

AGRADECIMIENTOS

Llegar al final de este camino me ha permitido mirar atrás para darme cuenta que a lo largo de este recorrido hubieron personas que con su presencia me hicieron saber que gracias y afortunadamente nunca estuve sola

Muy especialmente a mis padres **Laura y Roberto** quienes me enseñaron a vencer los obstáculos y su apoyo incondicional ha sido la motivación para lograr mis metas.

A mis 2 hermanos **Argelia y Kebin** de quienes siempre recibo apoyo y cariño. Por sus pertinentes comentarios en momentos de angustia y por compartir mis logros y disfrutarlos tanto como yo.

A mi tutor **Samuel Jurado** por su comprensión y apoyo y porque aún cuando no logré convertirme al “camino del bien” estoy segura de que nuestros caminos aunque diferentes nos llevan a la misma meta: el bienestar del otro.

Y no puedo olvidar a todos aquellos quienes compartieron conmigo dos de los momentos más difíciles del ser humano: La enfermedad y La muerte. Así como a quienes estuvieron dispuestos a compartir desinteresadamente sus conocimientos y experiencia conmigo.

GRACIAS

Antonia Iglesias



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.

INDICE

MARCO TEÓRICO (Conceptos de medicina conductual)	7
Hospital de la Mujer (Sede de la 1ª Y 2ª rotación en la residencia en medicina conductual)	15
Características de la Sede	15
Ubicación	15
Nivel de atención	16
Servicios de la Sede	16
Ubicación del residente de medicina conductual en la sede	17
Servicio de Oncología Ginecológica	17
Recursos Humanos	19
Líneas de autoridad	19
Supervisor in situ	20
Actividades Desarrolladas en la Sede (Hospital de la Mujer)	20
Atención Psicológica en el Servicio de Oncología Ginecológica	21
a) Hospitalización y b) Consulta Externa	22
Programas de Intervención Desarrollados	25
Grupo de entrenamiento en relajación en pacientes que recibían quimioterapia	27
Fundamentación Teórica y Justificación	28
Objetivo y Método	31
Resultados	32
Evaluación de los programas de intervención desarrollados	33

Datos sobre la 1ª Rotación en el Hospital de la Mujer	35
Consulta Externa y pacientes en hospitalización	36
Datos sobre la 2ª Rotación Hospital de la Mujer	37
Actividades Académicas dentro de la sede	38
Comentarios finales 1ª Y 2ª Rotación en el Hospital de la Mujer	40
Instituto Nacional de Cancerología 2º año de la residencia en Medicina Conductual	42
Características de la Sede	42
Historia y Ubicación	42
Niveles de Atención	43
Servicios de la sede	45
Ubicación dentro de la sede	45
Servicio de Psicooncología	46
Recursos humanos	46
Líneas de autoridad	47
Supervisor in situ	47
Actividades Desarrolladas	48
Programas de intervención	52
Objetivo y Método	55
Resultados	56
Actividades académicas de la sede	58
Otras actividades profesionales no programadas	59

Asistencia a eventos académicos	60
Comentarios Finales	61
Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	63
Recursos Humanos	63
Actividades desarrolladas en la sede	63
Programa operativo	65
Resultados	70
Actividades académicas dentro de la sede	71
Asistencia a eventos académicos	72
Evaluación Final	73
Comentarios finales, sugerencias y conclusiones	75
Referencias bibliográficas	78
Anexos	82

MARCO TEÓRICO

CONCEPTOS DE MEDICINA CONDUCTUAL

En relación con los problemas de la salud y la enfermedad, el pensamiento y la práctica psicológica se han visto notablemente influenciados por la propia evolución sobre los conceptos de salud y las tendencias dominantes y alternativas en la medicina

Una influencia sobre la psicología médica fue ejercida por el auge de la llamada medicina psicosomática Haynal y Pasini (1980), teoría basada en el psicoanálisis y que no utilizaba el método experimental sino basaba sus aseveraciones en observaciones clínicas. Hoy esta área de aplicación de la psicología debe quedar comprendida dentro de un enfoque general de psicología de la salud

Es así que se ha entendido por psicología de la salud Latorre y Benet (1992); la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud.

Dentro de sus principales objetivos se encuentra no solo la atención o curación de los enfermos, en lo que se ha dado mayor énfasis y la práctica ha sido extensa dando diversos resultados teóricos y de investigación, así mismo ahora se incluye la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Una diferencia importante es el hecho de que tradicionalmente a la psicología se le ha asociado con el estudio de las desviaciones del comportamiento y da un mayor énfasis a la enfermedad que a la salud, la concepción de psicología de la salud se relaciona con todos los problemas de

salud, ya sea que éstos se expresen en términos de enfermedad primordialmente a través de manifestaciones “mentales” o “corporales”. Lo cual reivindica la importancia de la psicología de la salud en el plano práctico, para el trabajo con sentido amplio

En relación con diferentes concepciones acerca de la psicología de la salud se exponen las siguientes:

Para Bloom (1988), la psicología de la salud *“se relaciona con el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad”*

Stone (1979, 1988 y 1991) considera que la psicología de la salud *“comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud la planeación de la salud, el financiamiento de la salud, la legislación sobre otros componentes de este tipo del sistema total*

La división de Psicología de la Salud de la American Psychological Association la define como:

Las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud. Cabe señalar que esta definición también fue propuesta por Matarazzo (1980) y Albino (1983).

El Grupo de trabajo en Psicología de la Salud y Medicina Conductual de la Sociedad Interamericana de Psicología, da la siguiente definición:

(...) Son áreas de la psicología que tienen como base la promoción de la salud física del individuo y/o la prevención de las enfermedades físicas; los psicólogos que trabajan en estas áreas tienen un gran rango de actividades, incluyendo la investigación, la enseñanza y la intervención; las áreas de interés de estos psicólogos incluyen conductas de riesgo para la salud, como el fumar o la nutrición inadecuada, las enfermedades crónicas, como son la diabetes, el cáncer y las enfermedades coronarias; los comportamientos, como es el uso de cinturones de seguridad o de anticonceptivos; los servicios de salud, donde estudian la comunicación médico-paciente y la satisfacción de los pacientes, y la promoción de comportamiento de salud más positivos como la lactancia materna.

Dicha definición no hace una distinción entre psicología de la salud y medicina conductual.

Por su parte Latorre y cols , (1992) dicen que la psicología de la salud:

Se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud la que comprende, además, el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física

Por otra parte debido a que el psicólogo clínico ha ampliado su campo de acción abordando los aspectos conductuales de los trastorno orgánicos es que se ha llegado a la constitución de una nueva disciplina que es la medicina conductual. Esta expresión aparece por vez primera en el título de un libro con

el nombre de (Biofeedback: behavioral medicine). Se trata de una disciplina interdisciplinaria entre psicología conductual y la medicina en la que se sigue el modelo conductual y se trabaja predominantemente con sujetos individuales, haciendo mayor énfasis en el tratamiento (nivel terciario)

La medicina conductual comenzó como una continuidad del modelo de la psicología médica, resaltando el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y la manifestación de las enfermedades y buscando medios para su tratamiento. En su base se encuentra el análisis experimental de la conducta y el auge en los Estados Unidos hacia la década de los años 60's

Sus representantes definen a la medicina conductual como "un campo interdisciplinario que integra los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad" (Miller, 1983)

El término medicina conductual fue introducido por un psiquiatra llamado Lee Birk y es en 1977 que en una conferencia celebrada en Yale se hace un primer esfuerzo por acotar el término de medicina conductual y en donde se llega a una información que es codificada más tarde en 1978 cuando se funda la Academia de Investigación de Medicina conductual y es la siguiente:

"La medicina conductual es el área que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamentales y biomédicas que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación "

Fue en ese mismo año que se funda la sociedad de medicina conductual con representación de diferentes profesiones sanitarias.

Una de las sociedades de psicología más importantes del mundo (Asociación Psicológica Americana) crea la división 38 a la que denomina Psicología de la Salud cuyo objetivo básico consiste en fomentar y difundir la contribución profesional de los psicólogos a un mejor conocimiento de la salud y la enfermedad

En el año de 1979 el campo de la medicina conductual es delimitado y definido como la utilización clínica de las técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta –terapia y modificación de la conducta- en la evaluación prevención y manejo o tratamiento de la enfermedad física o de los trastornos fisiológicos y la dirección de la investigación que contribuya al análisis funcional y la comprensión de la conducta relacionada con trastornos médicos y problemas del cuidado de la salud.

Otra definición de medicina conductual es la propuesta por (Buela y Caballo 1991)

“La medicina conductual es el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física de la enfermedad y la aplicación de éste conocimiento y de éstas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”

El campo de la medicina conductual puede ser conceptualizado como el campo o puente común entre la psicología y la medicina, basándose la psicología en el estudio científico de la conducta humana y la medicina en el estudio o análisis del sustrato biológico-anatómico.

Matarrazo quien fuera el primer presidente de la División 38 de la American Psychological Association, trata de establecer una distinción entre la medicina conductual y la Psicología de la Salud, destacando que la primera suele poner énfasis en aspectos relacionados con el tratamiento mientras que el acento de la segunda recae especialmente en la prevención, sin embargo se ha considerado que en la práctica es difícil hacer tal distinción.

Es importante señalar que ambas tienen puntos de convergencia pues se ocupan de las relaciones entre el comportamiento y los estados de salud y enfermedad; coinciden en el establecimiento de factores de un cambio importante en el papel del enfermo en el modelo médico tradicional es decir, donde éste adopta una postura pasiva sin participar en su tratamiento y se ocupan tanto de la prevención como del tratamiento.

Sin embargo, no son sinónimos ya que la Psicología de la Salud representa la contribución específica de la disciplina de la psicología a esta base de conocimientos y técnicas llamadas medicina conductual.

La medicina conductual ha enfatizado la importancia del estilo de vida y de las pautas comportamentales no sólo porque se relacionan con la etiología y la patogénesis de la enfermedad, sino también porque es posible tener un estilo de vida que prevenga la enfermedad, mantenga y promueva la buena salud y aumente la utilización de enfoques comportamentales para el tratamiento y la rehabilitación

En los últimos años ha habido un giro con relación a las principales causas de muerte ya que a principios de siglo éstas eran la gripe, la neumonía, la difteria, la tuberculosis, las cuales se han reducido considerablemente. Actualmente las principales causas de muerte son de tipo crónico determinadas

en gran parte por factores comportamentales. Es así que muchos autores han coincidido en la importancia de los cambios de hábitos insanos para el mejoramiento de la salud.

Evidentemente la etiología de las enfermedades crónicas es múltiple sin embargo, actualmente es ampliamente aceptado el hecho de que los factores más importantes en la causalidad de estas enfermedades son ambientales (contaminación física, química, psicosocial y sociocultural) y las conductas humanas o el estilo de vida (farmacodependencia, hábitos alimenticios, ejercicios físicos, etc)

No debemos olvidar que la medicina conductual ha enfatizado la importancia del estilo de vida y de las pautas comportamentales no sólo porque se relacionan con la etiología y la patogénesis de la enfermedad, sino también porque es posible tener un estilo de vida que prevenga la enfermedad, mantenga y promueva la buena salud y aumente la utilización de enfoques comportamentales para el tratamiento y la rehabilitación (Shapiro, 1979).

Es así que aún cuando la medicina conductual y la psicología de la salud son recientes ya han tenido un enorme impacto sobre las actividades académicas y clínicas. En México se han venido desarrollando ambas disciplinas poniendo énfasis en los factores de "riesgo" los cuales están íntimamente ligados con pautas de conducta, hábitos, dietas, nivel de actividad, estrés y éstos son susceptibles al cambio por medio de la educación o de las técnicas de modificación de conducta, a través de la prevención primaria o secundaria. Es por ello que el psicólogo juega un papel de importancia en su intervención a través de las técnicas de modificación de

conducta y de programas preventivos para la reducción de factores de riesgo y estilos de vida que pudieran favorecer el desarrollo de la enfermedad

Finalmente la psicología de la salud y la medicina conductual tienen como objetivo fundamental la aplicación de los conocimientos, métodos de investigación, y técnicas de evaluación de la psicología científica a la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como a la promoción y mantenimiento de la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOSPITAL DE LA MUJER

(SEDE DE LA 1ª. Y 2ª. ROTACIÓN DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL)

1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

El primer año de la residencia en medicina conductual lo realice en el Hospital de la Mujer principalmente en el área de oncología ginecológica; sin embargo es importante señalar que se podía intervenir en otros servicios siempre y cuando nos fuera solicitado por los médicos adscritos o por los residentes de ginecología.

1.1.1. Ubicación

El Hospital de la Mujer desde la época colonial hasta la fecha en forma interrumpida se ha dedicado a brindar atención a las mujeres enfermas. Durante los años 1900 a 1910 fue un hospital para prostitutas; en el mes de marzo de 1966 se clausuró el antiguo Hospital de la Mujer situado en Av Hidalgo No. 42 y se inaugura el actual Hospital ubicado en Salvador Díaz Mirón No. 374.

1.1.2. Nivel de Atención

Es un Hospital de 2° nivel de atención de especialidad en gineco-obstetricia que brinda atención a población abierta tanto en consulta externa como en hospitalización

El objetivo del Hospital es el de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad de la mujer y del recién nacido; y sus funciones principales son las siguientes:

1. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de la mujer y del recién nacido.
2. Atención de partos
3. Investigación y enseñanza médica y paramédica.

1.1.3. Servicios de la Sede

Los servicios con los que cuenta el hospital son: Ginecología y Obstetricia, Endocrinología, Urología, Cardiología, Oncología, Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Clínica de Climaterio, Clínica de Esterilidad, Odontología, PREA (Programa Educativo para Adolescentes), Rayos X y Laboratorio.

