

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

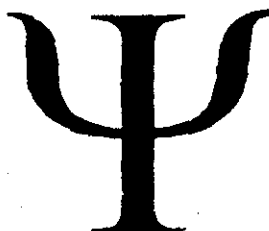
22

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
ISABEL GABRIELA OLASCOAGA ORTEGA

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
COMITE TUTORIAL: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA



MEXICO, D.F. 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INTRODUCCION

La Medicina Conductual es un campo interdisciplinario de investigación y práctica clínica, enfocado en la interacción del ambiente social y físico, la cognición, la conducta y la biología, en la salud y la enfermedad. En Medicina Conductual se aplican técnicas basadas en el conocimiento de estas interacciones en la promoción de la salud, en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades. La Medicina Conductual es un complemento del tratamiento médico tradicional, que se enfoca en áreas como cáncer, dolor crónico, diabetes, obesidad, hipertensión, adicciones, etc. Las personas con enfermedades como estas requieren de una atención integral que incluya tanto cuidados médicos como atención psicológica dirigida a promover cambios en su estilo de vida que les permitan adaptarse a las exigencias derivadas de su enfermedad.

El Programa de Residencia en Medicina Conductual tiene precisamente como propósito desarrollar en sus estudiantes las competencias profesionales necesarias para resolver problemas en ambientes hospitalarios de segundo y tercer nivel de atención, con un enfoque cognitivo-conductual. Entre estas habilidades se incluyen: manejo de problemas psicológicos como estrés, depresión, ansiedad y déficit en habilidades sociales que suelen derivarse o acompañar a enfermedades crónico degenerativas, fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento de los pacientes para mantener o mejorar su calidad de vida, promoción de la adherencia a los tratamientos médicos, y rehabilitación a través del establecimiento de conductas alternativas.

A continuación, se describirán las actividades realizadas en los dos años de la Residencia en Medicina Conductual. Se iniciará con una descripción del contexto en el que se insertan los servicios a los que fui asignada. Posteriormente, se describirán detalladamente las actividades realizadas en cada sede, se hará una evaluación de estas, de las competencias profesionales alcanzadas y de la supervisión recibida. Por último se plantearán las conclusiones y algunas sugerencias para mejorar el Programa de Residencia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

I. CONTEXTO

Durante el primer año de residencia estuve realizando las actividades correspondientes al Programa de Maestría en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México. Se considera una institución de tercer nivel de atención a la salud. En el hospital se imparten cursos de 19 especialidades y subespecialidades. Cuenta con los siguientes servicios: Anestesiología, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, General, Máxilofacial, Pediatría, Plástica y Reconstructiva, Dermatología, Endocrinología, Epidemiología, Endoscopia, Gastroenterología, Gineco-Obstetricia, Hematología, Imagenología, Infectología, Medicina Interna, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Nuclear, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurocirugía, Neurofisiología, Neurología, Nutrición, Oftalmología, Oncología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Patología, Pediatría, Psicología y Psiquiatría, Reumatología, Trasplantes, Terapia Intensiva, Urgencias y Urología.

El Servicio de Oncología esta dividido en dos áreas principales:

- Hospitalización, que abarca 6 salas con 6 camas cada una, donde se recibe a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, a algunos de los que recibirán quimioterapia y a aquellos que presenten deterioro general a expensas de la enfermedad. Aproximadamente son hospitalizados 50 pacientes por semana.
- Consulta Externa, que consta de 4 consultorios, 2 salas de radioterapia, 1 sala de quimioterapia, 1 sala donde se realizan biopsias y se reciben urgencias, 2 quirófanos y una sala de espera. Esta área esta dividida en 6 clínicas que funcionan distintos días de la semana. Estas clínicas son: mama, cabeza y cuello, ginecología, tumores mixtos, radioterapia y quimioterapia. Aproximadamente son atendidos 500 pacientes a la semana en esta área.

El servicio de Oncología esta constituido por el siguiente personal: el jefe de Servicio Dr. Francisco García Rodríguez, 7 médicos adscritos a las distintas especialidades o clínicas, 3 residentes de 3er año, 4 de 2º año y 3 de 1er año de la especialidad. También hay 2 residentes de 4º año de Cirugía, 1 residente de 2º

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

año de Ginecología y 2 cirujanos provenientes de hospitales del Departamento del D.F., que rotan por el servicio de Oncología por un período de 1 a 3 meses.

Asimismo, trabajan en el servicio 3 técnicos de radioterapia, 27 enfermeras (13 en consulta externa y 14 en hospitalización), 4 trabajadoras sociales (2 en hospitalización y 2 en consulta externa), 2 secretarías, 2 recepcionistas y 3 camilleros.

En el Servicio de Oncología estuvimos rotando 4 residentes de Medicina Conductual, 2 en hospitalización y 2 en consulta externa, intercambiándonos a los 6 meses. Nuestro trabajo estuvo supervisado indirectamente por el Jefe del Servicio y de manera directa por el Supervisor Académico Mtro. Leonardo Reynoso Erazo. No contamos con supervisión InSitu durante el año de estancia en este servicio. Cabe mencionar que aunque existe un Departamento de Psicología y Psiquiatría en el Hospital, las residentes de Medicina Conductual nos encontramos totalmente desvinculadas del mismo.

Durante el segundo año de la residencia estuve adscrita a la Clínica de Dolor y Medicina Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). El INCMNSZ es considerado un hospital de especialidades de tercer nivel que atiende a población abierta. Es un centro de atención médica, enseñanza e investigación para la prevención y tratamiento de diversas enfermedades en pacientes adultos. En el instituto se atienden enfermedades complejas y de difícil manejo que no pueden ser resueltas en otras instituciones médicas. En el INCMNSZ se tratan enfermedades endocrinas, metabólicas, digestivas, hepáticas, pancreáticas, urológicas, genéticas, hematológicas, reumáticas e infecciones crónicas. Asimismo, existe un departamento especializado en cirugía de abdomen y otro en trasplantes.

El instituto cuenta con las siguientes especialidades: Anestesiología, Biología de la Reproducción, Bioquímica, Cardiología, Cirugía Experimental, Geriátrica, Dermatología, Diabetes y Metabolismo de Lípidos, Endoscopia, Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención Médica, Gastroenterología, Genética, Hematología y Banco de Sangre, Histocompatibilidad y Trasplantes, Infectología, Inmunología y Reumatología, Investigación Experimental y Bioterio, Medicina

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Crítica (Clínica de Dolor y Medicina Paliativa), Medicina Psicológica, Medicina Nuclear, Nutrición Clínica, Nefrología y Metabolismo Mineral, Patología y Anatomía Patológica, Química Clínica, Radiología, Terapia Intensiva, Urgencias, Urología. En la especialidad de Nutrición se cuenta con las áreas de: Ciencia y Tecnología de Alimentos, Fisiología de la Nutrición, Nutrición Animal, Estudios Experimentales Rurales, Vigilancia Epidemiológica, Nutrición Aplicada y Educación Nutricional. Además se cuenta con las áreas de Educación Médica, Educación para la Salud, Información Bibliográfica y Escuela de Enfermería. Los servicios que presta el INCMNSZ son los siguientes: Archivo Clínico, Banco de Sangre, Comunicación Social, Enfermería, Hospitalización, Laboratorio Clínico, Medicina Nuclear, Radiología y Trabajo Social.

Desde el punto de vista asistencial, se dispone de 167 camas en hospitalización, una consulta externa con 144 consultorios y 3 salas de espera con capacidad para 400 personas, que da servicio a 135, 000 pacientes en promedio al año (370 diarios). Además, el instituto cuenta con el mas moderno equipo de laboratorio y gabinete.

El personal médico esta conformado por 176 especialistas, todos con una amplia formación académica ya sea en el país o en el extranjero. La Subdirección de Medicina Interna y la Subdirección de Cirugía dirigen la actividad asistencial en el instituto.

La Clínica del Dolor y Medicina Paliativa del INCMNSZ esta integrada por el Dr. Uriah Guevara, Jefe del Departamento, Dra. Argelia Lara Solares, médico adscrito; Dra. Paola Díaz, supervisor voluntario; Mtra. Lou González Muñoz, psicóloga voluntaria; Dra. Edurne Austrich, psiquiatra y Lic. Elisa Villaseñor, trabajadora social, ambas adscritas al hospital y al servicio. Durante este año, 6 anesthesiólogos estuvieron realizando una subespecialidad en el manejo del dolor dentro de la clínica. Asimismo, 9 estudiantes de Anestesiología del último semestre realizaron rotaciones de un mes de duración por la clínica. Fuimos 2 las residentes de Medicina Conductual que estuvimos adscritas a la clínica durante este período. Nuestras actividades estuvieron supervisadas indirectamente por el Jefe de la Clínica, y de manera directa por la Supervisora InSitu Lou González

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Muñoz. No contamos con supervisor académico durante el año que duró esta rotación.

II. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS SEDES.

En ambas rotaciones tuvimos la ventaja de contar con el antecedente de la participación en un período previo de los residentes de 2o año de Medicina Conductual, quienes habían dejado una buena impresión en el personal del servicio y nos indicaron las pautas generales para facilitar nuestro desempeño. Esto nos dio la oportunidad de podernos integrar con mayor facilidad y en un corto período a las actividades de ambas sedes. A continuación se presenta la justificación teórica de las técnicas utilizadas en el tratamiento de los pacientes, los objetivos planteados por el Programa Operativo de cada sede, la metodología utilizada, los resultados alcanzados, las competencias profesionales adquiridas y la evaluación de las actividades realizadas.

A) *Servicio de Oncología*

Justificación teórica:

La prevalencia de alteraciones psicológicas significativas en la población de pacientes con cáncer se ha estimado en un rango de 23 a 66% (Telch y Telch, 1986). Las alteraciones emocionales más comunes en pacientes con cáncer son ansiedad y depresión. Aunque puede considerarse normal que este distrés emocional acompañe al cáncer y a su tratamiento, muchos pacientes experimentan niveles clínicamente significativos.

La depresión mayor y el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, son los trastornos depresivos más comunes en esta población. Como se ha asociado causalmente la depresión y la desesperanza con el suicidio, es posible considerar que el grado en que los pacientes con cáncer experimentan estos sentimientos incrementa la vulnerabilidad al suicidio como una opción para lidiar con el cáncer. Los reportes sobre la incidencia de suicidio en pacientes con cáncer varían considerablemente desde aquellos en que el porcentaje es igual al de la población general hasta los que indican que es de 2 a 10 veces mayor. Existe

Muñoz. No contamos con supervisor académico durante el año que duró esta rotación.

II. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS SEDES.

En ambas rotaciones tuvimos la ventaja de contar con el antecedente de la participación en un período previo de los residentes de 2o año de Medicina Conductual, quienes habían dejado una buena impresión en el personal del servicio y nos indicaron las pautas generales para facilitar nuestro desempeño. Esto nos dio la oportunidad de podernos integrar con mayor facilidad y en un corto período a las actividades de ambas sedes. A continuación se presenta la justificación teórica de las técnicas utilizadas en el tratamiento de los pacientes, los objetivos planteados por el Programa Operativo de cada sede, la metodología utilizada, los resultados alcanzados, las competencias profesionales adquiridas y la evaluación de las actividades realizadas.

A) *Servicio de Oncología*

Justificación teórica:

La prevalencia de alteraciones psicológicas significativas en la población de pacientes con cáncer se ha estimado en un rango de 23 a 66% (Telch y Telch, 1986). Las alteraciones emocionales más comunes en pacientes con cáncer son ansiedad y depresión. Aunque puede considerarse normal que este distrés emocional acompañe al cáncer y a su tratamiento, muchos pacientes experimentan niveles clínicamente significativos.

La depresión mayor y el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, son los trastornos depresivos más comunes en esta población. Como se ha asociado causalmente la depresión y la desesperanza con el suicidio, es posible considerar que el grado en que los pacientes con cáncer experimentan estos sentimientos incrementa la vulnerabilidad al suicidio como una opción para lidiar con el cáncer. Los reportes sobre la incidencia de suicidio en pacientes con cáncer varían considerablemente desde aquellos en que el porcentaje es igual al de la población general hasta los que indican que es de 2 a 10 veces mayor. Existe

evidencia que sugiere que el suicidio es mayor en pacientes con cáncer oral, de faringe y de pulmón (Bolund, 1985).

Por su parte, la forma más común de ansiedad en pacientes con cáncer es de naturaleza reactiva, producto del diagnóstico, dolor, efectos colaterales de los medicamentos, condición física y problemas psicosociales relacionados. Entre los trastornos de ansiedad más frecuentes en este grupo se encuentran las fobias, el estrés postraumático y el vómito anticipatorio.

El cáncer y sus tratamientos se asocian también con otros problemas que pueden ser abordados por el psicólogo. Por ejemplo, en estadios avanzados de todo tipo de cáncer, aproximadamente el 70% de los pacientes presentan dolor significativo durante su tratamiento (Foley y Sundaresen, 1985). Otros problemas incluyen disfunciones sexuales, fatiga, pérdida del cabello, abandono, dificultades alimenticias, alteraciones en la imagen corporal, disminución de autoestima.

Asimismo, se presentan una gran diversidad de problemas interpersonales con la pareja, la familia, los hijos, los amigos y en diferentes situaciones (trabajo, profesión, educación, religión, situación económica, sexo, diversión y fijación de metas). La mayoría de los pacientes abandonan su trabajo o son despedidos. Muchos de ellos deben depender de los demás para satisfacer incluso sus necesidades básicas.

El cáncer aun mantiene el estigma de "sentencia de muerte" o de que puede ser contagioso de alguna manera. Estas ideas erróneas provocan mayores complicaciones tanto para los pacientes como para su familia. La gente puede avergonzarse de su diagnóstico aislándose o evitando el contacto con los demás. Dado que la literatura sugiere un efecto positivo del apoyo social percibido, el aislamiento puede resultar particularmente problemático. Por otra parte, la gente puede no saber como responder a la familia de los pacientes con cáncer o rechazarlos por temor a un "contagio".

El ambiente social también puede resultar problemático para los pacientes que presenten limitaciones físicas por fatiga, debilidad muscular, neuropatía o amputación. *Las personas que estén recibiendo quimioterapia deben limitar su participación en actividades sociales que impliquen permanecer en lugares*

públicos donde estén en contacto con fuentes de infección, ya que su sistema inmunológico se encuentra comprometido. Asimismo, las personas con cáncer tienen menos oportunidad de conocer gente nueva o de participar en eventos sociales durante su tratamiento y recuperación.

El tratamiento del cáncer abarca tres modalidades ya sea actuando por separado o en conjunto: cirugía, radioterapia y quimioterapia. Estos tratamientos suelen tener repercusiones importantes sobre diversas áreas del funcionamiento de los pacientes. Toda cirugía suele provocar temor en los pacientes; temen tener dolor, que se presenten complicaciones o incluso morir por efecto de la anestesia. Si a estos aspectos aunamos los efectos que tienen algunas cirugías como las que se realizan para tratar tumores de cabeza y cuello en las que además de perder una función (hablar por ejemplo), se retiran estructuras completas (ojo, maxilar, lengua, etc.), es posible entender el grado de estrés y las medidas que deben tomar los pacientes para adaptarse a su nueva situación.

Por su parte, la radioterapia también provoca efectos colaterales indeseables para los pacientes: náusea, vómito, diarrea, pérdida del cabello, anemia, fatiga, dermatitis, quemaduras, etc. que son temporales, mientras las células sanas que se dañaron con la radioterapia se restablecen. Pero también existen efectos permanentes como esterilidad, fibrosis pulmonar y neumonitis, que exigen que los pacientes utilicen sus mejores habilidades de afrontamiento para manejarlas.

La quimioterapia suele ser la modalidad de tratamiento que más alteraciones de índole psicológica provoca en los pacientes. Entre los efectos colaterales de este procedimiento se incluyen: pérdida de cabello, náusea, vómito, diarrea, lesiones o llagas en la cavidad oral, etc. Como los glóbulos blancos y las plaquetas de los pacientes que se encuentran recibiendo quimioterapia bajan considerablemente, es más factible que se presenten infecciones fatales o hemorragias incontrolables, por lo que es necesario extremar los cuidados, mantener controles estrictos y evitar cualquier situación que ponga en riesgo la vida del paciente. Esta situación llega a provocar que el paciente se aisle, disminuyendo así la posibilidad de recibir apoyo social y fomentando su sensación

de desamparo, desesperanza y soledad. Otro aspecto importante que hay que considerar es la presencia de vómito y síntomas antes de la aplicación de la quimioterapia. Aproximadamente el 25% de los pacientes que reciben quimioterapia desarrollan náusea y vómito anticipatorios alrededor de la cuarta aplicación del tratamiento (Morrow y Dobkin, 1988). Aunque no se han identificado características demográficas, clínicas o psicológicas específicas que expliquen estos efectos, se ha visto que los pacientes menores de 50 años, tratados con quimioterapia potencialmente hemética y que presentan náusea y vómito después del tratamiento se encuentran en mayor riesgo de desarrollar síntomas anticipatorios (Morrow y Dobkin, 1988). Parece que estos efectos son aprendidos y que pueden ser explicados como un ejemplo de condicionamiento clásico.

Cabe mencionar que también existen algunas personas que reportan aspectos positivos de su enfermedad como aquellos que le dan un nuevo significado a su vida, los que se acercan a su familia o amigos, los que descubren nuevas fortalezas en sí mismos o los que recuperan la fe en su religión.

La Medicina Conductual ofrece diversas opciones de intervención para resolver problemas psicosociales como los mencionados anteriormente, contribuyendo a la reducción de la frecuencia, intensidad y cronicidad de reacciones emocionales negativas, previniendo complicaciones, coadyuvando al tratamiento y sobretodo mejorando la calidad de vida de los pacientes. Algunas de las técnicas utilizadas se describen a continuación:

- Retroalimentación. Consiste en proporcionar al paciente información de sí mismo con respecto a determinados aspectos del comportamiento; puede adoptar muchas variedades, como el elogio, la recompensa, o las instrucciones verbales. La retroalimentación pretende reforzar las conductas de afrontamiento dirigidas al problema, incrementando la efectividad de las mismas.
- Inoculación de estrés. Esta técnica incrementa la resistencia individual al estrés. A través de esta técnica se pretende: 1) Educar acerca de la naturaleza y origen de las emociones no funcionales; de la naturaleza de las experiencias estresantes y de su manejo. 2) Adquisición de habilidades específicas de

afrontamiento. 3) Aplicación del entrenamiento, con imaginería, role playing, exposición graduada en vivo.

- Solución de problemas. La persona aprende a identificar la raíz del problema, proporcionando por si mismo alternativas de solución.
- Desensibilización sistemática. Su principal objetivo es reducir la ansiedad. La técnica consiste en exponer al paciente a una jerarquía de situaciones adversas, mientras desempeña una actividad incompatible con la ansiedad, como la relajación.

Objetivos planteados en el Programa operativo:

1. Desarrollar programas de intervención en pacientes con cáncer a nivel individual.
2. Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
3. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
4. Favorecer en los pacientes la adherencia a la terapéutica médica.
5. Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, depresión y habilidades de afrontamiento.

Actividades

Con base en el programa académico y con el consentimiento del jefe de servicio se realizaron las siguientes actividades generales:

- Visita diaria a hospitalización
- Asistencia a las sesiones generales del servicio una vez por semana, en calidad de observadoras
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos basados en la modalidad de intervención cognitivo-conductual.
- Sesiones bibliográficas con el supervisor académico una vez por semana.

Durante el primer semestre cubrí los objetivos del programa de residencia en el área de Consulta Externa del servicio, mientras que en el segundo semestre lo hice en hospitalización.

