, cuando el personal tenga dificultades ante ciertos comportamientos o una toma de decisiones, entre otras, ante lo cual se llevó a cabo intervención en crisis.

**Intervención con personal de salud.** Dado que el personal de salud trabaja bajo una fuerte tensión, además de tener otras fuentes de estrés, en ocasiones solicitó interconsulta.

Las intervenciones cognitivo conductuales fueron aplicadas en las interconsulta, cabe mencionar que la intervención en crisis es usada muy frecuentemente en este ámbito.

Al final de cada intervención se realiza la nota psicológica, la cual sigue el modelo de (SOAP) Subjetivo (lo que nos dice la paciente por ejemplo cómo se siente, sus percepciones, etc.), Objetivo (lo que se observa en la paciente bajo criterios diagnósticos), Acción (intervención cognitivo-conductual) y Plan (lo que se plantea para futuras intervenciones, seguimiento o canalización).

Total de interconsultas atendidas: 305

**Taller "Manejo de Estrés"** realizado en 3er. Piso (Puerperio complicado). Se aplicó un cuestionario con preguntas sobre el estrés (anexo 15). Se encontró que las pacientes definen el estrés mezclando estados de ánimo, con estresores y sensaciones fisiológicas, se observó que la mayoría sabían identificar cómo se sienten ante este, sin embargo algunas tienen dificultades para ubicar los estresores, se encontró que las pacientes se imaginan que el estrés puede afectar su salud pero no saben exactamente cómo, y se observó que dentro de las estrategias más utilizadas por las pacientes se encuentra la distracción o la evitación y negación del problema. Dentro de los resultados obtenidos luego de la intervención es que las pacientes diferenciaron entre sus emociones, sus cogniciones y sus respuestas fisiológicas ante el estrés, identificaron las situaciones que les causan estrés, tuvieron información sobre cómo afecta el estrés su salud y aprendieron estrategias como la relajación y la solución de problemas como opciones para controlar el estrés y sus efectos. Una variable determinante es la de escolaridad ya que entre menos sea ésta, a la paciente se le dificulta la comprensión de los conceptos. Grupos atendidos: 16 con 120 asistentes.

Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.

- Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.
- Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición y escrutinio en el área.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para la intervención profesional fundamentando sus elecciones en el modelo cognitivo conductual.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de salud.
- Refinar la intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.
- Selección, manejo, evaluación y aplicación de diferentes técnicas, procedimientos y herramientas necesarios para realizar el diagnóstico preciso y adecuado del problema de interés.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.
- Integración de los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional.
- Identificar, manejar y construir las categorías que permitan conceptualizar el problema a partir del conocimiento científico existente.
- Manejar, evaluar y aplicar las estrategias del trabajo multidisciplinario.
- Manejo de Grupal de pacientes.

Evaluación de las actividades.

Consulta Externa.

Esta actividad permitió abordar las problemáticas de la población con mayor tiempo de intervención, luego de una fase diagnóstica, de elaborar historias clínicas, y aplicar algunos instrumentos.

Este espacio es adecuado para la propuesta de investigación, ya que al estar en contacto directo con los pacientes y su problemática, da lugar a buscar intervenciones y evaluaciones más adecuadas.

Interconsultas en Hospitalización.

Esta actividad favoreció la aplicación de técnicas cognitivo- conductuales en un ámbito hospitalario, permitió la observación de el proceso salud-enfermedad de la paciente, la aplicación de conocimientos y habilidades en el diagnóstico, la intervención y la realización de notas psicológicas en el expediente de la paciente. Cabe mencionar que es principalmente este espacio donde se realizó un trabajo multidisciplinario, ya que se está en contacto continuó con médicos, trabajadoras sociales y enfermeras.

Taller "Manejo de Estrés" realizado en 3er. Piso (Puerperio complicado).  
Esta actividad permitió estar en contacto con grupos de pacientes de la sala de puerperio complicado, permitió explorar lo que saben y brindarles herramientas para manejar el estrés.

Para esto se realiza un cuestionario y material para realizar la actividad.

Impacto Institucional.

En gran medida la intervención respondió a las demandas del personal de salud, mejoró el estado de ánimo de la paciente, le proporcionó habilidades para resolver sus dificultades o se le canalizó a instituciones que pudieran ayudarla en su problemática.

#### ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS.

"La sexualidad de la mujer en el nuevo milenio".

"Sexualidad y Juventud".

Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.  
Se observa la importancia de estar actualizado en diversos temas y problemáticas.

#### ACTIVIDADES DE DOCENCIA

Participación como ponente con los siguientes temas:

- Cuidados de Enfermería en pacientes Mastectomizadas. "Aspectos Psicológicos de la paciente Mastectomizada".
- "Aspectos Psicológicos de la paciente con Cáncer de Mama".
- "Tratamiento Psicológico en pacientes en Quimioterapia".
- "Calidad de Vida en la paciente Oncológica".

Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.  
Se realizó la planeación de los temas, se revisó bibliografía, se prepararon materiales visuales.

Permitió dirigirse a una audiencia constituida por personal de salud y poner en práctica habilidades de enseñanza.

Evaluación de las actividades.

Se considera que se alcanza el objetivo de transmitir el conocimiento de los aspectos psicológicos que padece la población hospitalaria en especial de la paciente oncológica.

## EVALUACIÓN

### DE LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS DESARROLLADOS EN LA SEDE Y DE LA SUBSEDE.

Se considera que el programa desarrollado tuvo un impacto hospitalario importante y permitió a la residente practicar las competencias profesionales.

### DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN

#### *Del Supervisor In Situ*

La supervisión fue abierta y flexible en cuanto al enfoque cognoscitivo conductual, apoyo a la residente a encuadrarse a la institución y sus lineamientos y proporcionó apoyo en casos complejos y de difícil manejo.

Sin embargo las sesiones se fueron volviendo más escasas y no se proporcionó un apoyo en cuanto a la formación de habilidades en la investigación.

#### *Del Supervisor Académico*

La supervisora académica brindó apoyo dentro de la institución, ayudó a resolver problemas inmediatos y por su formación médica proporcionó conocimientos en esta área y brindó más elementos a la residente para un mejor desempeño.

### DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES REALIZADAS

Se considera que las actividades llevadas a cabo dentro del Hospital contribuyeron enormemente a generar y poner en práctica numerosas habilidades requeridas para la atención de pacientes, la investigación y la docencia. Cabe mencionar que estas actividades fueron supervisadas y retroalimentadas continuamente por la tutora académica, la supervisora académica y la supervisora *in situ*, por lo que la ejecución era mejorada y reorientada constantemente.

### DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

Como se mencionó anteriormente se considera que las competencias profesionales, fueron adquiridas, puestas en práctica y mejoradas continuamente, gracias al sistema de supervisión.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

La Medicina Conductual es una disciplina dentro del campo de la psicología que juega un papel importante en el área de la salud, ya que ha aportado conocimientos y resultados objetivos a está en el proceso de la salud- enfermedad.

El realizar la residencia en el Hospital de la Mujer es una experiencia enriquecedora, ya que los padecimientos gineco-obstétricos que viven las pacientes como climaterio, esterilidad, infecciones, embarazos de alto riesgo, enfermedades de transmisión sexual, trastornos menstruales, abortos, óbitos, malformaciones congénitas, cáncer de mama y cervicouterino, tumor de ovario, entre otros son muy interesantes a nivel biológico, social y psicológico, encierra aspectos de la salud reproductiva y sexual, da lugar a ampliar la intervención con los familiares de las pacientes y permite la observación de diversos procesos psicológicos y variables que influyen en el desarrollo de estos.

El residente en Medicina Conductual puede en este campo poner en práctica sus conocimientos y generar habilidades en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación aplicando técnicas cognoscitivo-conductuales que permitan incrementar no sólo la salud del individuo, sino su calidad de vida y la paciente recibe una atención más integral y humanizada.

El trabajo interdisciplinario se ve estimulado al encontrarse la residente insertada en esta sede y es importante generar habilidades y estrategias para llevarlo a cabo.

Por otra parte esta sede es un campo fértil para la investigación, ya que como se ha mencionado existen muchas problemáticas por abordar e intervenciones por ser evaluadas.

El papel de la tutora académica es de gran relevancia ya que brinda la orientación teórica, metodológica y práctica a la residente, por lo que el estar en contacto con ella ayuda a incrementar las habilidades de la residente y a mejorar su ejecución.

Es importante mencionar que en nuestro país no existe una estructura que sostenga firmemente el papel de la Medicina Conductual, ya que la estructura del sistema de salud, aspectos presupuestales, condiciones institucionales, características de los profesionales de la salud y de la población no facilitan el desarrollo de esta disciplina y es necesario tener en cuenta esto para promover los cambios necesarios y adaptarse a ciertas necesidades y características de la institución y de la población.

La institución no cuenta con un espacio físico adecuado para la estancia del psicólogo, para guardar sus cosas, ni para la supervisión, no cuenta con material en la biblioteca, tampoco cuenta con espacios físicos adecuados y suficientes para atender a los pacientes, por lo que en ocasiones se les atiende en los pasillos, en espacios hospitalarios inadecuados, en consultorios que se iban desocupando, aspectos que afectan el trabajo e impidieron la realización de grupos terapéuticos que se tenían planeados desarrollar para atender a mayor población. Se sugiere que se brinde apoyo al departamento de psicología para que consigan estos espacios.

El psicólogo que se encuentra rotando por instituciones hospitalarias tiene que adaptarse a las condiciones y a las actividades de éstas, como: Respetar la hora de aplicación del medicamento, la de la comida o colación de la paciente en algunos casos, la hora del baño, de las visitas médicas, de la de los familiares, de las curaciones, y de la realización de estudios, por lo que se sugiere que se organice mejor los tiempos de intervención del residente, para no obstruir éstas actividades, y para que su labor no se vea interrumpida constantemente.

En cuanto al personal de salud, aún queda un largo camino por recorrer para que este tome en cuenta al psicólogo, que conozca las funciones que puede desempeñar para la mejoría de la salud del paciente y se encuentre accesible para realizar trabajo interdisciplinario. En ocasiones no posee los criterios para solicitar interconsultas, algunas veces las solicita por altercados personales con la paciente y en otras le resta importancia a ciertas manifestaciones del comportamiento de la paciente que sí sería necesario abordar. Por lo que se recomienda planificar cursos para el personal de salud con el objetivo de brindarles estos criterios e informarles sobre la función del psicólogo. También se recomienda formalizar y sistematizar las vías de interconsulta.