El hospital cuenta con 4 plantas distribuidas de la siguiente manera:

Planta Baja: Consulta Externa que cuenta con 14 consultorios, PREA (Programa Educativo para Adolescentes), U.T.Q. (Unidad toco quirúrgica), Cobalto terapia, Rayos X, Endoscopias, Laparoscopias, Laboratorios,

Ultrasonido, Urgencias. En la parte trasera se encuentra la biblioteca, lavandería, farmacia, patología, Jefatura de enseñanza y la residencia médica así como los estacionamientos

Primer Piso: Se encuentra el quirófano, Unidad de estadística, comedor, unidad de lactancia materna, Terapia Intermedia, Terapia Intensiva, Oncología, Jefatura de Enfermería y el Area de Gobierno (Dirección, Subdirección Médica y Medicina Preventiva)

Segundo Piso: En ambas salas está el área de alojamiento conjunto, la Asociación de Médicos, y aulas para estudiantes

Tercer Piso: Se encuentra embarazo de alto riesgo y puerperio complicado.

Cuarto Piso: Se encuentra el área de neo-natología dividida de la siguiente manera: prematuros, recién nacidos sanos, recién nacidos complicados, cuidados especiales.

1. 2. UBICACIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL EN LA SEDE

1.2.1 SERVICIO DE ONCOLOGIA

El servicio en el cual estuve durante el primer año de la residencia en medicina conductual fue el de Oncología Ginecológica el cual tiene las siguientes características.

Los antecedentes del servicio de Oncología Ginecológica dentro del hospital de la mujer datan de 1949 cuando se inaugura el servicio de cancerología y un departamento de citología para la detección del cáncer que tuvo un principio muy modesto pero fue la base del actual servicio. En 1958 se amplía el servicio de citología para la detección del cáncer, convirtiéndose en laboratorio de citología exfoliativa

En el año de 1995 se inició el tratamiento de quimioterapia en piso bajo la supervisión del Dr. Vargas; anteriormente se realizaba en los consultorios o en cobaltoterapia con las medidas mínimas para llevarlo a cabo. En este servicio se proporcionaban 2 tipos de tratamiento que son la braquiterapia y la quimioterapia según el padecimiento de la paciente; desde el mes de marzo de 1992 hasta la fecha se encuentra suspendida la braquiterapia, actualmente está en vías de ser reabierto

El servicio de oncología se encuentra ubicado en el 1er Piso del lado poniente. Cuentan con 2 salas, 1 para braquiterapia y 1 de hospitalización así como 1 cubículo de curaciones y 1 sala de exploración; las condiciones generales son buenas ya que reúnen los requisitos mínimos (de limpieza, ventilación y espacio) para la recuperación de las pacientes. La sala de hospitalización cuenta con 8 camas, 1 buró por cama y un pasillo por donde se puede deambular; hay tomas de oxígeno y borboteadores que cuentan con conexiones en cada cama y un timbre para llamar en caso de emergencia

En el servicio se cuenta con el equipo y mobiliario necesario (camilla, silla de ruedas, carro de medicamentos, cómodos, material de curación, etc.) para proporcionar atención a la paciente.

1.2.2. Recursos Humanos

Los recursos humanos del servicio de oncología son los siguientes:

11 Médicos (1 Jefe de área, 3 médicos oncólogos adscritos, 3 técnicos terapeutas de braquiterapia, 1 quimioterapeuta, 2 físicos de área de braquiterapia, 1 residente de 4° año de la especialidad en gineco-obstetricia).

7 Enfermeras (1 Jefe de servicio y 6 enfermeras generales distribuidas en los diferentes turnos así como enfermeras que prestan su servicio social).

1 Trabajadora Social de piso

1 Psicóloga (residente)

1 Afanadora

1.2.3. Líneas de Autoridad

La principal autoridad dentro del servicio de oncología ginecológica era el Jefe de Servicio sin embargo, la comunicación con él sólo era esporádica. Las enfermeras y el médico residente eran quienes solicitaban la intervención para las pacientes en el área psicológica.

1.2.4. Supervisor in situ

Durante esta rotación no conté con apoyo de ningún supervisor in situ. Sin embargo, por parte de la UNAM mi supervisor fue el Maestro Leonardo Reynoso quien nos brindada supervisión una vez a la semana, tiempo durante el cual revisábamos conceptos teóricos y nos brindaba asesoría para nuestra intervención de acuerdo a las características del servicio al que estuviéramos inscritas. En los primeros meses de la rotación en el hospital de la mujer también contamos con una supervisora por parte del la Secretaría de Salud sin embargo dejó de ir después de 1 mes.

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE (HOSPITAL DE LA MUJER)

Dentro del Hospital no hay un área de psicología definida, únicamente hay una psicóloga que trabaja dentro del PREA (Programa Educativo para Adolescentes) el cual se fundó hace 7 años y da atención a adolescentes de ambos sexos menores de 19 años; su objetivo es brindar orientación, asesoría, consejería y apoyo psicológico sobre planificación familiar y sexualidad.

El apoyo psicológico a las mujeres que acuden al hospital de la mujer y así lo requieren siempre ha sido brindado por los residentes en el área de psicología sin embargo, a nuestra llegada encontramos que el trabajo de las residentes era poco conocido en el hospital; fue por ese motivo que decidimos mis otras 4 compañeras y yo dividirnos los diferentes servicios del hospital a fin de lograr tener una intervención mayor en las diferentes áreas del hospital.

1.2.4. Supervisor in situ

Durante esta rotación no conté con apoyo de ningún supervisor in situ. Sin embargo, por parte de la UNAM mi supervisor fue el Maestro Leonardo Reynoso quien nos brindada supervisión una vez a la semana, tiempo durante el cual revisábamos conceptos teóricos y nos brindaba asesoría para nuestra intervención de acuerdo a las características del servicio al que estuviéramos inscritas. En los primeros meses de la rotación en el hospital de la mujer también contamos con una supervisora por parte del la Secretaría de Salud sin embargo dejó de ir después de 1 mes.

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE (HOSPITAL DE LA MUJER)

Dentro del Hospital no hay un área de psicología definida, únicamente hay una psicóloga que trabaja dentro del PREA (Programa Educativo para Adolescentes) el cual se fundó hace 7 años y da atención a adolescentes de ambos sexos menores de 19 años; su objetivo es brindar orientación, asesoría, consejería y apoyo psicológico sobre planificación familiar y sexualidad.

El apoyo psicológico a las mujeres que acuden al hospital de la mujer y así lo requieren siempre ha sido brindado por los residentes en el área de psicología sin embargo, a nuestra llegada encontramos que el trabajo de las residentes era poco conocido en el hospital; fue por ese motivo que decidimos mis otras 4 compañeras y yo dividirnos los diferentes servicios del hospital a fin de lograr tener una intervención mayor en las diferentes áreas del hospital.

Atención Psicología en el Servicio de Oncología Ginecológica

El desempeño de las actividades realizadas durante este año de la residencia se enfocaron principalmente a brindar atención a pacientes del servicio de oncología tanto a nivel individual como a nivel grupal.

Sin embargo, también se atendía a pacientes de otros servicios de acuerdo a la solicitud de los médicos tratantes. De los servicios en los que la demanda de atención fue menor estuvieron el servicio de neo-natología y en quirófano donde sólo en una ocasión se solicitó mi intervención. En el primero debido a que una madre rechazaba a su hijo por tener malformaciones y en el área de quirófano porque una mujer presentó una crisis de angustia posterior a haber dado a luz en ambos casos la técnica utilizada fue intervención en crisis y se dio cita a consulta externa, sin embargo ninguna de las dos pacientes asistió a su cita.

a) Hospitalización

La intervención que realice fue tanto en el área de hospitalización como en la de consulta externa. Es importante mencionar que en el área de hospitalización generalmente la estancia de las pacientes es de 3 días; aunque algunas sólo permanecen 1 día y regresan cada mes debido a que los tratamientos (como la quimioterapia) son largos.

Las pacientes atendidas eran canalizadas por las enfermeras quienes detectaban cambios en el estado de ánimo de las pacientes, otras de ellas eran detectadas cuando yo realizaba el pase de visita, cabe mencionar que no se pasaba visita con los médicos porque en ese servicio no sucede así, sin embargo si se tenía comunicación con ellos.

b) Consulta Externa

En relación al área de consulta externa, la atención no sólo se limitó a las pacientes del área de oncología ya que por ser el servicio de consulta externa también eran canalizadas de diversos servicios y por lo tanto sus diagnósticos médicos eran diferentes. La atención a pacientes en consulta externa está contemplada dentro del programa de residencia en medicina conductual porque forma parte fundamental de los psicólogos en formación; la consulta fue cubierta un día a la semana por 3 horas y el objetivo era brindar atención a pacientes del hospital que fueran canalizadas por los médicos por considerar necesario una intervención psicológica que pudiera apoyar el tratamiento médico.

Generalmente se atendían 3 o 4 pacientes durante el día de consulta, los motivos de consulta eran diversos, depresión, ansiedad, trastornos ansioso-depresivos, reacciones de adaptación.

Las pacientes solicitaban cita por recomendación de su médico tratante. Se realizaba una cita de primera vez, donde se aplicaba la entrevista como método para conocer la problemática del paciente en ésta se establecía el encuadre, los objetivos terapéuticos y las técnicas para llevarlos a cabo, se hacía una nota en el expediente del paciente dando un resumen de los principales puntos que se habían abordado durante la entrevista, la impresión diagnóstica, los objetivos terapéuticos y las técnicas para llevarlos a cabo y a aquellas personas que no podían ser atendidas debido a que necesitaban otro tipo de intervención se les canalizaba a otras instancias.

Se realizaban citas subsecuentes, sin embargo; la mayoría de las personas que acudían a pedir el servicio generalmente asistían en pocas ocasiones por lo que era difícil llevar a cabo tanto un expediente personal así como un tratamiento que pudiera tener mayores resultados. Con estas características de la población atendida es difícil poder llevar a cabo evaluaciones de la intervención realizada.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**HOSPITAL DE LA MUJER
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA RESIDENCIA**

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8-9	Pase de Visita	Consulta Externa	Atención a pacientes hospitalizados	Atención a pacientes hospitalizados	Pase de visita
9-10	Atención a pacientes hospitalizados	Consulta Externa	Atención a pacientes hospitalizadas	Atención a pacientes hospitalizadas	Revisión Bibliográfica
10-11	Atención a pacientes hospitalizados	Consulta Externa	Atención a pacientes hospitalizadas	Atención a pacientes hospitalizadas	Elaboración de notas
11-12	Atención a pacientes hospitalizados	Elaboración de notas clínicas	Elaboración de notas clínicas	Asesoría Tutor	Atención pacientes hospitalizadas
12-14	Grupo de relajación pacientes con quimioterapia	Atención pacientes hospitalizadas	Sesión clínica general	Revisión de casos clínicos de oncología	Atención pacientes hospitalizadas
13-14	Grupo relajación pacientes con quimioterapia	Revisión bibliográfica	Clase de ginecología psicósomática	Revisión de casos clínicos de oncología	Atención pacientes hospitalizadas

2.1. Programas de intervención desarrollados

Uno de los principales motivos de que las pacientes del área de oncología ginecológica fueran canalizadas al servicio de psicología, se debió a que padecían de trastornos afectivos es decir (depresión y/o angustia) ante los eventos que estas mujeres viven frente una enfermedad como es el cáncer. Primero ante la posibilidad de un posible diagnóstico de cáncer, o al estrés de la cirugía por perder una parte de su cuerpo como en el caso de la mastectomía o histerectomía, o a someterse a tratamientos aversivos como la quimioterapia, radioterapia o braquiterapia en algunos casos. Segundo al asumir la muerte cuando no hay posibilidad de cura o sólo se puede brindar un tratamiento de tipo paliativo.

Los trastornos que se atendieron con mayor frecuencia fueron:

- Depresión
- Ansiedad
- Problemas de afrontamiento
- Falta de estrategias de solución de problemas
- Falta de adherencia terapéutica

Ante este tipo de diagnósticos la valoración psicológica del paciente que padece cáncer es muy importante así como lo es el tratamiento de las quejas que se derivan de las terapéuticas médicas. Las náuseas y vómitos producidos por la quimioterapia, el dolor, o la aceptación del esquema corporal después de una amputación quirúrgica (por ejemplo la mastectomía) son algunos de los problemas que presentan las pacientes y que son susceptibles de intervención psicológica. Holland, Fasanello, Ohnuma (1974)

Las actividades desempeñadas en el área de oncología podrían resumirse de la siguiente manera, cabe señalar que son diversas ya que generalmente con cada una de las pacientes se establecía un plan de intervención de acuerdo a sus características particulares

- Intervención en crisis a pacientes que recibían diagnóstico positivo al cáncer
- Manejo de la ansiedad y el estrés a través de técnicas de relajación con pacientes en etapa pre-operatoria; se abordaron las ideas irracionales respecto a la muerte y el temor a la cirugía.
- Intervención terapéutica a pacientes post-operadas de mastectomía e hysterectomía. Las pacientes que pasan por una cirugía, generalmente se deprimen, por lo que se dio apoyo para la aceptación de parte de la paciente a las mutilaciones de su cuerpo
- La familia del paciente con cáncer sufre un cambio y una desestructuración cuando conoce el diagnóstico y pronóstico de su paciente por ello se atendió a algunos familiares brindando apoyo emocional y explicando la importancia de su apoyo al paciente.
- Se dio acompañamiento a 2 personas en etapa terminal así como a sus familiares.