1. Trabajo en Consulta Externa

Nuestra labor en esta área del servicio abarcó 30 horas semanales de actividades prácticas incluyendo intervención en consejo psicológico, canalización, y aplicación de técnicas cognitivo- conductuales para el tratamiento de los pacientes que así lo requerían.

Durante la primera semana, conocimos como se desarrolla el trabajo en el servicio, recibiendo orientación sobre las características de la enfermedad y de los distintos tratamientos. Asimismo, el jefe de servicio nos comentó cuales eran los problemas psicológicos que con mayor frecuencia presentaban los pacientes oncológicos. También en esta semana se elaboró un diagnóstico institucional con el objeto de conocer y familiarizarnos con las características del hospital.

A partir de la segunda semana, se inició el trabajo propiamente dicho que dadas las características del servicio en la mayoría de las ocasiones consistía en intervención breve o de emergencia, encaminada a proporcionar información pertinente sobre la enfermedad, a promover el uso de estrategias de afrontamiento eficaces, a resolver crisis de angustia sobre todo en pacientes a los que se les acababa de confirmar el diagnóstico de cáncer, a los que presentaban recaídas o a los que asistían a la aplicación de quimioterapia. Esta intervención se fundamentaba en una evaluación inicial de la situación de cada paciente por medio de entrevistas semiestructuradas. No era posible utilizar otros procedimientos diagnósticos como instrumentos psicométricos, cuestionarios, etc., por las condiciones en las que se realizaba el trabajo (intervención breve) y por las características de los pacientes (dolor, malas condiciones físicas, nivel bajo de escolaridad, etc.). La eficacia de la intervención era evaluada principalmente mediante la observación de cambios conductuales inmediatos (remisión de síntomas, relajación, normalización de reacciones, control de vómito anticipatorio,

etc.) o a largo plazo (adherencia a los tratamientos, reducción de complicaciones médicas, mantenerse en seguimiento) y con el reporte del paciente, de los familiares o del personal de salud.

Las actividades específicas desarrolladas durante este período abarcan:

- Entrevista con cada paciente con quien se fuera a realizar una intervención terapéutica
- Planeación de las metas del tratamiento
- Desarrollo de programas de intervención adaptados a las necesidades de cada paciente.
- Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales específicas para el tratamiento de los problemas de cada paciente.
- Seguimiento de varios pacientes
- Evaluación del impacto de los tratamientos
- Canalización de casos

Resultados:

A la mayoría de los pacientes que asistían a las clínicas de consulta externa, se le brindaba apoyo y retroalimentación positiva durante la consulta con el médico, se reforzaba la información proporcionada por el mismo sobre su estado y tratamiento y se fortalecía la adherencia a los tratamientos e indicaciones médicas.

En promedio, el 10% de los pacientes que asistían a la consulta externa de este servicio presentaba alteraciones psicológicas que exigían una atención mas estructurada y prolongada. A continuación se resumen los datos de los 50 pacientes con los que se trabajó de esta forma durante ese período:

Pacientes que recibieron atención psicológica en la Consulta Externa del Servicio de Oncología (marzo-agosto 2000)

N	SEXO	EDAD	EDO CIVIL	DX MED	TX MEDICO	DX PSICOLOGICO	TX PSICOLOGICO
1	F	94	C	TM	QT	Sin alteración psicológica	Evaluación
2	F	42	D	G	CX	Ansiedad, depresión	Intervención crisis, Relajación Información,
3	F	39	S	TM	CX	Ansiedad, rechaza el tratamiento	Intervención crisis, relajación, fortalecimiento adherencia
4	F	42	V	M	QT	Temor, ansiedad, depresión, vómito anticipatorio	Relajación, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, fortalecimiento adherencia
5	F	38	C	M	QT/RT/CX	Temor, ansiedad, depresión	Intervención crisis, relajación, información, fortalecimiento adherencia, retroalimentación positiva, terapia de apoyo
6	F	83	S	M	QT/CX	Temor, falta de adherencia, depresión, voyerismo, problemas familiares	Información, reestructuración cognitiva, fortalecimiento adherencia, solución de problemas
7	F	82	V	CC	CX	Rechaza tratamiento, temor, depresión	Intervención crisis, reestructuración cognitiva, terapia de apoyo, fortalecimiento adherencia, preparación para procedimiento
8	F	38	C	M	CX	Temor	Preparación para procedimiento, terapia de apoyo Canalización
9	F	44	C	TM	QT	Depresión, dolor	
10	M	62	S	CC	RT	Rechaza tratamiento	Información, reestructuración cognitiva, fortalecimiento adherencia

*Sexo: (F) femenino; (M) masculino.

Estado civil: (S) soltero; (C) casado; (UL) unión libre; (D) divorciado; (V) viudo.

Diagnóstico médico: (CC) tumores de cabeza y cuello; (G) tumores ginecológicos; (M) tumores de mama; (TM) tumores mixtos.

Tratamiento médico: (CX) cirugía; (RT) radioterapia; (QT) quimioterapia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

N	SEXO	EDAD	EDO CIVIL	DX MED	TX MEDICO	DX PSICOLOGICO	TX PSICOLOGICO
11	F	52	V	M	CX/RT/QT	Angustia, ansiedad, temor, depresión, vómito anticipatorio, falta adherencia	Intervención crisis, relajación, información, terapia de apoyo, desensibilización sistemática, terapia cognitiva, lecturas, reestructuración cognitiva, distracción, solución de problemas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, contención, toma de decisiones, apoyo familiar, terapia ocupacional
12	F	72	S	G	QT	Alteraciones al examen mental, temor, depresión, angustia, dolor	Intervención crisis, relajación, distracción, fortalecimiento adherencia
13	F	86	V	CC	CX	Rechaza tx, temor, ansiedad, ideas irracionales	Reestructuración cognitiva, terapia de apoyo, fortalecimiento adherencia
14	F	43	C	G	RT	Angustia, dolor, falta de adherencia	Intervención en crisis, relajación, asertividad, reestructuración cognitiva, fortalecimiento adherencia
15	F	52	C	TM	N	Ansiedad, estrés, baja autoestima, abuso sexual, problemas de pareja, dificultad para tomar decisiones	Intervención en crisis, reestructuración cognitiva, inoculación de estrés, asertividad, toma de decisiones, afrontamiento, relajación, autoestima, retroalimentación positiva
16	F	44	V	G	RT	Depresión, ansiedad, angustia, abandono	Terapia de apoyo, relajación, reestructuración cognitiva
17	F	70	V	CC	CX	Dolor, decaimiento	Orientación, fortalecimiento adherencia
18	F	38	D	G	CX/RT/QT	Depresión	Intervención en crisis, reestructuración cognitiva, terapia de apoyo.
19	F	39	C	M	CX/QT	Angustia, ansiedad, obesidad	Intervención en crisis, autocontrol, relajación, terapia de apoyo, afrontamiento
20	F	43	UL	M	CX/RT/QT	Ansiedad, depresión, fobia, problemas familiares	Información, relajación, intervención crisis

*Sexo: (F) femenino; (M) masculino. Estado civil: (S) soltero; (C) casado; (UL) unión libre; (D) divorciado; (V) viudo. Diagnóstico médico: (CC) tumores de cabeza y cuello; (G) tumores ginecológicos; (M) tumores de mama; (TM) tumores mixtos. Tratamiento médico: (CX) cirugía; (RT) radioterapia; (QT) quimioterapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

N	SEXO	EDAD	EDO CIVIL	DX MED	TX MEDICO	DX PSICOLOGICO	TX PSICOLOGICO
21	F	48	C	M	Q/T/CX	Ansiedad	Información, fortalecimiento adherencia
22	M	17	S	TM	QT	Temor, falta de adherencia, depresión, angustia	Reestructuración cognitiva, fortalecimiento adherencia, contención, terapia de apoyo, preparación para procedimiento, toma de decisiones, solución de problemas, afrontamiento, intervención en crisis, retroalimentación positiva
23	F	44	C	M	CX/QT/RT	Temor, depresión, angustia, ansiedad	Intervención en crisis, relajación, orientación, retroalimentación positiva, reestructuración cognitiva, terapia de apoyo, fortalecimiento adherencia
24	F	28	C	TM	QT	Ansiedad	Terapia de apoyo, retroalimentación positiva, orientación, fortalecimiento adherencia
25	M	55	C	TM	N	Duelo anticipatorio	Manejo duelo, terapia de apoyo, orientación
26	F	63	S	CC	RT	Estrés, temor	Terapia de apoyo, orientación, intervención crisis, fortalecimiento adherencia
27	M	22	S	CC	CX	Angustia, depresión, agorafobia, baja autoestima, deterioro autoimagen	Evaluación, terapia de apoyo, reestructuración cognitiva, orientación, canalización
28	F	70	V	CC	CX	Temor, ansiedad, falta adherencia	Preparación para procedimiento, retroalimentación positiva, relajación, terapia de apoyo, fortalecimiento adherencia
29	F	53	C	CC	CX	Temor, angustia, depresión	Intervención en crisis, terapia de apoyo, orientación, fortalecimiento adherencia
30	F	36	C	M	Q/T/CX	Trastorno adaptativo	Terapia de apoyo, información, preparación para procedimiento

*Sexo: (F) femenino; (M) masculino. Estado civil: (S) soltero; (C) casado; (UL) unión libre; (D) divorciado; (V) viudo.
 Diagnóstico médico: (CC) tumores de cabeza y cuello; (G) tumores ginecológicos; (M) tumores de mama; (TM) tumores mixtos.
 Tratamiento médico: (CX) cirugía; (RT) radioterapia; (QT) quimioterapia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

N	SEXO	EDAD	EDO CIVIL	DX MED	TX MEDICO	DX PSICOLOGICO	TX PSICOLOGICO
31	F	62	V	M	QT	Ansiedad, estrés	Reestructuración cognitiva, información, desensibilización sistemática, fortalecimiento adherencia
32	F	49	C	CC	QT	Estrés, ansiedad	Orientación, afrontamiento, solución de problemas, relajación
33	F	16	S	TM	N	Problemas familiares, somatización	Evaluación, orientación, retroalimentación positiva, canalización
34	F	48	C	G	RT	Aplanamiento emocional, anorexia	Reestructuración cognitiva, información, retroalimentación positiva, terapia de apoyo, fortalecimiento adherencia
35	F	48	C	TM	QT	Depresión, agorafobia, ansiedad, trastorno adaptativo, problemas familiares	Aserividad, toma de decisiones, solución de problemas, orientación, terapia de apoyo, afrontamiento, reestructuración cognitiva, contención, orientación, retroalimentación positiva, fortalecimiento adherencia
36	F	83	C	TM	CX	Falta de adherencia	Fortalecimiento de adherencia
37	F	68	V	M	QT	Somatización	Orientación
38	F	93	S	M	CX	Depresión	Orientación, fortalecimiento adherencia
39	F	38	D	G	CX	Depresión, angustia, duelo	Intervención en crisis, manejo duelo, terapia de apoyo, reestructuración cognitiva, afrontamiento, fortalecimiento adherencia
40	F	47	C	TM	CX	Sin alteración psicológica aparente	Terapia de apoyo

*Sexo: (F) femenino; (M) masculino.

Estado civil: (S) soltero; (C) casado; (UL) unión libre; (D) divorciado; (V) viudo.

Diagnóstico médico: (CC) tumores de cabeza y cuello; (G) tumores ginecológicos; (M) tumores de mama; (TM) tumores mixtos.

Tratamiento médico: (CX) cirugía; (RT) radioterapia; (QT) quimioterapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

N	SEXO	EDAD	EDO CIVIL	DX MED	TX MEDICO	DX PSICOLOGICO	TX PSICOLOGICO
41	M	34	C	TM	QT	Rechaza tx, ideas irracionales	Orientación, reestructuración cognitiva, toma de decisiones, retroalimentación positiva, fortalecimiento adherencia
42	F	39	D	M	QT/CX	Sin alteración psicológica aparente	Evaluación, orientación, terapia de apoyo
43	F	29	C	CC	N	Somatización	Evaluación, intervención crisis, relajación, orientación, reestructuración cognitiva
44	F	33	S	CC	CX/RT	Irritabilidad, agresividad	Terapia de apoyo, retroalimentación positiva, toma de decisiones, asertividad, solución de problemas
45	M	64	V	CC	CX/RT	Depresión, problemas familiares	Terapia de apoyo, orientación, afrontamiento, reestructuración cognitiva, fortalecimiento adherencia
46	F	58	C	CC	CX/RT	Ansiedad, depresión, ideas irracionales	Reestructuración cognitiva, intervención crisis, contención, orientación
47	F	42	D	TM	RT/CX	Rechaza tx	Retroalimentación positiva, fortalecimiento adherencia
48	F	56	D	CC	CX	Angustia, miedo	Intervención crisis, información, terapia de apoyo, reestructuración cognitiva, fortalecimiento adherencia
49	M	69	C	TM	QT	Sin alteración psicológica aparente	Orientación, toma de decisiones
50	F	80	V	TM	CX	Amnesia, alteraciones al examen mental	Orientación, canalización

*Sexo: (F) femenino; (M) masculino.

Estado civil: (S) soltero; (C) casado; (UL) unión libre; (D) divorciado; (V) viudo.

Diagnóstico médico: (CC) tumores de cabeza y cuello; (G) tumores ginecológicos; (M) tumores de mama; (TM) tumores mixtos.

Tratamiento médico: (CX) cirugía; (RT) radioterapia; (QT) quimioterapia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como puede verse, el 86% de los pacientes atendidos era de sexo femenino lo que es posible atribuir a dos factores:

- Las clínicas de mama y de ginecología, que reciben exclusivamente a mujeres, concentran al 70% de la población que asiste a la consulta externa del servicio. A este porcentaje hay que añadir a aquellas mujeres que acuden a las otras dos especialidades. Así la gran mayoría de pacientes atendidos en el servicio son de sexo femenino.
- Los hombres, principalmente por influencia cultural, tienden a ser mas reservados al manifestar sus emociones o a referir problemas de carácter psicológico; además, su manera de enfrentar la enfermedad suele ser mas directiva y enfocada en el problema, limitando la posibilidad de intervención psicológica.

Entre las características sociodemográficas de los pacientes que acuden al servicio pueden mencionarse además:

- Edad. Se atendieron en este período a pacientes entre 16 y 94 años de edad, con una media de 52 años, la mayoría (46%) encontrándose en la 4ª y 5ª décadas de la vida.
- Estado civil. A continuación se presenta la distribución de esta característica en la población atendida:

Estado Civil	Porcentaje
Soltero	20%
Casado	44%
Unión libre	2%
Divorciado	12%
Viudo	22%

Como puede verse la mayoría de los pacientes (54%) no contaba con una pareja que la apoyara durante la enfermedad, aunque en muchos de los casos esta función la cumplía la familia de origen, los hijos, nietos y amigos. En los pacientes que si tenían una pareja, se presentaban también problemas relacionados con la enfermedad como abandono, discusiones sobre los tratamientos, disminución o desaparición de actividad sexual, rechazo por temor a "contagio", etc.

- **Escolaridad.** La mayoría de los pacientes que asiste al Hospital Juárez es de escasos recursos económicos y de bajo nivel de escolaridad. El 62% es analfabeta, el 14% solo cuenta con estudios de primaria (en la mayoría de los casos incompleta), y otro 14% ha estudiado una carrera técnica o comercial. El bajo nivel de escolaridad de los pacientes fue un impedimento importante para la aplicación de instrumentos psicométricos o de evaluación diagnóstica.
- **Ocupación.** El 54% de los pacientes se encontraba desempleado, la mayoría de ellos a expensas de la enfermedad o del tratamiento. Un 20% se dedicaba al hogar y un 14% a otras labores.
- **Religión.** El 90% de los pacientes era de religión católica. Muchos de ellos se apoyaban en sus creencias religiosas para enfrentar la enfermedad.

El porcentaje de pacientes atendido en cada especialidad se distribuye de la siguiente manera:

Clínica	Porcentaje
<i>Cabeza y cuello</i>	28%
<i>Ginecología</i>	14%
<i>Mama</i>	28%
<i>Tumores Mixtos</i>	30%

La razón por la que se atendió a menos pacientes de la clínica de ginecología es que el médico adscrito a esta especialidad no nos permitía intervenir sin supervisión de la psicóloga adscrita al hospital, con la que pocas veces tuvimos la oportunidad de trabajar de manera conjunta, ya que nuestros horarios por lo general no coincidían.

A continuación se mencionarán las principales alteraciones psicológicas identificadas en cada especialidad del servicio así como las técnicas de evaluación y tratamiento empleadas para cada caso:

Clínica de cabeza y cuello

<i>Alteraciones psicológicas</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Técnicas de Intervención</i>
Depresión, alteraciones en la imagen corporal, falta de adherencia a los tratamientos, incapacidad para tomar decisiones sobretodo relacionadas a la cirugía	Entrevista	Reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, preparación para procedimientos invasivos, entrenamiento para elevar autoestima, retroalimentación positiva, desensibilización sistemática, entrenamiento en toma de decisiones, fortalecimiento de adherencia terapéutica

Clínica de ginecología

<i>Alteraciones psicológicas</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Técnicas de Intervención</i>
Ansiedad, crisis de angustia, problemas en la relación de pareja, falta de adherencia a los tratamientos, incapacidad para tomar decisiones, falta de apoyo social	Entrevista	Intervención en crisis, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, fortalecimiento de adherencia, entrenamiento en toma de decisiones y habilidades sociales

Clínica de Mama

<i>Alteraciones psicológicas</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Técnicas de Intervención</i>
Depresión, alteraciones en la imagen corporal, falta de adherencia a los tratamientos	Entrevista	Reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, preparación para procedimientos invasivos, retroalimentación positiva, fortalecimiento de adherencia terapéutica

Clinica de tumores mixtos

<i>Alteraciones psicológicas</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Técnicas de Intervención</i>
Duelo, falta de adherencia terapéutica, incapacidad para tomar decisiones	Entrevista	Manejo del duelo, fortalecimiento de adherencia terapéutica, entrenamiento en toma de decisiones

Radioterapia

<i>Alteraciones psicológicas</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Técnicas de Intervención</i>
Falta de adherencia al tratamiento	Entrevista	Fortalecimiento de adherencia terapéutica

Quimioterapia

<i>Alteraciones psicológicas</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Técnicas de Intervención</i>
Depresión, crisis de angustia, vómito anticipatorio	Entrevista	Reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, preparación para el procedimiento, desensibilización sistemática, intervención en crisis, entrenamiento en relajación

Biopsias y Urgencias

<i>Alteraciones psicológicas</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Técnicas de Intervención</i>
Ansiedad, crisis de angustia	Entrevista	Intervención en crisis, preparación para procedimientos invasivos, entrenamiento en relajación

2. Trabajo en Hospitalización

Nuestra labor en esta área del servicio también abarcó 30 horas semanales. La intervención en hospitalización se fundamentaba en una evaluación inicial de la situación de cada paciente por medio de entrevistas semiestructuradas. No fue posible utilizar otros procedimientos diagnósticos o para medir la eficacia de los tratamientos por las mismas razones expuestas para los pacientes de consulta externa.

Como parte del trabajo realizado en este semestre dentro del servicio se llevo a cabo una evaluación o identificación de las alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales que más se presentan durante la hospitalización de los pacientes. Se resolvieron problemas como estrés, ansiedad, miedo, depresión. Entre las técnicas cognitivo conductuales empleadas para resolver estos problemas se incluyeron: reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, en toma de decisiones y solución de problemas. También se trabajo con los familiares de los pacientes fortaleciendo sus estrategias de afrontamiento, promoviendo apoyo y participación activa en la recuperación del mismo y manejando lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

Después de la visita general a hospitalización, el personal de psicología se reunía para identificar a los pacientes que requerían atención psicológica inmediata. En esta categoría se incluía a los pacientes que acaban de ingresar al hospital, los que iban a ser sometidos a una intervención quirúrgica, los que se encontraban en crisis, los pacientes terminales y aquellos que el personal consideraba que requerían atención inmediata. Durante esta selección se tomaba en cuenta el estado de salud del paciente, la conducta observada durante el pase de visita, y la información que nos proporcionaba el personal de salud sobre el estado emocional o problemas específicos de los pacientes.