El papel del médico y el contacto con él es una pieza clave, ya que da información al psicólogo sobre los padecimientos y lo mantiene al tanto del estado del paciente, en los casos en que surge esta comunicación y trabajo en equipo, se complementan las diferentes disciplinas y se beneficia al paciente. Es importante mencionar que en el servicio de oncología se logra una apertura muy amplia que generó una comunicación, colaboración estrecha y apoyo para conseguir en el futuro un espacio para la intervención del psicólogo. Sin embargo es necesario extender esta labor en el resto del hospital.

Otro aspecto a considerar es que el residente se encuentra bajo ciertos lineamientos y demandas del hospital, algunas incongruentes, debidas al desconocimiento del Programa de Medicina Conductual y del papel que tiene el residente, lo que genera desacuerdos y puede obstruir la formación de éste último, por lo cual es importante que exista una mayor comunicación de las autoridades

de la Facultad de Psicología, con las hospitalarias, la supervisora *in situ* y los residentes para que sean congruentes las demandas hospitalarias y las de la Facultad y que se aclaren los puntos en desacuerdo.

El papel de la supervisora *in situ* es importante ya que es la encargada directa de los residentes en la sede por lo que se recomienda que se le tenga al tanto del Programa de Medicina Conductual, las actividades de los residentes en la Facultad para que con base a estos se establezcan los lineamientos a seguir.

La población que acude a esta institución por lo general es de nivel socioeconómico y educativo bajo, algunas son foráneas y viven una serie de problemas sociales como violencia intrafamiliar, abuso sexual, prostitución, indigencia, problemas conyugales, embarazo adolescente entre otros, que se suman a sus problemas de salud. Así que al realizar programas de intervención para esta población se tienen que considerar estas características, e ir realizando modificaciones a estos programas.

Construir y realizar instrumentos que se adecuen a las necesidades del entorno, que sean sensibles y que se puedan aplicar, es otro aspecto a tomar en cuenta, ya que en ocasiones por el tiempo, por el nivel educativo, o si la paciente no se encuentra en condiciones de responder un cuestionario (esta en crisis, está muy nerviosa, deprimida, tiene dolor), por lo que se sugiere que se realicen listas de verificación o de observación de síntomas, de afirmaciones, de conductas son importantes para evaluar el estado de la paciente y la intervención podría evaluarse con la observación de disminución de síntomas o de conductas desadaptativas y con reportes subjetivos.

También se sugiere que exista un mayor entrenamiento y sistematización de la intervención en crisis ya que es una herramienta que se usa frecuentemente en el ámbito hospitalario. El conocimiento de diferentes técnicas es muy importante, pero es necesario considerar que en ocasiones por la problemática de la paciente y por las condiciones hospitalarias es necesario combinarlas. Por otro lado se considera importante que el residente cuente con mayores nociones médicas y legales ya se requiere de estos conocimientos para realizar una mejor intervención.

Por último es importante mencionar que por algunas características hospitalarias, de la población y de la residencia la intervención breve es la más adecuada y es difícil realizar un seguimiento a largo plazo de la paciente, por lo que sería conveniente generar mecanismos para que éste se lleve a cabo, en lo posible.

La experiencia del residente en el ambiente hospitalario puede ayudar a mejorar la formación de éste y de otros compañeros, a promover los recursos necesarios para

mejorar su estancia dentro de las instituciones y adaptar su intervención a las necesidades institucionales y del paciente.

Aún cuando existan muchas dificultades por superar, si se realiza un trabajo conjunto entre las autoridades de la Facultad de Psicología, tutores, supervisores académicos y residentes con las autoridades de la Secretaría de Salud, las hospitalarias y supervisores *in situ* el desarrollo de la Medicina Conductual podrá acelerar su desarrollo en nuestro país, habrá mayor apertura para el psicólogo en el ámbito hospitalario, y repercutirá en una mejor atención a la población y en una mejor calidad de vida para está.

## REFERENCIAS.

Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki S. y Uchitomi Y. (2001) Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics*.42,2.

Alvarez, J. (1988). *Sexoterapia Integral*. México. Manual Moderno.

American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a edición). Washington: American Psychiatric Association.

Ascencio, L. (2001). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*. México: Manual Moderno.

Awaritafe A. (1987). The behavior therapy of erectile dysfunction: The Nigerian experience. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*. Vol.16 (1)

Barber, J. (1998). A log linear analysis of the variables related to dissociation in women with histories of incest. *Dissertation abstracts International*. Vol.59 (3.A) Houston. University of Houston.

Brannon, L. y Feist J. (1992). *Health psychology and introduction to behavior and health*. Belmont California: Wadsworth.

Barracough, J. (1999). *Cancer and emotion. A practical guide to psycho-oncology*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Caballo V. (1991). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid. Siglo Veintiuno.

Carrillo E. W. (1998). *Abuso sexual infantil*. [En red]. Disponible en: <http://hali.ztacala.unam.mx/recomedu/urbe/psic/art991a/jossie.html>

CIMAC (1999). *La mitad de latinoamericanas son víctimas de violencia*. CIMAC [En red]. Disponible en: <http://www.geocities.com/hotsprings>.

Daltilio, F.; Freeman A. (1994). *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. Nueva York. The Guilford Press.

Duocastella, R. (1993). *El enfermo de cáncer y su entorno*. Barcelona: Fundación "La Caixa".

- D' Zurilla, T. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.
- Flores, J. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama*. Barcelona: Edika Med.
- Foy D. (1992). *Treating PTSD Cognitive Behavioral Strategies*. Nueva York. The Guilford Press.
- Herd, J. A. (1984). *Handbook of Behavioral Medicine*. Nueva York: The Guilford Press.
- Holland, J. y Rowland J. (1989). *Handbook of psychooncology*. Nueva York: Oxford University.
- González, C. (1992). *Estrés psicosocial y respuestas de afrontamiento. Impacto sobre el estado emocional en el adolescente*. Tesis. UNAM. México.
- González G, Sánchez C., Morales F, Díaz R y Valdéz A. (1999). Niveles de ansiedad y depresión en mujeres con y sin disfunción sexual: Estudio Comparativo. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 16 num. 1.
- Kaplan, H. (1978). *La nueva terapia sexual*. México: Alianza Editorial.
- Latorre, J. y Beneit, J. (1992). *Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Master W. y Johnson V. (1986). *La Sexualidad Humana*. México. Grijalbo
- Meichenbaum, D.; Jaremko, M. (1987). *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Nezu A., Maguth, C., Friedman, S., Faddis, S. y Houst, P. (1998). *A problem solving-approach helping cancer patients cope*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Obler, M. (1973). Systematic desensitization in sexual disorders. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. Vol 4 (2). Jun.
- Palma C. J. y Rivera R. G. (1994). *La percepción social de la reproducción*. En Consejo Nacional de Población. Antología de la Sexualidad Humana (Tomo 1). México. Porrúa.

Pinkerton S. y Hughes, H. (1982). *Behavioral medicine. Clinical applications*. Nueva York: Wiley-Interscience.

Pormerleau, O.F. y Brady, J. (1982). *Behavioral medicine*. Baltimore: The Williams & Wilkins Co.

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (2000). *Violación 1993-1999. Estadísticas*. [En red]. Disponible en: <http://www.pgjdf.gob.mx.estadísticas>.

Rangel, R., Soto, I. y Weiss, B. (1997). *IV Reunión de investigación de cáncer en México: Memorias y comentarios*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.UNAM.

Regnard, C., Tempest, S; Arias, J. M. y Martín, M. (1998). *Guía del control sintomático en el cáncer avanzado*. Barcelona: Díaz de Santos.

Reynoso, E. L. y Seligson N. I. (1999). Aplicación de un programa conductual de afrontamiento en pacientes cancerosos. Apuntes de Psicología, (17), 3.

Rodríguez, G. (1998). *Psicología de la salud en Latinoamérica*. México: Porrúa-UNAM.

Sánchez C., Morales F., González G., Souza M. y Romo M. (1997). Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. Psicopatología Vol. 17

San Martín, H. (1990). *Economía de la salud*. Madrid: Ciencia.

Sarwer, D. B. y Durlak J. A. (1996). Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: A study of couples seeking sex therapy. Child abuse & neglect, Vol. 20 (10)

Secretaría de Salud (1999). *Estadísticas en salud* [En red]. Disponible en: [ssa.gob.mx/dgst](http://ssa.gob.mx/dgst)

Soria M. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Marcombo.

Spilberger, D. y Díaz Guerrero, R. (1975). *IDARE. Inventario de ansiedad rasgo-estado*. México: Manual Moderno.

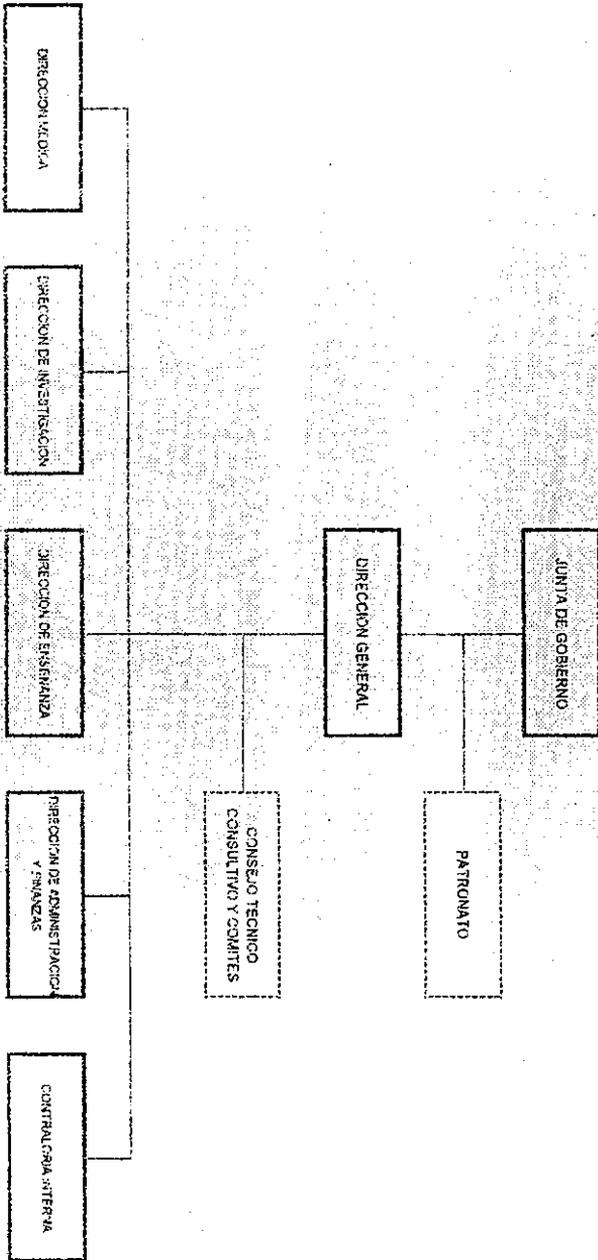
Taylor, S. (1986). *Health Psychology*. Nueva York: Random House.

Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.



Anexo 2

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## Anexo 3

## HOJA DE REGISTRO PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEO SEXUAL

NOMBRE \_\_\_\_\_

EXP \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
5																									
4																									
3																									
2																									
1																									
0																									

FECHA \_\_\_\_\_

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
5																									
4																									
3																									
2																									
1																									
0																									

- 0 Ausencia total del deseo sexual.
- 1 Presencia del Deseo Sexual muy leve.
- 2 Deseo Sexual Leve.
- 3 Deseo Sexual Moderado.
- 4 Presencia del Deseo Sexual.
- 5 Deseo Sexual Intenso.

## Anexo 4

## HOJA DE REGISTRO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EXCITACIÓN SEXUAL

NOMBRE \_\_\_\_\_

EXP \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
5																									
4																									
3																									
2																									
1																									
0																									

FECHA \_\_\_\_\_

Hora	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								

- 0 Ausencia total de la excitación sexual.  
 1 Presencia de la excitación sexual muy leve.  
 2 Excitación sexual leve.  
 3 Excitación sexual moderada.  
 4 Presencia de la excitación sexual.  
 5 Excitación sexual intensa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Anexo 5

HOJA DE REGISTRO DE RELACIONES SEXUALES.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

Nº DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ TERAPEUTA \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

	ANTES	DURANTE	DESPUES
Sentimientos			
Pensamientos			
Conductas			

## Anexo 6

## Lista de verificación síntomas de estrés postraumático.

Fecha \_\_\_\_\_

Por favor indique con una X cada uno de los síntomas que experimenta en su vida cotidiana.

A1 Perturbaciones frecuentes o recuerdos de abuso sexual (algunas veces sin que haya algo que lo recuerde). \_\_\_\_\_

A2 Sueños perturbadores de abuso sexual. \_\_\_\_\_

A3 Actuar o sentir repentinamente como si el abuso sexual fuera a suceder nuevamente o recordar súbitamente. Encierre en un círculo los que le hayan sucedido: imágenes, sonidos, olores, sensaciones físicas. \_\_\_\_\_

A4 Situaciones que le recordaron el abuso sexual (fechas, aniversarios, lugares, estímulos). Describa la última de estas situaciones.

---

B1 Esfuerzos deliberados para evitar los pensamientos, sensaciones o sentimientos relacionados con el abuso sexual. \_\_\_\_\_

B2 Esfuerzos deliberados para evitar situaciones o actividades que le recuerden el abuso sexual suceso. \_\_\_\_\_

B3 Dificultad para recordar alguna parte del abuso sexual. \_\_\_\_\_

B4 Disminución del interés en las actividades que disfrutaba antes. \_\_\_\_\_

B5 Sentirse aislado de los demás. \_\_\_\_\_

B6 Sentirse paralizado o incapaz de tener sentimientos positivos hacia los demás. \_\_\_\_\_

B7 Sentir que puede morir o que le pueden suceder otras cosas terribles. \_\_\_\_\_

C1 Dificultad para quedarse o permanecer dormido. \_\_\_\_\_

C2 Irritabilidad o ataques de ira. \_\_\_\_\_

C3 Dificultad para concentrarse. \_\_\_\_\_

C4 Estar vigilante o en guardia. \_\_\_\_\_

C5 Sobresaltarse fácilmente. \_\_\_\_\_

C6 Reacciones físicas ante los recuerdos del abuso sexual. Encierre en un círculo. Aceleración de los latidos del corazón, sudoración de las manos, temblores, cambios en la respiración. De un ejemplo de la última reacción física.

---

## Anexo 7

Fecha \_\_\_\_\_ Paciente \_\_\_\_\_

ACONTECIMIENTO ACTIVANTE A → "Algo sucedió"	CREENCIA B → "Me dije algo"	CONSECUENCIA C "Sentí e hice algo"

## Anexo 8

A continuación se presentan una lista de preguntas para ayudarte a cuestionar tus creencias problemáticas o desadaptativas. No todas las preguntas serán apropiadas para la creencia que has elegido cuestionar. Contesta tantas preguntas como te sea posible con respecto a la creencia que has elegido.

Creencia \_\_\_\_\_

1 ¿Cuales son las evidencias a favor y en contra de esta idea?

2 ¿Estas confundiendo un hábito o un hecho?

3 ¿Tus interpretaciones de la situación óse alejan demasiado de la realidad para ser precisas?

4 ¿Piensas en términos de todo o nada?

5 ¿Empleas palabras que son extremas o exageradas? (p. Ejem. Siempre, nunca, necesito, debería, tengo, no puedo, etc.).

6 ¿Estás sacando ejemplos seleccionados fuera de contexto?

7 ¿Estas poniendo excusas? (por ejemplo no es que no tenga miedo, es que no quiero salir; otras personas quieren que sea perfecta o no quiero hacer la llamada porque no tengo tiempo).

8 ¿Es fiable la fuente de información?

9 ¿Estás pensando en términos de certezas en vez de probabilidades?

10 ¿Confundes una baja con una alta probabilidad?

11 ¿Se basan tus juicios en sentimientos en vez de en hechos?

12 ¿Te estás centrando en factores relevantes?

## Anexo 9

## PATRONES ERRÓNEOS DE PENSAMIENTO

Seguidamente se presentan varios tipos de patrones erróneos de pensamiento que la gente emplea en distintas situaciones de la vida. Estos patrones a menudo se vuelven pensamientos automáticos habituales que hacen que nos comportemos de forma derrotista.

Considerando tus propios puntos de bloqueo, encuentra ejemplos para cada uno de los patrones. Escribe el punto de bloqueo bajo el patrón apropiado y describe cómo encaja en ese patrón. Piensa en cómo te afecta dicho patrón.

1. Sacar conclusiones cuando faltan pruebas o son incluso contradictorias.
2. Exagerar o minimizar el significado de un acontecimiento. (Hinchas las cosas desproporcionadamente o les quitas importancia de forma inadecuada).
3. No prestas atención a aspectos importantes de una situación.
4. Simplificar en exceso los acontecimientos o creencias como bueno/malo, o correcto/incorrecto.
5. Sobregeneralizar a partir de un único incidente (consideras un suceso negativo como un patrón de derrota interminable).
6. Leer la mente. (Supones que la gente piensa negativamente sobre ti cuando no existen pruebas claras de ello).
7. Razonar emocionalmente (razonas según como te sientes).

Anexo 10. Hoja de Trabajo para el cuestionamiento de las creencias.

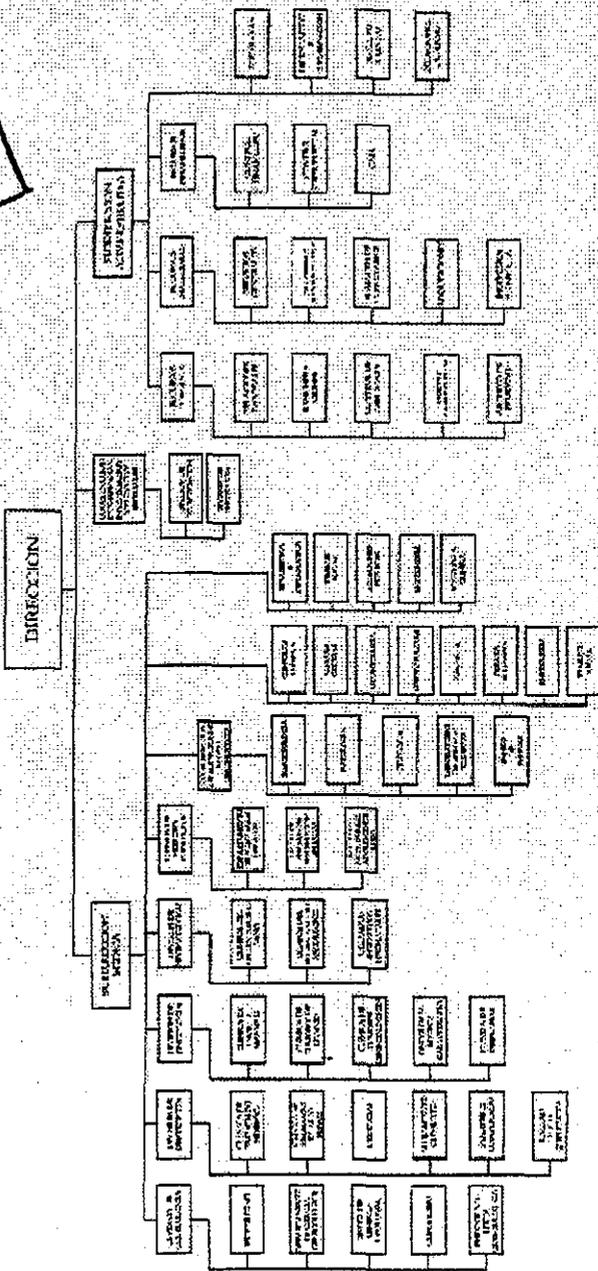
Columna A	Columna B	Columna C	Columna D	Columna E	Columna E
Situación	Pensamientos automáticos	Cuestionamiento de tus pensamientos automáticos.	Patrones erróneos de pensamiento	Pensamientos alternativos.	Descatastrofizando
Describe acontecimientos, pensamientos o creencias que te condujeron a las emociones desagradables	Escribe el (los) pensamientos automáticos que precedió o que precedieron a la emoción (es)	Utiliza la hoja con las preguntas para el cuestionamiento para examinar tus pensamientos automáticos de la columna B.	Utiliza la hoja de los patrones erróneos de pensamiento para examinar tus pensamientos automáticos de la columna B	¿Qué más puedo decir en vez de lo que hay en la columna B? ¿De que otra manera puedo interpretar el acontecimiento? Evalúa la creencia en el pensamiento alternativo	¿Qué es lo peor que podría suceder de forma realista?