Para brindar atención a las pacientes del hospital de la mujer y de acuerdo a los diferentes motivos por los que fueron canalizadas se conoce que existen diversas técnicas terapéuticas de atención a pacientes en este caso se utilizaron técnicas cognitivo conductuales ya que estas técnicas pueden

incrementar la motivación para el cambio de conductas de salud; el enfoque cognitivo conductual combina las técnicas tradicionales de modificación de conducta con las orientaciones cognitivas

Algunas de las técnicas que se emplearon en el hospital para lograr la modificación de conducta fueron las siguientes: auto-observación, desensibilización sistemática, TRE (Terapia Racional Emotiva). Ellis (1955)

GRUPO DE ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN EN PACIENTES QUE RECIBIAN QUIMIOTERAPIA

Una de las intervenciones más importantes fue la realización de un grupo de relajación con las pacientes que recibían quimioterapia en donde se les enseñó entrenamiento en relajación (con la técnica de Jacobson) y visualización como una forma de que la paciente participara activamente en su tratamiento y éste se complementara.

La mayoría de las pacientes atendidas en el servicio de oncología ginecológica recibían tratamiento de quimioterapia por lo que se propuso la creación de un grupo de entrenamiento en relajación e imaginación, el cual se llevaba a cabo los días lunes debido a que era el día fijado para que las pacientes recibieran este tratamiento y había un mayor número de personas para realizarlo. Las pacientes asistían a su tratamiento una vez al mes por lo que cada semana las pacientes eran diferentes

2.1.1. Fundamentación Teórica y Justificación

El cáncer es sin duda una de las enfermedades más temidas, cuando una persona tiene un diagnóstico de cáncer adopta diferentes estrategias de afrontamiento como la negación, la depresión, o la esperanza. Lazarus y Folkman (1986) encontraron que hay diferencias en la reacción y percepción de las personas ante una misma situación o acontecimiento. Esas diferencias individuales las explicaron en función de una serie de variables intermedias, tales como, sus experiencias anteriores, su capacidad de afrontamiento y el apoyo social con que cuenta. Estos autores conceden un papel fundamental, en el origen del estrés, a la capacidad individual para manejar las situaciones amenazadoras y a la evaluación que el propio sujeto hace de esa capacidad, en un momento dado.

Los tratamientos para el cáncer son sin duda muy agresivos ya sea la cirugía, radioterapia o quimioterapia; sin embargo como ya se ha mencionado algunas personas toleran más que otras los efectos colaterales sobretodo las nauseas que produce el tratamiento con quimioterapia.

Se ha encontrado una respuesta diferente ya que algunos pacientes suelen soportar mejor las nauseas y vómitos, desconociéndose los factores responsables de estas diferencias de reacción a los fármacos administrados. Algunas de estas personas sufren de vómitos y náuseas anticipatorias es decir, antes de suministrarles el medicamento. Debido a que estas reacciones aversivas anticipatorias son muy resistentes a los fármacos antieméticos se han puesto a prueba diversas técnicas psicológicas para combatirlos como son: relajación muscular, hipnosis y desensibilización sistemática. Fue la primera de estas que se utilizó en este grupo de entrenamiento en relajación.

También es importante señalar que el estar en el hospital, el saberse enfermo y padecer una enfermedad como el cáncer que hasta nuestros días es terriblemente temida es un factor de estrés. Así mismo los tratamientos que se utilizan para combatir esta enfermedad son muy aversivos como lo es el tratamiento con quimioterapia; las pacientes generalmente presentan efectos colaterales (vomito, pérdida de cabello, cambios en la alimentación) y por lo tanto aversión a la misma y aumento de la angustia por los cambios que se producen en sus hábitos, en su imagen corporal y en su relación con su entorno.

Es por ello que se propuso la realización de un grupo de relajación que permitiera la disminución del estrés durante la sesiones de quimioterapia complementándolo con la imaginación.

Los primeros modelos teóricos empleados en el tratamiento de las ansiedades postulaban que generar respuestas fisiológicas antagónicas a la ansiedad debilitaría el impacto de las situaciones que la provocaban (Wolpe, 1958) Actualmente se ha demostrado que todos los métodos de relajación alteran significativamente los procesos fisiológicos relacionados con la ansiedad, reduciendo sobretodo la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y el consumo de oxígeno, la tensión muscular tónica, la transmisión dérmica y la tensión arterial

La historia del entrenamiento en relajación consta de dos fases distintas La primera fase empezó con el trabajo pionero de Edmundo Jacobson, quien en el año de 1934 desarrolló un método fisiológico para combatir la tensión y la ansiedad. La segunda fase se inició con Joseph Wolpe, quien modificó los procedimientos de Jacobson y los aplico en un programa sistemático de tratamiento

La técnica se llama Relajación Progresiva la cual consiste en tensar y relajar los diferentes conjuntos musculares del cuerpo. Consta de varias etapas, la primera esta diseñada para calmar el ritmo respiratorio, una vez logrado este ritmo se prosigue con la etapa de tensión y relajación de los diferentes grupos musculares, posteriormente se continua con llevar a la persona a una escena relajante, se finaliza tomando conciencia nuevamente de lo que se encuentra alrededor y de las sensaciones del cuerpo.

Así mismo otra de las técnicas fue la Terapia por Visualización Cautela y Groden (1985). El objetivo fundamental de esta técnica es la de modificar la percepción que el paciente tiene de su enfermedad, así como potenciar sus mecanismos inmunológicos de defensa (Ibáñez y Durán, 1990)

Se trata principalmente de visualizar mentalmente la acción positiva de las defensas naturales del organismo, y del tratamiento médico, frente a la proliferación de células cancerosas; y por otra, en la práctica de la relajación. Es por ello que se decidió realizar durante la aplicación de la quimioterapia.

Este tipo de intervenciones proporciona un medio a las pacientes para participar activamente en su propio tratamiento y fortalecer su confianza en una evolución positiva de la enfermedad ya que se han reportado mejorías significativas en el tiempo de supervivencia y en la calidad de vida de los enfermos que han recibido este tratamiento psicológico de apoyo

2.1.2. Objetivo

Realizar un grupo de entrenamiento en relajación en pacientes con cáncer que reciban tratamiento de quimioterapia a fin de disminuir el estrés ante la enfermedad y la estancia en el hospital.

Realizar una sesión psico-educativa con aquellas mujeres que iniciaban su tratamiento con quimioterapia con la finalidad de que conocieran acerca de su tratamiento y cuales serían los efectos colaterales que presentarían

2.1.3 Método

El grupo de entrenamiento en relajación se llevaba a cabo los días lunes de cada semana con una duración de 30 a 45 minutos aproximadamente. Tiempo durante el cual primeramente se les proporcionaba un manual de quimioterapia a aquellas pacientes que iniciaban su tratamiento, mismo que se llevaban a su casa y se les decía que la próxima sesión de quimioterapia serían respondidas sus dudas con el apoyo del médico residente adscrito a ese servicio.

Se daban las instrucciones con el apoyo del equipo de enfermería quienes no permitían la entrada a la sala durante la duración del ejercicio a fin de mantener la privacidad y tranquilidad necesaria para llevar a cabo esta actividad.

Se iniciaba con las indicaciones de ponerse cómodas en la posición que las hiciera sentir mejor y cerrando los ojos, posteriormente se daban las

indicaciones para calmar el ritmo respiratorio sin esfuerzo; después se daban indicaciones para iniciar los ejercicios de tensión y distensión de los diferentes grupos musculares y se continuaba con la imaginación

Una vez que se había logrado la relajación se les pedía que se imaginaran un lugar donde se sintieran seguras y tranquilas, ahí se les pedía que visualizarán su tumor tal y como lo imaginaban así que imaginara que los glóbulos blancos iban al lugar afectado y destruían las células malignas. Así como a ir asociando la quimioterapia con lo glóbulos blancos que pueden destruir la enfermedad. Se les pedía visualizar el tumor encongiéndose cada vez más hasta desaparecer por completo percibiendo esa área de su cuerpo libre de enfermedad y recorriendo su cuerpo y visualizándolo completamente sano y cada vez más sano, se les pedía permanecer un momento más en ese lugar que habían elegido en el que se sintieran seguras y cuando quisieran podían tomar conciencia de su cuerpo y abrir los ojos.

2.1.4. Resultados

Es importante señalar que no se tuvo la oportunidad de aplicar ningún tipo de inventario como el inventario de ansiedad de Beck el cual podría haber permitido conocer de manera más objetiva los resultados de esta intervención. Una de las principales limitantes para llevar a cabo este tipo de evaluación era la condición de las pacientes quienes presentaban los síntomas colaterales de la quimioterapia y de la enfermedad.

La evaluación se realizó a través de los comentarios de las pacientes acerca de su condición emocional quienes reportaban mejoría en la disminución de niveles de estrés y ansiedad y por los comentarios acerca de sentirse relajadas y tranquilas. Es decir posteriormente a la sesión las

pacientes hacían referencias como las siguientes: “me sentí más tranquila” ó “me ayudo mucho el ejercicio”, “me siento como que me quitaron un peso de encima” “siento ganas de llorar pero no de tristeza”, “me sentía muy tensa y muy nerviosa y se me quito” sic pacientes

Así mismo por lo observado y reportado por las enfermeras quienes hacían comentarios como: “las pacientes se ven más tranquilas después del ejercicio”, “les hacia mucha falta algo que les quitara el estrés”

En quienes recibían el tratamiento se utilizaron técnicas como la desensibilización sistemática, la relajación muscular las cuales se ha observado ayudan a la disminución de algunos de los efectos más desagradables de la quimioterapia (Marrow 1984).

2.1.6. Evaluación de los programas de intervención desarrollados.

Realizar una evaluación de los programas de intervención resulta difícil debido a las condiciones. Los reportes de mejorías de las pacientes se hacían por parte de las enfermeras.

Sin embargo, nunca se realizó ninguna aplicación de algún instrumento ya que como se mencionaba el tiempo de estancia de la paciente en ocasiones era sólo de unas cuantas horas o como máximo de 5 días y en estas últimas se dificultaba realizar este tipo de mediciones por sus condiciones de salud es decir pacientes post-operadas, deprimidas o en fase paliativa.

El personal de enfermería son quienes permanecen más cercanas de los pacientes y pueden reportar su estado de ánimo así como eran ellas quienes principalmente solicitaban de mi intervención así mismo sus comentarios acerca de la mejoría en el estado de ánimo de las pacientes era mencionado lo mismo que se comentaba cuando una paciente se encontraba renuente a aceptar algún tipo de intervención psicológica. Algunas de las pacientes les pedían a las enfermeras que solicitaran mi intervención

Los resultados que a continuación se presentan se enfocan en el número de pacientes atendidas en consulta externa y en hospitalización de primera vez, y cuantas de estas acudieron a citas subsecuentes así como el número de citas. Estos datos corresponden al período comprendido de marzo de 1999 a Febrero de 2000

Cabe señalar que tanto en hospitalización como en la consulta externa se atendía a muchas pacientes de primera vez quienes permanecían poco tiempo en el hospital y no podía tener citas subsecuentes con ellas o si se realizaban eran muy distanciadas ya que las pacientes asisten cada mes a recibir sus tratamientos o son canalizadas a otros hospitales para recibir tratamientos complementarios como la radioterapia con la cual el hospital no cuenta

**DATOS SOBRE LA 1ª. ROTACIÓN EN EL HOSPITAL DE LA
MUJER
CONSULTA EXTERNA**

Consulta Externa	Número de Pacientes
1ª- vez	42
Subsecuentes	12

Número de Citas Subsecuentes	Número de Pacientes en Citas subsecuentes
2	2
3	3
4	2
5	2
6	2
10	1

En CONSULTA EXTERNA se atendieron a 42 personas de primera vez y de éstas 12 acudieron a consultas subsecuentes, sólo 1 se dio de alta por cumplir con los objetivos terapéuticos establecidos, la mayoría de las pacientes dejaron de asistir

En relación a la paciente que se dio de alta es importante mencionar que se solicitó mi intervención debido a que presentó una crisis de ansiedad (sensación de falta de respiración, sudoraciones, llanto, miedo, aumento en la frecuencia cardíaca y miedo a morir) cuando iba a ser intervenida quirúrgicamente por tener un diagnóstico de miomatosis uterina por lo que la cirugía se suspendió sin embargo ésta tenía que llevarse a cabo dado que la indicación médica era la histerectomía.

La intervención fue durante 3 meses tiempo en el que se le volvió a programar su cirugía, se planteó una intervención de 1 vez a la semana en la consulta externa y los objetivos fueron la disminución de la ansiedad a través del entrenamiento en relajación así como la reestructuración cognitiva acerca de los miedos ante la cirugía. La cirugía se llevó a cabo con éxito y la paciente no presentó nuevamente la crisis de ansiedad que le causaba preocupación tanto a ella como al equipo médico.

PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN

HOSPITALIZACIÓN	NÚMERO DE PACIENTES
1ª Vez	81
Subsecuentes	16

Número de Citas Subsecuentes	Número de Pacientes en Citas Subsecuentes
2	7
3	4
4	3
6	1
8	1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DATOS SOBRE LA 2ª. ROTACIÓN HOSPITAL DE LA MUJER CONSULTA EXTERNA

Durante este periodo se brindaron 53 consultas a 18 pacientes que acudieron a la consulta externa. De estas 18 pacientes 5 llevaron un tratamiento de más de 5 sesiones y el resto solo acudió una vez a consulta

Las edades de las pacientes era dentro de los 28 a los 49 años.

Los principales trastornos que se atendieron fueron los siguientes.

Trastorno Psicológico	Número de pacientes
Trastorno de ansiedad	1
Trastorno Depresivo	2
Trastorno Adaptativo Mixto	6
Episodio Depresivo Leve	4
Trastorno por Estrés Postraumático	1
Reacción Adaptativa	2
Distimia	1
Pb Esquizofrenia	1
Total	18

PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN

En hospitalización se realizaron 117 consultas ya fueran de primera vez o subsecuentes a 82 pacientes. Las consultas eran solicitadas por las enfermeras principalmente o por médicos adscritos o residentes del servicio. Se realizaban técnicas para disminución de la ansiedad, terapia racional emotiva, apoyo psicológico

Las edades de las pacientes eran muy variadas la menor fue de 14 años y la mayor de 85 teniendo una media de 49 años.