En diversas ocasiones el Jefe de Servicio solicitaba un informe acerca de un paciente específico; en estos casos se realizaba una valoración completa del paciente, estableciendo un diagnóstico y un plan de tratamiento. Posteriormente,

el caso era expuesto al Jefe de Servicio. Este trabajo no se hacía con cada uno de los pacientes atendidos por limitaciones de tiempo.

El primer paso de la intervención era evaluar a través de una entrevista semi-estructurada el estado de ánimo del paciente; una vez detectada cualquier alteración emocional se utilizaban técnicas cognitivo-conductuales de intervención para tratarla.

Cuando se concluía la intervención psicológica con el paciente, se realizaba una nota clínica en el expediente médico, de acuerdo al formato S.O.A.P., que incluía:

- Subjetivo, la demanda o problema del paciente en sus propios términos.
- Objetivo, lo que el psicólogo identificaba en la descripción del problema del paciente y lo que podía observar en relación a las características del mismo, que pudiera tener importancia clínica.
- Análisis, se establecía un diagnóstico psicológico.
- Plan, se sugerían estrategias específicas de intervención.

El trabajo se extendía a los familiares de los pacientes, quienes debían enfrentar los estragos y consecuencias de la enfermedad, cuidar al paciente y continuar al mismo tiempo con sus actividades cotidianas; en ocasiones los familiares se acercaban al personal de psicología solicitando apoyo, aunque la mayor parte de las veces el personal identificaba situaciones problemáticas en la dinámica familiar realizando la intervención correspondiente.

Resultados:

En hospitalización se atendieron en promedio 10 pacientes diariamente, incluyendo familiares. Los pacientes permanecían hospitalizados aproximadamente 3 o 4 días, dependiendo del tratamiento que se encontraran recibiendo y de la recuperación individual; este periodo en ocasiones podía

prolongarse por semanas cuando el tratamiento lo ameritaba. El tiempo de estancia en hospitalización limitaba en ocasiones nuestro trabajo, ya que nuestra intervención llegaba a ser única, existiendo en el mejor de los casos un seguimiento de dos a tres sesiones por paciente. Este es un período muy corto para realizar un trabajo completo en el que se promueva un cambio en la situación del paciente, se vigile el mantenimiento y se prevengan futuras recaídas.

La evolución de la enfermedad varía en cada paciente, por lo que en el área de hospitalización se atendieron tanto a pacientes cuyo pronóstico era muy bueno, hablando en muchas ocasiones de curación, como a pacientes terminales que se encontraban fuera de manejo oncológico. En una misma habitación convivían pacientes con distintos grados de evolución de la enfermedad.

En hospitalización principalmente se recibía a los pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente, a algunos que recibían quimioterapia y a aquellos con deterioro general a expensas de la enfermedad o de los tratamientos. Con los pacientes intervenidos quirúrgicamente era importante trabajar antes de la cirugía para reducir sus niveles de estrés y de esta forma prevenir crisis hipertensivas y otros contratiempos que impidieran que el procedimiento se llevara a cabo. Después de la cirugía también se les brindaba apoyo, contribuyendo y agilizando su recuperación. En aquellos casos en los que la cirugía era más agresiva, había que trabajar aspectos como autoimagen, autoconcepto y autoestima para de esta forma prevenir alteraciones psicológicas y favorecer la adaptación de los pacientes a su estado.

Aceptar dispositivos como los estomas para sustituir una función, catéteres, alimentación parenteral, sondas, etc., también resultaba en ocasiones muy problemático para los pacientes. En estos casos también se fortalecían sus estrategias de afrontamiento para favorecer la adaptación y adherencia a los mismos.

También se atendió a pacientes con efectos secundarios de los tratamientos: quemaduras y fístulas como consecuencia de la radioterapia o pacientes que entraban con alguna infección oportunista por encontrarse en etapa de nadir (baja en los glóbulos blancos y en las plaquetas que hace más factible que se presenten infecciones fatales o hemorragias incontrolables), después de la aplicación de algún ciclo de quimioterapia. Estas complicaciones exigen que los pacientes utilicen adecuadas habilidades de afrontamiento para manejarlas.

B) Clínica de Dolor y Medicina Paliativa

Justificación teórica:

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión en el tejido corporal. Como tal, posee un importante valor adaptativo, ya que indica la necesidad de tomar medidas para retirar el cuerpo de la fuente de lesión o para remediar un proceso patológico en marcha. Pero cuando el dolor permanece a pesar del empleo de recursos terapéuticos, y afecta al individuo durante períodos de tiempo prolongados, entonces deja de promover conductas adaptativas y por el contrario, obliga a modificaciones radicales y permanentes en los estilos de vida. Este tipo de dolor, conocido como dolor crónico, se considera una compleja experiencia multidimensional que involucra no solo elementos sensoriales y emocionales, sino motivacionales y cognoscitivos, que en los casos agudos no son tan evidentes (Miller, 1993). Por ejemplo, en un cuadro de dolor crónico suelen presentarse síntomas de depresión y ansiedad (Miller, 1993; Spence, Sharpe, Newton-John y Champion, 1995), alteraciones del humor y estado de ánimo, abuso y posible dependencia de narcóticos y psicofármacos, reducción del nivel de actividad física y funcional, social y recreativa, modificaciones en el ambiente familiar y en las relaciones interpersonales (Latorre, 1994). Así, el dolor crónico se convierte en una experiencia desgastante, frustrante y costosa, tanto para la persona que lo padece como para los profesionales de la salud que no cuentan con los medios

terapéuticos adecuados para controlarlo. Se le considera una compleja experiencia multidimensional, por lo que estos cuadros son un ejemplo de la clase de problemas que exigen un estudio interdisciplinario.

Desde el punto de vista psicológico, el dolor crónico constituye un cuadro complejo, en el que convergen una serie de problemas entre los que se encuentran los siguientes (Latorre, 1994):

- Percepción del fracaso de los recursos terapéuticos, tanto profesionales como controlados por el paciente, y escasa confianza en que se pueda encontrar un remedio eficaz.
- Dificultad para discriminar y describir los elementos del cuadro clínico. La información que proporciona el paciente es confusa y ambigua.
- Exceso de reposo y reducción del nivel de actividad física y funcional, agravados a menudo por la coincidencia con la edad avanzada y la jubilación.
- Abuso y posible dependencia de narcóticos y psicofármacos.
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteraciones del humor y estado de ánimo.
- Deterioro de las habilidades de comunicación e inadecuadas pautas de relación interpersonal o habilidades sociales. En la interacción social, predominio de repertorios comunicativos relacionados con el dolor. Problemas de comunicación con los profesionales.
- Abandono del trabajo y los consiguientes problemas de contacto y de relación social, además de económicos.
- Ausencia de alternativas conductuales competitivas con las conductas de dolor.
- Restricción en el acceso a las consecuencias naturales propias de las actividades normales: ambiente natural empobrecido. Restricción de las fuentes de estimulación alternativa o distracciones.
- Modificaciones en el ambiente familiar. Relaciones familiares basadas en la asistencia y cuidados del paciente. Falta de autonomía personal.

Algunos de estos problemas son indicativos de invalidez, otros corresponden a fenómenos concurrentes, y todos constituyen factores mantenedores o etiológicos secundarios del cuadro de dolor crónico.

Con el uso de diversas estrategias psicológicas para el manejo del dolor se busca que los pacientes comiencen a aceptar su responsabilidad para regularlo, a adoptar un patrón activo de afrontamiento y a reducir sentimientos de desesperanza e indefensión (Kelly y Lynch, 1992). Para la elección de la modalidad psicoterapéutica apropiada es importante tomar en cuenta la cronicidad del dolor, la comprensión que tiene el paciente de su enfermedad, ganancias secundarias, experiencias previas de dolor y la extensión del trauma psicológico (Sollner y Doering, 1997).

Las principales técnicas psicológicas empleadas en el manejo del dolor crónico son de carácter cognitivo conductual.

Los denominadores comunes de las aproximaciones cognitivo-conductuales incluyen:

1. La idea central es que las emociones y conductas están influidas considerablemente por las cogniciones
2. Se enfatiza el uso de técnicas activas y estructuradas para modificar las cogniciones, sentimientos y conductas del paciente.
3. Se enfocan en que el paciente adquiera y utilice estas técnicas por su cuenta (Turner y Romano, 1990).

Esta intervención no está diseñada para eliminar el dolor per se, aunque la intensidad del mismo puede reducirse al incrementar la actividad y al adquirir estrategias de afrontamiento funcionales. El objetivo es ayudar a los pacientes a vivir de manera más satisfactoria independientemente del dolor y la incomodidad. Se busca que el individuo adquiera un sentido de control sobre el dolor y disminuya las emociones (ansiedad, desesperanza e indefensión), pensamientos y juicios negativos relacionados con él; esto a su vez reducirá el dolor, el sufrimiento y las conductas de dolor (Turner y Romano, 1990). Otras metas incluyen la reducción de la dependencia al sistema de salud y a los analgésicos.

Las técnicas más utilizadas en este enfoque incluyen: (Turner y Romano, 1990; Morley, Eccleston, y Williams, 1999):

- Reestructuración cognitiva. Se enseña a los pacientes a monitorear y evaluar sus pensamientos negativos y a generar otros más realistas y adaptativos.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Se incluyen diversas estrategias para manejar el dolor: relajación, imaginación, repetición de frases de afrontamiento (mantras), distracción.
- Inoculación de estrés. Consiste en enseñar a los pacientes a identificar situaciones estresantes y las reacciones asociadas, sustituyéndolas por respuestas más adaptativas.

Aunque considerada como una estrategia de afrontamiento y como parte fundamental de la inoculación de estrés, la relajación merece una mención aparte por su amplio uso en el control del dolor crónico. Existe una incompatibilidad básica entre la respuesta emocional a la relajación y el componente reactivo del dolor (Domar, Friedman y Benson, 1993). Se considera que la relajación reduce el dolor al disminuir la activación simpática y que esta reducción se prolonga más allá del período en el que se practica el ejercicio. La relajación facilita la habilidad del individuo para utilizar la sugestión y la imaginación para aliviar el dolor. La atención focalizada en la relajación facilita la detección e interrupción de pensamientos preocupantes asociados con el dolor. La relajación muscular rompe con el ciclo de dolor: cuando ocurre una lesión la tendencia natural es tensar los músculos para inmovilizar el sitio y proteger contra mayor trauma; la tensión muscular crónica produce más dolor, este más tensión y así se inicia un ciclo autosostenido (Kelly y Lynch, 1992).

Existen diversas estrategias de relajación adecuadas para pacientes con dolor crónico. La más utilizada es la muscular progresiva en la que se pide a los sujetos tensar y relajar grandes grupos musculares. El propósito de esta técnica es relajar los músculos tensos que contribuyen al dolor. Eventualmente se va desarrollando la habilidad para reducir la tensión muscular sin necesidad de tensar activamente los músculos (Kelly y Lynch, 1992). Se ha reportado la efectividad de esta estrategia en una variedad de síndromes dolorosos: cefalea tensional, migraña, desorden temporomandibular, dolor crónico de espalda y síndrome miofascial.

Estudios de laboratorio han demostrado la efectividad de las técnicas cognitivo conductuales en el incremento de la tolerancia a una variedad de procedimientos nociceptivos (agua helada, choque eléctrico, isquemia muscular). Su efectividad clínica se ha demostrado con un amplio rango de síndromes dolorosos: cefalea, artritis, quemaduras, dolor de espalda baja, etc. Tiene un valor limitado con dolor de poca intensidad y rápido inicio. Aun no se sabe con claridad el mecanismo exacto de acción de estas técnicas, pero se cree que puedan prevenir o bloquear actividad neuronal reverberante anormal (Domar, Friedman y Benson, 1993).

En relación con la Medicina Paliativa se pueden mencionar los siguientes fundamentos teóricos. Los cuidados paliativos están dirigidos a todos aquellos pacientes con una enfermedad terminal. Una enfermedad terminal se define por:

- Una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, relacionado con la inminencia de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses (Die y López, 2000).

En Medicina Paliativa se utilizan todas las estrategias disponibles para procurar que la muerte se produzca con el menor nivel de sufrimiento y la mayor dignidad posible para el paciente y sus familiares. Cicely Saunders, fundadora en la década de los 60 de los cuidados paliativos, estableció 3 vías para alcanzar este objetivo: tratamiento de los síntomas, apoyo psicológico e información y comunicación continua con el enfermo y familia, considerando al paciente y no a la enfermedad como el verdadero foco de atención (Die y López, 2000). Los pacientes necesitan, sobretudo al final de la vida, la esperanza de que no todo está perdido, de que pueden morir sin dolor, acompañados, comprendidos. Es fundamental permanecer al lado del enfermo hasta su muerte, sin abandonarlo, creando el clima relacional adecuado para que pueda expresar sus miedos, dudas, preocupaciones y sentimientos.

Los cuidados paliativos se aplican siguiendo los siguientes principios básicos:

- Control de síntomas
- Apoyo emocional continuo
- Organización flexible
- Equipo interdisciplinario (Die y López, 2000).

En el aspecto emocional, comúnmente se asume que la depresión y la ansiedad son reacciones naturales y normales ante una enfermedad incurable. Los cambios emocionales y cognitivos en pacientes con alguna enfermedad avanzada reflejan los efectos psicológicos y biológicos de la condición médica y su tratamiento. Las reacciones psicológicas después del diagnóstico de una enfermedad terminal incluyen: llanto, desesperación y miedo. Estas reacciones generalmente disminuyen en intensidad pocas semanas después, cuando los pacientes hacen uso de sus recursos, del apoyo familiar y en algunos casos de atención profesional oportuna. Una minoría de pacientes, cerca del 10-20% desarrolla un trastorno psiquiátrico formal que requiere de una valoración y manejo específico (Die y López, 2000). Es importante identificar la presencia de un trastorno psiquiátrico en el paciente, ya que sin tratamiento se puede incrementar su sufrimiento ante la dificultad de comunicarse con los demás. Los pacientes necesitan la oportunidad de ser escuchados sin miedo a la censura o al abandono.

Las bases de la terapéutica recomendadas por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos son:

- Atención integral, individualizada y continua.
- El enfermo y su familia constituyen la unidad objeto de atención.
- Promoción de autonomía y dignidad del enfermo.
- Concepción terapéutica activa y positiva.
- Importancia del clima relacional (Die y López, 2000).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Objetivos:

Los objetivos planteados en el plan operativo de esta sede para las actividades desarrolladas por las residentes de Medicina Conductual fueron los siguientes:

1. Detectar problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema de dolor crónico.
2. Desarrollar programas de intervención en pacientes con dolor crónico a nivel individual.
3. Aplicar estrategias de intervención que apoyen la solución de problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
4. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
5. Favorecer en los pacientes la adherencia a la terapéutica médica.
6. Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, depresión y habilidades de afrontamiento.

Con base en estos objetivos, a continuación se describen las actividades realizadas diariamente por las residentes de Medicina Conductual:

Actividades:

Hr/ Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7:00-8:00	1	1	1	1	2	9	9
8:00-9:00	2	2	2	2	8		
9:00-9:30	3	3	3	3	3		
9:30-2:00	4	4	7	4	4		
2:00-3:00	6	6	6	6	6		
3:00-5:00	4 y 5	4 y 5	5	4 y 5	4 y 5		

1. Curso de dolor crónico
2. Visita matutina a hospitalización
3. Discusión de casos clínicos
4. Consulta Externa
5. Visita vespertina a hospitalización
6. Comida
7. Día académico
8. Sesión general del hospital
9. Guardias

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1. *Curso de dolor crónico*

Este curso, de carácter obligatorio para los residentes, se impartía de lunes a jueves, de 7:00 a 8:00 a.m. En este curso participaban como ponentes los Residentes de Algología y de Medicina Conductual tanto del INCMNSZ como del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). También se invitaba a médicos y otros profesionales de la salud externos a las clínicas. Las clases eran coordinadas por médicos adscritos de ambas clínicas. Los temas tratados eran los propuestos por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), adaptados por el Jefe de la Clínica del Dolor del INCMNSZ.

Cada mes se programaban dos o tres temas del área psicológica, que eran impartidos por los residentes de Medicina Conductual de ambas clínicas, por los supervisores y por invitados externos. La preparación de las clases requería una revisión de artículos en inglés publicados en los últimos 3 años sobre el tema a exponer y de material de apoyo para respaldar la exposición. Personalmente, presente las siguientes clases:

- Manejo psicológico del dolor crónico
- Dolor y depresión
- Dolor y personalidad

Cada trimestre se realizaba una evaluación escrita acerca de los temas vistos durante el curso. Estas evaluaciones se calificaban dando un peso específico dependiendo de la especialidad de los examinados, por lo que las preguntas del área psicológica tenían mayor peso para los psicólogos que las preguntas de Algología.

2. *Hospitalización*

El área de hospitalización esta dividida en 4 pisos: en el 1er y 2º son hospitalizados pacientes de bajos recursos económicos y en el 3º y 4º se atiende a pacientes con un nivel socioeconómico alto.

En la clínica del dolor y cuidados paliativos se atendían solo interconsultas de otros servicios. Cada paciente era asignado a un residente de Algología y a uno de Medicina Conductual, quienes eran responsables de valorar y atender al

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

paciente desde el momento de la interconsulta hasta su alta o recuperación. Una vez solicitada la interconsulta, se procedía a realizar la valoración médica y psicológica del paciente. Previamente, se revisaba el expediente clínico del paciente para contar con información básica sobre su identidad y situación física. En un primer momento, se realizaba una valoración psicológica que permitía obtener una impresión diagnóstica del paciente. Posteriormente, con mas tiempo y de preferencia en privado con el paciente, se realizaba una valoración mas completa, a través de una entrevista semiestructurada, observación directa y reportes de los familiares, personal médico y de enfermería. Por último, se elaboraba un plan de trabajo para cada paciente. En cada visita subsecuente se realizaba la intervención psicológica de acuerdo a los objetivos planteados.

Cuando las condiciones de salud del paciente impedían una valoración directa se buscaba trabajar con su familiar mas cercano. Independientemente de esta situación, se solía entrevistar y brindar tratamiento a los familiares por los problemas emocionales, económicos, sociales y laborales que en ocasiones acompañan a la enfermedad del paciente. Con esta atención se prevenía o trataba lo que se conoce como "claudicación familiar", que se refiere al desgaste emocional de los cuidadores principales del enfermo que bloquea su capacidad de seguir atendiéndolo adecuadamente, llegando en ocasiones al abandono del mismo dentro de los hospitales.

La atención del paciente hospitalizado era supervisada por el jefe de la clínica (martes y jueves) y por el médico adscrito (lunes, miércoles y viernes). En el caso de Medicina Conductual el supervisor InSitu realizaba la supervisión correspondiente (martes y viernes).

Diariamente, entre las dos psicólogas de Medicina Conductual, atendíamos en promedio a 6 pacientes hospitalizados. Cada paciente permanecía aproximadamente una semana hospitalizado, por lo que la intervención debía adaptarse a este lapso.

Se realizaban visitas matutinas, vespertinas y de fin de semana para atender a cada paciente. En caso necesario el psicólogo debía acudir a cualquier hora del día a solicitud del propio paciente o del servicio interconsultante.