TESIS CON FALTA DE ORIGEN

Anexo II



ESTRUCTURA ORGANICA FUNCIONAL



## Anexo 12

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAMEntrevista A Pre diagnóstico  
Ficha de identificación

Nombre _____	Num de exp. _____
Edad _____	Estado civil _____
Estatura _____	Peso _____
Número de hijos _____	
Religión _____	
Profesión _____	
Ocupación _____	
Nivel de estudios _____	
paciente _____	
cónyuge _____	
Dirección _____	

## Ambiente familiar (Genograma)

Desarrollo de signos y Síntomas médicos y psicológicos  
¿Cuándo y cómo comenzaron sus síntomas y desde cuándo?

¿En que momento decidió acudir al médico? ¿Por qué?

Si no lo hizo de manera inmediata ¿por qué?

¿Qué pensó cuando aparecieron sus primeros síntomas?

¿Hablo con alguien de ello? ¿Con quien?

¿Cuándo comenzó a sentirse mal?

¿lo comunicó a alguien en especial?

¿Qué opinó u opina su cónyuge sobre los síntomas de su enfermedad?

Como se siente actualmente

- Estupendamente( ), libre de molestias ( )
- Con frecuencia, agotado( ), cansado ( )
- Con molestias ( ), mal ( )
- Siempre enfermo ( )

¿actualmente cuál es su estado de ánimo?

- a) Casi siempre de buen humor
- b) Con frecuencia deprimido
- c) Irritable
- d) excitado
- e) Normal
- f) Variable

¿Qué otra enfermedad padece actualmente?

- a) Alergias y enfermedades de la piel ( )
- b) Enfermedades de los ojos ( )
- c) Enfermedades infecciosas ( )
- d) Enfermedades Hepáticas y de vesícula ( )
- e) Enfermedades Pulmón y vías respiratorias ( )
- f) Enfermedades Renales ( )
- g) Enfermedades Nerviosas ( )
- h) Enfermedades Reumáticas ( )
- i) Enfermedades de estómago y digestivas ( )
- j) Enfermedades Hereditarias ( )
- k) Enfermedades de la sangre ( )
- l) Otras ( )
- m) Accidentes

Actualmente su cónyuge ésta enfermo?

¿Qué enfermedades ha padecido o padece su cónyuge?

¿Sus hijos han sufrido alguna enfermedad grave?

**Ideas Irracionales relacionadas con el posible diagnóstico**

En este momento cual es su mayor preocupación ¿Por qué?

¿Qué ha pensado que puede hacer para resolver su preocupación?

¿Qué ha hecho para resolver la situación?

¿Qué resultados ha obtenido?

¿Le satisficieron esos resultados?

¿Qué esperaría del servicio de psicología para su ayuda?

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM  
 ENTREVISTA B PREDIAGNÓSTICO  
 ( CON ESTANCIA HOSPITALARIA O SIN ELLA)

Nombre \_\_\_\_\_ Num de exp. \_\_\_\_\_

¿Por qué razón se encuentra usted internado?

¿Cuánto tiempo permanecerá en el hospital?

Antes de ahora ¿ha estado usted internado? ¿Cuántas veces y por qué?

¿Cuál ha sido su estado de ánimo cuando está internado en el hospital?

¿Cree que le ayuda para su enfermedad estar en el hospital?

Si tuviera la posibilidad de cambiar algo en su estancia hospitalaria ¿qué cambiaría?

¿Cuál es su opinión respecto al servicio hospitalario?

¿Tiene visitas?

Si ( ) No ( )

El hospital le facilita la visita a sus familiares

¿Cuáles son las visitas más importantes para usted?

¿Cuándo está en el hospital se relaciona o platica con los demás enfermos?

¿De qué hablan?

¿Habla con ellos sobre su enfermedad?

¿Cuál es la intervención a que fue sometida?

¿Sabe usted en que consistió esa intervención?

Si ( ) No ( )

¿Qué finalidad tuvo esa intervención?

¿Qué le hizo pensar o sentir dicho procedimiento?

¿Cuál es la fecha en que le entregarán los resultados de sus estudios

¿Piensa venir acompañado?

¿Por quién?

¿Por qué esta persona?

¿Cómo cree que se pueda sentir durante la espera de sus resultados?

Tiene temores respecto a los posibles resultados?

Si ( ) No ( )

¿Por qué?

¿Qué tipo de temores son esos?

¿Cómo le gustaría reaccionar cuando le den los resultados de sus estudios?

### ENTREVISTA C FASE DIAGNÓSTICA

Nombre \_\_\_\_\_ Num de exp. \_\_\_\_\_

¿Cómo se sintió hoy antes de saber su diagnóstico?

- a) deprimido
- b) enojado
- c) con miedo
- d) otro \_\_\_\_\_

¿Cómo se sintió hace un momento durante la entrevista con el médico?

¿Cómo se siente ahora que conoce su diagnóstico?

¿Cuál fue su primera reacción al recibir el diagnóstico?

¿Estaba solo o acompañada al recibir el diagnóstico?

Si ( ) No ( )

¿De quién?

¿Cuáles fueron sus primeros comentarios al conocer el diagnóstico médico?

¿Que significado para usted conocer el diagnóstico ¿Cuáles fueron sus primeros pensamientos?

Entendió la explicación del médico en relación a su diagnóstico y posible tratamiento?

Si ( ) No ( )

¿Realizó preguntas al médico? ¿Cuales fueron?

¿Alguien más participó en la conversación entre usted y el médico? ¿Quién?

¿Sabe en que consiste su enfermedad?

¿Qué cree que esta signifique para su persona?

¿Se encuentra de acuerdo con el diagnóstico del médico?

¿Cómo le comunico el médico su enfermedad?

¿Hubiera preferido no conocer el diagnóstico verdadero? ¿Por qué?

En caso de que no fuera el médico quien le comunicara el diagnóstico ¿quién le hubiera gustado que le proporcionara la información?

¿El médico le habló sobre las causas de su enfermedad?

¿El médico le habló sobre las consecuencias de su enfermedad?

¿Le habló sobre el proceso del tratamiento?

¿Le habló sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento?

¿A quién más piensa comunicarle el diagnóstico médico?

¿Por qué?

¿Cuál cree que sea su reacción al saber que usted tiene cáncer?

#### ENTREVISTA D TRATAMIENTO

Nombre \_\_\_\_\_ Num de exp. \_\_\_\_\_

¿Por qué razón se encuentra usted internado?

¿Cuánto tiempo permanecerá en el hospital?

Antes de ahora ¿ha estado usted internado? ¿Cuántas veces y por qué?

¿Cuál ha sido su estado de ánimo cuando está internado en el hospital?

¿Cree que le ayuda para su enfermedad estar en el hospital?

Si tuviera la posibilidad de cambiar algo en su estancia hospitalaria ¿qué cambiaría?

¿Cuál es su opinión respecto al servicio hospitalario?

¿Tiene visitas?

Si ( ) No ( )

El hospital le facilita la visita a sus familiares

¿Cuáles son las visitas más importantes para usted?

¿Cuándo está en el hospital se relaciona o platica con los demás enfermos?

¿De qué hablan?

¿Habla con ellos sobre su enfermedad?

¿Cuál es la intervención a que fue sometida?

¿Sabe usted en que consistió esa intervención?

Si ( ) No ( )

¿Qué finalidad tuvo esa intervención?

¿Que tratamientos le han aplicado o le van a aplicar?

- a) Quimioterapia
- b) Radioterapia
- c) Cirugía
- d) Mastectomía

¿Cómo se ha sentido con el tratamiento?

¿Piensa que el tratamiento que recibe ataca su enfermedad?

¿Que el lo más pesado para usted de recibir el tratamiento?

Después de aplicado el tratamiento como se ha sentido?

¿Que efectos secundarios ha experimentado con el tratamiento?

De que forma le impacta el sufrir los efectos secundarios del tratamiento

¿Que acciones ha tomado para contrarestarlos?

¿Tiene algún temor a la posibilidad de sufrir los efectos secundarios del tratamiento?

Si ( ) No ( )

¿Cuál?

¿Cuál es su estado de ánimo a partir de su diagnóstico hasta el momento?

¿Sus pensamientos se han ido modificando a lo largo de su enfermedad?

Si ( ) No ( )

¿cuáles?

¿Sus sentimientos se han ido modificando a lo largo de su enfermedad?

Si ( ) No ( )

¿cuáles? Pensamientos \_\_\_\_\_

Sentimientos \_\_\_\_\_

¿Qué piensa usted que modifico su forma de pensar o sentir?

¿Cómo considera a estos pensamientos y/o sentimientos?

Pensamientos a)negativos b)positivos

Sentimientos a)negativos b)positivos

¿Considera a estos pensamientos y/o sentimientos problema para usted ¿por qué?

Pensamientos \_\_\_\_\_

Sentimientos \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia durante el día se presentan estos pensamientos y/o sentimientos perturbadores?

¿Que pasa antes de que se presenten?

---

¿Qué sucede después?

---

¿Cual es aquel o aquellos que más le molestan?

---

¿Cree que esta forma de pensar o sentir influyan en su recuperación física?

---

Cree usted que esta forma de pensar o sentir afecte su estado de ánimo

---

¿Existen momentos del día en que no se presenten esos pensamientos o sentimientos perturbadores.? Descríbalos por favor

---

¿Ha intentado apartar esos pensamientos o sentimientos perturbadores?

---

¿Que estrategias ha utilizado?

---

¿Cuáles han sido los resultados?

---

¿Cuáles cree que sean las causas o razones de que estos sentimientos y pensamientos perturbadores regresen a usted?

---

En este momento ¿cual es su principal preocupación?

---

## ADHERENCIA

¿Sigue todas las indicaciones médicas al pie de la letra? ¿Qué cosas ha llegado a cambiar?

Medicamento

Dosis

Otro aspecto

¿Cuál es la parte que más se le dificulta para seguir las indicaciones médicas?

Asistencia

Toma de medicamentos

Dieta

Conductas de autocuidado

---

Ha hablado con su médico sobre ello ¿cual cree que sería su reacción?

---

¿Conoce los medicamentos Si ( ) No ( )

¿Sabe cuál es la dosis? Si ( ) No ( )

¿Sabe de que manera le ayuda el tratamiento? Si ( ) No ( )

¿Usted piensa que si conoce el efecto del medicamento, esto le ayudará a tomarlo?

Si ( ) No ( )

¿Por qué?

---

¿Su familia se implica en el tratamiento (régimen, cuidados, medicamentos)?

---

### APOYO SOCIAL

¿Quién le ha apoyado a partir de su diagnóstico de cáncer?