TRASTORNO PSICOLÓGICOS	NUMERO DE PACIENTES
Trastorno Adaptativo Mixto	44
Trastorno Adaptativo Depresivo	32
Trastorno Adaptivo Ansioso	17
Reacción de Adaptación	12
Episodio Depresivo Leve	7
Trastorno de Ansiedad	5
TOTAL	117

2.2. Actividades Académicas dentro de la sede

Otras de las actividades realizadas durante este año de residencia y de suma importancia fueron las referentes a las actividades académicas mismas que contribuyeron de manera importante a mi formación como psicóloga en el área de la salud dentro del medio hospitalario. Entre estas tenemos las siguientes:

a) Revisión bibliográfica

Esta se llevaba a cabo con el supervisor académico de parte de la UNAM sobretodo en bibliografía relacionada con temas específicos para la atención de las pacientes dentro del hospital. Como la revisión del libro de Ellis sobre terapia racional emotiva, los instrumentos de evaluación de Beck sobre depresión y ansiedad. La revisión de estos artículos me permitió tener más elementos sobre la teoría que podía utilizar en las intervenciones que realizaba con las pacientes, elementos con los que anteriormente no contaba.

a) Sesión Clínica General

Todos los miércoles se llevaba a cabo la sesión clínica general del hospital durante la cual se revisaban casos clínicos de las distintas áreas y eran presentados por los médicos residentes y posteriormente evaluados por los médicos ginecólogos adscritos. Sólo hubo 2 ocasiones en las que se pidió la opinión por parte de alguna de las residentes de psicología nuestra intervención era mínima. La intervención del área de psicología fue muy poca como se menciona sin embargo abrió la posibilidad de que nuestra opinión también fuera escuchada como parte del tratamiento a una paciente.

b) Clase de Ginecología Psicosomática

La clase también se llevaba a cabo los días miércoles y era impartida por un Doctor de parte del CECOSAME, esta clase era importante dado que se abordaban temas de ginecología pero desde una perspectiva psicológica lo que permitía entender mejor a las pacientes, contar con elementos teóricos acerca de su padecimiento emocional.

COMENTARIOS FINALES SOBRE LA 1ª. Y 2ª. ROTACIÓN EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

La rotación en el Hospital de la Mujer constituyo sin duda uno de los campos de mayor interés para mí, así mismo el trabajo del psicólogo dentro del área de oncología era bien conocido por la rotación de algunos residentes de generaciones anteriores a la nuestra.

Sin embargo, en este sentido aún falta mucho camino por recorrer ya que el trabajo del psicólogo esta relacionado tradicionalmente sólo con la psicoterapia dejando de lado la prevención o la promoción para la salud, mismas que aún cuando en un 2do Nivel de atención son realizados en menor proporción el Hospital no debe olvidarlas

En el servicio de oncología se cuenta con un gran apoyo que es el de las enfermeras quienes conocen bien a la población que se atiende y por lo tanto son un apoyo en el informe del estado de ánimo de las pacientes, aún hay que realizar mayor trabajo para tener mayor comunicación con los médicos del servicio para de esta manera enfocar el tratamiento de la paciente desde una perspectiva multidisciplinaria.

Considero que el hospital de la mujer es una sede que permite la investigación misma que aún no se ha desarrollado ampliamente en el área de la psicología de la salud y menos aún en el de la medicina conductual por lo que una propuesta que yo realice durante mi estancia pero que no pude llevar a cabo debido a algunas limitantes como el tiempo de permanencia de la

pacientes y la falta de supervisión fue la realización de un grupo de auto-apoyo (ver anexo 1).

Sin embargo generaciones posteriores podrían llevarlo a cabo ya que puede ser fuente de una investigación que arroje resultados y la posible publicación de algún artículo en base a la experiencia obtenida de este tipo de trabajo.

Así mismo considero que es de suma importancia contar con una supervisión más estrecha tanto de parte de un supervisor in situ mismo que en este caso no tuve y de un supervisor por parte de la UNAM debido a que es a través de la supervisión que se contribuye a la formación de un psicólogo en preparación en el área de la salud.

Quisiera dar a conocer el apoyo que siempre se recibió por parte del Jefe de enseñanza del Hospital de la Mujer, el Dr. José Luis Batres quien siempre mostró disposición y apoyo para las actividades que realizamos, sin embargo es importante que los convenios por parte de la universidad sean tomando en cuenta las necesidades de los residentes en el área de psicología como son contar con apoyo para fotocopiado de libros, préstamo de libros a domicilio, ser supervisadas por alguien que conozca el hospital y su funcionamiento, tener acceso al servicio de comedor, tener mayor comunicación con los jefes de servicio de cada una de las áreas en las que realicemos alguna intervención

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
2º AÑO DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL
3ª y 4ª. ROTACIÓN

1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

El Instituto nacional de Cancerología es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la secretaría de salud; que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos siendo además un centro de referencia y órgano rector de cáncer en México

Dirige sus acciones a la atención de pacientes no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país y ha sido política institucional, el otorgar servicios con eficiencia, calidad y calidez, con enfoque multidisciplinario en proceso diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Aunado a las funciones asistenciales es centro de enseñanza médica e investigación.

1.1. 1. Historia y ubicación

El Instituto de Cancerología se funda en la época postrevolucionaria como un modesto dispensario médico llamado Dr. Ulises Valdéz ubicado en el 131 de la calle del Chopo. Posteriormente el 25 de noviembre de 1946, bajo el régimen del Presidente General Manuel Ávila Camacho, por Decreto Presidencial, nace el Instituto Nacional de Cancerología, El 30 de diciembre de 1950, el entonces presidente Lic. Miguel Alemán Valdéz, decreta la Ley del Instituto Nacional de Cancerología

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En 1963, el Dr. Enrique Barajas Vallejo fue nombrado Director y, en ese año el Instituto se traslada al que fuera el Pabellón de Oncología del Seguro Social en Niños Héroes 151 en la colonia Doctores.

En 1972, asume la dirección el Dr. José Noriega Limón eminente Radiooncólogo. Durante su dirección se crean las Divisiones de Cirugía, Radioterapia y Medicina Interna. Implementó los programas de enseñanza con reconocimiento universitario de la especialidad de oncología clínica y radioterapia.

En 1980 el Instituto Nacional de Cancerología cambió sus instalaciones al que actualmente ocupa en Av San Fernando No 22, Tlalpan. Durante ese tiempo cobraron importancia la naciente investigación básica y clínica. Desde el punto de vista de equipamiento, el instituto se coloca entre las mejores unidades oncológicas del país ya que cuenta con la bomba de cobalto, acelerador lineal, tomografía axial computarizada, medicina nuclear, laboratorio clínico, etc.

1.1.2. Nivel de atención

El Instituto Nacional de Cancerología es un hospital de tercer nivel como ya se ha mencionado, su especialidad es la atención al paciente con cáncer de cualquier tipo tanto en fase de diagnóstico, curativa o paliativa, aunque cabe destacar que desafortunadamente un gran número de personas acuden al instituto cuando la enfermedad ha avanzado considerablemente y las posibilidades de cura disminuyen.

El sistema de Salud en México tiene 3 niveles de atención que son los siguientes:

1er. Nivel. Centros de salud; es decir, atención primaria la cual se brinda antes de que aparezca algún síntoma o daño y en donde se destaca la prevención y promoción para la salud, dando énfasis a los factores de riesgo para dar atención programada y anticipatoria que promueva la participación de la comunidad en el autocuidado de su salud.

2do. Nivel Hospitales, es decir atención secundaria en la cual se realiza la detección oportuna de la enfermedad y el tratamiento de la misma a través de atención ambulatoria y de hospitalización de pacientes derivados del primer nivel o de población abierta

3er. Nivel. Institutos (especialidades) es decir, atención terciaria la cual consiste en la rehabilitación y tratamiento de la enfermedad. Los pacientes son referidos de otros niveles de atención.

En los institutos es decir el 3er Nivel de atención, se tienen diversos objetivos así como profesionales desempeñando distintos roles que ayuden al paciente al tratamiento y mejoramiento de su enfermedad. En el 3er nivel se realiza una atención individualizada ya que se aborda más desde una perspectiva curativa (que de prevención) sin embargo, el medio hospitalario no debe olvidar los aspectos preventivos así como tampoco el tratamiento grupal.

1.1.3. Servicios de la sede

En relación a los servicios que el instituto ofrece se encuentran los siguientes: *Activo Fijo, Análisis Postmortem, Anatomía Patológica, Anestesiología, Apoyo Respiratorio e Inhaloterapia, Archivo Clínico, Banco de Sangre, Bibliothemeroteca, Biofísica, Braquiterapia, Cabeza y Cuello, Capacitación y Desarrollo, Central de Equipos y Esterilización, Cirugía, Citopatología, Clínica del Dolor y Cuidados paliativos, Consulta Externa, Contabilidad, Difusión y Publicación, Educación para Enfermería y Paramédicos, Endoscopia, Enfermería, Epidemiología, Gastroenterología, Ginecología, Hematología, Hospitalización, Infectología, Ingeniería Biomédica, Intendencia, Laboratorio Clínico, Mantenimiento y Conservación, Medicina Nuclear, Microscopía Electrónica, Neumología, Nutrición, Oncología Médica, Piel y Partes Blandas, Postgrado y Educación Médica Continua, Psicooncología,, Radiodiagnóstico, Recuperación, Teleterapia, Tomografía Computada y Ultrasonido, Trabajo Social, Tumores Mamaros, Tumores Óseos, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Transplante de Médula Osea, Urología*

1.2. UBICACIÓN DENTRO DE LA SEDE

El segundo año de residencia lo realice en el Instituto Nacional de Cancerología principalmente en dos servicios: Psicooncología y Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. En cada uno de ellos rote durante 6 meses y las características y actividades de cada uno de ellos se describen a continuación

1.2.1. Servicio De Psicooncología

El servicio de psicooncología brinda atención a toda población del instituto que sea canalizada por médicos de otros servicios quienes consideren que el paciente se verá beneficiado de la atención psicológica y/o psiquiátrica debido a trastornos en el estado de ánimo. La atención se da tanto en consulta externa como en hospitalización.

El objetivo de dar atención a los pacientes en consulta externa y en hospitalización canalizadas por el médico tratante es el de ayudar al paciente a enfrentar los conflictos emocionales que tiene cuando enferma así como favorecer la aceptación de su enfermedad y por lo tanto la adherencia a su tratamiento.

1.2.2. Recursos Humanos

En este servicio se cuenta con los siguientes recursos humanos:

Un jefe de servicio (psiquiatra), 1 psiquiatra, 1 psicólogo especializado en el área de psicooncología. El servicio además cuenta con prestadores de servicio social, residentes de psiquiatría tanto del Instituto Mexicano de Psiquiatría así como del Hospital Fray Bernardino Alvarez y durante esta ocasión residentes de Medicina Conductual siendo mi generación la primera en rotar por el instituto y por este servicio.

1.2.3. Líneas de Autoridad

El jefe de servicio era la autoridad dentro del área de psicooncología sin embargo mi mayor cercanía fue con la psiquiatra del servicio quien guió mi trabajo dentro de la institución debido a que me permitía atender pacientes de primera vez con ella así como dar atención a los pacientes hospitalizados.

1.2.4. Supervisor in situ

Durante esta rotación no conté con el apoyo del supervisor in situ, y el supervisor asignado por la UNAM nunca asistió a realizar actividades de supervisión sin embargo contaba con el apoyo de la Doctora del servicio, del jefe de servicio así como del psicólogo especialista quienes siempre se mantuvieron en disposición de aclarar cualquier duda así como de contribuir a mi formación dentro de la atención del paciente con cáncer. Así como con el apoyo de mi supervisor académico con quien tenía reuniones 1 vez por semana.

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

PROGRAMA OPERATIVO 3ª ROTACIÓN SERVICIO DE PSICOONCOLOGÍA

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7 a 8	Clase de oncología	Clase de oncología	Clase de oncología	Clase de oncología	Clase de oncología
8:30 a 9:00	Pase de visita	Pase de visita	Sesión clínica general	Sesión clínica psicooncología	Revisión de casos clínicos INCAN
9:00 a 10:00	Atención a pacientes hospitalizados	Atención a pacientes de consulta externa	Asistencia al Servicio de foniatría	Atención a pacientes de consulta externa	Asistencia al servicio de radioterapia
10:00 a 11:00	Asistencia al servicio de clínica de ostomias	Atención a pacientes de consulta externa	Asistencia al servicio de cabeza y cuello (consulta)	Atención a pacientes de consulta externa	(consulta externa de radioterapia)
11:00 a 12:00	Servicio de clínica de ostomias (hospitalización)	Atención a pacientes de consulta externa	Asistencia al servicio de cabeza y cuello (consulta)	Del servicio de Psicooncología	Asistencia al servicio de radioterapia
12:00 a 1:00	Servicio de Clínica de ostomias (hospitalización)	Atención a pacientes de consulta externa	Asistencia al servicio de cabeza y cuello (hospitalización)	Atención a pacientes de consulta externa	Asistencia al servicio de radioterapia
1:00 a 2:00	Servicio de clínica de ostomias	Atención a pacientes de consulta externa	Asistencia al servicio de cabeza y cuello (hospitalización)	Del servicio de psicooncología	Asistencia al servicio de radioterapia
2:00 a 3:00	Realización de notas de evolución	Revisión bibliográfica		Revisión casos clínicos psicooncología	Revisión bibliográfica

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Como ya se ha mencionado anteriormente mi generación fue la primera en rotar por el instituto y yo en ser la primera en rotar en el área de psicooncología por lo que no existía ningún antecedente respecto al trabajo del psicólogo especialista en medicina conductual. A mi llegada ya se encontraban realizando servicio social dos chicas estudiantes de psicología, también estuvieron dos residentes del área de psiquiatría por lo que el trabajo se dividió entre los 3 adscritos del servicio debido a que teníamos que trabajar bajo supervisión; yo fui asignada con la médico psiquiatra del servicio.