3. *Discusión de casos clínicos.*

Después de la visita matutina a hospitalización, los médicos residentes debían presentarle al jefe de servicio los casos que estuvieran a su cargo. En estas sesiones se aclaraban dudas sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y se sugerían distintas opciones de intervención. En muchas ocasiones, el psicólogo residente también debía exponer la situación emocional de los pacientes, mencionando tanto el diagnóstico como las estrategias de intervención empleadas con cada uno de ellos.

4. *Consulta externa*

Los pacientes que asistían a la consulta externa de la clínica, eran atendidos lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a.m. a 17:00 p.m. Se atendía de 25 a 30 pacientes con dolor crónico diariamente; los pacientes eran referidos por sus servicios de base.

Como apoyo para los residentes de Algología diariamente se contaba con la supervisión de algún médico adscrito a la clínica.

Los pacientes eran atendidos en un consultorio con 3 áreas de exploración clínica, pudiéndose tratar a 4 pacientes de manera simultánea. En este mismo espacio se proporcionaba la atención psicológica en caso de ser necesaria. La ubicación del psicólogo en la misma área de la evaluación médica permitía detectar inmediatamente la necesidad de intervención psicológica. De ser posible, por las condiciones y tiempo del paciente, la intervención se iniciaba en ese mismo momento.

Los martes, jueves y viernes se atendía a pacientes que acudían de manera subsecuente a la clínica. Los lunes, además de la atención de pacientes subsecuentes, se evaluaba a 10 pacientes que acudían por primera vez a la clínica. Este día se abría un expediente para manejo exclusivo de la clínica, en donde se incluía la valoración médica, psicológica, psiquiátrica y de trabajo social. Una vez realizada la valoración médica, se explicaba al paciente el objetivo de la evaluación psicológica y obteniendo su autorización se procedía a la entrevista. Para este fin, se elaboró un formato de entrevista semiestructurada

(Anexo 1). La eficacia de la intervención era evaluada principalmente mediante la observación de cambios conductuales inmediatos (remisión de síntomas, relajación, normalización de reacciones, etc.) o a largo plazo (adherencia a los tratamientos, reducción de complicaciones médicas, etc.) y con el reporte del paciente, de los familiares o del personal de salud.

Las alteraciones psicológicas más comunes en estos pacientes eran: depresión, trastornos adaptativos, de personalidad, afectivos, de ansiedad, mentales orgánicos, somatomorfos, demencia, delirium, falta de adherencia a los tratamientos y problemas para elaborar el duelo por la pérdida de la salud. Para el tratamiento de estos problemas se utilizaron recursos como: intervención en crisis, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva y de apoyo. Cuando se consideraba necesario se programaba una cita para valoración psiquiátrica.

➤ *Cuidados paliativos*

El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida del paciente en etapa terminal a partir del control de síntomas. La atención del paciente terminal en la clínica era multidisciplinaria, incluyendo tratamiento médico, apoyo psicológico continuo, intervención de trabajo social y de psiquiatría, permitiendo así cumplir con las demandas de los enfermos de manera más completa.

Al ingreso del paciente a Cuidados Paliativos se abría un expediente que incluía lo siguiente: a) nota del servicio tratante, b) historia clínica, c) evaluación social y psicológica. Como parte de la exploración psicológica, se intentaba entrevistar al paciente desde su primera visita al servicio (si su condición física lo permitía). En ocasiones era necesario proporcionar terapia de apoyo o realizar intervención en crisis, por la situación emocional extrema en la que se encontraban los pacientes en ese momento.

En la mayoría de los casos, el médico adscrito a la clínica organizaba una reunión familiar en la que participaba el residente responsable de la atención del paciente, el psicólogo y la trabajadora social. La finalidad de esta reunión era que los familiares expusieran sus dudas acerca de la enfermedad y el tratamiento del paciente, tuvieran un conocimiento más claro del diagnóstico y

conocieran de manera aproximada el pronóstico de la enfermedad. La participación del área psicológica consistía principalmente en proporcionar apoyo emocional a los familiares para de esta forma intentar aliviar el sufrimiento provocado por la situación del paciente y prevenir la claudicación familiar, al proporcionarles información sobre los cambios de conducta y las reacciones emocionales que pudieran presentar tanto los pacientes como algún miembro de la familia. En caso de ser necesario se brindaba atención psicológica en ese momento, mediante intervención en crisis y terapia de apoyo principalmente.

Los pacientes terminales asistían a consulta los martes y jueves, atendándose a 3 en promedio cada día. En caso de ser necesario, el paciente o sus familiares podían llamar por teléfono o acudir a consulta sin cita para resolver dudas sobre el tratamiento o la evolución del paciente.

Cuando el paciente ya no podía trasladarse al hospital por su condición física, el personal de la clínica realizaba visitas domiciliarias para valorarlo y darle tratamiento. A estas visitas acudía un médico residente, un psicólogo y la trabajadora social. Sin embargo, estas visitas dependían de que el hospital proporcionara un transporte para hacer el traslado.

Cuando un paciente del programa fallecía, la trabajadora social por vía telefónica realizaba una *pequeña evaluación a los familiares sobre la calidad de muerte del paciente.*

➤ *Urgencias*

El servicio de urgencias del hospital cuenta con 10 consultorios individuales y uno con capacidad para 4 personas. Este servicio esta a cargo de médicos internistas y funciona a través de interconsultas a las diversas especialidades, para que valoren y atiendan a los pacientes que se encuentran mas graves.

Cuando se solicitaba una interconsulta a la clínica, la atención del paciente se delegaba en un médico y un psicólogo residentes, quienes realizaban una valoración conjunta y proponían un plan de tratamiento integral para el paciente, citándolo posteriormente a la consulta externa para mantenerlo en seguimiento.

En caso de ser necesario se brindaba en ese momento atención psicológica al paciente, aunque por la demanda del servicio de urgencias la intervención debía ser corta; en la mayor parte de los casos se daba cita abierta el paciente para recibir atención psicológica.

Diariamente se recibían en la clínica por lo menos 2 interconsultas del servicio de urgencias.

5. Día académico

Los miércoles se realizaban exclusivamente actividades académicas, en donde participaban tanto los médicos como los psicólogos residentes del INCMNSZ y del INCAN.

Este día se programaban dos clases del curso de dolor, una a las 7:00 y otra a las 9:00 a.m. A las 8:00 a.m., se realizaba la visita matutina a hospitalización y la revisión grupal de la situación de cada paciente. A las 10:00 a.m. se iniciaba la discusión de un caso clínico expuesto por un médico residente de Algología y un psicólogo de Medicina Conductual. Las exposiciones estaban a cargo de cada clínica de manera alternada por semana. La finalidad de esta actividad era desarrollar habilidades de evaluación, diagnóstico y tratamiento en los residentes. Una semana antes de la exposición se entregaba un resumen del caso clínico a todos los residentes para que lo analizaran individualmente. El día de la presentación se resolvían dudas sobre los datos proporcionados en la historia clínica y psicológica. Posteriormente, cada residente proponía un diagnóstico algológico, uno clínico y las opciones de tratamiento. Para terminar, el psicólogo exponía la valoración e intervención realizada con el paciente, justificando la elección del tratamiento con una revisión bibliográfica de los últimos años sobre la intervención cognitivo conductual en este tipo de casos. Después, el médico residente realizaba una breve revisión acerca de un tema relacionado con el caso clínico.

La última actividad de ese día era la revisión de artículos de divulgación científica relacionados con dolor o cuidados paliativos. Algunos residentes eran seleccionados en cada sesión para exponer el artículo y someterlo a discusión

grupal. Los artículos debían haberse publicado en los últimos 3 años y de preferencia debían estar escritos en inglés. Finalmente, cada residente entregaba un resumen en español de una cuartilla del artículo revisado. Los artículos seleccionados por los residentes de Medicina Conductual se referían a aspectos psicológicos relacionados al diagnóstico y tratamiento de pacientes con dolor crónico y terminales, lo que apoyaba de manera importante nuestro desempeño en la intervención diaria con los pacientes.

Las actividades del día académico eran dirigidas por alguno de los médicos adscritos a las clínicas, quien además de supervisar las exposiciones enriquecía la discusión con valiosas aportaciones para el mejor aprovechamiento del tema.

6. Sesión general del hospital

Todos los viernes se asistía a la sesión general del INCMNSZ, en la que se presentaban casos clínicos de difícil diagnóstico o tratamiento, investigaciones, actividades y alcances de cada una de las especialidades con las que cuenta el instituto. La orientación de estas sesiones era exclusivamente médica. En los últimos minutos de estas sesiones el personal médico realizaba comentarios y sugerencias sobre los temas discutidos.

Resultados

Durante el periodo comprendido entre marzo del 2001 y febrero del 2002, entre las 2 residentes de Medicina Conductual del INCMNSZ se atendió a 511 pacientes, 350 mujeres y 161 hombres, con un promedio de edad de 52.5 años, una mediana de 35 y un rango entre 15 y 88 años. A continuación se presentan las características sociodemográficas de los pacientes con dolor crónico atendidos en la clínica durante este periodo (Cuadro 1):

Cuadro 1. Características demográficas de pacientes con dolor crónico

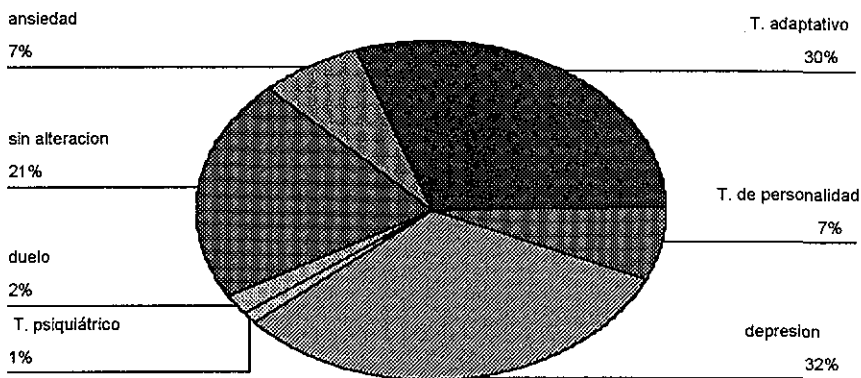
Variables	Porcentaje
Estado Civil	
Soltero	10%
Casado	63%
Unión libre	2%
Separado	9%
Divorciado	2%
Viudo	14%
Situación laboral	
Profesionista	4%
Oficio	25%
Técnico	2%
Jubilado	3%
Desempleado	5%
No trabaja	11%
Hogar	50%
Nivel Educativo	
Analfabeta	8%
Primaria	37%
Secundaria	23%
Preparatoria	13%
Licenciatura	18%
Posgrado	1%
Religión	
Católica	95%
Cristiana	1%
Otras	4%

En consulta externa se atendieron 138 pacientes subsecuentes (27%), 130 de primera vez (25%), y 51 pacientes terminales (10%). En hospitalización se atendieron 192 pacientes (38%).

A continuación se presentan los trastornos psicológicos identificados con mayor frecuencia en esta población (Figura 1).

Figura 1. *Trastornos psicológicos en pacientes con dolor crónico*

DIAGNOSTICO PSICOLOGICO

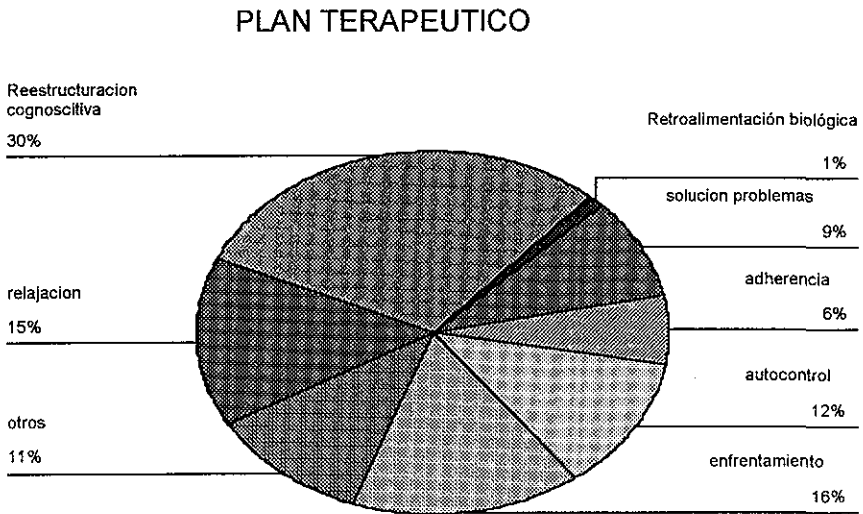


Como puede verse, la mayoría de los pacientes con dolor crónico presentaba un trastorno depresivo mayor (32%) o un trastorno adaptativo ya sea con síntomas depresivos, ansiosos o mixtos (30%). Es importante resaltar que el 21% de los pacientes con dolor que asistían a la clínica no presentaba una alteración psicológica aparente.

A continuación se presentan las intervenciones psicológicas más utilizadas en el tratamiento de pacientes con dolor crónico (Figura 2)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Figura 2. En esta figura se muestra el Plan terapéutico que con mayor frecuencia se planteo como intervención cognitivo-conductual subsecuente.



Competencias profesionales alcanzadas:

Las competencias profesionales desarrolladas con estas actividades permitieron:

- Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.
- Seleccionar y adaptar técnicas y procedimientos de intervención cognitivo-conductual.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención psicológica en el área de la salud.
- Perfeccionar la intervención psicológica a partir de los resultados obtenidos con los pacientes atendidos.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Integrar los fundamentos teóricos, las técnicas y los procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de la salud.
- Identificar, manejar y construir categorías para conceptualizar los problemas a partir del conocimiento científico existente.

Actividades académicas:

Investigaciones:

- Durante el primer año de residencia, se realizó una investigación sobre los estilos de afrontamiento de pacientes con cáncer. En esta investigación se aplicó una adaptación del instrumento "Estilos de Afrontamiento" de Reyes y Góngora (1998), a 100 pacientes con diagnóstico de cáncer que asistían al Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, de ambos sexos y edades comprendidas entre 17 y 70 años, seleccionados aleatoriamente. El objetivo de esta investigación fue identificar y evaluar los estilos de afrontamiento empleados por los pacientes, para posteriormente poder desarrollar programas de intervención dirigidos a promover en ellos habilidades que les permitieran aprender a vivir con la enfermedad y resolver problemas derivados de la misma. No fue posible identificar un patrón de afrontamiento común en esta población, por lo que se concluyó que el abordaje de este aspecto en el tratamiento de los pacientes con cáncer debía hacerse con un enfoque individual. En cada paciente debían promoverse estrategias más activas y efectivas de afrontamiento dirigidas a mejorar su calidad de vida.
- En el segundo semestre del primer año, se realizó una investigación sobre adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer. En esta investigación se buscaba comprobar si con la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual que incluyera intervención en crisis, preparación para procedimientos médicos y promoción de adherencia terapéutica, se lograba que los pacientes aceptaran y cumplieran con el tratamiento médico prescrito. El programa de tratamiento se aplicó a 12 pacientes con diagnóstico de cáncer que asistían a la Consulta Externa del Servicio de

Oncología del Hospital Juárez de México. Se utilizó un muestreo intencional o por cuota, no probabilístico, trabajándose con aquellos sujetos que ante la confirmación del diagnóstico de cáncer y durante la planeación del tratamiento presentarán crisis de angustia, tuvieran dudas sobre aceptar el tratamiento o tendieran a rechazarlo. Se utilizó un diseño cuasiexperimental AB sin grupo control. La intervención se fundamentó en una evaluación inicial de la situación de cada paciente por medio de entrevistas estructuradas. La eficacia de la intervención se evaluó mediante la observación de cambios conductuales inmediatos y a largo plazo, un cuestionario sobre cumplimiento y participación en los tratamientos médicos y un cuestionario sobre la eficacia del tratamiento, además del reporte de los familiares y del personal de salud. Los resultados obtenidos con la aplicación del programa de tratamiento indicaron que este fue efectivo en el 84% de los casos, lográndose que los pacientes aceptaran y cumplieran el tratamiento médico prescrito. Los alcances de este programa fueron limitados por el tamaño de la muestra y por no haber utilizado una metodología más rigurosa para evaluar los efectos del mismo. Se trabajó de esta manera por consideración a las características y situación de los pacientes y tomando en cuenta las demandas de la institución.

- Durante los primeros meses del 2o año de residencia, realicé un proyecto de investigación sobre adherencia a los tratamientos médicos en pacientes con dolor crónico, basándome en el programa descrito con anterioridad en pacientes oncológicos, sin embargo, el jefe de la clínica nos pidió que realizáramos una investigación sobre el estado psicoafectivo de los pacientes que asistían por primera vez a la Clínica de Dolor y Medicina Paliativa del INCMNSZ. Así, desarrollamos la investigación titulada: "Evaluación cognitivo conductual de pacientes con dolor crónico". Con base en el modelo cognitivo conductual y debido a la falta de datos sobre las características psicológicas de los pacientes con dolor crónico en México, se considero importante evaluar los factores psicológicos que rodean la experiencia de dolor, como: consciencia de enfermedad, conductas de dolor, estado afectivo, distorsiones

de pensamiento, locus de control, afrontamiento, autoeficacia, intervención de la familia en las conductas de dolor, estrés, atención somática, adherencia a los tratamientos médicos y repercusión del dolor en la vida del paciente. Para esto se elaboró un formato de entrevista semiestructurada en el que se evaluaban los aspectos mencionados anteriormente. Se trabajó con 100 pacientes que asistieron por primera vez a la clínica. Los pacientes con dolor crónico de este estudio presentaron las siguientes características: la mayoría reconocía de manera clara y precisa su problema de salud; utilizaba con mayor frecuencia las pausas o cambios en la actividad como conductas de dolor; el estado afectivo que predominaba en ellos era la tristeza; el consumo de medicamentos era la estrategia más utilizada por los pacientes para controlar el dolor; la mayoría se sentía moderadamente capaz de controlar efectivamente su dolor; en la mayoría de los casos los familiares promovían el decremento de las conductas de dolor; la mayoría consideraba que el estrés desencadenaba o mantenía el dolor asociando el origen del estrés con la dinámica familiar; la mayoría atendía a sus funciones corporales de manera adecuada y se adhería adecuadamente a los tratamientos médicos sin llegar a cumplirlos en su totalidad. El área más afectada por el dolor era la emocional. No se encontraron distorsiones de pensamiento, estilos de afrontamiento o un locus de control característicos en esta muestra. Los diagnósticos psicológicos más frecuentes en esta población fueron: trastorno depresivo leve, moderado o severo y trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, ansioso o mixto. Esta investigación sugiere la importancia de considerar los aspectos cognitivo conductuales identificados debido a su influencia en la experiencia y tratamiento de dolor de los pacientes.

Competencias profesionales alcanzadas

Las competencias profesionales desarrolladas con estas actividades incluyen:

- Capacidad para evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Adaptación de instrumentos de medición en el área.
- Adaptación de técnicas y procedimientos de intervención cognitivo-conductual.
- Evaluación de la eficacia de los programas de intervención psicológica en el área de la salud.