---

¿De que forma le han ayudado?

---

¿Como se siente al ser apoyado?

---

¿En que le gustaría ser apoyado?

---

¿Tiene dificultades para buscar y/o pedir ayuda de los demás?

Si ( ) No( )

¿en que?

---

¿Espera ayuda de alguien en especial?

Si ( ) No( )

¿De quién?

---

### RELACION PERSONAL DE SALUD- PACIENTE

Cómo considera su relación con el médico tratante?

Buena

Regular

Mala

Como piensa que puede desarrollar mayor confianza con su médico?

---

¿Que se le dificultaría más comunicarle?

---

¿A que cree que se debe?

---

¿De todo el personal con quien se le facilita más relacionarse y por qué?

---

## Anejo 13

## INFORMACIÓN PROPORCIONADA A LA PACIENTE (BIBLIOTERAPIA)

Lo Que Necesita Saber Sobre Cáncer de Mama  
¿QUÉ ES EL CÁNCER?

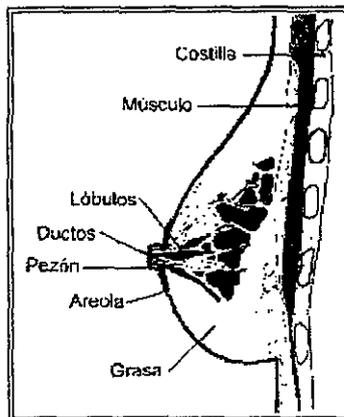
El cáncer es un grupo de enfermedades que ocurre cuando las células se alteran y dividen sin control ni orden.

Los órganos del cuerpo humano están compuestos de diferentes tipos de células. Éstas, en condiciones normales sólo se dividen cuando ello es necesario, de manera ordenada, para producir más células, ayudando así a mantener el cuerpo humano.

Si las células se dividen cuando no hay necesidad de ello, se forma tejido en exceso. La masa o bulto de tejido extra, llamado tumor, puede ser benigno o maligno. Los tumores benignos no son cáncer. Se pueden extirpar y en la mayoría de los casos no reaparecen. Sus células no invaden otros tejidos ni se extienden a otras partes del organismo. Los tumores benignos de la mama no son una amenaza para la vida. Los tumores malignos son cáncer. Las células cancerosas crecen y se dividen de forma incontrolada y pueden invadir y dañar los tejidos y órganos cercanos. También pueden escaparse del tumor primitivo y entrar en la circulación sanguínea o en el sistema linfático, extendiéndose así y formando un tumor secundario en otra parte del cuerpo. La diseminación del cáncer se llama metástasis.

## LA MAMA

Cada mama está compuesta por 6 a 9 lóbulos. Dentro de cada lóbulo hay unos lobulillos que terminan en docenas de diminutos bulbos que pueden producir leche. Los lóbulos, lobulillos y bulbos están unidos por unos finos conductos denominados ductos. Estos ductos desembocan en el pezón, en el centro de una zona oscura de la piel llamada areola. La grasa rellena los espacios existentes alrededor de los lóbulos y los ductos. La mama está separada de las costillas por tejido muscular.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cada mama contiene vasos sanguíneos y linfáticos. Estos últimos transportan un fluido incoloro llamado *linfa* y desembocan en unas estructuras pequeñas parecidas a una judía que son los *ganglios linfáticos*. En la *axila* (debajo del brazo), encima de la clavícula y en el tórax se hallan agrupaciones de ganglios linfáticos. También se localizan en otras partes del cuerpo.

### TIPOS DE CÁNCER DE MAMA

Hay varios tipos de cáncer de mama. El más común es el *carcinoma ductal*, el cual se origina en los ductos. Otro tipo es el carcinoma lobular el cual asienta en los lóbulos. Los restantes son raros y no se van a explicar en este texto. Si se desea más información sobre los mismos FEFOC se la puede proporcionar en el teléfono (902 133 134) o a través de nuestro correo electrónico [fefoc@fefoc.org](mailto:fefoc@fefoc.org).

Cuando el cáncer se extiende más allá de la mama, generalmente se hallan células del mismo en los ganglios linfáticos localizados debajo del brazo (ganglios linfáticos axilares). Si el cáncer ha alcanzado estos ganglios puede ser que sus células se hayan extendido a otras partes del organismo (otros ganglios linfáticos y otras partes del organismo, como los huesos, hígado o pulmones).

Cuando el cáncer se extiende, se trata de la misma enfermedad y recibe el mismo nombre que el cáncer de origen (primario). Cuando el cáncer de mama se extiende, se llama cáncer de mama metastásico, aunque el tumor secundario se localice en otro órgano. También se conoce este proceso como enfermedad a distancia.

### CRIBAJE Y DETECCIÓN PRECOZ

Las mujeres pueden tener un papel decisivo en la detección precoz del cáncer de mama, consultando con su médico acerca de los síntomas que tienen que vigilar y estableciendo un programa de revisión médica general adecuado. Así, deberían interesarse por las siguientes cuestiones:

- Mamografía (rayos-x de la mama)
- Exploración clínica de la mama (exploraciones de la mama por parte del médico); y
- Autoexploración de lamama.

La mamografía es una radiografía especial de la mama, diferente de, por ejemplo, la radiografía de tórax.

Cuando se realiza una mamografía en una mujer que no presenta ningún síntoma de cáncer de mama, se dice que estamos haciendo un cribaje. Aunque la mamografía no puede detectar todos los cáncer de mama, actualmente es la mejor herramienta de detección precoz de que disponemos. Los estudios llevados a cabo demuestran que la realización de mamografías regularmente (no sólo una vez) salva vidas en mujeres de 50 años o más. Entre los expertos hay discrepancias sobre la regularidad de la práctica de mamografías en mujeres menores de 50 años. Es importante que cada mujer lo hable con su médico y juntos decidan lo que es mejor para ella.

En la *mamografía*, se utiliza un nivel muy bajo de radiación. Generalmente se realizan dos radiografías de cada mama, una de lado y otra desde arriba. La mama tiene que ser apretada entre dos placas para que la imagen sea clara. Esto resulta un poco incómodo pero dura pocos segundos. En muchos casos (pero no en todos), las mamografías pueden mostrar tumores de la mama antes de que causen síntomas o puedan palparse. Una mamografía puede mostrar

también depósitos de calcio en la mama. Aunque la mayoría de depósitos de calcio son benignos, la presencia de un grupo de diminutos granitos de calcio (llamados *microcalcificaciones*), pueden ser un signo precoz de cáncer.

La mamografía tiene que ser realizada únicamente por personal médico especializado utilizando la maquinaria correcta diseñada para obtener radiografías de la mama. Un médico especializado, llamado *radiólogo*, debe interpretar la mamografía. Para las mujeres, la exploración de la mama por parte del médico (llamado exploración clínica de la mama) generalmente forma parte del chequeo médico periódico. Sin embargo, hay que recordar que a partir de los 50 años la exploración mamaria en la mujer no sustituye a la práctica regular de la mamografía.

Muchas mujeres optan por explorarse ellas mismas la mama una vez al mes. Es importante señalar que la mama de cada mujer es diferente y que además cambia debido a la edad, *ciclo menstrual*, embarazo, *menopausia*, o la toma de anticonceptivos orales u otras *hormonas*. Es común que la mama esté hinchada y muy sensible antes o durante la menstruación. La mujer tiene que consultar con su médico cualquier cambio que experimente en sus mamas tanto si lo ha detectado durante la autoexploración de la mama como si ha sido en otra situación. Y, de nuevo, recuerde que para las mujeres de más de 50 años, la autoexploración de la mama no es un sustituto de la realización periódica de la mamografía.

## SÍNTOMAS

El cáncer de mama en fase precoz no causa dolor. De hecho, cuando el cáncer de mama empieza a desarrollarse, no da síntoma alguno. Pero como el cáncer crece, puede ocasionar cambios que la mujer debe vigilar:

- Un bulto o espesor en la mama o en la zona axilar;
- Un cambio en el tamaño o forma de la mama;
- Una descarga líquida del pezón; o
- Un cambio en el color o la sensibilidad de la piel de la mama, areola, o una retracción del pezón.

Una mujer que note alguno de estos cambios debe acudir a su médico. La mayoría de las veces no es un cáncer, pero sólo el médico se lo puede asegurar.

## DIAGNÓSTICO

Una zona anormal en la mamografía, un bulto, o otros cambios en la mama pueden ser causados por el cáncer, o bien por otros problemas menos serios. Para hallar la causa de alguno de estos signos o síntomas, el médico realiza un examen físico cuidadoso y pregunta a la mujer acerca de su historial médico y el de su familia. Además de una revisión general, el médico lleva a cabo una o más de las exploración es de la mama que se describen a continuación.

- *Palpación*. El médico puede averiguar muchas cosas sobre un bulto en la mama (tamaño, textura, movilidad) a través de su palpación cuidadosa y también de la de los tejidos de alrededor. Los bultos benignos son diferentes de los cancerosos.

- *Mamografía*. La radiografía de la mama puede aportar una información de gran ayuda para el médico acerca de un bulto de la mama. Si se aprecia alguna zona sospechosa o que no es del todo clara, pueden ser necesarias algunas radiografías adicionales.

- **Ultrasonografía.** Con esta técnica (ondas sonoras de alta frecuencia), se puede diferenciar entre un bulto sólido (sospechoso) o con líquido (probablemente un quiste benigno). Esta exploración debe ser realizada junto con la mamografía.

A partir de los resultados obtenidos, el médico puede decidir que no hacen falta exploraciones adicionales ni la aplicación de ningún tratamiento. En estos casos, el médico controlará a la mujer de forma regular para vigilar la existencia de algún cambio. Sin embargo, otras veces, el médico tiene que obtener una muestra de líquido o tejido de la mama para hacer un diagnóstico.

- **Aspiración o biopsia con aguja fina.** El médico utiliza una aguja para obtener líquido o una pequeña cantidad de tejido de un bulto de la mama. Con este procedimiento se puede observar si el bulto es un quiste lleno de líquido (no es cáncer) o bien se trata de una masa sólida (que puede ser cáncer o no). Utilizando técnicas especiales, se puede extirpar con una aguja el tejido de una zona sospechosa que se observa en la mamografía y que no se puede palpar.

Si el tejido es extirpado con una aguja de biopsia, posteriormente es examinado para buscar si hay células cancerosas. El líquido claro que se obtiene de un quiste no es necesario que sea examinado en el laboratorio.