Las actividades principales eran la atención a pacientes tanto en consulta externa como en hospitalización. Eran sus médicos tratantes quienes solicitaban el servicio a través de una hoja de interconsulta.

La consulta fue cubierta de acuerdo a los espacios que se nos designara debido a que solo se podía atender a pacientes que fueran de primera vez, a aquellos pacientes que tenían citas subsecuentes no se les podía atender a fin de no romper el encuadre que ya tenían establecido en sesiones anteriores y respetar la intimidad del paciente.

Los motivos de consulta eran diversos, depresión, ansiedad, trastornos ansioso-depresivos, reacciones de adaptación. Los pacientes solicitaban cita por recomendación de su médico tratante.

Se realizaba una cita de primera vez con los pacientes donde se aplicaba la entrevista como método para conocer la problemática del paciente.

en ésta se establecía el encuadre, los objetivos terapéuticos y las técnicas para llevarlos a cabo, se hacía una nota en el expediente del paciente dando un resumen de los principales puntos que se habían abordado durante la entrevista, la impresión diagnóstica, los objetivos terapéuticos y las técnicas para llevarlos a cabo y aquellas personas que no podían ser atendidas porque necesitaban otro tipo de intervención se les canalizaba a otras instancias. Se realizaban citas subsecuentes, con los pacientes a fin de llevar un seguimiento y cumplir con los objetivos establecidos

Otra de las actividades fue la atención a pacientes hospitalizadas, las solicitudes eran hechas a través de formato de interconsulta al servicio de psicooncología y así como en la consulta externa eran supervisadas por los médicos y psicólogos adscritos del servicio.

La interconsulta se realizaba junto con el psicólogo o psiquiatra del servicio de psicooncología; durante la entrevista se podían realizar intervenciones y posteriormente poner la nota de primera vez o de evolución según fuera el caso. La técnica fue a través de la entrevista por medio de la cual se detectaban los conflictos de la paciente y se utilizaban técnicas cognitivo-conductuales como son: el entrenamiento en relajación ya fuera individual o grupal, imaginación, manejo del dolor, Terapia Racional Emotiva. La aplicación de cada una de estas técnicas era valorada según los problemas que la paciente presentará

Las siguientes son las diferentes actividades desempeñadas en el servicio de psicooncología durante mi rotación

- Manejo de ansiedad y estrés a través de técnicas de relajación con pacientes en etapa pre-operatoria o próximos a que se les realizarán tratamientos como (el trasplante de médula osea); trabajo con las ideas irracionales de muerte y temor a la cirugía.
- Intervención en crisis a pacientes a quienes se les diagnostica que el cáncer que tienen no se encuentra en etapa curativa y el tratamiento será paliativo
- Intervención terapéutica a pacientes post-operadas de mastectomía e hysterectomía, así como pacientes laringectomizados, o colostomizados o con ileostomía. Los pacientes que pasan por una cirugía, generalmente se deprimen, por lo que el apoyo se enfoca principalmente en la aceptación de parte de los paciente de las mutilaciones de su cuerpo
- Debido a los efectos colaterales del tratamiento y al costo del mismo, algunos pacientes pueden abandonarlo por lo que se brindó apoyo para favorecer la adherencia al tratamiento
- La familia del paciente con cáncer sufre un cambio y una desestructuración cuando conoce el diagnóstico y pronóstico de su paciente por ello también se abordó el apoyo emocional a familiares, destacando la importancia de su apoyo al paciente y de no sobreprotegerlo

Dentro del programa operativo, del servicio de psicooncología se tenía contemplada la realización de rotaciones durante 1 mes cada una en los siguientes servicios: Cabeza y Cuello, Rehabilitación en foniatría, Clínica de Ostomias y Consulta de radioterapia. El objetivo de la rotación por estos servicios era el de dar a conocer el trabajo del psicólogo en el área médica y realizar intervención en crisis en aquellos casos que se requiriera; así como canalizarlos al servicio de psicooncología para realizar un seguimiento posterior y brindar un tratamiento establecido.

2.1. Programas de intervención

Es importante señalar que la mayor participación de mi parte en el área de psicooncología fue en la atención directa de pacientes ya fuera de consulta externa o de hospitalización quienes solicitaban apoyo debido a los trastornos que presentaban en su estado de ánimo.

Ante una enfermedad como lo es el cáncer y debido al proceso de la enfermedad, el paciente se deprime o su ansiedad aumenta es por ello que es de suma importancia que el psicólogo brinde apoyo terapéutico que ayude al paciente a una mejor respuesta a sus tratamientos sin embargo, no sólo es el psicólogo el único profesional que da atención al paciente pues éste debe ser abordado desde una perspectiva integral y multidisciplinaria es decir, desde lo biológico, lo psicológico y lo social. En ese sentido el psicólogo tiene como tarea mantener una relación y comunicación con el resto de los profesionales.

Cuando la enfermedad ha aparecido el papel del psicólogo es otro, no menos importante que el anterior destacando el apoyo al paciente en la fase de pre-diagnóstico; en la etapa de tratamiento, la atención del paciente se centra

en los efectos de las medidas terapéuticas (que suelen ser muy aversivas) donde el papel del psicólogo va encaminado a favorecer la adherencia terapéutica al tratamiento.

Si el tratamiento tiene éxito el paciente deberá enfrentar sus nuevas condiciones por lo que será necesario que pase por una etapa de rehabilitación, que ayude a la persona a interactuar con su medio y a realizar sus actividades cotidianas.

Es por ello, que la persona que tiene cáncer atraviesa por situaciones difíciles durante los períodos de diagnóstico y tratamiento lo cual suele provocar un gran impacto emocional e incluso problemas psicológicos y sociales como son la depresión, ansiedad, estrés, o ruptura de sus estilos de vida cotidianos.

Es así que la atención a pacientes de forma individual ofrece al paciente una vía para la solución de sus conflictos y la aceptación de la enfermedad que padece. Se ha observado que los pacientes que se encuentran en un proceso terapéutico tienen un mejor afrontamiento de su enfermedad.

La estancia del paciente en el hospital puede engendrar y sostener pautas de conflicto, confusión y estrés, por lo que dentro de los hospitales hay diversos profesionales con la finalidad de ayudar al paciente a mejorar su estado de salud uno de esos profesionales es el psicólogo que puede realizar su intervención desde una perspectiva grupal o individual.

Ante los acontecimientos no programados, como la enfermedad y la hospitalización, los cuales constituyen acontecimientos estresantes, según Rachman y Phillips (1975) señalan 5 respuestas características del paciente hospitalizado:

1. Ansiedad o miedo
2. Incremento de la irritabilidad
3. Pérdida de interés por el medio exterior
4. Infelicidad
5. Preocupación por los procesos corporales

El paciente pasa por diversas etapas durante las cuales necesita apoyo tanto de la familia como del personal de salud que lo atiende; la fase de prediagnóstico se caracteriza por la preocupación por los síntomas y las conductas de retraso hasta que la persona se somete a la exploración. En la fase de diagnóstico, la incertidumbre, el sometimiento a diversas pruebas y la espera de los resultados, son las características más comunes. En la etapa de tratamiento el paciente se centra en los efectos de las medidas terapéuticas (que pueden ser muy aversivos). Si el tratamiento tiene éxito, el individuo ha de volver a interactuar con su medio y a realizar sus actividades cotidianas; aquí predominan los problemas de adaptación a las nuevas condiciones, resultando necesario para muchos pacientes pasar por una etapa de rehabilitación.

De esta forma la valoración psicológica del paciente que padece cáncer es muy importante así como lo es el tratamiento de las quejas que se derivan de las terapéuticas médicas. Las náuseas y vómitos producidos por la quimioterapia, el dolor, o la aceptación del esquema corporal después de una amputación quirúrgica (por ejemplo la mastectomía, laringectomía,

histerectomía) son algunos de los problemas que presentan los pacientes y que son susceptibles de intervención psicológica.

Una de las técnicas para abordar estos conflictos en la atención individualizada de los pacientes es a través de la terapia racional emotiva la cual tiene como su principal exponente a Albert Ellis (1955). Esta teoría mantiene que las personas directamente no reaccionan emocional o conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su vida; más bien las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan. Otro aspecto importante es una perspectiva de las creencias irracionales básicas que constituyen la mayor parte de los casos de perturbación emocional.

2.1.2. Objetivo

Brindar atención psicológica a pacientes tanto de la consulta externa como hospitalizados con diagnóstico de cáncer que acudieran al instituto nacional de cancerología y que padecieran algún trastorno emocional a consecuencia de la enfermedad.

2.1.3. Método

La utilización de las técnicas para dar atención a los padecimientos de las personas que nos eran canalizadas estaban centradas en técnicas cognitivo-conductuales debido al reconocimiento que se ha hecho sobre su utilidad en este tipo de trastornos. La atención era individualizada ya que en el tercer nivel se aborda más desde una perspectiva curativa (que de prevención)

sin embargo, el medio hospitalario no debe olvidar los aspectos preventivos así como tampoco el tratamiento grupal.

También fueron utilizadas técnicas como la entrevista y el apoyo psicológico a través de la terapia racional emotiva sobretodo en pacientes con largas estancias en el hospital.

Los diagnósticos se hacían en base a una entrevista a profundidad con el paciente, además bajo la supervisión de algún integrante del equipo de psicooncología quienes siguieron de cerca nuestra formación durante la rotación.

2.1.4. Resultados

En la consulta externa se atendió a 60 pacientes y a 43 en el área de hospitalización todos fueron atendidos junto con los psicólogos o psiquiatras del servicio. Los principales diagnósticos que se encontraron fueron los siguientes:

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS PSICOLÓGICOS ENCONTRADOS EN CONSULTA EXTERNA	PORCENTAJE
Trastorno Adaptativo Mixto	75 %
Trastorno Adaptativo Depresivo	12 %
Reacción de Adaptación	8 %
Distimia	3 %
Síndrome Orgánico Cerebral	2 %
TOTAL	100 %

En relación a la intervención con pacientes hospitalizados considero que se obtuvieron buenos resultados, debido a que se tenía una supervisión directa de parte de los integrantes del servicio de psicooncología quienes compartieron su experiencia en la atención a este tipo de pacientes. Se realizaba la intervención con una entrevista presentándose ante el paciente y preguntándole si conocía el motivo por el cual se había solicitado una interconsulta al servicio de psicooncología, cual era su estado de ánimo en ese momento y se abordaban las principales preocupaciones del pacientes se realizaba la nota en el expediente plasmando estado de ánimo, diagnóstico y plan de tratamiento. Posteriormente se realizaban visitas subsecuentes durante su estancia en el hospital, una vez que se daba de alta se daban citas a la consulta externa para continuar su tratamiento. En ocasiones la intervención también era para los familiares quienes presentaban altos niveles de estrés sobre todo cuando sus familiares estaban delicados de salud o en etapa terminal

Así mismo el hecho de que algunos pacientes permanecieron por un tiempo largo hospitalizados favorecía el hecho de brindar un seguimiento a su evolución.

Durante el tiempo de atención a pacientes hospitalizados no se realizó ninguna aplicación de algún instrumento, lo que en muchas ocasiones resultaba una limitante debido a la condición física de los pacientes quienes en ocasiones no tenían la energía para llevarlas a cabo

Tampoco se realizó ningún tipo de evaluación de la atención brindada sin embargo si se tenía reporte de la mejoría de los pacientes a través de los comentarios de su médico tratante con quien se mantenía comunicación estrecha acerca de la evolución del paciente y del mismo paciente quien además acudía de forma subsecuente a sus citas

2.2. Actividades académicas de la sede

Otras actividades que se llevaron a cabo aún cuando no estaban contempladas dentro del programa de residencia y resultaron de gran apoyo para mi formación y me dieron la posibilidad de entender al paciente con cáncer y conocer un poco más acerca de la enfermedad fueron las siguientes:

- Asistir a clases durante los 6 meses de la rotación junto con los médicos residentes; estas clases eran de oncología donde se abordaban etiología, tratamiento, pronóstico, estudios de cada uno de los cánceres. Así mismo se realizó examen de estas clases junto con los residentes de especialidades en oncología.
- Asistí a las sesiones clínicas generales del hospital las cuales se llevaban a cabo los días miércoles, durante las cuales se abordaban temas de interés sobre oncología. Esto me permitía conocer más acerca de la enfermedad, de los tratamientos y de los síntomas que presentaban lo que me ayudó a entender al paciente en relación a las molestias que presentaba dependiendo del tipo de cáncer que tenía.
- Asistía a las sesiones de caso clínico los días viernes, durante todo el año de estancia en el instituto. Los casos clínicos eran abordados solo desde el punto de vista médico casi nunca se abordaba la parte psicológica, el aprendizaje estaba en los distintos abordajes médicos dependiendo de la especialidad y de cual hubiera sido el mejor tratamiento para ese paciente.
- En el servicio de psicooncología se llevaban a cabo los días jueves revisiones bibliográficas de temas establecidos en el programa de psicooncología; se revisaban artículos relacionados con la psicología del paciente con cáncer. En el servicio se tiene un programa ya planeado para

ser revisado por los rotantes en ese servicio. Los temas se dividieron entre las personas que rotábamos por el servicio es decir las prestadoras de servicio social, los médicos residentes de psiquiatría y los residentes de medicina conductual. Se exponían los puntos principales del artículo y posteriormente se realizaban comentarios.