Tutoría y supervisión:

- Durante los dos años de residencia, asistí a tutoría con el Dr. Samuel Jurado Cárdenas en la facultad, donde se discutían problemas que surgían del trabajo cotidiano en la sede, se proporcionaba orientación sobre diversos aspectos de índole profesional, se discutían casos clínicos y se analizaban algunas lecturas. Durante este período se revisaron los siguientes textos: "Dejalos ir con amor" de O'Connor, que habla de la muerte y la elaboración del duelo; "El control de tu estado de ánimo" de Greenberger y Padesky, que explica de manera sencilla en que consiste y como se aplica paso a paso la terapia cognitiva; "Terapia racional emotiva conductual", que explica el desarrollo, los fundamentos y aplicaciones de este tipo de intervención; y "Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad" de Beck y Freeman, en el que se habla del diagnóstico y tratamiento de los trastornos de personalidad con una orientación cognitiva. También en este espacio se reviso el formato para la elaboración de textos científicos de la APA sometiendo varios artículos a discusión en cuanto a que tanto cumplían con los requisitos planteados por este organismo. Estas actividades se llevaron a cabo en sesiones semanales de 2 horas.
- Durante nuestra rotación por el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, contamos con supervisión académica por parte del Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, en la que se exponían casos difíciles, se resolvían dudas, aclaraciones, se organizaba y retroalimentaba el trabajo realizado, y se asignaban y discutían lecturas. Estas actividades tenían lugar una o dos veces por semana, en las instalaciones del hospital, en sesiones de una hora aproximadamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

✓ Durante nuestra estancia en la Clínica de Dolor y Medicina Paliativa del INCMNSZ, recibimos supervisión In Situ por la Mtra. Lou González Muñoz, que incluyó organización y retroalimentación del trabajo realizado, orientación en el manejo de casos difíciles, solución de dudas, asignación y discusión de lecturas. Los textos revisados en este período fueron: "Terapia para resolver problemas" de Haley; "Un análisis comunicacional de la obra "Quién le teme a Virginia Woolf?"; "El escándalo del placer", un capítulo del libro "Ética como amor propio" de Savater; por último, comenzamos a revisar el libro "Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar" de Satir. Con el análisis de estos textos se abrió la discusión sobre temas como terapia de grupo y de familia, aspectos básicos para favorecer la adherencia de los pacientes a la psicoterapia, intervención breve y solución de problemas. Estas actividades tenían lugar los martes y los viernes en sesiones de dos horas aproximadamente.

Competencias profesionales alcanzadas:

- Perfeccionar la intervención psicológica a partir de la retroalimentación proporcionada.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.
- Integrar los fundamentos teóricos, las técnicas y los procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de la salud.
- Adquisición de información novedosa en el área de la salud que respaldara el desempeño profesional.
- Actualización sobre el papel del psicólogo en el área de la salud.

Otras actividades profesionales:

En este rubro se mencionarán otras actividades que aunque originalmente no estaban contempladas, también se desarrollaron durante los dos años de residencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Durante el primer año de residencia, asistimos a la presentación y discusión de casos clínicos en la facultad. En este espacio, cada residente de la Maestría tanto de 1º como de 2º año expuso el trabajo que se realizaba en su sede y un caso clínico que se sometía a discusión grupal.
- En los últimos meses del 2o año, las residentes de Medicina Conductual adscritas a la Clínica de Dolor del INCMNSZ, elaboramos el capítulo titulado: "Técnicas Psicológicas para el Manejo del Dolor Crónico", publicado en la "Guía Práctica para el Alivio del Dolor y los Cuidados Paliativos", dirigida por el jefe de la clínica. Esta publicación fue presentada en el XXX Aniversario de la Clínica de Dolor del INCMNSZ en el mes de julio del 2002.
- En colaboración con la psiquiatra adscrita a la clínica de dolor y con una psicóloga del Departamento de Medicina Psicológica del INCMNSZ, las residentes de Medicina Conductual iniciamos un proyecto para proporcionar terapia de grupo con un enfoque cognitivo conductual a los pacientes con dolor crónico de la clínica. Por limitaciones de tiempo no pudimos concluir este proyecto, pero es probable que las nuevas residentes estén interesadas en darle continuidad.
- Como parte de la investigación "Evaluación cognitivo conductual de pacientes con dolor crónico", se incluyeron algunas preguntas sobre atribución, que formaron parte de la tesis de doctorado de nuestra supervisora in situ, titulada: "La atribución al dolor y su relación con los trastornos psicológicos de pacientes con dolor crónico". También participamos en el análisis de datos de este trabajo.
- En otras actividades, asesore a los médicos residentes de Algología en la realización de sus tesis, en cuanto a aspectos metodológicos y estadísticos.
- Por último, el jefe de la clínica de dolor del INCMNSZ me invitó a participar en la traducción al inglés de 4 artículos de investigación de dolor crónico, que actualmente están en revisión por distintas editoriales para ser publicados tanto en México como en el extranjero.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Competencias profesionales alcanzadas:

- Habilidad para analizar y evaluar programas de intervención en el área.
- Redacción de documentos de divulgación científica, en español e inglés.
- Integración a un equipo multidisciplinario.
- Manejo de diferentes enfoques metodológicos y estadísticos que se emplean en la práctica profesional.
- Manejo de distintas herramientas informáticas.

Eventos académicos:

A continuación se mencionarán los cursos, congresos y conferencias a los que asistí durante la residencia:

- Asistencia al Primer Curso Nacional de Aprendizaje en el Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos, organizado por la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle, la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor y el Consejo de Investigación de Janssen. Este curso fue impartido en el Centro Universitario Cultural del 18 de marzo al 15 de abril del 2000, en 5 sesiones sabatinas de 6 horas cada una. En este curso se abordaron los siguientes temas: definición, características, tipos, aspectos fisiológicos, evaluación clínica y tratamiento del dolor (analgésicos, manejo intervencionista y alternativo). Asimismo se habló del dolor en diversas enfermedades como el cáncer o la artritis, en distintos momentos del desarrollo individual (pediátrico, senil) y en distintas situaciones (dolor postoperatorio). Por último, se habló de los cuidados paliativos, de la participación de distintos profesionales (como psicólogos, enfermeras, etc.) en las clínicas de dolor y de los aspectos económicos, legales y filosóficos involucrados en el tratamiento del dolor.
- Asistencia a la Conferencia Magistral dictada pro el Dr. Stephen Fawcett titulada "Apoyo y Evaluación de Iniciativas para la Salud y el Desarrollo Comunitario", impartida el 7 de junio del 2000 en el Auditorio de la Facultad de Psicología de la UNAM, como parte de las actividades de intercambio académico con la Universidad de Kansas. En esta conferencia se habló de

los factores que benefician o limitan el desarrollo y la salud de las comunidades y se propuso la creación de programas orientados a la promoción del desarrollo de los recursos de la comunidad en los que la participación del psicólogo es de gran importancia.

- Asistencia al 4º Curso de Psicooncología impartido en el Instituto Nacional de Cancerología del 23 al 25 de agosto del 2000. Este curso tuvo como objetivo identificar las alteraciones emocionales más frecuentes en pacientes oncológicos, revisar aspectos históricos de la psiquiatría de enlace a fin de proyectar necesidades a futuro y conocer el abordaje que la bioética tiene para el manejo humanístico del paciente oncológico. El curso consto de tres módulos: "Psiquiatría de Enlace", en el que se hablo de aspectos fisiológicos, históricos y culturales de la depresión, así como de su tratamiento tanto farmacológico como psiquiátrico; "Psicooncología", donde se abordaron diversos temas como los efectos psicosociales del tratamiento oncológico pediátrico, la recuperación de la mujer con cáncer de mama, el síndrome de miembro fantasma, urgencias psiquiátricas en oncología, uso de psicofármacos en pacientes médicamente enfermos y síndrome de burnout; "Bioética", en el que se manejaron tópicos legales de la relación médico-paciente, se hablo de la importancia de la comunicación, del secreto médico y de los derechos del paciente terminal.
- Conferencista en 3er. Curso de Psicología Hospitalaria. El manejo interdisciplinario de los padecimientos psicológicos y orgánicos, con la ponencia "El papel del psicólogo en el Servicio de Oncología". Este evento se llevo a cabo en el Hospital Juárez de México, en noviembre del 2000.
- Asistencia al Curso "Manejo Integral del Dolor" del Hospital Santa Fe, en el mes de mayo del 2001, en el que se expusieron los últimos avances médicos para el tratamiento del dolor postoperatorio y crónico, tanto oncológico como no oncológico. Solo se presentaron dos temas relacionados con aspectos psicológicos, uno sobre tanatología y otro sobre la intervención psicológica en pacientes con dolor crónico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- En el período comprendido entre julio y septiembre del 2001, las psicólogas de la clínica de dolor, la psiquiatra, la trabajadora social y algunos médicos tanto residentes como adscritos a ambas clínicas de dolor tomamos el curso a distancia “Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. La comunicación con el enfermo y familia”, organizado por el Aula de Estudios Sanitarios de Madrid. El curso consistía en la revisión de un manual de 675 páginas en el que se abordaban ampliamente 10 grandes temas: principios de los Cuidados Paliativos, la comunicación en la fase terminal, el enfermo con cáncer en fase terminal, otras patologías médicas en fase terminal, la familia del paciente en fase terminal, el duelo, el niño con cáncer en fase terminal, el trabajo en equipo en cuidados paliativos, aspectos éticos y espirituales y la investigación psicosocial en Cuidados Paliativos. Además, se debía realizar un examen en el que se pedía un mínimo del 80% de respuestas correctas para aprobar el curso. Recibimos un diploma de ADES con 114 horas cubiertas, por la participación en este curso.
- En noviembre del 2001, las residentes de Medicina Conductual adscritas a la clínica del dolor del INCMNSZ, participamos como ponentes en el Curso: “Intervención de Enfermería en el Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos”, que se llevo a cabo en el auditorio del hospital. Presentamos el tema: “Aspectos psicoafectivos en el paciente terminal”.
- En marzo de 2002, participé como profesor en el XXII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor y IV Reunión Internacional de Cuidados Paliativos, que se llevo a cabo en Guadalajara, con la ponencia “Suicidio en pacientes terminales”.

Competencias profesionales alcanzadas:

- Preparación y presentación de exposiciones en diversos escenarios.
- Adquisición de información novedosa en el área de la salud que respaldara el desempeño profesional.
- Conocimiento de los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de la salud.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Reconocimiento de la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional
- Actualización sobre el papel del psicólogo en el área de la salud.

EVALUACION:

Programas y actividades diarias en las sedes:

Durante el primer año de residencia, se lograron identificar las alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales que más se presentan en pacientes oncológicos. Se resolvieron problemas como estrés, ansiedad, crisis de angustia, miedo, depresión, problemas de pareja, ideas irracionales sobre la enfermedad, alteraciones en la imagen corporal, déficit en habilidades sociales y falta de adherencia a los tratamientos. Entre las técnicas cognitivo conductuales empleadas para resolver estos problemas se incluyeron: reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, en asertividad, en toma de decisiones y solución de problemas, desensibilización sistemática e intervención en crisis. También se trabajó con los familiares de los pacientes fortaleciendo sus estrategias de afrontamiento, promoviendo apoyo y participación activa en la recuperación del mismo y manejando lo relativo a enfermedad terminal y muerte. Durante este periodo desarrollamos las habilidades y competencias profesionales necesarias para detectar, evaluar y solucionar problemas en pacientes con cáncer, contribuyendo de esta forma a la reducción de la frecuencia, intensidad y cronicidad de reacciones emocionales negativas, previniendo complicaciones, coadyuvando al tratamiento y sobretodo mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Una limitación importante que dificultó nuestro trabajo en este servicio fue la escasez de instrumentos de evaluación adecuados para las características y situación de los pacientes y acordes con las demandas de la institución. No era posible aplicar instrumentos estandarizados a pacientes en malas condiciones físicas o que por su nivel educativo no comprendieran el contenido de los mismos. Además, diariamente debíamos entregar un reporte, verbal o escrito, de la situación de cada paciente atendido, lo que obligaba a que el trabajo se

- Reconocimiento de la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional
- Actualización sobre el papel del psicólogo en el área de la salud.

EVALUACION:

Programas y actividades diarias en las sedes:

Durante el primer año de residencia, se lograron identificar las alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales que más se presentan en pacientes oncológicos. Se resolvieron problemas como estrés, ansiedad, crisis de angustia, miedo, depresión, problemas de pareja, ideas irracionales sobre la enfermedad, alteraciones en la imagen corporal, déficit en habilidades sociales y falta de adherencia a los tratamientos. Entre las técnicas cognitivo conductuales empleadas para resolver estos problemas se incluyeron: reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, en asertividad, en toma de decisiones y solución de problemas, desensibilización sistemática e intervención en crisis. También se trabajó con los familiares de los pacientes fortaleciendo sus estrategias de afrontamiento, promoviendo apoyo y participación activa en la recuperación del mismo y manejando lo relativo a enfermedad terminal y muerte. Durante este periodo desarrollamos las habilidades y competencias profesionales necesarias para detectar, evaluar y solucionar problemas en pacientes con cáncer, contribuyendo de esta forma a la reducción de la frecuencia, intensidad y cronicidad de reacciones emocionales negativas, previniendo complicaciones, coadyuvando al tratamiento y sobretodo mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Una limitación importante que dificultó nuestro trabajo en este servicio fue la escasez de instrumentos de evaluación adecuados para las características y situación de los pacientes y acordes con las demandas de la institución. No era posible aplicar instrumentos estandarizados a pacientes en malas condiciones físicas o que por su nivel educativo no comprendieran el contenido de los mismos. Además, diariamente debíamos entregar un reporte, verbal o escrito, de la situación de cada paciente atendido, lo que obligaba a que el trabajo se

realizara lo mas rápidamente posible y no permitía aplicar grandes instrumentos de evaluación. Esto limitó nuestra capacidad para evaluar la eficacia de los programas de intervención aplicados, ya que la única forma que tuvimos de medir su impacto fue a través de la observación y los reportes del paciente, de sus familiares o del personal de salud.

Durante el segundo año se lograron identificar las necesidades afectivas de pacientes con dolor crónico y en etapa terminal. Se desarrollaron programas de intervención adaptados a las necesidades de cada paciente, aplicándose diversas técnicas cognitivo-conductuales en su tratamiento. Se atendieron problemas como depresión, trastornos adaptativos y de personalidad que complicaban aun mas la ya difícil situación de estos pacientes debida a su problema físico. En esta sede el trabajo multidisciplinario es especialmente reconocido, lo que nos permitió enriquecer nuestra experiencia profesional al interactuar con especialistas de distintas áreas que aportaron información muy valiosa para nuestra formación. También en esta sede pudimos reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional, ya que se nos exigía mantenernos constantemente actualizados para mejor nuestro desempeño en el tratamiento con los pacientes.

Durante nuestra estancia en la clínica logramos aplicar diversas estrategias para favorecer el afrontamiento de los pacientes tanto a su situación física como a las consecuencias de una alteración crónica como el dolor. Sin embargo, no tuvimos oportunidad de manejar otras estrategias de intervención dirigidas específicamente a modificar la percepción del dolor por parte de los pacientes, como la hipnosis o la retroalimentación biológica.

En cuanto a las limitaciones encontradas en esta segunda sede para el desarrollo de las actividades de la residencia, considero que solo nos hizo falta tiempo para concluir con algunos de los programas planteados. Tal vez esta situación hubiera sido diferente si el tiempo invertido en las clases de aspectos totalmente médicos hubiera sido menor.

En ambas instituciones tuvimos el inconveniente de no contar con un espacio físico específico para la atención psicológica de los pacientes, lo que dificultaba

la intervención al no tener la privacidad indispensable para el manejo de aspectos emocionales. También en ambas sedes, encontramos tanto profesionales que reconocían y respetaban nuestro trabajo, como otros que lo descalificaban e incluso obstaculizaban. Considero que en relación con este último punto, es necesario trabajar arduamente para modificar la percepción que aun tienen muchos profesionales de la salud del papel del psicólogo en los hospitales.

Con el desarrollo de las actividades mencionadas anteriormente se cumplió cabalmente con los objetivos planteados tanto por el Programa de Residencia como por el Programa Operativo de la sede.

Tutoría y Supervisión

Considero que la supervisión constante de las actividades de la residencia por parte del tutor, el supervisor académico y el supervisor In situ, es fundamental para que desarrollemos progresivamente una identidad profesional y para que como alumnos alcancemos estándares altos en términos de ofrecer una adecuada calidad de atención en los hospitales.

Con el apoyo del Dr. Samuel Jurado Cárdenas, del Mtro. Leonardo Reynoso Erazo y de la Mtra. Lou González Muñoz, pude desarrollar importantes habilidades profesionales tanto para la práctica clínica como para la investigación aplicada. Con la supervisión intentamos perfeccionar nuestra intervención a partir de la retroalimentación proporcionada, confirmamos la interdependencia existente entre el conocimiento científico y la práctica profesional, logramos integrar los fundamentos teóricos, las técnicas y los procedimientos que se emplean comúnmente en la práctica profesional, adquirimos información novedosa en el área de la salud para respaldar nuestro desempeño profesional y nos mantuvimos actualizados sobre el papel del psicólogo en el área de la salud.

En relación con la tutoría, considero que tuvimos una gran oportunidad de mejorar nuestra formación al recibir orientación constante por parte de nuestro tutor. Creo que no todos los alumnos de la residencia tuvieron esta facilidad, y

para nosotros fue de gran utilidad e importancia contar con el apoyo incondicional del Dr. Samuel Jurado.

También fue de gran utilidad la supervisión que se nos proporcionó durante nuestra formación, aunque considero que no fue suficiente, ya que durante el primer año no contamos con supervisión In situ dentro del Servicio de Oncología, y aunque nuestro supervisor académico nos proporcionó valiosa información teórica para respaldar nuestro trabajo, no tuvimos la oportunidad de que un especialista en la práctica clínica retroalimentara nuestro desempeño. En el segundo año ocurrió lo contrario, aunque contábamos con supervisión In situ por parte de la Mtra. Lou, quien a pesar de que su formación se contraponía con la nuestra al ser psicoanalista, supo hacerla compatible y abordar aspectos que respaldaron nuestro desempeño de manera fundamental, no contamos con supervisión académica que reforzara nuestros conocimientos en el tratamiento de pacientes con dolor crónico y terminales. Me parece que solo es posible lograr un trabajo de excelencia como experto en Medicina Conductual si se cuenta durante toda la residencia con ambos tipos de supervisión.

Otras actividades profesionales

Actividades como la presentación y discusión de casos clínicos por parte de los alumnos de la residencia, fue especialmente útil para permitirnos identificar las necesidades, problemas y estrategias de evaluación e intervención con las que se trabaja en las distintas sedes. Con estas exposiciones pudimos evaluar el desempeño de los residentes y detectar las áreas que había que fortalecer en nuestra preparación académica. Además, con esta actividad pudimos desarrollar aun mas nuestra habilidad para analizar y evaluar programas de intervención en el área.

Con el desarrollo del proyecto sobre terapia de grupo para pacientes con dolor crónico, tuvimos la oportunidad de trabajar en equipo con otros profesionistas, que aunque tenían una formación similar en algunos aspectos a la nuestra, le daban un enfoque totalmente distinto a la intervención, lo que lejos de provocar un

distanciamiento, enriquecía el trabajo. Formar parte de este grupo resultó una experiencia muy agradable que favoreció nuestra formación.

Otras actividades que fortalecieron de manera importante nuestras competencias profesionales fueron la redacción de un capítulo y de varios artículos de divulgación científica, tanto en español como en inglés, el manejo de diferentes enfoques metodológicos y estadísticos, así como de distintas herramientas informáticas que se emplean cotidianamente en la práctica profesional.

Con la asistencia a diversos congresos y a otros eventos académicos logramos mantenernos actualizados sobre el papel del psicólogo en el área de la salud. Fue penoso detectar en ocasiones el poco peso que se le da en el ámbito médico a la contribución de los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales en la generación y mantenimiento de enfermedades crónico degenerativas. En las ocasiones en que tuvimos la oportunidad de presentar una ponencia, recibimos poca respuesta por parte de otros profesionales de la salud ajenos a la Psicología, no sabemos si por falta de conocimiento o de reconocimiento de su parte. Pero fuera de este aspecto, tanto la presentación de exposiciones como la mera asistencia a los congresos fue de gran utilidad para nuestra formación.