- **Biopsia quirúrgica.** El cirujano extrae parte o la totalidad del bulto o del área sospechosa. Un anatomopatólogo examina el tejido mediante un microscopio, en busca de células cancerosas.

Cuando una mujer necesita una biopsia existen unas cuantas preguntas que ella deseará hacer a su médico:

- \* ¿Qué tipo de biopsia me practicarán? ¿Por qué?
- \* ¿Cuánto tiempo durará la biopsia o la aspiración?
- \* ¿Estaré despierta? ¿Me dolerá?
- \* ¿Cuándo sabré los resultados?
- \* Si tengo cáncer, ¿quién hablará conmigo acerca del tratamiento?

**Cuando se detecta el cáncer.**

Cuando el cáncer está presente, el anatomopatólogo nos puede informar acerca de qué clase de cáncer se trata (o sea, si se origina en un ducto o en un lóbulo) y si es invasivo.

Existen pruebas de laboratorio especiales que pueden ayudar al médico a conocer más cosas sobre el cáncer. Por ejemplo, la determinación de los receptores *hormonales* (test de los receptores de *estrógenos* y *progesterona*) puede ayudar a predecir si el cáncer es sensible a las hormonas. Un resultado positivo del análisis significa que las hormonas estimulan al cáncer a crecer por lo que probablemente responderá a una terapia hormonal. Hay otras pruebas de

laboratorio que a veces se realizan con el fin de ayudar al médico a predecir si el cáncer crecerá de forma rápida o bien lo hará lentamente.

Si el diagnóstico es de cáncer, la paciente posiblemente querrá preguntar lo siguiente:

\* ¿Qué clase de cáncer de mama tengo? ¿Es invasivo?

\* ¿Cuál ha sido el resultado del estudio hormonal? ¿Qué otras pruebas de laboratorio se han realizado en el tejido tumoral y qué resultados se han obtenido?

\* Esta información, ¿cómo ayudará al médico a decidir qué tipo de tratamiento o pruebas adicionales son recomendables?

El médico remitirá a la paciente a los médicos especialistas en el tratamiento del cáncer o bien será la misma mujer la que pedirá referencias. El tratamiento suele comenzar al cabo de pocas semanas después de realizado el diagnóstico. Habrá tiempo suficiente para que la mujer hable con su médico sobre el tratamiento a elegir, tener una segunda opinión, y para que ella se prepare así como sus seres queridos.

## TRATAMIENTO

Hay muchos tipos de terapias utilizadas para tratar el cáncer de mama. El tratamiento dependerá del tamaño y localización del tumor en la mama, los resultados de los estudios de laboratorio (incluido el análisis de los receptores hormonales), y del estadio (o extensión) de la enfermedad. El médico solicitará radiografías y análisis de sangre. También realizará exploraciones especiales del hígado, pulmones o huesos, pues el cáncer de mama puede extenderse en estas localizaciones. Para desarrollar un plan terapéutico adecuado a las necesidades de cada paciente, el médico tendrá que tener en consideración la edad de la mujer y su estado general, así como su opinión acerca de las diferentes opciones de tratamiento.

Las mujeres con cáncer de mama tienen muchas cuestiones y preocupaciones acerca de sus opciones terapéuticas. Ellas quieren saber todo lo que puedan sobre su enfermedad y el mejor tratamiento, de manera, que ellas pueden tener parte activa en la toma de decisiones acerca de su cuidado médico.

El médico es la persona más adecuada para responder cuestiones sobre el tratamiento para una paciente en concreto: cuáles son sus opciones de tratamiento, y qué resultados se esperan del mismo. La mayoría de las pacientes también desean saber cómo quedará su aspecto físico después el tratamiento y si tendrán que modificar sus actividades cotidianas. La paciente también querrá hablar con su médico sobre el tema de formar parte de un estudio de algún tratamiento nuevo. La información acerca de estos estudios, llamados *ensayos clínicos*.

Para tener más información acerca del tratamiento y de los ensayos clínicos puede usted llamar al teléfono de cáncer de mama de FFOC (902133134) o a través de nuestro correo electrónico [fefoc@fefoc.org](mailto:fefoc@fefoc.org). El personal que le atenderá puede responder sus preguntas y le puede remitir

información sobre el tema. Le podrán sugerir otras fuentes de información y soporte. También le informarán sobre qué preguntas pueden hacer al médico.

A muchas pacientes les es útil hacer una lista de preguntas antes de visitar al médico. Para recordar mejor lo que este les explica las pacientes pueden tomar nota. A algunas pacientes también les ayuda tener un miembro de la familia o un amigo con ellas cuando acuden a la visita, para que participe en la discusión, tome nota o, simplemente escuche.

A continuación se citan algunas preguntas que la mujer querrá hacer al médico antes de que empiece el tratamiento:

- \* ¿Cuáles son las opciones terapéuticas?
- \* ¿Cuáles son los beneficios esperados de cada tipo de tratamiento?
- \* ¿Cuáles son los riesgos y posibles efectos secundarios de cada tratamiento?
- \* ¿Hay nuevos tratamientos en estudio en algún ensayo clínico? ¿Hay alguno apropiado para mí?

Hay mucho que aprender acerca del cáncer de mama y su tratamiento. Las pacientes no tienen por que pensar que deben hacer todas sus preguntas o entender todas las respuestas de una sola vez. Ellas tendrán más ocasiones para que su médico les explique lo que no ha quedado claro y para pedir más información.

### Planificando el tratamiento

Antes de empezar el tratamiento, la paciente querrá tener una segunda opinión sobre el diagnóstico y el plan de tratamiento. Programar una visita con otro médico puede ser cosa de una o dos semanas. Los estudios realizados muestran que un retraso breve (de algunas semanas) entre la biopsia y el tratamiento no tiene por que provocar que el tratamiento del cáncer de mama sea menos efectivo. Existen varias maneras para encontrar un médico para una segunda opinión:

\* El médico de la paciente puede remitirla a uno o más especialistas. Los especialistas que tratan el cáncer de mama incluyen el cirujano o el ginecólogo, el *oncólogo* médico, y el oncólogo radioterapeuta. A veces estos médicos trabajan juntos en un centro o en centros especiales para las enfermedades de la mama.

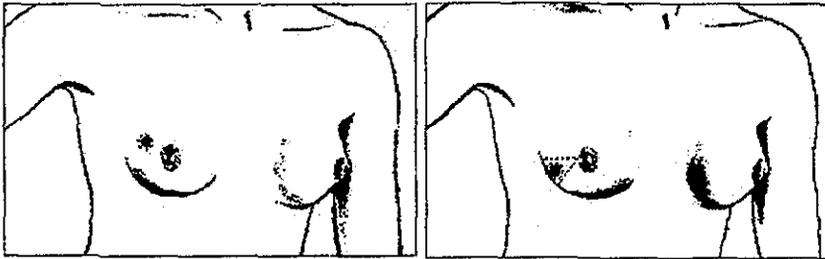
\* Llamando al 902153154 o escribiendo a la dirección de correo electrónico [fefoc@fefoc.org](mailto:fefoc@fefoc.org), FEFOC les puede informar de las facilidades terapéuticas, incluyendo los centros donde se trata el cáncer y otros programas de soporte de la zona.

\* Las pacientes pueden obtener los nombres de los especialistas de un hospital cercano o en el Colegio de Médicos de su provincia.

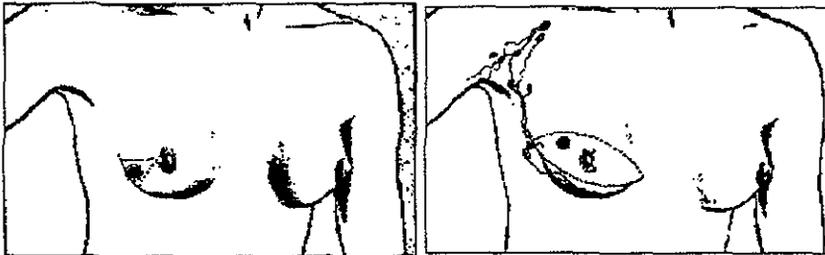
### Métodos de Tratamiento

Los métodos de tratamiento para el cáncer de mama son *locales* o *sistémicos*. Los tratamientos locales sirven para extirpar, destruir o controlar las células del cáncer en una zona específica. La *cirugía* y la *radioterapia* son tratamientos locales. Los tratamientos sistémicos se usan con el fin de destruir o controlar las células cancerosas en cualquier lugar del cuerpo. La *quimioterapia* y la *hormonoterapia* son tratamientos sistémicos. Una paciente puede recibir una forma de tratamiento o bien una combinación de ellos. Las diferentes formas de tratamiento pueden ser aplicadas a la vez o bien de forma sucesiva.

La cirugía es el tratamiento más común para el cáncer de mama. Existen varios tipos de cirugía. El médico explica cada uno de ellos con detalle, informa acerca de los beneficios y riesgos de cada uno, y describe cómo se puede afectar el aspecto físico de la paciente según el tipo de técnica aplicada. Cuando se extirpa la mama (o la mayor parte posible) hablamos de *mastectomía*. La operación en la que se extirpa el cáncer pero no la mama se llama cirugía conservadora. La *tumorectomía* y la segmentectomía son tipos de cirugía conservadora. Generalmente, después de estos dos tipos de intervención se aplica radioterapia para destruir algunas células cancerosas que puedan haber quedado en la zona. En la mayor parte de los casos, el cirujano también extirpa los ganglios linfáticos que hay debajo del brazo para ayudar a determinar si las células cancerosas han entrado en el sistema linfático.



En la *tumorectomía*, el cirujano sólo extirpa el tumor y un poco de tejido sano que lo envuelve. En la *mastectomía total (simple)*, el cirujano extirpa toda la mama.



En la *mastectomía parcial (segmentaria)* el cirujano extirpa el tumor, un poco del tejido mamario normal que lo envuelve, y la fascia que hay encima de los músculos torácicos debajo del tumor. En la *mastectomía radical modificada*, el cirujano extirpa la mama, algunos ganglios linfáticos axilares, y la fascia que cubre los músculos torácicos. A veces se extirpa el más pequeño de los dos músculos torácicos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la mastectomía radical (también llamada mastectomía radical de Halsted), el cirujano extirpa la mama, los músculos torácicos, todos los ganglios linfáticos debajo del brazo, y un poco de piel y grasa.

Durante muchos años, esta opción ha sido considerada la estándar para tratar el cáncer de mama, pero hoy en día casi nunca es necesaria, por lo que se indica muy poco.