2.3. Otras actividades profesionales no programadas

Como parte del trabajo en la materia de medición y evaluación, durante este semestre se llevó a cabo el piloteo de un instrumento de evaluación para depresión en el paciente oncológico, mismo que se pudo llevar a cabo gracias al apoyo de los diferentes servicios. Se obtuvieron resultados positivos y quedo pendiente la fase de validación. (VER ANEXO 2)

Es importante no dejar de lado la experiencia que el psicólogo adquiere durante su intervención cotidiana la cual puede ayudar al desarrollo de instrumentos de evaluación, así mismo a la realización de programas de atención, manejo y tratamiento de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Otro aspecto importante es la investigación es decir, la recopilación sistemática de la información del trabajo de tal forma que pueda ser procesada y analizada mediante protocolos de investigación en desarrollo o en proceso de ser desarrollada.

2.4. Asistencia a eventos académicos

- Se asistió y participo en la organización del IV curso de psicooncología realizado por el servicio y por el instituto llevado a cabo en el auditorio de éste
- Se asistió al curso "La psique del paciente con cáncer" llevado a cabo en el Hospital General de México

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Comentarios Finales Sobre el Servicio de Psicooncología

Desde mi punto de vista se obtuvieron resultados importantes durante esta rotación, considero que el hecho de haber sido la primera generación de medicina conductual que rotara en el instituto marco el inicio de dar a conocer el trabajo de la especialidad y el objetivo de la intervención dentro de la institución hospitalaria.

Así mismo considero que cada una de estas actividades contribuyeron a mi formación dentro del programa de residencia en el área de la salud. El aprendizaje fue amplio debido a que se pudo tener una supervisión directa de parte de los integrantes del servicio de psicooncología, así mismo el hecho de haber asistido a las clases de oncología me permitió conocer acerca de la enfermedad en un amplio sentido y así entender mejor a los pacientes.

Cabe señalar que el trabajo con los profesionales de área médica en el hospital fue difícil debido a que el trabajo del psicólogo en el área de la salud es poco conocido y en ocasiones poco tomado en cuenta sin embargo no debemos olvidar que el trabajo en hospitalización y en consulta externa requiere generalmente de la participación del grupo interdisciplinario por lo que es un compromiso seguir abriendo camino en este tipo de instituciones y dando a conocer la importancia del trabajo en equipo y de la aportación que el psicólogo puede hacer en este campo.

Creo que es de gran importancia que la supervisión de parte de la universidad se lleve a cabo de manera más estrecha a fin de apoyarnos en su experiencia, debido a que durante la rotación no fue así

El Instituto Nacional de Cancerología es una sede que definitivamente contribuye a nuestra formación por lo que considero que se debe dar un seguimiento y estar pendientes para mantener la sede y poco a poco dar a conocer el trabajo del psicólogo dentro de la institución.

Para mi la experiencia resulto realmente enriquecedora y considero que el aprendizaje obtenido durante esta rotación podrá ser de beneficio en futuras intervenciones que lleve a cabo

SERVICIO DE CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS (4ª. ROTACIÓN)

El segundo servicio en el cual rote durante los otros 6 meses (correspondientes a septiembre de 2000 a febrero de 2001) de estancia en el Instituto Nacional de Cancerología fue el de Clínica del Dolor y Cuidados paliativos el cual tiene las siguientes características

Recursos Humanos

Los **recursos humanos** del servicio de clínica del dolor son los siguientes:

Un jefe de servicio, 4 enfermeras (2 en consulta externa y 2 en hospitalización) 3 médicos especialistas adscritos al servicio, 4 médicos residentes, 1 trabajadora social y un residente de psicología así como residentes de otras especialidades como anestesia, también cuenta con apoyo administrativo de 2 secretarías.

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE

El servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos brinda atención a toda población del instituto que sea canalizada por otros servicios con la finalidad de dar tratamiento al dolor de una manera integral. La atención proporciona tanto en consulta externa como en hospitalización y en visitas domiciliarias

El objetivo del servicio también es el de ofrecer al paciente una alternativa no sólo en el manejo del dolor sino ante la falta de posibilidades curativas en otros servicios abarcando la calidad de vida del paciente, su capacidad de vivir en familia y sociedad

En el manejo del dolor además de la vía farmacológica como colocación de catéteres para suministro de medicamentos, infusión de opioides, esta el intervencionismo es decir el manejo quirúrgico, así mismo terapias no médicas como los ejercicios de relajación.

**PROGRAMA OPERATIVO
CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00 a 8:00	Clase clínica del dolor	Clase clínica del dolor	Clase clínica del dolor	Clase clínica del dolor	Clase de oncología
8:00 a 9:00	Pase de visita equipo clínica del dolor	Consulta externa	Atención urgencias	Consulta externa	Sesión clínica casos de oncología
9:00 a 9:30	Pase de visita Equipo clínica del dolor	Consulta externa	Clase clínica del dolor	Consulta externa	Pase de visita equipo clínica del dolor
9:30 a 10:00	Atención pacientes hospitalizados	Consulta externa	Clase clínica del dolor	Consulta externa	Pases de visita equipo clínica del dolor
10:00 a 11:00	Atención Pacientes hospitalizados	Consulta externa	Revisión de casos clínicos de clínica del dolor	Consulta externa	Atención pacientes hospitalizados
11:00 a 12:00	Atención pacientes hospitalizados	Consulta externa	Revisión de casos Clínicos de clínica del dolor	Consulta Externa	Atención pacientes hospitalizados
12:00 a 1:00	Atención a pacientes hospitalizados	Consulta externa	Revisión de artículos de clínica del dolor	Consulta externa	Atención pacientes hospitalizados
1:00 a 2:00	Atención a pacintes hospitalizados	Revisión bibliográfica	Revisión de artículos de clínica del dolor	Visitas domiciliarias	Elaboración de notas clínicas
2:00 a 3:00	Elaboración de notas clínicas	Revisión bibliográfica	Atención urgencias C.E y Hospitalización	Visitas domiciliarias	Búsqueda de artículos

Los programas y actividades desarrollados durante mi estancia en el hospital y en especial en el área de clínica del dolor y cuidados paliativos fueron amplias como se puede observar en el programa operativo.

Una de las actividades fue la atención a pacientes hospitalizados, las interconsultas se realizaban a solicitud de los médicos tratantes o de las enfermeras del servicio así mismo las llevaba a cabo de acuerdo a las detecciones encontradas una vez que se realizaba el pase de visita con los médicos del servicio. El pase de visita era los días lunes y viernes se detectaban pacientes y se les daba seguimiento durante la semana dependiendo del tiempo de estancia en hospitalización

En relación al tratamiento del dolor por cáncer se observó que esta situación merece prioridad por varias razones, una de ellas es que el dolor no tratado causa sufrimiento innecesario. Dado que el dolor disminuye la actividad, el apetito y el sueño, puede debilitar aun más el estado general del paciente.

Además el impacto psicológico puede ser devastador. El dolor crónico puede inducir a los pacientes a rechazar programas de tratamiento activo y cuando el dolor es más severo o los pacientes están deprimidos, puede inducirlos al suicidio. Aliviar el sufrimiento, el control del dolor es importante, incluso cuando el proceso de la enfermedad subyacente es estable, ya que el dolor no controlado impide trabajar productivamente, disfrutar de la recreación o desempeñarse familiar y socialmente

El dolor puede aumentar el sufrimiento del individuo empeorando la sensación de abandono, impotencia, ansiedad y depresión. Por lo anterior es

importante atender el problema desde una perspectiva multidisciplinaria a fin de brindarle lo mejor al paciente

Respecto al área psicológica los pacientes se benefician de la psicoterapia de corta duración o intervenciones cognitivo-conductuales. La psicoterapia de corta duración basada en un modelo de intervención en crisis, puede dar soporte emocional, continuidad e información, mientras le ayuda al paciente a adaptarse a la crisis.

Por lo anterior y aunado a la demanda es que se dio mayor énfasis a la atención del paciente durante la hospitalización

Se le brindaba atención a pacientes ya fuera en citas programadas o en muchas ocasiones por intervención en crisis que eran canalizadas por los médicos o por las enfermeras del servicio quienes detectaban problemas emocionales en los pacientes.

Los motivos de consulta eran diversos, depresión, ansiedad, trastornos ansioso-depresivos, reacciones de adaptación

La interconsulta se realizaba como ya se ha mencionado después de pasar visita de acuerdo a las necesidades detectadas y a solicitud de los médicos tratantes; durante la entrevista se podían realizar intervenciones y posteriormente poner la nota de primera vez o de evolución según fuera el caso. La técnica fue a través de la entrevista por medio de la cual se detectaban los conflictos de la paciente y se utilizaban técnicas cognitivo-

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

conductuales como son: el entrenamiento en relajación ya fuera individual o grupal, imaginaria, manejo del dolor, y Terapia racional emotiva. La aplicación de cada una de estas técnicas era valorada según los problemas que la paciente presentará.

En relación a la intervención en la consulta externa, se abordaba desde una perspectiva muy similar al área de psicooncología, se realizaba una cita de primera vez con los pacientes donde se aplicaba la entrevista como método para conocer la problemática del paciente en ésta se establecía el encuadre, los objetivos terapéuticos y las técnicas para llevarlos a cabo, se hacía una nota en el expediente del paciente dando un resumen de los principales puntos que se habían abordado durante la entrevista, la impresión diagnóstica, los objetivos terapéuticos y las técnicas para llevarlos a cabo y aquellas personas que no podían ser atendidas porque necesitaban otro tipo de intervención se les canalizaba a otras instancias o se solicitaba apoyo al servicio de psicooncología. Se realizaban citas subsecuentes, con los pacientes a fin de llevar un seguimiento y cumplir con los objetivos establecidos.

Las siguientes son las diferentes actividades que se desempeñaron en el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos.

- Manejo de ansiedad y estrés a través de técnicas de relajación y visualización
- Intervención en crisis a pacientes a quienes se les diagnostica que el cáncer que tienen no se encuentra en etapa curativa y el tratamiento será paliativo

- Se brindó apoyo a pacientes tanto en etapa de diagnóstico como en etapa terminal, se trabajo con técnicas de terapia racional emotiva y se citaba a los familiares a consultas posteriores.
- La familia del paciente con cáncer sufre un cambio y una desestructuración cuando conoce el diagnóstico y pronóstico de su paciente por ello también se abordó el apoyo emocional a familiares, destacando la importancia de su apoyo al paciente
- Otra de las actividades realizadas y que anteriormente desconocía fueron las visitas domiciliarias con el resto del equipo (médico, trabajadora social, enfermera, tanatóloga y psicóloga). Generalmente se visitaban a 2 pacientes en etapa terminal, se resolvían dudas en cuanto al manejo médico y se abordaban aspectos psicológicos de la enfermedad y se brindaba apoyo a los familiares quienes generalmente se encontraban angustiados ante la cercanía de la muerte de su familiar

ACOMPANAMIENTO EN ETAPA TERMINAL

Debido a que el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos generalmente se enfoca a la atención de pacientes en fase paliativa, el trabajo en relación al acompañamiento a personas en etapa terminal fue amplio. Así mismo con los familiares quienes presentan miedos, resentimientos, enojos, sentimientos de culpa, mismos que hay que canalizar hacia la atención del paciente y la despedida de su familiar. Es un trabajo difícil pero sumamente enriquecedor por las implicaciones que tiene. A todo proceso de muerte, de casi todo ser humano le prosigue en sus amigos y parientes, la sensación, los

sentimientos, el stress y la angustia del dolor por la pérdida del ser amado, lo mismo ocurre en procesos de enfermedades prolongadas que afecte a los seres amados por nosotros.

RESULTADOS

Se dio atención a 50 pacientes en la consulta externa, los principales motivos de consulta fueron:

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS PSICOLÓGICOS ENCONTRADOS EN CONSULTA EXTERNA
Temor al dolor
Miedo a la muerte
Depresión
Ansiedad
Problemas de afrontamiento

Dar una evaluación de los resultados , resulta difícil las condiciones de los pacientes no me permitieron realizar cuestionarios, sobretodo porque el dolor es uno de los síntomas más frecuentes en el paciente con cáncer mismo que requiere de ser resuelto de manera inmediata y que en ocasiones no permite llevar a cabo cuestionarios de evaluación.

En relación a los pacientes hospitalizados se tuvieron resultados importantes en la atención a pacientes hospitalizados, se atendió una población muy amplia de 150 personas durante los 6 meses, la demanda de

atención era amplia. La solicitud era por parte de los médicos residentes y por parte del jefe de servicio y los demás médicos adscritos al realizar el pase de visita. Se realizaba una entrevista, se ponía una nota en el expediente, se realizaban técnicas de relajación para disminución de ansiedad, intervención en crisis, apoyo psicológico después de la cirugía. Posteriormente se les citaba a la consulta externa.

Así mismo el hecho de que algunos pacientes permanecieran hospitalizados durante un tiempo prolongado favorecía la posibilidad de brindar un seguimiento a su evolución.

Actividades Académicas dentro de la Sede

- El servicio tiene un convenio con el Instituto Nacional de Nutrición con quienes se realizan actividades académicas conjuntas, realizando un programa académico común para ambas sedes. Durante este semestre se tomaron clases con el resto de los médicos residentes sobre dolor, lo cual fue de beneficio ya que eso permitía conocer un poco más acerca de la enfermedad.
- Los días miércoles era día académico y mi participación era la presentación de casos clínicos con los residentes de clínica del dolor, lo cual era una manera muy importante de dar a conocer el trabajo que realiza un psicólogo y la importancia de un abordaje emocional desde la perspectiva conductual en este tipo de pacientes.