Mención especial merece el Curso de "Aspectos psicológicos en Cuidados Paliativos". Esta fue una experiencia muy enriquecedora tanto por el contenido del curso como por la participación de diversos especialistas que frecuentemente tenían un punto de vista diferente al nuestro en relación a los aspectos psicosociales que se abordaban en el curso y que al someterlo a discusión lográbamos complementar e integrar a un consenso.

Con estas actividades se superaron los objetivos del programa operativo.

Competencias profesionales

Las competencias adquiridas en la práctica clínica dentro de los hospitales nos permitirán desempeñarnos adecuadamente como psicólogos en el campo de la salud. Adquirimos habilidades para el diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales, conductuales y de personalidad que suelen empeorar la ya complicada situación de pacientes con enfermedades crónico degenerativas e

incluso terminales. Adquirimos la habilidad para realizar entrevistas, para aplicar distintos instrumentos de evaluación, para elaborar diagnósticos, para manejar los expedientes clínicos y para aplicar diversas estrategias de intervención cognitivo-conductual. Asimismo, con las actividades desarrolladas en los hospitales en estos dos años, aprendimos a trabajar dentro de un equipo multidisciplinario, a integrar los fundamentos teóricos, las técnicas y los procedimientos adquiridos en las clases teóricas a la práctica profesional, a evaluar la eficacia de los programas de intervención psicológica en el área de la salud y a mantenernos constantemente actualizados.

También alcanzamos importantes competencias en relación con la docencia y la investigación aplicada, que nos permitieron preparar y presentar varias exposiciones en distintos escenarios, aplicar diferentes enfoques metodológicos y estadísticos para realizar o asesorar a otros profesionistas en la preparación de investigaciones, redactar documentos de divulgación científica y manejar paquetería especializada.

Con la adquisición de estas competencias profesionales se superaron los objetivos del Programa de Residencia.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El programa de Maestría en Psicología Profesional constituye una muy buena opción para la formación de psicólogos que quieran desempeñarse en el ámbito hospitalario.

Fueron dos años y medio de formación continua tanto en las bases teóricas como en la aplicación de diversas herramientas para el diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos asociados a la generación y mantenimiento de distintas enfermedades crónico-degenerativas, desde una perspectiva cognitivo-conductual. Además, aprendimos a evaluar la eficacia de los programas de intervención aplicados, a trabajar dentro de un equipo multidisciplinario, a reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional, a adaptar instrumentos de medición en el área, a promover cambios en el estilo de vida de los individuos para prevenir complicaciones médicas y a

incluso terminales. Adquirimos la habilidad para realizar entrevistas, para aplicar distintos instrumentos de evaluación, para elaborar diagnósticos, para manejar los expedientes clínicos y para aplicar diversas estrategias de intervención cognitivo-conductual. Asimismo, con las actividades desarrolladas en los hospitales en estos dos años, aprendimos a trabajar dentro de un equipo multidisciplinario, a integrar los fundamentos teóricos, las técnicas y los procedimientos adquiridos en las clases teóricas a la práctica profesional, a evaluar la eficacia de los programas de intervención psicológica en el área de la salud y a mantenernos constantemente actualizados.

También alcanzamos importantes competencias en relación con la docencia y la investigación aplicada, que nos permitieron preparar y presentar varias exposiciones en distintos escenarios, aplicar diferentes enfoques metodológicos y estadísticos para realizar o asesorar a otros profesionistas en la preparación de investigaciones, redactar documentos de divulgación científica y manejar paquetería especializada.

Con la adquisición de estas competencias profesionales se superaron los objetivos del Programa de Residencia.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El programa de Maestría en Psicología Profesional constituye una muy buena opción para la formación de psicólogos que quieran desempeñarse en el ámbito hospitalario.

Fueron dos años y medio de formación continua tanto en las bases teóricas como en la aplicación de diversas herramientas para el diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos asociados a la generación y mantenimiento de distintas enfermedades crónico-degenerativas, desde una perspectiva cognitivo-conductual. Además, aprendimos a evaluar la eficacia de los programas de intervención aplicados, a trabajar dentro de un equipo multidisciplinario, a reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional, a adaptar instrumentos de medición en el área, a promover cambios en el estilo de vida de los individuos para prevenir complicaciones médicas y a

favorecer en los pacientes la adherencia a la terapéutica médica. Con el desarrollo de estas habilidades se cumplió cabalmente con los objetivos planteados tanto por el Programa de Residencia como por el Programa Operativo de las sedes.

Las clases dirigidas por la Universidad, fueron de utilidad para proporcionarnos una introducción general al campo teórico y de aplicación de la Medicina Conductual y para fundamentar nuestro desempeño dentro de los hospitales. Considero que esta preparación fue adecuada para permitirnos ingresar a la Residencia con las herramientas básicas suficientes para un desempeño aceptable. El único inconveniente que percibí en las clases de la Maestría es que en ellas se abordaron muchos aspectos no aplicables a la práctica diaria y se habló poco de estrategias de intervención fundamentales para el trabajo en la residencia. También considero que se invirtió mucho tiempo en constantes y excesivas evaluaciones de nuestro desempeño, que se pudo haber aprovechado para capacitarnos en otras habilidades clínicas. Considero que aunque se presentaron las estrategias más importantes de evaluación conductual y se habló de los problemas más comunes en los ámbitos hospitalarios, se pudo haber abordado con mayor profundidad lo referente a las estrategias de intervención, revisando cada técnica en detalle y ensayando su aplicación en clase.

Por su parte, los dos años de residencia fueron una oportunidad excelente para desarrollar importantes competencias profesionales para desempeñarnos en un marco de excelencia en la práctica clínica dentro de los hospitales. El trabajo en ambas sedes fue muy gratificante, con experiencias muy enriquecedoras tanto profesional como personalmente. Estar en la residencia fue fundamental para nuestro desarrollo profesional ya que en los hospitales se está en exposición directa con los problemas de salud y no se hace práctica en abstracto. Ambos hospitales constituyen un amplio campo de trabajo y aprendizaje para el especialista en Medicina Conductual. En estas instituciones comienza a reconocerse la importancia de la participación del psicólogo como parte integral de los equipos multidisciplinares que ahí laboran. Ser parte de

estos grupos resultó muy enriquecedor no nada mas porque nos permitió aplicar los conocimientos adquiridos en la Maestría, sino porque también aprendimos aspectos médicos básicos que nos permitieron comprender de manera integral la situación de los pacientes. Considero que aunque se han logrado grandes avances en la aceptación e inclusión del psicólogo en las instituciones hospitalarias, sigue siendo necesario difundir aun mas la conveniencia para el bienestar de los pacientes del trabajo conjunto del equipo de salud. Encontramos tanto profesionales que reconocían y respetaban nuestro trabajo, con los que convivíamos en un ambiente de armonía y compañerismo, como otros que lo descalificaban e incluso obstaculizaban. Creo que es importante trabajar arduamente para modificar la percepción que aun tienen muchos profesionales de la salud del papel del psicólogo en los hospitales.

Como sugerencias, me gustaría proponer lo siguiente:

- Redirigir la teoría expuesta en las clases hacia las necesidades prácticas encontradas en las instituciones. Específicamente me refiero a las estrategias de intervención en Medicina Conductual. Me parece que es necesario incrementar nuestro conocimiento y habilidades en esta área, por ejemplo con la inclusión de talleres específicos para cada estrategia.
- Ampliar la formación teórica sobre investigación experimental de caso único o para grupos pequeños ya que ese es el tipo de muestra con el que se puede trabajar en la práctica.
- Que la inducción a la residencia se haga con mayor anticipación para conocer el manejo y la dinámica de los servicios y así favorecer una rápida adaptación a las exigencias de los mismos.
- Que al terminar cada año de la residencia, se desarrollen protocolos de tratamiento que estructuren el trabajo realizado en las distintas sedes, para ser aplicados por los futuros estudiantes de la Maestría.
- Fortalecer la supervisión tanto académica como In situ para una adecuada formación de los especialistas en Medicina Conductual.
- Comenzar a formar asociaciones que puedan ir abriendo el campo de trabajo para los expertos en Medicina Conductual. Hasta el día de hoy no estamos

incluidos en los tabuladores de la Secretaría de Salud y nuestro trabajo no es reconocido abiertamente en ningún hospital, lo que resulta contradictorio si se considera que grandes Instituciones como la UNAM, la Secretaría de Salud y el CONACYT respaldaron económicamente nuestra formación.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bolund, C. (1985). Suicide and cancer: I. Demographic and social characteristics of cancer patients in Sweden, 1973-1976. Journal of Psychosocial Oncology, 3: 31-52.
- Die, M. y López, E. (2000) Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. España: Ades ediciones.
- Domar, A., Friedman, R. y Benson, H. (1993) Behavioral Therapy. En: C. Warfield, Principles and Practice of Pain Management (pp. 437- 443).
- Foley, K. y Sundaresen, N. (1985). The management of cancer pain. En V. DeVita, S. Hellman y S. Rosenberg (Eds.), Cancer: Principles and practices of oncology (2ª ed., pp. 1940-1961). Philadelphia: Lippincott.
- Kelly, J. y Lynch, T. (1992) Psychological techniques in pain management. En: Raj, P. Practical Management of Pain (pp.660-668).
- Latorre, J. (1994). Aspectos psicológicos del dolor. En J. Latorre y P. Beneit (Eds.). Psicología de la Salud (pp. 115-141). Argentina:Lumen.
- Miller, L. (1993). Psychotherapeutic approaches to chronic pain. Psychotherapy, 30:115-124.
- Morley, S., Eccleston, C. y Williams, A. (1999) Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain, 80: 1-13.
- Morrow, G y Dobkin, P (1988). Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment: prevalence, etiology, and behavioral interventions. Clinical Psychology Review, 8: 517-556.
- Sollner, W. y Doering, S. (1997) A psychological therapy methods in chronic non-radicular backache. Orthopade, 26: 535-543.
- Spence, S., Sharpe, L., Newton-John, T. y Champion, D. (1995). Effect of EMG biofeedback compared to applied relaxation training with chronic, upper extremity cumulative trauma disorders. Pain, 63, 199-206.
- Telch, C. y Telch, M. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54: 802-808.
- Turner, J. y Romano, J. (1990) Cognitive-behavioral therapy. En: Bonica The Management of Pain (pp. 1711-1721).

CASOS CLÍNICOS

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL
FACULTAD DE PSICOLOGIA UNAM
HOJA FRONTAL

Nombre: Gudelia Domínguez Ontiveros

Edad: 52

Sexo: Femenino

Edo. civil: divorciada-viuda

Dirección:

Teléfono: 54560990

Responsable: Lourdes (hija 19 años)

Teléfono: 54560990

Diagnóstico médico:(nov. 97) cáncer de mama, (mar.00) recaída supraclavicular, (abr. 00) metástasis óseas, (may. 00) metástasis craneales.

Fecha de ingreso a psicología: 120400 **Fecha de alta de psicología:** 270700

Diagnóstico psicológico: crisis de angustia, ansiedad, temor, depresión, vómito anticipatorio.

Procedimientos psicológicos: Intervención en crisis, entrenamiento en relajación, terapia de apoyo, desensibilización sistemática, terapia cognitiva, educación (apoyo con lecturas), reestructuración cognitiva, distracción, solución de problemas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, contención, toma de decisiones, apoyo familiar, terapia ocupacional.

Resultados obtenidos: La mayoría de las veces (6), la paciente alcanzó una buena respuesta de relajación y se normalizaron sus reacciones después de las crisis de angustia. En solo dos ocasiones se tuvo que emplear fármacos (Diazepam) para controlar las crisis de angustia y hacer posible la aplicación de la quimioterapia. Se controló el vómito anticipatorio y se logró cierta estabilidad en su estado de ánimo al fortalecer sus estrategias de afrontamiento. Sin embargo, se logró muy poco en cuanto al control de la depresión. Para el manejo de los síntomas depresivos se le administraron psicofármacos en conjunto con intervención cognitivo-conductual, no lográndose mas que un ligero control de los mismos.

ENTREVISTA DE EXPLORACION

Expediente:167162

Fecha: 120400

Nombre: Gudelia Domínguez Ontiveros

Edad: 52

Sexo: Femenino

Edo. civil: divorciada-viuda

Motivo de consulta: La paciente refiere sentirse angustiada y con temor por la posibilidad de una recaída cuando su caso es presentado en sesión médica conjunta para confirmar el diagnóstico y planear su tratamiento. Presenta llanto fácil, palpitaciones, temblores, falta de aliento, inestabilidad, desrealización, miedo a morir, parestesias.

Historia del problema:

Primera vez que se presentó el problema:

Cuando se le diagnosticó cáncer la primera vez, acentuándose al iniciar quimioterapia.

Descripción de la primera vez:

En noviembre de 1997, se le diagnosticó cáncer en la mama derecha, realizándole una cuadrantectomía con resección de ganglios. Refiere que desde el momento que confirmaron el diagnóstico, "comenzó su infierno". "Esto fue lo peor que le pudo haber pasado", "se pregunto mil veces ¿por qué a ella?". Se sintió muy triste, con miedo a morir. Durante la hospitalización se pidió una interconsulta a Psiquiatría recomendando la administración de un antidepresivo. Ese mismo mes inicio tratamiento con quimioterapia adyuvante, aplicándole 6 ciclos (hasta mayo del 98). Durante este período comenzó a presentar vómito anticipatorio y síntomas de angustia. Le resultaba "intolerable" asistir al hospital a la aplicación del tratamiento. "No aguantaba estar dos horas sentada en esa horrible sala viendo como caía gota a gota el medicamento". "En cuanto caía la última gota tenía que estar una enfermera cerca para quitarle las canalizaciones". "Quería salir corriendo y olvidarse de todo".

¿Cuántas otras veces se ha presentado el problema?

Ahora se ha vuelto a presentar desde el momento en que se mencionó la posibilidad de una recaída.

Descripción de cada una de ellas

Comienza a sentirse angustiada y con mucho miedo a lo que pueda pasar. Presenta llanto, palpitaciones, temblores, falta de aliento, inestabilidad, desrealización, miedo a morir, parestesias, deseo de huir.

En cada ocasión ¿qué se hizo para resolverlo?

Lloró hasta que se cansó, rezó para que el tiempo pasara rápidamente, intentó tranquilizarse pero lo que sentía le parecía incontrolable.

¿De que manera ha afectado este problema su vida (areas)?

- Familiar: "A mis hijos les preocupa verme así"
- Social y recreativa: "Yo antes era muy activa, adoraba mi trabajo, me gustaba viajar, bailar, convivir con la gente. Ahora me he ido encerrando poco a poco, ya no me gusta salir, no tengo ganas de hacer nada".
- Económica: "He gastado demasiado en el tratamiento de la enfermedad".

Actualmente ¿cómo se presenta el problema?

La paciente refiere sentirse angustiada y con temor por la posibilidad de una recaída. Presenta llanto fácil, palpitaciones, temblores, falta de aliento, inestabilidad, desrealización, miedo a morir, parestesias.

Conclusiones de la problemática expuesta

La paciente presenta crisis de angustia ante la posibilidad de recaída.

Venta del tratamiento

En ese momento se realizó intervención en crisis, relajando a la paciente y normalizando sus reacciones. Posteriormente, se le ofreció apoyo psicológico futuro para ayudarla a enfrentar la enfermedad y controlar sus síntomas.

Cierre:

Próxima cita: 130400

Hora: 9:00

Teléfono confirmar: 54560990

Problemas presentados en la sesión: Ninguno

Terapeuta: Psic. Gabriela Olascoaga

NOTAS DE EVOLUCION

Fecha:130400

No. Exp:167162

No. Sesión: 2

Hora: 9:00

Descripción del problema: La paciente se encuentra muy angustiada y temerosa antes de ingresar a la consulta. Refiere haber presentado insomnio, llanto fácil y pensamientos recurrentes de muerte en los días previos. También refiere sentimientos de culpa por "no haber logrado combatir totalmente la enfermedad".

Objetivo de Intervención: Relajación, fortalecer estrategias de afrontamiento.

Técnicas de Intervención: Terapia de apoyo, fortalecimiento de adherencia al tratamiento.

Procedimiento: Se acompañó a la paciente durante la planeación del esquema de quimioterapia, resaltando que esta era la mejor opción para intentar combatir la enfermedad. Asimismo se reforzó la información proporcionada por el médico sobre las características y alcances de la quimioterapia (50% de éxito).

Resultados: La paciente logró relajarse un poco y aceptó el tratamiento.

Recomendaciones: Se mantendrá en seguimiento.

Observaciones: Se manejará mas adelante culpa por la enfermedad.

Fecha:110500

No. Exp:167162

No. Sesión: 3

Hora: 11:00

Descripción del problema: La paciente refiere sentirse desesperada, con mucho miedo por venir al hospital. Una noche antes presenta ansiedad, dolor y vómito anticipatorio. También presenta síntomas depresivos: insomnio, falta de energía, baja autoestima, dificultad para concentrarse, sentimientos de desesperanza y excesivos de culpa, pensamientos recurrentes de muerte.

Objetivo de Intervención: Entrenar a la paciente en relajación.

65

Técnicas de Intervención: Relajación, modelamiento.

Procedimiento: Se enseñó a la paciente las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, poniéndolas en práctica durante la sesión y retroalimentando su ejecución.

Resultados: La paciente alcanzó una buena respuesta de relajación antes y durante su ingreso a quimioterapia.

Recomendaciones: Se le pidió identificar pensamientos, sentimientos e imágenes la noche anterior a la visita al hospital y practicar relajación.

Observaciones: se iniciará desensibilización sistemática enfocada en sus visitas al hospital y en la aplicación de la quimioterapia.

Fecha:180500

No. Exp:167162

No. Sesión: 4

Hora: 11:00

Descripción del problema: La paciente refiere sentirse angustiada, temerosa, con pánico a permanecer dos horas sentada en la aplicación de la quimioterapia. Comenta que esta semana ha sido muy difícil, ya que ha presentado malestar general, vómito, diarrea y se ha sentido muy desesperada y ansiosa. Presenta crisis de angustia caracterizada por: temblores, opresión, malestar general, náusea y molestias abdominales, miedo a volverse loca y a morir. También presenta síntomas depresivos, disminución de interés la mayor parte del día, agitación psicomotora, pérdida de energía, sentimientos de culpa excesivos e inapropiados, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones, desesperanza.

Objetivo de Intervención: Que la paciente pueda permanecer relajada durante la aplicación de la quimioterapia, fortalecer respuesta de relajación e iniciar desensibilización sistemática.

Técnicas de Intervención: Intervención en crisis, relajación.

Procedimiento: Primero se normalizaron las reacciones de la paciente, posteriormente se practicaron las técnicas de relajación aprendidas en la sesión

anterior (respiración diafragmática y muscular progresiva), introduciendo imaginación guiada.

Resultados: La paciente pudo relajarse (moderadamente) lo suficiente como para aplicarse la quimioterapia.

Recomendaciones: Se le pidió identificar pensamientos, emociones, imágenes asociadas con su malestar emocional. Se comentó con el oncólogo médico la posibilidad de administrarle un fármaco que reduzca su angustia y depresión.

Observaciones: Fue difícil controlar esta vez la crisis de angustia y los síntomas depresivos parecen ir en aumento.

La paciente no realizó la tarea que se le había pedido porque le resultó muy difícil darse cuenta de sus pensamientos, emociones y de las imágenes que acompañaban al malestar emocional. Se le dieron ejemplos de cómo realizar esta tarea y se le pidió hacerla para la próxima sesión. Se le proporcionará una lectura sobre este punto que refuerce la información proporcionada hoy.