A continuación se exponen algunas cuestiones que una mujer puede querer preguntar a su médico, antes de ser operada:

- \* ¿Qué tipos de cirugía puedo recibir? ¿Cuál me recomienda?
- \* ¿Cómo me encontraré después de la intervención? Si tengo dolor, ¿cómo me ayudará usted?
- \* ¿Dónde habrá cicatrices? ¿Qué aspecto tendrán?
- \* Si decido someterme a cirugía estética para reconstruir mi mama, ¿cuándo podrá ser realizada?
- \* ¿Tendré que practicar algún ejercicio especial?
- \* ¿Cuándo podré volver a mis actividades normales?

La Radioterapia consiste en utilizar irradiaciones de alta energía, con el fin de dañar las células cancerosas e impedir su crecimiento. Los rayos proceden de material radioactivo situado fuera del cuerpo y dirigido hacia la mama por un aparato (radiación externa). La radiación también puede provenir de material radioactivo colocado directamente en la mama en unos tubos delgados de plástico (implante radioactivo). A veces la paciente recibe ambos tipos de radioterapia.

En el caso de la radioterapia externa, las pacientes acuden al hospital o clínica cada día. Cuando se aplica a continuación de la cirugía conservadora, la radioterapia, se administra cinco días a la semana, durante cinco o seis semanas. Una vez finalizada, se suele aplicar una dosis de refuerzo de radiación sólo en la zona donde se extirpó el tumor. Este refuerzo puede ser externo o interno (utilizando un implante radioactivo). Cuando se aplica el implante las pacientes permanecen poco tiempo en el hospital.

Antes de iniciar la radioterapia, una mujer puede que quiera plantear alguna de estas preguntas:

- \* ¿Por qué necesito este tratamiento?
- \* ¿Cuáles son los riesgos y los efectos secundarios de este tratamiento?
- \* ¿Cuándo voy a empezar el tratamiento?  
¿Cuándo acabare?
- \* ¿Cómo me voy a encontrar mientras dure el tratamiento?
- \* ¿Qué puedo hacer para cuidarme mientras dura el tratamiento?
- \* ¿Podré seguir con mis actividades habituales?
- \* ¿Qué aspecto tendrá mi mama una vez terminado?

TESIS CON  
FALLA LE ORIGEN

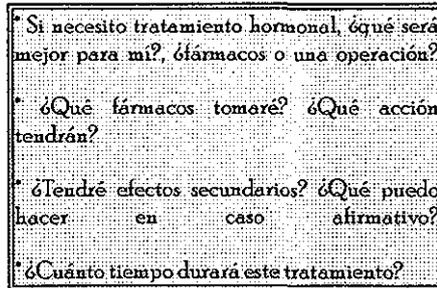
La **Quimioterapia** es el uso de fármacos para matar las células cancerosas. La quimioterapia para tratar el cáncer de mama suele consistir en una combinación de fármacos. Estos pueden ser administrados por la boca o bien por una vena. En cualquiera de los casos, la quimioterapia es un tratamiento sistémico, porque los fármacos entran a la circulación sanguínea y viajan por todo el cuerpo.

La quimioterapia se administra en ciclos: un periodo de tratamiento seguido de un periodo de recuperación, luego otro tratamiento, y así sucesivamente. La mayoría de las pacientes reciben la quimioterapia en el hospital de día o en la consulta del médico. Sin embargo, y según el tipo de fármacos que hay que administrar, y según el estado general de la mujer, puede que sea necesario que esta permanezca ingresada en el hospital mientras dure el tratamiento.

La **Hormonoterapia** se utiliza para impedir que las células cancerosas obtengan las hormonas que necesitan para crecer. Este tratamiento puede incluir el uso de fármacos que alteran el funcionamiento hormonal o bien la cirugía para extirpar los *ovarios*, los cuales producen hormonas femeninas. Al igual que la quimioterapia, la hormonoterapia es un tratamiento sistémico; puede afectar las células cancerosas de cualquier parte del cuerpo.

Las pacientes pueden querer saber estas cuestiones acerca de la quimioterapia o la hormonoterapia:

- \* ¿Por qué necesito este tratamiento?



## Opciones de Tratamiento

La elección del tratamiento a seguir es compleja pues a menudo viene determinada por el juicio del médico y por lo que la paciente desea.

Las opciones terapéuticas de una paciente dependen de varios factores. Estos factores incluyen la edad y el estado pre o posmenopáusico, su estado general, la localización del tumor, y el tamaño de sus mamas. También se consideran ciertas características de las células del tumor (tales como si dependen de las hormonas para crecer). El factor más importante es el estadio de la enfermedad. El estadio se basa en el tamaño del tumor y en su extensión. A continuación se describen brevemente los estadios del cáncer de mama y los tratamientos más utilizados en cada caso. (En determinadas ocasiones puede haber otros tratamientos más apropiados).

\**Carcinoma lobular in situ*, o CLIS, se refiere a la presencia de células atípicas en la pared de un lobulillo. Aunque estas células anormales rara vez llegan a convertirse en un cáncer invasivo, su presencia es un signo de que esta mujer tiene un riesgo superior a la media de desarrollar un cáncer de mama en cualquiera de las dos mamas. Algunas pacientes con CLIS no reciben tratamiento, pero acuden regularmente al médico para hacer una revisión. En otros casos se interviene quirúrgicamente para extirpar ambas mamas con el fin de prevenir el posible desarrollo del cáncer. Los ganglios linfáticos axilares no se suelen extirpar.

\**Carcinoma ductal in situ*, también llamado carcinoma intraductal o CDIS, hace referencia a la presencia de células atípicas en la superficie de un ducto. Las células no han atravesado la pared del ducto, ni han invadido los tejidos próximos. Sin embargo, hay ocasiones en las que el CDIS llega a ser invasivo y las células pueden diseminarse. A las pacientes con CDIS se les debe realizar una mastectomía o bien cirugía conservadora seguida de radioterapia. Los ganglios linfáticos axilares no suelen ser extirpados.

\**Estadio I y Estadio II* son estadios iniciales del cáncer de mama, pero el cáncer ya ha invadido los tejidos próximos. En el estadio I las células cancerosas no se han extendido más allá de la mama y el tumor no mide más de 2 centímetros en su mayor dimensión. El estadio II significa que el cáncer ha invadido los ganglios linfáticos axilares y/o el tumor en la mama mide más de 2 centímetros pero menos de 5 centímetros en su mayor extensión.

A las mujeres con estadios iniciales (I o II) de la enfermedad se les practicará cirugía conservadora seguida de radioterapia como primer tratamiento local, o bien mastectomía. La elección de cirugía conservadora o mastectomía depende principalmente del tamaño y localización del tumor, el tamaño de la mama de la mujer, ciertas características de la

mamografía, y de como se siente la mujer sobre la preservación de su mama. En cualquiera de los dos casos los ganglios linfáticos axilares se suelen extirpar.

Algunas mujeres en estadio I y la mayoría de mujeres en estadio II reciben quimioterapia y/o hormonoterapia. Este tratamiento adicional se denomina tratamiento adyuvante o complementario, y se aplica para intentar prevenir que el cáncer se reproduzca de nuevo.

\*Estadio III, también llamado cáncer localmente avanzado. El tumor en la mama es grande (más de 5 centímetros de diámetro máximo), se extiende a los ganglios linfáticos axilares, o se ha diseminado a los ganglios linfáticos de otras zonas o a otros tejidos cercanos a la mama. El *carcinoma inflamatorio* de la mama es uno de los tipos de cáncer de mama localmente avanzado.

Las pacientes en estadio III de la enfermedad suelen recibir un tratamiento local con el fin de extirpar o destruir el cáncer en la mama, y un tratamiento sistémico para impedir la diseminación de la enfermedad. El tratamiento local puede consistir en cirugía y/o radioterapia en la mama y axila. El tratamiento sistémico puede ser quimioterapia, hormonoterapia, o ambos; y puede ser aplicado antes o después del tratamiento local.

\*Estadio IV es el cáncer metastásico. El cáncer ha diseminado desde la mama hacia otros órganos del cuerpo.

Las mujeres que están en el estadio IV del cáncer de mama reciben quimioterapia y/o hormonoterapia para reducir el tumor o destruir células cancerosas. Pueden recibir tratamiento quirúrgico o radioterapia para controlar el cáncer en la mama. La radioterapia también puede ser útil para el control de los tumores en otras partes del cuerpo.

\*Cáncer recidivante significa que la enfermedad se repite a pesar del tratamiento inicial. Incluso cuando un tumor en la mama parece haber sido extirpado o destruido por completo, la enfermedad, a veces, reaparece. Es debido a que algunas células cancerosas indetectables, permanecieron en la zona después del tratamiento o bien porque la enfermedad ya se había diseminado antes del tratamiento. La mayoría de las recurrencias aparecen durante los primeros dos o tres años después del tratamiento, pero el cáncer de mama puede recurrir muchos años más tarde.

El cáncer que vuelve a reaparecer sólo en la zona de la cirugía previa se llama recidiva local. Si la enfermedad reaparece otra parte del cuerpo, hablamos de cáncer de mama metastásico (o enfermedad a distancia). La paciente recibe un tipo de tratamiento o una combinación de tratamientos.

## EFFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO

Es difícil limitar los efectos del tratamiento anticanceroso de manera que tan solo se extirpen o destruyan las células cancerosas. Debido a que las células sanas y los tejidos también pueden ser dañados, el tratamientos a menudo efectos secundarios desagradables.

Los efectos secundarios del tratamiento son diferentes para cada persona, incluso pueden variar de un tratamiento al siguiente. Los médicos intentan planificar el tratamiento de manera que los problemas sean los mínimos. Ellos también tienen cuidado de las pacientes para poderlas ayudar en cualquier problema que se presente. Si desea más información sobre el tema puede llamar al

teléfono de cáncer de mama de FEFOC (902 133 134) o través de nuestro correo electrónico [fefoc@fefoc.org](mailto:fefoc@fefoc.org).

## Cirugía

La extirpación de la mama puede causar un cambio en el peso de la mujer y estar desequilibrada sobretodo si ella tiene unas mamas grandes. Este desequilibrio también puede causar molestias en el cuello y la espalda de una mujer. La piel de la zona de la mama puede quedar tirante, y los músculos del brazo y el hombro pueden dar una sensación de rigidez. Después de la mastectomía, algunas mujeres presentan cierta pérdida de fuerza en estos músculos de forma permanente, pero para la mayoría de mujeres, la disminución de la fuerza y la limitación de los movimientos son temporales. El médico, la enfermera o el fisioterapeuta pueden recomendar algunos ejercicios para ayudar a la mujer a recuperar el movimiento en su brazo y hombro.

Debido a que los nervios pueden ser dañados o seccionados durante la cirugía, la mujer puede tener entumecimiento y insensibilidad en el tórax, hombro y brazo. Generalmente, estas sensaciones desaparecen al cabo de pocas semanas o meses, pero en algunas pacientes el entumecimiento puede llegar a ser permanente.

La extirpación de los ganglios linfáticos axilares, produce un enlentecimiento de la corriente de la linfa. En algunas mujeres, la linfa se acumula en el brazo y la mano provocando hinchazón (*linfedema*). Las mujeres deben proteger el brazo y la mano del lado que han sido tratadas para evitar posibles heridas. Ellas tienen que preguntar al médico como tienen que ante cortes, arañazos, picaduras de insectos, o otras heridas que puedan ocurrir. También deben contactar con su médico en caso de infección en el brazo o la mano. Es conveniente evitar en lo posible acarrear cosas pesadas con el brazo del lado de la mastectomía. Si la mujer precisa análisis de sangre o aplicación de medicamentos por vía intravenosa, mejor utilizar el otro brazo.

## Radioterapia

El radioterapeuta explicará los posibles efectos secundarios de la radioterapia para el cáncer de mama, incluyendo los efectos secundarios poco comunes que implican al corazón, pulmones y costillas. Uno de los efectos secundarios frecuentes es la fatiga, sobretodo en las últimas semanas del tratamiento. Es importante descansar, pero los médicos suelen aconsejar a sus pacientes que intenten mantenerse razonablemente activas. Las mujeres deben adecuar sus actividades a su estado general. Otro efecto secundario común afecta a la piel de la zona tratada, la cual se enrojece y se vuelve seca y sensible. Es fácil que pique. Hacia el final del tratamiento, la piel puede aparecer húmeda. Esta zona debe ser expuesta al aire el máximo tiempo posible. Las pacientes tendrán que evitar llevar un sujetador o ropas que puedan producir roce; es mejor utilizar prendas anchas de algodón. Al mismo tiempo es importante llevar a cabo un buen cuidado de la piel, pero las pacientes no deben usar ninguna loción o crema sin consultarlo con su médico, y tampoco deben aplicar ningún desodorante en la zona tratada. Los efectos de la radioterapia en la piel son transitorios. La zona se recuperará cuando el tratamiento haya concluido.

En la mayoría de mujeres, la mama tendrá un aspecto y sensación parecido al que tiene después de la radioterapia. A veces, la mama tratada puede ser más firme. También puede ser más grande (debido a la acumulación de líquido) o más pequeña (causado por cambios en los tejidos) que antes de empezar el tratamiento. En algunas mujeres la piel de la mama queda más sensible después de la radiación; en otras, es menos sensible.

### Quimioterapia

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen principalmente de los fármacos que la paciente recibe. Como en otros tipos de tratamiento, los efectos secundarios varían de una persona a otra. En general, las drogas anticancerosas afectan a las células de división rápida. Estas incluyen las células de la sangre, las cuales combaten las infecciones, son las responsables de la coagulación, y transportan el oxígeno hacia todas las partes del cuerpo. Cuando las células sanguíneas quedan afectadas por los fármacos anticancerosos, las pacientes son más susceptibles a cojer infecciones, sangran más fácilmente, y tiene menos energía. Las células de los *foliculos pilosos* (del cabello) y las células que tapizan el tracto digestivo también se dividen rápidamente. A consecuencia de la quimioterapia, a las pacientes les puede caer el pelo y pueden presentar otros efectos secundarios como son la pérdida del apetito, náuseas, vómitos, diarrea o úlceras en la boca. Muchos de estos efectos secundarios pueden controlarse con medicamentos, y generalmente se trata de problemas de corta duración. Poco a poco desaparecen durante el periodo de recuperación del ciclo de quimioterapia o una vez finalizado el tratamiento.

Con la quimioterapia actual, los efectos secundarios de larga duración son, afortunadamente, raros, pero hay casos en los que el corazón se debilita, y también ha ocurrido la aparición de un segundo cáncer como la leucemia. Algunas drogas anticancerosas pueden dañar los ovarios. Si estos dejan de producir hormonas, la mujer puede presentar síntomas de menopausia, como sofocos y sequedad vaginal. La menstruación puede llegar a ser irregular o puede retirarse, y la mujer no podrá quedar embarazada. En mujeres de edades alrededor de los 35- 40 años, algunos de estos efectos, como la *infertilidad*, probablemente serán permanentes.

### Hormonoterapia

La terapia hormonal puede causar muchos efectos secundarios. Estos dependen en gran medida del medicamento específico o del tipo de tratamiento, y varían de una paciente a otra. El tratamiento hormonal más común es el tamoxifeno. Éste bloquea el uso de estrógenos por parte del organismo, pero no impide su producción. El tamoxifeno puede producir sofocaciones, irritación o pérdidas vaginales, e irregularidades en la menstruación, y a veces produce menopausia. Cualquier sangrado inusual debe ser informado al médico.

Los efectos secundarios serios debidos al tamoxifeno son raros, pero este fármaco puede producir coágulos sanguíneos en las venas, especialmente de las piernas. En un número muy reducido de mujeres, el tamoxifeno ha causado cáncer en la pared del útero. El médico realiza biopsias u otras pruebas con el fin de controlar esta posibilidad. (Esto no se aplica en las mujeres a las cuales se les ha practicado una histerectomía, es decir, una intervención quirúrgica en la que se extirpa el útero).

Las mujeres jóvenes a las que se les extirpan los ovarios con el fin de privar a las células cancerosas de los estrógenos, presentan la menopausia de forma inmediata. Los efectos secundarios que experimentarán serán más severos que los producidos por una menopausia natural.

### DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

La rehabilitación es una parte muy importante del tratamiento del cáncer de mama. Todo el equipo médico hace un esfuerzo para ayudar a las mujeres a volver a sus actividades normales lo antes posible. La recuperación será distinta para cada mujer, dependiendo de la extensión de la enfermedad, el tratamiento recibido, y otros factores.

La práctica de ejercicio después de la cirugía puede ayudar a una mujer a recuperar el movimiento y fuerza en su brazo y hombro. También puede reducir el dolor y la rigidez en su cuello y espalda. Los ejercicios, cuidadosamente planificados, deben iniciarse tan pronto como el médico considere que la mujer está preparada, por lo general a partir del día después de la cirugía. Los ejercicios se empiezan lenta y suavemente e incluso se pueden practicar en la cama. Poco a poco, los ejercicios pueden hacerse más activos, y su práctica regular debe convertirse en parte de la rutina normal de la mujer. (Las mujeres a las que se les practica una mastectomía seguida de reconstrucción mamaria inmediata -cirugía plástica para reconstruir la mama- necesitan ejercicios especiales que el médico les explicará).

A menudo el linfedema post cirugía puede prevenirse o reducirse con ciertos ejercicios y descansando con el brazo apoyado en una almohada. Si más tarde aparece un linfedema, el médico sugerirá algunos ejercicios y otras maneras para tratar este problema. Por ejemplo, algunas mujeres con linfedema llevan un manguito o venda elástica para mejorar la circulación linfática. El médico también puede sugerir otras soluciones, como medicación, drenaje linfático manual (masaje), o el uso de una máquina que comprima el brazo. Si el linfedema sigue, la mujer deberá consultar con un especialista.

Después de la mastectomía, algunas mujeres deciden llevar una *prótesis*. Otras prefieren la reconstrucción mamaria, ya sea al mismo tiempo que la mastectomía o bien más tarde. Cada opción tiene sus pros y contras, y lo que va bien para una mujer puede no ir bien para otra. Lo que es más importante es saber que prácticamente todas las mujeres tratadas por cáncer de mama tienen diversas opciones. Puede ser de gran ayuda hablar con el cirujano plástico antes de la mastectomía, aunque la reconstrucción se puede realizar más tarde.

Para reconstruir la mama se utilizan varios procedimientos. Algunos utilizan implantes; otros usan tejido que obtienen de otra parte del cuerpo de la mujer. La mujer debe preguntar al cirujano plástico acerca de los riesgos y beneficios de cada tipo de reconstrucción. FEFOC le puede proporcionar más información sobre el tema llamando al teléfono de cáncer de mama (902133134) o a través de nuestro correo electrónico [fefoc@fefoc.org](mailto:fefoc@fefoc.org)

### Seguimiento

Una vez finalizado el tratamiento del cáncer de mama, es importante realizar exploraciones periódicas de seguimiento. El médico seguirá controlando a la mujer para asegurarse de que el cáncer no se ha repetido. Los controles periódicos generalmente incluyen exploraciones del tórax, axila, y cuello. De vez en cuando, la mujer es objeto de un examen físico completo y además se le realiza una mamografía. El médico, a veces solicita un análisis de sangre, radiografías de tórax, gammagrafía ósea, y otras pruebas. A las mujeres que han sido tratadas con quimioterapia u hormonoterapia se les deben practicar pruebas adicionales y un examen pélvico anual.

Una mujer que ha tenido un cáncer en una mama tiene cierto riesgo, un poco superior al de la media, de desarrollar un cáncer en la otra mama. Ella debe informar a su médico de cualquier cambio que observe en la zona tratada o en la otra mama.

Además, una mujer que ha padecido cáncer de mama debe consultar con su médico cualquier otro problema físico si aparece, como dolor, pérdida de apetito o peso, cambios en el periodo menstrual, sangrados vaginales inusuales, o visión borrosa. También debe informar sobre la aparición de vértigos, tos o afonía, cefaleas, dolor de espalda o problemas digestivos que parezcan inusuales o que no desaparezcan. Estos síntomas pueden ser un signo de que el cáncer se ha reproducido, pero también pueden ser causados por otros muchos problemas. Sólo el médico se lo podrá clarificar con seguridad.

Anexo 14 (Autoregistro de Descanso)		Fecha de					
		Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora	Lunes						
1AM							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
1PM							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Anexo 14 Autoregistro de alimentos

FECHA/HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAÑANA							
TARDE							
NOCHE							

## Anexo 15

## CUESTIONARIO

Instrucciones responda cada una de las preguntas que a continuación se le presentan

¿Qué es el estrés?

¿Que cosas me estresan?

¿Cómo me siento cuando estoy estresada?

¿El estrés afecta mi salud? ¿En que?

¿Qué cosas puedo hacer para no estresarme?