- Se realizaba una amplia revisión bibliográfica respecto a temas relacionados con el dolor y aspectos emocionales mismos que eran discutidos en las sesiones de los miércoles que estaban destinadas para llevar a cabo un día académico

Asistencia a eventos académicos

- Se asistió al congreso de clínica del dolor y cuidados paliativos en la ciudad de Huatulco, Oaxaca
- Se asistió al curso-taller "Reflexiones sobre el enfermo terminal y la muerte que se llevó a cabo en septiembre de 2000 en la Ciudad de Acapulco Guerrero.

EVALUACIÓN FINAL



En cuanto a los programas desarrollados en cada una de las sedes considero que cada intervención fue un antecedente del papel que el psicólogo juega dentro del medio hospitalario y de la importancia de resaltar y dar a conocer el apoyo que podemos brindar en pacientes que padecen una enfermedad. El papel del psicólogo ha estado tradicionalmente ligado a la psicoterapia y si bien es de suma importancia; ahora el trabajo va mucho más allá dado que el psicólogo a través de técnicas cognitivo-conductuales puede apoyar el tratamiento médico de un paciente

En cada una de las sedes se realizó una propuesta en base a las necesidades de cada servicio así como de poder poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la maestría por lo que considero que de alguna manera se logró integrar los conocimientos teórico con la práctica hospitalaria.

También es importante señalar que para que estos programas tengan éxito se hace necesario del apoyo de un supervisor in situ debido a que no debemos olvidar que quienes estamos en esas rotaciones somos psicólogos en formación ahora específicamente en la modificación de conducta.

En mi caso no pude contar con ese apoyo a pesar de la importancia y relevancia del trabajo de supervisión sin embargo, tuve la oportunidad de contar con un excelente supervisor académico quien siempre estuvo dispuesto a brindar apoyo cuando así lo requerí a fin de obtener un mayor aprendizaje y enriquecimiento.

Una vez terminada esta formación de la maestría con la enriquecedora práctica que resultó la residencia considero que ahora cuento con mayores elementos para dar atención a pacientes que tienen una enfermedad física y requieren apoyo en el área emocional.

**TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN**

COMENTARIOS FINALES SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES

Realizar un comentario final requiere de reflexionar acerca de todas las implicaciones de un programa de trabajo. En relación al programa académico de la UNAM hay mucho que decir y los comentarios aquí expuestos pudieran ser una reflexión para aquellos implicados directamente en la operación de este programa y en la ejecución del mismo a fin de mejorarlo con base a la experiencia de la 1ª. Generación en medicina conductual

Los avatares fueron múltiples por la falta de organización siempre evidente y considero que por ser una generación de iniciación nos tocaron las complicaciones de la inexperiencia al iniciar un programa nuevo.

Es importante señalar que en todos los programas de posgrado se debe tomar en cuenta tanto la parte teórica como la práctica resaltando sobretodo que una es complemento de la otra y viceversa. Especialmente en este programa se dio un peso importante a la parte práctica por el número de horas que se dedica a la residencia, lo cual lo hace ampliamente atractivo por la formación que implica y la riqueza obtenida del trabajo directo con los pacientes.

Sin embargo, hubo una gran distancia entre la parte teórica brindada por la universidad y la práctica obtenida en los campos de acción; muchas de las demandas o solicitudes por parte de los médicos que se nos hacen a los

psicólogos en el área de la salud están enfocadas a la atención directa así como a la investigación es por ello que considero que las materias deberían estar enfocadas a la atención de los pacientes desde las diversas técnicas que se ha demostrado han sido de utilidad en el área de la salud y que podrían ayudarnos a mostrar de una manera más precisa el trabajo del psicólogo en el área de la salud con los otros profesionales del área médica.

Otro punto importante para el buen desempeño de un psicólogo en formación es la supervisión de parte de personas con experiencia en el área misma que fue muy esporádica a pesar de la importancia y la necesidad de cubrir un trabajo tan importante como este. Es necesario realizar convenios con personas capaces en el área de cada una de las sedes que sean una guía dentro de los campos de trabajo ya que se necesita una persona a la que se pueda consultar de manera inmediata y que con su experiencia nos apoyen a brindar una mejor atención a quienes aún estamos en formación.

El trabajo del psicólogo en el campo de la salud aún es nuevo, y muchos de los profesionales en el área de la salud no creen en él por lo que el camino aún es difícil es por ello que se requiere de una persona con experiencia que nos guíe en el acercamiento con el resto de los profesionales y en el conocimiento de nuestra parte hacia ellos de cómo nuestras intervenciones son una herramienta más de intervención y apoyo para el paciente que atraviesa por momentos altamente difíciles como lo son la enfermedad y la muerte así como destacar la importancia del trabajo multidisciplinario ante una problemática tan compleja como lo es la enfermedad

A pesar de las dificultades para llevar a cabo el programa de trabajo puedo asegurar que cada una de las rotaciones que realice fueron altamente beneficiosas y contribuyeron a mi aprendizaje práctico en el área de la salud y serán una base para mi ejercicio profesional en el futuro. Se que aún falta camino por recorrer y sobretodo en el área de la investigación es por ello que se necesita de un apoyo académico constante y comprometido con los proyectos de trabajo.

Quisiera aprovechar este espacio de reflexión para realizar un reconocimiento a mi tutor académico asignado por la universidad el Dr. Samuel Jurado Cardenas quien siempre mostró interés en el trabajo y un apoyo constante para llevar a cabo mi intervención dentro de cada una de las sedes durante los 3 años de residencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albino, J.E. (1983) : "Health Psychology and primary prevention: Natural allies". Nueva York, Pergamon Press.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV. Washington: American Psychiatric Association.

Bary D. Bultz. Et al. (2000) Psycho-Oncology. Nueva York

Bloom, B.I. (1988). Psicología de la salud. Una perspectiva psicosocial. España, Ed. Prentice Hall.

Buela- Casal, G., Caballo, V.E. (1991) Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid Ed. S.XXI

Caballo, Vicente. (1991) Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de conducta. México- España, Ed. S XXI

Cautela, J.R. y Groden, J.L (1985): Técnicas de relajación: manual práctico para adultos, niños y educación especial. Barcelona, Ed. Martínez Roca.

Guía Clínica Práctica No 9 Manejo del dolor por cáncer. U.S. Department of health and human services 207 pág

Ellis Albert. (1955) Reason and Emotion in Psychotherapy . Nueva York, Lili Stuart.

Haynal A. – Pasini W. (1980) Manual de medicina psicosomática. España, Ed. Toray- masson, s a.

Holland, J., Fasanello, S; y Ohnuma, A. (1974) Psychology aspects of cancer. Filadelfia

Hospital de la mujer, (1999) Organigrama del hospital. México

Hospital de la mujer. (1999) Manual de procedimientos del servicio de oncología. México.

Ibáñez, Durán. (1990)Psicología de la Salud Madrid, España; Ed Siglo XXI.

Instituto Mexicano de Tanatología. Ortiz Victor y cols. Guía de consejería tanatológica. 48 pags

Jacobson, E. (1974): Progresive Relaxation. Chicago, The university of chicago Press.

Kübler – Ross, E (1989) Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona, Ed Grijalbo

Latorre Postigo y Benet José. (1992) Psicología de la Salud. Argentina, Ed Lumen

Lazarus y Folkman. (1986) Estrés y Proceso Cognitivos. Barcelona, Martínez Roca

Manual de Oncología . (2000) México, INCAN

Matarazzo, J. D. (1980): "Medicina Conductual y Salud Conductual: Fronteras para una nueva psicología de la salud". *American Psychologist*, 325, 807-818

Marrow., G.R. (1984) "The assessment of nausea and vomiting" London, Heinemann Medical Books.

Middlenton J. (1991) Yo no quiero tener cáncer. México, Ed Grijalbo

Miller, N. E. (1983): "Behavior Medicine: Simbiosis between laboratory and clinic". *Annual Review of psychology*, 34(1), 1-31

OMS (organización mundial de la salud) (1979) Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra, organización mundial de la salud

OMS (Organización Mundial de la Salud). (1993). CIE-10 Trastornos Psicosomaticos. Ed. Roca , México.

Rachman y Phillips (1975). Mental Disorders in Psychooncology. Ed. Martínez Roca

Reporte histopatológico de Neoplasias Malignas (1994) INCAN.

Shapiro, D. (1979). "Hacia una medicina comportamental comprensiva" Revista Latinoamericana de Psicología Vol. 8, Núm 1 27-39 pag.

Stone, G.C. (1979) "Psicología y Salud" en G C Stone; F Cohen, y N.E Adler y cols., San Francisco, Josy-Bass

Stone, G.C. (1988): "Psicología de la salud una definición amplia", Revista latinoamericana de psicología, 20 (1), 15-26

Stone, G.C. (1991): "An international review of the emergence and development of health psychology", en N. Janeny Weinman (eds), The international Development of health psychology, Chur, Harwood Academic Publisher, 3-18.

Wolpe, J. (1958) "Psychoterapy by Reciprocal Inhibition" Standford, Santandfor University Press

ANEXOS

ANEXO 1

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN EL AREA DE ONCOLOGIA

GRUPO DE AUTO-APOYO PARA PACIENTES CON CÁNCER

Durante mi estancia en el área de oncología y de acuerdo a la información y experiencia que adquirí propongo la apertura de un grupo de auto-apoyo para las pacientes con cáncer porque considero sería de gran apoyo a su tratamiento. Se hace la propuesta con el siguiente programa.

ANTECEDENTES

Desde hace algún tiempo en el hospital de la mujer se ha contado con la participación de los residentes de psicología quienes generalmente han estado en el área de oncología realizando intervenciones con las pacientes en las diferentes fases de la enfermedad desde un enfoque cognitivo-conductual, también se han realizados intervenciones con la familia.

Sin embargo, no se tienen antecedentes de la creación de un grupo de auto-apoyo para pacientes con cáncer; es así que la realización de éste con sesiones cada semana y permanente sería una nueva forma de intervención de parte del psicólogo con residencia en medicina conductual dentro del Hospital de la Mujer

JUSTIFICACION

El cáncer es una enfermedad que pertenece a las crónico-degenerativas las cuales son de interés para el psicólogo en el área de la salud; se estima que el 15% de todas las muertes que se producen en el mundo son debidas al cáncer, lo que supone que actualmente mueren de esta enfermedad unos 7 millones de personas. En los países desarrollados, una de cada cuatro o cinco personas tendrá algún tipo de cáncer a lo largo de su vida, siendo la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares

Uno de los cánceres más comunes son el de pulmón, estómago, intestino grueso, mama y piel. La tasa media de supervivencia a los 5 años del diagnóstico, sin tener en cuenta el estadio de evolución en que la enfermedad ha sido diagnosticada, oscila desde un 74% para los cánceres de útero y un 60% para los cánceres de mama. En el hospital éstos dos últimos son de los que se atienden con mayor frecuencia

El cáncer es sin duda, una de las enfermedades más temidas, como señala Ibáñez (1990) la propia palabra produce en muchas personas un claro impacto emocional ya que frecuentemente se vincula con la idea del dolor y de la muerte.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer suele provocar en el paciente un gran impacto emocional e incluso serios problemas psicológicos y sociales. Como son la depresión, ansiedad, estrés, o ruptura de sus estilos de vida cotidianos (laborales, familiares de relación social) así como problemas derivados de la sintomatología física (efectos colaterales de los tratamientos o directos de la enfermedad como el dolor).

Ahora bien, tanto los datos estadísticos como el impacto emocional que provoca en los pacientes nos llevan a reflexionar en la búsqueda de estrategias que permitan al psicólogo realizar una intervención que brinde apoyo psicológico al paciente que padezca esta enfermedad.

El apoyo psicológico es un aspecto fundamental en el tratamiento del paciente con cáncer ya que éste atraviesa por situaciones difíciles durante los períodos de diagnóstico, tratamiento y remisiones o exacerbaciones.

Es por ello, que se realiza la propuesta del grupo de auto-apoyo como una forma de que el paciente se involucre en su tratamiento, conozca de su enfermedad, reconozca sus puntos de conflicto y la mejor manera de darles solución así como que pueda verse favorecida en la interrelación con el resto del grupo.

OBJETIVO

Formar un grupo de auto-apoyo que ayude a las pacientes a aceptar su enfermedad y que dentro del mismo se creen redes de apoyo que les faciliten llevar a cabo su tratamiento.

LIMITES

- Pacientes femeninas que hayan recibido el diagnóstico de cáncer ya sea cervico-uterino o mamario y que se encuentren en tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia
- No existirán rango de edad

- De 10 a 12 personas e el grupo
- Será un grupo semi-abierto
- Personas que no se encuentren en etapa terminal de la enfermedad
- El grupo sólo será femenino
- Mujeres próximas a tener cirugía

ESPACIO

Salón de clases del "Hospital de la Mujer"

TIEMPO

1 día a la semana (a determinar)

Horario 2 horas (a determinar)

8 sesiones

TEMARIO

Se pretenden abordar los siguientes temas:

1. Encuadre, presentación

2. ¿Qué es el cáncer?

Explorar cual es el imaginario social acerca de la enfermedad.

Explicación de la enfermedad junto con el grupo

Cuales son los grados o estadios del cáncer

Cuáles son los tipos de cáncer

3. Diagnóstico

¿Cómo se le dio el diagnóstico?

¿Cómo se sintieron?

¿Cómo ha cambiado su vida a partir de que le diagnosticaron la enfermedad?

4. Tratamiento

Quimioterapia

Radioterapia

Cirugía

De qué se trata cada uno de ellos, cuales son los riesgos, cuales son los síntomas en la quimioterapia

5. Aspectos Emocionales

6. Redes de apoyo

Familiares

Institucionales

7. Relajación (Técnica)

8. Cierre de la sesión

RECURSOS

HUMANOS: Psicóloga, Médico y Enfermeras

MATERIALES:

Laminas, manual de quimioterapia, diapositivas, todo esto para apoyo para llevar a cabo las dinámicas grupales algunos podrían ser proporcionados por el departamento de enseñanza del hospital y otros aportados por el equipo de trabajo

TECNICOS

Trípticos para informar a los pacientes que asisten a consulta externa y a quimioterapia de la creación del grupo y de la importancia que representa formar parte del mismo

ANEXO 2

INTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA MEDIR DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON CÁNCER.

METODOLOGIA

El trabajo realizado durante el primer semestre de la rotación en el servicio de psicooncología buscó evaluar la depresión en pacientes oncológicos que acudieran al Instituto Nacional de Cancerología, dicha evaluación se llevó a cabo en los servicios de Psicooncología y Clínica del Dolor, durante el último año de la residencia en el período de Mayo de 2000 a Febrero de 2001.

El objetivo del mismo fue aplicar el piloteo de un instrumento de evaluación para la depresión en el paciente con cáncer a fin de detectar que tan frecuentemente se presenta este trastorno y el grado en el que se presenta; con la finalidad de brindar una opción de tratamiento a través del servicio de psico-oncología que brinda este instituto y de que existan antecedentes para la propuesta de un programa de intervención con esta población.

Mi interés de realizar un instrumento con estas características comenzó a raíz de la intervención que había realizado tanto en el Hospital de la Mujer (área de oncología) como en el Instituto Nacional de Cancerología, ambas sedes de la residencia en Medicina conductual. En estas sedes una de las

principales causas de interconsulta al servicio de psicología fue la depresión en el paciente con cáncer

La depresión suele ser una de las reacciones más frecuentes en los pacientes que sufren esta enfermedad, es por ello que surgió el interés de evaluar la depresión dado que se conoce de la dificultad para su evaluación y de la importancia de ser capaces de hacerlo a fin de reconocer niveles patológicos de depresión para el establecimiento de un tratamiento adecuado y oportuno que favorezca el cuidado y la atención al paciente oncológico

Sin embargo, ningún aspecto psicológico es más difícil de evaluar que la depresión. En el paciente con cáncer se hace aún más complicada esta evaluación debido a que suelen confundir los síntomas físicos como son (insomnio, pérdida de peso, fatiga y retardo psicomotor) y que son criterios diagnósticos para la depresión y que por otro lado son síntomas del cáncer y de los efectos del tratamiento para éste.

En general la depresión no puede diagnosticarse con facilidad y no obstante, puede ser tan perjudicial como cualquier otra enfermedad física crónica, además de presentar un riesgo serio de suicidio

Es por ello que consideré necesaria la aportación de un instrumento que mida específicamente el grado de depresión del paciente con cáncer a fin de aportar estrategias para el tratamiento de la depresión. Ya que, aún cuando existen diversos instrumentos (Hamilton, Beck, Zung) que han sido de gran utilidad en la medición de los malestares psicológicos de la depresión hay pocos que se relacionen con la medición de síntomas depresivos en pacientes con distintas enfermedades.

MUESTRA

Se eligieron al azar 115 pacientes tanto masculinos como femeninos que acudieran a la consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología y cumplieran con los criterios de inclusión descritos posteriormente. Una vez aplicado el cuestionario se eliminaron 15 y la muestra final quedo de 100 pacientes.

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnostico de cáncer, no importando el tipo de cáncer del que se tratara
- Personas que sepan leer y escribir ya que se trata de una escala auto-aplicable.
- Pacientes de consulta externa

Criterios de Exclusión

- Pacientes hospitalizados
- Pacientes en fase terminal
- Analfabeta

- Pacientes que al momento de la aplicación se encuentren bajo los efectos de algún medicamento sedante o con malestar físico que le impida la comprensión adecuada de los reactivos.

INSTRUMENTO

El instrumento para el piloteo fue una escala de evaluación sobre depresión en el paciente oncológico la cual consta de 20 ítems que evalúan los síntomas de la depresión y es auto-aplicable.

Se trata de una escala tipo liker con 5 opciones de respuesta (nunca, muy pocas veces, algunas veces, muchas veces, la mayoría de las veces), que van de 1 a 5 asignando el valor más alto a aquello que queremos medir y lo que nos permitirá distinguir entre aquellos pacientes que presenten mayor o menor depresión.

Las puntuaciones asignadas en cada una de las frases varía por lo que se anexan los puntajes equivalentes.

Dicha escala es un instrumento de evaluación sobre la depresión construido anteriormente a la investigación misma que fue validada y en la cual se obtuvo un alpha de .8818 así como los reactivos resultaron significativos con una $P > .005$

Los puntajes están categorizados en 4 niveles para así poder ofrecer una impresión clínica global y corresponden a los siguientes puntajes:

20 a 39 puntos Normal sin síntomas de depresión

40 a 60 puntos	Presencia de depresión Leve
61 a 80 puntos	Presencia de depresión Moderada
81 a 100 puntos	Presencia de depresión Severa

Las características socio-demográficas incluyeron edad, sexo, escolaridad, edo Civil.

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Edad _____
 Escolaridad _____
 Ocupación _____

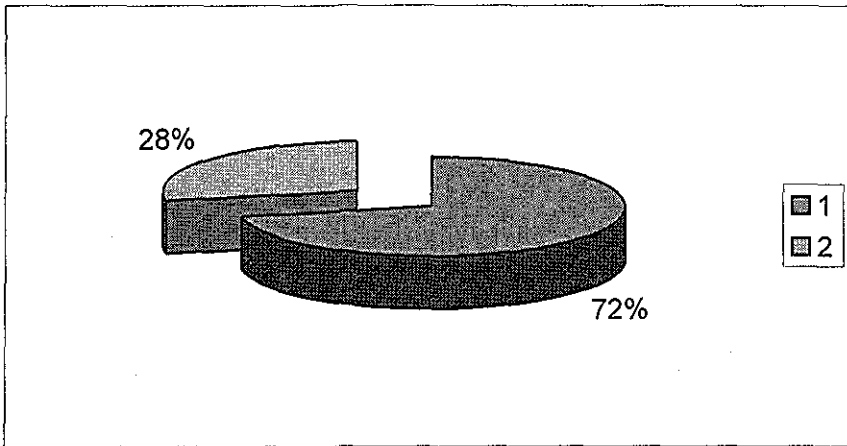
Sexo F _____ M _____
 Edo Civil _____
 tratamiento recibido _____

A continuación encontrará 20 oraciones, lealas cuidadosamente y responda de manera sincera. Marque con una X la opción que mejor describa la manera COME SE HA SENTIDO DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS. Por favor no deje oraciones sin contestar porque esto nos ayudará a brindarle una mejor atención.

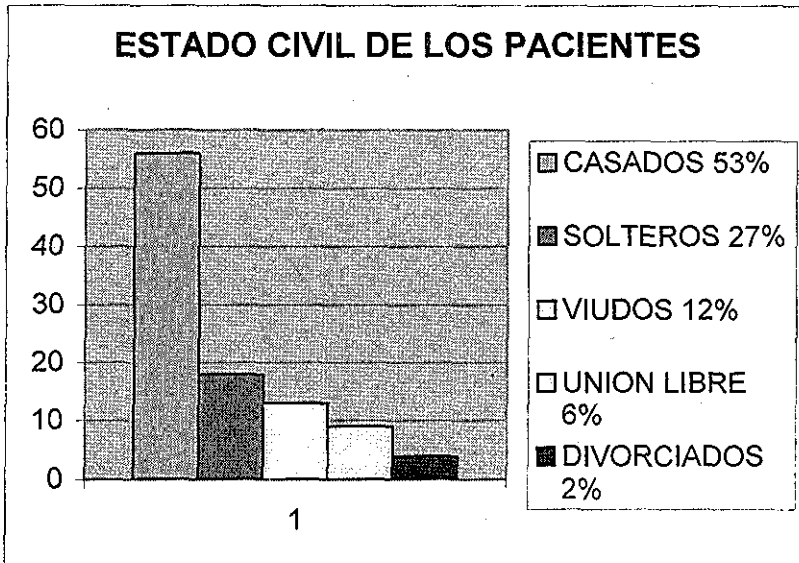
	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La Mayoría De las veces	Puntos
1. Salgo con mi familia y amigos						
2. Me siento abatido, desanimado y triste						
3. he pensado que la mejor solución para mi sería morir.						
4. He sido una persona feliz						
5. Disfruto de las cosas como antes de mi enfermedad						
6. Me siento culpable						
7. Tengo ganas de llorar						
8. Me aislo de la gente que esta a mi alrededor						
9. Desde que me enferme he perdido el interés por el sexo						
10. Creo que aún vale la pena vivir.						
11. Estoy más irritable que de costumbre						
12. Antes de mi enfermedad me sentía triste						
13. Creo que mi enfermedad es un castigo						
14. Tomo decisiones fácilmente						
15. Tengo esperanzas en el futuro						
16. Siento miedo de morir						
17. me concentro en las cosas que hago						
18. Mi vida ha estado llena de fracasos.						
19. Me siento intranquilo(a) y no puedo estarme quieto (a)						
20. Lo que hago me da placer						

RESULTADOS

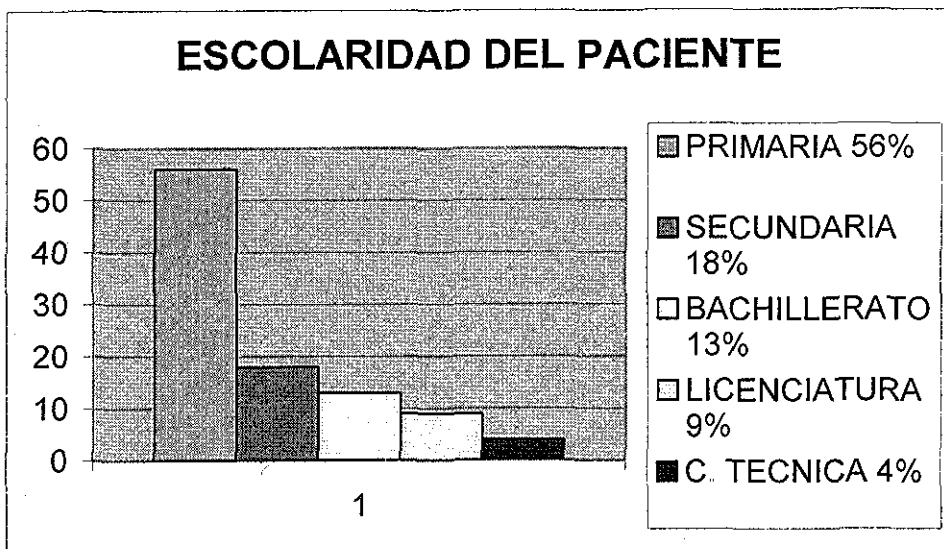
La muestra fue predominantemente femenina (72%) y masculina (28%) Las edades oscilaron entre los 16 y 74 años con una media de 43.23%.



El estado civil predominante fueron los casados con un 53%, el 27% eran solteros, un 12% viudos, un 6% vivía en unión libre y un 2% eran divorciados.

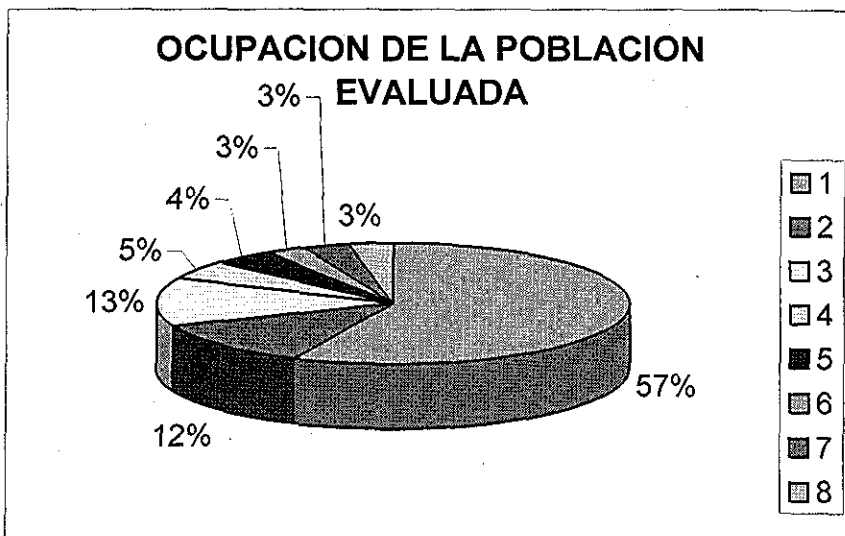


En relación a la escolaridad se encontraron los siguientes resultados. Del total de la muestra 56% tenía primaria, 18% secundaria, 13% Bachillerato, 4% licenciatura y el 4% restante carrera técnica.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En cuanto a la ocupación se encontró que el 57% eran amas de casa, un 12% desempleados, 13% empleados, 5% profesionistas, 4% comerciantes y el 9% restante estaba dividido en campesinos, estudiantes y oficios con un 3% .



Considero que este tipo de investigaciones representa la posibilidad de un primer acercamiento para conocer que tan frecuentemente se presenta la depresión en el paciente oncológico y en que grado ya que ello nos permite la detección y evaluación de este trastorno a fin de brindarle un apoyo al paciente con cáncer durante el proceso de su enfermedad.

En esta área se ha investigado mucho, pero investigaciones con la población mexicana existen pocas así mismo con las personas enfermas de cáncer por lo cual encontramos un amplio camino por recorrer en ese sentido