Fecha:250500

No. Exp:167162

No. Sesión: 5

Hora: 10:00

Descripción del problema: La paciente se observa mucho más tranquila y alegre, se encuentra muy motivada a seguir con el tratamiento. Ahora asiste con una tanatóloga y esta tomando Tafil®; refiere que eso también la está ayudando. Al momento de ingresar a la sala de quimioterapia, comenzó a presentar síntomas de ansiedad y angustia: llanto fácil, temor, opresión torácica.

Objetivo de Intervención: Que la paciente pueda permanecer relajada durante la aplicación de la quimioterapia, iniciar desensibilización sistemática.

Técnicas de Intervención: Educación, retroalimentación positiva, relajación.

Procedimiento: En la primera parte de la sesión (antes de ingresar a la sala de quimioterapia), la paciente se encontraba tranquila. Había practicado las técnicas de relajación, pero nuevamente le resultó difícil identificar pensamientos, emociones y sentimientos asociados a su malestar, por lo que se

le proporcionó material de apoyo para ayudarle en esta tarea. También se reforzó su estado. Posteriormente, se le acompañó hasta la sala de quimioterapia donde se desencadenó una nueva crisis por lo que se inició relajación (respiración diafragmática), pero antes de concluir el procedimiento se le administro Diazepam®, provocándole somnolencia excesiva por lo que fue necesario interrumpir el entrenamiento. Se mantuvo en observación.

Resultados: Se pudo aplicar la quimioterapia, aunque el entrenamiento en relajación de la paciente se vio interrumpido por la administración del fármaco, por lo que no fue posible evaluar la efectividad real de la técnica.

Recomendaciones: Se recomendó al personal de enfermería no administrar medicamentos sin la autorización del médico y se le pidió respetar nuestro trabajo, ya que hubiera sido posible controlar la crisis de la paciente sin necesidad del fármaco.

Observaciones: La paciente se molestó porque le hubieran administrado el fármaco sin su consentimiento, ya que además refería efectos secundarios desagradables como aturdimiento, confusión, dificultad para hablar y caminar. La enfermera negó haberle aplicado el medicamento y atribuyó estos efectos a la quimioterapia con lo que la paciente se tranquilizó un poco.

Fecha:070600

No. Exp:167162

No. Sesión: 6

Hora: 10:00

Descripción del problema: La paciente refiere haber estado muy tranquila y alegre durante un viaje, sin embargo el lunes previo presento un episodio depresivo caracterizado por: tristeza, agotamiento físico, falta de apetito, debilidad, llanto, desesperanza, ideas catastróficas.

La paciente presentó síntomas depresivos asociados a la comunicación del plan a seguir y crisis de angustia antes de ingresar a la sala de quimioterapia.

Objetivo de Intervención: Iniciar desensibilización sistemática y contribuir al control de síntomas depresivos.

Técnicas de Intervención: Retroalimentación positiva, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, intervención en crisis, relajación, terapia de apoyo, distracción.

Procedimiento: Primero la paciente refirió haber pasado días agradables en los que no se acordó de su enfermedad, reforzándose esta situación. A continuación, identificó reacciones físicas (vómito, diarrea, náuseas), emociones (pánico, terror, miedo, angustia, inquietud, desesperación, depresión, culpa, tristeza), pensamientos (negativos, no tener esperanza de salir de la enfermedad, no querer seguir con el tratamiento, quisiera aceptarlo, teniendo la seguridad que es mi única esperanza de salvación), asociados con la recaída y crisis de angustia. Con esta información se inició desensibilización sistemática dirigida a la aplicación de la quimioterapia. También se realizó reestructuración cognitiva para manejar culpa (rechazo hacia su madre e hija, responsabilidad por la enfermedad). Posteriormente paso a consulta con el oncólogo médico, quien le comunicó que esta sería la penúltima aplicación de quimioterapia y se revaloraría su respuesta. La paciente presentó síntomas depresivos asociados a la comunicación del plan a seguir. También presentó crisis de angustia antes de ingresar a la sala de quimioterapia, por lo que fue necesario realizar intervención en crisis normalizando sus reacciones. Después se practicó relajación (respiración diafragmática, muscular progresiva, imaginación guiada). Finalmente, se dio terapia de apoyo y distracción durante la aplicación de la quimioterapia.

Resultados: Fue posible aplicar la quimioterapia logrando que la paciente se sintiera relajada y controlar en poco tiempo la crisis de angustia ya que ella ya cuenta con estrategias para enfrentar esta situación.

Recomendaciones: Se buscará prevenir la presentación de las crisis de angustia, fortaleciendo las habilidades adquiridas hasta el momento.

Observaciones: El oncólogo médico le recetó Prozac® para manejar depresión.

Fecha:150600

No. Exp:167162

No. Sesión: 7

Hora: 13:00

Descripción del problema: La paciente refiere ya no querer seguir con el tratamiento, ya que no ve resultados. No se tomo los análisis de sangre y espera hablar con el oncólogo médico al respecto.

Objetivo de Intervención: Fortalecer el control de crisis de angustia y síntomas depresivos.

Técnicas de Intervención: Terapia de apoyo, educación, orientación.

Procedimiento: La paciente no llegó a su cita, pero se le encontró en la sala de espera del servicio deseando hablar con el oncólogo médico para comunicarle su decisión. En ese momento se le proporcionó terapia de apoyo y se le entregó material de lectura sobre depresión y ansiedad, citándola al día siguiente para continuar con su tratamiento.

Recomendaciones: Se le pidió leer el material de apoyo para discutirlo en sesión.

Observaciones: No fue posible cumplir con los objetivos de la sesión.

Aun si la paciente decide no continuar con quimioterapia se le seguirá brindando atención psicológica.

Fecha:160600

No. Exp:167162

No. Sesión: 8

Hora: 12:00

Descripción del problema: La paciente presenta síntomas depresivos: llanto, desesperanza, catastrofización, miedo a morir, dificultad para tomar decisiones, falta de energía, debilidad muscular, ante la comunicación del cambio de esquema de quimioterapia. El oncólogo médico le planteó esta opción contra manejo paliativo, pero esperará que la paciente comience a tomar Imipramina (el

Prozac® no lo compró por cuestiones económicas) y entonces pueda tener mayor claridad de pensamiento y tome la mejor decisión para ella.

Objetivo de Intervención: Revalorar la decisión de la paciente sobre seguir recibiendo quimioterapia y trabajar en consecuencia.

Técnicas de Intervención: Reestructuración cognitiva, retroalimentación positiva, contención, terapia de apoyo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y toma de decisiones. También se trabajó con la familia.

Procedimiento: Primero, se reforzó la comprensión de la información proporcionada por el médico, se realizó reestructuración cognitiva, se dio retroalimentación positiva, contención y terapia de apoyo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y toma de decisiones. También se trabajó con sus hijos, reafirmando la información comunicada, motivando apoyo familiar y se les dio orientación sobre la situación de la paciente.

Resultados: La paciente esperará el efecto del antidepresivo para valorar las opciones de tratamiento y tomar una decisión.

Recomendaciones: Se sugirió a la paciente continuar con su tratamiento psicológico.

Observaciones: A pesar que la decisión de la paciente aun no es definitiva, en este momento se le observa mucho más tranquila; parece que por primera vez acepta su enfermedad y comienza a hablar de la muerte con mayor serenidad.

Fecha: 180600

No. Exp: 167162

No. Sesión: 9

Hora: 1:00

Descripción del problema: Se telefoneó a la paciente, ya que no asistió a su cita, encontrándola muy optimista, esperanzada y motivada sobre su estado.

Objetivo de Intervención: Averiguar porque la paciente no había acudido a su cita y fortalecer adherencia terapéutica.

Técnicas de Intervención: Retroalimentación positiva, fortalecimiento de adherencia terapéutica.

Procedimiento: Se llamó por teléfono a la paciente al no asistir a su cita, encontrándola con una actitud muy positiva, por lo que se reforzó su estado y se ofreció continuar con el tratamiento en el momento que lo decidiera.

Resultados: Concertamos una cita para la siguiente semana.

Fecha:220600

No. Exp:167162

No. Sesión: 10

Hora: 13:30

Descripción del problema: La paciente presenta ligeros síntomas depresivos: llanto fácil, fatiga, agitación psicomotora. Refiere síntomas secundarios al antidepresivo: resequedad de boca, náusea, que califica como más molestos que los de la quimioterapia.

Objetivo de Intervención: Valorar el estado de la paciente y reforzar sus estrategias de afrontamiento.

Técnicas de Intervención: Reestructuración cognitiva, retroalimentación positiva, terapia de apoyo y ocupacional.

Procedimiento: Se realizó reestructuración cognitiva en relación con el uso del antidepresivo, se dio retroalimentación positiva reforzando la mejoría en su estado de ánimo, se proporcionó terapia de apoyo y ocupacional (bailar, regresar al trabajo).

Resultados: Se observa mejoría en el estado de ánimo de la paciente; la depresión sigue presente, pero los síntomas han disminuido en intensidad.

Recomendaciones: Se sugirió a la paciente involucrarse en actividades que le resultan placenteras (baile, trabajo).

Observaciones: Desde que la paciente no recibe quimioterapia no han vuelto a presentarse crisis de angustia.

Fecha:040700

No. Exp:167162

No. Sesión: 11

Hora: 11:00

Descripción del problema: La paciente decide regresar a quimioterapia presentando una severa crisis de angustia antes de ingresar al hospital, caracterizada por: llanto, malestar intenso, temblores, sensación de ahogo, opresión torácica, inestabilidad, miedo a morir, parestesias en extremidades, agitación psicomotora. Refiere no poder controlar sus emociones y tener mucho miedo a morir o a volverse loca. Aun se encuentra indecisa a seguir con el tratamiento. Refiere querer seguir viviendo y por eso decidió regresar a quimioterapia, pero le da mucho miedo volver a entrar a la sala y permanecer ahí 2 horas. Desea seguir buscando e intentando opciones alternativas de tratamiento.

Objetivo de Intervención: Controlar crisis de angustia, revalorar y fortalecer la decisión de la paciente y sus estrategias de afrontamiento.

Técnicas de Intervención: Intervención en crisis, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, contención, entrenamiento en relajación, en toma de decisiones y en solución de problemas, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, retroalimentación positiva y terapia de apoyo.

Procedimiento: La hija de la paciente me pidió que saliera a verla a la puerta del hospital, comentándome que había decidido regresar a tratamiento pero no podía ni siquiera entrar al servicio. Se realizó intervención en crisis, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, contención y entrenamiento en relajación (respiración diafragmática, muscular progresiva) logrando su ingreso al hospital. Posteriormente se le entrenó en toma de decisiones y solución de problemas y se fortalecieron sus habilidades de afrontamiento. También se le proporcionó retroalimentación positiva y terapia de apoyo.

Resultados: Se logró el ingreso de la paciente al hospital, se consiguió normalizar sus reacciones, pero no aceptó que se le aplicará la quimioterapia.

Recomendaciones: La paciente seguirá su manejo con antidepresivos y reconsiderará regresar a tratamiento.

Observaciones: Se mantendrá en seguimiento.

Fecha:270700

No. Exp:167162

No. Sesión:12

Hora: 10:00

Descripción del problema: La paciente refiere sentirse temerosa por su estado actual. Presenta retención de líquidos y edema generalizado. Su hija refiere que en los dos días previos ha presentado una "especie de ataques" que inician con tos intensa y por momentos llega a "perder el sentido". La paciente reporta que durante esos episodios no se da cuenta de lo que sucede hasta que regresa y se percata que ha estado forcejeando con sus hijos. Por lo demás, manifiesta estar tranquila. Aun no toma una decisión definitiva sobre reiniciar quimioterapia.

Objetivo de Intervención: Valorar el estado de la paciente y reforzar sus estrategias de afrontamiento.

Técnicas de Intervención: Terapia de apoyo, orientación, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento.

Procedimiento: Se acompañó a la paciente mientras se realizaba la valoración médica proporcionando terapia de apoyo y orientación. En cuanto terminó la consulta se quiso ir a su casa ya que se sentía muy mal y se encontraba muy débil. Se fortalecieron sus estrategias de afrontamiento.

Resultados: Se relajó a la paciente mientras se encontraba en la consulta y se fortaleció apoyo familiar y estrategias de afrontamiento.

Recomendaciones: Se le sugirió seguir las indicaciones médicas y acudir al hospital si su estado no mejoraba o se presentaba otra complicación.

Observaciones: La paciente se observa muy deteriorada físicamente y el médico comenta que esta muy mal.

Evolución:

- La paciente fue vista por última vez el día 27 de julio.

78

- El día 31 de julio presentó mayor retención de líquidos, decidiendo regresar a quimioterapia.
- El 3 de agosto recibe el primer ciclo de quimioterapia del nuevo esquema, presentando malestar generalizado. Es vista en urgencias donde extraen abundante líquido del pulmón.
- El 4 de agosto continua con malestar generalizado.
- El 5 de agosto fallece.
- El 10 de agosto su hija asiste al hospital para realizar trámites pendientes y me comunica la situación. Se maneja elaboración de duelo, se le proporcionó terapia de apoyo, orientación y se le ofreció atención psicológica futura.

DIAGNOSTICO Y MODALIDAD DE TRATAMIENTO

No. Exp: 167162

INSTRUMENTO	INTERPRETACION	TECNICA
Entrevista	Se detectaron las siguientes alteraciones psicológicas: crisis de angustia, temor, depresión, vómito anticipatorio, falta de adherencia terapéutica.	Se aplicaron las siguientes técnicas: intervención en crisis, relajación, terapia de apoyo, desensibilización sistemática, educación, reestructuración cognitiva, distracción, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, contención, apoyo familiar, terapia ocupacional.

Dx: Crisis de angustia, depresión, vómito anticipatorio.

Px: Reservado; se detecta motivación al cambio, pero baja responsabilidad personal y autocontrol.

Tx: Intervención cognitivo-conductual.

PLAN DE TRATAMIENTO

Nombre: Gudelia Domínguez Ontiveros

Fecha de inicio: 120400

Fecha de termino: 270700

Meta terapéutica: Controlar crisis de angustia, vómito anticipatorio y depresión.

Modalidad de tratamiento: Cognitivo-conductual.

Areas de trabajo: Emocional-conductual.

I. Conducta meta Se busca controlar crisis de angustia y síntomas físicos, logrando que la paciente se encuentre relajada antes y durante la aplicación de quimioterapia.

A. Excesos conductuales: llanto, palpitaciones, temblores, falta de aliento, inestabilidad, desrealización, miedo a morir, parestesias, agitación psicomotora, vómito.

B. Deficits conductuales: malas estrategias de afrontamiento, baja responsabilidad personal y autocontrol.

C. Recursos y destrezas conductuales : motivación al cambio.

II: Métodos de recolección de información:

A. Entrevistas, cuestionarios, tests, auto-reportes: entrevista, reportes personales, de familiares y del personal de salud.

B. Manifestaciones abiertas de la conducta del usuario: llanto, síntomas físicos.

C. Aspectos que el usuario monitoreará y registrará: pensamientos, emociones e imágenes asociadas a crisis de angustia.

D. Cambios duraderos en el medio ambiente ----

E. Indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, tensión muscular (aparente).

III. Análisis funcional de la conducta.

A. Eventos que preceden a la conducta-objetivo

- Que se acerque el momento de la aplicación de quimioterapia.

B. Eventos que siguen a la conducta-objetivo

C. Ganancias secundarias por emitir la conducta

- Atención
- Reducción de culpa

IV. Motivación para el cambio

A. ¿Qué sería diferente para el usuario/otras personas significativas si el problema se elimina?

La paciente volvería a ser feliz, estaría tranquila, no sufriría más.

B. Eventos potenciales que apoyen el cambio de la conducta (análisis de reforzadores potenciales)

Le agrada: Viajar, bailar.

Le disgusta: Asistir al hospital.

C. Otras personas significativas

Hijos y hermanos.

D. Factores que mantienen el problema

No aceptar la enfermedad, seguir con el tratamiento (quimioterapia).

E. Modalidades terapéuticas:

Intervención en crisis, relajación, terapia de apoyo, desensibilización sistemática, educación, reestructuración cognitiva, distracción, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, contención, apoyo familiar, terapia ocupacional

V. Programa de Intervención

Objetivo General Area 1: Controlar crisis de angustia.

Objetivo General Area 2: Eliminar síntomas anticipatorios.

Objetivo General Area 3: Reducir o eliminar síntomas depresivos

Objetivos Específicos Area 1:

- Normalizar reacciones **Fecha de cumplimiento:** 120400
- Respuesta de relajación **Fecha de cumplimiento:** 070600
- Prevenir nuevas crisis **Fecha de cumplimiento:** ---
(generalizar respuesta de relajación)

Objetivos Específicos Area 2:

- Identificar pensamientos, emociones e imágenes previas a la aplicación de la quimioterapia **Fecha de cumplimiento:** 070600
- Establecer jerarquía de estímulos **Fecha de cumplimiento:** 070600
- Iniciar desensibilización sistemática **Fecha de cumplimiento:** 070600
- Generalización **Fecha de cumplimiento:** ----

Objetivos Específicos Area 3:

- Identificar pensamientos negativos **Fecha de cumplimiento:** 070600
- Reestructuración cognitiva **Fecha de cumplimiento:** 070600

Actividades Area 1:

- Aprender técnicas de relajación
- Elegir la que más se le facilite

Actividades Area 2:

- Identificar pensamientos, emociones e imágenes previas a la aplicación de la quimioterapia
- Establecer jerarquía de estímulos
- Visualización

Actividades Area 3:

- Identificar pensamientos negativos sobre si misma, el mundo y el futuro
- Poner a prueba dichos pensamientos

VI. Evaluación del Programa de Intervención

A. Evaluación de seguimiento

La paciente se mantuvo en seguimiento hasta pocos días antes de su muerte, evaluando constantemente el mantenimiento y avances en el cambio conductual.

B. Terminación (meta de tratamiento)

La mayoría de las veces (6), la paciente alcanzó una buena respuesta de relajación y se normalizaron sus reacciones controlando las crisis de angustia y haciendo posible la aplicación puntual de la quimioterapia. En solo dos ocasiones se tuvo que emplear fármacos (Diazepam) para controlar las crisis. Se controló el vómito anticipatorio y se logró cierta estabilidad en su

estado de animo al fortalecer sus estrategias de afrontamiento. Sin embargo, se logró muy poco en cuanto al control de la depresión. No fue posible evaluar la contribución real del tratamiento cognitivo-conductual en el control de la depresión, ya que la paciente fue manejada con antidepresivos y comenzó a asistir con una tanatóloga, por lo que es posible que los cambios sean producto de alguna de estas intervenciones o de la combinación de las tres modalidades de tratamiento.



INTERVENCION COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA FAVORECER LA ADAPTACION Y LA ELABORACION DE DUELO EN UN PACIENTE AMPUTADO.

I. PRESENTACION

Los hallazgos de diversas investigaciones sugieren una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en personas con amputaciones en comparación con la población general.

Se reconoce que las estrategias de afrontamiento influyen en la autoimagen y en el autoconcepto y contribuyen a la naturaleza y secuencia temporal del proceso de adaptación a la pérdida y discapacidad. Estrategias de afrontamiento desadaptativas provocarían efectos negativos como distres emocional, mientras que las adaptativas tendrían efectos saludables como la resolución exitosa de la pérdida.

Pucher, Kickinger y Frischenschlager demostraron la asociación entre estrategias de afrontamiento y dolor. Los pacientes que enfrentaban mejor la pérdida sufrían menos dolor de miembro fantasma. También se observaron diferencias en la representación subjetiva de la imagen corporal: los pacientes que sufrían de dolor fantasma tendían a poseer una imagen de su cuerpo como completo y sin daño. Asimismo, se ha observado que el estilo de afrontamiento media el ajuste al uso de prótesis.

Dunn (1996) observó que el encontrar un significado positivo a la amputación, ser optimista y percibir control sobre la amputación y la discapacidad resultante se asocian con niveles bajos de síntomas depresivos y mayor autoestima. Gallagher y MacLachlan (2000) encontraron que el 48% de pacientes amputados consideraban que algo bueno había pasado como resultado de la amputación y que esto se asociaba con capacidades físicas más favorables, mejores índices de salud, menores niveles de restricción en la actividad atlética y mayores niveles de ajuste a la limitación.

Livneh y Antonak (1997) encontraron que la solución activa de problemas se relaciona de manera inversa con depresión y enojo y de manera positiva con ajuste y aceptación de la discapacidad. El afrontamiento enfocado en la emoción y la disociación cognoscitiva se asociaban positivamente con ansiedad, depresión y hostilidad y negativamente con aceptación de la discapacidad.

Mikunlincer y Florian (1996) sugieren que la solución de problemas, la revaloración y la reorganización se asocian con adaptación mas efectiva y exitosa.

Se ha observado una secuencia temporal en el afrontamiento: inmediatamente después de una crisis o situación estresante como una amputación, algunos individuos tienden a esperar soluciones poco realistas a sus problemas, anticipando optimistamente un mejor futuro. Conforme pasa el tiempo y el problema no se resuelve exitosamente la persona tiende a buscar soluciones mas realistas y concretas al problema o cambian a un punto de vista pesimista. Otras personas intentan en un primer momento confrontar activamente la fuente del problema planeando y buscando directamente disolver su impacto. Sin embargo, con el paso del tiempo como el problema sigue igual, pueden perder la esperanza y desarrollar una posición fatalista. Cuando las estrategias de afrontamiento son enfocadas en el problema y percibidas como exitosas se da una reducción de los síntomas estresantes. Cuando estas estrategias no son eficaces los individuos tienden a cambiar a otras enfocadas en la emoción para minimizar el impacto del estrés prolongado.

Muchos pacientes mantienen altas expectativas durante su rehabilitación en el hospital, pero estas se deterioran rápidamente en casa presentándose síntomas depresivos. Probablemente esto se deba a la decepción que sigue a expectativas muy altas y a que el apoyo de la familia no siempre es el apropiado.

Hay que considerar diversos factores que influyen en el afrontamiento y la adaptación de un individuo a la amputación:

- 1) limitaciones funcionales involucradas (movilidad, manipulación)
- 2) grado de dolor experimentado
- 3) inicio de la causa de la amputación (repentina o gradual)
- 4) tipo de causa precipitante (congénita, enfermedad crónica, lesión)
- 5) edad cronológica y etapa de desarrollo actual y edad de la amputación
- 6) nivel educativo y vocacional
- 7) naturaleza y extensión de las redes de apoyo social
- 8) experiencias previas con perdidas

9) tiempo desde la lesión

10) características psicológicas generales

Las técnicas cognitivo conductuales pueden implementarse para promover una perspectiva mas realista de cómo la perdida afecta el bienestar y la funcionalidad y para asistir al individuo en la adquisición de estrategias específicas para operar exitosamente en la vida cotidiana y en el ambiente laboral. Estas estrategias de afrontamiento son de naturaleza activa, como encontrar un significado positivo, percibir control sobre la discapacidad y solución de problemas, que se han asociado con una mejor adaptación psicosocial. Estas estrategias adaptativas por lo general se manifiestan con respuestas verbales y conductas que incluyen:

- 1) encontrar un propósito en la vida
- 2) creer que uno todavía es funcional y puede comportarse de manera exitosa en diversos contextos
- 3) demostrar la habilidad para confinar los efectos de la amputación solo a aquellos dominios directamente influenciados por la perdida, y
- 4) esfuerzos para enfocarse en la solución de problemas o aspectos relacionados a la discapacidad.

En la terapia se debe asistir al paciente en el reconocimiento de sus beneficios, en la practica de estrategias de afrontamiento durante las sesiones de tratamiento y en gradualmente generalizar estas a sus actividades cotidianas.

Las estrategias de afrontamiento son específicas para cada situación y dependientes del tiempo. Deben considerarse como esfuerzos flexibles y dinámicos para aliviar el estrés emocional, incrementar el conocimiento de una situación e involucrarse en conductas dirigidas a atenuar la fuente de vicisitudes de un evento estresante.

El medico debe preparar al paciente y a la familia para la cirugía, proporcionar apoyo psicológico, prevenir y tratar complicaciones, manejar enfermedades colaterales y asistir al paciente en la rehabilitación.

A continuación se expondrá el caso de un paciente amputado y como con la intervención cognitivo- conductual se ha favorecido la adaptación a su nueva situación.

• **Información demográfica:**

Nombre: REH

Sexo: masculino

Edad: 67

Edo. civil: casado

Hijos: 2

Escolaridad: 2o. año Arquitectura

Ocupación: comerciante, actualmente desempleado

Dx médico: Insuficiencia arterial

Tratamiento médico: amputación

Fecha de 1a entrevista psicológica: 90301

• **Historia del problema:**

El paciente ingreso al hospital por primera vez en Abril del presente año por presentar datos de insuficiencia arterial en la pierna derecha. En esa ocasión se le dio un manejo conservador, se le administraron medicamentos y se le sugirió una modificación en su estilo de vida adquiriendo hábitos mas saludables como ejercicio, dieta y estrategias de relajación. Sin embargo, este tratamiento no resulto eficaz, el problema avanza y el paciente reingresa al hospital, esta vez con el plan de amputarlo. El paciente ya era conocido por la Clínica de Dolor y por Psicología. En este segundo ingreso presenta estado de animo depresivo, anhedonia, temor, sentimientos de inutilidad y desesperanza ante la comunicación del plan de tratamiento. Piensa que "nada volverá a ser igual", "que no va a poder hacer nada" y teme que la amputación no sea suficiente y que después aun tenga dolor.

II. EVALUACIÓN

INSTRUMENTO DX	INTERPRETACION
Entrevista, observación, reportes personales, de familiares y del personal de salud.	Duelo: depresión

Registro de emociones y pensamientos asociados con la amputación

Emociones	Pensamientos
tristeza, desesperanza, miedo	"nada volverá a ser igual", "no voy a poder hacer nada" "y si la amputación no es suficiente y después aun tengo dolor o este es peor" "esto me dio donde mas me duele"

III. ANALISIS

- *Conducta meta:* adaptación a cambio en estilo de vida.
- *Ganancias secundarias:* liberación emocional, defensa, poder tolerar la situación (afrentamiento).
- *Factores que mantienen el problema:* dolor fantasma, que aun no pueda usar la prótesis, reforzamiento social, ideas poco realistas sobre su situación.
- *Deficits conductuales:* dependencia, bajo autocontrol, errores de pensamiento (maximización, filtro mental), adherencia al tratamiento (50%: en el pasado no fue muy adherente con los medicamentos para controlar la hipertensión, pero a partir de su ingreso previo siguió las indicaciones del médico en cuanto al ejercicio y la dieta).
- *Recursos y destrezas conductuales:* Buenas estrategias de afrontamiento previas (revalorativas- directivas), responsabilidad personal, motivación al cambio, conciencia clara de enfermedad, buenas redes de apoyo.

IV. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- *Metas terapéuticas:*
 1. Promover adaptación a cambio en estilo de vida
- *Objetivos Específicos Area I:*
 1. Identificar pensamientos negativos
 2. Reestructuración cognitiva

V. TECNICAS A UTILIZAR

Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, reestructuración cognitiva, terapia de apoyo, entrenamiento en solución de problemas.



VI. ANALISIS DE RESULTADOS

EVOLUCION

No. sesión	Fecha	Dx.	Tx.	Resultados
1	090301	No se detecta alteración psicológica aparente.	Retroalimentación positiva autocontrol para promover hábitos saludables y cambio en estilo de vida (dieta, ejercicio, tranquilidad)	Buen estado de animo Adherencia al tx.
2	100301	Sin alteración	Identificar que se le facilita y dificulta para cambio, establecimiento de metas, Retroalimentación positiva	Alta con buen estado de animo
3	180401	Duelo: depresión	Afrontamiento Explorar expectativas Promover adaptación	Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento
4	190401	Mas tranquilo y optimista, temor y preocupación	Se promovió aceptación, adaptación, se resaltaron aspectos positivos , preparación para cx	Reducción de temor Avanzando en elaboración de duelo
5	230401	Temor. Mas optimista, motivado, con buen estado de animo.	Reestructuración cognitiva, se reforzó estado de animo, aceptación, adaptación, participación activa, cambio en estilo de vida, estrategias de afrontamiento. Fortalecimiento de adherencia terapéutica.	Reducción de temor Mejoría en estado de animo
6	240301	Incomodidad, motivado, avanzando en aceptación, disminución de dolor de miembro fantasma	Se reforzó adaptación	Mayor optimismo, mejor estado de animo
7	250301	Irritabilidad, llanto fácil, preocupación, tristeza y preocupación, catastrofización, todo o nada, sobregeneralización	Reestructuración cognitiva, apoyo a la familia, promoción de autonomía, independencia, autocontrol, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento	Reducción de errores de pensamiento, tranquilidad
8	30501	Ciclo invertido de sueño, duelo: depresión: estado de animo depresivo, disminución de interés, anhedonia, sentimientos excesivos de inutilidad.	Promoción de adaptación, orientación familiar, promoción de autocontrol, reestructuración cognitiva, promoción de incremento en actividad, conductas alternativas.	Mejoría en estado de animo, optimismo, cambio de pensamiento.
9	140501	Mejor estado de animo, mas optimista, mayor nivel de actividad, duerme mejor, buen apetito. Mas tranquilo y animado. Avanzando en aceptación Aun dolor en muñón y sensación de miembro fantasma.	Retroalimentación positiva, se reforzó afrontamiento.	Se reforzó su estado
10	210501	4 episodios depresivos desde egreso, problemas económicos, duelo: depresión – enojo, agitación psicomotora (Rivotril),	Se promovió independencia, autocontrol, terapia de apoyo a esposa, elaboración de duelo	

Primera sesión (90301):

Subjetivo: El paciente refiere no tener dolor. Los médicos le indicaron adquirir hábitos mas saludables y cambios en su estilo de vida (dieta, ejercicio, tranquilidad).

Objetivo: Se encuentra tranquilo, cooperador, optimista, contento por su próxima alta.

Dx: No se detecta alteración psicológica aparente.

Tx: Se fortalecieron sus estrategias de afrontamiento, se proporcionó retroalimentación positiva reforzando su estado y se promovió autocontrol.

Plan: Valorar que se le facilita y que se le dificulta para el cambio en estilo de vida, establecer metas, promover autocontrol.

Segunda sesión (100301):

S: Refiere dolor con intensidad de 3 en la escala visual análoga porque ya le retiraron el medicamento. Durmió bien. El dolor es tolerable.

Dx: Sin alteración.

Tx: Se reforzó su estado.

Tercera sesión (180401):

S: El paciente refiere sentirse triste por la próxima amputación. Piensa que "nada volverá a ser igual", "que no va a poder hacer nada" y teme que la amputación no sea suficiente y que después aun tenga dolor.

O: Paciente ya conocido por Clínica de Dolor y Psicología. Presenta estado de animo depresivo, anhedonia, temor, sentimientos de inutilidad y desesperanza ante la comunicación del plan de tratamiento. Posee conciencia clara de enfermedad; afrontamiento revalorativo- directivo, presenta distorsiones de pensamiento (sobregeneralización, catastrofización, filtro mental); adecuadas redes de apoyo, regular adherencia al tratamiento (50%: en el pasado no fue muy adherente con los medicamentos para controlar la hipertensión arterial, pero a partir de su ingreso previo siguió las indicaciones del médico en cuanto al ejercicio y la dieta).

A: Duelo anticipatorio: etapa de depresión

P: Fortalecer estrategias de afrontamiento, favorecer elaboración de duelo y promover adaptación a cambio en estilo de vida. Reforzar la necesidad de fisioterapia para que se le pueda colocar la prótesis pronto. Valorar repercusión en apariencia física. Explorar expectativas.

Cuarta sesión (190401):

S: El paciente refiere sentirse mas animado y optimista: "Hay que echarle ganas para salir de esto". Teme aun tener dolor después del procedimiento e incluso que sea mas intenso. También que se presenten complicaciones durante la cirugía, ya que "es muy grande". También le preocupa encontrarse con un charlatán para la prótesis y que tenga problemas con esta si aumenta de peso (ha bajado 22 k en 3 meses, por dieta).

O: Se observa mas tranquilo, avanzando en la aceptación de la perdida.

Tx: Se promovió aceptación (elaboración de duelo anticipatorio), adaptación a su nueva vida, se resaltaron aspectos positivos (conservar la vida, su salud y que se reduzca el dolor) y se preparo para la cirugía reduciendo sus temores. Se proporcionó terapia de apoyo.

Quinta sesión (230401):

S: El paciente presenta temor a que la enfermedad "se suba" y le siga causando problemas (por miembro fantasma). Iniciará fisioterapia a partir de mañana para que la prótesis pueda usarse muy pronto.

O: Se observa optimista, motivado, con buen estado de animo. Posee buenas redes de apoyo.

Tx: Se realizó reestructuración cognitiva para disminuir temor por miembro fantasma, se reforzó estado de animo, aceptación de la perdida, adaptación a su nueva situación, participación activa en su recuperación, cambios en su estilo de vida y estrategias de afrontamiento.

P: Se fortalecerá adherencia terapéutica.

Sexta sesión (240301):

S: El paciente refiere incomodidad por el retiro de la férula. Se encuentra motivado por la fisioterapia. Ha disminuido la sensación de miembro fantasma.

O: Esta avanzando en la elaboración del duelo.

Tx: Se reforzó adaptación.

Séptima sesión (250301):

S: El paciente se queja por el maltrato del personal. Se siente preocupado por su esposa: "Ella no se merece estar pasando por esto", "no es justo que yo dependa totalmente de ella y que no pueda hacer nada por mi mismo" "ya perdí la oportunidad de un trabajo por estar enfermo y ahora no puedo ni pensar en retomararlo porque ya no puedo manejar y por lo tanto no puedo visitar a mis clientes".

O: Presenta irritabilidad, llanto fácil, preocupación por conseguir la férula, tristeza y distorsiones de pensamiento como: catastrofización, sobregeneralización y todo o nada.

Tx: Se aplicó reestructuración cognitiva, se proporcionó apoyo a la familia.

P: Se promoverá autonomía, independencia, autocontrol (valorar límites reales). Se fortalecerán estrategias de afrontamiento.

Octava sesión (30501):

S: El paciente se cayó anoche y se lastimo el muñón. Su esposa refiere verlo muy triste, llora por las mañanas, no quiere hacer nada, no quiere que ella se preocupe tanto por él. Comenta que el era hiperactivo y esto le dio donde mas le afecta. El paciente no puede dormir por la noche por el dolor, pero si en el día. Le preocupa conseguir la prótesis. Empezara con los ejercicios de fisioterapia hasta el 17 de mayo.

A: Duelo: depresión: estado de animo depresivo la mayor parte del día referido por su esposa, disminución de interés en actividades, anhedonia, sentimientos excesivos de inutilidad.

Tx: Se promovió adaptación a la situación y autocontrol. Se aplicó reestructuración cognitiva. Se promovió incremento de actividad y conductas alternativas. Se orientó a la familia para que no refuerce conductas dependientes en el paciente.

Novena sesión (140501):

S: La esposa del paciente refiere verlo mas tranquilo y animado. Aun tiene dolor en el muñón y sensación de miembro fantasma.

O: El paciente presenta mejor estado de animo, se encuentra mas optimista, tiene mayor nivel de actividad, duerme mejor por la noche, presenta buen apetito.

A: El paciente esta avanzando en la elaboración del duelo.

Tx: Se proporcionó retroalimentación positiva reforzando su estado y estrategias de afrontamiento.

Décima sesión (210501):

S: El paciente ha tenido 2 caídas desde la operación. Se encuentra enojado porque su hijo es el principal sostén económico y no se siente con la confianza de pedirle nada. Podrá usar la prótesis en 2 meses, pero esta tendrá que ser de mala calidad por el costo. Ya busca hacer mas cosas. Está próximo el nacimiento de 2 nietos, lo que lo hace sentir mas animado.

O: El paciente ha presentado 4 episodios depresivos desde su egreso caracterizados por: llanto matutino, sentimientos de inutilidad excesivos, ideas de muerte, agitación psicomotora. Psiquiatría le recetó Rivotril, que le provoca resequedad en la garganta; sin el pudo dormir bien un día, pero después se sintió agitado. Los antidepresivos están contraindicados en su caso por la interacción con analgésicos que puede desencadenar problemas por su hipertensión,

A: Se encuentra en la transición de la etapa de depresión a la de enojo en cuanto a elaboración del duelo.

Tx: Se promovió independencia, autocontrol, reconocimiento de limites. También se proporcionó terapia de apoyo a su esposa para favorecer en ella la elaboración del duelo.

- ***EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:***

El paciente se ha mantenido en seguimiento hasta el momento evaluando constantemente el mantenimiento y avances en el cambio conductual.

Se ha logrado mejoría en su estado de ánimo al fortalecer sus estrategias de afrontamiento, esta participando activamente en su recuperación y avanzando en la aceptación de su situación, pero aun se presentan episodios depresivos (4 en 1 mes) con cierta frecuencia.

ANEXO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____
Edad: _____ **Genero:** Fem () Masc ()
Expediente: _____ **Estado Civil:** soltero () casado () unión libre () separado () divorciado () viudo ()
Situación Laboral: estudiante () profesionista () oficio () técnico () jubilado () desempleado () no trabaja () hogar ()
Nivel Educativo: analfabeta () primaria () secundaria () preparatoria () licenciatura () postgrado ()
Religión: católica () cristiana () protestante () testigo de Jehová () judía () budista () otras ()

ENTREVISTA PSICOLÓGICA / MEDICINA CONDUCTUAL

I. Conciencia de enfermedad

Reconocimiento claro y preciso del problema incluyendo aspectos cognoscitivos y emocionales () Reconocimiento claro y preciso del problema excluyendo elementos emocionales () Reconocimiento impreciso del problema ()

II. Conductas de dolor

Verbales () Maniobras analgésicas () Reposo () Pausas o cambios en la actividad () Expresión facial () Consumo de medicamentos () Vocalización () Otros ()

III. Estado afectivo

Eutímico () Aislamiento afectivo () Tristeza () Ansiedad () Enojo ()

IV. Distorsiones de pensamiento

No hay () Sobregeneralización () Conclusiones precipitadas () Maximización () Minimización () Debería ()

V. Estrategias para controlar el dolor

Maniobras analgésicas () Reposo () Pausas o cambios en la actividad () Consumo de medicamentos () Movimientos protectores ()

VI. Autoeficacia

0%

50%

100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

93

VII. Intervención de la familia

Promueven el aumento de conductas de dolor () Promueven el decremento de conductas de dolor ()

VIII. El estrés desencadena o mantiene el dolor

Si () No ()

IX. El estrés se relaciona con áreas

De pareja () Emocional () Laboral () Económica () Salud ()
Familiar () Ninguna ()

X. Atención a funciones corporales

Adecuada () Excesiva () Falta de atención ()

XI. Adherencia al tratamiento médico

0% 50% 100%

XII. Repercusión en áreas

De pareja () Emocional () Laboral () Nivel de actividad física ()
) Familiar () Ninguna ()

XIII. Impresión diagnóstica:

XIV. Plan terapéutico

Entrenamiento en relajación () Reestructuración cognitiva ()
Retroalimentación biológica () Entrenamiento en solución de problemas ()
) Fortalecimiento de adherencia al tratamiento médico () Promoción de autocontrol ()
) Fortalecimiento de estrategias adaptativas de afrontamiento () Distracción () Otro:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN